تقرير الديمقراطية المحلية ٢٠١٩ - ٢٠٢٠

# مشاركة المنتفعين بالخدمات العامة

## الصحة | التعليم | الثقافة

مداد
SDSC

# مشاركة المنتفعين بالخدمات العامة

## الصحة | التعليم | الثقافة

٢٠٢٠ ©

| مركز دراسات الديمقراطية الاجتماعية – مِداد | برنامج الديمقراطية المحلية – مصر |

balad-mena.net

| هذا الإصدار بموجب رخصة الابداع المشاعي (CC-BY-NC) ولا يجوز استخدامه للأغراض التجارية |

# المحتويات


١- مدخل لفهم مشاركة المنتفعين بالخدمات العامة ..... | ٤

٢- مشاركة المنتفعين بالخدمة الصحية ..... | ٧

٢-١ اللجان الطبية والعلاج على نفقة الدولة – أزمة البيروقراطية العلاجية ..... | ٨

٢-٢ نظام التأمين الصحي الشامل – الخدمة والتمويل ..... | ٩

٢-٣ تجربة التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد – مظاهر إيجابية وسلبية ..... | ١٦

٣- مشاركة المنتفعين بالخدمة الصحية في مواجهة جائحة فايروس كورونا (كوفيد -١٩) في مصر – دراسة حالة ..... | ١٩

٤- مشاركة المنتفعين بالخدمة التعليمية ..... | ٢٤

٤-١ مجالس الأمناء والآباء والمعلمين – الديمقراطية التعليمية ..... | ٢٥

٤-٢ مصادر التمويل التشاركية للمدارس العامة ..... | ٢٧

٤-٣ الاتحادات الطلابية – مشكلة المركزية الديمقراطية ..... | ٢٨

٥- مشاركة المنتفعين بالخدمة الثقافية ..... | ٣١

٦- دليل الديمقراطية المحلية ..... | ٣٦

٧- الجداول ..... | ٤٠

# |١| مدخل لفهم مشاركة المنتفعين بالخدمات العامة

عرفت مصر عبر تاريخها أشكال متنوعة الاغراض من المرافق العامة Public Facilities الخدمية والإنتاجية مستوحاة من النموذج الفرنسي كنتيجة مباشرة لتدخل الدولة في الاقتصاد وهو الوضع الذي أنتج بيروقراطية واسعة النفوذ. ولهذا إطلاق نظام جديد للإدارة المحلية في مصر يعترف بسمو المجالس المحلية المنتخبة على سائر الأجهزة المحلية لن يحقق أهدافه بدون توازنات دقيقة ما بين أولوية السياسة المحلية واعتبارات الإدارة البيروقراطية بما يسمح بالحد من تغولها على كل ما هو سياسي بطبيعته كما كان الحال من قبل. وهو ما يتطلب إصلاحات قانونية معيارية (مالية وإدارية) تأمن إعادة مأسسة المجال العام السياسي باعتباره الحيز الذي سوف تجري داخله التفاعلات ما بين المجالس السياسية والأجهزة البيروقراطية.

**شكل ١**

**خطوات تأسيس لجان المنتفعين بالخدمات العامة المحلية**

**المصدر**: برنامج الديمقراطية المحلية ٢٠٢٠

ومع العمل بنظام الإدارة المحلية الراهن أصبحت اغلبية المرافق العامة التي تقدم الخدمات العامة Public Services ذات طبيعة محلية خاصة مع الانتقال إلى اللامركزية الإدارية (أنظر: جدول١) ومع ذلك تظل هناك أهمية خاصة لآليات الديمقراطية التشاركية Participatory Democracy او مساهمة الجماعات المحلية او المنتفعين الفعليين من الخدمات التي تقدمها المرافق العامة ذات الطابع المحلي مثل المستشفيات والمدارس وقصور الثقافة.. إلخ.

وتعتبر لجان المنتفعين الآلية التشاركية الرئيسة التي ينظمها قانون الإدارة المحلية ومشروع قانون الإدارة المحلية الجديد. كنتيجة لغيبة المجالس الشعبية المحلية التي تنشأ وتدير المرافق العامة ذات الطابع المحلي لنحو عقد من الزمان بعد حلها سنة ٢٠١١ أصبحت الحاجة ملحة لإعادة الاعتبار إلى "لجان المنتفعين"، وهي أحد أبرز مقومات تعزيز الديمقراطية المحلية التي تنظمها بشكل عام المادة ١٧ من قانون الإدارة المحلية القائم رقم ٤٣ لسنة ١٩٧٩ ويقابلها المادة ٩٥ من مشروع قانون الإدارة المحلية الجديد.

والتي تنص على أن "يجوز للمجلس الشعبي المحلي للمحافظة، بالاتفاق مع المحافظ، أن يقرر تمثيل المنتفعين في الإدارة والإشراف على المشروعات والأجهزة والوحدات التي تقوم على إدارة وتسيير المشروعات والخدمات العامة

في المحافظة وفي المجالات وطبقاً للأوضاع والإجراءات التي تحددها اللائحة التنفيذية" وهو ما يمثل الإطار القانوني لسائر اشكال لجان المنتفعين (انظر: شكل ١).

**جدول ١**

**الخدمات العامة المحلية (الكاملة/ والمشتركة) في مصروبعض البلدان الأفريقية المختارة**

| البلد | التخطيط ودعم الاقتصاد المحلي | مياه الشرب النفايات والصرف الصحي | الأمن العام والبحث الجنائي | التخطيط العمراني والاسكان | الخدمات الأساسية (الصحة والتعليم الأساسي) | الرياضة وإدارة اوقات الفراغ | الثقافة والسياحة | الطاقة (الكهرباء وغيرها) | النقل والموصلات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **الجزائر** | × | × | × | × | × | × | × | | |
| **بنين** | × | × | × | × | × | × | × | | × |
| **الكاميرون** | × | × | × | × | × | | | × | × |
| **مصر** | × | × | × | × | × | × | × | | × |
| **غانا** | × | × | × | × | × | × | × | × | × |
| **غينيا** | × | × | × | × | × | × | × | | × |
| **الكود فوار** | × | × | × | × | × | | | | × |
| **كينيا** | × | × | × | × | × | | | | |
| **مدغشقر** | × | × | × | | × | | | × | × |
| **مالي** | × | × | × | × | × | × | × | × | × |
| **المغرب** | × | × | × | × | × | × | × | × | × |
| **موزمبيق** | × | × | × | × | × | | | | × |
| **النيجر** | × | × | × | × | × | × | × | | × |
| **نيجيريا** | × | × | × | × | × | × | × | | × |
| **السينغال** | × | × | × | × | × | × | × | | × |
| **جنوب أفريقيا** | × | × | × | × | × | × | × | × | × |
| **توجو** | × | × | × | × | × | | | | |
| **تونس** | × | × الغرب فقط | × | × | | × | × | × | |
| **أوغندا** | × | × | × | × | × | × | × | | × |
| **زامبيا** | × | × | | × | × | | | | |

**Source**: Decentralization and Local Democracy in The World

وحسب الإطار القانوني للجان المنتفعين؛ يعتبر ممثل المنتفعين (مكلفاً بخدمة عامة) في تطبيق أحكام قانون العقوبات، وينص القانون على ان المشاركين في لجان المنتفعين من الممثلين لا يجوز لهم التدخل المباشر في سير

العمل الإداري أو التنفيذي في الجهات التي يمثل المنتفعين لديها كما لا يجوز له تقاضي أية مبالغ أو الحصول على أية مزايا من هذه الجهات أو معاملته أية معاملة خاصة في أي تعامل معهما. ومع ذلك تظهر تجارب لجان المنتفعين في الكثير من الأحيان فاعلية كبيرة ليس فحسب في فاعلية وكفاءة الخدمات التي تقدمها المرافق العامة المحلية وانما كذلك في توجيه سير عملها اداريًا والحد من فرص تفشي الفساد فيها وزيادة معدلات الشفافية والنزاهة.

وبخلاف آلية لجان المنتفعين الذي ينظمها قانون الإدارة المحلية هناك آليات تشاركية خاصة تنظمها لوائح تنظيمية مثل آلية مجالس الأمناء والآباء والمعلمين في مجال الخدمة التعليمية ونوادي الآدب في مجال الخدمة الثقافية ويظهر هذا التقرير فاعلية هذه الآليات الخاصة فيما يتعلق بمشاركة المنتفعين بالخدمات العامة في مجالات الخدمة التعليمة والثقافية.

واللافت للنظر أن نجاح هذه الآليات مرتبط بتحديد من هم "جمهور المنتفعين"، وطريقة اشراكهم في إدارة ورقابة المرافق العامة الخدمية. وبسبب عدم تحديد هذا الجمهور تظهر فجوة مشاركة المنتفعين بالخدمات العامة ما بين مجال الخدمة الصحية وغير من الخدمات لاسيما الخدمة التعليمية والثقافية

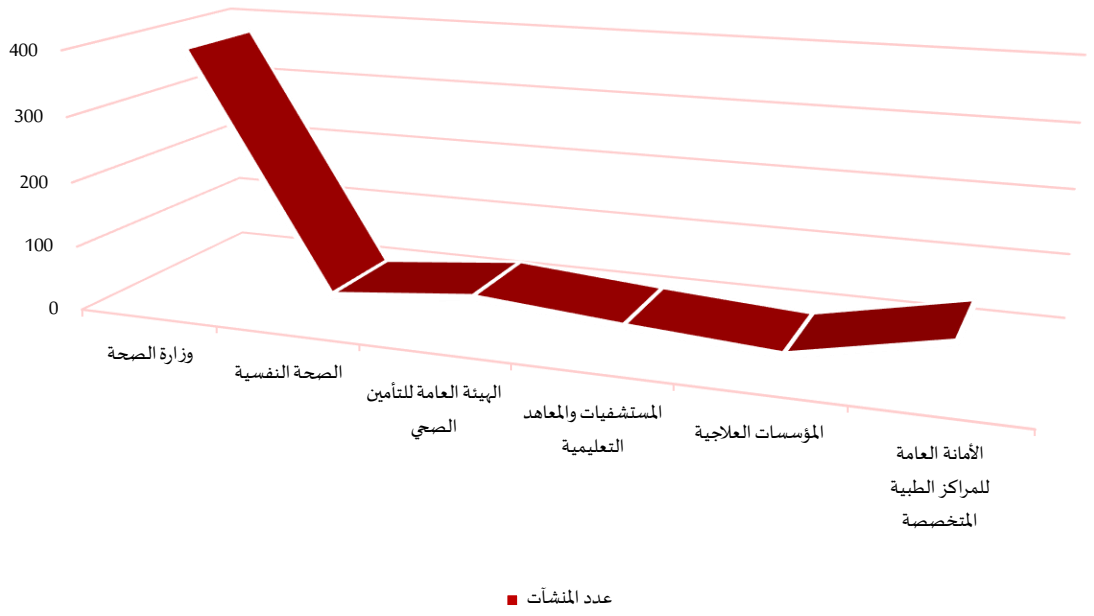
ونعالج في هذا التقرير "الجزء الأول"، مشاركة المنتفعين بالخدمات العامة في مجالات الصحة والتعليم والثقافة فضلًا عن دراسة حالة مشاركة المنتفعين بالخدمة الصحية في مواجهة جائحة (كوفيد-١٩) وفي "الجزء الثاني"، أو تقرير الديمقراطية المحلية ٢٠٢٠ – ٢٠٢١ نعالج لجان المنتفعين في مجالات العمران والطاقة والنقل.

# |٢| مشاركة المنتفعين بالخدمة الصحية

تعتبر الخدمة الصحية من أهم الخدمات العامة التي تقدمها الدولة لجمهور المنتفعين من خلال سلسلة من المرافق العامة المتنوعة والتي تعرف بالمنشآت العلاجية مثل المستشفيات العامة والمركزية والمتخصصة والتعليمية والعيادات الخارجية ومعامل التحاليل إلخ. وتعتبر المرافق العامة الصحية أو المؤسسات العلاجية من أقل المرافق العامة خضوعًا لأشكال المشاركة الشعبية أو آليات الديمقراطية التشاركية بالمقارنة مع المرافق التعليمية والثقافية. وهو ما ينعكس بطبيعة الحال على جودة الخدمة الصحية العامة ويؤثر بالسلب على درجة رضا المنتفعين بها. ويخضع الجزء الأكبر من المنشآت العلاجية لنظام الإدارة المحلية وهي المنشآت التي تتبع وزارة الصحة من الناحية الاشرافية والمحافظات من الناحية الإدارية بينما تخضع باقي المؤسسات لتبعية الهيئات المركزية والجامعات (أنظر: شكل ٢).

**شكل ٢:**

**عدد المنشآت الصحية العامة وفق الجهة الإدارية التابعة لها**




**المصدر:** الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ٢٠١٧

وهو ما يفتح الباب لتشكيل لجان منتفعين بالمنشآت العلاجية من خلال المجالس الشعبية المحلية المادة ١٧ من قانون الإدارة المحلية القائم رقم ٤٣ لسنة ١٩٧٩ والمادة ٩٥ من مشروع قانون الإدارة المحلية الجديد وهو ما سوف يساهم بشكل مؤثر في تغيير نمط إدارة هذه المنشآت. والحقيقة انه على الرغم من أن الأغلبية العظمي من المنشآت العلاجية في مصر تخضع لنظام الإدارة المحلية إلا ان بسبب تعقيد الشبكات البيروقراطية والتقاطعات

المربكة ما بين الإدارة المحلية والهيئات المركزية في مجال الخدمة الصحية وهو ما ادي لوجود التفاوتات النوعية في الخدمة الصحية وتمويلها التي تتيحها المنشآت الصحية وأكثر ما يعكس هذه التفاوتات هو نظام العلاج على نفقة الدولة الذي اضطرت الدولة لهيكلته وربطه باللجان الطبية المنبثقة من الهيئة العامة للتأمين الصحي وهي هيئة مركزية بدورها مما اضعف دور الإدارة المحلية بشكل عام فيما يتعلق بتقديم الخدمة الصحية العامة. وهو ما حول نظام التأمين الصحي الشامل (المخطط ان يطبق في المحافظات بالتدريج على مراحل) تلافيه من خلال توحيد معايير تقديم الخدمة الصحة وتأكيد طابعها المحلي من ناحية والفصل ما بين الخدمة الصحية وتمويلها من ناحية أخري كما سنري تباعًا.

## ١-٢ اللجان الطبية والعلاج على نفقة الدولة – أزمة البيروقراطية العلاجية

اللجان الطبية هي لجان تحكيم طبية للكشف الطبي والبت في أمر مستحقي الضمان الاجتماعي وهي اللجان التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي. والتي حلت محل المجالس الطبية أو القومسيونات الطبية في جميع القوانين والقرارات بالدولة بشأن المنتفعين بالمزايا التأمينية وانتفاعهم بلجان متخصصة تابعة للإدارة المركزية للجان الطبية بالهيئة العامة للتأمين الصحي بأنواعها الثلاث اللجان الطبية العامة والفرعية والخاصة.

**إطار١**

**اللجان الطبية وفق التقسيم الإقليمي للمحافظات**

أ- إدارة اللجان الطبية بالقاهرة وتشرف على اللجان الطبية بحلوان ومدينة نصر وشبرا والقاهرة.

ب- إدارة اللجان الطبية بشرق الدلتا وتشرف على اللجان الطبية بالقليوبية (بنها شبرا الخيمة) والشرقية والعاشر من رمضان.

ج- إدارة اللجان الطبية بالقنال وتشرف على لجان بورسعيد والإسماعيلية والسويس وشمال وجنوب سيناء.

د- إدارة اللجان الطبية بفرع شمال وغرب الدلتا وتشرف على اللجان الطبية بالإسكندرية والبحيرة ومرس مطروح.

هـ- إدارة اللجان الطبية بفرع وسط الدلتا وتشرف على اللجان الطبية بطنطا والمحلة الكبرى وشبين الكوم وكفر الشيخ.

و- إدارة اللجان الطبية بشمال شرق الدلتا وتشرف على لجان المنصورة ودمياط.

ز- إدارة اللجان الطبية بشمال الصعيد وتشرف على لجان الدقي والهرم والفيوم وبنى سويف والمنيا.

ح- إدارة اللجان الطبية لوسط الصعيد وتشرف على لجان أسيوط وسوهاج والوادي الجديد والمنيا.

ط- إدارة اللجان الطبية بجنوب الصعيد وتشرف على اللجان الطبية بقنا والأقصر وأسوان والبحر الأحمر.

**المصدر:** الهيئة القومية للتأمين الصحي ٢٠١٨

ويمكن لغير المشتركين في نظام التأمين الصحي وغير القادرين على دفع تكاليف العلاج الولوج لنظام العلاج لنظام استثنائي هو "نظام العلاج على نفقة الدولة"، وهو النظام الذي تم تدشينه بداية من عام ١٩٩٧ ويستمر العمل

به حتى الانتهاء من تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل. ويعتبر نظام العلاج على نفقة الدولة من اكتر النظم الإدارية تعقيدًا حيث يتطلب هذا الولوج لهذا النظام سلسلة طويلة من الإجراءات (أنظر: الإطار ١).

**إطار٢**

**إجراءات الولوج لنظام العلاج على نفقة الدولة**

- التوجه إلى مديرية الصحة بالمحافظة وتقديم ما يثبت من مستندات مطلوبة من قبل إدارة العلاج على نفقة الدولة.
- تقديم أصل وصورة بطاقة الرقم القومي ولابد أن تكون المهنة في البطاقة "لا يعمل."
- التوجه إلى مستشفى حكومي أو مركزي أو جامعي لعمل قرار لجنة ثلاثية للخضوع للكشف الطبي وتشخيص المرض.
- يجرى فحص المريض وتحديد نوع المرض الذي يرغب في الحصول على علاجه.
- تقديم ما يفيد عدم تمتع المتقدم للعلاج على نفقة الدولة بأي نظام من أنظمة التأمين الصحي.
- يتم اعتماد التقرير الصادر من اللجنة الثلاثية وتسليمها إلى الجنة الطبية بالمحافظة.
- اعتماد التقرير من اللجنة الطبية خلال ١٥ يوما وإرسال أوراق المريض (صورة بطاقة رقم قومي + تقرير لجنة ثلاثية + تقرير طبي + أبحاث حديثة) إلى قسم العلاج على نفقة الدولة بالمستشفى.
- يقوم الموظف المختص بتسجيل البيانات المقدمة بملء نموذج إلكتروني عن طريق الشبكة القومية للعلاج على نفقة الدولة.
- تجرى معالجة الطلب إلكترونياً بالمركز الرئيس بالمجالس الطبية بالقاهرة وعرضه على اللجان الطبية المتخصصة الكترونيا واتخاذ القرار وإصداره.
- إخطار المواطن المتقدم للعلاج على نفقة الدولة بالموافقة على طلبه حال اكتمال الاشتراطات، واجتيازه اللجنة الثلاثية برسالة قصيرة على الهاتف المحمول للمريض.

**المصدر:** الهيئة القومية للتأمين الصحي ٢٠١٨

ويعكس نظام اللجان الطبية بالتكامل مع نظام العلاج على نفقة الدولة ما يعتبره هذا التقرير أزمة "البيروقراطية العلاجية"، في مصر حيث يتطلب الولوج لهذا النظام عشرة خطوات بيروقراطية (انظر: إطار ٢) وبسبب عدم تحديد المنتفعين بهذا النظام بشكل واضح لا توجد مشاركة على الاطلاق من المنتفعين به في ادارته. وسوف يلغى تدريجيًا نظام العلاج على نفقة الدولة في كل مرحلة يتم تطبيق التأمين الصحي الشامل بها، وسيتم إلغاؤه كلياً مع تعميم تطبيق النظام على باقي محافظات، وتحال ميزانياته للتأمين الصحي الشامل. وبموجب هذا القانون تكون الدولة ملزمة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها تدريجياً قبل البدء في تطبيق النظام بالمحافظات المقرر البدء فيها على أن تكون جاهزة من حيث البنية الأساسية والقوى البشرية والتدريب والتجهيزات والمعدات.

## ٢-٢ نظام التأمين الصحي الشامل – الخدمة والتمويل

هو نظام إلزامي يخضع له جميع المصريين بالداخل واختيارياً للمصريين العاملين بالخارج والمقيمين مع أسرهم بالخارج، ويقوم على الفصل ما بين المرافق العامة الصحية وتمويلها بشكل يضمن الجودة من خلال أليات

الاعتماد. ويشمل التأمين الصحي الشامل الخدمات الصحية العامة والوقائية، (بما في ذلك خدمات الإسعاف وتنظيم الأسرة، والخدمات الصحية المتعلقة بالكوارث والأوبئة).

وهو نظام يقوم على التكافل الاجتماعي وتتحمل الدولة أعباءه عن غير القادرين، ويتم تقديم الخدمات الطبية من خلال طبيب الأسرة أو الممارس العام بالمرافق الصحية، والأطباء المتخصصين، ويتيح الرعاية الصحية بالمنزل عند الضرورة وتشمل العلاج والإقامة بالمستشفيات أو المراكز المتخصصة وإجراء العمليات الجراحية الخاصة، الفحوصات الطبية والخدمات التأهيلية والعلاج الطبيعي والأجهزة التعويضية.

وتحرير الوصفات الطبية وصرف الأدوية، الكشوفات الطبية باللجان الطبية الخاصة والعلاج بالخارج لمن يستحيل علاجه من خلال الخدمات المقدمة داخل الجمهورية. وتدريجيا سيتم إلغاء العلاج المجاني. ويطبق القانون يطبق القانون على ستة مراحل على مدار خمسة عشر عاماً بداية من سنة ٢٠١٨ حتى سنة ٢٠٣٢ (انظر: شكل ٣).

**شكل ٣**

**جدول زمني لمراحل تطبيق التامين الصحي الشامل في المحافظات**

| المرحلة | التاريخ | المحافظة |
|---|---|---|
| الاولي | ٢٠١٨- ٢٠٣٢ | بورسعيد، والسويس، وجنوب سيناء، وشمال سيناء، والإسماعيلية |
| الثانية | | أسوان، الأقصر، قنا، مطروح، والبحر الأحمر." |
| الثالثة | | الإسكندرية، البحيرة، دمياط، سوهاج، وكفر الشيخ." |
| الرابعة | | أسيوط، الوادي الجديد، الفيوم، والمنيا، وبنى سويف." |
| الخامسة | | الدقهلية، الشرقية، الغربية، والمنوفية." |
| السادسة | | القاهرة، الجيزة، والقليوبية |

**المصدر:** هيئة التأمين الصحي الشامل ٢٠١٨

وتنقسم مستويات الرعاية بالنظام الجديد إلى: - المستوى الأول: وهو مستوى يهتم بالجانب الوقائي ومكافحة انتشار الأمراض ويتم تقديم الخدمات للمنتفعين من خلال العيادات المجمعة والمرافق الصحية. المستوى الثاني: مرحلة تشخيص المرض وعلاجه وتتولى تلك المهمة المستشفيات. المستوى الثالث: ويشمل إعادة التأهيل للحالات الخاصة من الأمراض وتتولى تلك المهمة المراكز المتخصصة مثل مراكز الكلى والقلب والأورام وما يماثلها. ويكون انتفاع المؤمن عليه بالمستوى الثاني والثالث من خلال الإحالة من المستوى الأول إلا في حالات الطوارئ.

وتشمل خدمات النظام ما يأتي: - (أ- خدمات الرعاية الصحية الأولية وتشمل: الكشف والعلاج لدى الممارس العام أو طبيب الأسرة، الكشف والعلاج لدى الأخصائيين والاستشاريين، الرعاية الصحية المنزلية عند الحاجة والفحوص الطبية والمعملية والفحص بالأشعة العادية والموجات الصوتية، والخدمات التأهيلية والعلاج الطبيعي

والأجهزة التعويضية، الرعاية الصحية المتعلقة بالحمل والولادة والأطفال الرضع والأطفال ما قبل السن المدرسي، الرعاية الصحية لطلاب المدارس والجامعات وبرامج الرعاية الصحية للمعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة. ب- العلاج السريري والإقامة بالمستشفى أو المصحة أو المراكز التخصصية وأجراء العمليات الجراحية. ج- خدمات خاصة بالعاملين ومستحقي المعاش وتشمل: فحوصات دخول الخدمة، والفحوصات الطبية الشاملة، التوصية بالإجازة المرضية للمصاب أو المريض، تقرير وإصدار شهادات العجز الناتج عن إصابات العمل أو المرض المهني والعضوي. خدمات خاصة بالطلبة بمختلف مراحلهم التعليمية وتشمل: الفحوصات الطبية النوعية والشاملة والدورية ومنح الإجازات للمرضى والمصابين، والكشف الطبي على الطلاب الممارسين للأنشطة الرياضية، نشر الوعي الطبي بين الطلاب. د- خدمة الدواء وتشمل: صرف الأدوية والعلاج من صيدليات المستشفى أو العيادة أو الصيدليات المتعاقد معها. وللمنتفعين حق استرداد تكاليف علاجهم خارج الوحدات المتعاقد معها إذا كانت الحالة المرضية طارئة ولها صفة الاستعجال).

## الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل:

يتم إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل تكون لها موازنة مستقلة وتخضع لأشراف رئيس الوزراء، (ولهذا تعتبر هيئة مركزية) وتتولى الهيئة إدارة وتمويل نظام التأمين الصحي الشامل، ويكون مجلس إدارتها هو السلطة العليا المهيمنة على شئون النظام الجديد وإدارته ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة وله أن يتخذ القرارات النهائية دون الرجوع لأي جهة أخرى.

ويؤول للهيئة الجديدة جميع الأصول الإدارية والحقوق والالتزامات المالية الخاصة بهيئة التأمين الصحي وفروعها، وتحل هيئة التأمين الصحي الشامل محل هيئة التأمين الصحي في نطاق المحافظات التي يطبق بها نظام التأمين الصحي الشامل. وتكون الهيئة مسئولة عن متابعة علاج المؤمن عليهم إلى أن يتم الشفاء أو تستقر حالتهم أو يثبت العجز.

ويتم إنشاء لجنة دائمة داخل الهيئة الجديدة تختص بتسعير الخدمات الطبية، وتتولى الهيئة تمويل خدمات النظام الجديد عن طريق التعاقد مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية التي تشملها هيئة الرعاية الصحية أو أي جهة خاصة تتعاقد مع الهيئة وذلك دون التقيد بأحكام قوانين المناقصات المعمول بها حكومياً ويكون للهيئة الحق في استبعاد أي من مقدمي الخدمة حال ثبوت تقصيره أو إخلاله بمعايير هيئة الاعتماد والرقاب.

وتتعاقد الهيئة مع الأطباء والوحدات العلاجية لمدة أقصاها ثلاث سنوات تجدد باستيفاء معايير الجودة التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة. وللهيئة الحق في إصدار شهادات العجز الناتج عن الأمراض العضوية أو الأمراض المهنية أو إصابات العمل، كما تُلزم بتقديم تقارير نصف سنوية عن موقفها المالي.

كما يتم إنشاء إدارة بالهيئة مسئولة عن النشاط الاستثماري لأموال الهيئة ويعمل بها متخصصون في الاستثمار والاقتصاد، ويقع على عاتقها إعداد دراسات تفصيلية ودراسات جدوى عن مجالات الاستثمار بالسوق المحلي والدولي.

## الهيئة العامة للرعاية الصحية:

هي هيئة ذات موازنة مستقلة وتخضع لأشراف وزير الصحة، (وتخضع فروعها لنظام الإدارة المحلية) تتولى هيئة الرعاية تقديم الخدمات الصحية والعلاجية بمستوياتها الثلاثة داخل أو خارج المستشفيات، ويجوز تقديم الخدمات من خلال المستشفيات الخاصة بعد تأهيلها وفقاً للمعايير التي تقوم هيئة الرعاية بتحديدها ويكون لها مجلس إدارة يتكون من: رئيس هيئة الرعاية، نائب رئيس هيئة الرعاية، نائب رئيس هيئة التأمين الصحي الشامل، نقيب الأطباء، نقيب الصيادلة، نقيب أطباء الأسنان، نقيب العلاج الطبيعي، نقيب التمريض، أحد نواب رئيس مجلس الدولة، خبير محاسبة تكاليف الصحة وخبير في مجال اقتصاديات الصحة وعضوين من المجتمع المدني لهم خبرة في إدارة الرعاية الصحية. وتكون مدة المجلس أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة.

وتختص هيئة الرعاية الصحية بوضع الاستراتيجيات العامة والسياسات التنفيذية والتي تشمل إنشاء المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية ومنافذ تقديم الخدمات الصحية وتجهيزها وإدارتها، استئجار المستشفيات وغيرها من المؤسسات العلاجية، توفير الكوادر الطبية والفنية والإدارية وتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية ولها الحق في إنشاء الصيدليات داخل المستشفيات أو التعاقد مع صيدليات عامة وخاصة، وضع اللوائح والقرارات المتعلقة بالشئون المالية والإدارية والفنية وشئون العاملين دون التقيد باللوائح والنظم المعمول بها حكومياً.

ويحق لها قبول الهبات والمنح واقتراح القروض اللازمة لتمويل برامجها، ووضع نظام لأجور الأطباء المتعاقدين مع هيئة الرعاية، فحص وتقرير الحسابات المالية واللوائح الداخلية، وضع قواعد الاستعانة بالخبرات الأجنبية والمحلية لمعاونة هيئة الرعاية، كما تؤول لهيئة الرعاية الأصول العلاجية ومنافذ تقديم الخدمات التابعة لهيئة التأمين الصحي، على أن يتم تأهيل هذه الأصول وفقاً لمعايير الجودة المعتمدة خلال مدة ثلاث أعوام من تاريخ دخول المحافظة نطاق تطبيق القانون.

كما يؤول للهيئة جميع العاملين بكل من هيئة التأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة. وتكون الهيئة ملزمة بإعداد تقارير أداء نصف سنوية عن الخدمات التي تقدمها والقوائم المالية لها، ويتم تقسيم هيئة الرعاية على أساس لامركزي من خلال تقسيم الجمهورية إلى مجموعة من الأقاليم على أن يكون لكل إقليم رئيس يعاونه مجلس تنفيذي.

## الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية:

هيئة خدمية لها موازنة مستقلة وتخضع للأشراف العام لرئيس الجمهورية، (ولهذا تعتبر هيئة مركزية) وهي هيئة تختص بالرقابة على ضمان جودة الخدمات الصحية والتحسين المستمر لها، وضبط وتنظيم الخدمات الصحية التأمينية وفقاً لمعايير الجودة، وتختص الهيئة بوضع معايير الجودة للخدمات الصحية، واعتماد وتسجيل المنشآت الطبية المستوفاة للمعايير وتكون مدة الاعتماد والتسجيل لأي منشأة طبية أربع سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى.

وتختص الهيئة بالأشراف والرقابة على جميع المنشآت الطبية والعاملين بقطاع تقديم الخدمات الطبية، أجراء التفتيش الإداري الدوري على المنشآت الطبيعة المعتمدة والمسجلة، اعتماد وتسجيل أعضاء المهن الطبية، إيقاف اعتماد أو تسجيل أعضاء المهن الطبي حال ثبوت مخالفات، توفير كافة الوسائل التي تضمن كفاءة النظام وإصدار القواعد اللازمة لذلك، التنسيق مع الهيئات الرقابية الطبية بالخارج والجمعيات والمنظمات الدولية.

ويترأس هيئة الاعتماد والرقابة مجلس إدارة يختص بشئونها مكون من رئيس للمجلس ونائب وسبعة أعضاء من المتخصصين في مجال جودة الخدمات الصحية والمجالات الطبية والقانونية. ويتم تعيين المجلس بناء على قرار من رئيس الجمهورية بناء على ترشيح من رئيس الوزراء وتكون مدة المجلس أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة.

## تمويل التأمين الصحي الشامل:

يقوم نظام التأمين الصحي الشامل على فكرة الفصل ما بين تمويل الخدمة الصحية ومقدم الخدمة الصحية وتتكون موارد الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل مما يأتي: -

أ- حصة المؤمن عليهم: وهي الاشتراكات التي يدفعها المؤمن عليهم (أنظر: جدول ٢)، وفي حالة الجمع بين أكثر من وظيفة يلتزم المؤمن عليه بقيم الاشتراكات لكل ما يتحصل عليه من دخل:

جدول ٢

مساهمة المنتفعين بنظام التأمين الصحي الشامل في تمويله

| الفئة | الاشتراك | المعالون |
|---|---|---|
| العاملون المؤمن عليهم. (موظفين) | ١٪ من أجر الاشتراك | ٣٪ عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ١٪ عن مُعال أو أبن. |
| المؤمن عليهم. أعضاء المهن الحرة. المصريون العاملون بالخارج. | ٥٪ من الأجر التأميني أو من الأجر وفقاً للإقرار الضريبي أو الحد الأقصى للأجر التأميني، أيهما أكبر. | |

| | | |
|---|---|---|
| العمال الخاضعون لقانون نظام التأمين الشامل الصادر بقانون رقم ١١٢ لسنة ١٩٨٠. | ٥٪ من الأجر التأميني، وبحيث لا يزيد مجموع ما يسدده الفرد عن كل الأسرة على ٧٪ وتتحمل الخزانة العامة فرق التكلفة. | |
| الأرامل والمستحقون للمعاشات. | ٢٪ من قيم المعاش الشهري. | --- |
| أصحاب المعاشات. | ٢٪ من قيمة المعاش الشهري. | ٣٪ عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت و١٪ عن كل مُعال أو أبن. |

**المصدر:** الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ٢٠١٨

ب- حصة أصحاب الأعمال: يلتزم أصحاب الأعمال بأداء حصتهم عن اشتراكات العاملين لديهم بنسبة ٤٪ شهرياً (٣٪ تأمين مرض + ١٪ إصابات عمل) من أجر الاشتراك للعامل المؤمن عليه وبما لا يقل عن خمسين جنيه شهرياً، نظير خدمات تأمين المرض والعلاج وإصابات العمل.

ج- المساهمات: هي المبالغ التي يؤديها المؤمن عليه عند تلقي الخدمة (انظر: جدول ٣)، ويعفى من دفع قيمة المساهمات غير القادرين التي تتحمل قيمة اشتراكهم الخزانة العامة بالإضافة لذوي الأمراض المزمنة والأورام:

**جدول ٣**

**قيمة مساهمة المنتفعين أو مقابل الخدمة العلاجية وفق نظام التأمين الصحي الشامل**

| الخدمة الطبية | قيمة المساهمة |
|---|---|
| الزيارة المنزلية | ١٠٠ جنيه. |
| الدواء (ما عادا الأمراض المزمنة والأورام) | ١٠٪ بحد أقصى ألف جنيه وترتفع النسبة لـ ١٥٪ في السنة العاشرة من تطبيق القانون. |
| الأشعات وكافة أنواع التصوير الطبي غير المرتبط بالأمراض المزمنة والأورام. | ١٪ من أجمالي القيمة بحد أقصى ٧٥٠ج للحالة. |
| التحاليل الطبية والمعملية، غير المرتبط بالأمراض المزمنة والأورام. | ١٠٪ من أجمالي القيمة بحد أقصى ٧٥٠ج للحالة. |
| الأقسام الداخلية (ما عادا الأمراض المزمنة والأورام) | ٥٪ بحد أقصى ٣٠٠ جنيه للمرة الواحدة |

**المصدر:** الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ٢٠١٨

د- عائد استثمار أموال الهيئة: وهو العائد الناتج من استثمار أموال واحتياطيات الهيئة.

هـ- التزامات الخزانة العامة عن غير القادرين: وهي قيمة الاشتراكات للمؤمن عليهم لغير القادرين ويشملهم المتعطلون عن العمل وكذلك كل فرد من المُعالين في الأسرة. وتتحمل الخزانة نسبة ٥٪ شهرياً من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة.

و- مقابل الخدمات الصحية التي تقدمها الهيئة.

ز- الهبات والإعانات والتبرعات والوصايا.

ح- مصادر آخري: وتشمل ٧٥ قرش عن كل علبة سجائر مباعة، على أن يتم زيادة تلك القيمة كل ثلاث سنوات بقيمة ٢٥ قرش حتى تصل النسبة لـ ١٥٠ قرش، ١٠٪ من كل وحدة مباعة من مشتقات التبغ بخلاف السجائر، جنيه واحد عند مرور أي مركبة بالطرق السريعة التي تخضع لنظام تحصيل الرسوم، ٢٠ جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة القيادة،٥٠ جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات ذات السعة اللترية أقل من ١,٦ لتر، ١٥٠ جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات ذات السعة اللترية ١,٦ لتر وأقل من ٢ لتر، ٣٠٠ جنيه عن كل عام عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات ذات السعة اللترية ٣ لتر أو أكثر، مبلغ يتراوح ما بين ١٠٠٠ إلى ١٥٠٠٠ جنيه عند التعاقد مع نظام التأمين الشامل بالنسبة للعيادات الطبية ومراكز العلاج والصيدليات وشركات الأدوية ١٠٠٠ جنية عن كل سرير عند استخراج تراخيص المستشفيات والمراكز الطبية، مساهمة تكافلية بواقع اثنين ونصف في الألف من جملة الإيرادات السنوية للمنشآت الفردية وللشركات أياً كانت طبيعة عملها أو النظام القانوني الخاضعة له، والهيئات العامة والاقتصادية، ٥٠٪ من قيمة الإيرادات المحصلة عن لوائح تنمية الموارد الذاتية لتحسين كفاءة المستشفيات، طابع دمغة بقيمة ٥ جنيهات باسم نظام التأمين الصحي الشامل يلصق على الطلبات المقدمة لهيئة التأمين الصحي الشامل وهيئة الرعاية وهيئة الاعتماد والرقابة.

على أن تشمل موارد تمويل الهيئة العامة لرعاية الصحية: - (أ- مقابل الخدمات الطبية التي تقدمها هيئة الرعاية. ب- القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الرعاية. ج- الهبات والمنح والوصايا والإعانات والتبرعات. د- عوائد استثمار أموال هيئة الرعاية. هـ- ما تخصصه الدولة أو أي جهة أخرى من أموال وأصول لدعم هيئة الرعاية.

مصادر تمويل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية: - (أ- مقابل الخدمات التي تقدمها هيئة الاعتماد والرقابة. ب- القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الرعاية. ج- ما تخصصه الدولة لهيئة الاعتماد والرقابة من أصول وأموال. د- الهبات والمنح والوصايا والإعانات والتبرعات).

## قواعد بيانات المنتفعين بالخدمة الصحية:

ينص القانون الجديد على إلزام كل الجهات العامة والخاصة ذات الصلة بتطبيق القانون الجديد بإمداد الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بكافة البيانات اللازمة عن الخاضعين لأحكام القانون الجديد، توزيعهم الجغرافي وأعمارهم ومهنهم، وهو ما يساعد على تحديد جمهور المنتفعين بالخدمة الصحية بخلاف نظام العلاج على نفقة الدولة. كما أن الهيئة ملزمة بأنشاء قاعدة بيانات للمنتفعين ويتم ربطها بقواعد بيانات الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ومصلحة الأحوال المدنية وغيرها، كما تلتزم كافة وزارات الدولة وأجهزتها المعنية بتغذية قاعدة بيانات الهيئة لتطبيق القانون على أصحاب الحرف الموسمية.

وللانتفاع بالخدمات التي تقدمها الهيئة العامة يجب على المنتفع أن يكون مسدداً للاشتراكات بدأ من تاريخ سريان القانون في المحافظة التي يتبع لها، وفي حالة التخلف عن السداد يُشترط لانتفاعه بالخدمات أن يسدد الاشتراكات المتأخرة دفعة واحدة أو بالتقسيط، ويتم استثناء الحالات الطارئة إلى أن تستقر الحالة، وفي حالة تعذر المنتفع فيها عن سداد اشتراكاته يجب أن يُدعم طلب المنتفع ببحث للحالة الاقتصادية والاجتماعية من الجهات التي تحددها الهيئة، كما تعفى أسر المجندين إلزامياً من الاشتراكات الشهرية بشرط أن يكون المجند مسدداً للاشتراك حتى تاريخ التحاقه بالخدمة العسكرية. جميع أموال الهيئات الثلاثة وجميع عوائدها وعمليات استثمارها معفاة من الضرائب. العاملين بالهيئات الثلاثة لهم صفة الضبطية القضائية، ولهم الحق في دخول أماكن تقديم الخدمات المتعاقد معها والاطلاع على السجلات والدفاتر والمستندات وفحص الأجهزة والمعدات والأدوية وغيرها من المستلزمات الطبية.

كما أن المبالغ المستحقة للهيئة لها حق امتياز على جميع أموال المدين بها من منقول وعقارات وتستوفى المبالغ قبل الرسوم والضرائب والجمارك والمصروفات القضائية وللهيئة حق تحصيلها عن طريق الحجز الإداري. الهيئات الثلاث تخضع لرقابة وزارة المالية والجهاز المركزي للمحاسبات. يجوز للهيئة تقديم خدماتها للأجانب المقيمين أو الوافدين بمصر.

تنشأ بالهيئة لجنة دائمة أو أكثر لفض وتسوية المنازعات ولا يجوز لأطراف المنازعة حق اللجوء للقضاء قبل اللجوء لهذه اللجان. يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز السنة وغرامة لا تقل عن خمسة آلاف ولا تزيد عن خمسين ألف، لكل موظف مختص في الجهات العامة أو القطاع العام وقطاع الأعمال العام أو صاحب العمل من القطاع الخاص أو أي مسؤول لم يقم بالاشتراك في الهيئة عن أي من العاملين التابعين لجهته أو لم يقم بالاشتراك بأجورهم الحقيقية أو حمل المؤمن عليهم أي مبالغ بخلاف المنصوص عليها بالقانون ويكون لزاماً عليه رد للمؤمن عليهم قيمة ما تحملوه من هذه المبالغ.

## ٢-٣ تجربة التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد – مظاهر إيجابية وسلبية

يرتبط من وجهة نظر هذا التقرير بدأ التشغيل التجريبي لنظام التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد بتربعها على قمة ترتيب المحافظات وفق دليل التنمية البشرية ورغم أن المرحلة الاولي من خطة تطبيق التأمين الصحي الشامل في المحافظات تشمل خمس محافظات تقع كلها في إقليم قناة السويس وسيناء إلا إن بورسعيد هي المحافظة الوحيدة التي طبق فيها هذا النظام الجديد بالفعل.

ولقد بلغت تكلفة تطبيق هذا النظام في محافظة بورسعيد خلال السنة المالية ٢٠١٨/٢٠١٩ نحو ١٠ مليارات جنية أنفق ٨٠٪ منها في تطوير المنشآت الطبية و٢٠٪ في تكلفة التشغيل وفق وزارة المالية. ولا شك أن هذا مما يعتبر تطور كبير فيما يخص البنية التحتية والمباني والأجهزة والمعدات وهو ما لمسه المستفيدين من الخدمة الصحية بأنفسهم.

**إطار٣**

**مظاهر إيجابية لتجربة التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد**

موظفو الاستقبال متعاونون بشكل كبير ويقومون بمساعدة المرضى في عملية التسجيل والتوجيه، ويجاوبون على الأسئلة بشكل مناسب. يوجد فريق مسؤول عن الجودة يتابع مؤشرات الأداء بانتظام، يوجد أيضًا اهتمام متواصل بشكاوى المواطنين كما يوجد توجيهات دائمة للعمال بضرورة الحفاظ على النظافة بشكل مستمر. هناك تطور ملحوظ في كفاءة الأطباء المتخصصين والاهتمام بتوقيع الكشف اللازم على المواطنين بمعايير محددة، من الواضح أيضًا خضوع الأطباء لتدريبات مستمرة لرفع مستوى كفاءتهم. يوجد حالة من الرضا العام من جانب المرضى فيما يخص الأطباء المتخصصين. التمريض في كل المستشفيات كان ملتزمًا بارتداء الملابس المناسبة ويقوم بتقديم بالمساعدة. تم التأكد من تلقيهم كافة التدريبات اللازمة لأداء دورهم بكفاءة ولم يلاحظ المقيمون أي تقصير أو شكوى من أدائهم. هناك نظام لانتظار المرضى وأماكن مناسبة لذلك الانتظار ويلاحظ الأطباء أن التواجد الأمني يحد من حدوث مشاكل أو مشاحنات ويحافظ على سلامة المرضى والفريق الطبي وهو ما تلقَّى استحسانًا من المواطنين

**المصدر:** المعهد المصري للدراسات ٢٠٢٠

وكأي تجربة جديدة هناك مظاهر إيجابية وسلبية لتطبيق نظام التامين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد وتتمثل المظاهر الإيجابية (انظر: الإطار ٣) في تطوير المنشآت الطبية وتوفير الأجهزة والمعدات والنجاح الملموس في عملية تسجيل المواطنين في قاعدة بيانات التأمين الصحي الشامل وزيادة عدد الأطباء المتعاقدين مع هيئات التأمين الصحي الشامل وتنوع تخصصاتهم وتوفير الحماية الأمنية للأطباء والمرضي على السواء (مع ملاحظة أن يرتبط مع الشكوى المتكررة في مرحلة ما قبل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من عدم توافر مثل هذه الحماية مما كان يتسبب في مشكلات شبه يومية).

وفي المقابل هناك مظاهر سلبية عديدة لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل في بورسعيد (أنظر: الإطار ٤) يرجع أغلبها للسرعة التي تم بها الانتقال إلى النظام الجديد وعدم كافية تدريب العاملين فيه من ناحية وعدم توافر برامج توعية المستفيدين من الخدمة وعدم إشراكهم في الإدارة هذا النظام الجديد (رغم وجود محاولات مستمرة لتشكيل لجنة عامة للمنتفعين بنظام التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد) حيث يوجد قدر كبير من عدم الوضوح فيما يقدمه هذا النظام التأميني بما في ذلك المدفوعات الخاصة به من اشتراكات ومساهمات وهو الامر لذي أدى إلى خذلان لتوقعات الكثير من المنتفعين. يرجع ذلك بشكل أساسي إلى عدم الاهتمام الكافي بتوعية وتثقيف مقدمي الخدمة والمنتفعين منها عن المنظومة، كيف تعمل وما تقدمه لهم.

والملاحظة الرئيسية التي يجب التأكيد عليها هي أن الاهتمام بالمنشآت والأجهزة والبنية التحتية على حساب نظم الإدارة والتخطيط وأطر تنظيم الخدمة ومتابعتها، (وبشكل عام هناك تطور ملحوظ في الخدمات المقدمة من قبل

النظام التأميني الجديد يعكس قدرًا من الجدية في تطبيق هذه المنظومة). انعكس ذلك بشكل أساسي على كل ما هو مرئي من مبانٍ وتجهيزات وبنية تحتية، ولكن تظهر أوجه قصور متعددة تتجلى في غياب خطة رئيسية Master Plan معلنة ومفصلة تشمل الإجراءات وأطر الإدارة والمراقبة ونظم المعلومات والتثقيف وآليات المساءلة ومشاركة المجتمع (من خلال لجان المنتفعين) في متابعة الخدمة وتوعية المواطنين بطريقة عملها.

**إطار٤**

**مظاهر سلبية لتجربة التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد**

- الإجراءات الخاصة بالتحويل شديدة التعقيد وتستغرق وقتًا ومجهودًا كبيرًا بشكل يصل في كثير من الأحيان إلى درجة يستحيل معها الحصول على الخدمات.
- تحصيل الاشتراكات في التأمين بأثر رجعي من المواطنين وذلك قبل حتى اكتمال الخدمة أو إصلاح أوجه القصور بها يمثل أكثر وجه للشكوى من قبل المواطنين وأكبر مانع دون تحقيق رضاء واسع عن الخدمة.
- توزيع الخدمات والتخصصات على المنشآت المختلفة خاصة المستوى الثاني منها يمثل عبئًا على المواطنين مما يضطر الكثيرين منهم لركوب أكثر من وسيلة انتقال مكلفة للحصول على خدمات طالما اعتادوا على الحصول عليها من أماكن أقرب.
- تتمركز المستشفيات في منطقة واحدة في حين أن منطقة بورفؤاد بها مستشفى واحد فقط ولم يتم افتتاحه بعد.
- عدم انتظام عمل المواعيد المسائية وهذا لا يتناسب مع الموظفين الذين بحاجة لإجراء فحوصات طبية بعد مواعيد عملهم.
- صرف خطاب تحويل واحد فقط في كل زيارة لمركز الصحة الأساسية.
- يشرف الأمن بشكل أساسي على دخول وخروج المرضى من وإلى الوحدات الصحية والمستشفيات ويقوم بتوجيه المرضى بناءً على التحويل المقدم من الوحدة الصحية إلى مكان الخدمة المخصص له رغم عدم تدريبهم على التعامل مع المرضى.
- لا يوجد نظام معلن للنظافة الدورية للمنشآت رغم النشاط الملحوظ للعاملين.
- طول فترات الانتظار وسوء تنظيم عملية التسجيل والفحص الأولي رغم وجود مناطق انتظار متعددة.
- العلاقات بين المستشفيات التي تم تجديدها وشركائهم من المستشفيات الخاصة بالقاهرة غير واضحة المعالم ولم تتضح بشكل كافٍ في الخدمة المقدمة.
- هناك شكاوى ملحوظة من قبل الأطباء فيما يخص نظام الحوافز والخصومات والتي تهدد بعدم انتظام الخدمة.

**المصدر:** المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

وتمثل هذه المشاكل معوقات أساسية تؤثر بشكل متزايد على رضاء المواطنين وتمثل، إن استمرت، أكبر خطر على ثقة المواطنين في هذا النظام الجديد والذي من شأنه أن يؤثر على تقبل المستفيدين منه وتراجع معدلات استخدامه خصوصًا في ذلك تحصيل الاشتراكات بأثر رجعي.

ورغم تحديد مفهوم المنتفعين بالخدمة الصحية على مستوي المراكز الطبية الموزعة جغرافيًا في نطاق المحافظة وهو ما يجعل تأسيس لجان المنتفعين بالخدمة الصحية أكثر سهولة في التطبيق العملي إلا إن تعنت جهة الإدارة ممثله في المجلس التنفيذي عرقل محاولات المنتفعين المشاركة في إدارة ورقابة تجربة التأمين الصحي الشامل بالمحافظة في انتظار انتخاب المجالس الشعبية المحلية لانطلاق لجان المنتفعين بالخدمة الصحية للاضطلاع بدورها التشاركي.

# |٣| مشاركة المنتفعين بالخدمة الصحية في مواجهة جائحة فايروس كورونا (كوفيد -١٩) في مصر – دراسة حالة

حسب تقرير "مؤشرات أمان الصحة العالمي"، "Global Health Security Index"،الذي يقيم قدرة الدول على منع الأوبئة أو التخفيف من حدتها بناء على عدة معايير - الوقاية ومنع انتشار مسببات الأوبئة والاكتشاف المبكر والاستجابة السريعة إلى قدرة النظم الصحية على علاج المرضى والسيطرة على انتشار الوباء- فقد وضع التقرير وضع مصر في المركز الـ ٨٧ عالميا، بحسب المؤشر أضعف تقييم حصلت عليه مصر كان في مؤشر وفرة الموارد البشرية في القطاع الصحي ومدى إتاحة الخدمة الصحية بشكل شامل لجميع المواطنين، و هو ما يدفع إلى الاهتمام بتقوية نظامنا الصحي في جانبه الوقائي والاهتمام بموارده البشرية من أطباء وممرضين.

ولا شك أن هذه الملاحظة هي المدخل لدراسة حالة مشاركة المنتفعين بالخدمة الصحية مواجهة جائحة فايروس كورونا (كوفيد -١٩) في مصر. فرغم استعداد الحكومة المصرية لمواجهة فيروس كورونا المستجد، اتخاذها حزمة من الإجراءات والتدابير وقائية منذ بداية الأزمة، تمثلت في فرض حظر تجوال مسائي وتخفيض العمل بالخدمة العامة فضلًا عن الحزمة التحفيزية للاقتصاد لمواجهة الاثار الاقتصادية للجائحة (انظر: إطار ٥).

**إطار٥**

**الحزمة التحفيزية للاقتصاد لمواجهة جائحة فايروس كورونا (كوفيد-١٩)**

قدمت الحكومة حزمة تحفيزية للاقتصاد ففي ١٤ مارس ٢٠٢٠، حيث أعلن الرئيس المصري عن تخصيص ١٠٠ مليار جنيه لتمويل خطة لمواجهة فيروس كورونا وما تتضمنه من إجراءات احترازية، وبعدها أصدر كل من مجلس الوزراء والرئاسة بيانات مؤكدين أن هذا المبلغ المخصص للإجراءات الاحترازية بشأن مواجهة فيروس كورونا تم تدبيره من الاحتياطيات العامة المخصصة للتعامل مع الظروف الاستثنائية. وفي ١٧ مارس أعلن البنك المركزي المصري بعد اجتماع طارئ للجنة السياسة النقدية عن خفض سعر الفائدة بما يعادل ٣%. كما من المخطط أن ترفع الحكومة الإنفاق على الصحة إلى ٩٣,٥ مليار في ميزانية (٢٠٢٠-٢٠٢١) جنيه مقارنة بـ ٧٣,١ مليار في مخطط العام السابق، بمعدل نمو يبلغ ٢٨%. ولكن يختلف هذا المبلغ كثيرًا عما تعهد به وزير المالية، محمد معيط أمام مجلس النواب، وهو رفع الإنفاق على الصحة إلى ٢٥٨ مليار جنيه بزيادة ٨٢ مليار جنيه عن موازنة العام الحالي، بنسبة زيادة تبلغ نحو ٤٦% ومن أهم الإجراءات التي عجلت الحكومة بالإعلان عنها في إبريل، بدلًا من تطبيقها في أول يوليو مع الميزانية الجديدة: رفع بدل المهن الطبية بنسبة ٧٥%، وتبلغ تكلفة تلك الزيادة ٢,٢٥ مليار جنيه. رفع مكافأة أطباء الامتياز من ٤٠٠ إلى ٢٢٠٠. بتكلفة ٣٢٠ مليون جنيه. وتوفير احتياجات القطاع الطبي للتعامل والحد من انتشار فيروس كورونا. كما عجلت الحكومة بإقرار إجراءات كانت قد خططتها بالفعل من قبل إعلان الجائحة. أعلن كل من البنك المركزي والحكومة المصرية حزمًا من القرارات لدعم المصانع وشركات القطاع الخاص والبورصة كما أقرت خفض سعر الغاز الطبيعي والكهرباء للصناعة بما يعادل ١٠ مليارات جنيه .أيضًا أعلنت الحكومة تنازلها عن مستحقات ضريبية ورسوم ومقابل خدمات، مثل تخفيض نسبة ضريبة الدمغة على تعاملات البورصة والضريبة على الأرباح الرأسمالية. إضافة إلى تأجيل سداد الضريبة العقارية المستحقة على المصانع والمنشآت السياحية. أما المدفوعات المباشرة فجاءت في قرارين فقط حتى الآن، هما توفير مليار جنيه للمصدّرين خلال شهري مارس وأبريل وإتاحة تمويل من جهاز تنمية المشروعات المتوسطة والصغيرة ومتناهية الصغر لعملائه وهذه الحزمة لم تراع اعتبارات العدالة الاجتماعية ولم توزع الأعباء الاجتماعية على الطبقات الاجتماعية بشكل عادل حيث لم يستفيد منها العمالة غير الرسمية والفقراء إلا على نحو محدود.

**المصدر**: برنامج الديمقراطية المحلية ٢٠٢٠

إلا إن وزارة الصحة اضطرت إلى تغيير شكل المواجهة التقليدية للوباء؛ وذلك بغلق العيادات الخارجية بجميع المستشفيات وتحويل طاقة العمل بأكملها إلى الوحدات الصحية، وهذا يُعد تعديلًا لمسار التعامل مع الأزمة، بهدف الاستفادة القصوى من الفرق الطبية.

فبدلًا من أن تكون المستشفيات هي خط المواجهة الأول للمرض، مما يسمح بتحويلها لبؤر عدوى لاستقبالها عدد كبير من المرضى من مناطق مختلفة، تكون الوحدة الصحية أو مكتب الصحة الموجود في كل حي أو قرية الخط الأول للتعامل مع المرض، على أن يتم رفع كفاءة تلك الوحدات، ومدها بالفريق الطبي المدرب وبأجهزة الأشعة والتحاليل التي تمكنها من تأكيد أو نفي احتمالية إصابة أي شخص بـ "كورونا"، بحيث تقوم الوحدة بعد ذلك بتحويل الشخص المرجح إصابته بالفيروس إلى مستشفى الحميات أو الصدر القريب منه، ليجري فيه تحليل PCR وفي حال تأكد الإصابة، يتم نقله إلى أقرب مستشفى عزل له.

**إطار٦**

**نماذج من مبادرات المجتمع المدني لدعم القطاع الصحي في مواجهة جائحة (كوفيد-١٩)**

أ- مبادرات الدعم الوقائي: - من خلال توفير المستلزمات الطبية التي تحتاجها المستشفيات، من أدوات الوقاية الشخصية من العدوى، ومن بين النماذج، دور مؤسسة (مصر الخير)، من خلال إسهامها في تقديم المستلزمات الطبية والملابس الوقائية الخاصة بالأطباء والممرضين، بمستشفيات العزل والحجر الصحي والحميات، على مستوى الجمهورية .

ب- المبادرة المصرية لإنتاج ٥٠٠٠ جهاز تنفس صناعي: - حيث تهدف هذه المبادرة إلى رفع سعة، وكفاءة غرف الرعاية المركزة؛ وذلك بإعادة تصنيع ٥٠٠٠ جهاز PB 560 باستخدام التصميمات التي أتاحتها إحدى الشركات العالمية؛ وذلك بعد إنتاج نموذج تجريبي، وإجازته من وزارة الصحة. وتستند فكرة المبادرة على جمع مجموعة من المهندسين المتخصصين، والأطباء، ومتخصصي إدارة المشروعات، ثُم مخاطبة الهيئة العربية للتصنيع والشركة القابضة للصناعات المعدنية لإنتاج الجهاز على خطوط إنتاجهم، وخلق قنوات للتبرع لصالح الحملة من خلال جمعيات خيرية معتمدة وتحظى بالثقة العامة، وأخيرًا تصميم وتنظيم دورات طبية لتدريب الكوادر في جميع محافظات مصر على استخدام الجهاز.

ج- مبادرات تحفيز العمل التطوعي وحماية الفرق الطبية: - كانت هذه المبادرة من جانب وزارة الصحة التي قررت فتح باب التطوع لتعويض النقص في جانب الموارد البشرية، وقد يساهم في التخفيف من العبء على المنظومة الصحية؛ لأنه يسمح للتخصصات العلمية القريبة من مجال الطب مثل خريجي كليات العلوم والصيدلة والطب البيطري والأسنان القيام بأدوار تكميلية بمستشفيات العزل والإحالة أو بفرق التقصي والمتابعة الميدانية. وكذلك يسمح القرار بوجود متطوعين للعمل المجتمعي لتوعية الناس بأن خط الدفاع الأول للإنسان هو بيته، فضلًا عن إمكانية قيامهم بتوصيل الخدمات إلى المنازل، وخصوصًا كبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة، باعتبارهم الأكثر عرضة للإصابة.

**المصدر:** المبادرة المصرية للحقوق الشخصية ٢٠٢٠

وبالتالي يتحقق هدف تخفيف العبء على الفريق الطبي بحيث لن يصل إلى مستشفيات الحميات سوى المرضى الذين يعانون من التهاب رئوي فقط. ومن ثم، يكون دور الأخيرة قاصر على التحقق مما إذا كان الالتهاب الرئوي بكتيريًا، ووقتها يحصل المريض على علاجه داخلها أو أنه ناتج عن الإصابة بفيروس كورونا، ويحتاج إلى النقل إلى مستشفيات العزل لتلقي العلاج.

وكان من الممكن أن تلعب الإدارة المحلية ولجان المنتفعين دور بارز على المستويات المحلية حيث تعددت الدعوات منذ ظهور حالات الإصابة بالفيروس في مصر المطالبة بضرورة تفعيل دور منظمات المجتمع المدني، وحشدها لتتلاءم مع الازمة التي خلفتها جائحة كوفيد-١٩ (انظر: إطار ٦).

وقد انعكست في عدد من المبادرات من جانب بعض مؤسسات المجتمع المدني، والجهود الفردية من خلال تقديم التبرعات العينية والمادية، والتي تستهدف التخفيف من الأعباء المعيشية جراء تضرر شرائح واسعة من المجتمع من توقف العمل في بعض المجالات، وفي مقدمتهم العمالة اليومية، ويمكن الاستدلال على إحدى النماذج من خلال دور بنك الطعام المصري، والحملة التي أطلقها تحت مسمى (دعم العمالة اليومية مسؤولية)؛ وذلك ابتداءً من ٢٢ مارس، والتي يتم من خلالها توزيع ٥٠٠ ألف كرتونة طعام كدعم غذائي.

وفي ذات السياق، قامت وزارة الصحة بتخصيص خطين ساخنين للأمانة العامة للصحة النفسية؛ لتقديم الدعم النفسي للمواطنين المتواجدين بالمنازل خلال هذه الفترة، بالإضافة إلى تدريب ١٥٠ متخصص في الصحة النفسية (من المتطوعين) عبر وسائل الإنترنت للتواصل عن بعد من أجل تقديم الدعم النفسي للمصابين بفيروس كورونا المستجد، وأهالي المصابين والفريق العلاجي في مستشفيات العزل وباقي فئات. وفي هذا السياق تأتي أهمية تفعيل آليات عملية للدعم النفسي للناس عمومًا، وللفرق الصحية خصوصًا من أطباء وتمريض، وأيضًا دعمهم ماديًا ومعنويًا، والعمل على حمايتهم بجميع الوسائل الممكنة، وتوفير الاحتياجات اللازمة لأسرهم.

وعلى الرغم من الخطوات الايجابية من جانب الحكومة، إلا إنه مازال ينقصها توافر قنوات لاستيعاب المزيد من المبادرات المجتمعية، التي تأتي من خارج الحكومة والاستفادة منها عن طريق آليات واضحة ومحددة؛ وذلك بعيدًا عن البيروقراطية التقليدية.

## الإدارة الحكومية للازمة ودور نقابة الأطباء في حماية الطواقم الطبية:

ورغم تلك التدابير والإجراءات وحزم المساعدات التي قدمتها الحكومة إلا أن هناك عامل واحد يوضح مدى فشل الحكومة في التعامل مع جائحة كورونا وهو ارتفاع أعداد ضحايا فايروس كورونا داخل القطاع الطبي من أطباء وتمريض وعدم توفير الحماية اللازمة والتدريب الكافي لهم.

فكما أشرنا لتقرير "مؤشرات أمان الصحة العالمي" الذي يوضح أن نقطة ضعف النظام الصحي في مصر هو في نقص الموارد البشرية إلا أن الحكومة لم تراع ذلك خاصة وأن العاملون في القطاع الصحي هم الخط الأمامي للاستجابة لتفشى فايروس كورونا، وبالتالي يكونون معرضين لخطر الإصابة بشكل أكبر. تشمل المخاطر والتحديات التي يواجها العاملون بالقطاع الصحي التعرض للإصابة بالفيروس، وساعات العمل الطويلة، والإرهاق النفسي، والتعب، وضغط العمل، والوصم المجتمعي، وغيرها من المخاطر خلال جائحة كورونا. لذلك، هناك

حقوق للعاملين في القطاع الصحي، بما في ذلك التدابير المحددة اللازمة من حيث السلامة والصحة المهنية لحمايتهم.

وهو ما لفتت نقابة الأطباء "باعتبارها أحد المنظمات غير الحكومية" له في سياق الحديث عن عدد الإصابات والوفيات بين الفرق الصحية في مصر يجب الإشارة إلى أن في شهر أبريل قال ممثل منظمة الصحة العالمية إن ١٣٪ من إصابات كورونا بمصر من القطاع الطب، وفى يوم ٢٥ مايو قالت نقابة الأطباء في بيان لها إن عدد الإصابات بين الأطباء فقط أكثر من ٣٥٠ وقدرت عدد حالات الوفاة ب ١٩ طبيبا.

بينما في نفس اليوم في بيان لوزارة الصحة أشار إلى أن هناك ٢٩١ مصابا و١١ وفاة من الأطقم الطبية بمستشفيات الحميات والصدر والعزل. وآخر التصريحات الرسمية أشار إلى أن عدد الإصابات بفايروس كورونا بين الطواقم الطبية بلغ ١٥٠٠. أما نقابة الأطباء حتى الأسبوع الأخير من شهر يونية عدد وفيات بما يناهز ١٠٠ طبيب و٣ آلاف مصاب.

تضارب التصريحات الرسمية يشير إلى الحاجة إلى مزيد من الشفافية من قبل وزارة الصحة بالإعلان عن الإصابات والوفيات بين جميع العاملين بالقطاع الصحي من أطباء وتمريض ومسعفين وفنيين وصيادلة وغيرهم. فلا بيانات دورية تخرج من وزارة الصحة لرصد حالات الإصابة والوفاة بين العاملين بالقطاع الصحي، فقط كل فترة يكون هناك تصريح إعلامي لأحد المسئولين، وكما تم التوضيح سابقا، تكون في بعض الأحيان متضاربة. ولذلك، على وزارة الصحة الإعلان بشكل دوري عن عدد الإصابات والوفيات بين العاملين بالقطاع الصحي، حتى لو على شكل تقرير أسبوعي.

ورغم ما أعلنت عنه وزارة الصحة عن تشكيل غرفة عمليات مركزية يكون هدفها الأساسي الحد من انتشار العدوى بين الأطقم الطبية في جميع المستشفيات الحكومية والخاصة. ولا نعلم حتى الآن التوصيات التي خرجت بها هذه اللجنة أو نتائج دراستها لأسباب الإصابة والوفاة بين العاملين بالقطاع الصحي.

وبسبب نقص الامدادات الطبية هدد بعض الأطباء بالاستقالة الجماعية والاضراب والتوقف عن أداء الخدمة الطبية إلا ان نقابة الأطباء لم تستجب لهذه الدعوة مما يعكس قدر من المسؤولية الاجتماعية وفضلت التفاوض ممثله في نقيب الأطباء مع رئيس الوزراء الذي وعد بتحسين الأوضاع قبل ان يوجه نقد لأزع لهم فيما بعد.

وفي المحصلة النهائية لم يساعد هذا في تجنب ارتفاع عدد الوفيات بين الاطباء، بالمقارنة مع المعدلات الدولية. وفق تصريح ريتشارد برينان "مدير الطوارئ الطبية بإقليم شرق المتوسط بمنظمة الصحة العالمية "، أن معدلات الإصابة عالميا بالفيروس بين الأطقم الطبية تتراوح بين ١٠ % و١٥ % من إجمالي الإصابات. ووصف برينان هذه النسبة بالمرتفعة مطالبا دول العالم بتوفير أقصى حماية لأطقمها الطبية، باعتبارها السلاح الأهم في مواجهة الفيروس. وتختلف نسبة إصابة الأطقم الطبية من دولة إلى أخرى بحسب استعداد نظامها الصحي للتعامل مع المشكلة. ورغم أن نسب الإصابة بين الفرق الطبية لدينا قريبة من المعدل العالمي تظل نسب الوفيات في الأطباء

مرتفعة، مع العلم أننا لا نعرف بدقة نسب الوفيات بين باقي أفراد العاملين بالقطاع الصحي من تمريض وفنيين ومسعفين وصيادلة.

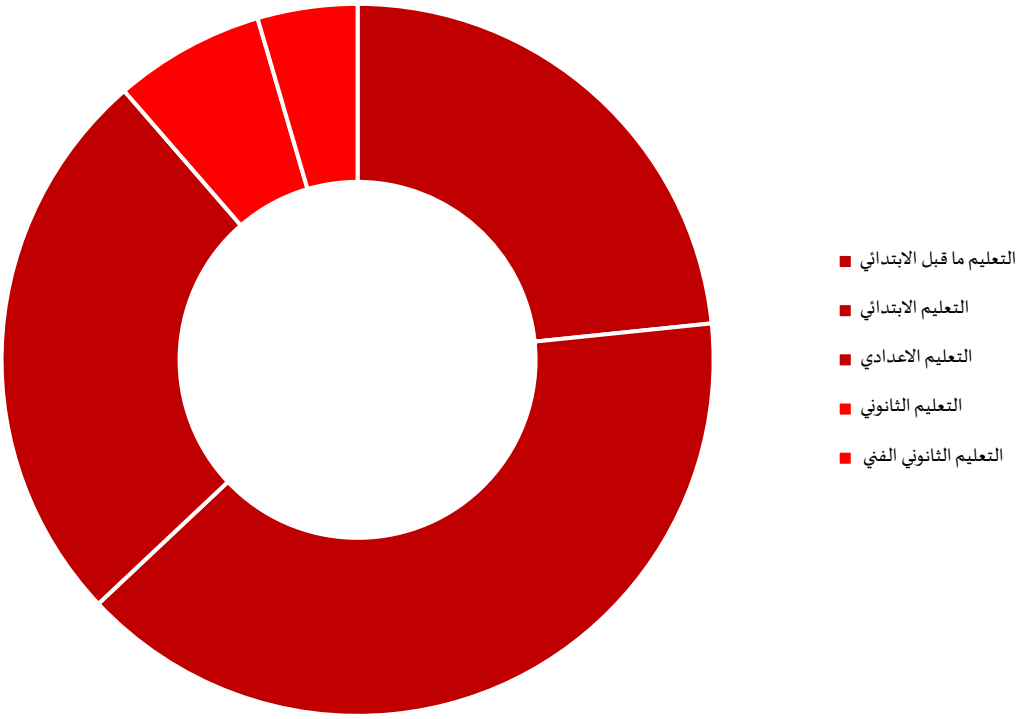
وفى ظل غياب البيانات الدقيقة حول الإصابات بين العاملين بالقطاع الصحي، بالإضافة إلى عدم إعلان وزارة الصحة عن قواعد البيانات الخاصة بالوفيات بين العاملين بالقطاع الصحي (مثل العمر والتاريخ المرضى لحالات الوفاة)، وهذه المعلومات لا غنى عنها في تفسير وفهم أسباب الإصابات والوفاة بين الفرق الطبية، مما يرجح زيادة أعداد الوفيات بين الأطباء واعداد الوفيات من المصابين بشكل عام.

# |٤| مشاركة المنتفعين بالخدمة التعليمية

رغم التوسع في انشاء المدارس الخاصة والدولية خلال العقود الثلاثة الأخيرة وهو ما ارتبط بتراجع ملحوظ في مستوي التعليم بالمدارس الحكومية إلا إن هذه المدارس الأخيرة بطبيعة الحال مازالت تقدم الخدمة التعليمية للأغلبية العظمي من الطلاب بمختلف المراحل والمستويات التعليمة وتشمل التعليم ما قبل الابتدائي، والتعليم الابتدائي، والتعليم الإعدادي، والتعليم الثانوي، والتعليم الثانوي الفني "الصناعي، والتجاري، والزراعي" (انظر: شكل ٤). ووفق تقديرات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء نحو من ٨٠٪ من الطلاب يدرسون بالمدارس الحكومية.

**شكل ٤**

**إجمالي عدد المدارس العامة والخاصة وفق المراحل او المستوي التعليمي**




**المصدر**: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ٢٠١٥

ورغم محدودية مشاركة المنتفعين بالمرافق العامة في إدارتها ورقبتها بشكل عام لاسيما المرافق العامة الصحية أو المنشآت العلاجية كما لاحظنا في المبحث [٢] تبدو المرافق العامة التعليمية او المدارس الحكومية بالمقارنة مع غيرها من المرافق العامة الأكثر استجابة لمشاركة المنتفعين بسبب وضوح مفهوم المنتفعين بها ووجود الآليات التشاركية

الخاصة بإدارة ورقابة المدارس الحكومية وتتمثل في مجالس الأمناء والآباء والمعلمين وما وفرته من مصادر تمويل تشاركية والاتحادات الطلابية.

## ١-٤ مجالس الأمناء والآباء والمعلمين – الديمقراطية التعليمية

تعتبر تجربة مجالس الأمناء والآباء والمعلمين احد أهم تجارب الديمقراطية المحلية وهي شكل من أشكال لجان المنتفعين التي تمكن المستفيدين من المرافق التعليمة والعاملين فيها من المشاركة في ادارتها ورغم أن نظام مجالس الآباء من اشكال المشاركة القديمة المعمول بها منذ صدور قانون التعليم رقم ١٣٩ لسنة ١٩٨١ في إدارة ورقابة العملية التعليمية إلا ان انطلاقتها القوية كانت في اعقاب الانتفاضة الشعبية في ٢٥ يناير ٢٠١١ حيث صدر قرار وزير التربية والتعليم رقم ٢٨٩ لسنة ٢٠١١ بإعادة تنظيم مجالس الأمناء والآباء والمعلمين بشكل يعزز اختصاصاتها ويطفى عليها الطابع الديمقراطي والمحلي.

إطار٧

**أهداف مجالس الأمناء والآباء والمعلمين**

- تحقيق اللامركزية في الإدارة والتقويم والمتابعة وصنع واتخاذ القرار
- العمل على تأصيل الديمقراطية في نفوس الطلاب واكسابهم المعلومات والمعارف والقيم الأخلاقية والاتجاهات السليمة التي تساعد على تعميق روح الانتماء للمجتمع والوطن
- تشجيع الجهود الذاتية والتطوعية لأعضاء المجتمع المدني لتوسيع قاعدة المشاركة المجتمعية والتعاون في دعم العملية التعلمية
- تعبئة جهود المجتمع المحلي من اجل توفير الرعاية المتكاملة للطلاب وبصفة خاصة الفائقين والموهوبين وأيضا ذوي الاحتياجات الخاصة للارتقاء بهم علميا وثقافيا واجتماعيا وقوميا
- الارتقاء بالعملية التعلمية والتغلب على المشكلات والمعوقات التي تعترضها بالتعاون بين الأمناء والآباء والمعلمين
- توثيق الصلات والتعاون المشترك بين الآباء والمعلمين وأعضاء المجتمع المدني في جو يسوده الاحترام المتبادل من اجل دعم العملية التعليمية ورعاية الأبناء
- تعظيم دور المدرسة في خدمة البيئة والمجتمع المحلي والعمل على التغلب على مشاكلها وتحقيق طموحاتها
- ابداء الرأي في اختيار المدرسة او ناظر المدرسة وفي تقويم أداء عمل كلا منها عند التجديد لاي منهما

**المصدر**: وزارة التربية والتعليم ٢٠١١

حيث نص هذا القرار التأسيسي على أن تشكل في كل مدرسة من مختلف المراحل التعليمية مجلس الأمناء والآباء والمعلمين يضم ممثلين للفئات الثلاثة بالإضافة إلى ممثلين لمنظمات المجتمع المدني او المنظمات غير الحكومية NGO'S من المهتمين بالعملية التعليمة وهو ما يعتبر أحد أبرز آليات الديمقراطية التشاركية في سياق مشاركة المنتفعين بالمرافق العامة في مصر.

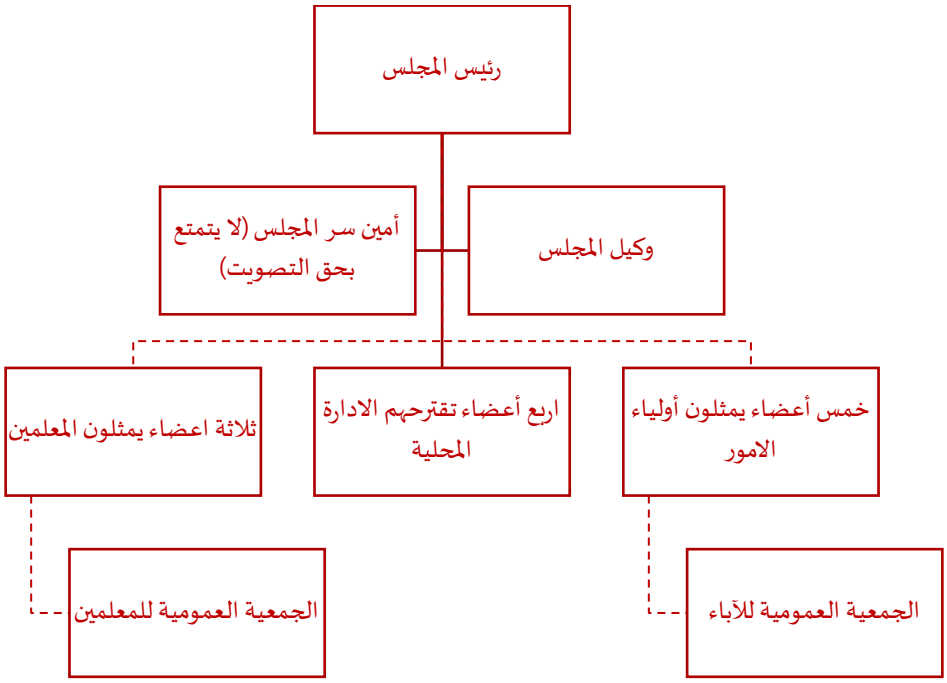
وتهدف مجالس الأمناء والآباء والمعلمين بالمدارس إلى تحقيق جملة من الأغراض (انظر: إطار ٧) تتمحور حول اللامركزية الإدارية وتأصيل الممارسة الديمقراطية في العملية التعلمية وتشجيع الجهود التطوعية وتعزيز المشاركة

المجتمعية فيها من خلال مساهمة منظمات المجتمع المدني توثيق الصلات والتعاون المشترك بين الآباء والمعلمين معها في دعم العملية التعليمية.

بما في ذلك الارتقاء بالعملية التعلمية والتغلب على المشكلات والمعوقات التي تعترضها وتعبئة جهود المجتمع المحلي من ناحية والتمكين المدارس من لعب دور في خدمة هذا المجتمع من ناحية أخري. وتلعب هذه المجالس دور رقابي على الإدارة المدرسية (وهي إدارة خاضعة لنظامي الخدمة المدنية والإدارة المحلية) لاسيما فيما يتعلق باختيار نظار المدارس الحكومية بمختلف المستويات التعليمية.

**شكل ٥**

**اسلوب تشكيل مجالس الأمناء والآباء والمعلمين بالمدارس**




**المصدر**: وزارة التربية والتعليم ٢٠١١

وتشكل مجالس الأمناء والآباء والمعلمين بطريقة مختلطة تجمع ما بين الانتخاب والتعيين حيث تتكون من ثلاثة عشر عضو سبعة منهم بالانتخاب (خمسة من أولياء الأمور أو الآباء تنتخبهم الجمعية العمومية للآباء او ثلاثة من المعلمين تنتخبهم الجمعية العمومية للمعلمين بالمدرسة) بالإضافة إلى أربعة أعضاء من الشخصيات العامة المهتمة بالتعليم (عادة من ممثلي منظمات المجتمع المدني) يختارهم المحافظ أو من يفوضه باعتباره رئيس الإدارة المحلية بالإضافة لعضوية مدير المدرسة بحكم منصبه وينتخب أعضاء المجلس رئيس المجلس ونائبه من بين أعضائه عدا مدير المدرسة والمعلمين بها ويتولى أقدم الاخصائيين الاجتماعيين بالمدرسة أعمال أمانة سر المجلس

دون أن يكون له حق التصويت (أنظر: شكل ٥). ويجتمع المجلس مرة واحدة على الأقل كل شهر ويتم تشكيلة خلال ثلاثة أسابيع من بدء الدراسة وتستمر العضوية في المجلس لمدة ثلاثة سنوات.

وتختص مجالس الأمناء والآباء والمعلمين بالمساهمة مع إدارة المدرسة في وضع خطة متكاملة لتحقيق اهداف تطوير المدرسة ومتابعة تنفيذها وتذليل الصعوبات التي قد تواجهها والعمل على دعم العملية التعليمية وتطويرها وتحديثها بمصادر تمويل غير تقليدية عن طريق تشجيع الجهود الذاتية للأفراد القادرين ومنظمات المجتمع المدني. وتلعب هذه المجالس دور في صيانة مباني المدارس وأجهزتها والوسائل التعليمية وتحديثها.

كما تدعم الأنشطة التربوية المدرسية ومتابعة تنفيذها ومواجهة الظواهر السلبية التي قد تطرأ على الطلاب مثل (التدخين، الإدمان، والتنمر والعنف إلخ). ورعاية الطلاب الفائقين والموهوبين وذوي الاحتياجات الخاصة وتوفير الرعاية الاجتماعية للطلاب غير القادرين. كما تختص هذه المجالس بالتعاون مع المدارس الأخرى والمؤسسات التعليمية كالجامعات ومركز الشاب والجمعيات الاهلية لدعم العملية التعليمية وخدمة البيئة والمجتمع المحلي.

## ٢-٤ مصادر التمويل التشاركية للمدارس العامة

يرتبط عمل ونشاط مجالس الأمناء والآباء والمعلمين كآلية من الآليات الديمقراطية التشاركية او مساهمة المنتفعين في إدارة وتسير المرافق العامة (التعليمية) أو المدارس العامة بتوفير مصادر تمويل تشاركية يوفرها المجتمع المحلي لدعم العملية التعليمية والأنشطة الطلابية.

وتتمثل هذه المصادر في حق المجالس في جمع وقبول التبرعات الاختيارية من المواطنين ورجال الاعمال والهيئات المختلفة على ان يتم تحصيل التبرعات المالية والعينية بموجب الإيصالات اللازمة (تربية وتعليم ت. ت) وتضاف التبرعات العينية مثل (اجهزة الحاسب الآلي والوسائل التعليمية الخ) في سجلات مالية مستقلة لحساب المدرسة ويجب ألا يكون التبرع مشروط بآمور مثل القبول بالمدرسة او نقل الطلاب منها أو إليها ويعلن المجلس عن قبول التبرعات في مكان ظاهر بالمدرسة. ويتم الإبقاء على جميع الإيرادات من حصيلة التبرعات في حساب بنكي ويكون التوقيع على الشيكات لمدير المدرسة ورئيس المجلس او نائبه.

ويقرر مجلس الأمناء والآباء والمعلمين تقرير صرف أي مبالغ من أموال المدرسة لتنفيذ البرامج الخاصة بالأنشطة والمشروعات التي تحقق أهداف تطوير المدرسة في حدود الموارد المالية المتاحة ويقوم المجلس بإعداد خطة سنوية وبرنامج زمني مبرمج ماليًا بناء على المتوقع من حصيلة عن كل نشاط وللمجلس صرف مقابل الخدمات الإضافية بالمدارس على أية أنشطة يراها ويجوز له استخدام الفوائض المالية للصرف على الاحتياجات الفعلية للمدرسة من إصلاحات المباني والاثاث المدرسي وشراء وصيانة أجهزة التطوير التكنولوجي.

كما تتم اعداد الميزانية والحساب الختامي في نهاية العام الدراسي من كل عام بمعرفة رئيس المجلس والمراقب المالي. وتعتبر الأموال الخاصة بالمدرسة والتي يشرف عليها مجلس الأمناء والآباء والمعلمين أموال عامة وتتم مراجعتها من خلال التوجيه المالي والإداري بالإدارة التعليمية (وهي إدارة تابعة للإدارة المحلية) والجهاز المركزي للمحاسبات (وهو جهاز مركزي).

**إطار٨**

**قصة نجاح مجلس الأمناء والآباء والمعلمين بمدرسة عمرو بن العاص الرسمية للغات في محافظة بورسعيد**

مثل دور مجلس الأمناء والآباء والمعلمين في تطوير مدرسة "عمرو بن العاص الرسمية للغات"، وإعلانها أول مدرسة صديقة للبيئة في المحافظة وتطوير الوسائل التعليمية بها بحيث أصبحت عنصر جذب للطلاب والأهالي، من خلال ما تم بها من تطوير للفصول وإنشاء الملاعب باستخدام أدوات ووسائل بسيطة من مكونات البيئة. وهو ما اعتبره المركز الإعلامي لمجلس الوزراء، (قصة نجاح تبعث روح الأمل والتفاؤل بين المواطنين، وتشجعهم على التقدم والبناء والتطلع إلى مستقبل أفضل لمصر) ونجحت المدرسة بتضافر الجهود ما بين مجلس الأمناء والآباء والمعلمين ومنظمات المجتمع المدني والإدارة المحلية ممثله في المحافظة والإدارة التعليمية في إنشاء أول فصل بحديقة المدرسة محاط بالخضرة والزهور، وهي التجربة التي تعد الأولى من نوعها على مستوى مدارس الجمهورية، حتى أصبحت المدرسة تنافس غيرها من المدارس الدولية الموجودة بمصر، من خلال الجهود والمبادرات التي سعى لتنفيذها مجلس الأمناء والآباء والمعلمين ومدير المدرسة من أجل تطوير مدرسته وتحفيز طلابه وتشجيعهم على الدراسة في مكان مناسب. ولقد استخدمت مصادر التمويل التشاركية من تبرعات نقدية وعينية في اعمال التطوير التكنولوجي وتعزيز الأنشطة الطلابية وهو ما يؤكد أهمية مصادر التمويل التشاركية في تحسين أوضاع المدارس العامة وتطويرها وهذه التجربة لا شك انها ملهمة بالنسبة للمجتمعات المحلية المهمشة والمناطق النائية حيث يمكن ان يلعب المجتمع المدني دور من خلال الآليات التشاركية لتحسين جودة التعليم في هذه المناطق.

**المصدر**: برنامج الديمقراطية المحلية ٢٠٢٠

ولقد ساهمت مصادر التمويل التشاركية بشكل فعال في العديد من التجارب (انظر: إطار ٨) في تغطية الفجوات التمويلية في المدارس العامة نتيجة محدودية الانفاق العام (المركزي) على التعليم خاصة في المجتمعات المحلية التي يرتفع فيها متوسط الدخل العام مثل حي الشرق بمحافظة بورسعيد. وهو ما ساعد المدارس العامة في بعض هذه التجارب على المنافسة المدارس الخاصة والدولية.

وهو ما يؤكد على نجاح صور الإدارة الديمقراطية والتشاركية التي تحقق التوازن ما بين الإدارة البيروقراطية للمرافق العامة (المدارس العامة) وبين مشاركة جمهور المنتفعين بها وهذه التجارب الناجحة تشجع على الاستفادة منها ونقلها في المناطق الأكثر فقرًا والمحرومة وهو ما يحتاج إلى لفت نظر المنظمات غير الحكومية لأهمية وتأثيره على تحسين الخدمات العامة التعليمية والتنمية المجتمعية بشكل عام.

## ٣-٤ الاتحادات الطلابية – مشكلة المركزية الديمقراطية

الاتحادات الطلابية هي لجان تربوية ديمقراطية داخل المدارس العامة والخاصة والدولية في مختلف النوعيات والمراحل التعليمية وهي اتحادات متعددة المستويات تعمل على تدعيم المبادي والاهداف المحددة لها ومنها ضمان

حرية الطلاب في التعبير والمشاركة في اتخاذ كافة القرارات التي تتعلق بالعملية التربوية والتعليمية والقضايا المجتمعية وترسيخ الديمقراطية وقيم المساواة والعدالة الاجتماعية في نفوس الطلاب بالوسائل التربوية المختلفة (وهو الهدف الذي ضيف الي اهداف الطلابية اعقاب نجاح الانتفاضة الشعبية في ٢٥ يناير ٢٠١١) فضلًا عن الايمان بالوحدة الوطنية والتأكيد على قيم المواطنة.. إلخ.

وتعمل الاتحادات الطلابية على تنظيم الطلاب داخل المدارس من أجل تشجيع الطلاب على التفوق الدراسي وتدعيم روح المبادرة والابداع والابتكار. والمساهم في تحقيق اهداف العملية التعليمية والتعبير عن فكر الطلاب في إطار المسئولية المزدوجة في تأكيد حقوق الطلاب داخل المدارس من ناحية ومحاسبة الطلاب الذين يخرجون على المبادئ والأهداف أو يخلون بروح الانضباط والالتزام بالواجب. وتوسيع دائرة التعارف والخبرات بين أعضاء وقيادات الاتحاد من خلال تبادل الزيارات على المستوي المحلي والمركزي والدولي. والتأكيد على الحوار كثقافة سائدة في المؤسسات التربوية واحترام الرأي الاخر.

**شكل ٦**

**تراتبية تشكيل الاتحادات الطلابية وفق المركزية الديمقراطية**

**المصدر**: وزارة التربية والتعليم ٢٠١٣

وبطبيعة الحال تعتبر الاتحادات الطلابية شكل من اشكال مشاركة المنتفعين بالمرافق العامة التعلمية أو المدارس العامة لا سيما وإنها عبارة عن لجان منتخبة بشكل ديمقراطي عن طريق ما يعرف اصلاحًا بالمركزية الديمقراطية Democratic Centralism، (انظر: شكل ٦) حيث يعتبر كل طلاب الفصل "الوحدة الأساسية بالمدارس" أعضاء في مجلس اتحاد طلاب الفصل وينتخبون من بينهم أمينًا وأمينًا مساعدًا وخمسة أعضاء هم: - المقرر النشاطات أ-

النشاط الديني والثقافي ب- النشاط الاجتماعي ج- النشاط العلمي د- النشاط الرياضي والكشفي هـ- النشاط الفني ويشكلون مع رائد الفصل (المدرس المشرف على الفصل) المكتب التنفيذي لاتحاد الفصل.

ويشكل بكل مدرسة مجلس لاتحاد الطلاب تحت إشراف الرائد العام والاخصائي الاجتماعي المختص بنشاط الاتحاد من كل أمناء اتحادات الفصول في المدارس التي يزيد فيها عدد الفصول عن ١٤ فصل او من أمناء الأمناء المساعدين في المدارس التي يقل عدد فصولها عن ١٤ فصل ويكون مدير المدرسة رائدًا عامًا لاتحاد الطلاب بها وينتخب هذا المجلس المكتب التنفيذي لمجلس اتحاد طلاب المدرسة.

ويشكل بكل إدارة تعليمية من جميع المستويات مجلس لاتحاد الطلاب (لكل من الحلقة الابتدائية والحلقة الإعدادية والمرحلة الثانوية تحت اشراف الرائد العام لكل منها والمختص بنشاط الاتحاد) من أمناء اتحاد طلاب مدارس كل مرحلة ويكون مدير عام الإدارة التعليمية رائدًا عامًا لاتحاد طلاب المرحلة الثانوية كما يكون وكيل الإدارة رائدًا عامًا لاتحاد طلاب الحلقة الإعدادية ويكون مدير الخدمات او مدير التعليم الابتدائي رائدًا عامًا للحلقة الابتدائية. ويشكل "الاتحاد العام لطلاب المدارس"، من رائد عام يختاره وزير التربية والتعليم ومن المكاتب التنفيذية للاتحادات الطلابية على مستوي كافة الإدارات التعليمية وينتخبون المجلس التنفيذي للاتحاد العام ويضاف إليهم الرائد العام لمجلس الاتحاد ومدير إدارة الاتحادات الطلابية ومستشار التربية الاجتماعية.

ورغم أن الاتحاد العام لطلاب المدارس يمثل كل طلاب المدارس إلا انتخابه بطريقة المركزية الديمقراطية يجعله منعزل عن هؤلاء الطلاب على مستوي المدراس المختلفة خاصة مع اختزال الاتحاد في المكتب التنفيذي وبدرجة أقل مجلس الاتحاد العام الذي يحظى بالتصرف في الجانب الأكبر من موارد الاتحاد المالية تحت اشراف مركزي مباشر من وزارة التربية والتعليم. وهو ما يفقد مستويات الاتحادات الطلابية الأخرى فاعليتها ويجعلها عاجزة عن الاضلاع بأدوارها المرسومة لها والاهداف التي يفترض ان تسعي لتحقيقها. ولهذا يجب ان توزيع الموارد المالية للاتحادات الطلابية بشكل عادل على مستوي المدارس المختلفة وربطها بنظام مجالس الأمناء والاباء والمعلمين لزيادة فاعليتها وانهاء وصاية الرواد عليها وهم كما رأينا معينين او بحكم وظائفهم بخلاف مجالس الأمناء والاباء والمعلمين التي يغلب عليها الطابع الديمقراطي.

# |٥| مشاركة المنتفعين بالخدمة الثقافية

تعتبر قصور وبيوت الثقافة مرافق عامة ثقافية تخضع لنظام الإدارة المحلية ولإشراف الهيئة العامة لقصور الثقافة هي إحدى المؤسسات الثقافية ذات الدور البارز في تقديم الخدمات الثقافية والفنية. ومثلها مثل المرافق العامة تتمثل مشاركة المنتفعين بالخدمة الثقافية أشكال خاصة من المشاركة الديمقراطية أو الآليات التشاركية لمساهمة المنتفعين بالخدمة في إدارة ورقابة هذه المرافق العامة وهي ما يعرف بنوادي الأدبية المنتخبة.

وتهدف قصور وبيوت الثقافة إلى المشاركة في رفع المستوى الثقافي وتوجيه الوعي القومي للجماهير في مجالات السينما والمسرح والموسيقى والآداب والفنون الشعبية والتشكيلية وفي نشاط الطفل والمرأة والشباب وخدمات المكتبات في المحافظات. وقد أنشئت في بادئ الأمر تحت مسمي الجامعة الشعبية عام ١٩٤٥م، ثم تغير اسمها في سنة ١٩٦٥ إلى الثقافة الجماهيرية. وفي عام ١٩٨٩صدر القرار الجمهوري لتتحول إلى هيئة عامة ذات طبيعة خاصة وأصبح اسمها الهيئة العامة لقصور الثقافة.

إطار٩

**فاعليات و انشطة ومشروعات الهيئة العامة لقصور الثقافة**

تتنوع أنشطة قصور وبيوت الثقافة ما بين الفاعليات المختلفة مثل المؤتمرات الأدبية والندوات التثقيفية والشعرية والمعارض الفنية والتشكيلية والعروض المسرحية والسينمائية إلا دور الهيئة العامة لقصور الثقافة لم يتوقف عن هذه الفعاليات والانشطة، حيث تعمل على تطوير عدة مشروعات مبتكرة تستهدف اكتشاف المواهب وتعزيز الثقافة في المناطق الفقيرة والنائية ومكافحة الإرهاب والأفكار المتطرفة. منها على سبيل المثال مشروع "ابدأ حلمك" لاكتشاف المواهب وإعداد الممثل الشامل بالتعاون مع البيت الفني للمسرح كان البداية التي جعلت قطاعات وزارة الثقافة تتكامل لتنفيذ مشروع واحد. وأيضا دشنت مشروع "الدمج الثقافي"، الذي يستهدف الأطفال الذين يعيشون في المناطق النائية في حلايب وشلاتين وبمنطقة أبو رماد وواحة سيوة وأيضا أطفال النوبة والأقصر وأسوان، ويتضمن المشروع زيارات ميدانية للعديد من الأماكن التراثية، والأثرية كأهرامات الجيزة وحديقة الأزهر والقلعة. كما أن الهيئة مؤخرا أعلنت عن زيادة مخصصات النشر من ٥ إلى ٧ مليون جنيه، بهدف زيادة الإصدارات التي من شأنها محاربة الإرهاب والأفكار المتطرفة، وبدعم ٥٠٪ على جميع الإصدارات، كما إنها أعلنت عن زيادة ميزانية نوادي المسرح، ونوادي الأدب في جميع المحافظات.

**المصدر**: الهيئة العامة لقصور الثقافة ٢٠٢٠

ويبلغ عدد قصر ثقافة في المحافظات المختلفة أكثر من ٦٠٠ قصر (وفق الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ٢٠١٦)، بالإضافة إلى عدة مواقع أخرى ينتظر افتتاحها خلال الفترات المقبلة، بمتابعة النشرات الإخبارية الصادرة عن الهيئة، فأغلب تلك المراكز الثقافية، وكل الأقاليم الثقافية المنتشرة في البلاد، تقوم بمئات الفعاليات الأنشطة الثقافية والفنية يوميا. وتصل الميزانية المخصصة للهيئة العامة لقصور الثقافة، إلى ما يقرب من ٦٥٠ مليون جنيه.

حسب تقديرات الهيئة تبتلع ميزانية الأجور وحدها إلى ما يقرب الأغلبية العظمي من هذه الميزانية الاجمالية ويتوزع الباقي على الانشاءات والفاعليات والأنشطة وبرامج النشر المدعمة والمشروعات الثقافية المبتكرة تستهدف

مجموعة متنوعة من الأهداف مثل اكتشاف المواهب وتعزيز الثقافة في المناطق الفقيرة والنائية ومكافحة الإرهاب والأفكار المتطرفة (انظر: إطار ٩).

وتلعب النوادي الأدبية دور مهم في إدارة ورقابة المرافق الثقافية او قصور وبيوت الثقافية، وتعتبر بمثابة لجان منتفعين منتخبة يمارس من خلاله الأدباء وهواة الأدب في كل موقع ثقافي بالهيئة نشاطهم في حرية كاملة دون تحيز لجنس أدبي على آخر، أو شكل على آخر داخل الجنس الواحد، أو اتجاه فكرى على حساب الاتجاهات الأخرى. وتهدف أندية الأدب إلى: - (أ . اكتشاف المواهب الأدبية الجديدة وصقلها وتنميتها في المجالات الأدبية والنقدية المتنوعة: الشعر . القصة . الرواية . النص المسرحي . أدب الطفل . أدب الرحلات . النقد الأدبي . الدراسات الأدبية . المقال . الدراسات الإنسانية . الترجمة الأدبية من وإلى اللغات الأخرى. ب . تقديم المواهب الأدبية إلى الحياة الثقافية في مصر. ج . تثقيف الجمهور ثقافة أدبية رفيعة).

## نوادي الآداب – تشكيلها واختصاصها:

وتنقسم نوادي الادب إلى نوادي فرعية على مستوي المركز الثقافي أي قصر او بيت الثقافة هو نادي الأدب الذي يُشكّل في كل موقع ثقافي على حدة ويتكون من أحد عشر أديبا على الأقل، يستحق كل أديب منهم نَيل العضوية العاملة. تنقسم عضوية نادى الأدب الفرعي وهي ما تحدد مفهوم جمهور المنتفعين بقصور او بيوت الثقافة إلى: - أ - عضوية عاملة، وتمنح لكل أديب مصري يمارس الإبداع الأدبي في مجال أو أكثر من المجالات السابق ذكرها على أن يتوافر فيه مسوّغ على الأقل من المسوّغات الآتية: أن يكون قد كُرّم في المؤتمر العام لأدباء مصر أو قد صدر له كتاب واحد على الأقل عن إحدى هيئات وزارة الثقافة. أن يكون حاصلا على درجة الماجيستير في أي فرع من فروع العلوم الإنسانية. أن يكون عضوا عاملا باتحاد كتاب مصر. وإذا كان العضو منتسبًا باتحاد الكتاب؛ يُعرض إنتاجه على اللجنة المشكلة بالإقليم للبت فيها. أن يكون أحد الفائزين بمركز من المراكز الثلاثة الأولى في المسابقة الأدبية المركزية التي تنظمها الهيئة العامة لقصور الثقافة. أن يكون قد صدر له كتاب واحد على الأقل عن إحدى دور النشر الخاصة، أو على نفقته، على أن يقره النادي المركزي بعد موافقة اللجنة الفنية التي يشكلها رئيس الإقليم. أو له عشرة أعمال أدبية مفردة على الأقل، نشرت في المجلات أو الصفحات الأدبية المتخصصة، على أن يقرها نادى الأدب المركزي بعد موافقة اللجنة الفنية التي يشكلها رئيس الإقليم. أو أحد الفائزين بمركز من المراكز الثلاثة الأولى في المسابقات التي تنظمها المؤسسات الثقافية المصرية والعربية الكبرى، على أن تقرها اللجنة الفنية التي يشكلها رئيس الإقليم.

ب - عضوية منتسبة، ويحصل عليها كل عضو هاو للأدب، أو متذوق له، أو من لم يتوافر لديه أي من مسوغات العضوية العاملة، وكذا المبدعون التلقائيون، وحملة التراث الشعبي.

ونوادي "مركزية"، تشكل على مستوي الفرع الثقافي من خلال نظام المركزية الديمقراطية بكل مثالبها (انظر: ٤-٣) وهو عاده يضم عدد محافظات مثل فرع الهيئة العامة لقصور الثقافة في إقليم قناة السويس وسيناء ويضم خمس محافظات هي: - بورسعيد، إسماعيلية، السويس، شمال سيناء وجنوب سيناء وتشكل مجالس إدارة النوادي الفرعية من رئيس مجلس إدارة وأربعة أعضاء تنتخبهم الجمعية العمومية لنادي الآداب الفرعي (انظر: إطار ١٠) وعضو من العاملين معين من رئيس مجلس إدارة المركز الثقافي ولا يكون له حق التصويت.

**إطار ١٠**

**اختصاصات الجمعية العمومية لنوادي الادب الفرعية**

تجتمع الجمعية العمومية لنادي الأدب الفرعي مرة كل عام في دورتها العادية برئاسة رئيس مجلس إدارة النادي وبحضور مدير عام الفرع الثقافي أو من يفوضه، وذلك لمناقشة الميزانية وخطة النشاط، وإجراء انتخابات مجلس الإدارة في حالة انتهاء دورة المجلس. يجوز دعوة الجمعية العمومية لاجتماع طارئ، بناء على طلب مكتوب وموقع من ثلثي الأعضاء، أو بدعوة من مجلس الإدارة، أو من مدير الفرع الثقافي، وتصدر القرارات بأغلبية عدد الأعضاء الحاضرين من الجمعية العمومية (أكثر من ٥٠٪) ولا يكون اجتماع الجمعية العمومية صحيحا، إلا إذا حضره ثلثا الأعضاء على الأقل، فإذا لم يكتمل النصاب القانوني يؤجَّل الاجتماع لمدة أسبوعين ولا يكون صحيحا إلا بحضور نصف الأعضاء، فإذا كان جدول أعمال الاجتماع يتضمن انتخابات مجلس الإدارة، ولم يكتمل النصاب القانوني في المرة الأولى؛ تؤجل الانتخابات لمدة أسبوعيْن، فإن لم يكتمل النصاب القانوني في المرة الثانية. يصدر مدير الفرع الثقافي قراراً بتشكيل مجلس إدارة بالتعيين لمدة عام واحد، على أن يُشكَّل المجلس المعيّن من بين أعضاء الجمعية العمومية الذين لم ينتخبوا في الدورة السابقة. تُجرى الانتخابات لمجلس الإدارة الجديد قبل شهر من انتهاء مدة المجلس المعين، ولا يجوز إعادة التعيين مرة أخرى. إذا لم يكتمل نصاب الجمعية العمومية لانتخاب مجلس الإدارة الجديد بعد دعوة الجمعية العمومية مرتين (الأولى بثلثي أعضاء الجمعية العمومية، والثانية بنصف أعضائها)، يُصدر رئيس الإقليم الثقافي قراراً بتجميد نشاط النادي بناء على مذكرة معروضة من مدير عام الفرع الثقافي، ولا يجوز إعادة النشاط إلي النادي إلا بعد العرض على رئيس الإقليم، وفى كل الأحوال يقوم رئيس الإقليم الثقافي بإخطار الإدارة المركزية للشئون الثقافية عند صدور قرار التجميد، أو إعادة النشاط مع ذكر الحيثيات في كل حالة. يجوز لأعضاء مجلس إدارة نادى الأدب الفرعي المعين الترشح لانتخابات مجلس الإدارة في دورته التالية التي تعقب انتهاء مدة المجلس المعين.

**المصدر**: الهيئة العامة لقصور الثقافة ٢٠٢٠

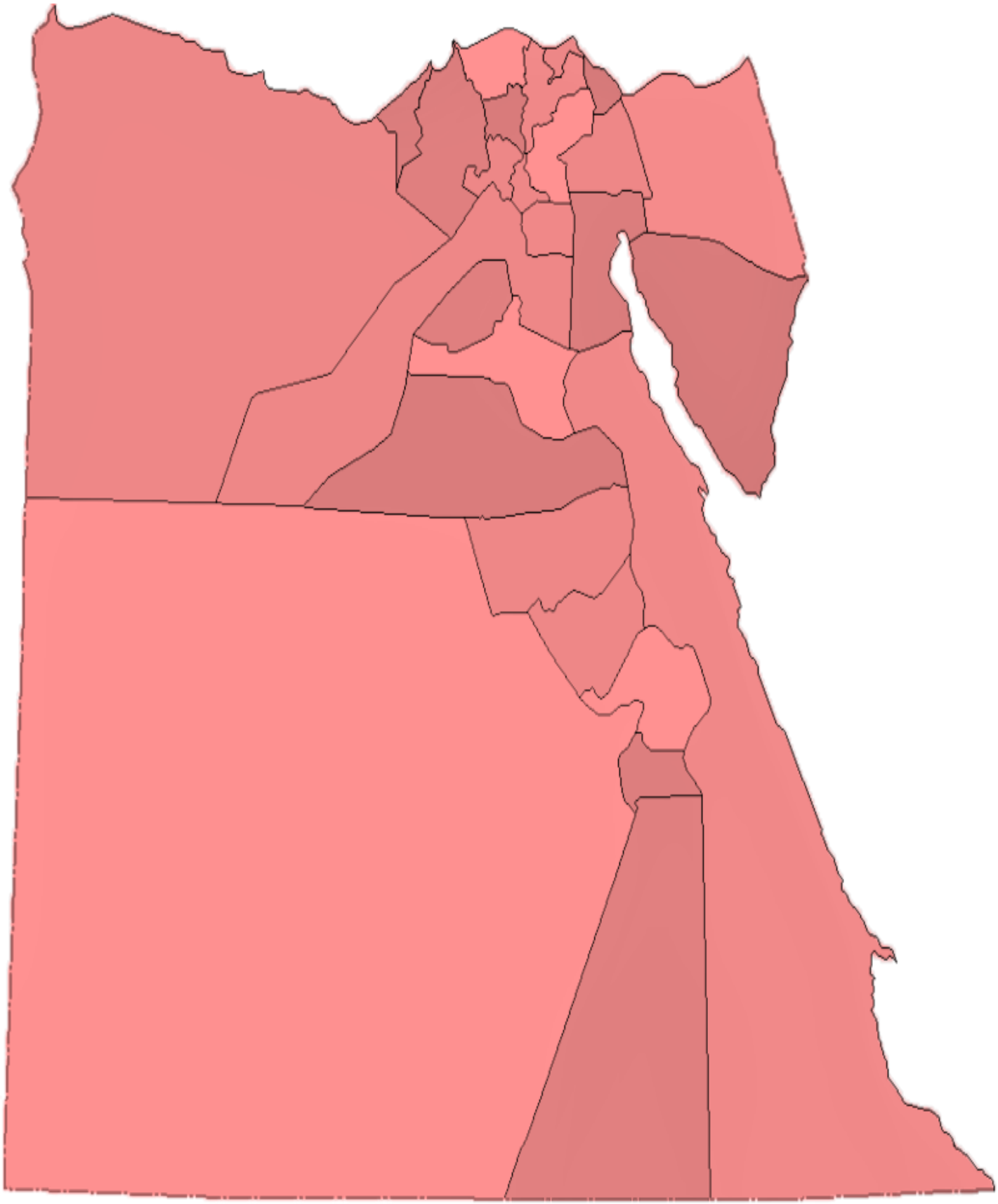
ويصدر مدير الفرع الثقافي قراراً بتشكيل لجنة من كبار أدباء الفرع للإشراف على الانتخابات، تتكون من ثلاثة أعضاء على الأقل، بحيث يكونون من غير أعضاء نادي الأدب الفرعي، أو نادى الأدب المركزي، على أن يكون مسؤول الثقافة بالفرع أحد أعضائها، وترفع اللجنة تقريرها إلى مدير الفرع الثقافي لاعتماده. مما يعكس الطابع الديمقراطي لهذه النوادي.

وفي بعض الأحيان يؤدي ضعف مشاركة أعضاء الجمعية العمومية في اجتماعها سبب لعرقلة انتخاب هذه النوادي حيث لا يكون اجتماع الجمعية العمومية صحيحا، إلا إذا حضره ثلثا الأعضاء على الأقل، فإذا لم يكتمل النصاب القانوني يؤجَّل الاجتماع لمدة أسبوعين ولا يكون صحيحا إلا بحضور نصف الأعضاء، فإذا كان جدول أعمال الاجتماع يتضمن انتخابات مجلس الإدارة، ولم يكتمل النصاب القانوني في المرة الأولى؛ تؤجل الانتخابات لمدة أسبوعيْن، فإن لم يكتمل النصاب القانوني في المرة الثانية. يصدر مدير الفرع الثقافي قراراً بتشكيل مجلس

إدارة بالتعيين لمدة عام واحد، على أن يُشكَّل المجلس المعيّن من بين أعضاء الجمعية العمومية الذين لم ينتخبوا في الدورة السابقة.

وهو ما يضع نوادي الآداب الفرعية في مخاطر تجميدها في حالة تكرار عدم اكتمال النصاب القانوني للجمعية العمومية إذا لم يكتمل هذا النصاب لانتخاب مجلس الإدارة الجديد بعد دعوة الجمعية العمومية مرتين (الأولى بثلثي أعضاء الجمعية العمومية، والثانية بنصف أعضائها)، يُصدر رئيس الإقليم الثقافي قراراً بتجميد نشاط النادي بناء على مذكرة معروضة من مدير عام الفرع الثقافي، ولا يجوز إعادة النشاط إلي النادي إلا بعد العرض على رئيس الإقليم, وفى كل الأحوال يقوم رئيس الإقليم الثقافي بإخطار الإدارة المركزية للشئون الثقافية عند صدور قرار التجميد، أو إعادة النشاط مع ذكر الحيثيات في كل حالة.

يختص مجلس الإدارة بالآتي: - (أ - وضع الخطة الدورية لنشاط النادي، والإشراف على تنفيذها، ووضع الميزانية الملائمة لها، وتحديد موعد ومكان النشاط الأدبي بعد التنسيق مع نادي الأدب المركزي، على أن تراعي هذه الخطة ضوابط العمل الأدبي والخطة العامة للهيئة .ب . قبول طلبات العضوية العاملة، وتحويلها إلى النادي المركزي بالفرع لإقرارها ورفعها إلى اللجنة الفنية المشكلة بالإقليم الثقافي لاعتمادها. ج - ترشيح ممثلي النادي في مؤتمرات الإقليم، والمؤتمر العام ورفعها إلى نادى الأدب المركزي لمناقشتها وإقرارها.. د - اختيار ممثلي النادي في مؤتمر اليوم الواحد للفرع، وفى اللقاءات الثقافية والأدبية داخل المحافظة وخارجها). تَصدر قرارات مجلس الإدارة بأغلبية الأعضاء. فإذا تساوت الأصوات يُرجَّح الجانب الذي يضم رئيس المجلس. ولا شك ان هذا الاختصاصات في حالة ان مارسها مجالس إدارة منتخبة تسمح بقدر معقول من مشاركة من المنتفعين بالمرافق الثقافية.



# |٦| دليل الديمقراطية المحلية

يهدف دليل الديمقراطية المحلية إلى قياس إمكانية أو قدرة المجتمعات المحلية على المساهمة في صناعة واتخاذ القرارات التي تمس حياتها من خلال منهجية إمبريقية بما يتيح اجراء المقارنة ما بين المحافظات المختلفة (ويمكن ان تستخدم نفس المنهجية لإجراء مقارنات ما بين البلدان المختلفة إذا توافرت البيانات الكمية اللازمة).

رغم هذا لا يهدف الدليل إلى قياس شدة ترابط الجماعات المحلية والمجتمع المدني او تأثير المشاركة بالانتخابات المحلية، ومن ثم هو لا يستخدم لمقارنة فاعلية الإدارة المحلية بالمحافظات من الناحية الديمقراطية. وهو ما نحاول التمهيد له من خلال موضوع هذا التقرير او دراسة مشاركة المنتفعين بالخدمات العامة لان قياس تلك الفاعلية مرهون بمساهمة جمهور المنتفعين بها وهو القياس الذي لا تتاح بشأنه بيانات مسحية كافية، خاصة وان البيانات المتاحة بشأن المرافق العامة لا تأخذ بعين الاعتبار التمييز ما بين المرافق العامة التابعة للإدارة المحلية وتلك التابعة لسلطات مركزية. كذلك يصعب قياس درجة فاعلية منظمات المجتمع المدني والروابط الطواعية على المستوي المحلي لعدم توافر البيانات اللازمة لإجراء مثل هذا القياس.

**إطار١١**

**دليل الديمقراطية المحلية**

طور دليل الديمقراطية المحلية فريق الباحثين ببرنامج الديمقراطية المحلية لأول مرة سنة ٢٠١٥. ويستخدم هذا الدليل للمقارنة بين المحافظات من حيث ارتباط المجتمعات المحلية بالوحدات المحلية التي تمثلها وكذلك منظمات المجتمع المدني والروابط الطواعية بتلك المجتمعات بالإضافة إلى نسب المشاركة بالانتخابات. ويفترض هذا الدليل ان كلما انخفض عدد السكان لكل وحدة محلية او منظمة مجتمع مدني كلما كان هذا مؤشر على ارتفاع درجة ارتباط المجتمعات المحلية بالوحدات المحلية ومنظمات المجتمع المدني والعكس صحيح. وهذه الفرضية تقوم على فكرة ان المجتمعات المحلية الأصغر أكثر قدرة على المساهمة في إدارة شؤنها الخاصة والمشاركة في اتخاذ القرارات التي تمس حياتهم من تلك المجتمعات الأكبر حجمًا وهو ما يرتبط بشرط أولي وهو ان تكون لهذه المجتمعات وحدة/جماعة محلية تمثلها وتتمتع بالشخصية الاعتبارية المستقلة وان تتشكل بهذه المجتمعات منظمات مجتمع مدني أو روابط طواعية تعبر عن المصالح الاجتماعية من خلال تمثيلها بالمجال العام، ويضاف إلى ذلك نسب مشاركة السياسية بالانتخابات.

**المصدر:** برنامج الديمقراطية المحلية ٢٠٢٠

ومن ثم لا يمكننا استنتاج ان محافظة الوادي الجديد صاحبة المركز الأول في دليل الديمقراطية المحلية لديها إدارة محلية ومجتمع مدني أكثر فاعلية، بكثير من محافظة القاهرة التي تحتل المركز الأخير. ولكن الاستنتاج السائغ من هذه المقارنة هو ان المجتمعات المحلية بمحافظة جنوب سيناء أكثر ارتباطاً بالإدارة المحلية ومنظمات المجتمع المدني ولديها إمكانية مساهمة أكبر في تلك الإدارة من المجتمعات المحلية بمحافظة القاهرة.

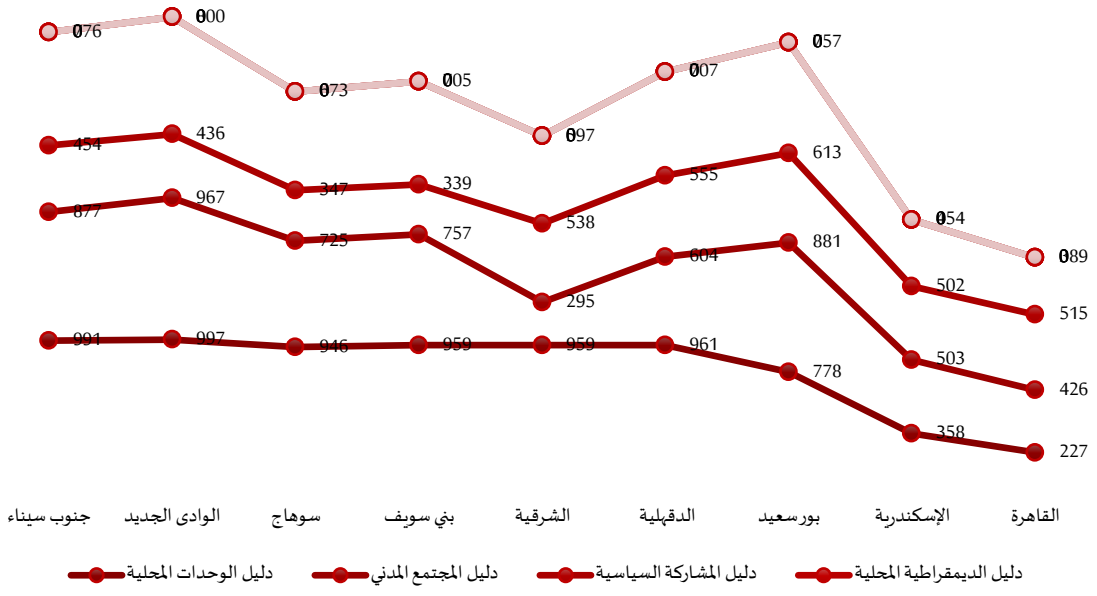
وهكذا فأن دليل الديمقراطية المحلية يقيس مستوى ودرجة تطور هذا النوع من الديمقراطية التي هي بالتعريف الاجرائي، إمكانية أو قدرة المجتمعات المحلية على المساهمة في إدارة شؤنها الخاصة والمساهمة في اتخاذ القرارات التي تمس حياتها المعاشة، وفق أدلة الديمقراطية المحلية الثلاث كما طورها فريق عمل برنامج.

وهذه القدرة ترتبط بشكل متناسب بطبيعة الحال مع نسب المشاركة في الانتخابات العامة وبالذات الانتخابات المحلية او انتخابات المجالس الشعبية المحلية. والحقيقة ان نتائج دليل الديمقراطية المحلية تم تأجيل الإعلان عنها نحو عامين نتيجة تأجيل الانتخابات المحلية المستمر منذ حل المجالس الشعبية المحلية سنة ٢٠١١ حيث لا يمكن الاعتماد بشكل مرضي على نسب مشاركة الناخبين بالمحافظات المختلفة في الانتخابات المحلية الأخيرة ٢٠٠٨ لما شاب تلك الانتخابات التي أجريت دون اشراف قضائي كامل من تجاوزات تتعلق بالأساس بتلفيق نسب مشاركة غير حقيقية. وحيث انه أصبح في حكم المؤكد أن الانتخابات المحلية لن تجرى قبل الانتخابات التشريعية ٢٠٢٠ بعد ان نكثت الحكومة وعدها بإجرائها خلال سنة ٢٠١٧ فاضطر فريق عمل برنامج الديمقراطية المحلية على الاعتماد على متوسط نسب مشاركة الناخبين بالانتخابات العامة.

ومع ذلك يفترض فريق الباحثين ببرنامج الديمقراطية المحلية ان معدلات التغيير في دليل الديمقراطية المحلية لن تكون كبيرة حال الاعتماد على نسب المشاركة في الانتخابات المحلية بدلا عن نسب المشاركة في الانتخابات القومية نظرًا لأنه من المرجح ان تتقارب تلك النسب لنفس السبب وهو ارتباط قدرة المجتمعات المحلية على المساهمة في إدارة شؤنها الخاصة بحوافز المشاركة في الانتخابات بأنواعها.

**شكل**

**مقارنة نتائج دليل الديمقراطية المحلية في بعض المحافظات المختارة**




**المصدر:** برنامج الديمقراطية المحلية ٢٠٢٠

ومن وجهة نظرنا دليل الديمقراطية المحلية يعتبر تجربة قياسية شجاعة تحتاج لمزيد من العمل ولهذا نتائج الدليل في إصدارها الأول نتائج أولية ستخضع لاحقًا للتحديث والتطوير. وبصفة عامة يطمئن فريق برنامج الديمقراطية

المحلية للاستنتاجات الأساسية المستقاة من نتائج تطبيق الدليل وأبرزها انخفاض إمكانية الديمقراطية المحلية في العاصمتين التاريخيتين القاهرة والإسكندرية حيث قبعت هاتان المحافظتان بقاع ترتيب المحافظات وفق دليل الديمقراطية المحلية.

ويمكن تفسير ذلك بحضور السلطات المركزية على حساب الإدارة المحلية حيث حصلت تلك المحافظات على نقاط أقل بكثير من باقي المحافظات في دليل الوحدات المحلية وهو ما يرتبط بالكثافة السكانية العالية التي لا تتناسب مع عدد الوحدات المحلية مما يجعل هذه الأخيرة منفصلة وبعيدة عن حياة المواطنين. وذلك على عكس بعض المحافظات ذات الكثافة السكانية العالية على سبيل المثال محافظة الدقهلية التي تحتل المركز العاشر في ترتيب المحافظات وفق دليل الديمقراطية المحلية، وهو ترتيب متوسط، كنتيجة مباشرة لانخفاض عدد السكان لكل وحدة محلية بهذه المحافظة على الرغم من ارتفاع كثافتها السكانية العالية.

وتحتل المحافظات الحدودية مواقع الصدارة في ترتيب المحافظات وفق دليل الديمقراطية المحلية باستثناء محافظة مطروح التي تحتل الترتيب الثالث العشر بسبب تراجعها اللافت للنظر، بالمقارنة بباقي المحافظات الحدودية، في نتائج دليل المجتمع المدني، وهو ما يعكس غياب ملحوظ للسلطات المركزية بهذه المحافظات لصالح حضور أكبر للإدارة المحلية.

وبمقارنة محافظات الصعيد بالدلتا يتضح تفوق ملحوظ لمحافظات الدلتا على محافظات الصعيد في ترتيب المحافظات وفق دليل الديمقراطية المحلية. فحيث تحتل محافظات المنوفية ودمياط المركزين الثالث والرابع في صدارة ترتيب محافظات الدلتا، تحتل محافظات أسوان وبني سويف المركزين السابع والثاني عشر في صدارة ترتيب محافظات الصعيد. ويعزى هذا الفارق بالأساس لتأخر محافظات الصعيد في نتائج دليل المجتمع المدني بالمقارنة بمحافظات الدلتا.

وهو ما يعكس ضعف المجتمع المدني بمحافظات الصعيد كما سنوضح ذلك في الفصل الرابع، ويرتبط بشكل أكثر تعقيدًا، بالمسألة الجنوبية في مصر، حيث يرتبط تخلف الصعيد ولاسيما تخلف المجتمع المدني باستراتيجية الهيمنة تعمل بصفه دائمة على تكريس التفاوت ما بين الشمال والجنوب.

وبمقارنة نتائج دليل الديمقراطية المحلية بنتائج دليل التنمية البشرية تبدوا نتائج الدليلين معكوسة بالنسبة للمحافظات الحضرية. فرغم أن محافظات بورسعيد والسويس والإسكندرية تحتل صدارة ترتيب المحافظات وفق دليل التنمية البشرية، إلا انها تقع في ذيل ترتيب المحافظات وفق دليل الديمقراطية المحلية.

واللافت للنظر أن محافظة بورسعيد التي تحتل المركز الأول في ترتيب المحافظات وفق دليل المجتمع المدني والمركز الثاني وفق دليل المشاركة السياسية تحتل المركز الثامن العشر وفق دليل الديمقراطية المحلية كنتيجة لتأخر ترتيبها بين المحافظات وفق دليل الوحدات المحلية.

وما يمكن استنتاجه من هذه المفارقة أن تدخل السلطات المركزية الواضح في تلك المحافظات، انعكس ايجابيًا على التنمية البشرية بأبعادها المختلفة، كنتيجة لنزعة تلك المحافظات الإقليمية البارزة. ولهذا لن تكتفي هذه السلسة من التقارير بما تطرحه من دلالات إحصائية من خلال دليل الديمقراطية المحلية، وانما قدمنا في التقارير السابقة دلالات تفسيرية لشبكة العلاقات المعقدة ما بين السلطة المركزية والمجتمعات المحلية،

# |٧| الجداول

**جدول ١**

**دليل الديمقراطية المحلية بالمحافظات***

| المحافظات | عدد السكان لكل وحدة محلية | عدد السكان لكل منظمة مجتمع مدني (أ) | نسبة المشاركة السياسية بالانتخابات % | دليل الجماعات المحلية | دليل المجتمع المدني (ب) | دليل المشاركة السياسية (ت) | دليل الديمقراطية المحلية(ث) | ترتيب المحافظات وفق دليل الديمقراطية المحلية | ترتيب المحافظات وفق دليل التنمية البشرية |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| القاهرة | 231961 | 45932 | 51.50 | 0.227 | 0.426 | 0.515 | 0.389 | 27 | 13 |
| الإسكندرية | 192487 | 39770 | 50.20 | 0.358 | 0.503 | 0.502 | 0.454 | 26 | 3 |
| بورسعيد | 66659 | 9522 | 61.39 | 0.778 | 0.881 | 0.613 | 0.757 | 5 | 1 |
| السويس | 62206 | 18319 | 46.48 | 0.793 | 0.771 | 0.464 | 0.676 | 16 | 2 |
| دمياط | 13862 | 13720 | 53.85 | 0.954 | 0.829 | 0.538 | 0.774 | 3 | 9 |
| الدقهلية | 11710 | 31643 | 55.56 | 0.961 | 0.604 | 0.555 | 0.707 | 12 | 14 |
| الشرقية | 12424 | 56394 | 53.83 | 0.959 | 0.295 | 0.538 | 0.597 | 23 | 11 |
| القليوبية | 24198 | 38104 | 55.23 | 0.919 | 0.524 | 0.552 | 0.665 | 18 | 16 |
| كفر الشيخ | 13164 | 23329 | 47.34 | 0.956 | 0.708 | 0.473 | 0.712 | 11 | 6 |
| الغربية | 20307 | 26695 | 59.41 | 0.932 | 0.666 | 0.594 | 0.731 | 9 | 7 |
| المنوفية | 12052 | 21420 | 62.60 | 0.960 | 0.732 | 0.626 | 0.773 | 4 | 15 |
| البحيرة | 10129 | 43315 | 45.82 | 0.966 | 0.459 | 0.458 | 0.628 | 21 | 5 |
| الإسماعيلية | 21826 | 16145 | 50.51 | 0.927 | 0.798 | 0.505 | 0.743 | 7 | 00 |
| الجيزة | 39921 | 60680 | 42.44 | 0.867 | 0.219 | 0.424 | 0.503 | 25 | 22 |
| بني سويف | 12260 | 19434 | 39.95 | 0.959 | 0.757 | 0.399 | 0.705 | 13 | 21 |
| الفيوم | 18647 | 27808 | 30.46 | 0.938 | 0.660 | 0.304 | 0.634 | 20 | 20 |
| المنيا | 13899 | 38482 | 35.40 | 0.954 | 0.519 | 0.354 | 0.609 | 22 | 18 |
| أسيوط | 17049 | 39674 | 33.10 | 0.943 | 0.504 | 0.331 | 0.593 | 24 | 18 |
| سوهاج | 16097 | 22028 | 34.75 | 0.946 | 0.725 | 0.347 | 0.673 | 17 | 10 |
| قنا | 18799 | 29568 | 33.75 | 0.937 | 0.630 | 0.337 | 0.635 | 19 | 12 |
| اسوان | 9117 | 12234 | 35.95 | 0.970 | 0.847 | 0.359 | 0.725 | 10 | 00 |
| الأقصر | 17922 | 24405 | 39.69 | 0.940 | 0.695 | 0.396 | 0.677 | 15 | 00 |
| البحر الأحمر | 13299 | 8232 | 41.58 | 0.956 | 0.897 | 0.415 | 0.756 | 6 | 0.2 |
| الوادي الجديد | 1682 | 2504 | 43.67 | 0.994 | 0.969 | 0.436 | 0.800 | 1 | 0.3 |
| مطروح | 5461 | 14928 | 26.99 | 0.982 | 0.813 | 0.269 | 0.688 | 14 | 0.4 |
| شمال سيناء | 1739 | 9057 | 34.65 | 0.994 | 0.887 | 0.346 | 0.742 | 8 | 00 |
| جنوب سيناء | 567 | 9848 | 45.46 | 0.990 | 0.877 | 0.454 | 0.776 | 2 | 00 |

*دليل من ابتكار برنامج الديمقراطية المحلية ٢٠١٥

(أ) تم استبعاد منظمات المجتمع المدني الوطنية التي يوجد بها فروع بالمحافظات مثل النقابات المهنية والأحزاب السياسية ولم تتوافر للباحثين بيانات بشأن المنظمات النقابية العمالية .

(ب) دليل الوحدات المحلية هو عدد السكان لكل وحدة محلية مقسوم على مضاعف العدد.

(ج) دليل المجتمع المدني هو عدد السكان لكل منظمة مجتمع مدني مطروح من مضاعف العدد

(د) دليل المشاركة السياسية هو نسبة مشاركة الناخبين المسجلين بجداول الانتخاب في الانتخابات العام

جدول 2

تقدير اعداد السكان طبقًا للنوع بالمحافظات وتوزيعهم النسبي*

| المحافظات | ذكور | إناث | جملة | نسبة السكان % | ترتيب المحافظة من حيث عدد السكان |
|---|---|---|---|---|---|
| القاهرة | ٤٦٩٣٤٦٧ | ٤٥٨٤٩٧٤ | ٩٢٧٨٤٤١ | ١٠,٥ | ١ |
| الإسكندرية | ٢٤٤٩٩٦٤ | ٢٣٦٢٢٢٢ | ٤٨١٢١٨٦ | ٥,٥ | ٨ |
| بورسعيد | ٣٣٨٩٦٤ | ٣٢٧٦٣٥ | ٦٦٦٥٩٩ | ٠,٨ | ٢٠ |
| السويس | ٣١٦٢٣١ | ٣٠٦٦٢٨ | ٦٢٢٨٥٩ | ٠,٧ | ٢١ |
| دمياط | ٦٧٨٧٨٩ | ٦٥٢٠٥٤ | ١٣٣٠٨٤٣ | ١,٥ | ١٧ |
| الدقهلية | ٣٠١٦٨٨٠ | ٢٩٣٢١٢١ | ٥٩٤٩٠٠١ | ٦,٨ | ٤ |
| الشرقية | ٣٣٢٢٧٤٤ | ٣١٦٢٦٦٨ | ٦٤٨٥٤١٢ | ٧,٤ | ٣ |
| القليوبية | ٢٦١٩٦٧٨ | ٢٤٨٦٢٩٤ | ٥١٠٥٩٧٢ | ٥,٨ | ٦ |
| كفر الشيخ | ١٦٠٤٨٠٨ | ١٥٦٧٩٤٥ | ٣١٧٢٧٥٣ | ٣,٦ | ١٢ |
| الغربية | ٢٤٠٧٧٥٣ | ٢٣٤٤١١٢ | ٤٧٥١٨٦٥ | ٥,٤ | ٧ |
| المنوفية | ٢٠٢٣٨٨٥ | ١٩١٧٤٠٨ | ٣٩٤١٢٩٣ | ٤,٥ | ١١ |
| البحيرة | ٢٩٧١٨١٦ | ٢٨٣٢٤٤٦ | ٥٨٠٤٢٦٢ | ٦,٦ | ٥ |
| الإسماعيلية | ٥٩٧٩٠٠ | ٥٨٠٧٤١ | ١١٧٨٦٤١ | ١,٣ | ١٩ |
| الجيزة | ٣٨٩٦٦٢٠ | ٣٦٨٨٤٩٥ | ٧٥٨٥١١٥ | ٨,٦ | ٢ |
| بني سويف | ١٤٥٤٠٠٥ | ١٤٠٢٨٠٧ | ٢٨٥٦٨١٢ | ٣,٢ | ١٥ |
| الفيوم | ١٦٣٥١٧٩ | ١٥٣٤٩٧١ | ٣١٧٠١٥٠ | ٣,٦ | ١٣ |
| المنيا | ٢٦٢٨٧٩٣ | ٢٥٢٧٩٠٩ | ٥١٥٦٧٠٢ | ٥,٩ | ٥ |
| أسيوط | ٢١٦٥٦٤٥ | ٢٠٧٩٥٧٠ | ٤٢٤٥٢١٥ | ٤,٨ | ١٠ |
| سوهاج | ٢٣٣١٧٣٨ | ٢٢٧٢١٢٣ | ٤٦٠٣٨٦١ | ٥,٢ | ٩ |
| قنا | ١٥٣٠٣٣٧ | ١٥١٥١٦٧ | ٣٠٤٥٥٠٤ | ٣,٥ | ١٤ |
| اسوان | ٧٢١٠٢٦ | ٧١٠٤٦٢ | ١٤٣١٤٨٨ | ١,٦ | ١٦ |
| الأقصر | ٥٨٤٠٢٨ | ٥٦٣٠٣٠ | ١١٤٧٠٥٨ | ١,٣ | ١٨ |
| البحر الأحمر | ٢٠٦٧٦٠ | ١٣٩٠١٥ | ٣٤٥٧٧٥ | ٠,٤ | ٢٥ |
| الوادي الجديد | ١١٥٦١٦ | ١٠٩٨٠٠ | ٢٢٥٤١٦ | ٠,٣ | ٢٦ |
| مطروح | ٢٣٢٩٧٠ | ٢١٤٨٧٦ | ٤٤٧٨٤٦ | ٠,٥ | ٢٣ |
| شمال سيناء | ٢٢٤٩١٤ | ٢٠٩٨٦٧ | ٤٣٤٧٨١ | ٠,٥ | ٢٤ |
| جنوب سيناء | ١٠٩٧٢٣ | ٥٧٧٠٣ | ١٦٧٤٢٦ | ٠,٢ | ٢٧ |

*الجهاز المركزي للتعبئة العامة للإحصاء ٢٠١٥

** حساب الناتج القومي بمعامل القوة الشرائية

**جدول 3**

**التقسيمات الإدارية والمحلية للمحافظات***

| المحافظات | عدد المدن | عدد الاحياء | عدد اقسام الشرطة | عدد الشياخات | عدد مراكز الشرطة | إدارة شرطة الميناء | عدد القري | مدن مجتمعات عمرانية جديدة | وحدات اعتبارية |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| القاهرة | ١ | ٣٥ | ٤٦ | ٣٤١ | _ | _ | _ | ٤ | _ |
| الإسكندرية | ٢ | ٨ | ١٧ | ١٣٧ | _ | ١ | ٩ | ٢ | ٤ |
| بورسعيد | ٢ | ٦ | ١١ | ٢٢ | _ | ١ | _ | _ | ٢ |
| السويس | ٣ | ٥ | ٥ | ١٦ | _ | ١ | _ | ١ | _ |
| دمياط | ١٠ | _ | ٤ | ٥ | ٥ | ١ | ٨٥ | ١ | _ |
| الدقهلية | ١٩ | ٢ | ٥ | ٢١ | ١٧ | _ | ٤٨٧ | _ | _ |
| الشرقية | ١٧ | ٢ | ٨ | ١٨ | ١٥ | _ | ٥٠١ | ٢ | _ |
| القليوبية | ١٠ | ٢ | ٩ | ١٠ | ٧ | _ | ١٩٧ | ١ | ١ |
| كفر الشيخ | ١٣ | ٢ | ٤ | ١١ | ١٠ | _ | ٢٢٣ | _ | ٣ |
| الغربية | ٨ | ٤ | ٥ | ٣٨ | ٨ | _ | ٣٢٢ | _ | _ |
| المنوفية | ٩ | ٢ | ٣ | ٦ | ٩ | _ | ٣١٥ | ١ | _ |
| البحيرة | ١٥ | _ | ٣ | ٥ | ١٥ | _ | ٤٩٧ | ١ | ٦٠ |
| الإسماعيلية | ٧ | ٣ | ٤ | ١٠ | ٦ | _ | ٣٣ | _ | ١١ |
| الجيزة | ١٣ | ٧ | ١٤ | ٦٨ | ٨ | _ | ١٦٧ | ٢ | ١ |
| بني سويف | ٧ | _ | ٢ | ١٠ | ٧ | _ | ٢٢٢ | ١ | ٣ |
| الفيوم | ٦ | _ | ١ | ٦ | ٦ | _ | ١٦٣ | ١ | _ |
| المنيا | ٩ | _ | ٥ | ١٧ | ١٠ | _ | ٣٦١ | ١ | _ |
| أسيوط | ١١ | ٢ | ٣ | ٢٤ | ١١ | _ | ٢٧٠ | ١ | _ |
| سوهاج | ١١ | ٣ | ٥ | ٨ | ١٢ | _ | ٢٣٥ | ٢ | _ |
| قنا | ٩ | _ | ١ | ٥ | ٩ | _ | ١٥٢ | ١ | _ |
| اسوان | ١٠ | _ | ٢ | ١٨ | ٦ | _ | ١٢٤ | ٢ | ٢١ |
| الأقصر | ٧ | _ | ١ | ٥ | ٥ | _ | ٥٦ | ١ | _ |
| البحر الأحمر | ٧ | ٢ | ٨ | ١٠ | _ | _ | ١١ | _ | ٦ |
| الوادي الجديد | ٥ | _ | ١ | _ | ٤ | _ | ١٢٨ | ١ | _ |
| مطروح | ٨ | _ | ٩ | _ | _ | _ | ٥٦ | ١ | ١٧ |
| شمال سيناء | ٦ | _ | ١١ | ١ | _ | _ | ٨٥ | _ | ١٥٦ |
| جنوب سيناء | ٩ | _ | ٨ | _ | _ | _ | ١٣ | _ | ٢٧٣ |

*الجهاز المركزي للتعبئة العامة للإحصاء ٢٠١٥

**جدول ٤**

**الجمعيات الاهلية وعدد أعضاء مجلس الإدارة والأعضاء المشتركين والمسددين للاشتراكات وفق للنوع بالمحافظات***

| المحافظات | عدد الجمعيات | مجالس الادارات | | | الأعضاء المشتركين | | | الأعضاء المسددين للاشتراكات | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ذكور | إناث | جملة | ذكور | إناث | جملة | ذكور | إناث | جملة |
| القاهرة | ٢٠٢ | ١٣٩٨ | ٣٧٧ | ١٧٧٥ | ٤٦٩.٥ | ١٨١٣١ | ٦٥.٣٦ | ٣٦.٦٣ | ١٣٦٨٧ | ٤٩٧٥. |
| الإسكندرية | ١٢١ | ٧٦٦ | ٣٨١ | ١١٤٧ | ١٥٢٢٤ | ٩٥٤٩ | ٢٤٧٧٣ | ١١١٥٢ | ٧.٢١ | ١٨١٧٣ |
| بورسعيد | ٧٠ | ٥٢٧ | ١٨٤ | ٧١١ | ٨٦٥٦ | ٤١٧٣ | ١٢٨٢٩ | ٥٩٣٧ | ٣٩٨٩ | ٨٩٢٦ |
| السويس | ٣٤ | ٣١٤ | ٢٤ | ٣٣٨ | ٨٥.٢ | .٧٦٩ | ٩٢٩٨ | ٣٦٩١ | ٤١٦ | ٤١.٧ |
| دمياط | ٩٧ | ٦٧٥ | ١.٧ | ٧٨٢ | ٩٣٥٧ | ٣٨٩٢ | ١٣٢٤٩ | ٧.٣١ | ٢٥٩٣ | ٩٦٢٤ |
| الدقهلية | ١٨٨ | ١٣١٣ | ١٦٩ | ١٤٨٢ | ٢.٧٢٥ | ٧٥٢٦ | ٢٨٢٥١ | ١٦٢٣٧ | ٥٢٦٢ | ٢١٤٩٩ |
| الشرقية | ١١٥ | ٨٦٤ | ٧٨ | ٩٤٢ | ١٧.١٤ | ٧٣٢٨ | ٢٤٣٤٢ | ٩٨٩٨ | ٣٤٣٧ | ١٣٣٣٥ |
| القليوبية | ١٣٤ | ١.٤٨ | ١٩٥ | ١٢٤٣ | ١٦.٥٩ | ٣٥٤٧ | ١٩٦.٦ | ١٢٦٦٦ | ٢٧٧٥ | ١٥٤٤١ |
| كفر الشيخ | ١٣٦ | ٩٧٣ | ٧٩ | ١.٥٢ | ١٢٧٦١ | ٣٢.١ | ١٥٩٦٢ | ٧٦.٣ | ٢١٣٣ | ٩٧٣٦ |
| الغربية | ١٧٨ | ١٤٤٥ | ١٧٢ | ١٦١٧ | ٢.٧٦١ | ٧٩.٢ | ٢٨٦٦٣ | ١٦١٢٤ | ٦٣.٢ | ٢٢٤٢٦ |
| المنوفية | ١٨٤ | ١٣٨٥ | ١٢٠ | ١٥.٥ | ١٤٣٣٤ | ٣.٦٩ | ١٧٤.٣ | ١٢٨٤٣ | ٢٧٣٣ | ١٥٥٧٦ |
| البحيرة | ١٣٤ | ٩٣٨ | ٧٨ | ١.١٦ | ١٩٤٣٤ | ٨٤٤٦ | ٢٧٨٨. | ١٤٤.٨ | ٥٥٢٤ | ١٩٩٣٢ |
| الإسماعيلية | ٧٣ | ٥٧٧ | ١٣٠ | ٧.٧ | ٨٩٣١ | ٣١.٦ | ١٢.٣٧ | ٧٤.٧ | ٢٣٣٥ | ٩٧٤٢ |
| الجيزة | ١٢٥ | ٩٣٢ | ١٤٧ | ١.٧٩ | ٢١.٧٦ | ٧٢٦٧ | ٢٨٣٤٣ | ١٥٣٥٧ | ٤٦.٥ | ١٩٩٦٢ |
| بني سويف | ١٤٧ | ١١٨. | ٢٥١ | ١٤٣١ | ١٩.١. | ٧٥٧. | ٢٦٥٨. | ١٥.٥. | ٥٦.١ | ٢.٦٥١ |
| الفيوم | ١١٤ | ٨٣٨ | ١٨١ | ١.١٩ | ١٥١١٩ | ٤٣٧٧ | ١٩٤٩٦ | ١٣٣٢٢ | ٣٥٧٤ | ١٦٨٩٦ |
| المنيا | ١٣٤ | ١١٧٩ | ١٦٢ | ١٣٤١ | ١٥٦٦٢ | ٤٥.٨ | ٢.١٧٠. | ١٤٥٢٥ | ٣٩٩٧ | ١٨٥٢٢ |
| أسيوط | ١.٧ | ٨٦٢ | ١.٩ | ٩٧١ | ١٩... | ٣٧.٤ | ٢٢٧.٤ | ١٥١.٣ | ٣١٦. | ١٨٢٦٣ |
| سوهاج | ٢.٩ | ١٧١٦ | ١٩٧ | ١٩١٣ | ١٩٣٨٣ | ٤٥٧٩ | ٢٣٩٦٢ | ١٧٧٤٩ | ٤١٥١ | ٢١٩.. |
| قنا | ١.٣ | ٨٥٦ | ١٤٧ | ١.٠٣ | ١١٢٧٢ | ٣٤٦٩ | ١٤٧٤١ | ٨٥٩٥ | ٢٥٥٥ | ١١١٥. |
| اسوان | ١١٧ | ١٦١. | ٣٣٩ | ١٩٤٩ | ١٨٢.٩ | ٣٨١١ | ٢٢.٢. | ١٢.٩١ | ١٨٦٢ | ١٣٩٥٣ |
| الأقصر | ٤٧ | ٣٨٤ | ٤٧ | ٤٣١ | ٨٩٢٣ | ٥.٣٤ | ١٣٩٥٧ | ٨.٩. | ٤١.١ | ١٢١٩١ |
| البحر الأحمر | ٤٢ | ٣١٦ | ٤٢ | ٣٥٨ | ٦٤٥٦ | ٢٢٤١ | ٨٧.٦ | ٣٦٤٧ | ١٢٦٤ | ٤٩١١ |
| الوادي الجديد | ٩. | ٦٢١ | ١.٢ | ٧٢٣ | ١٢٩٩٩ | ٥.٩١ | ١٨.٩. | ٩٣٤٦ | ٣٤٨٧ | ١٢٨٣٣ |
| مطروح | ٣. | ٢٥٤ | ٤٢ | ٢٩٦ | ٢٢٧٣ | ٦٢٢ | ٢٨٩٥ | ١٦٣٤ | ٥٦٧ | ٢٢.١ |
| شمال سيناء | ٤٨ | ٣٢٧ | ٦٩ | ٣٩٦ | ٩٦٨١ | ٤٥٦٢ | ١٤٢٤٣ | ٦.٨٣ | ٢٨.٢ | ٨٨٨٥ |
| جنوب سيناء | ١٧ | ١.٧ | ٢٢ | ١٢٩ | ٢٨٨. | ٩٣٣ | ٣٨١٣ | ٢٢٩٧ | ٦٣٨ | ٢٩٣٥ |

*الجهاز المركزي للتعبئة العامة للإحصاء ٢٠١٥

**جدول ٤**

**تقديرات المشاركة في الانتخابات الرئاسية بالمحافظات ٢٠١٤***

| المحافظات | عدد الناخبين المسجلين | اجمالي الحضور | نسبة المشاركة % | ترتيب المحافظة من حيث نسب المشاركة | الأصوات الباطلة | الأصوات الصحيحة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| القاهرة | 6771437 | 3487223 | 51.50 | 8 | 165747 | 3321476 |
| الإسكندرية | 3467139 | 1740570 | 50.20 | 10 | 80691 | 1659879 |
| بورسعيد | 458481 | 281450 | 61.39 | 2 | 16242 | 265208 |
| السويس | 401870 | 186795 | 46.48 | 12 | 13391 | 173404 |
| دمياط | 905598 | 487622 | 53.85 | 6 | 18547 | 469075 |
| الدقهلية | 3860885 | 2145008 | 55.56 | 4 | 61211 | 2083797 |
| الشرقية | 3742698 | 2014673 | 53.83 | 7 | 66868 | 1947805 |
| القليوبية | 2755292 | 1521679 | 55.23 | 5 | 55873 | 1465806 |
| كفر الشيخ | 1966734 | 931034 | 47.34 | 11 | 25235 | 905799 |
| الغربية | 3063129 | 1819956 | 59.41 | 3 | 54329 | 1765627 |
| المنوفية | 2329542 | 1458336 | 62.60 | 1 | 38546 | 1419790 |
| البحيرة | 3418117 | 1566271 | 45.82 | 13 | 60172 | 1506099 |
| الإسماعيلية | 747070 | 377341 | 50.51 | 9 | 19184 | 358157 |
| الجيزة | 4606441 | 1954747 | 42.44 | 16 | 96732 | 1858015 |
| بني سويف | 1531473 | 611800 | 39.95 | 18 | 33340 | 578460 |
| الفيوم | 1656066 | 504496 | 30.46 | 26 | 28522 | 475974 |
| المنيا | 2850857 | 1009220 | 35.40 | 21 | 60785 | 948435 |
| أسيوط | 2256304 | 746823 | 33.10 | 25 | 41889 | 704934 |
| سوهاج | 2534912 | 880872 | 34.75 | 22 | 37861 | 843011 |
| قنا | 1700686 | 574008 | 33.75 | 24 | 20299 | 553709 |
| اسوان | 899358 | 323298 | 35.95 | 20 | 10691 | 312607 |
| الأقصر | 710372 | 281977 | 39.69 | 19 | 8248 | 273729 |
| البحر الأحمر | 264930 | 110164 | 41.58 | 17 | 4673 | 105491 |
| الوادي الجديد | 149843 | 65431 | 43.67 | 15 | 3728 | 61703 |
| مطروح | 230349 | 62168 | 26.99 | 27 | 5431 | 56737 |
| شمال سيناء | 226355 | 78432 | 34.65 | 23 | 5603 | 72829 |
| جنوب سيناء | 85335 | 38796 | 45.46 | 14 | 2572 | 36224 |

*الجهاز المركزي للتعبئة العامة للإحصاء ٢٠١٥

**جدول ٥**

**دليل التنمية البشرية بالمحافظات***

| المحافظات | توقع الحياة عند الميلاد | معدل القراءة والكتابة ١٥+ | نسبة القيد بجميع مراحل التعليم | متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي **PPP | دليل توقع الحياة | دليل التعليم | دليل الناتج المحلي الاجمالي | دليل التنمية البشرية ٢٠٠٨ | ترتيب المحافظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| القاهرة | 71.3 | 80.7 | 63.1 | 7024.0 | 0.772 | 0.748 | 0.710 | 0.743 | 13 |
| الإسكندرية | 72.0 | 80.5 | 71.7 | 8162.1 | 0.783 | 0.776 | 0.735 | 0.765 | 3 |
| بورسعيد | 72.7 | 83.6 | 70.7 | 9590.6 | 0.795 | 0.791 | 0.762 | 0.783 | 1 |
| السويس | 72.3 | 82.9 | 77.5 | 7950.7 | 0.788 | 0.811 | 0.730 | 0.776 | 2 |
| دمياط | 72.6 | 77.6 | 80.5 | 7166.8 | 0793 | 0.786 | 0.713 | 0.764 | 9 |
| الدقهلية | 71.8 | 72.1 | 76.4 | 8283.2 | 0.780 | 0.735 | 0.737 | 0.751 | 14 |
| الشرقية | 71.2 | 67.8 | 78.1 | 7909.5 | 0.770 | 0.712 | 0.729 | 0.737 | 11 |
| القليوبية | 72.7 | 72.5 | 72.6 | 7394.9 | 0.795 | 0.735 | 0.718 | 0.746 | 16 |
| كفر الشيخ | 70.6 | 65.7 | 78.6 | 8116.3 | 0.760 | 0.700 | 0.734 | 0.731 | 6 |
| الغربية | 72.3 | 74.1 | 75.1 | 7999.6 | 0.788 | 0.744 | 0.731 | 0.754 | 7 |
| المنوفية | 71.5 | 72.6 | 74.9 | 8958.2 | 0.775 | 0.734 | 0.750 | 0.753 | 15 |
| البحيرة | 71.5 | 63.4 | 77.6 | 8592.4 | 0.775 | 0.681 | 0.743 | 0.733 | 5 |
| الإسماعيلية | 70.9 | 77.2 | 77.8 | 8154.7 | 0.765 | 0.774 | 0.735 | 0.758 | 00 |
| الجيزة | 69.5 | 80.3 | 77.5 | 7493.4 | 0.742 | 0.794 | 0.720 | 0.752 | 22 |
| بني سويف | 71.6 | 59.5 | 73.7 | 8052.2 | 0,777 | 0.642 | 0.732 | 0.717 | 21 |
| الفيوم | 69.5 | 59.1 | 70.8 | 7667.0 | 0.742 | 0.630 | 0.724 | 0.699 | 20 |
| المنيا | 69.3 | 58.7 | 74.2 | 7869.0 | 0.738 | 0.639 | 0.729 | 0.702 | 18 |
| أسيوط | 70.7 | 60.9 | 73.5 | 7290.6 | 0.762 | 0.651 | 0.716 | 0.710 | 18 |
| سوهاج | 70.5 | 61.5 | 79.5 | 6663.4 | 0.758 | 0.675 | 0.701 | 0.711 | 10 |
| قنا | 70.5 | 65.2 | 78.8 | 5806.8 | 0.758 | 0.697 | 0.678 | 0.711 | 12 |
| اسوان | 71.2 | 77.0 | 76.6 | 6415.8 | 0.770 | 0.769 | 0.695 | 0.745 | 00 |
| الأقصر | 69.8 | 72.2 | 83.5 | 8277.8 | 0.747 | 0.760 | 0.737 | 0.748 | 00 |
| البحر الأحمر | 71.2 | 87.3 | 72.3 | 7691.5 | 0.770 | 0.823 | 0.725 | 0.773 | 0.2 |
| الوادي الجديد | 71.2 | 81.8 | 82.3 | 11529.3 | 0.770 | 0.820 | 0.792 | 0.794 | 0.3 |
| مطروح | 71.1 | 64.9 | 73.1 | 9405.5 | 0.768 | 0.676 | 0.758 | 0.734 | 0.4 |
| شمال سيناء | 71.1 | 75.8 | 78.8 | 8076.3 | 0.770 | 0.768 | 0.733 | 0.757 | 00 |
| جنوب سيناء | 71.1 | 88.4 | 56.5 | 11322.3 | 0.768 | 0.778 | 0.789 | 0.778 | 00 |

*تقرير التنمية البشرية – مصر ٢٠١٠