وزارة التخطيط

الأمـــم المتحدة

تقرير الأهداف التنموية للألفية
التقرير القطرى الثانى

مصر

٢٠٠٤

إعداد مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة بجامعة القاهرة

الفهرس

مقدمة	٥
رموز ومختصرات	
نظرة سريعة على وضع الأهداف التنموية للألفية	٨
قدرات المتابعة والتقويم لمسارات الأهداف التنموية	٩
الهدف الأول: القضاء على حدة الفقر والجوع	١١
الهدف الثانى: ضمان تعميم التعليم الأساسى الشامل	١٨
الهدف الثالث: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	٢٣
الهدف الرابع: تخفيض معدل وفيات الأطفال	٢٧
الهدف الخامس: تحسين الصحة الإنجابية	٣٢
الهدف السادس: مكافحة فيروس نقص المناعة/الإيدز وغيرها من الأمراض الفتاكة	٣٧
الهدف السابع: ضمان الإستدامة البيئية	٤١
الهدف الثامن: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية	٤٦
الملاحق	٥١
الوثائق الرئيسية ومصادر البيانات	٥٣

مقدمة

©سما برق - شركة وايلد فاير

يمثل هذا التقرير، التقرير القطرى الثانى الذي تصدره الأمم المتحدة حول التقدم الذى أحرزته مصر نحو تحقيق الأهداف التنموية للألفية. وتنبثق الأهداف الثمانية من قمة الألفية التى انعقدت فى مقر الأمم المتحدة فى عام ٢٠٠٠، حيث اتفق رؤساء الدول الذين حضروا من مختلف أرجاء العالم على إحراز تقدم ملموس فى مجالات التنمية الرئيسية بحلول عام ٢٠١٥. وتتبلور الأهداف التنموية للألفية فى تخفيض نسبة الفقر والجوع إلى النصف، وتعميم فرص الحصول على التعليم الأساسى عالمياً لكل من الذكور والإناث، وتمكين المرأة، وتخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين وتخفيض معدل وفيات الأمهات عند الولادة بمقدار ثلاثة أرباع، ووقف انتشار فيروس نقص المناعة/الإيدز وغيرها من الأمراض الفتاكة، وضمان الاستدامة البيئية، وإقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

ويعتبر النمو الاقتصادي عاملا رئيسيا فى خلق بيئة داعمة لتحقيق الأهداف، بالرغم من عدم وروده على وجه التحديد ضمن مجموعة المؤشرات العالمية لأهداف التنمية الألفية. إن الحفاظ على النمو هو أمر ذو أهمية كبيرة لتخفيض مستويات الفقر إضافة إلى توفير فرص العمل للأعداد المتزايدة من المواطنين فى سن العمل. ووفقا للبنك الدولى، ستحتاج مصر لتحقيق نسبة نمو حقيقية ثابتة فى إجمالى الناتج المحلي بمقدار ٧٪ على الأقل سنويا، وذلك لتخفيض نسبة البطالة إلى مستويات من الممكن إدارتها. ولتحقيق هذه المستويات من النمو والحفاظ عليها، ستحتاج مصر إلى تعزيز المدخرات والاستثمار المحلى وزيادة الفعالية والمنافسة وتحسين أدائها التصديرى بشكل أكبر.

كما يؤكد إعلان الألفية، الذي تم التصديق عليه فى عام ٢٠٠٠، إلى جانب الأهداف التنموية للألفية، على أن الإدارة الجيدة لشئون الدولة و المجتمع وحكم القانون وحماية حقوق الإنسان هي أمور ترتبط بشكل وثيق بإحراز التقدم فى تحقيق أهداف التنمية الألفية. بمعنى آخر، يتطلب تحقيق الأهداف التنموية وجود بيئة سياسية تدعم الممارسة الكاملة لحقوق وحريات الأشخاص.

وفي مصر يحتل موضوع الإصلاح السياسي المحور الرئيسى على جدول الأعمال. وقد أكدت الحكومة استعدادها لفتح الأبواب للمزيد من مشاركة المواطنين والتقدم بالعملية الديمقراطية إلى الأمام. و على الرغم من استمرار العمل بقانون الطوارئ الا أن انشاء المجلس القومى لحقوق الإنسان الذى يرأسه الأمين العام السابق للأمم المتحدة، بطرس بطرس غالى، قد اعتبر بمثابة خطوة ايجابية فى هذا الاتجاه.

و يعد النمو السكانى المتزايد أحد التحديات الرئيسية التى تواجهها مصر فى جهودها لتحقيق الأهداف التنموية للألفية. حيث بلغ عدد سكان مصر فى يوليو ٢٠٠٣ ما يقارب ٦٧,٣ مليون نسمة. وتحتل مصر المرتبة السادسة عشرة بين البلدان الأكثر كثافة فى العالم، وتحتل المرتبة الأولى بين البلدان العربية. وتبلغ نسبة النمو السنوي لعدد السكان ما يقارب ٢٪، بينما يبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة ٧٠,٤ سنة. وإذا ما استمرت نسبة النمو بذلك المعدل يتوقع أن يصل عدد سكان مصر إلى ٨٣ مليون نسمة بحلول عام ٢٠١٥. ومن الواضح أن ذلك التحدى سيلقي بعبء كبير على مصر من حيث قدرتها على إنجاز الأهداف التنموية للألفية. وتتفاقم خطورة مشكلة نمو السكان مع الاستمرار فى التكدس داخل الوادى الضيق والدلتا القدر، بالرغم من الجهود الواسعة التى تبذل حالياً لتنفيذ مشاريع استصلاح الأراضى وتخفيض ضغط الكثافة السكانية على طول وادى النيل.

ويكشف التقرير الثانى أن مصر لا تزال على الدرب الصحيح نحو تحقيق النتائج المتوقعة فيما يخص أغلبية مؤشرات الأهداف التنموية للألفية. ولا تزال الحكومة تبدي اهتماما بالمجالات التنموية المهمة، مثل الصحة والتعليم والحصول على المياه النظيفة وتعزيز الصحة العامة إضافةٍ إلى تحسين المستوى المعيشي لشرائح المجتمع الأكثر حرماناً. غير أن مدى إحراز التقدم يختلف بين الأهداف، إذ يكون سريعاً وثابتاً فى بعض المجالات (مثل تخفيض معدل وفيات الأطفال ومعدل وفيات الأمهات، توفير المياه النظيفة وتعزيز الصحة العامة) ويكون بمستويات مقبولة بالنسبة لمجالات أخرى (مثل التعليم وتخفيض نسبة الفقر)، بينما لا يزال بطيئاً بعض الشيء فى مجالات أخرى (مثل تمكين المرأة ومجال البيئة). وبالإضافة إلى ذلك، سيكون على مصر أن تُزيد من الجهود والاستثمارات من أجل الحفاظ على معدل التقدم الحالى فيما يخص مؤشرات محددة فى مجال تخفيض نسبة الفقر ومعدلات الوفيات ومكافحة الأمراض الرئيسية.

هذا وقد تم إعداد التقرير الثانى – مثل التقرير الأول – من قبل مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة فى جامعة القاهرة، تحت إشراف مديرته الأستاذة الدكتورة سلوى شعراوى جمعة، وبدعم من الباحثين التالية أسماؤهم: الدكتورة بثينة محمود الديب- نائبة رئيس الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ورئيسة قسم الدراسات السكانية؛ الدكتورة هبة الليثى- أستاذ الإحصاء، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية بجامعة القاهرة؛ الدكتورة منى البرادعى – أستاذ ورئيس قسم الاقتصاد، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية بجامعة القاهرة؛ الدكتورة مها العدوى- مسؤولة برنامج الحقوق والصحة الإنجابية بمؤسسة فورد، والدكتورة ليلى البرادعى- الأستاذ المساعد بقسم الإدارة العامة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية بجامعة القاهرة، وأسماء رمضان – مساعدة باحث بمركز دراسات واستشارات الإدارة العامة.

ولقد شارك الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء بشكل كامل فى هذا العمل. وهو مصدر كافة البيانات المقدمة فى التقرير ما لم يرد خلاف ذلك.

وقد استفاد الفريق من التعاون الإيجابى من جانب الحكومة، ونخص بالشكر مشاركة وحدة السياسات فى وزارة التخطيط خلال مختلف مراحل الإعداد. وفي المستقبل، يمكن أن تصبح عملية المتابعة فى مصر أداة مفيدة بالفعل فى دعم عملية التخطيط للتنمية الوطنية، ويمكن أن يستفاد منها بوصفها أداة معيارية للأهداف التنموية القائمة محلياً.

كما شاركت منظومة الأمم المتحدة فى مصر فى إعداد التقرير وقام مكتب المنسق المقيم بتقديم الدعم والتوجيه لفريق إعداد التقرير.

ويظهر التقرير الحالي أيضا بعض التحسينات المنهجية فيما يتعلق بالدراسة الأساسية، وخصوصاً فيما يتعلق بتحسين منهجية وضع التقديرات وإيضاح الاتجاهات على مستوى المحافظات الستة والعشرين، وذلك لعدد جيد من المؤشرات. وبالإضافة إلى ذلك، يتناول التقرير بمزيد من التركيز موضوع الاعتماد المتبادل بين مختلف الأهداف التنموية للألفية، ويتطرق بالتفصيل إلى كيفية أن يكون لإحراز التقدم فى مؤشرات معينة أثر مضاعف مباشر على الأهداف الأخرى. وأخيرا، يحاول التقرير متابعة تقدم مصر على أساس إطار من المؤشرات الأكثر ارتباطاً وانسجاماً مع حقائقها وخصوصياتها. وللمرة الأولى يحاول التقرير التطرق إلى دور مصر فى إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية (أي الهدف الثامن من الأهداف التنموية للألفية)، من خلال متابعة الأهداف والمؤشرات الأكثر صلة بالموضوع. ونأمل أن يسهل هذا التقرير عقد نقاش بين مختلف أصحاب المصالح حول كيفية التقدم نحو "تعديل التقارير القطرية للأهداف التنموية للألفية لتلائم ظروف كل قطر".

رموز ومختصرات

ARI =التهاب الكبد الوبائى
BCG = التلقيح ضد السل
CAPMAS = الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء
CG = المجموعة الاستشارية
CPR = معدل انتشار موانع الحمل
DAG = مجموعة مساعدات المانحين
DECODE = قاعدة البيانات المصرية الخاصة بالتعاون التنموى
DOT = المتابعة المباشرة لعلاج المدى القصير (د. و. ت. س.)
DPT3 = التطعيم الثلاثي
EEAA = جهاز شئون البيئة المصري
EDHS = المسح الديمغرافي والصحة المصري
ERSAP = برنامج الإصلاح الاقتصادي والتعديل الهيكلى
FGM = ختان الإناث
GAD = النوع والتنمية (مجموعة فرعية من مجموعة مساعدات المانحين)
GALAE = الهيئة العامة لمحو الأمية وتعليم الكبار
GHG = غازات الاحتباس الحرارى
GOE = الحكومة المصرية
HCV = فيروس التهاب الكبد الوبائي نوع سى
HDI = دليل التنمية البشرية
HIECS = مسح الدخل والإنفاق للأسر
HIO = مؤسسة التأمين الصحى
IMR = معدل وفيات المواليد
IUD = اللولب
RMR = معدل الوفيات أثناء الولادة
RNT = وفيات حمى التوالد والمواليد
MISR = المبادرات المحلية للتغطية الاستراتيجية
MOHP = وزارة الصحة والسكان المصرية
NEAP = خطة العمل البيئى الوطنية
NCCM = المجلس القومى للطفولة والأمومة
NCW = المجلس القومى للمرأة
NTP = برنامج السل الوطنى
ODA = المساعدات الإنمائية الرسمية
PHC = الرعاية الصحية العامة
SFD = الصندوق الإجتماعي للتنمية
STDs = الأمراض التى تنتقل عبر الاتصال الجنسى
U5MR = معدل الوفيات دون سن الخامسة

نظرة سريعة على وضع الأهداف التنموية للألفية*

الأهداف/ الغايات	هل سيتم تحقيق الهدف/ الغاية				حالة البيئة الداعمة			
	محتمل	ممكن	غير مرجح	بيانات غير كافية	قوى	مقبول	ضعيف لكنه يتحسن	ضعيف
القضاء على حدة الفقر والجوع	●				●			
ضمان تعميم التعليم الأساسى الشامل عالميا		●			●			
تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة		●			●			
تخفيض معدل وفيات الأطفال	●				●			
تحسين الصحة الإنجابية	●				●			
مكافحة فيروس نقص المناعة/ الإيدز وغيرها من الأمراض الفتاكة	● الملاريا/ أمراض أخرى			● فيروس نقص المناعة/ الإيدز	● الملاريا/ أمراض أخرى			● فيروس نقص المناعة/ الإيدز
ضمان الاستدامة البيئية		●				●		
إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية		●				●		

*إن **تقييم** ما إذا كان سيتم تحقيق الأهداف وحالة البيئة الداعمة الواردة فى الجدول إنما تعكس الرأى الشخصى لمعدى التقرير

قدرات متابعة وتقييم الأهداف

الهدف	القدرات الحالية															
	جمع المعلومات			جودة المسوح			المتابعة الإحصائية			سياسة المعلومات الإحصائية			المتابعة والتقييم			
	قوى	مقبول	ضعيف	قوى	مقبول	ضعيف	قوى	مقبول	ضعيف	قوى	مقبول	ضعيف	قوى	مقبول	ضعيف
القضاء على حدة الفقر و الجوع	●			●			●				●			●		
ضمان تعميم التعليم الأساسى الشامل عالمياً		●			●			●			●			●		
تعزيز المساواة بين الجنسين		●			●			●			●			●		
تخفيض معدل وفيات الأطفال	●			●			●				●			●		
تحسن الصحة الإنجابية	●			●			●				●			●		
مكافحة فيروس نقص المناعة/ الإيدز			●		●			●				●		●		
مكافحة الملاريا	●			●			●			●				●		
ضمان الاستدامة البيئية		●				●			●		●					●
إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية		●		●					●			●				●

إن تقييم ما إذا كان سيتم تحقيق الأهداف وقدرات متابعة وتقييم الأهداف الواردة فى الجدول إنما تعكس الرأى الشخصى لمعدى التقرير

١ - القضاء على حدة الفقر والجوع

©برنامج الأمم المتحدة للتنمية

الهدف الأول: **تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار أمريكى واحد إلى نصف العدد خلال الفترة بين عامى ١٩٩٠ و ٢٠١٥**

المؤشرات:
- نسبة السكان تحت خط الفقر الأدنى
- نسبة فجوة الفقر
- نصيب الخمس الأكثر فقرا (٢٠٪) من السكان من الإستهلاك القومى

الهدف الثانى: **تخفيض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع إلى نصف العدد خلال الفترة بين عامى ١٩٩٠ و ٢٠١٥**

المؤشرات:
- نسبة إنتشار نقص الوزن بين الأطفال (دون سن الخامسة)
- نسبة السكان دون الحد الأدنى من الإستهلاك الغذائى

١ - تخفيض الفقر- ما أحرز من تقدم

شهدت مصر، خلافا لمعظم البلدان النامية، مستوىً منخفضاً من حيث فقر الدخل بالإضافة إلى انخفاض ملحوظ فى مستويات الفقر خلال العقد الماضى. وتظهر منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، باستخدام معايير القوة الشرائية الدولية البالغة ١,٠٠ دولار أمريكى أو ٢,٠٠ دولار أمريكى فى اليوم، على أنها المنطقة النامية الأقل فقرا طوال فترة التسعينيات من القرن العشرين، إذ بلغت أقل من ٢,٥٪ من السكان.

وقد أُعلن أن تخفيض نسبة الفقر هو أحد الأهداف الرئيسية للخطط التنموية طويلة الأجل فى مصر، والتي ترمي للوصول الى ما نسبته ٦٪ فقط من السكان بحلول عام ٢٠٢٢. وقد تم تصميم وتنفيذ العديد من السياسات لمساعدة الشرائح ذات الدخل المنخفض. وبالرغم من عدم وجود جهة حكومية محددة مسؤولة رسمياً عن تخطيط مختلف البرامج والأنشطة الموجهة للفقراء ومراقبتها وتنسيقها، إلا أن مصر قد نفذت استراتيجيات متعددة الأبعاد لرفع مستويات المعيشة .

لقد بلغ المستوى الإجمالى للفقر فى مصر فى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ ما نسبته ١٦,٧٪. وذلك باستخدام خط الفقر القومي الأدنى (الجدول رقم١)[1]. وعليه، لا يستطيع ١٠,٧ مليون شخص تقريبا من السكان الحصول على احتياجاتهم الأساسية الغذائية، ويحصل ١٪ من المصريين على أقل من دولار أمريكى واحد فى اليوم (محسوبة على أساس مكافئ القوة الشرائية)، بينما يعيش ما نسبته ٢٤,٨٪ بدخل يومى يبلغ ٢ دولار أمريكى.

وعلى الرغم من الاتجاهات الإيجابية لتخفيض الفقر (أنظر الجدول رقم ١)، أظهرت دراسة حول الفقر الذاتى أصدرها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي فى عام ٢٠٠٣[2] زيادةً فى مستويات الفقر (خط الفقر الأدنى). واتبع التقرير نفس المنهجية المستخدمة فى مسح الدخل والإنفاق و الإستهلاك للأسر، لكن تم تطبيقه على عينة أصغر. كما أن الفقر فى مصر يعتبر غير متعمق

الجذور بالنسبة لمؤشرات مقاييس الفقر التى تقيس شكل أو نمط توزيع الفقراء .

وباستخدام خط الفقر القومي، بلغ مؤشر فجوة الفقر ما نسبته ٢,٩٧٪، الأمر الذي يعنى ضمناً أن معظم الفقراء هم تحت خط الفقر مباشرة. وهذا يعنيأنه لو كان هناك استهداف دقيق للإعانات المالية المخصصة لتخفيض نسبة الفقر (وهو أمر صعب إلى حد بعيد)، لما احتاج القضاء على الفقر إلا إلى ما يقارب ٣٥٠ مليون جنيه مصرى فقط (تمثل حوالى ٠,١٪ من إجمالى الناتج المحلى فى ١٩٩٩/٢٠٠٠)لكل سنة.

وتتواجد أعلى نسبة فقر فى مناطق ريف الوجه القبلى (٣٤,٢٪)، يتبعها مناطق حضر الوجه القبلى (١٩,٣٪)، بينما تتواجد أقل نسبة فى منطقة المحافظات الحضرية (٥,١٪).

الجدول رقم١: معدلات الفقر للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠، ١٩٩٦/١٩٩٥، ٢٠٠٠/١٩٩٩، والتوقعات لعام ٢٠١٥

البيان / السنة	١٩٩١/١٩٩٠	١٩٩٦/١٩٩٥	٢٠٠٠/١٩٩٩	٢٠١٥
خط الفقر الأدنى القومى (نسبة الفقراء)	٢٤,٣٢	١٩,٤١	١٦,٧٤	١٠,٨٠
فجوة الفقر	٧,٠٨	٣,٣٩	٢,٩٧	٢,٠٦
خط الفقر عند دولارين أمريكيين/ فى اليوم (نسبة الفقراء إلى السكان)	٨,٢٤١	٢,٤٩٧	٠,٦٨٢	٠,٨٨
فجوة الفقر	٢,٢٧٣	٠,٣٢٥	٠,٠٧٣	٠,٢٠
خط الفقر عند دولارين أمريكيين/ فى اليوم (نسبة الفقراء إلى السكان)	٣٩,٤٥	٤١,٥٢	٢٤,٨٤	١٦,٤٩
فجوة الفقر	١٢,٤١	٩,٩٣	٥,٠٠	٣,٣٣
خط الفقر الغذائى	٨,٩٣	٣,٠٥	٢,٨٧	١,٩٤

المصدر: تم احتسابها من مسح الدخل والانفاق و الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠ و ١٩٩٦/١٩٩٥و٢٠٠٠/١٩٩٩ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

وبالرغم من أن مناطق الوجه القبلى تعيش فيها نسبة كبيرة من السكان، إلا أن مستوى الإنفاق فيها هو دون خط الفقر إلى حد بعيد. و بصفة عامة، فإن معدلات الفقر أعلى فى المناطق الريفية منها فى المناطق الحضرية. والصورة مماثلة عند استخدام خط الفقر الأعلى. وتتواجد أكبر وأعمق وأحد نسبة فقر فى منطقة ريف الوجه القبلى؛ حيث تبلغ نسبة الفقراء ٦٣,٤٩٪. كما تكشف هذه المنطقة عن التفاوت الكبير بين الفقراء؛ حيث تتواجد فيها أكبر المؤشرات لفجوة الفقر وأعلى المؤشرات لحدة الفقر.

ويتركز الفقر فى المناطق الريفية. وكما يبين الشكل رقم ١، يبدو توزيع الفقراء متفاوت إلى حد بعيد عبر المناطق. إذ أن نسبة الفقر، وخصوصا الفقر الذاتى، منخفضة فى المناطق الحضرية حيث يقطن ٤١,٥٪ من السكان. وفي المناطق الريفية، يتركز الفقر بشكل رئيسى فى مناطق الوجه القبلى. ويعيش ٥٤,٤٢٪ من الفقراء فى مصر فى المناطق الريفية من الوجه القبلى باستخدام خط الفقر القومى، بالرغم من أن سكانها يمثلون فقط ٢٦,٦٧٪ من مجمل السكان. وتتجاوز مستويات الفقر فى كافة محافظات الوجه القبلى المستوى الوطنى ، باستثناء محافظة الجيزة. وتتواجد أعلى نسبة فقر فى محافظة أسيوط، بمقدار ثلاثة أضعاف المستوى الوطنى ، وتتبعها محافظتا بني سويف وسوهاج. وينطبق نفس النمط على مؤشرات فجوة الفقر ومؤشرات حدة الفقر. وفي الوجه البحرى، تعتبر محافظة المنوفية هي المحافظة الوحيدة التى تتجاوز معدلات الفقر فيها المعدل القومي (الجدول ب.١ الملحق ب).

ويمكن أن يُعزى التباين بين المناطق والمحافظات إلى عدة عوامل، منها: الاختلافات فى المستويات التعليمية، ومدى توفر فرص العمل ، ومدى توفر الخدمات العامة والطرق والأسواق، واختلاف جودة الوسائل الزراعية، وملكيات الأراضى الزراعية التى قد تساهم فى خلق فجوة فى الثروة بين المناطق.

الخصائص الرئيسية للفقراء

تتمثل أهم خصائص الفقراء فى جمهورية مصر العربية، فى:

حجم العائلة الكبير: تعتبر تركيبة العائلة أحد أهم العناصر الملازمة للفقر. حيث يكون لعدد المعالين أثراً هاماً على الاحتياجات الاستهلاكية للعائلة وقدرتها على تلبية تلك الحاجات. فالعائلات التى لديها أطفال يكون وضعها أسوأ من العائلات التى ليس لديها أطفال، والعائلات التى يكون عدد الأطفال فيها كبيراً يكون وضعها أسوأ من العائلات التى يكون فيها عدد الأطفال قليل.

ارتفاع معدل الخصوبة: تؤثر معدلات الخصوبة وتتأثر بوضع العائلة الفقيرة. إذ تقتضى نسبة الخصوبة العالية نسبة مرتفعة من الإعالة. كما يرغب الفقراء فى إنجاب المزيد من الأطفال؛ لأن الأطفال يمثلون ثروة ويوفرون مصدر رزق العائلة، الأمر الذى يعد شكلاً من أشكال الضمان الاجتماعي للوالدين عند تقدمهما فى السن.

ارتفاع مستوى الفقر فى الأسر التى تعيلها إناث فى المحافظات الحضرية والمناطق الحضرية بالوجه البحرى والمناطق الحدودية. كما أن مؤشرات فجوة الفقر وحدة مؤشراته أعلى بين العائلات التى تعيلها إناث مقارنة بالعائلات التى يعيلها ذكور، باستثناء مناطق الوجه القبلى.

الأجور هي المصدر الرئيسي للدخل، حيث تشكل الأجور ٤٢,٩٪ من مجمل دخل الفقراء. كما أن **الإعانات الاجتماعية** تمثل ٣٦٪ من دخل الأسر التى تعيلها إناث.

كما أن **الحالة التعليمية لمعيل الأسرة** لها تأثير قوي على وضع الفقر فى العائلة. حيث عادة ما يحقق أولئك الأفراد الذين يحملون شهادات جامعية مستويات معيشية مرتفعة.

ومن جهة أخرى، من المهم الإشارة إلى أن **التحيز على أساس النوع** موجود بغض النظر عن وضع العائلة؛ حيث تبلغ نسبة الأمية بين الإناث اللاتى تتراوح أعمارهن من ١١ إلى ١٥ سنة ضعف نسبة الذكور فى كل من العائلات الفقيرة وغير الفقيرة. ويبدو أن معدلات الأمية المرتفعة بين الأطفال من الإناث فى المناطق الريفية يعود إلى أسباب ثقافية.

ومن الواضح أن **عمالة الأطفال** (وبالتالى الإفتقار إلى التعليم) أكثر إنتشاراً بين العائلات الفقيرة. حيث يُقدر أن ٣,٣٪ من مجمل الأطفال المصريين (الذين يتراوح أعمارهم من ٦ إلى ١٥سنة) غير ملتحقين بالمدارس ويمارسون أنشطة عمالية. ويبلغ معدل عمالة الأطفال فى العائلات التى تعيلها إناث ضعف عددهم

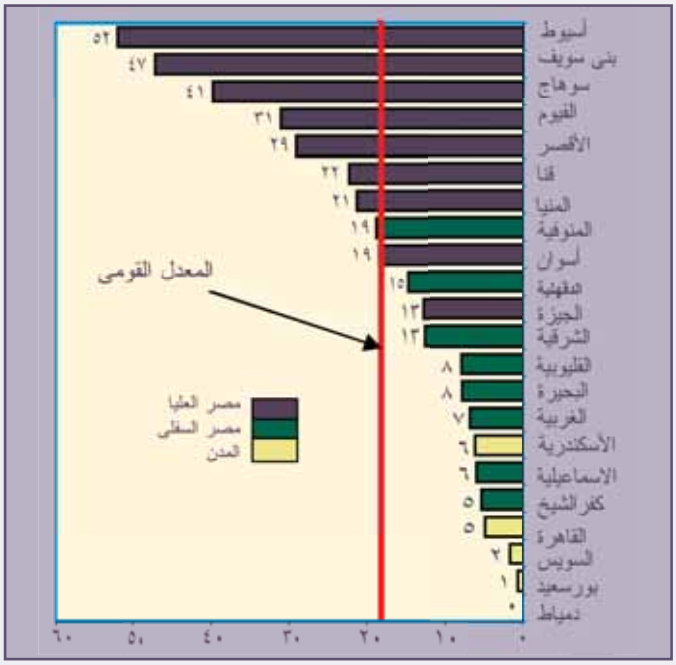
فى العائلات التى يعيلها ذكور فى المناطق الحضرية؛ وما نسبته ١,٣٪ فى العائلات التى يعيلها ذكور فى المناطق الريفية.

وبالرغم من إنخفاض معدلات مشاركة الفقراء فى سوق العمل، إلا أن معدلات البطالة لا ترتبط بالفقر بالنسبة لمصر ككل. ففى المناطق الريفية مثلاً، عادة ما تُشرك العائلات أولئك العاطلين عن العمل فى أعمال المعاونة فى الأنشطة الزراعية وغالباً بدون مقابل.

تطور الفقر

باستخدام نتائج مسح الدخل والإنفاق و الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠و١٩٩٦/١٩٩٥و٢٠٠٠/١٩٩٩، نحاول فى هذا الجزء من التقرير صياغة تقييم متناسق[٣] لتطور الفقر فى مصر. ويوضح الجدول رقم ٢ نتائج مقاييس الفقر على المستوى القومى ومستوى المناطق للفترة ١٩٩٠/١٩٩٠-٢٠٠٠/١٩٩٩.

الشكل رقم ١: نسبة الفقر حسب المحافظة ١٩٩٩-٢٠٠٠



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، مسح الدخل والإنفاق و الإستهلاك للأسر لعام ١٩٩٩/٢٠٠٠.

انخفضت مؤشرات فجوة الفقر خلال الفترة ما بين ١٩٩٠/١٩٩١ إلى ١٩٩٩/٢٠٠٠، الأمر الذي يشير إلى تحسن فى معدل تفاوت الإنفاق بين الفقراء (أنظر الجدول رقم٤، ملحق ب).

وقد سيطر اتجاهان رئيسيان على تطور الفقر خلال الفترة ١٩٩٠ إلى ١٩٩٥، هما: ارتفاع نسبة الفقر فى منطقة المحافظات الحضرية والمناطق الحضرية بالوجه البحرى (بما مقداره ٣٪ و ١٪ على التوالي) وانخفاض كبير فى المناطق الرئيسية الثلاث الأخرى.

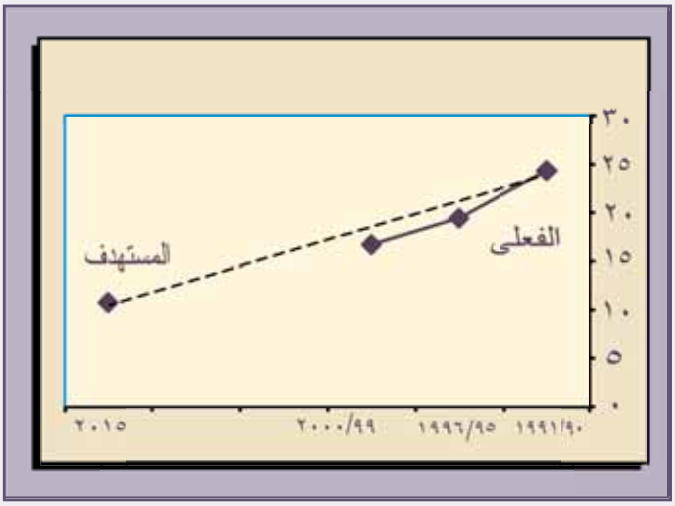
وأظهرت أنماط الفقر فى الفترة بين ١٩٩٦/١٩٩٥ إلى ١٩٩٩/٢٠٠٠ جوانب مختلفة. فقد ارتفعت نسبة الفقر بشكل كبير فى الوجه القبلى خلال هذه الفترة من ٢٩,٣٪ إلى ٣٤,٢٪ فى المناطق الريفية، ومن ١٠,٨٪ إلى ١٩,٣٪ فى المناطق الحضرية. وأظهرت مؤشرات فجوة الفقر نمطا مماثلاً. وشهدت منطقة المحافظات الحضرية ومحافظات الوجه البحرى فقط انخفاضا فى معدلات الفقر فيها. وكان الانخفاض كبير فى منطقة المحافظات الحضرية حيث وصل إلى ٥,٠٦٪ بعد أن كان ١٣,١٪. وفي ريف الوجه البحرى، انخفضت نسبة الفقر من ٢١,٥٣٪ إلى ١١,٨٣٪. على الرغم من أن نسبة الفقر كانت دائما مرتفعة فى المناطق الريفية فى الوجه القبلى، إلا أن الفقر تحوّل من كونه ظاهرة ريفية خلال النصف الأول من فترة التسعينيات ليصبح ظاهرة تسود مناطق الوجه القبلى فى النصف الثانى من العقد ذاته.

الجدول رقم ٢: التحسن فى معدل الفقر من ١٩٩١/١٩٩٠-١٩٩٩/٢٠٠٠، والتوقعات لعام ٢٠١٥

السنة	١٩٩١/١٩٩٠	٢٠٠٠/١٩٩٩	٢٠١٥
المؤشر المتوسط	٢٤,٣٢٪	١٦,٧٪	١٠,٨٪
عدد الفقراء بالمليون	١٢,٧٧٥	١٠,٦٥٠	٩,٠١٨
المناطق الأكثر حرمانا	الريفية بالوجه القبلى	الريفية بالوجه القبلى	الريفية بالوجه القبلى
المناطق الأقل حرمانا	الحضرية بالوجه البحرى	المدن الرئيسية	الحضرية بالوجه البحرى
المحافظة الأكثر حرمانا	المنيا	أسيوط	أسيوط
المحافظة الأقل حرمانا	الإسماعيلية	دمياط	دمياط
النسبة بين المناطق الأكثر فقرا والأكثر غنا	٦,١٤	٦,٧	٥,٣
النسبة بين المحافظات الأكثر فقرا والأكثر غنا	١٤,٨	٤١,٠٠	١٠٠٠

المصدر: الجدول ب١ والجدول ب٤، وتقديرات الإحصاء الرسمى للسكان: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

الشكل رقم ٢: مقاييس الفقر الفعلية والمستهدفة للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠ و ١٩٩٦/١٩٩٥ و ٢٠٠٠/١٩٩٩، والتوقعات لعام ٢٠١٥.



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

يمكن أن يُعزى التغير فى أنماط الفقر إلى التغيرات فى إعادة توزيع مستويات المعيشة بما يتعارض مع النمو فى مستويات المعيشية العادية. وخلال الفترة ١٩٩٥/١٩٩٦ إلى ١٩٩٩/٢٠٠٠، اتخذ كل من عنصري النمو وإعادة التوزيع اتجاها معاكسا فى مناطق المدن الكبرى: حيث أعاق التفاوت المتنامي (١,١٣٤٪ نقطة مئوية) الإنخفاض فى نسبة الفقر بسبب تزايد متوسط الإنفاق الحقيقى لكل فرد (-٩,١٨٪ نقطة مئوية). وفي مناطق الوجه البحرى، تزامنت التحسينات فى نسبة التفاوت مع تحسينات فى متوسط الإنفاق، الأمر الذى نتج عنه انخفاض فى مستويات الفقر.

فى حين شهدت مناطق الوجه القبلى، الاتجاه المعاكس؛ حيث انخفض إنفاق كل فرد مع تدهور التفاوت. وقد أدى هذا الأمر إلى معدلات فقر تؤكد على أن النمو فى مناطق الوجه البحرى كان يميل لصالح الفقراء. ومن جهة أخرى، كان النمو فى المحافظات الحضرية كبيرا بما يكفي لإحداث تحسينات فى المستويات الكلية للفقر لكنه لم يكن نموا داعما للفقراء.

أثر التغيرات الأخيرة فى الأسعار على مستويات الفقر

منذ تنفيذ نظام تعويم أسعار الصرف فى يناير من عام ٢٠٠٣، ارتفعت الأسعار بشكل سريع. وكان لهذه الإجراءات أثر سلبي على القوة الشرائية واستهلاك الأسر. وخلال الفترة من يناير ٢٠٠٣ إلى نوفمبر ٢٠٠٣، قُدر أن خط الفقر قد ارتفع بنسبة ٧٪، مشيرا إلى انخفاض فى مستويات المعيشة وزيادة فى مستويات الفقر ما لم يزدد الدخل بنفس النسبة. ونظراً لأن الفقر فى مصر غير متعمق الجذور، فهناك احتمال أن يعاني أولئك الذين تخلصوا من الفقر خلال فترة ١٩٩٥-٢٠٠٠ من انزلاقهم فيه مرة أخرى. غير أن هذا يعنيأيضا أنه بوجود السياسات الملائمة يمكن تحقيق انخفاض كبير فى مستوى الفقر مستقبلا.

تقديرات الفقر

تم استخدام تغيرات الإنفاق والتوزيع للتنبؤ بمقاييس الفقر فى مختلف المناطق فى عام ٢٠١٥، وذلك باستخدام سيناريوهات مختلفة وخطوط فقر مختلفة (أنظر الملحق أ). وتبين تقديرات الفقر أن بإمكان مصر تحقيق الأهداف التنموية للألفية المتعلقة بالفقر إذا ما زاد نصيب الفرد من الإنفاق بنسبة ١,٥٪ سنويا وأن يستمر التغير فى تفاوت الدخول بنفس المعدل خلال الفترة ١٩٩١/١٩٩٠ إلى ٢٠٠٠/١٩٩٩ (بنسبة زيادة ١٪). ومن المرجح أن يتم الوصول إلى هذه النسب.

ووفقاً لهذا السيناريو، سيصل مستوى الفقر إلى ١٠٪، باستخدام خط الفقر الأدنى، بينما ستنخفض نسبة الفقر بمقدار ٥٨٪ من النسبة التى سادت عام ١٩٩١/١٩٩٠ عند استخدام خط الفقر البالغ دولارين أمريكيين فى اليوم (أنظر الجدول رقم١ و ٤، الملحق ب). وستنخفض نسبة الفقر فى كافة المناطق باستثناء منطقة المحافظات الحضرية والمناطق الحضرية بالوجه القبلى التى لن تتمكن من تحقيق الأهداف التنموية للألفية من حيث تخفيض مستوى الفقر. كما ستظل أعلى نسبة فقر فى محافظات أسيوط وبني سويف وسوهاج، بالرغم من أنها ستكون أقل من مستويات ١٩٩٩/٢٠٠٠.

وقد تم تنفيذ سيناريوهات بديلة، وتظهر نتائجها فى الملحق ب. ويتم تعزيز كل من هذه السيناريوهات بواسطة إجراء بسيط ينتج عنه توزيعات دخل ذات متوسط أعلى، ومستويات تفاوت أعلى من تلك التى لوحظت فى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠. ويتم تغيير عوامل النمو وتخفيض التفاوت للخروج بالتركيبات المعقولة (الإيجابية).

التخفيف من الجوع- ما أنجز من تقدم

لا تعاني مصر عموما من نقص الغذاء بين سكانها. فقد بلغ متوسط السعرات الحرارية فى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ للفرد ما مقداره ٢٩٦٠ سعر حراري فى اليوم، أي ما يقارب ١١٩٪ من المستوى العالمى (أنظر الجدول رقم ٣).

ويتنوع متوسط ما يحصل عليه الفرد من سعرات حرارية عبر المناطق، ووفقاً لمستويات الرفاهية. حيث يتواجد أقل متوسط وأعلى نسبة من الأشخاص الذين لا تتم تلبية احتياجاتهم من السعرات الحرارية متوسط فى المناطق الريفية فى صعيد مصر فى عام ١٩٩١/١٩٩٠ و ٢٠٠٠/١٩٩٩. ويتفق نمط معدلات الأشخاص الذين لا تتم تلبية احتياجاتهم من السعرات الحرارية مع النمط السائد فى اتجاهات الفقر، باستثناء منطقة المحافظات الحضرية والمناطق الحضرية فى الوجه البحرى. وخلال فترة ١٩٩٠ - ٢٠٠٠، شهدت المناطق الحضرية زيادة فى نسبة الأشخاص الذين لا تتم تلبية احتياجاتهم من السعرات الحرارية. وقد يعود سبب ذلك إلى الارتفاع فى أسعار الغذاء فى المناطق الحضرية إضافة إلى ارتفاع أسعار الخدمات الأساسية التى تدفع المواطنين إلى تخفيض استهلاكهم من الغذاء لدفع تكاليف الخدمات مثل الصحة والنقل.

الجدول رقم ٣: متوسط ما يحصل عليه الفرد من سعرات حرارية ونسبة الأشخاص الذين لا يحصلون على احتياجاتهم من السعرات الحرارية حسب المنطقة، ٢٠٠٠/١٩٩٩ ٥

	١٩٩١/١٩٩٠		٢٠٠٠/١٩٩٩	
	نسبة الأشخاص الذين لا يحصلون على إحتياجاتهم من السعرات الحرارية	متوسط المأخوذ من السعرات الحرارية	نسبة الأشخاص الذين لا يحصلون على إحتياجاتهم من السعرات الحرارية	متوسط المأخوذ من السعرات الحرارية
المدن الرئيسية	٥,٢٩	٣٣٧٠,٥٧		٣٤٣٨,٤١
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٧,٠٤	٣٢٢٢,٧٢	١٠,٦٥	٣٠٩٦,١٠
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	٣٢,٠٩	٢٦٠٢,٤٣	١١,٣٦	٢٩٨٥,١٢
المناطق الحضرية فى الوجه القبلى	١١,١٩	٢٩٧٢,١٤	١٨,٣٠	٢٨٤٠,٠٢
المناطق الريفية فى الوجه القبلى	٤٥,٥٠	٢١٧٦,٩٥	١٩,١٠	٢٥٩١,٠٤
المناطق الحضرية الحدودية	١٥,٣٤	٣٠٧٢,٩٠	٨,٩٩	٣٢٧١,٦٧
المناطق الريفية الحدودية	٤٤,٢٤	٢٢٠٢,٥٣	١٤,٩٢	٣٠٥٠,٧٧
المجموع	٢٥,٦٠	٢٧٤٢,٧٤	١٤,٠٤	٢٩٦٠,٢٥

المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، مسح الدخل والإنفاق و الإستهلاك للاسر للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠ و ٢٠٠٠/١٩٩٩.

عادة ما يكون الأطفال الذين يعانون من نقص حاد فى التغذية (نقص الوزن) أو من نقص مزمن فى التغذية (إعاقة فى النمو)

أو من كلاهما (ضمور) عرضةً للعدوى المتكررة. وقد أظهرت الدراسات أن الفتيات فى العائلات الفقيرة يعانين من كافة أشكال نقص التغذية ويمثلن نسبة كبيرة من وفيات الأطفال، وذلك نتيجة للتمييز بين الجنسين فى العائلة[1].

وفقا للمسح الديموغرافى والصحى فى مصر تبلغ نسبة انتشار الضمور (وزن قليل بالنسبة للطول) ٤٪ على المستوى القومى فى حين تبلغ نسبة انتشار قصور النمو (طول قليل بالنسبة للعمر) ١٥,٦٪ وهو مؤشر على نقص طويل الأجل فى التغذية.

وهناك تفاوت واضح بين المناطق. فهناك مؤشر واضح على سوء التغذية طويل الأجل فى مناطق صعيد مصر (الوجه القبلى)؛ حيث تبلغ نسبة انتشاره ٢١,٨٪ فى المناطق الريفية؛ وحيث تكون الأنشطة التنموية فى أقل مستوى لها.

وهناك تقلب وعدم استقرار فى أوضاع التغذية فى مصر، وقد أظهر عام ١٩٩٢ أرقاماً أفضل مما ظهر فى عام ١٩٩٥، وأظهر العام ٢٠٠٠ نتائج أفضل مما ظهر فى عام ٢٠٠٣ فيما يخص النقص الحاد فى التغذية. ومن الصعب توفير تقديرات دقيقة لوضع التغذية؛ إذ أنه يعتمد على عدة عوامل، وخصوصاً منها، الوضع الاقتصادي ومدى توفر الأغذية. بينما تضاعفت مؤشرات النقص الحاد فى التغذية، مثل الوزن المنخفض بالنسبة لكل من الطول والعمر فى عام ٢٠٠٣ مقارنة مع عام ٢٠٠٠ وفقا للمسح الديموغرافى والصحى فى مصر. ويمكن أن يُعزى هذا الأمر إلى أثر الارتفاع فى أسعار الأغذية الرئيسية الأمر الذي أدى إلى انخفاض الإستهلاك الغذائي للعائلات الفقيرة.

الجدول رقم ٤: تصنيف المحافظات وفقا لانتشار حالات قصور النمو وأنيميا نقص الحديد. ويشير الرقم بين القوسين إلى ترتيب المحافظة وفقا لمؤشر التنمية البشرية الخاص بها فى مصر[2].

مستوى النقص	مستوى مرتفع من قصور النمو	مستوى متوسط من قصور النمو	مستوى منخفض من قصور النمو
مستوى مرتفع من الأنيميا	بني-سويف (٢٠) المنيا (١٨) أسيوط (٢١) سوهاج (١٧)	أسوان (١٠)	
مستوى متوسط من الأنيميا		الشرقية (١٣) كفر الشيخ(١٤) الإسماعيلية (٧) الجيزة (٥) الفيوم (١٩) قنا (١٦)	دمياط (٦) الدقهلية (١٢)
مستوى منخفض من الأنيميا	المنوفية (١١)	الغربية (٨) البحيرة (١٥)	القاهرة (٣) الإسكندرية(٤) بور سعيد (١) السويس (٢) القليوبية (٩)

وقد أظهر تحليل آخر للنقص الغذائي بالإرتباط مع مؤشر التنمية البشرية على مستوى المحافظات، أنّ محافظتي أسيوط وبني سويف اللتين يتواجد فيهما أقل مستوى لمؤشر التنمية البشرية تحظيان بأعلى مستوى من النقص الغذائى.

ويبين الجدول رقم ٤ أن المحافظات الحضرية التى تحتل المراتب العليا فى التنمية البشرية فى مصر لديها أقل مستوى من نقص السعرات البروتينية وأنيميا نقص الحديد. فى حين تظهر المحافظات الأخرى مزيجاً من الأنماط المتغيرة التى يجب دراستها بإمعان أكثر.

وقد نجحت وزارة الصحة والسكان فى تحسين قدرتها على مراقبة وضع التغذية على مستوى مراكز الصحة العامة من خلال تعزيز خدمات مراقبة النمو. وقد شملت هذه الخدمات ما مقداره ٩٨٪ من الأطفال الذين ترددوا على المراكز الصحية فى عام ٢٠٠٢ منذ الولادة وحتى سن العمل، مقارنة مع ٤٥٪ فى أواخر الثمانينيات[8].

نظرة على الوضع العام:

هل سيتم تحقيق الهدف بحلول ٢٠١٥؟

محتمل ممكن غير مرجح بيانات غير كافية

حالة البيئة الداعمة

قوى مقبول ضعيف لكنه يتحسن ضعيف

٢ - التحديات الرئيسية

بإمكان مصر أن تحقق الأهداف التنموية للألفية فى مجال تخفيض مستوى الفقر إذا ما استمرت الاتجاهات السائدة فى الأداء الاقتصادى، غير أن هناك عدة تحديات تقف فى وجه تحقيق أهدافها التنموية متوسطة وطويلة الأجل، ومن بينها ما يلى:

– من أجل تحسين واستدامة النمو الاقتصادى، تتأثر احتمالات نمو الناتج المحلى الإجمالى فى الأجل المتوسط بشكل سلبي، وذلك بسبب: المستوى المرتفع لعدم الاستقرار فى المنطقة الذي قد يُعيق الإيرادات السياحية والاستثمار الأجنبى المباشر، وبدء تحول رصيد الحساب الجارى لمصر من الفائض إلى العجز فى عام ١٩٩٨/١٩٩٧، واستمرار مشكلة السيولة. كما أنه يتم تمويل عجز ميزان المدفوعات بشكل رئيسي من قناة السويس والسياحة وتحويلات العاملين بالخارج وهى أمور سريعة التأثر بالظروف الخارجية[9].

– مستقبل خلق فرص العمل أمر غير واضح على المدى متوسط الأجل.

– معدل الخصوبة المرتفع ونسبة الإعالة المرتفعة يتأثر بمعدلات الفقر ويؤثر فيها. ويعتبر الارتباط بين الخصوبة والفقر شائعاً بشكل أكبر فى العائلات التى تعيلها إناث.

– أن معدلات الأمية والنسبة المنخفضة للالتحاق بالمدارس وعمالة الأطفال تبلغ مستويات مرتفعة على وجه الخصوص بين الفقراء، وتعكس كيف يستمر الفقر من جيل إلى آخر.

وتعتبر اللامركزية والتنسيق والقدرة المؤسسية فى كل من المؤسسات الحكومية وغير الحكومية عناصر هامة لمواجهة تحدى التخفيف من مستوى الفقر.

٣ - البيئة الداعمة

لقد نفذت مصر استراتيجيات متعددة الأبعاد لرفع مستوى المعايير المعيشية للمواطنين، بما فى ذلك زيادة ورفع مستوى

الدخل، وتنمية الموارد البشرية، واستراتيجيات الأمان والضمان الإجتماعى. وتضع وزارة التخطيط الخطط الشاملة للتنمية الإقتصادية والإجتماعية على الأمد القصير والمتوسط والطويل. وتتم ترجمة هذه الخطط إلى إجراءات من خلال مختلف الوزارات والأجهزة. ويتم السعى إلى تخفيض مستوى الفقر من خلال مختلف القنوات، بما فى ذلك: تقديم المساعدة المباشرة للفقراء من خلال وزارة الشئون الإجتماعية، التعليم المجاني وبرامج القضاء على الأميه من خلال وزارة التعليم، وتقديم الخدمات الصحية المجانية من خلال الوحدات الصحية المحلية والمستشفيات الحكومية الكبيرة التابعة لوزارة الصحة، وتقديم المعونات من الخبز والدقيق والسكر والزيت من خلال وزارة التجارة والتموين، وتنفيذ المشاريع التنموية الريفية من خلال وزارة الزراعة.

وتتضمن استراتيجية مصر لتخفيض مستوى الفقر بذل الجهود فى خمس جبهات:

١) النمو الإقتصادى لزيادة الدخل وفرص العمل مع التأكيد على تنمية المشاريع صغيرة ومتوسطة الحجم ومبادرات خلق فرص العمل؛

٢) تنمية مهارات الفقراء لرفع مستوى قدراتهم من خلال التعليم والصحة والتغذية والمساهمات الإجتماعية؛

٣) تنمية المرأة وتجسير الهوة بين الجنسين فى التنمية؛

٤) إجراءات شبكة السلامة الإجتماعية للفقراء، ولا سيما النساء، ضد الإضطرابات المتوقعة وغير المتوقعة فى الدخل/ الإستهلاك، حيث توجد ثلاثة برامج رئيسية لشبكة السلامة الاجتماعية: برنامج المعونات الغذائية للمستهلك، والإعانات النقدية من وزارة الشئون الاجتماعية، والصندوق الاجتماعى للتنمية؛

٥) الحكم بالمشاركة لمنح الفقراء مجالاً أكبر للتعبير عن رأيهم. ويمكن ذكر عدة برامج فى هذا الصدد: شروق "التنمية الريفية المتكاملة"؛ مشروع التنمية المحلية بالمشاركة الشعبية؛ الوحدة الاستشارية لبرنامج إدارة المناطق الحضرية بالمشاركة؛ خطة الطوارئ الخاصة بوزارة التنمية المحلية.

وقد تم إعلان تخفيض مستوى الفقر كأحد الأهداف الرئيسية للخطة طويلة الأجل للتنمية الإجتماعية والإقتصادية للفترة ٢٠٠٢-٢٠٢٢.

وتعمل حالياً وزارة التخطيط، بدعم من هيئات الأمم المتحدة ومجموعة مساعدات المانحين، على وضع خطة عمل للقضاء على الفقر. ويتبلور الهدف من هذه المبادرة فى ضمان تخطيط وتنفيذ ومراقبة فعَّالة لسياسات وبرامج تخفيض مستوى الفقر التى تستند إلى بيانات موثوقة، بالتشاور مع كافة شركاء التنمية بما فى ذلك المجتمع المدنى. وكخطوة أولى، تم إكمال أبحاث تشخيص وتحليل أبعاد قضية الفقر وذلك لتحديد النطاق والتوزيع الكلى لمشكلة الفقر فى أبعادها الواسعة (انخفاض مستوى الدخل والفقر الذاتى ورأس المال الإجتماعى للفقراء) واستنباط اتجاه ومقدار العمل اللازم لتخفيض مستوى الفقر.

تنفق الحكومة المصرية على دعم المواد الغذائية ١,٤ بليون دولار تقريبا مما ساهم فى خفض معدلات الفقر والجوع. ومع ذلك، فهناك مزيد من الحاجة إلى البرامج الموجهة لهذا الغرض لتغطى الفجوة الهائلة بين المناطق المختلفة داخل جمهورية مصر العربية.

٤ – أولويات المساعدة التنموية

– تؤكد مراجعة الجهود تخفيض مستوى الفقر على أهمية وضع خطة عمل جديدة ينصب تركيزها على تحقيق المساواة وتمكين الفقراء وخلق فرص العمل والجمع بين الموارد المتاحة والممكنة مع المزيد من التركيز والالتزام القوى. كما توجد حاجة أيضا للإدارة الفعالة وفعالية المراقبة لبرامج تخفيض مستوى الفقر.

– يجب أن تتضافر جهود الوزارات الحكومية والمجتمع المدنى والقطاع الخاص لتنسيق عملها والوصول إلى تقسيم العمل، الأمر الذى سيكون فى صالح الفقراء. وهناك حاجة ماسة لإجراءات تضمن المشاركة الشاملة فى استراتيجية تخفيض مستوى الفقر وصياغة السياسات والبرامج الشاملة وتنفيذها.

– ينبغى أن تشمل وأن تستهدف برامج تخفيض الفقر كلا الجنسين. كما يجب وضع برامج تعليمية ملائمة فى المستويين الإبتدائى و الثانوى؛ ليعى الطلاب أهمية المشاركة فى أنشطة المجتمع. ويجب أن يبدأ بناء الوعى فى مرحلة مبكرة من التعليم.

– يجب التعامل مع تنمية المشروعات الصغيرة ومتوسطة الحجم بوصفها أولوية قومية مصممة خصيصا للشباب. وهى تتطلب تنسيق الجهود بين كافة الأطراف والمؤسسات الحكومية وغير الحكومية، كما تتطلب إصلاح القطاع المالى وتحفيزه للتعامل مع الإحتياجات المالية للمشروعات صغيرة ومتوسطة الحجم على أساس اقتصادى سليم، إضافة إلى تيسير حصول الفقراء من الرجال والنساء على الخدمات المالية المناسبة. وقد يمثل القانون الجديد للمشاريع صغيرة ومتوسطة الحجم خطوة مهمة فى هذا الاتجاه.

– تحسين فعالية الإنفاق العام لزيادة فرص بناء رأس المال البشرى للفقراء. ويعتبر دعم برنامج محو الأمية ومعدلات التوقف عن الدراسة بين الفقراء هو على الأرجح الهدف التنموى الأكثر أهمية. ويجب الإسراع فى التنفيذ الكامل للسياسات ذات الجدوى والمصممة لتشجيع الفتيات على الإلتحاق بالمدرسة وإكمال تعليمهن مع الأخذ بالاعتبار العوائق الثقافية وعوائق الأعراف والتقاليد.

– يجب تصميم وتنفيذ برنامج جيد لتحسين مستوى تغذية الفئات المهمشة مع التركيز على حماية الأطفال. وفيما يلى بعض الإجراءات المقترحة:

أ) زيادة المواد الغذائية الموزعة فى المدارس، بوصفها طريقة لاستهداف الفقراء من خلال تحسين مستوى تغذية الأطفال وتشجيع الأطفال بشكل غير مباشر على الالتحاق بالمدارس.

ب) توزيع حصص صغيرة من المواد الغذائية الضرورية على المشاركين فى حصص تعليم القراءة والكتابة. ويمكن أن تقدم الحكومة بالتعاون مع منظمات غير حكومية التمويل لمثل هذه البرامج.

– التدخلات مطلوبة لتجنب معدلات الخصوبة المرتفعة السائدة بين الفقراء، ليس فقط من خلال توفير الأساليب المدعومة لمنع

الحمل، بل أيضاً من خلال توفير الخدمات الصحية السليمة وتحفيز العائلات الفقيرة لإرسال أطفالهم إلى المدارس.

– إن توسيع نطاق البنية التحتية، مثل توفير المياه النظيفة الآمنة وتعزيز الصحة العامة فى المناطق التى يسود بها الفقر، هو أسلوب فعال لتحسين الوضع الصحي للأفراد وبالتالى تخفيض مستوى الفقر.

– إن المزيد من إجراءات إلغاء المركزية يجب أن يكون سياسة تكميلية لتحقيق تنمية إقليمية أكثر توازناً، ولضمان تنفيذ أكثر فعالية لبرامج تخفيض مستوى الفقر.

٥ – تتبع سير التقدم فى مشكلتى الفقر والجوع: بيئة المراقبة

عناصر بيئة المراقبة	التقييم		
القدرة على جمع البيانات	**قوى**	مقبول	ضعيف
نوعية معلومات الاستطلاع الأخير	**قوى**	مقبول	ضعيف
قدرات المتابعة الإحصائية	**قوى**	مقبول	ضعيف
القدرة على دمج التحليل الإحصائى فى آليات السياسة والتخطيط وتوزيع الموارد	قوى	**مقبول**	ضعيف
آليات المراقبة والتقويم	قوى	**مقبول**	ضعيف

١ – تعتمد معظم تحليلات الفقر فى مصر على مسح دخل و إنفاق الأسر الذى أجراه الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء (جهة الإحصاء الرسمية)، والمسوح الثلاثة الأخيرة قابلة للمقارنة من حيث طريقة المعاينة والفترة والمناطق التى يغطيها الإستبيان.

٢ – برنامج الأمم المتحدة الإنمائى، الفقر ورأس المال الاجتماعى، نحو استراتيجية متكاملة لخفض الفقر، أبريل ٢٠٠٣.

٣ – يتطلب الاتساق أن يكون خط الفقر ثابت من حيث مؤشر مستويات المعيشة المستخدم. وتقتضي المقارنات المتسقة الخاصة بالفقر أن يعتبر شخصان عند نفس مستوى الإستهلاك الحقيقي إما "فقيرين" أو "غير فقيرين" بغض النظر عن الوقت أو المكان الخاضع للدراسة.

٤ – طالما أن أغنى محافظة فى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ (دمياط) قد تواجد فيها مستوى فقر يقارب الصفر، فإن النسبة بين أفقر محافظة (أسيوط) وأغنى محافظة تصبح مرتفعة جدا، ويشار إليها هنا بأنها أعلى من ١٠٠٪.

٥ – تشير الأرقام إلى الإستهلاك الغذائي الفعلي، وليس إلى تكلفة الحصول على المتطلبات الغذائية الأساسية التى يتم على أساسها احتساب خط الفقر الأدنى. ويبلغ متوسط الحاجة إلى السعرات الحرارية ٢٣٠٠ سعرة فى اليوم.

٦ – البنك الدولى، ٢٠٠٣.

٧ - الزناتى (وآخرون)؛ أو آر سى ماكرو، ٢٠٠٣.

٨ – وزارة الصحة والسكان.

٩ – البنك الدولى ٢٠٠١.

٢ – ضمان تعميم التعليم الأساسى الشامل

©برنامج الأمم المتحدة للتنمية

الهدف: ضمان إتمام جميع الأطفال فى كل مكان، سواء الذكور أو الإناث، لمرحلة التعليم الإبتدائى و الإعدادى بحلول عام ٢٠١٥

المؤشرات: صافى نسبة القيد الفعلى للأطفال بمرحلة التعليم الإبتدائى والإعدادى
نسبة الأطفال الذين يلتحقون بالصف الأول الإبتدائى ويصلون إلى الصف الخامس
معدل تعلم القراءة والكتابة لمن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاما.

١ – حالة التقدم

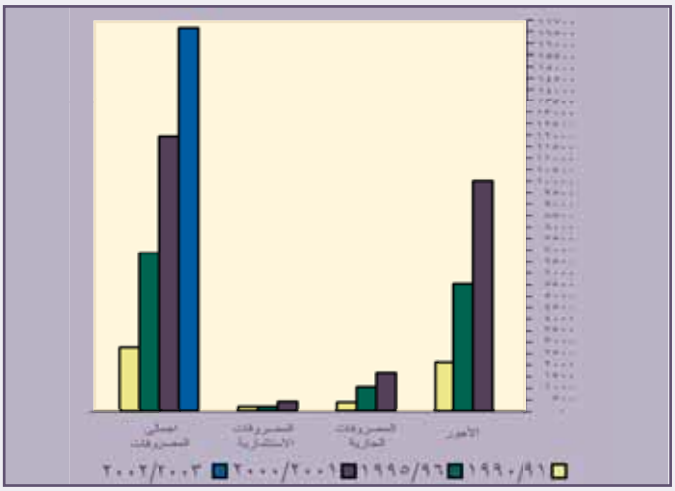
أطلقت مصر منذ أوائل التسعينيات برنامجاً طموحاً وشاملاً لإصلاح التعليم. وقد أبدت الحكومة المصرية التزاماً قوياً بمعاملة التعليم بوصفه أداة رئيسية لتحقيق التنمية، وقد عرفت التعليم على أنه "المشروع القومي لفترة التسعينيات". وتم تخصيص مقدار متزايد من الموارد للتعليم. ولم تتوقف هذه الزيادة حتى خلال فترات الإنكماش المالي الحاد التى عاشتها البلاد وشهدت تخفيض حصة الموازنة بالنسبة إلى إجمالى الناتج المحلي بما مقداره (١:٥).

فلقد ازدادت النفقات العامة الموجهة للتعليم ما قبل الجامعى والتعليم الجامعى من ٤,٧ مليار جنيه مصري فى عام ١٩٩٠/ ١٩٩١ (٩,٥٪ من مجموع النفقات العامة و ٥,٠٪ من إجمالى الناتج المحلى) إلى ١٥,٠٨ مليار جنيه مصري فى عام ١٩٩٦/١٩٩٧ (٢٢,٦٪ من مجموع النفقات العامة و ٦,٦٪ من إجمالى الناتج المحلي). كما ازدادت أيضاً النفقات العامة على التعليم إلى ما مقداره ١٨,١٨ مليار جنيه مصرى فى عام ٢٠٠٠/٢٠٠١ (١٨,١٪ من مجموع النفقات العامة و ٦,٢٪ من إجمالى الناتج المحلى) وبلغت ما مقداره ٢٤,٢ مليار فى عام ٢٠٠٣.

وقد ازدادت النفقات العامة على التعليم ما قبل الجامعي (للمرحلتين الابتدائية والثانوية) من ٨,١ مليار جنيه مصري فى عام ١٩٩٦/١٩٩٧ إلى ١١,٩ مليار جنيه مصري فى عام ٢٠٠٠/ ٢٠٠١.

وبلغت ١٦,٦ مليار جنيه مصرى فى عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣ (الشكل رقم ١). بالرغم من حقيقة أن نظام التعليم فى مصر قد استفاد من التخصيص الكبير للموارد منذ بداية أواخر التسعينيات، إلا أنه من المطلوب إعادة تخصيص الموارد لتعويض ما لحق بالقطاع من تدهور فى المراحل السابقة، ولمواجهة الزيادة السكانية.

الشكل رقم ١: النفقات العامة الإسمية على التعليم ما قبل الجامعى (١٩٩٠/١٩٩١–٢٠٠١/٢٠٠٠)



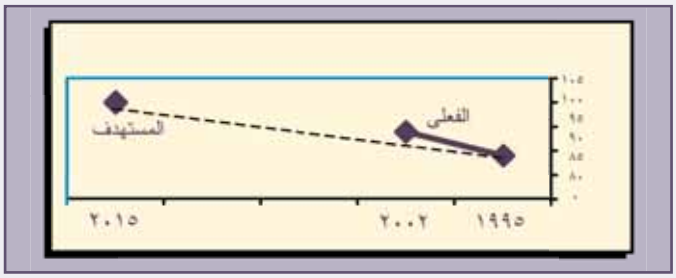
المصدر: وزارة المالية

وقد شهدت معدلات الالتحاق بالمدارس ارتفاعاً مطرداً خلال فترة التسعينيات. وتحسنت معدلات الالتحاق بالمرحلة الابتدائية فى الفترة ما بين ١٩٩٥ و ٢٠٠٢ بما مقداره ٥٪ للذكور و ٩٪ للإناث، محققةً ٩٤ نقطة مئوية للذكور و ٩١ نقطة مئوية للإناث (الجدول رقم ١، الملحق ج).

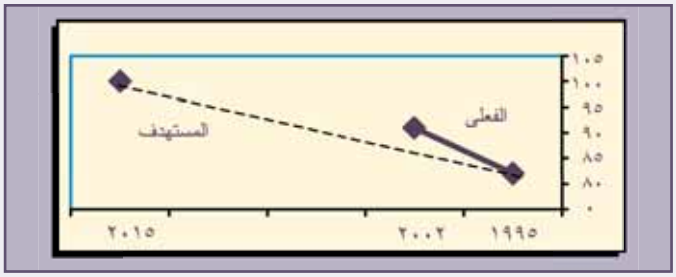
يبلغ معدلِ الأمية بين الإناث اللاتى تتراوح أعمارهن بين ١٢ و ١٥ سنة تقريباً ضعفي معدل الأمية بين الذكور (١٥,٥٪ و ٨٪ على التوالي). وهذا الأمر ينطبق على الفقراء وغير الفقراء. وفي المناطق الحضرية، يبلغ معدل الأمية بين الذكور مستويات أقل من الإناث ضمن كل شريحة من شرائح الفقر.

يمكن أن تكون مصر قادرة على تحقيق تعميم التعليم الإبتدائى الشامل بحلول عام ٢٠١٥ على المستوى الوطنى . غير أنه قد توجد اختلافات على مستوى المحافظات. حيث لن يكون بإمكان المحافظات الحدودية فى الوجه البحرى تحقيق ذلك للإناث، ولن يكون بإمكان محافظات الوجه القبلى تحقيق التغطية الشاملة لكل من الذكور والإناث (انظر الأشكال ٢ و ٣ و ٤).

الشكل رقم ٢: النسبة الفعلية والمستهدفة للالتحاق بالمرحلة التعليمية الابتدائية (ذكور)



الشكل رقم ٣: النسبة الفعلية والمستهدفة للالتحاق بالمرحلة التعليمية الابتدائية (إناث)



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

فى حين حققت بعض المحافظات التغطية الشاملة فى التعليم الإبتدائى لكل من الذكور والإناث (القاهرة، الإسكندرية، السويس، دمياط، الإسماعيلية)، إلا أن محافظات أخرى لم تحقق ذلك بعد. وعموما، تحتل محافظات مصر العليا مرتبة أقل من محافظات الوجه البحرى، حيث تحتل محافظة سوهاج آخر مرتبة فى القائمة بمعدل يبلغ فقط ٧٧٪ للذكور و ٧٥٪ للإناث.

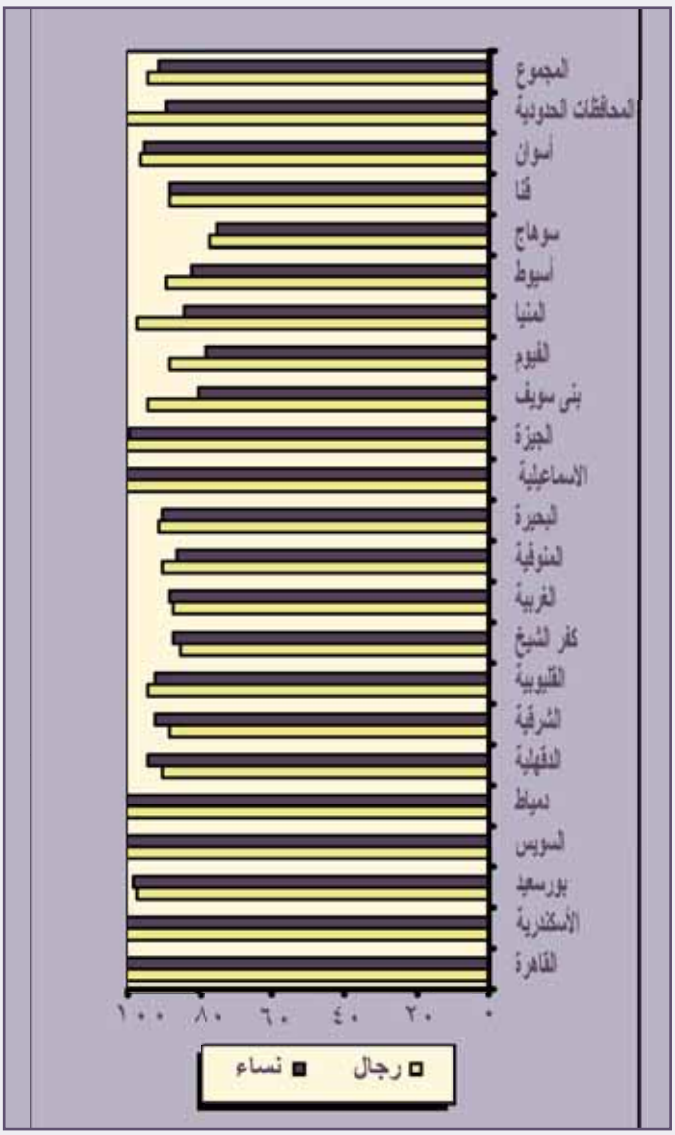
كما ارتفعت نسبة الطلاب الذين يبدأون المستوى الأول من مرحلة التعليم الإبتدائى ويبلغون المستوى الثامن من مرحلة التعليم الإعدادى لكل من الذكور والإناث، مما يعنى أن معدلات التوقف عن إتمام التعليم قد انخفضت.

ولذلك، انخفضت معدلات التسرب من ١٦,١١٪ لمجموع الطلاب الذين التحقوا بالصف الأول الإبتدائى فى عام ١٩٩٢/١٩٩١ ووصلوا إلى الصف الثالث الإعدادى فى عام ١٩٩٩/١٩٩٨ إلى ١٣,٢٣٪ لمجموع الطلاب الذين التحقوا بالصف الأول الإبتدائى فى عام ١٩٩٣/١٩٩٢ ووصلوا الى الصف الثالث الإعدادى فى عام ٢٠٠٠/١٩٩٩. غير أن الإنخفاض فى التسرب عن إتمام التعليم كان أسرع بين الإناث (٣,٠٢٪) مما كان عليه بين الذكور (٢,٧٥٪) خلال هذه الفترة. (الجدولان رقم ٤ و٥، الملحق ج)

وتحسنت معدلات تعلم القراءة والكتابة للذكور (الذين تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٢٤ سنة) بما مقداره ١٢ نقطة ولدى الإناث فى هذه الفئة العمرية بما مقداره ٢٥,١ نقطة مئوية (الجدول رقم ٢، الملحق ج). ويعزى هذا الأمر إلى الجهود الكبيرة التى تبذل لتعزيز المساواة بين الجنسين فى مجال التعليم.

بالرغم مما ذكر أعلاه، لا تزال هناك فروق كبيرة فى تعلم البالغين بين المناطق المختلفة، حيث يحتل صعيد مصر المرتبة الأخيرة فى القائمة، لكل من الذكور والإناث، لا سيما فى محافظات بنى سويف والفيوم والمنيا وأسيوط وسوهاج.

وانخفض معدل الأمية المقدّر لمجمل السكان (+١٥) من ٢٥,٧٪ فى عام ٢٠٠٠ إلى ٢٤,٣٪ فى عام ٢٠٠٣. فى حين بلغ معدل الأمية بين الإناث ٣١,٦٪ وبين الذكور ١٧,٤٪ فى عام ٢٠٠٣.



الشكل رقم ٤: معدلات الالتحاق بالتعليم الإبتدائى حسب المحافظات والنوع فى عام ٢٠٠٢

المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

نظرة على الوضع العام:

هل سيتم تحقيق الهدف بحلول ٢٠١٥؟

محتمل ممكن غير مرجح بيانات غير كافية

حالة البيئة الداعمة

قوى مقبول ضعيف لكنه يتحسن **ضعيف**

لن تتمكن مصر على الأرجح من محو الأمية بشكل كامل بين الشباب (الذين تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٢٤عاما) بحلول عام ٢٠١٥ (الجدول رقم ٣، الملحق ج).

٢ – التحديات الرئيسية

يواجه نظام التعليم فى مصر حالياً تحديان رئيسيان مرتبطان ببعضهما البعض، وهما: ضعف نوعية التعليم، وانخفاض مستوى حصول الفقراء على التعليم.

٢/١ الحاجة إلى تحسين نوعية التعليم

بالرغم من الجهود التى تبذلها الحكومة لتحسين نوعية التعليم منذ منتصف التسعينيات من القرن الماضى، إلا انه لا تزال هناك حاجة لإجراء التحسينات ليصبح نظام التعليم أكثر مرونة وتنوعا وملاءمة للإحتياجات الإقتصادية والإجتماعية فى مصر.

توجد ثلاثة عوامل محددة لنوعية التعليم، ألا وهي: بيئة المدرسة (حيث يتلقى الطلاب تعليمهم)؛ وعمليات التعلم (كيف يتعلم الطلاب)؛ والمحتوى التعليمى(ماذا يتعلم الطلاب).

فيما يتعلق ببيئة المدرسة، أشار استطلاع أُجري حول المدارس الإعدادية الحكومية فى عام ١٩٩٩ [١] إلى أنه بالرغم من حدوث عديدٍ من التحسينات، إلا أن تحسين مرافق المدارس لا يزال يمثل تحدياً رئيسياً.

ولا تزال العديد من المدارس غير صالحة للإستخدام، وبالرغم من أنه قد تم إلغاء نظام الدراسة على ثلاث فترات، إلا أن عدداً من المدارس لا تزال تعمل لفترتين، وخصوصاً فى المستويات الإعدادية والثانوية. كما يمثل إزدحام الفصول الدراسية مشكلةً فى بعض المحافظات.وأشار استطلاع عام ١٩٩٩ أيضا إلى أهمية المرافق الصحية فى المدرسة ونظافة الفصول. إذ أن الإفتقار إلى مرافق طبية مناسبة كان بمثابة مشكلة أخرى أثارتها الدراسة التى أجريت عام ١٩٩٩.

أما فيما يتعلق بعمليات التعلم، أشارت الملاحظات حول الفصول التى شكلت جزءاً من الاستطلاع، إلى أن الطلاب المصريين لا يحظون إلا بفرص قليلة نسبياً للمشاركة بشكل فاعل فى عملية التعلم. وفى الوقت نفسه، استخدم ٢٤٪ فقط من المعلمين وقت الدرس بفعالية. وأشار استطلاع آخر[٢] إلى أن الكثير من المعلمين المصريين لا يزالون يلجأون إلى العقاب الجسدى للطلاب داخل الفصول.

ولقد تم إحراز تقدم كبير فى معالجة العامل الثالث المؤثر فى نوعية التعليم، ألا وهو المحتوى التعليمى. حيث يتم إنشاء مركز متخصص لتطوير المناهج والمواد التعليمية فى أوائل التسعينيات، قام بمراجعة شاملة للمناهج وأصدر كتب جديدة وكتيبات إرشادية للمعلمين[٣].

٢/٢ الحاجة الى زيادة مستوى حصول الفقراء على التعليم

إن التحدي الرئيسي الثانى الذي يواجه نظام التعليم فى مصر هو التفاوت فى الحصول على التعليم بين شرائح الدخل المختلفة وانخفاض مستوى حصول الفقراء على التعليم. بشكل خاص يوجد فى مصر علاقة متبادلة بين التعليم والفقر، وذلك وفقا للتقرير الأخير حول الفقر فى مصر[٤]، حيث تتركز الأمية بين الفقراء. وقد بلغت نسبة الأفراد الأميين (١٠ أعوام فأكثر) من مجمل السكان فى مصر ٣١,٣٪، بينما بلغت النسبة ٤٥,٧٪ بين الفقراء و ٢٨,٤٪ بين غير الفقراء.

كما يظهر التفاوت الكبير وفقاً لمستويات الدخل فى المستويات التعليمية، فقد ارتبط الفقر بشكل عكسى بالمستوى التعليمي. وعليه، فإن أغلبية الفقراء يكملون التعليم الأساسي فقط أو أنهم لا يتمكنون من ذلك. غير أنه توجد تفاوتات إقليمية واسعة فى المستوى التعليمى وعلاقته المتبادلة بالفقر. وأهم ملاحظة تظهر من بحث الخلفية التعليمية الإقليمية تتمثل فى انخفاض المستوى التعليمى فى صعيد مصر والذى يشهد أعلى معدل للأمية بين الفقراء (٥٢,٠٧٪) وبين غير الفقراء (٤٦,٢٧٪).

ويوجد أيضاً تفاوت فى نسب الالتحاق بالمدارس لا سيما فى التعليم الأساسي. فقد بلغت نسبة التحاق الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٦ إلى ١٥ عاما ٨٤,١٨٪ بالتعليم الأساسي فى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ (الجدول رقم ١). وتشكل نسبة التحاق الأطفال الفقراء فى التعليم الأساسي ما مقداره ٧٦,٨٧٪ فقط مقارنة مع ٨٦,٣٥٪ للأطفال غير الفقراء. وهذا يعنيأن حوالي ٢٣,١٣٪ من الأطفال الفقراء قد توقفوا عن إتمام تعليمهم فى المدارس فى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠.

الجدول رقم ١: عدد أطفال مصر الذين تتراوح أعمارهم من ٦ إلى ١٥سنة الملتحقين بالمدارس حسب حالة الفقر، ١٩٩٩/٢٠٠٠ (نسبة مئوية)

	عدد الملتحقين بالمدارس	عدد غير الملتحقين بالمدارس
غير الفقراء	٨٦,٣٥	١٣,٦٥
الفقراء	٧٦,٨٧	٢٣,١٣
الجميع	٨٤,١٨	١٥,٨٢

المصدر: البنك الدولى (٢٠٠٢أ)

ويبين تحليل هذه الأرقام حسب المناطق، أن أعلى نسبة من الأطفال الفقراء غير الملتحقين بالتعليم الأساسي بين الفقراء تتواجد فى المناطق الريفية فى صعيد مصر (٢٤,٧٠٪) بينما

تبلغ النسبة فى المناطق الريفية من الوجه البحرى فى مصر (٢٠,٩٧).

ويمكن أن يُعزى انخفاض مستوى حصول الفقراء على التعليم- إلى جانب نقص التمويل واختلال التوزيعلانفاق العام فى هذا المجال- إلى انخفاض إقدام الفقراء على التعليم.

ويكمن وراء هذا الانخفاض فى طلب التعليم من جانب الفقراء سببان رئيسيان هما: انخفاض جودة التعليم، والتكلفة المرتفعة للتعليم.

وتعتبر الجودة المتدنية للتعليم بمثابة "عامل محفز" للفقراء. وقد أوضح استطلاع أجراه الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء حول الخصائص التعليمية للمجتمع المصري[٥] أن الرسوب المتكرر (وهو جانب من جوانب تدنى مستوى خدمة التعلم) قد شكّل ٩٢,٥٪ من أسباب توقف الفقراء عن إتمام الدراسة.

تـؤدي الجـودة المتدنية والمستوى المنخفض من التحصيل التعليميبين الفقراء الى تعليم محدود، وبالتالى إلى عائدات اقتصادية متوقعة محدودة، لا سيما بالمقارنة مع التكلفة المتزايدة للتعليم على الأسر.

فلقد كان الإنفاق العائلى على التعليم يمثل البند الأعلى زيادة من الناحية الفعلية خلال الفترة بين ١٩٩٠/١٩٩١ إلى ١٩٩٥/١٩٩٦، فى كل من المناطق الحضرية والريفية، وبالنسبة للفقراء وغير الفقراء على حدٍ سواء[٦].

فخلال الفترة بين ١٩٩٥/١٩٩٦ إلى ١٩٩٩/٢٠٠٠، بلغت الزيادة فى تكلفة التعليم بالنسبة للعائلة ٧٠٪ للتعليم الأساسى، و ١٩٦٧٪ للتعليم الثانوى، و ١٨٪ للتعليم الجامعى[٧].

ولقد مثل الإنفاق على الدروس الخصوصية البند الكثر تكلفة وأهمية لكل من الفقراء وغير الفقراء.

٣ - البيئة الداعمة

إن الحكومة المصرية ملتزمة بقوة بتحسين مستوى الحصول على التعليم وتعزيز المساواة فيه ورفع جودته. وتم اعتبار التعليم أحد آليات الحفاظ على الأمن القومى.

وقـد شـهدت مخصصات الحكومة للتعليم خـلال فترة التسعينيات زيادة غير مسبوقة. وتبعا لذلك، ارتفع عدد المدارس والفصول. الأمر الذى سهّل نمو نسبة الالتحاق بالمدارس. وفي عام ١٩٩٧، أظهر استطلاع اجري حول العائلات أن ٩٩٪ من كافة القرى فى مصر يتوفر فيها التعليم الأساسى و ٩٢٪ منها يتوفر فيها التعليم الإعدادى[٨].

لقد وضعت الحكومة منذ عام ١٩٩٦ استراتيجية شاملة للتنمية التعليمية تغطي كافة مستويات التعليم. فعلى مستوى التعليم الأساسى، تم تصميم "مشروع تعزيز التعليم" الذي يدعمه البنك الدولى والاتحاد الأوروبى وتمت المصادقة عليه ليس فقط لمعالجة موضوع زيادة مستوى الحصول على التعليم بل أيضا لتحسين المساواة والجودة فى التعليم.

وتمثل"إتاحة التعليم للجميع" الهدف الذي تبنته مصر خلال فترة التسعينيات. ومنذ ذلك الحين، حددت مصر "التميز للجميع" كأحد أهداف الإصلاح التعليمي. وتحاول الحكومة تحقيق توازن بين تحديات التعليم سواءً كانت التحديات النوعية أوالكمية. وقد بدأت وزارة التعليم خطة طويلة الأجل (٢٠٠٢/٢٠٠٣-٢٠١٥/٢٠١٦) لإنجاز ذلك.

٤ - أولويات المساعدة التنموية

لمساعدة مصر على تحقيق هدف التنمية الألفية المتعلق بتعميم التعليم الإبتدائى الشامل بحلول عام ٢٠١٥، يجب أن ينصب تركيز المساعدة التنموية الدولية على مواجهة التحديات الرئيسية الخاصة بالنوعية والمساواة ضمن نظام التعليم فى مصر، من خلال:

– دعم الجهود التى تبذلها الحكومة لتحسين وتأهيل مستوى المعلمين لتزويد المدارس بالتقنيات الجديدة.

– مساعدة جهود الحكومة والمنظمات غير الحكومية فى فصول محو الأمية ومدارس الفصل الواحد و مدارس المجتمع.

– فيما يتعلق بقضايا المساواة، يمكن أن ينصب تركيز المساعدة التنموية على تنفيذ حملات توعية لأسر الأطفال المحرومين وغير الملتحقين بالمدارس إضافة إلى تنفيذ برنامج إعانات للمساعدة على تخفيض تكلفة التعليم للعائلات الفقيرة.

٥ - متابعة سير التقدم فى تعزيز تعميم التعليم: بيئة المتابعة والمراقبة

عناصر بيئة المراقبة	التقييم		
القدرة على جمع البيانات	قوى	مقبول	ضعيف
نوعية معلومات الاستطلاع الأخير	قوى	مقبول	ضعيف
قدرات المتابعة الإحصائية	قوى	مقبول	ضعيف
القدرة على دمج التحليل الإحصائي فى آليات السياسة والتخطيط وتوزيع الموارد	قوي	مقبول	ضعيف
آليات المراقبة والتقويم	قوي	مقبول	ضعيف

ملاحظات

١ – الطويلة وآخرون، ٢٠٠٠.

٢ – ابراهيم (وآخرون)، ١٩٩٧.

٣ – اليونيسيف،٢٠٠٢ أ.

٤ – البنك الدولى، ٢٠٠٢ أ.

٥ – الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء،١٩٩٨/١٩٩٧. توصل أيضاً المسح القومى للبالغين إلى أن انخفاض الأداء المدرسى السيىء هو انعكاس لإنخفاض الجودة يعد سبباً شائعاً لعدم استكمال التعليم، ابراهيم (وآخرين)، ١٩٩٧.

٦ – تعد الزيادة الكبيرة انعكاساً للدروس الخصوصية استعداداً للثانوية العامة

٧ – الليثى (وآخرون)، ١٩٩٧.

٨ – البنك الدولى، ٢٠٠٢ ب.

٣ – تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

©سما برق – شركة وايلدفاير

الهدف: إلغاء التباين بين الجنسين فى التعليم الإبتدائى والثانوي ويفضل أن يكون ذلك بحلول عام ٢٠٠٥، وبالنسبة لجميع مراحل التعليم بحلول عام ٢٠١٥

المؤشرات: نسبة الذكور إلى الإناث فى التعليم الإبتدائى والثانوى والتعليم الفنى
نسبة الإناث المتعلمات إلى الذكور لمن تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٢٤ سنة
حصة النساء فى الوظائف مدفوعة الأجر فى القطاع غير الزراعى
حصة المقاعد التى تشغلها النساء فى البرلمان

١ – حالة التقويم

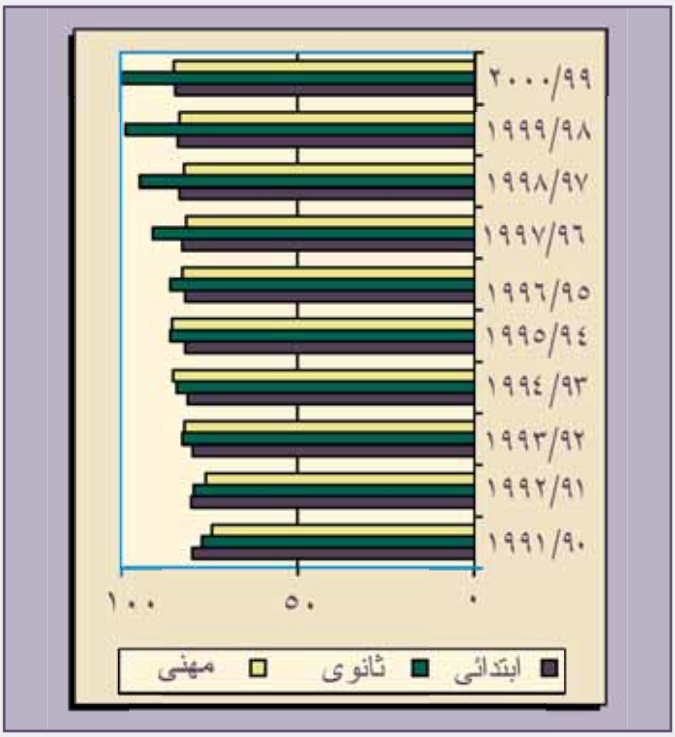
لقد استمر وجود التباين بين الجنسين فى التعليم فى مصر، إلا أنه فى تحسن مطرد بسبب الجهود الكبيرة التى بذلتها الحكومة على مدى الخمسين سنة الماضية.

فقد ارتفعت نسبة الإناث إلى الذكور فى التعليم الإبتدائى من ٧٩,٧٪ فى عام ١٩٩١/١٩٩٠ إلى ٨٤,٥٪ فى عام ٢٠٠٠/١٩٩٩. إلا أن الارتفاع فى التعليم الثانوى كان أسرع: فقد ازدادت نسبة الإناث إلى الذكور من ٧٧,٠٪ إلى ٩٩,٧٪ خلال الفترة. وتحسنت هذه النسبة أيضا فى التعليم الفني من ٧٤,١٪ فى عام ١٩٩٠/ ١٩٩١ إلى ٨٤,٩٪ فى عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ (الشكل رقم ١). وترتبط هذه التحسينات بالإلتحاق المتزايد للإناث للتعليم.

لقد تم إحراز تقدم ملموس فى نسبة الإلتحاق بالمدارس على مدى العقود القليلة الماضية. فقد تحسن صافي نسبة الالتحاق بالتعليم الإبتدائى تحسناً ملحوظا (الجدول رقم ١، الملحق ج).

غير أنه لا تزال هناك إناث أكثر من الذكور غير ملتحقات بالمدارس. وقد بلغ صافى نسبة التحاقهن بالتعليم الإبتدائى (٩١٪)، أى أقل بثلاث نقاط مئوية من نسبة الذكور (٩٤٪).

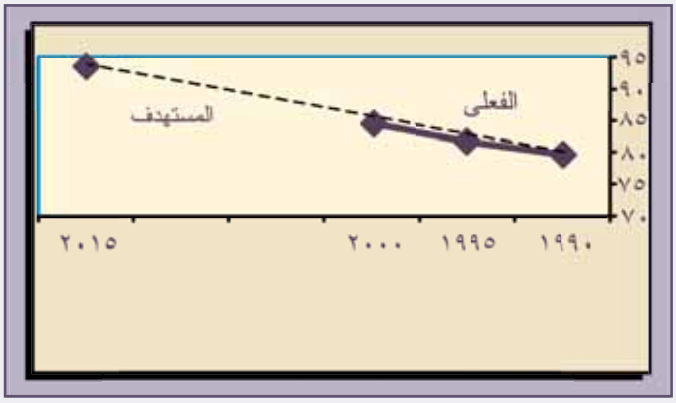
الشكل رقم ١: نسبة الإناث إلى الذكور فى التعليم الإبتدائى والثانوى



(*) يتضمن التعليم الابتدائى غير المختلط والتعليم الأزهرى
المصدر: كتاب الإحصاء السنوى ١٩٩٧، ٢٠٠١.

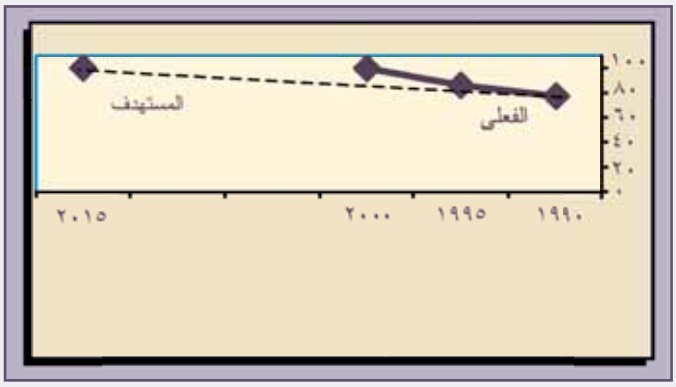
ومن المرجح أن تكون مصر قادرة على إلغاء التباين بين الجنسين فى التعليم الثانوي بحلول عام ٢٠٠٥ (الجدول رقم ٢). إلا انه من غير المرجح أن يحدث هذا الأمر على كافة مستويات التعليم وفي كافة المناطق بحلول عام ٢٠١٥.

الشكل رقم ٢: النسب الفعلية والمستهدفة للإناث إلى الذكور فى التعليم الابتدائى



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الشكل رقم ٣: النسب الفعلية والمستهدفة للإناث إلى الذكور فى التعليم الثانوى



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول رقم ١: تقدير نسبة الإناث إلى الذكور فى التعليم الابتدائى والثانوى والفنى لعام ٢٠١٥

الافتراضات	الابتدائى	الثانوى	الفنى
متدنى	٩٢,٢	١٠٠,٠	٩٢,٥
متوسط	٩٣,٥	١٠٠,٠	١٠٠,٠
مرتفع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

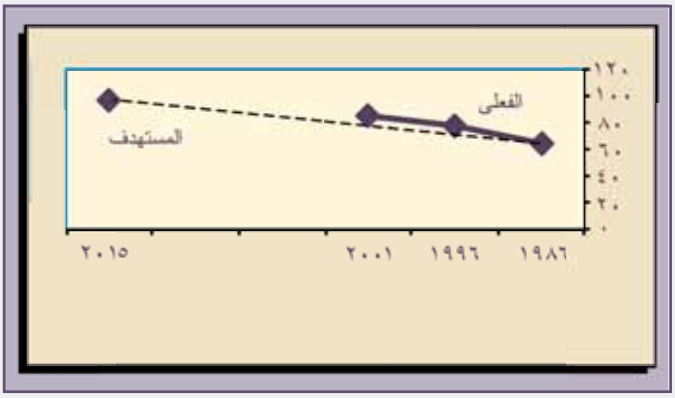
المصدر: الإحصاء السكانى فى عامى ١٩٨٦ و١٩٩٦وتقديرات عام ٢٠٠١المقدرة باستخدام الطريقة الأسية

ارتفعت نسبة تعلم القراءة والكتابة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٢٤سنة من ٧١,٢٪ للذكور و ٥١,٣٪ للإناث فى عام ١٩٨٦ إلى ٨٣,٢٪ للذكور و ٧٦,٤٪ للإناث فى عام ٢٠٠١. غير أنه لا يزال هناك تباينات كبيرة بين المحافظات فى نسبة الإناث المتعلمات إلى الذكور فى ذات الفئة العمرية.

وفي عام ٢٠٠١ تفاوتت هذه النسبة بين ٥٧,٩٪ فى محافظة الفيوم وبين ١٠٠٪ فى كل من السويس ودمياط، وقد تراوحت بصفة عامة حول متوسط ٨٥,٥٪ (الجدول رقم ٦، الملحق ج).

ستكون مصر قادرة على تحقيق الهدف على المستوى الوطنى . (الشكل رقم ٤)، غير أنه من المرجح ألا تتمكن من إلغاء التباين بين الجنسين فى هذا المؤشر فى صعيد مصر والمحافظات الحدودية. ويعود سبب ذلك إلى المشاكل التى لا تزال تواجه تعليم الفتيات لا سيما فى المناطق الريفية والفقيرة.

الشكل رقم ٤: النسبة الفعلية والمستهدفة للإناث المتعلمات إلى الذكور (١٥-٢٤)



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء- الجدول رقم ٦ من الملحق

ولقد ارتفعت حصة الإناث فى القوى العاملة المصرية (لمن تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٦٤سنة) خلال الفترة ١٩٧٦ - ١٩٩٦ من ٧,٢٦٪ إلى ١٥,٢٨٪. وبلغ متوسط معدل نمو القوى العاملة من الإناث ٧,١٩٪ خلال الفترة ١٩٧٦ - ١٩٨٦ (مقابل ٢,٤٣٪ للذكور) وزاد هذا المتوسط حتى بلغ ٦,٤٨٪ خلال الفترة ١٩٨٦ - ١٩٩٦ (مقابل ٢,٤٥٪ للذكور).

ويمثل ازدياد عدد الإناث المتعلمات أحد العوامل المهمة التى تكمن وراء هذا التحول المرتبط بالنوع فى هيكل القوى العاملة. وقد أدى هذا الأمر إلى ارتفاع معدلات توظيف الإناث اللاتى يحملن شهادات الثانوية وشهادات ما بعد المرحلة المتوسطة. كما يُعزى ذلك التحول أيضا إلى توظيف المزيد من الفتيات المتزوجات فى عمر الثلاثين وما فوق[1]. إن تركيبة القوى العاملة بين الجنسين فى عام٢٠٠١ أكثر توازناً فى المناطق الحضرية مقارنةبالمناطق الريفية؛ حيث أن نسبة الإناث إلى الذكور فى المناطق الحضرية أعلى. وبالمقارنة بين عامى ١٩٩٠ و ١٩٩٥، يظهر تقلص الهوة بين الجنسين فى كل من المناطق الريفية والحضرية بشكل أكثر وضوحاً وبالرغم مما ذكر أعلاه، لا تزال نسبة مشاركة المراة فى الإقتصاد المصرى أقل من مشاركة الرجل، ولا تتناسب مع نسبتها لإجمالى عدد السكان. وقد شكلت نسبة مشاركة المرأة فى الفئة العمرية من ١٥ إلى ٦٥سنة ما نسبته ١٨,٠٪ فى عام ٢٠٠١، مقارنة بالذكور (٦٥,٧٪) وذلك وفقا للمسح الذى أجري على عينة من العاملين. (الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٠١).

كذلك تبلغ نسبة البطالة مستوىً مرتفعاً بين النساء أكثر ما هي بين الرجال، وكان معدل زيادتها أسرع خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠٠١. وارتفعت معدلات البطالة بين النساء من ١٤,٤٪ عام ١٩٩٠ إلى ٢٣,٨٪ عام ١٩٩٥. وقد وصلت ما نسبته ٢٢,٦٪ فى عام ٢٠٠١ مقارنة مع ٥,٦٪ للرجال (حوالي أربعة أضعاف نسبة البطالة بين الرجال). والوضع مماثل فى كل من المناطق الحضرية والريفية (الجدول رقم ٢، الملحق د).

ولهذا الأمر أثر كبير على مؤشرات التنمية حيث أن النساء أكثر قابلية من الرجال لاستخدام الدخل الذى يجنيه لتحسين المستوى الغذائي لأطفالهن ورعايتهم من الناحيتين الصحية والتعليمية.

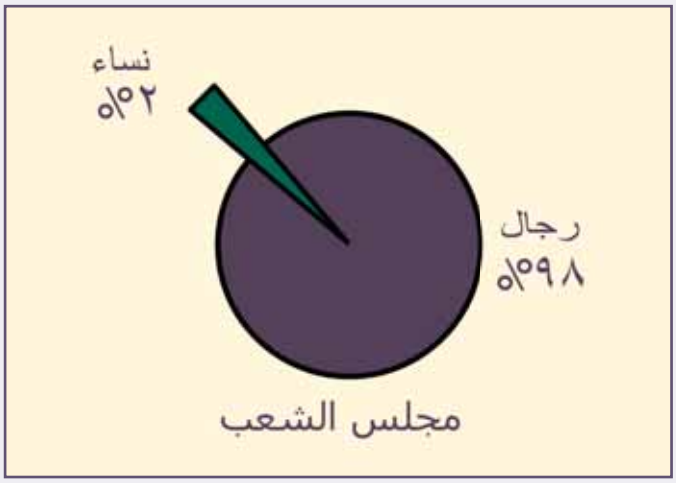
الجدول رقم ٢: حصة الإناث فى الوظائف مدفوعة الأجر فى القطاع غير الزراعى حسب المنطقة فى الأعوام ١٩٩٠ و ١٩٩٥ و ٢٠٠١

المنطقة		١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠١
المحافظات الحضرية		٢٢,٠	١٩,٥	٢٢,٦
محافظات الوجه البحرى		١٩,٠	١٩,٣	٢٢,٢
محافظات الوجه القبلى		١٥,٩	١٧,٥	١٤,٦
المحافظات الحدودية		٢٥,٩	٢٥,٤	٢٢,٤
مجمل مناطق مصر	الحضرية	٢٢,٢	٢٢,٣	٢٤,٦
	الريفية	١٣,٦	١٣,٠	١٥,١
المجموع		١٩,٢	١٨,٩	٢٠,٦

المصدر: دراسة عينة من القوى العاملة (١٩٩٠-٢٠٠١)

ومن الملاحظ أن تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة هو أمر يصعب إنجازه على الجبهة السياسية. فلا تزال النساء المصريات يشغلن عدداً قليلاً من المقاعد فى البرلمان. حيث يشكلن ٢,٤٪ فى مجلس الشعب و٥,٧٪ فى مجلس الشورى. وبالرغم من أنهن قليلات من حيث العدد، إلا أنهن مشاركات فاعلات فى المناقشات البرلمانية. وتُبذل حالياً جهود حكومية وغير حكومية لتعزيز المشاركة السياسية للمرأة وضمان تمثيل يعكس ثقلهن فى المجتمع. وقام المجلس القومى للمرأة بإنشاء مركز للتأهيل السياسى للمرأة لرفع مستوى المهارات السياسية للنساء وتأهيل مجموعة من المرشحات المحتملات للمشاركة فى الانتخابات البرلمانية فى عام ٢٠٠٥. كما يعكف المجلس القومى للمرأة على التنسيق مع الأحزاب السياسية لضمان التزامها بزيادة تمثيل النساء مناصب. كما يتم أيضا تنفيذ برامج توعية للناخبين ينصب تركيزها على النساء.

الشكل رقم ٥: مشاركة المرأة فى مجلس الشعب



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الشكل رقم ٦: مشاركة المرأة فى مجلس الشورى

المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

وقد أعلنت القيادة السياسية أن تعزيز مشاركة المرأة فى الحياة السياسية هو جزء من الإصلاح السياسي الذي يجري حاليا فى مصر.

٢ - التحديات الرئيسية

يمثل الفقر التحدي الرئيسي الذي يواجه الحكومة المصرية لتجسير الهوة بين الجنسين فى التعليم الإبتدائى والثانوي ولتقليل الهوة بين الجنسين فى نسبة تعلم القراءة والكتابة بين أوساط من تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٢٤ سنة. وينتشر التفاوت بين الجنسين إلى حد كبير بين الفقراء، فى حين أنه محدود بين الأغنياء، ويُزيد الفقر من حدة التباين بين الجنسين فى التعليم[٣]. (أنظر الجدول رقم ٥ أدناه).

ويُعتبر الفقر أيضاً من بين الأسباب الرئيسية للتوقف عن الدراسة[٤]،بينما تشكل التقاليد والعوامل الثقافية قيداً إضافياً على تعليم الفتيات فى مصر[٥].

وفيما يخص توظيف المرأة، يكمن التحدي الرئيسي فى الظروف الاقتصادية ومعدل النمو الاقتصادى المتوقع فى المستقبل القريب. ومن ثم ، فإنه من غير المؤكد أنه ستتوفر فرص عمل جديدة للمرأة من عدمه.

وفيما يتعلق بالمشاركة السياسية المتزايدة للمرأة، لا تزال فكرة الدور التقليدي للمرأة فى النطاق الخاص (كزوجة وأم) تمثل عائقاً رئيسياً.

٣ - البيئة الداعمة

- تعكف الحكومة المصرية على صياغة قانون انتخابي جديد وهناك فرصة لتضمين إجراءات لضمان إشراك عدد كبير من النساء فى البرلمان.

- نجحت بعض البلدان العربية فى زيادة تمثيل أعضاء البرلمان من النساء من خلال إنفاذ نظام الحصص.

- نجحت النساء المصريات فى تحقيق إنجازات مهمة جدا مثل تعيين امرأة قاضياً لأول مرة وحق نقل الجنسية إلى أطفالهن.

- إضافة إلى زيادة عدد المدارس، تنفذ الحكومة "حملة توعية مع برنامج معونة" نجحت فى زيادة نسبة التحاق الفتيات بالتعليم

الأساسى. وبموجب هذا المشروع التجريبى، الذى يستخدم المعونة لتغطية التكلفة الخاصة للتعليم. تقدم الحكومة ٥٠ جنيهاً مصرياً للطفل الواحد، ويغطى ذلك المشروع ١٢,٠٠٠ طفل.

- كانت مصر من بين أوائل البلدان التى استجابت للمبادرة التعليمية التى أطلقها الأمين العام للأمم المتحدة والالتزام بإعلان دكار الخاص بإتاحة التعليم للجميع. وقد ظهر هذا الأمر فى مبادرة تعليم الفتيات المصريات (٢٠٠٢/٢٠٠٣-٢٠٠٦/٢٠٠٧). وفيما يلي أهم أهداف المبادرة:

أ) إعطاء تعليم الفتيات الأولوية العليا فى الأجندة الوطنية للتنمية فى فترة الخمس سنوات القادمة (٢٠٠٢/٢٠٠٣-٢٠٠٦/٢٠٠٧).

ب) التزام الحكومة بإلغاء التباين بين الجنسين بحلول عام ٢٠٠٧.

ج) تحقيق المساواة بين الجنسين والتحاق جميع الفتيات فى نظام تعليمي عالي الجودة بحلول عام ٢٠١٥.

ويبرز إعلان الإسكندرية الذي تم تبنيه فى المؤتمر الوطنى الرابع لمجلس النساء عدداً من الإجراءات المستقبلية التى تتناول موضوع المساواة بين الجنسين مثل: تعزيز المساواة بين الجنسين فى التعليم الإبتدائى والثانوى، والعمل نحو دمج النساء فى سوق العمل وضمان حصولهن على الضمان الإجتماعي، وتعزيز المزيد من تمثيل النساء فى المجالس التشريعية والبرلمان، ومراجعة مواد القانون الجزائى التى تشتمل على تمييز ضد النساء.

نظرة على الوضع العام:

هل سيتم تحقيق الهدف بحلول ٢٠١٥؟

محتمل ممكن غير مرجح بيانات غير كافية

حالة البيئة الداعمة

قوى مقبول ضعيف لكنه يتحسن ضعيف

٤ - أولويات المساعدة التنموية

- يمكن أن تكون المساعدة التنموية الدولية مصدرا لتعزيز تعليم الفتيات من خلال تحسين حصول الفتيات الفقيرات على التعليم. ويمكن إنجاز هذا الأمر من خلال توسيع نطاق حملات التوعية وبرامج المعونة المستهدفة، وتمويل المبادرات التعليمية المستمرة للفتيات التى تعاني من نقص فى التمويل. ويجب أيضا توسيع هذا البرنامج ليشمل التعليم فى الطفولة المبكرة.

- إعداد استراتيجية وطنية لتعزيز مشاركة المرأة فى الحياة السياسية وفى الجهود العامة المتزايدة التى من شأنها أن تعزز تمكين المرأة ومشاركتها الفعالة فى الحياة الاجتماعية والاقتصادية والحياة السياسية، ويعزز اتخاذ إجراءات ملموسة (مثل إنشاء الحضانات الآمنة ومعقولة التكلفة).

٥ - تتبع سير التقدم فى تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة: بيئة المراقبة

عناصر بيئة المراقبة	التقييم		
القدرة على جمع البيانات	**قوى**	مقبول	ضعيف
نوعية معلومات الاستطلاع الأخير	**قوى**	مقبول	ضعيف
قدرات المتابعة الإحصائية	**قوى**	مقبول	ضعيف
القدرة على دمج التحليل الإحصائى فى آليات السياسة والتخطيط وتوزيع الموارد	قوى	**مقبول**	ضعيف
آليات المراقبة والتقويم	قوى	**مقبول**	ضعيف

ملاحظات

١ - الأهوائى ٢٠٠٢ .

٢ - البنك الدولى،٢٠٠١ , والبنك الدولى،٢٠٠٢.

٣ - البرادعى، ٢٠٠٢.

٤ - منتدى العالم الثالث، ١٩٩٤ , و : بيبرس ١٩٩٩ .

٥ - البرادعى،٢٠٠٢.

٤ - تخفيض معدل وفيات الأطفال

©هبه فريد

الهدف: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين فى الفترة بين ١٩٩٠ و ٢٠١٥

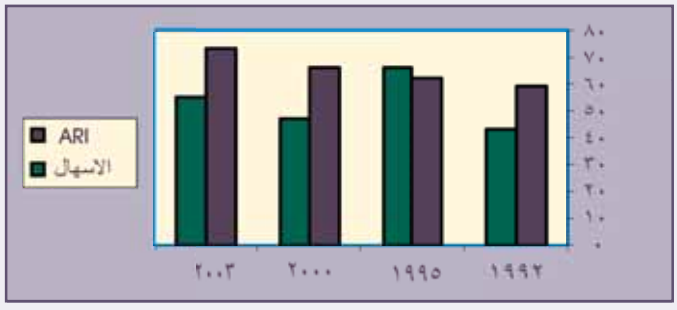
المؤشرات: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
معدل وفيات المواليد
نسبة الأطفال البالغة أعمارهم سنة واحدة المحصنين ضد الحصبة

١ - ما أنجز من تقدم

تعتبر معدلات وفيات المواليد والأطفال من أكثر مؤشرات التنمية تعقيداً. فهى تعكس كل من مدى فعالية النظام الصحى وتأثير العوامل الإجتماعية الإقتصادية والثقافية على حياة الطفل. وخلال فترة العشرين سنة الماضية، انصب تركيز وزارة الصحة والسكان فى مصر على تعزيز برامج التوسع الرأسى التى تؤثر بشكل مباشر فى تحسين مؤشرات وفيات المواليد والأطفال. وتتضمن هذه البرامج السيطرة على أمراض الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة، وبرنامج المناعة الموسع، ومراقبة النمو. وهناك ثمة تحول نحو منهج متكامل للتعامل مع صحة الطفل ابتداءً من منتصف التسعينيات.

لا تزال أمراض الإسهال منتشرة بشكل كبير بين الأطفال دون سن الخامسة. غير أن معدل الوفيات الناجمة عن أمراض الإسهال قد انخفض بشكل ملحوظ؛ بسبب جهود البرنامج الوطنى الموجه لذلك. الا أنها ما تزال السبب الثانى لوفيات المواليد؛ إذ شكلت ١٦٪ من أسباب وفيات المواليد عام ١٩٩٩ [١].إن أمراض الجهاز التنفسى الحادة هى السببِ الرئيسى فى وفيات المواليد والأطفال، حيث تشكل ٣٠٪ تقريباً من مجمل أسباب الوفيات[٢]. وفيما يخص الإدارة المناسبة لأمراض الإسهال وأمراض الجهاز التنفسى الحادة تظهر بياناتٍ المسح الديموغرافى والصحى فى مصر ١٩٩٢ إلى ٢٠٠٣ تبايناً فى شكل استجابة العائلة إسهال الطفل ووقوع العلاج الذى يقدم له.(الشكل رقم ١). لقد كان من شأن تفعيل البناء المؤسسى للبرامج التى بدأت بوصفها مشاريع ممولة من المانحين، مثل البرنامج الوطنى للسيطرة على أمراض الإسهال، وبرنامج المحافظة على حياة الطفل، والإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة تحت مظلة وزارة الصحة والسكان، أنها أثمرت عن تخفيض معدل وفيات الأطفال التى يكون سببها الإسهال وأمراض الجهاز التنفسى الحادة. ويتم محلياً إنتاج أملاح تعويض الماء الفموية للإسهال والمضادات الحيوية لأمراض الجهاز التنفسي الحادة، ويتم توفيرها من خلال وزارة الصحة والسكان أو يتم بيعها بأسعار مخفضة معقولة فى الصيدليات.

الشكل رقم ١: النسبة المئوية للإدارة المناسبة لأمراض الإسهال وأمراض الجهاز التنفسى الحادة



المصدر: المسح الديموغرافى والصحى فى مصر ١٩٩٢،١٩٩٥،٢٠٠٠،٢٠٠٣

وتلعب الحملات الإعلامية دورا مهما فى رفع مستوى الوعى لدى الأمهات ومقدمي الرعاية الصحية حول أهمية هذين المرضين المسببين لوفاة الأطفال وكيفية إدارتهما بشكل مناسب على المستوى العائلى ومستوى المرافق الصحية.

ومن بين العوامل المهمة التى تساهم فى ارتفاع نسبة وفيات المواليد والأطفال سوء التغذية. وقد نوقش نقص السعرات الحراريةالذي يُعزى عادة إلى فقر العائلة ضمن الهدف الأول. إن نقص المواد المغذية الدقيقة، وخصوصاً الحديد وفيتامين أ واليود، يكون له عواقب سلبية على نمو الطفل وحالته الصحية واستجابته المناعية وأداؤه المدرسي. وينتشر داء أنيميا نقص الحديد بين الأطفال بشكل واسع وحاد فى المحافظات التى تحتل ذيل القائمة مؤشر التنمية البشرية[٣].

وتعمل الحكومة المصرية على معالجة الأسباب الأخرى لأمراض المواليد والأطفال من خلال تعزيز نظام الرعاية الصحية الرئيسى وتحسين التثقيف الصحى. وتتضمن بعض البرامج تشجيع التخطيط الأسري من حيث: تباعد فترات الحمل، وإطلاع الأمهات على مزايا الرضاعة الطبيعية للستة أشهر الأولى، وتحسين تغذية الأم من خلال منحها المواد الإضافية من الحديد خلال فترة الحمل وتحسين نوعية رعاية ما قبل الولادة، وتحصين الأمهات الحوامل بمثبط مناعى للكزاز للوقاية من إصابة الطفل المولود حديثاً بداء الكزاز.

وتعد مصر حالياً فى طريقها لتحقيق هدف الألفية المتعلق بتخفيض معدل وفيات الأطفال بمقدار ثلثي العدد فى عام ١٩٩٠ (٧٦/١٠٠٠ مولود حي) والوصول إلى معدل وفيات أطفال يبلغ (٢٥/١٠٠٠) بحلول عام ٢٠١٥ على المستوى الوطنى إذا استمر المعدل الحالي من التقدم (أنظر الجدولين ١ و ١أ). إلا أنه من غير المتوقع أن تحقق المناطق الريفية فى مصر العليا المعدل المستهدف. ومن المقدر أن تحقق كافة المناطق معدلاً مستهدفاً أقل من ٢١,٣/١٠٠٠ مولود حي، بينما ستبقى النسبة فى المناطق الريفية فى مصر العليا حول ٣٠,١ لكل ١٠٠٠. أما بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، فيمكن تحقيق المعدل المستهدف البالغ ٣٥ لكل ١٠٠٠ مولود حي بحلول العام ٢٠١٥ عند المعدل الحالي من الانخفاض، ويتوقع أن يبلغ معدل وفيات الأطفال ٢٤/١٠٠٠. إن أفضل سيناريو لهذه الحالة، والذي يفترض زيادة الجهود لتخفيض معدل وفيات المواليد ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، سيزيد من خُطى الإنجاز وفقا لذلك السيناريو ويقدّر تحقيق كافة المحافظات والمناطق للمعدلات المستهدفة بما فى ذلك المناطق الريفية من صعيد مصر.

وستبلغ الأرقام الوطنية لمعدل وفيات المواليد ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (١٢,٢ و ١٣,٤) على التوالي. ويبين الشكلان ٢ و ٣ المستويات الحالية لمعدل وفيات المواليد ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب المحافظة، على أساس بيانات وزارة الصحة والسكان. ويظهر من كلا الشكلين أن جميع محافظات مصر العليا، باستثناء الجيزة، يتواجد فيها معدل أعلى من حيث وفيات المواليد ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مقارنةبالمحافظات الحضرية ومحافظات الوجه البحرى. وليس بأمر غريب أن تحتل المحافظات التى تتواجد فيها مستويات مرتفعة معدل وفيات المواليد والأطفال مثل أسيوط وبني سويف وسوهاج مراتب متأخرة على مقياس مؤشر التنمية البشرية الخاص بمصر. إن الأهداف المتعلقة بتخفيض معدل وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة هي الأكثر صعوبة وبطئاً فى إحراز التقدم؛ حيث أنها تتطلب تحسينات منتظمة فى نظام تقديم الرعاية الصحية وخصوصاً على مستوى الرعاية الأساسية، إضافةً إلى تحقيق التنمية الاجتماعية الاقتصادية الكلية للمجتمع. كما تتطلب أيضاً بذل الجهود لتخفيض معدل وفيات حديثي الولادة، والذي يشكل ٥٥٪ تقريباً من مجموع معدل وفيات الأطفال[٤].

الجدول رقم ١: معدل وفيات المواليد ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود حسب مكان الإقامة

المنطقة	المسح الديموغرافي والصحي فى مصر ١٩٩٢		المسح الديموغرافي والصحي فى مصر ٢٠٠٠		المسح الديموغرافي والصحي فى مصر ٢٠٠٣	
	معدل وفيات المواليد	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات المواليد	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات المواليد	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
المحافظات الحضرية	٤٥	٤٩	٣٠	٣٥	٢٦,٣	٣٣,٥
الوجه البحرى	٥٨	٧٧	٣٦	٤٦	٤١,٣	٤٩,٢
المدن	٤٦	٥٧	٣٢	٤١	٣٣,٤	٤٠,٨
الأرياف	٦٢	٨٤	٣٨	٤٧	٤٤,٣	٥٢,٥
الوجه القبلى	٩٠	١١٠	٥٧	٧٠	٥٤,٨	٦٨,٨
المدن	٥٣	٧٠	٤٤	٥١	٤٥,١	٥٦,٣
الأرياف	١٠٦	١٢٩	٦٢	٧٧	٥٨,٣	٧٣,٤
المحافظات الحدودية	–	–	٣٠	٣٦	–	–
المجموع	٦٨	٨٥	٤٤	٥٤	٣٨	٤٥,٧

المصدر: المسح الديموغرافي والصحي فى مصر ١٩٩٢، ٢٠٠٠، ٢٠٠٣

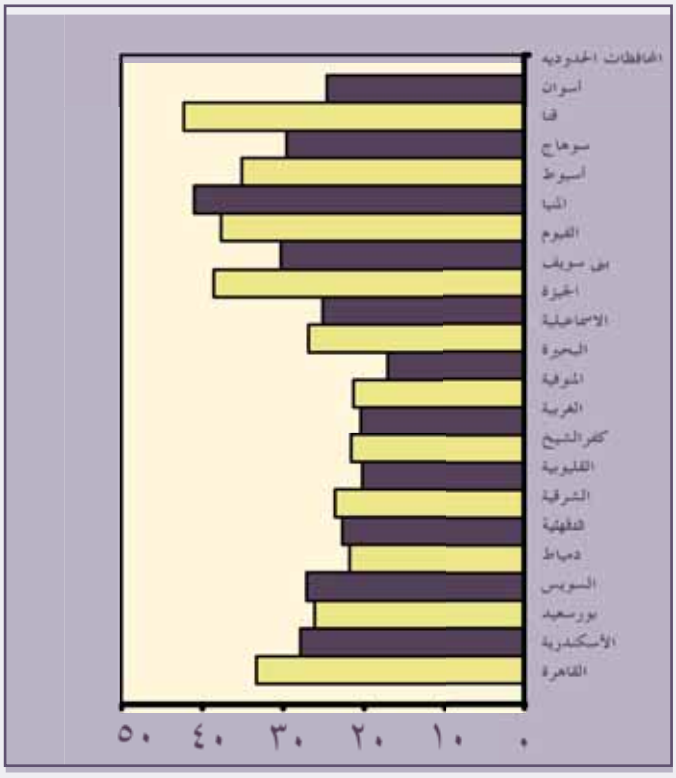
إن الحصبة وتعقيداتها، وخصوصاً الإسهال وذات الرئة، هي من بين الأسباب الرئيسية فى وفيات الأطفال. ولذلك من الطبيعى أن تكون نسبة الأطفال المحصنين ضد مرض الحصبة هي إحدى المؤشرات على هدف تخفيض معدل وفيات الأطفال. ولقد تم إحراز تقدم ملحوظ فى التغطية المناعية لمرض الحصبة. فقد ارتفعت التغطية من ٨٩٪ عام ١٩٩٥ إلى ٩٧٪ عام ٢٠٠٠. كما أن نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ٢٣ شهراً، والذين يتم إعطائهم لقاح ضد مرض الحصبة، هي أعلى من نسبة الأطفال الذي يتم تحصينهم بشكل كامل (الجدول ٢أ).

لقد أدركت النساء المصريات عبر التاريخ الآثار السلبية لمرض الحصبة على صحة الطفل وحياته. وفي المسح الديموغرافي والصحي الذي أجري فى مصر لعام ٢٠٠٣، بلغت نسبة التلقيح ضد مرض الحصبة ٩٥,٦٪، وهي أقل بشكل طفيف من النسبة المبينة فى المسح الديموغرافي والصحى لعام ٢٠٠٠. ويتوقع أن تحقق مصر هدف المناعة الكاملة ضد مرض الحصبة بحلول العام ٢٠١٥، إذا ما استمر معدل التقدم خلال الفترة١٩٩٥-٢٠٠٠ كما هو. ويجب ملاحظة أن هدف التنمية الألفية المتعلق بتغطية التلقيح ضد مرض الحصبة يستهدف الأطفال منذ الولادة وحتى سن ١٢ شهراً، ويُوصي البرنامج الموسع للمناعة فى مصر أن يتم تلقيح الأطفال ضد الحصبة فى عمر التسعة أشهر لكن يوصي البعض بتأجيل تلقيح الطفل حتى عمر ١٢-١٥ شهراً لضمان اكتمال القدرة وراثياً. ويبين الجدول (٢ب) الاتجاهات فى التلقيح ضد مرض الحصبة حسب المنطقة من عام ١٩٩٢ إلى عام ٢٠٠٣ والمستهدف لعام ٢٠١٥ عند المعدل الحالى من التقدم.

الجدول ١أ: الأهداف عند المعدل الحالي من التقدم ومع جهود متسارعة لتحقيق الأهداف

المنطقة	٢٠١٥ بالمعدل الحالي	٢٠١٥ بالمعدل الحالي	٢٠١٥ مع جهود متسارعة	٢٠١٥ مع جهود متسارعة
	معدل وفيات المواليد	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات المواليد	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
المدن	١٤,٦	١٥,٨	٨,٣	٨,٧
محافظات الوجه البحرى	١٧,٦	٢٠,٥	١٠,١	١١,٣
الحضرية بالوجه البحرى	١٥,٧	١٨,٢	٩,٠	١٠,١
الريفية بالوجه البحرى	١٨,٣	٢١,٣	١٠,٥	١١,٨
محافظات بالوجه القبلى	٢٧,٧	٣١,٤	١٥,٩	١٧,٤
الحضرية بالوجه القبلى	٢١,١	٢٢,٩	١٢,١	١٢,٦
الريفية بالوجه القبلى	٣٠,١	٣٤,٥	١٧,٢	١٩,١
المجموع	٢١,٣	٢٤,٣	١٢,٢	١٣,٤

الشكل ٢: معدل وفيات المواليد حسب المسح الديموغرافى والصحى فى مصر لعام ٢٠٠٠ حسب المحافظات فى عام ٢٠٠١



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

نظرة على الوضع العام:

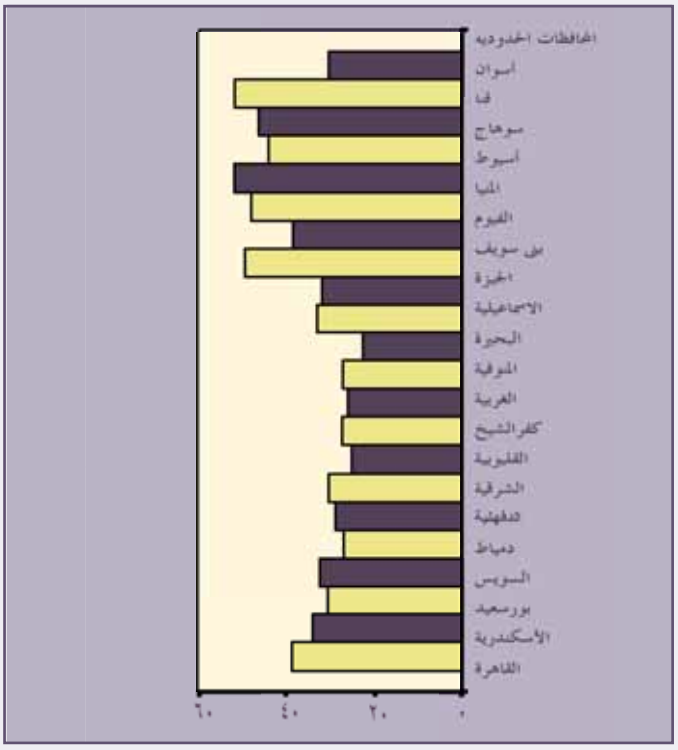
هل سيتم تحقيق الهدف بحلول ٢٠١٥؟

محتمل ممكن غير مرجح بيانات غير كافية

حالة البيئة الداعمة

قوى مقبول ضعيف لكنه يتحسن ضعيف

الشكل ٣: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب المحافظات لعام ٢٠٠١



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

ويبين الجدول ٢ب الاتجاهات فى التلقيح ضد مرض الحصبة حسب المنطقة من عام ١٩٩٢ إلى عام ٢٠٠٣ والأهداف لعام ٢٠١٥ حسب معدل التقدم الحالي. ويبين الشكل رقم ٤ النسبة المستهدفة للتحصين ضد مرض الحصبة بحلول عام ٢٠١٥.

الجدول ٢أ: النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ٢٣ شهراً المحصنين بشكل كامل وأولئك الذين يتم فقط إعطائهم لقاح ضد الحصبة حسب مكان الإقامة

	الحصبة	محصّن بشكل كامل
المحافظات الحضرية	٩٤,٧	٨٧,٢
المحافظات الحضرية بالوجه البحرى	٩٧,٦	٨٦,٥
المحافظات الريفية بالوجه البحرى	٩٦,٥	٨٧,٢
محافظات الوجه القبلى الحضرية	٩٦,٥	٩٣,٧
محافظات الوجه القبلى الريفية	٩٤,١	٨٦,٣
مجموع مناطق مصر	٩٥,٦	٨٧,٥

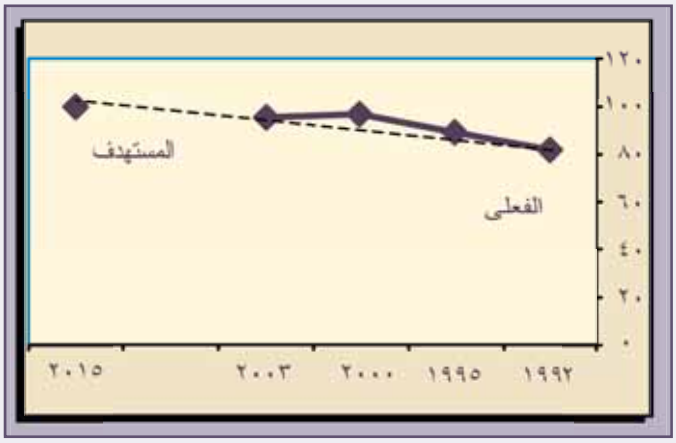
وتجرى وزارة الصحة والسكان حملات منتظمة وتوفر جرعة رابعة من التلقيح ضد مرض شلل الأطفال للمساعدة فى القضاء عليه. ولضمان تغطية أوسع وتلقيح أكثر فعالية، يتلقى ٦٥,٥٪ من الفئة المستهدفة من الأطفال جرعة إضافية. ووفقا للاستطلاع الديموغرافي والصحي لعام ٢٠٠٣، تبدو التغطية فى مناطق الوجه القبلى أعلى منها فى مناطق الوجه البحرى. ومن الممكن أن يكون هذا الأمر نتيجة للجهود التى بذلت على مر السنوات الماضية واستهدفت مناطق الوجه القبلى وذلك بهدف تقليل الفجوات بين المناطق المختلفة.

الجدول ٢ب: الاتجاه فى التلقيح ضد الحصبة بين الأطفال الذين يتراوح أعمارهم من ١٢ إلى ٢٣ فى الأعوام ١٩٩٢ و ١٩٩٥ و ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣ وأهداف عام ٢٠١٥

المنطقة	١٩٩٢	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٣	٢٠١٥
المحافظات	٩٠,٩	٩٣,٧	٩٦,٩	٩٤,٧	١٠٠
الوجه البحرى	٨٧,٣	٩٢,٨	٩٧,٣	٩٦,٨	١٠٠
الحضرية بالوجه البحرى	٨٩,٩	٩٦,٣	٩٧,٥	٩٧,٦	١٠٠
الريفية بالوجه البحرى	٨٦,٦	٩١,٦	٩٧,٢	٩٦,٥	١٠٠
الوجه القبلى	٧٢,١	٨٣,٧	٩٦,٤	٩٤,٦	١٠٠
الحضرية بالوجه القبلى	٨٠,٢	٩٠,٣	٩٩,٦	٩٦,٢	١٠٠
الريفية بالوجه القبلى	٦٩,٤	٨١,٣	٩٥,٣	٩٤,١	١٠٠
المحافظات الحدودية	غير متوفرة	٨٤,١	٩٥,٦	غير متوفرة	١٠٠
المجموع	٨٢	٨٩,٢	٩٦,٩	٩٥,٦	١٠٠

المسح الديموغرافى والصحى فى مصر للأعوام ١٩٩٢،١٩٩٥،٢٠٠٠،٢٠٠٣

الشكل ٤: النسبة الفعلية والمستهدفة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ١٢ إلى ٢٣ شهراً المحصنين ضد مرض الحصبة



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

٢ – التحديات الرئيسية

تبقى التناقضات فى مؤشرات الأداء بين المناطق الجغرافية تحديا يواجه النظام الصحى، لا سيما المناطق الريفية التى يظهر فيها أداء منخفض عن كافة المناطق الجغرافية الأخرى فى مصر. ويُتوقع أن تظل المناطق الريفية بالوجه القبلى هي المناطق الجغرافية الوحيدة التى لم تحقق الهدف الوطنى لتخفيض معدل وفيات المواليد. وتوجد عدة قيود مسؤولة عن هذا التحسن البطيء، بما فى ذلك العوامل الاجتماعية الإقتصادية والعوامل الثقافية. بالإضافة إلى ذلك، وتشهد المناطق الريفية بالوجه القبلى أقل مؤشرات للتنمية مقارنة مع باقى المناطق فى مصر. وتنجم التناقضات أيضاً من التوزيع غير المنصف للموارد البشرية المدربة، إضافة إلى تباين المخصصات المالية للخدمات الصحية فى المحافظات. حيث يتركز وجود الأطباء فى المناطق الحضرية، وكثيرا ما يظهر معدل دوران سريع للموظفين فى المناطق الريفية. كما تم أيضا تسجيل فجوات بين الجنسين فى معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة؛ كنتيجة لبعض التمييز الثقافي لصالح الذكورة والذي يُلاحظ على وجه الخصوص فى العائلات الفقيرة. ومن التحديات الأخرى المرتبطة بنظام تقديم الرعاية الصحية ضعف الإشراف على تقديم الخدمات الصحية والمستوى غير المقبول من الرعاية المقدمة.

ومن التحديات الأخرى انخفاض مدى توفر البيانات الموثوقة حول وفيات المواليد والأطفال وأمراض الأطفال. إذ أن جمع معلومات موثوقة حول عدد وفيات المواليد ليس بالأمر السهل. ويعتبر تحسين جمع البيانات من خلال وزارة الصحة والسكان على المستوى اللامركزي أمراً أساسياً لتحديد أسباب الوفاة حسب المحافظة، ووضع الخطط وفقا لذلك. كما أن مقدمي الرعاية الصحية غير مدربين بشكل جيد على جمع البيانات بأشكال مناسبة، ولا يقدرون أهمية المعلومات التى تم تجميعها على مستوى تقديم الخدمة. وبالإضافة إلى ذلك، توجد عدة نماذج يُطلب تعبئتها الأمر الذي يُلقي بأعباء إضافية عليهم القيام بها. وتوجد حالياً عدة مصادر للبيانات حول وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة على المستوى الوطنى . وأكثر هذه المعلومات موثوقية هي تلك الخاصة بوزارة الصحة والسكان والمسح الديموغرافى والصحى فى مصر[٥].

يجب التطرق على وجه الخصوص إلى أمراض الجهاز التنفسى الحادة التى تحولت الآن من كونها السبب الثانى لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة لتصبح السبب الأول لذلك. حيث يُعد الوصول إلى المعلومات حول الإدارة المحلية للرعاية الصحية ومصادر العلاج . وضمان توفر الأدوية بأسعار مخفضة بشكل مستمر إجراءات أساسية للتخفيف من تعقيدات تلك الأمراض. ولا يزال الإسهال يُمثل مشكلة رئيسية وتتطلب السيطرة عليه الاستمرار فى بذل الجهود لزيادة المعرفة مع استخدام المعالجة بالإمهاء (تعويض الماء) الفموي. وهذا الأمر مهم بشكل خاص حيث أظهرت بعض الدراسات انخفاضاً فى استخدام المعالجة بالإمهاء الفموى.

وبالرغم من أنّ مصر قد أحرزت تقدماً جيداً فى التغطية التلقيحية ضد مرض الحصبة، الا أن البرنامج الموسع للمناعة لا يزال يواجه تحديات رئيسية. ويعتبر القضاء على مرض شلل الأطفال أحد هذه التحديات. وبالرغم من أن الحكومة ملتزمة بتحقيق تغطية ١٠٠٪ لتلقيح كافة الأطفال دون سن ٢٤ شهراً ضد مرض شلل الأطفال من أجل تحقيق الأهداف الصحية الأخرى المعلن عنها بشكل عام، إلا أن النمو السريع فى عدد السكان إلى جانب الظروف الصحية المتدنية المستوى لا تزال تشكل عائقا. وقد تم تسجيل حالة من الشلل الرخو الحاد الناتج عن شلل الأطفال فى عام ٢٠٠٣.

وتُعزى التحديات الأخرى التى تواجه تحقيق هدف تخفيض معدل وفيات الأطفال إلى عوامل اجتماعية وثقافية. حيث لا تزال نسبة الأمية بين الإناث مرتفعة وخصوصا فى المناطق الريفية بالوجه البحرى حيث لا يزال معدل التكاثر مرتفع جدا مقارنة مع مناطق ريفية وحضرية أخرى. إن عدم التباعد بين فترات الحمل، وعدم تنظيم الحمل بعد المولود الرابع، وصغر سن الأم ترتبط جميعها بالمعدل المرتفع لوفيات المواليد. كما تساهم العوامل البيئية والظروف الصحية المتدنية أيضاً فى تدهور الصحة، وخصوصاً فى المناطق الريفية لصعيد مصر.

٣ – البيئة الداعمة

إن الحكومة المصرية ملتزمة بتحقيق أهداف تخفيض معدل وفيات المواليد والأطفال. وتتطرق العديد من البرامج إلى

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال وأسباب إصابتهم بالأمراض. وتتعامل بعض البرامج مع ذلك الهدف من خلال الوقاية (التحصين أو مراقبة النمو)، أو من خلال التعامل مع الأمراض والتثقيف الصحى مثل الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة.

لقد بدأ برنامج السيطرة على أمراض الإسهال وعناصر مشروع المحافظة على حياة الطفل بوصفها برامج مولة من المانحين إلا أنها أصبحت مفعلة مؤسساتيا بشكل كامل فى الوزارة، وتم دمجها مع أنشطة أخرى مثل تلك التى ذكرت أعلاه. وللبرامج الأخرى مثل التخطيط الأسرى والرعاية ما قبل الولادة وتحصين الأمهات الحوامل لتجنب إصابة الطفل المولود حديثا بداء الكزاز دورا رئيسيا تقوم به فى تخفيض معدل وفيات الأطفال حديثى الولادة.

تدعم وزارة الصحة والسكان حاليا برامج للرعاية التوليدية الطارئة ووحدات للأطفال حديثي الولادة. ويتم ربط تلك البرامج بخدمات الرعاية الصحية الأساسية والعناية بصحة الأم والطفل. وتساهم مثل هذه البرامج فى تخفيض معدل وفيات حديثي الولادة.

ينصب تركيز مشروع "صحة الأم والطفل" على المناطق المرتفعة من مصر. ويؤثر هذا المشروع بشكل إيجابي على معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأمهات من خلال توفير الرعاية والعناية بصحتهم وسلامتهم. وتشكل نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة أكثر من نصف معدل وفيات المواليد- وبالتالي سيؤدي ضبط هذا الإتجاه إلى انخفاض كبير فى إجمالي معدل وفيات المواليد. وتعمل البرامج التغذوية مثل منح الأمهات الحوامل مواد إضافية تحتوي على الحديد، وتعزيز الخبز المدعوم بالحديد، ومعالجة الأملاح باليود، وبرامج الرضاعة، على تحسين الوضع التغذوي وتخفيض النواقص التغذوية. إلا أنها لم تعالج بعد مشكلة نقص الوزن عن المستوى الطبيعي والضمور التى تساهم فى اعتلال الصحة وتكرر الإصابة بالأمراض. ويمكن معالجة هذه المشاكل من خلال التنفيذ الأفضل لأنشطة مراقبة النمو.

إن تقديم جدول تامين الطفل وتضمين أمراض الطفولة فى مجموعة المنافع الأساسية للمشروع التجريبي الخاص بإصلاح القطاع الصحي يتيح منهجا اكثر شمولية لتقديم الرعاية الصحية للأطفال وحصولهم على الرعاية فى مختلف مراحل التنمية. ويُتوقع أن يكون لمفهوم طبيب العائلة دورا فى تحسين الحصول على رعاية عالية الجودة للعائلة.

٤ – أولويات المساعدة التنموية

– تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة ودعم المبادرات لبناء قدرات التخطيط والتمويل الصحي على مستوى المناطق اللامركزية.

– تعزيز نقاط الضعف المحددة فى النظام الصحي لمكافحة أمراض الأطفال ودمج المكاسب المحققة

– إقامة شراكات عامة/خاصة وتعزيز المؤسسات غير الحكومية لتقديم الخدمات الصحية الأساسية للطفل والمساهمة فى رفع مستوى الوعي الصحي فى المجتمع.

– تحديد سبل زيادة مشاركة المجتمع فى تمويل وتنظيم تقديم الخدمات على المستوى المحلى.

٥ – متابعة سير التقدم فى تخفيض معدل وفيات الأطفال: بيئة المراقبة

عناصر بيئة المراقبة	التقييم		
القدرة على جمع البيانات	قوي	مقبول	ضعيف
نوعية معلومات الاستطلاع الأخير	قوي	مقبول	ضعيف
قدرات المتابعة الإحصائية	قوى	مقبول	ضعيف
القدرة على دمج التحليل الإحصائي فى آليات السياسة والتخطيط وتوزيع الموارد	قوى	مقبول	ضعيف
آليات المراقبة والتقويم	قوى	مقبول	ضعيف

ملاحظات

١ – اليونسيف.

٢ – اليونسيف و الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء، ١٩٩٩.

٣ – الزناتى (وأخرون) و أو ار سى ماكرو، ٢٠٠٣.

٤ –اليونسيف و الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ١.

٥ – يعزى الفرق فى الأرقام بشكل رئيسى الى طريقة جمع البيانات ، ويجمع المسح الديموجرافى والصحى المعلومات بدقة أكثر حول معدل وفيات الأطفال حديثى الولادة (وفاة المواليد الذين يقل أعمارهم عن شهر واحد؛) اذ أن المسح قد أجرى على مستوى القطاع العائلى. ويشمل أولئك المواليد الذين يتوفون فى مرحلة مبكرة قبل أن يُستصدر لهم شهادات ولادة، ولذلك هذه الوفيات غير مشمولة فى السجلات الرسمية للمواليد والوفيات.

٥ – تحسين الصحة الإنجابية

الهدف: تخفيض معدل وفيات الأمهات عند الولادة بمقدار ثلاثة أرباع فى الفترة ما بين ١٩٩٠ و ٢٠١٥

المؤشرات: معدل وفيات الأمهات
نسبة الولادات التى تخضع للإشراف الطبى
معدل انتشار موانع الحمل

١ – حالة التقدم

تمت دعوة مصر لحضور المؤتمر الدولى للسكان والتنمية فى عام ١٩٩٤ وقد ألزمت نفسها بجدول أعمال يتضمن منهجاً شاملاً للصحة الإنجابية فى مناطق الرعاية الأساسية. وتتبلور أهداف مصر فى تخفيض إجمالي معدل التكاثر ومعدل وفيات الأمهات وتحسين الأوضاع الصحية للمواليد من خلال زيادة عدد الزيارات المنتظمة لمتابعة الحمل وزيادة المواليد الذين يتلقون العناية الطبية اللازمة.

بالرغم من أن إجمالي معدل التكاثر ومعدل انتشار موانع الحمل لا يشكلان جزءا من المؤشرات المتفق عليها عالمياً، تؤكد مصر على إحراز التقدم فى هذين المؤشرين حيث تمنح الأولوية لتنفيذ سياستها القومية الخاصة بتخفيض نمو عدد السكان. وبالإضافة إلى ذلك، فإن تخفيض إجمالي معدل التكاثر واستخدام موانع الحمل للمباعدة بين فترات الحمل له أثر إيجابي على صحة الأم ويساهم فى تخفيض معدل وفيات الأمهات. كما يعكس أيضا نوعية خدمات الصحة الانجابية فى مناطق الرعاية الأساسية. ومنذ عام ١٩٩٠، انخفض إجمالي معدل التكاثر بشكل متباطئ من ٤,١٪ فى عام ١٩٩٠ إلى ٣,٥٪ فى عام ٢٠٠٠. وقد أظهر المسح الديموغرافى والصحى فى مصر لعام ٢٠٠٣ انخفاضا إضافيا فى إجمالى معدل التكاثر إلى ٣,٢٪.

تهدف مصر إلى تحقيق معدل تكاثر إجمالي يبلغ ٢,١٪ فى عام ٢٠١٧. ويتطلب هذا الأمر تسارع الجهود لزيادة انتشار موانع الحمل وتخفيض إجمالي معدل التكاثر. ويبلغ معدل انتشار موانع الحمل حالياً ٦٠٪ (منها ٥٦,٦٪ أساليب حديثة) للنساء المتزوجات. وهو أدنى من الهدف المطلوب لتحقيق الانخفاض فى نمو عدد السكان. وتبين المسوح لأعوام ١٩٩٢ و ١٩٩٥ و٢٠٠٠ على نحو مماثل أن ٢٩٪ تقريبا من النساء يتوقفن عن استخدام الطريقة الحديثة بعد انقضاء ١٢ شهراً بعد الزواج. ويعود ذلك على الأغلب إلى أسباب يمكن تجنبها من خلال الاستشارة المناسبة. ويوضح الجدول التالى تقاربا فى معدل انتشار موانع الحمل فى الفترة ما بين ١٩٩١ و ١٩٩٥ وتحسنا ملحوظا لكنه منخفض نسبيا فى الفترة بين ١٩٩٥ و ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣.

توجد فجوات كبيرة فى معدل انتشار موانع الحمل بين المحافظات. حيث يتواجد فى كافة محافظات صعيد مصر معدل انتشار موانع حمل أقل من المعدل القومى، لا سيما فى محافظات سوهاج وأسيوط وقنا. ويمكن أن يرتبط هذا الأمر بالموارد القليلة، سواء الفنية أو المالية، والنسبة المنخفضة للإناث المتعلمات والمشاركة فى قطاع العمالة الرسمي وانتشار البعد الثقافي المتعلق بتعدد الأولاد.

يبين الشكل رقم ١ أن كافة محافظات الوجه البحرى تتجاوز المعدل القومى، الأمر الذي يشير إلى ارتفاع للخدمات الصحية وارتفاع نسبة التعلم بين الإناث أكثر مما هي فى صعيد مصر. إلا

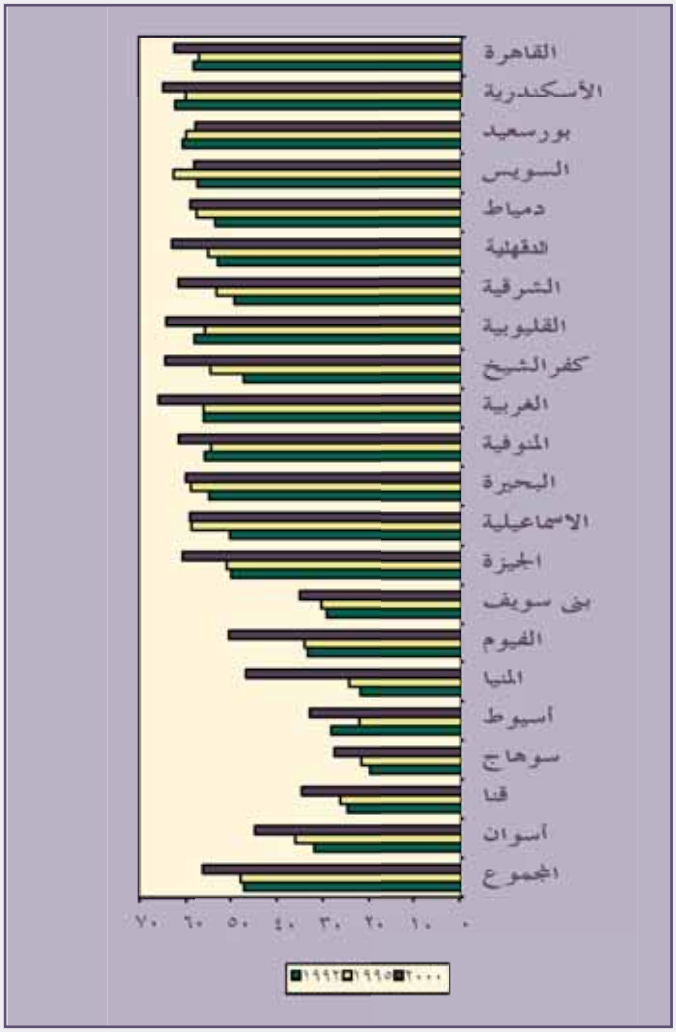
أن جميع المحافظات بدون استثناء قد شهدت تحسنا فى الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، بما فى ذلك محافظة سوهاج، التى تمثل المحافظة الأخيرة وفقا لمعدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة فقد ارتفع معدل انتشار موانع الحمل بنسبة ٦٪ تقريبا فى الفترة ما بين ١٩٩٥ و٢٠٠٠.

الجدول رقم ١: الاتجاهات فى معدل انتشار موانع الحمل وإجمالى معدل التكاثر والهدف لعام ٢٠١٧

السنة	معدل انتشار موانع الحمل٪	إجمالي معدل التكاثر٪
١٩٩١	٤٧,٦	٤,١
١٩٩٢	٤٧,١	٣,٩
١٩٩٥	٤٧,٩	٣,٦
٢٠٠٠	٥٦,١	٣,٥
٢٠٠٣	٦٠	٣,٢
٢٠١٧	٧٢	٢,١

المصدر: المسح الديموغرافى والصحى ١٩٩١-٢٠٠٣

الشكل١: النسبة المئوية للنساء المتزوجات حاليا وفى سن الإنجاب، المستخدمة لوسائل تنظيم الأسرة حسب المحافظة فى الأعوام ١٩٩٢ و ١٩٩٥ و ٢٠٠٠



المصدر: المسح الديموغرافى والصحى ١٩٩٢و ١٩٩٥و ٢٠٠٠

إذا ما حافظت مصر على هذا الاتجاه المتصاعد فى استخدام موانع الحمل، فإنها قد تحقق معدل انتشار لموانع الحمل يبلغ ٧٠-٧٢٪ بحلول عام ٢٠١٥ على المستوى القومى. وستبقى المناطق الريفية فى محافظات صعيد مصر التى حققت معدل انتشار لموانع الحمل يبلغ ٤٤,٧٪ فى عام ٢٠٠٣ أدنى بكثير من المعدل القومى فى عام ٢٠١٥. ويمكن أن تتجاوز محافظات الوجه البحرى، سواء المناطق الريفية أو الحضرية، المعدل القومى حيث يتوقع أن تحقق معدل انتشار لموانع الحمل يبلغ ٦٨٪ و ٧١,٨٪ على التوالي بحلول العام ٢٠١٥.

ويجب على مصر العمل على مساندة والدفع بمستوى أداء برنامجها لتنظيم الأسرة وذلك لتخفيض نمو عدد السكان الذى يؤثر بشكل سلبى على المؤشرات الإجتماعية الإقتصادية للتنمية. ويعتبر التركيز على مناطق مصر العليا أمرا أساسيا لتحقيق هدف تحسين معدل انتشار موانع الحمل ليقارب بأكبر قدر ممكن الأرقام الوطنية الحالية. وفي هذه الحالة قد يبلغ المستوى الوطنى لمعدل انتشار موانع الحمل ٧٠٪.

أجرت مصر دراستين على المستوى القومي لقياس معدل وفيات الأمهات عند الولادة فى العامين ١٩٩٣/١٩٩٢ و٢٠٠٠ على التوالي. وأظهر المسح الوطنى حول وفيات الأمهات عند الولادة لعام ١٩٩٣/١٩٩٢ حدوث ١٧٤ وفاة أم لكل ١٠٠,٠٠٠ عملية ولادة. وفي عام ٢٠٠٠، أظهرت الدراسة الوطنية حول وفيات الأمهات عند الولادة انخفاضاً مفاجئاً فى نسبة الوفيات لتبلغ ٨٤ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ عملية ولادة. وفي عام ٢٠٠٢، أظهرت بيانات وزارة الصحة والسكان انخفاضاً آخر بلغ ١٠٠٠٠٠/٧٥ عملية ولادة، أي أقل من نصف النتائج السابقة فى مسح عام ١٩٩٢.

ووُجد أن وفاة الأم عند الولادة كثيرا ما تحدث خلال الأربع والعشرين ساعة الأولى من الولادة (٤٩٪ من الحالات) وسببها بشكل رئيسي عوامل يمكن تفاديها (٩٢٪ فى عام ١٩٩٢ و ٨١٪ فى عام ٢٠٠٠). وشكلت العناية دون المستوى التى يقدمها الأطباء العامل الأكثر شيوعا فى كلتا الدراستين (٤٧٪ و ٤٣٪ على التوالي)، يليها التأخر فى البحث عن العناية المهنية (٤٢٪ و ٣٠٪) وعدم توفر الدم لعمليات نقل الدم (٦٪ و١٦٪). وأظهرت بعض المحافظات التى خضعت للدراستين، مثل السويس وأسوان وأسيوط، تحسناً ملحوظاً فى تخفيض معدل وفيات الأمهات عند الولادة ليصل تقريبا إلى ما مقداره ٧٠٪ و ٥٠٪ و ٩٠٪ من التخفيضات على التوالي. وقد رفعت مثل هذه الإنجازات الآمال بقدرة مصر على تحقيق هدف تخفيض معدل وفيات الأمهات عند الولادة إلى ١٠٠٠٠٠/٤٣,٥ بحلول العام ٢٠١٥. ويبين الجدول رقم (٢) معدل وفيات الأمهات عند الولادة حسب المنطقة للأعوام ١٩٩٣/١٩٩٢ و١٩٩٧ و٢٠٠٠.

ويُتوقع أن يبلغ معدل وفيات الأمهات ١٠٠٠٠٠/٤٣ عملية ولادة فى عام ٢٠١٥ إذا ثبت معدل الانخفاض على ما كان عليه فى الفترة ما بين ١٩٩٧ و٢٠٠٠. وهذه النسبة ان تحققت ستعنى نجاح مصر فى تخفيض حالات الوفيات بمقدار ثلاثة أرباع ما كان عليه الوضع فى عام ١٩٩٢.

من المقدّر أن تستمر نسبة وفيات الأمهات عند الولادة فى الانخفاض، وأن تصبح أقل من ٤٣,٥ لكل ١٠٠٠٠٠حالة ولادة، شريطة أن يستمر النظام الصحي فى تقديم خدمات صحية عالية الجودة للأم، مثل: تزايد معدلات استخدام الرعاية ما قبل الولادة وتزايد عدد الولادات التى يشرف عليها أطقم طبية متمرسة، مما يعنيتحقيق هدف التنمية الألفية.

كما سيؤدي ازدياد استخدام موانع الحمل أيضا إلى تقليل فرص وتخفيض معدل وفيات الأمهات بسبب حالات الإجهاض، من حيث تقليله لحالات الحمل غير المرغوب به، و تقليل فرص الحمل بعد الطفل الثالث، وهى كلها أسباب تؤثر بشكل إيجابي على صحة الأم. وإذا ما افترضنا أداءا أفضل، فإن مصر ستحقق تخفيض معدل وفيات الأمهات إلى ١٠٠٠٠٠/٤٠ وستتجاوز بالتالي المؤشر المستهدف. ويبين الجدول رقم٢ الاتجاهات والتقديرات لمعدل وفيات الأمهات.

الجدول ٢: معدل وفيات الأمهات حسب المنطقة فى الأعوام ١٩٩٢/١٩٩٣ و ١٩٩٧ و ٢٠٠٠ و٢٠٠٢ والتوقعات لعام ٢٠١٥.

المنطقة	٩٢/٩٣	١٩٩٧	٢٠٠٠	٢٠٠٢*	٢٠١٥	
					**	***
المحافظات الحضرية	٢٣٣	١٢٢	٤٨			
محافظات الوجه البحرى	١٣٢	٩١	٩٣			
محافظات الوجه القبلى	٢١٧	٩٢	٨٩			
المحافظات	غير متوفرة	غير متوفرة	١٢٠			
المجموع	١٧٤	٩٦	٨٤	٧٥	٤٣	٤٠

المصدر: ١٩٩٣/١٩٩٢: المسح الوطنى حول معدل وفيات الأمهات: ١٩٩٧و ٢٠٠٢: وزارة الصحة والسكان: ٢٠٠٠ : الدراسة الوطنية حول معدل وفيات الأمهات

* البيانات متاحة فقط على المستوى الوطنى

** المعدل الحالى للتقدم

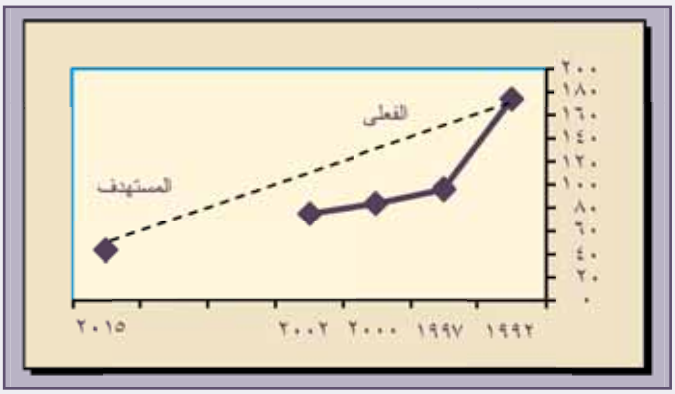
*** التقدم المتسارع

وتوضح بيانات المسح التنموى والصحى فى مصر أن ٢٢,٥٪ و ٣٦,٧٪ فقط من النساء الحوامل فى عامى ١٩٩٢ و ٢٠٠٠ على التوالي قمن بعدد كاف من زيارات عيادات وزارة الصحة وغيرها قبل الولادة. وقد بلغ هذا الرقم ٥٦٪ فى عام ٢٠٠٣ (المسح الديموغرافي والصحي) مع زيادة ملحوظة فى الزيارات للعيادات الحكومية. ويعكس هذا الأمر الجهود التى تبذلها وزارة الصحة والسكان فى رفع مستوى تقديم الخدمات وتحسين الجودة. وتعتبر رعاية ما قبل الولادة أمراً أساسياً للكشف المبكر عن أي تعقيدات، كما أنها تخفض من التعقيدات أثناء الولادة، وتخفض من معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، ووفيات الأمهات عند الولادة.

ازدادت نسبة الولادات التى يشرف عليها أطقم طبية مؤهلة على مر السنوات، كما يظهر فى بيانات المسح الديموغرافى والصحى للمناطق والمحافظات. ويبين الجدول (٣) نسبة الولادات التى يشرف عليها الأطباء حسب المنطقة، وفقاً للجولات الأخيرة من المسح الديموغرافى والصحى. وتعكس الزيادة فى هذه النسبة التحسن فى تقديم الخدمات الصحية وزيادة الوعى داخل المجتمع بالمخاطر الكبيرة المرتبطة بالولادات فى بيئة غير مناسبة أو فى غياب القابلات المدربات أو الممرضات أو الأطباء المؤهلين.

يبين الجدول (٤) اتجاهاً متزايداً نحو اللجوء لمساعدة الأطقم الطبية المتخصصة خلال فترة الولادة فى كافة مناطق مصر والتقسيمات الريفية/الحضرية. إن عدداً قليلاً من النساء فى المناطق الريفية صعيد مصر يلجأن للمساعدة الطبية مقارنة مع باقي المناطق بما فى ذلك المحافظات الحدودية المعروفة بالمحافظة ثقافياً. وبافتراض أن نسبة اللجوء إلى رعاية طبية خلال الولادة ستبقى عند المستويات الحالية، فإنه من المتوقع أن تبلغ التغطية فى عام ٢٠١٥ ما نسبته ١٠٠٪ فى المحافظات الحضرية والمناطق الحضرية بالوجه البحرى من مصر و٩٦٪ تقريبا فى المناطق الحضرية بصعيد مصر.

الشكل ٢: النسبة الفعلية والمستهدفة لوفيات الأمهات



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول ٣: نسبة الولادات التى تخضع للإشراف الطبى فى الأعوام ١٩٩٢ و ١٩٩٥ و ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣

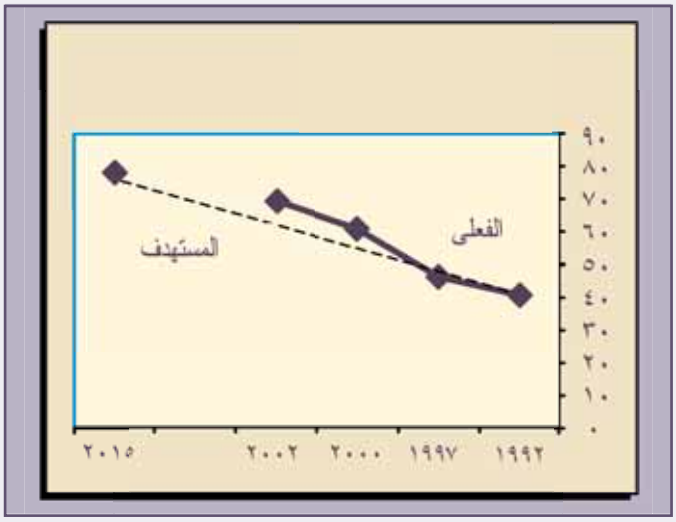
المنطقة	١٩٩٢	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٣	٢٠١٥ المعدل كما هو	٢٠١٥ محسن
المحافظات الحضرية	٦٨,٣	٦٩,٢	٨٣,٧	٩٠,٢	١٠٠	١٠٠
الوجه البحرى	٣٩,٧	٥١,٤	٦٥,١	٧٦,٥		
مناطق حضرية بالوجه البحرى	٦٢,٩	٧٥,١	٨٤,٧	٩١,٠	١٠٠	١٠٠
مناطق ريفية بالوجه البحرى	٣٢,٥	٤٣,٩	٥٨,١	٧٠,٩	٧٤,٥	٨١,٣
مناطق بالوجه القبلى	٢٩,٧	٣٢,٢	٤٧,٨	٥٥,٣		
مناطق حضرية بالوجه القبلى	٥١,٨	٥٩,٦	٧٤,٧	٧٧,٤	٩٦	١٠٠
مناطق ريفية بالوجه القبلى	٢٣,٠	٢٢,٩	٣٨,٢	٤٧,٦	٤٩	٥٣,٤
المحافظات الحدودية	غير متوفرة	٥٩,٣	٦٠,٤	غير متوفرة	٧٧,٥	٨٤,٥
المجموع	٤٠,٧	٤٦,٣	٦٠,٩	٦٩,٤	٨٠	٨٤

المصدر: المسح الديموغرافى والصحى

وفي الوقت ذاته تبلغ نسبة اللجوء لمساعدة طبية خلال فترة الولادة فى المناطق الريفية فى الوجه البحرى والوجه القبلى والمحافظات الحدودية ٧٤,٥٪ و ٤٩٪ و ٧٧,٥٪ على التوالي. وسيكون من الضرورى الإسراع فى إحراز التقدم فى مناطق الصعيد الريفية من خلال تقديم الخدمات عالية للتعامل مع الخصوصية الثقافية. ومن خلال المنهج المعزز حول صحة الأم الذي يؤدى

إلى أداء أفضل. سيكون من الممكن تحقيق تغطية بمقدار ١٠٠٪ لكافة المناطق الحضرية وتغطية بمقدار ٨١,٣٪ و ٥٣,٤٪ و ٨٤,٥٪ فى المناطق الريفية بالوجه البحرى والقبلى والمناطق الحدودية على التوالى. ولن تتمكن المناطق الريفية فى صعيد مصر من تحقيق الهدف بحلول عام ٢٠١٥. ويبين الشكل (٣) الاتجاهات فى نسبة الولادات التى تخضع للاشراف الطبى والنسبة المستهدفة لعام ٢٠١٥.

الشكل ٣: النسبة الفعلية والمستهدفة للولادات التى تخضع للاشراف الطبى



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

نظرة على الوضع العام:

هل سيتم تحقيق الهدف بحلول ٢٠١٥؟

محتمل ممكن غير مرجح بيانات غير كافية

حالة البيئة الداعمة

قوى مقبول ضعيف لكنه يتحسن ضعيف

٢ - التحديات الرئيسية

تعزى العديد من التحديات التى تواجه تحسين صحة الأم إلى عناصر غير صحية، وخصوصاً السلوكيات الثقافية التى تشجع الزواج المبكر والحمل المبكر وقصر فترات تباعد الحمل. ونادرا ما يلتزم الزوجان، وخصوصاً فى المناطق الريفية من مصر العليا، بفترة تباعد الحمل (البالغة سنتان) التى يدعو إليها برنامج تنظيم الأسرة. ويحدث ٢٥٪ تقريبا من الحمل قبل انقضاء فترة الأربعة والعشرين شهراً الموصى بها لتباعد فترات الحمل.

ويساهم تفضيل الأولاد من البنين فى زيادة عدد مرات الحمل المتكرر غير متباعد الفترات. وتثير العديد من المؤشرات الأخرى التى تتعلق باستخدام خدمات تنظيم الأسرة الكثير من القلق. ومنها على وجه الخصوص الانخفاض البطيء جدا فى نسبة النساء اللاتي لا تلبى احتياجاتهن، حيث انخفضت من ١٦٪ فى عام ١٩٩٥ إلى ١٢٪ تقريبا فى عام ٢٠٠٠. كما يوضح المسح الديموغرافي والصحي أيضا أن ١٨,٤٪ من المواليد لم يكن مرغوب فيهم فى وقت الحمل. إن معدل التوقف عن طريقة معينة خلال فترة ١٢ شهر من بداية استخدامها مرتفع جدا، وثابت تقريبا منذ عام ١٩٩٢(٢٩٪)، الأمر الذي يشير إلى الحاجة إلى تبني منهج جديد فى تقديم الخدمات. وقد بلغ معدل التوقف ٢٩,٥٪ فى عام ٢٠٠٠، و ٢٩,٨٪ فى عام ١٩٩٥.

بالرغم من أن وزارة الصحة والسكان تضمن التوريد والتقديم المستمر لموانع الحمل من خلال مراكز صحة الأم والطفل ومراكز الصحة الأساسية وتوفر أداة لولب الرحم وهي الطريقة الأكثر استخداماً فى مصر، إلا أنها لا تزال تعتمد على تمويل المانحين لتوفير موانع الحمل بشكل مستمر.

ويجب الملاحظة بأن التعامل مع سياسات واستراتيجيات السكان أمر متعدد التخصصات ويتطلب تعبئة جهود العديد من الوزارات والمؤسسات الاجتماعية من أجل الحصول على منهج أكثر تكاملاً واستدامة. ويجب تأمين التمويل لبرامج تنظيم الأسرة من الموارد الوطنية. ويجب تدريب مقدمى الخدمات الصحية لتقديم الخدمات بشكل عالى الجودة، لجذب مزيد من النساء للإقبال على هذه الخدمة.

ومن التحديات الأخرى، نوعية تدريب المهنيين الطبيين وقدرتهم على اتباع الإرشادات فى تقديم الخدمات. ويجب أن تستهدف البرامج المجالات ذات الأولوية، حيث يمكن أن تثمر التدخلات عن نتائج سريعة. ويؤدي عدم تلبية الإحتياجات والخدمات غير المرضية إلى التوقف المبكر بين أولئك الذين أبدوا اهتماماً واتخذوا خطوات فعلية لإستخدام طريقة معينة.

وتلعب الشخصيات الدينية وقادة المجتمع دوراً مهماً فى بناء إدراك الناس لأهمية برامج تنظيم الأسرة واستخدام موانع الحمل الحديثة. وتمثل أمية الإناث عاملاً آخر يؤثر على حصول النساء على الرعاية الصحية وقدرتهن على اتخاذ القرارات. غير أن المسح الديموغرافي والصحي قد بيّن أن القرارات التى تتعلق بإستخدام وسائل تنظيم الأسرة هى عادة ما تكون قرارات مشتركة للزوج والزوجة.

٣ - البيئة الداعمة

يعكس الإقبال المتحسن على الرعاية الطبية فى فترة ما قبل الولادة فى العيادات والمستشفيات الحكومية، وتزايد نسبة الولادات التى تخضع للاشراف الطبى فى كافة المناطق الجغرافية؛ تحسنا فى نوعية الخدمات فى المرافق الصحية الحكومية ويمثل التزاما بتحقيق الأهداف.

إن تخفيض نمو عدد السكان يمثل التحدى الأول أمام الحكومة المصرية،حيث أنه يؤثر على كافة الجهود الإنمائية فى المجالين الإجتماعى والإقتصادى. وتقوم الحكومة المصرية والأجهزة غير الحكومية بدور رئيسى فى إحراز التقدم فى مجال رعاية الصحة الانجابية وتنظيم الأسرة وحقوق النسل.

كما يقوم المجلس القومى للمرأة بدور فى ضمان المساواة بين الجنسين فى الحصول على الرعاية الصحية. وسيساعد المجلس القومى للطفولة والأمومة الذي قاد مبادرة تعليم الإناث (من الفتيات والنساء) على تحسين وصولهن إلى المعلومات وقدرتهن على اتخاذ القرارات. وتقدم العديد من المؤسسات غير الحكومية الخدمات فى مجال الصحة الإنجابية، وتعمل مع المجلس القومى للطفولة والأمومة للقضاء على ختان الإناث.

وتعمل حالياً وزارة الصحة والسكان على تنفيذ وفحص عدة برامج حول الرعاية الطارئة والأساسية عند الولادة فى العديد من المحافظات وخصوصاً فى الوجه القبلى. كما تسعى الى المحافظة على صحة الأم كعنصر رئيسي مستهدف من وراء الخدمات التى تم وضعها فى إطار مبادرة إصلاح القطاع الصحى.

٤ – أولويات المساعدة التنموية

– تطوير قدرة الفريق الصحي وتوسيع البرامج حول الرعاية الطارئة والأساسية عند الولادة لتخفيض معدل وفيات الأمهات.

– إستهداف الفئات التى تحتاج أكثر من غيرها لتنظيم الأسرة وتحسين نوعية الخدمات، وخصوصاً البرامج الاستشارية لتخفيض المعدلات المرتفعة من التوقف خلال الأشهر الإثنا عشرة الأولى من الاستخدام.

– تطوير حملات إعلامية للتوعية فى المناطق الريفية بصعيد مصر تحديداً واتباع منهج حساس ثقافياً لتبنى برنامج تنظيم الأسرة.

– تحسين خدمات صحة الأم وتطوير نماذج لفحص عدة مجموعات من خدمات صحة الأم والصحة الإنجابية ورفع مستوى النماذج الناجحة لمشروع "صحة الأم والطفل" بالوجه القبلى.

٥ – متابعة سير التقدم فى صحة الأم: بيئة المراقبة

عناصر بيئة المراقبة	التقييم		
القدرة على جمع البيانات	**قوى**	مقبول	ضعيف
نوعية معلومات الاستطلاع الأخير	**قوى**	مقبول	ضعيف
قدرات المتابعة الإحصائية	**قوى**	مقبول	ضعيف
القدرة على دمج التحليل الإحصائي فى آليات السياسة والتخطيط وتوزيع الموارد	قوى	**مقبول**	ضعيف
آليات المراقبة والتقويم	قوى	مقبول	**ضعيف**

٦ - مكافحة فيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز، والملاريا وغيرهما من الأمراض الفتاكة

©PAHO

الهدف: وقف انتشار فيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز بحلول العام ٢٠١٥

المؤشرات: انتشار فيروس نقص المناعة بين النساء الحوامل اللاتى تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٢٤ سنة

معدل استخدام الواقي المطاطى إلى معدل انتشار موانع الحمل

عدد الأطفال الذين أصبحوا يتامى بسبب فيروس نقص المناعة/الإيدز

الهدف: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الفتاكة بحلول العام ٢٠١٥

المؤشرات: انتشار الملاريا

انتشار السل ونسبة الحالات المكتشفة والمعالجة الكيميائية تحت الإشراف المباشر

١ - حالة التقدم

تحقق الجهود المبذولة للقضاء على مرضي الملاريا والسل، اللذان يشكلان تحدياً صحياً رئيسياً للألفية، تقدماً جيداً فى مصر. فقد تمت السيطرة بشكل جيد على مرض الملاريا على مدى السنوات العشر الماضية، حيث انخفضت نسبة الإصابة به من أربع حالات إلى الصفر تقريبا لكل ١٠٠٠ شخص فى الفترة بين ١٩٩٠ و٢٠٠٠. وأشارت منظمة الصحة العالمية إلى نسبة ٨٧٪ لنجاح العلاج الكيميائي تحت الإشراف المباشر فى مصر لعامي ١٩٩٩ و٢٠٠٠، وهي نسبة أعلى من النسبة المستهدفة (٨٥٪). كما حققت مصر أيضا ٦٣٪ من عمليات الكشف عن المرضى الذين يعانون من القشع ولديها إستراتيجية للوصول إلى نسبة ٧٠٪. وتبلغ حالياً نسبة انتشار السل بين السكان حوالي ٣٢ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ مواطن وتهدف مصر للوصول إلى ٢٢ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ مواطن.

من جهة أخرى، تواجه مصر مشكلة تفشي وباء التهاب الكبد الوبائي من نوع سى. إن نسبة انتشاره غير معروفة بدقة، إلا أن وزارة الصحة والسكان تقدّر بناء على نتائج المسح الوطنى، أن حوالي ٧٪ إلى ٩٪ من السكان يحملون الأجسام المضادة الإيجابية لالتهاب الكبد الوبائي من نوع سى، وقد أظهرت الدراسات التى أجريت فى محافظات الأقصر وقنا والشرقية نسبة انتشار ما بين ٥٠٪ إلى ٥٧٪ فى عدد من القرى. ومرض التهاب الكبد الوبائي من نوع سى هو عبارة عن جرثومة تتكاثر فى الدم، ذات طبيعة فيروسية عالية، ولديها القدرة على العيش على الأدوات الملوثة لفترات طويلة. ويشترك مرض التهاب الكبد الوبائي من نوع سى مع مرض فيروس نقص المناعة/ الإيدز فى العديد من طرق الانتقال. وهو شبيه بمرض فيروس نقص المناعة/ الإيدز فى أنه لا يوجد له علاج فعال، وأنه يسبب الوفاة نتيجة فشل الكبد أو سرطان الكبد. إن نسبة الانتشار المرتفعة لوباء التهاب الكبد الوبائي من نوع سى، وحقيقة أنه يشترك فى بعض طرق الانتقال المماثلة لانتقال فيروس نقص المناعة، يشير إلى أن مخاطر تفشى مرض فيروس نقص المناعة/ الإيدز

بشكل غير مسيطر عليه هو أمر محتمل إذا ما ارتفعت نسبة انتشاره بين السكان.

إن الإصابة بمرض التهاب الكبد الوبائي من نوع ب تميل إلى الانخفاض نتيجة لتضمين اللقاح المضاد لالتهاب الكبد الوبائي من نوع ب فى البرنامج الموسع للمناعة الخاص بالأطفال إضافة إلى توفيره للمجموعات ذات المخاطر العالية وللجمهور عموماً.

كما يسبب داء الشستوسوما، وهو مرض منتشر بشكل شائع فى مصر، مضاعفات حادة بما فى ذلك سرطان المثانة البولية. وهو آخذ فى الإنخفاض الآن نتيجة الجهود التى بذلتها وزارة الصحة والسكان على مر السنوات الماضية، وخصوصاً تعميم المعالجة بجرعة واحدة عبر الفم. وتُظهر المعالجة بجرعة واحدة فعالية عالية فى مقاومة داء الشستوسوما البولي (٩٠٪) وفعالية منخفضة فى مقاومة النوع المعوى (٦٠٪ -٧٠٪). وتشير وزارة الصحة والسكان إلى انخفاض نسبة انتشار داء الشستوسوما، الذي يتواجد الآن فى مناطق متفرقة فقط من بعض المحافظات ولا يشكل الآن تهديدا للصحة العامة. ووفقا لوزارة الصحة والسكان، انخفض انتشار داء الشستوسوما المعوى من ١٤,٨٪ لكل ١٠٠ شخص إلى ٢,٧٪ فى الفترة ما بين ١٩٩٠ و ٢٠٠٠. وعلى نحو مماثل، انخفض انتشار داء الشستوسوما البولى من ٦,٦٪ إلى ١,٩٪ خلال نفس الفترة. وتعكس هذه الأرقام عدد المرضى الذين يلجأوون للعلاج فى العيادات والمستشفيات الحكومية. لقد تغير النمط الوبائي لداء الشستوسوما ويظهر حاليا فى بؤر متفرقة صغيرة. وبالإضافة إلى ذلك، أوضحت الأبحاث أنه منذ عام ١٩٩٧ بدأ داء الشستوسوما المعوى، الذي كان يتواجد فقط فى مناطق الدلتا، في الظهور فى مصر العليا بمحافظات الجيزة والمنيا وأسيوط نتيجة لتغير نظام الرى.

وتعتبر مصر من البلدان ذات المعدل المنخفض لانتشار فيروس نقص المناعة/الإيدز. ومنذ تأسيس البرنامج الوطنى لمكافحة الإيدز فى عام ١٩٨٦ كوحدة داخل وزارة الصحة (التى تعرف الآن بوزارة الصحة والسكان) تم تشخيص أقل من ألفى شخص حاملين لفيروس نقص المناعة أو مصابين بمرض بالإيدز بما فى ذلك ٥٧٤ أجنبي[٢] ويقدر برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز وجود ١٢٠٠٠ حالة فى نهاية عام ٢٠٠٣، وهو معدل انتشار يبلغ أقل من اجمالى ٠,٠١٪ من عدد السكان. لكن على الرغم من معدل الانتشار المنخفض، فإن مستوى الوعى بالمشكلة لا يزال غير كاف.

وعلى الرغم من عدم وجود نظام إشراف مؤسسى للمتابعة المستمرة لحدوث وانتشار فيروس نقص المناعة/الإيدز، إلا أن المختبرات المركزية لوزارة الصحة والسكان تقوم سنويا بفحص حوالي ١٥٠,٠٠٠ فرد للكشف عن الإصابات بفيروس نقص المناعة والتهاب الكبد الوبائى، وهو فحص يلزم عند التقدم بطلب للحصول على ترخيص للعمل فى الخارج. بالإضافة إلى ذلك، يخضع تقريباً ٦٠٠٠ إلى ١٠٠٠٠ شخص للفحص الطوعى سنوياً.

إن معظم الإصابات بفيروس نقص المناعة/الإيدز فى مصر هي من النوع الأول. وهي تنتقل عبر الاتصال الجنسى فى ٦٥٪ من الحالات. كما وجد أن ٨١٪ من كافة الإصابات والحالات التى تم تحديدها حتى الآن هى من الذكور. كما أن انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل لا يزال أمرا نادراً جداً (أقل من عشر حالات) ولم يتم الكشف عن أية حالات فى عام ٢٠٠٣. وقد بذلت الجهود فى الماضى لفحص النساء اللاتى يترددن على العيادات الحكومية لمتابعة الحمل إلا أن النسبة المنخفضة لإنتشار فيروس نقص المناعة بينهن فى ذلك الوقت جعل من هذه الجهود أمراً مكلفاً جدا وغير فعال فى الكشف عن الحالات فى المجتمع ككل. وإذا ما استمرت النسبة المنخفضة لإنتشار فيروس نقص المناعة بين الأمهات الحوامل، فلن تكون مؤشرات الألفية لانتشار فيروس نقص المناعة بين النساء الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ٢٤ سنة، وعدد الأطفال الذين يصبحون أيتاماً بسبب فيروس نقص المناعة/ الإيدز ذات قيمة فى المجتمع المصرى.

إن البيانات على مستوى المحافظات غير متوفرة بسهولة. وقد حددت العديد من المحافظات الحالات التى ظهرت لديها بعد الازدياد المفاجئ فى استخدام وحدات غسيل الكلى. وفي كل المحافظات البالغ عددها ست وعشرين إضافة إلى مدينة الأقصر يوجد مدير محلي يعمل بنظام بعض الوقت (دوام جزئى) لبرنامج فيروس نقص المناعة/ الإيدز تحت إشراف البرنامج القومى للإيدز. وفي دراسة تقويمية أجراها هذا البرنامج فى عام ٢٠٠٢ وُجد أن القدرات الفنية والإدارية للمدراء على مستوى المحافظات تتفاوت بشكل كبير.

وبالرغم من حقيقة أن المرض ينتقل فى معظم الحالات عبر الإتصال الجنسى، فإن استخدام الواقي المطاطي كوسيلة للوقاية من المرض لا يزال ضعيفاً. ومن ثم يجب تعزيز استراتيجيات الوقاية، بما فى ذلك برامج الواقى المطاطى، مع الأخذ فى الإعتبار السياق المحلى والثقافى.

إنّ مراقبة الأمراض التى تنتقل عبر الاتصال الجنسى، مثل عامل الخطورة الشائع لانتقال فيروس نقص المناعة/الإيدز، ضعيفة كما أنّ الأرقام الحقيقية لإنتشار هذه الأمراض غير متوفرة على المستوى المركزى ومستوى المحافظات. ويلجأ معظم المرضى المصابين بأمراض تنتقل عبر الاتصال الجنسى إلى تلقى العلاج فى العيادات الخاصة لضمان الخصوصية والسرية. ويُهمل استخدام الواقي المطاطي بوصفه مانع للحمل فى برنامج تنظيم الأسرة، وهو فى انخفاض مستمر (الجدول ١). وتحد التقاليد الثقافية والدينية من توزيع الواقى المطاطى إلا للنساء المتزوجات اللاتي يطلبنه كمانع للحمل. ولا تتوفر بيانات حول استخدام الواقي المطاطى فى غير العلاقات الزوجية أو بين الشباب. ويتم استيراد الواقي المطاطى بشكل رئيسى من قبل القطاع الخاص ووزارة الصحة والسكان. وقد تم توزيع حوالي ٥ ملايين واقي مطاطي على الصيدليات والمرافق الصحية لوزارة الصحة والسكان فى عام ٢٠٠٣ غير أن البيانات حول استخدامه أو نوع العملاء الذين يشترونه غير متوفرة.

الجدول ١: الاتجاهات فى انتشار استخدام الواقى المطاطى بين الأزواج

السنة	١٩٩٢	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٣
معدل الاستخدام	٤,٢٪	٢,٩٪	١,٧٪	٠,٩٪

المصدر: المسح الديموغرافى والصحى ١٩٩٢-٢٠٠٣

٢ - التحديات الرئيسية

يكمن التحدى فيما يتعلق بمرض التهاب الكبد الوبائي من نوع سى فى ارتفاع نسبة انتشاره والتقليل من حجمه الحقيقى. ويعيش العديد من الأفراد الحاملين لفيروس التهاب

الكبد الوبائى من نوع سى بشكل طبيعي دون أن يعانوا أية أعراض، إلا أنهم قادرين على نقل فيروس المرض. وتبلغ نسبة الاصابة به ٣٠٪ على مستوى المجتمع، الأمر الذى يجعل منه مرضاً يحتاج إلى استراتيجية إعلامية للاتصال الجماهيرى فى محاولة للتغيير السلوكى. وبالإضافة إلى ذلك، تعتبر تكلفة الفحص للكشف عن الإصابة بمرض التهاب الكبد الوبائى من نوع سى مرتفعة جدا، الأمر الذي يجعل من إجراء الدراسات المستمرة فى المجتمع أمراً مكلفاً جداً.

وينصب تركيز النظام الحالى لقياس نسبة انتشار داء الشستوسوما على بعض المناطق محددة المخاطر فى حين يتم إهمال مناطق أخرى. ولا يتم تنفيذ المتابعة وخصوصاً عندما يتعلق الأمر بنسب انتشار لم يبلغ عنها. ويجب أن تعمل مصر لمنع ظهور داء الشستوسوما مجدداً من خلال تنفيذ الأنظمة العلاجية والمتابعة وتعزيز المراقبة فى المناطق التى يستوطن فيها المرض.

وبالرغم من نجاح مصر فى القضاء على مرض الملاريا إلا أنها تعتبر قريبة جغرافيا من البلدان التى لا يزال فيها مرض الملاريا مستوطنا، ولذلك يجب عليها أن تظل يقظة لمنع دخول الأفراد المصابين بالمرض الى أراضيها. كما أنه من الضرورى بذل الجهود للمراقبة المستمرة فى مناطق توالد البعوض، ولتغطية كافة مناطق مصر بنظام جيد للتخلص من مياه الصرف.

ويمكن تحقيق الأهداف المتعلقة بمرض السل إلا أنه يجب تغيير السلوكيات الفردية مثل التدخين والتشارك فى الشيشة (النرجيلة). وتزيد أيضا عوامل الازدحام المفرط والتهوية السيئة فى المنازل وسوء التغذية من فرص الإصابة بالعدوى.

إن النسبة المنخفضة لانتشار فيروس نقص المناعة/الإيدز تقلل من ضرورة منح الأولوية لبرامج الوقاية والسيطرة. ويحتاج البرنامج القومى للإيدز إلى تعزيز قدرته فى جمع البيانات وتحليلها وصياغة السياسات والتخطيط الاستراتيجى وتنفيذ البرامج على مستوى المحافظات.

وأكد تقييم الوضع والاستجابة الحالية، التى أجرتها المجموعة الرئيسية الموسعة التابعة للأمم المتحدة حول فيروس نقص المناعة/الإيدز والبرنامج القومى للإيدز خلال العام ٢٠٠٣، إنه بغض النظر عن نسبة الانتشار المنخفضة، تظهر فى مصر عوامل خطر يجب مواجهتها على نحو ملائم لمنع أى تفشى محتمل للمرض فى المستقبل.

ولذلك توجد حاجة لسياسات واستراتيجيات مركزة لتقديم الرعاية للأفراد المتأثرين وتقديم الاستشارة لعائلاتهم، والوصول إلى المجموعات الأكثر عرضة للإصابة مثل العاملين فى مجال النوع لأغراض تجارية ومتعاطى المخدرات واللواطيين. كما أن محاولة الوصول الى الأفراد الحاملين لفيروس نقص المناعة هو مجال آخر يجب أن يُمنح اهتماماً خاصاً لتحسين معدل الوصول إليهم ومعالجتهم.

وبسبب التقاليد الثقافية للمجتمع المصري يعد موضوع فيروس نقص المناعة/الإيدز مسألة حساسة للغاية مما يجعل من الصعب زيادة الوعي عنه لدى السكان. ولا يتم الوصول إلى المجموعات المستهدفة مثل الشباب والمجموعات الأكثر عرضة بشكل كاف. وتقتصر معالجة الأفراد المصابين على العلاج المباشر، حيث لا تتوفر المعالجة لمنع عودة الفيروس. ويتعين وضع جهود التفاوض بشأن شراء علاجات منخفضة التكلفة لمنع عودة الفيروس من ضمن أولويات البرنامج القومى للإيدز.

ولا تزال أنظمة المتابعة لتحديد الحالات وإجراء الاتصالات فى مراحل مبكرة، غير فاعلة بشكل جيد. ويلجأ العديد من الأشخاص المصابين بأمراض تنتقل عبر الاتصال الجنسى، والمرتبطة بازدياد مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة/الإيدز، إلى تلقي العلاج فى العيادات الخاصة ولا يتم التبليغ عنها ولا تتم متابعتها.

ولا تزال خدمات الإستشارة والفحص الطوعي فى مرحلة التطوير. ومن الضرورى وجود نظام لضمان الفحص مجهول الاسم لبناء الثقة لدى من يتم فحصهم. ويحتاج مرض فيروس نقص المناعة/الإيدز إلى تبنى منهج متكامل للوقاية وإلى الجهود الجماعية للوزارات الأخرى مثل التعليم والداخلية والشباب والإعلام. ويعتبر أيضا تحديد مصادر تمويل البرنامج من موارد وزارة الصحة والسكان أمراً أساسياً للحفاظ على وتوسيع مدى فاعلية البرنامج.

إن تطوير إرشادات مراقبة الإصابات بالمرض وتطبيقها الدقيق يشكل تحديا رئيسيا لمنع انتقال مرض فيروس نقص المناعة/الإيدز والتهاب الكبد الوبائي من نوع سى فى مواقع الرعاية الصحية، مثل وحدات غسيل الكلى. وسيتطلب تنفيذ هذه الإرشادات تدريب مكثف للقائمين على تقديم خدمات الرعاية الصحية على اختلاف مستوياتهم وتضمينها فى المناهج الجامعية.

٣ – البيئة الداعمة

تكفل وزارة الصحة والسكان فحص كافة عينات الدم ومنتجاته للكشف عن فيروس نقص المناعة والتهاب الكبد الوبائي من نوعي "بى" و "سى" الأمر الذي يحسّن من سلامة الدم. وتم إنشاء وحدة لمراقبة الإصابة بالعدوى ضمن وزارة الصحة والسكان وتعكف الآن على وضع إرشادات قومية من شأن تنفيذها أن يخفض من مخاطر انتقال الجراثيم التى تنمو فى الدم مثل فيروس نقص المناعة والتهاب الكبد الوبائى.

فقد التزمت مصر بجميع الاتفاقيات الدولية المتعلقة بمرض فيروس نقص المناعة/الإيدز مثل تحقيق هدف التنمية الألفية والإعلان عن الالتزام بمكافحةالإيدز[٣].

كما تدعم وزارة الصحة والسكان أيضاً توجيه الرسائل الإعلامية لزيادة مستوى الوعي بين السكان حول أنماط انتقال الجراثيم التى تنمو فى الدم وتنقل فيروس نقص المناعة، وطرق الوقاية منها.

وتدعم الأمم المتحدة حالياً البرنامج القومى للإيدز فى صياغة خطة استراتيجية قومية.

كما تم فتح خط ساخن للإيدز لمدة ١٢ ساعة كل يوم لتقديم المساعدة للمتصلين من كافة الفئات العمرية والخلفيات. ويتلقى المكالمات أشخاص مدربون بشكل جيد، ويتم الوصول إلى خدماتهم من قبل العديد من المتصلين من داخل مصر ومن العالم العربى.

وقد بدأ رجال الدين فى مصر، كما فى بقية العالم العربى، فى الإهتمام بشكل أكبر بفيروس نقص المناعة/الإيدز وآثاره، وذلك من أجل دعم الجهود المبذولة حالياً لزيادة التوعية العامة وفى ذات الوقت لدعم التقاليد الثقافية والمحلية.

نظرة على الوضع العام:

هل سيتم تحقيق الهدف بحلول ٢٠١٥؟

محتمل* ممكن غير مرجح **بيانات غير كافية****

حالة البيئة الداعمة

قوى* مقبول **ضعيف لكنه يتحسن**** ضعيف

* الملاريا والسل
** فيروس نقص المناعة/الإيدز، التهاب الكبد الوبائى من نوع سى

إن المعالجة من داء الشستوسوما والسل متوفرة ويمكن الحصول عليها بشكل واسع بالنسبة لكافة المرضى. وتستمر مصر فى ضمان بقائها منطقة خالية من مرض الملاريا.

٤ – أولويات المساعدة التنموية

– إنشاء أنظمة مراقبة عملية لمرض فيروس نقص المناعة/الإيدز والتهاب الكبد الوبائي وغيرها من الأمراض التى تنتقل عبر الاتصال الجنسى.

– تعزيز قدرة البرنامج القومى للإيدز على المستوى المركزى ومستوى المحافظات فى صياغة السياسات والتخطيط وتنفيذ البرامج.

– تعزيز منهج متعدد القطاعات فى معالجة مرض فيروس نقص المناعة/الإيدز.

– زيادة مستوى الوعى العام وتبنى استراتيجيات اتصال للتغيير السلوكى لخفض حالات انتشار الإصابة بمرض التهاب الكبد الوبائي من نوع سى والحفاظ على انخفاض مستويات الإصابة بفيروس نقص المناعة/الإيدز كما هو الحال الآن.

– دعم المنظمات غير الحكومية وتوسيع دورها فى زيادة مستوى الوعي العام للوقاية من مرض فيروس نقص المناعة وتقليل تأثير 'وصمة العار" والتمييز الذي يلقاه المصابون بهذا المرض.

– تطوير وتعزيز قدرة القائمين على الخدمات، سواء فى العيادات الحكومية أو الخاصة، لتشخيص الحالات المصابة بأمراض تنتقل عبر الاتصال الجنسى والتبليغ عنها وإدارتها.

– مواصلة الجهود التى أطلقت لوضع إرشادات مراقبة الإصابة بالعدوى ومتابعة تنفيذها.

– توجيه الخدمات للإستشارة والفحص الطوعى.

٥ – متابعة سير التقدم فى وقف انتشار أمراض الملاريا والسل وداء الشستوسوما وفيروس نقص المناعة/الإيدز والتهاب الكبد الوبائي من النوعين بي وسى: بيئة المراقبة

عناصر بيئة المراقبة	التقييم		
القدرة على جمع البيانات	**قوى**	مقبول	**ضعيف**
نوعية معلومات الاستطلاع الأخير	**قوى**	**مقبول**	ضعيف
قدرات المتابعة الإحصائية	**قوى**	مقبول	**ضعيف**
القدرة على دمج التحليل الإحصائي فى آليات السياسة والتخطيط وتوزيع الموارد	**قوى**	مقبول	**ضعيف**
آليات المراقبة والتقويم	قوى	**مقبول**	ضعيف

الأزرق: الملاريا والسل وداء الشستوسوما

الأحمر: انتشار فيروس نقص المناعة/الإيدز والتهاب الكبد الوبائى من النوعين بي وسى

ملاحظات

١ وزارة الصحة والسكان.

٢ حتى تاريخه، تم الإبلاغ عن ١٣٤٣ حالة مصابة بفيروس نقص المناعة/الإيدز، البرنامج الوطنى للإيدز، ٢٠٠٤/٣/٣١.

٣ الجلسة الخاصة للجمعية العمومية للأمم المتحدة حول فيروس نقص المناعة/الإيدز، يونيو ٢٠٠١، المسح الديموغرافى والصحى، ٢٠٠٠.

٧ - ضمان الاستدامة البيئية

©نسا برزق - شركة وايلدفاير

الهدف: إدماج مبادئ التنمية المستدامة فى السياسات والبرامج القطرية والحد من فقدان الموارد البيئية

المؤشرات: نسبة مساحة الأراضى المغطاة بالغابات

نسبة المساحة المحمية من الأراضى للحفاظ على التنوع البيولوجى

إجمالى الناتج المحلى لكل وحدة من استهلاك الطاقة (كمؤشر لفعالية استخدام الطاقة)

معدل انبعاثات غاز ثانى أكسيد الكربون (لكل فرد) ومدى تلوث الجو العالمى الذى يؤدى إلى تآكل طبقة الأوزون وتراكم الغازات المسببة لارتفاع درجة حرارة الجو

الهدف: تخفيض نسبة الأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على مياه الشرب النظيفة إلى النصف بحلول العام ٢٠١٥

المؤشرات: نسبة الأشخاص الذين يمكنهم الحصول على المياه النظيفة الآمنة بصفة دائمة

الهدف: تحقيق تحسن كبير فى الظروف المعيشية لما لا يقل عن ١٠٠ مليون من سكان الأحياء الفقيرة بحلول العام ٢٠٢٠

المؤشرات: نسبة الأشخاص الذين يمكنهم الحصول على خدمات متطورة للصرف الصحى ويتمتعون بملكية آمنة للأراضى التى يسكنون عليها

١ - حالة التقدم

تعاني مصر من تلوث المياه والهواء والتلوث الضوضائى. كما أن مشكلة إدارة المخلفات الصلبة لا تزال قائمة فى بعض المحافظات. وفي دراسة حديثة أجراها البنك الدولى حول تقييم تكلفة التدهور البيئى قُدّرت تكلفة أضرار التدهور البيئى فى مصر بما يصل الى ١٠-١٩ مليار جنيه مصرى فى السنة أو ما يعادل ٣,٢٪-٦,٤٪ من إجمالى الناتج المحلى[١].

ويمثل تلوث الهواء السبب الأكثر أهمية فى المدن الكبيرة فى تدهور الصحة ونوعية الحياة، لا سيما فى القاهرة. وأمراض الإسهال واحدة من أهم المشكلات الناجمة عن التلوث؛ حيث تؤدى إلى الوفاة. فتؤثر أمراض الإسهال بشكل رئيسى على الأطفال، وتحدث نتيجة الإفتقار إلى: مياه الشرب النظيفة، ونظام الصرف الصحى، والعمالة المدربة، على تشغيل محطات مياه الشرب والصرف الصحى، ونظام التغذية السليم.

وتحدد الخطة الوطنية للعمل البيئى لعام ٢٠٠٢/٢٠١٧ مدى خطورة المشاكل البيئية متعددة الأوجه فى مصر. وتؤكد على ضرورة إحداث التغييرات فى مجالات المياه والصرف الصحى والطاقة والتنوع البيولوجى. وتنص الخطة الوطنية للفترة ١٩٩٧-٢٠١٧ على أن الهدف الجوهرى هو "تحقيق التنمية المستدامة اقتصاديا وسياسيا وبيئيا". وتسعى وزارة الدولة لشئون البيئة إلى دمج البعد البيئى فى كافة السياسات والخطط والبرامج الوطنية التى ترتبط بحماية الصحة البشرية وإدارة الموارد الوطنية.

كما تهدف الخطة إلى صيانة الموارد الوطنية والموروث الوطنى والتنوع البيولوجى ضمن سياق التنمية المستدامة. كما تهدف الوزارة أيضا إلى تخفيض مستويات التلوث الحالية وبالتالي التقليل من المخاطر الصحية وتحسين نوعية الحياة. غير أن جهود الحكومة لمعالجة هذه المشاكل كان لها أثر محدود حتى الآن.

المحميات الطبيعية: تذخر مصر بموروث طبيعي وافر، وتسعى للمحافظة عليه لمنفعة الأجيال الحاضرة والمستقبلية. ويوجد حالياً ٢٣ محمية تغطي حوالى ٩٪ من مجموع مناطق مصر[٢].

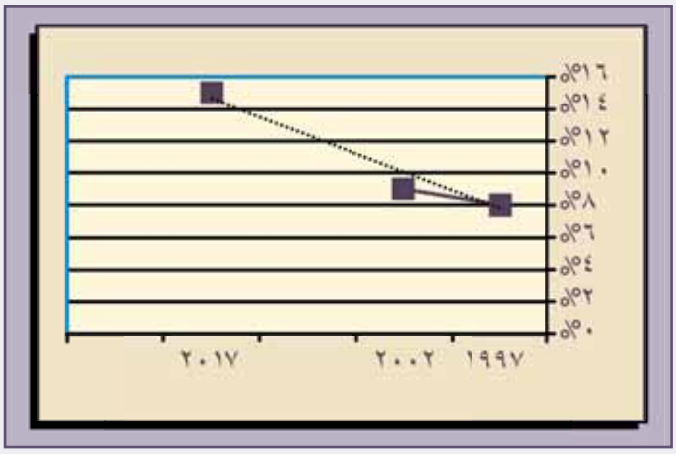
وتتضمن الجهود التى تبذل للمحافظة على شبكة المناطق المحمية وتعزيز الحفاظ على الطبيعة فى مصر تطوير بنية تحتية واسعة، مثل مراكز الزوار والمرافق التعليمية، وإدماج المجتمعات المحلية فى إدارة المناطق المحمية، وتنفيذ الإتفاقيات الدولية والإقليمية التى تتعلق بالتنوع البيولوجى.

تغير المناخ: بلغت انبعاثات ثانى أكسيد الكربون فى عام ٢٠٠٠/٢٠٠١ ١,٧ طن لكل فرد مقارنة مع ٢ طن فى عام ١٩٩٩ و ١,١ طن فى عام ١٩٨٠.

يبلغ اعتماد مصر على الوقود الحفرى نسبة ٩٢٪. ويبلغ حاليا الناتج المحلى الإجمالى لكل وحدة طاقة ٦,٣٣ كيلو جرام (مكافىء نفط) مقارنة مع ٤,٨ كيلوجرام (مكافئ نفط) فقط فى عام ٢٠٠٠ و ٣,٩ كيلو جرام (مكافئ نفط) فى عام ١٩٩٠. ويتمثل المصدر الرئيسى لإنبعاثات غازات الإحتباس الحرارى فى احتراق الوقود فى قطاع الطاقة (٢٢٪) والصناعة (٢١٪) والنقل (١٨٪) والقطاع الزراعى (١٥٪)[٣].

وبالمقارنة مع البلدان الصناعية، لا تزال انبعاثات ثانى أكسيد الكربون فى مصر منخفضة ولا تذكر على المستوى العالمى. وفي الوقت نفسه، تعتبر مصر من بين البلدان التى يمثل تغير المناخ بالنسبة لها تهديدا حقيقيا بسبب المناطق الكثيفة سكانيا. كما سيتيح تطوير المشروعات لتخفيض انبعاثات غازات الاحتباس الحرارى فرصة لمصر لرفع مستوى قطاعات الطاقة والنقل والصناعة. ومن بين هذه المشروعات إجراءات تخفيض انبعاثات ثانى أكسيد الكربون عن طريق زراعة الأشجار والغابات وبالتالى زيادة قدرة امتصاص ثانى أكسيد الكربون.

الشكل ١: النسبة المئوية للمناطق التى تغطيها محميات طبيعية وهدف الحكومة لعام ٢٠١٧



المصدر: الخطة الوطنية للعمل البيئى لعام ٢٠٠٢/٢٠٠٣

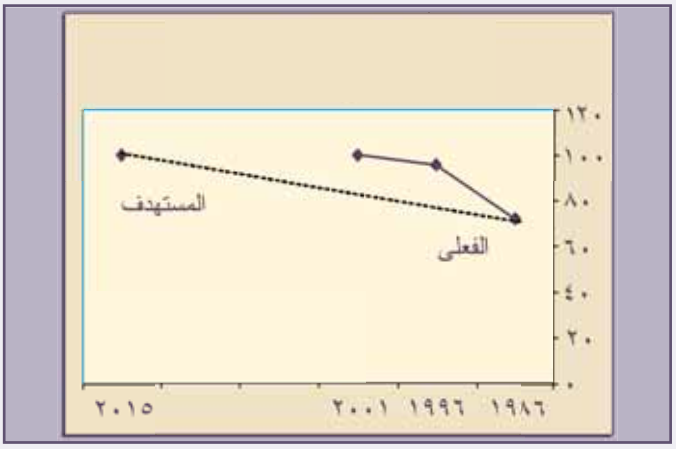
وعلى مر العشر سنوات الماضية تم تجهيز ٢٢٠٠٠ فدان لزراعتها كغابات. وتوجد معظم هذه الغابات فى مناطق مصر العليا (قنا، الأقصر، ادفو) والوادى الجديد. ولا تزال نسبة المناطق التى تغطيها الغابات محدودة جدا بالمقارنة مع المنطقة المأهولة من مصر (٩ كيلو متر مربع: ٤٠٠,٠٠٠ كيلومتر مربع).

وقد تغير إجمالى الناتج المحلى لكل وحدة من استخدام الطاقة فى مصر من ٣,٩ دولار أمريكى لكل كيلو جرام (مكافئ نفط) فى عام ١٩٩٠ ليساوى ٤,٨ دولار أمريكى فى عام ٢٠٠٠. وتبذل الحكومة جهوداً لتعزيز سياسات استخدام الطاقة بفاعلية واستخدام الغاز الطبيعى والطاقة الكهربائية المائية وغيرها من مصادر الطاقة المتجددة. وتتعاون وزارة الدولة لشئون البيئة مع القطاع الصناعي لتحقيق هذه الأمور ورفع مستوى الوعي بالأثر الصحى السلبى لتآكل طبقة الأوزون. ونتيجة لذلك، انخفض معدل استهلاك مصر للكلوروفلوروكربونات المسببة لتآكل طبقة الأوزون من ٢,١٤٤ طن مترى فى عام ١٩٩٠ إلى ١,٣٣٥ فى عام ٢٠٠١.

نمو عدد السكان: يزداد الموقف البيئى سوءاً من خلال النمو السريع لعدد السكان، والذي يلقي بعبء كبير على الموارد الطبيعية فى مصر. وتعتمد مصر على نهر النيل بنسبة ٩٧٪ من مواردها المائية بالإضافة إلى ١,٤ مليار متر مكعب من مياه الأمطار. وقد حدث انخفاض سريع فى حصة كل فرد من المياه فى ضوء حصة النيل الثابتة التى تبلغ ٥٥,٥ مليار متر مكعب سنويا. وسيتناقص متوسط الحصة السنوية لكل فرد،من ١٠٠٠ متر مكعب تقريبا فى أوائل التسعينيات، إلى ما مقداره ٦٠٠ متر مكعب فى العام ٢٠٢٠، وسينخفض إلى ٤٠٠ متر مكعب بحلول العام ٢٠٣٠ إذا ما استمر المعدل الحالى للإنجاب.

كما يزيد نمو عدد السكان المرتفع من الضغط على مشروعات استصلاح الأراضى الصحراوية لتوفير الأغذية للأعداد المتزايدة من السكان.

الشكل ٢: النسبة المئوية الفعلية والمستهدفة للسكان الذين تصلهم شبكة مياه الشرب



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

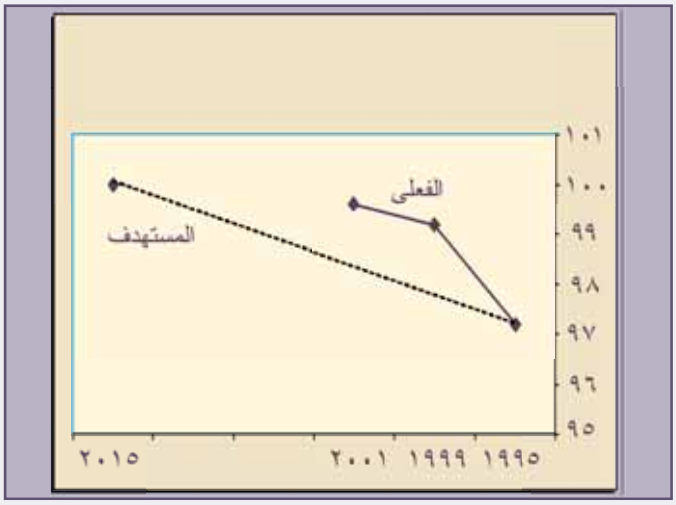
الحصول على المياه النظيفة للشرب وتحسين شبكة الصرف الصحى: تبلورت السياسة العامة للحكومة المصرية فى زيادة فعالية مرافق المياه وتنفيذ برنامج قومى لإدارة جودة المياه. ويعتمد قرابة ٩٩٪ من السكان المناطق الحضرية و٩٦٪ من سكان بالمناطق الريفية فى مصر على إمدادات شبكة مياه الشرب. غير أن هذه الأرقام لا تكشف عن الاختلافات الموجودة بين المحافظات.

وفيما يتعلق بوضع المياه وظروف تعزيز الصحة العامة على مستوى المحافظات، ارتفعت نسبة العائلات التى يمكنها الحصول بشكل مستدام على مياه نظيفة على مر السنوات (١٩٨٦ و ١٩٩٦ و ٢٠٠١) لكافة المحافظات. وفي عام ٢٠٠١، كانت أفضل المحافظات وضعا هي بورسعيد والسويس ودمياط وكفر الشيخ

والجيزة والفيوم وأسوان بنسبة ١٠٠٪. أما المحافظات الأسوأ فكانت المنيا بنسبة ٦٠,٧٪ وسوهاج بنسبة ٧١,٩٪. وتشير التوقعات لعام ٢٠١٥ أن معظم المحافظات المصرية ستحقق وصولاً كاملاً إلى مصادر المياه النظيفة بنسبة ١٠٠٪ باستثناء القاهرة والقليوبية والمنوفية وبنى سويف والمنيا والمحافظات الحدودية.

وقد ارتفعت نسبة سكان المناطق الحضرية الذين يمكنهم الحصول على خدمات جيدة للصرف الصحى لتعزيز الصحة العامة على مر السنوات (١٩٩٥ و ١٩٩٩ و ٢٠٠١) فى كافة المحافظات. وفي عام ٢٠٠١، كانت أفضل المحافظات وضعاً هى بورسعيد والسويس ودمياط والدقهلية والقليوبية والإسماعيلية بنسبة ١٠٠٪. أما المحافظات الأسوأ وضعاً فكانت سوهاج بنسبة ٩٢,٤٪ وجنوب سيناء بنسبة ٩٢,٥٪. وتبلغ تقديرات عام ٢٠١٥ لكافة المحافظات ١٠٠٪.

الشكل ٣: النسبة المئوية الفعلية والمستهدفة لسكان المناطق الحضرية المستفيدين من شبكة الصرف الصحى



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

نظرة على الوضع العام:

هل سيتم تحقيق الهدف بحلول ٢٠١٥؟

محتمل ممكن غير مرجح بيانات غير كافية

حالة البيئة الداعمة

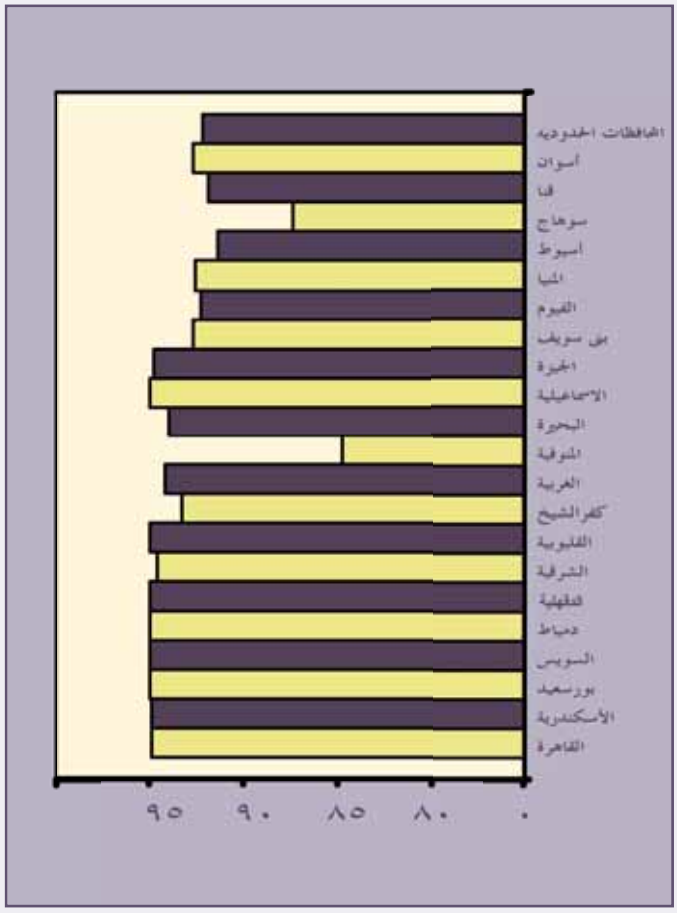
قوى مقبول ضعيف لكنه يتحسن ضعيف

يجب ملاحظة أن المنهجية الحالية المستخدمة بشكل شامل لقياس مؤشرات الحصول على مياه شبكة الشرب والاستفادة من شبكة الصرف الصحى هى كثيراً ما تُنتقد لعدم تقديمها صورة حقيقية حول مستوى الوصول إلى هاتين الخدمتين الأساسيتين.

المناطق الفقيرة والعشوائية: يتأثر سكان الأحياء الفقيرة والعشوائية والأزقة فى مصر بشكل سلبى من حيث الحصول على التعليم والخدمات الصحية والمياه والمستوى المعيشى الجيد. ووفقا لتقديرات الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء (يونيو ٢٠٠٠)، تشتمل مصر على ٩٠٩ حى فقير يقطنها أكثر من ٥,٥ مليون شخص.

ويحتاج الفقراء وأولئك الذين يقطنون الأحياء العشوائية للحصول على خدمات تعليم وخدمات صحية أفضل، بما فى ذلك الصحة الإنجابية، لتحسين مستوى معيشتهم وتخفيض معدلات الإنجاب. وتؤثر العديد من المشاكل الاجتماعية بشكل خطر على حياة معظم المجموعات سريعة التأثر، لا سيما النساء. حيث يؤثر الازدحام المفرط على صحتهن والعناية الذاتية، بينما يُحد حجم العائلة الكبير من مشاركتهن فى القوى العاملة ويُشكل عائقاً أمام خصوصية الصحة الإنجابية. كما أنَّ عدم توفر وسائل النقل يُحد من الحصول على الخدمات الصحية ويُضعف الفقر من جهة أخرى من فرص العمل المتاحة أمام هذه الفئة.

الشكل ٤: النسبة المئوية لسكان المناطق الحضرية المستفيدين من شبكة الصرف الصحى حسب المحافظات فى عام ٢٠٠١



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

وتأوي الأحياء العشوائية والفقيرة أيضا العديد من الشباب الذين يعانون من البطالة والفقر والافتقار إلى الإرشاد والمعلومات المناسبة.

وقد أطلقت الحكومة عدة مشروعات لتحسين الظروف المعيشية فى هذه المناطق. ومن أجل معالجة هذه المشكلة بشكل ملائم، لا تزال هناك حاجة إلى توفر المعلومات الدقيقة، من خلال إنشاء محطات رصد فى المناطق الحضرية لتقديم التقارير حول الظروف التى تسود فى هذه الأحياء الفقيرة.

٢ – التحديات الرئيسية

بالرغم من استثمارات الحكومة وجهودها، لا تزال مشكلة ضمان الإستدامة البيئية إحدى المشاكل الحادة.

– تعتبر ظروف النساء والشباب فى الأحياء العشوائية عنصراً اجتماعياً رئيسياً وحاكماً فى مستقبل مصر. ويدعو هذا الأمر إلى ضرورة الاستثمار فى تحسين ظروفهم كمصدر لتنمية المجتمع. فهم لا يمثلون عناصر للتكاثر فقط، بل أنهم يمثلون أيضا القوة المسببة لتغيير الموقف الإقتصادى والإجتماعى والسياسى للمجتمع. ويجب أن يقتنع صانعو السياسة بأن الفقراء لا يشكلون فقط جزءا من المشكلة، بل يشكلون أيضاً جزءا من الحل.

– مطلوب تعزيز المؤسسات البيئية وتطبيق سلوك بيئي سليم.

– ويكمن التحدي الرئيسى فى ضبط مشكلة السكان والطلب المتزايد على الموارد الطبيعية.

– غياب نظام مراقبة كفء لمؤشرات الصحة البيئية.

– كان لأنشطة التعليم والوعى البيئى أثر قليل على السلوك السليم بيئياً للمواطنين.

٣ – البيئة الداعمة

تدرك الحكومة المصرية حقيقة المشكلة وتتخذ خطوات نحو تحقيق الهدف المنشود.

– لقد أنفقت مصر استثمارات ضخمة فى قطاع المياه من خلال مشروعات الرى الرئيسية وتزويد مياه الشرب والبنية التحتية للصرف الصحى. وقد لعبت دوراً مركزياً فى التعاون مع البلدان الأخرى المشتركة معها فى حوض نهر النيل فيما يخص امدادات مياه نهر النيل ومصادر المياه الجوفية، وقد اشتركت مع كافة الوكالات الدولية الرئيسية المعنية بقطاع المياه.

– لقد اتخذت عدة خطوات نحو تحسين نوعية الهواء فى مصر. حيث أصدر وزير الداخلية قراراً يربط بين إصدار رخصة السيارة ونتيجة فحص انبعاثاتها من الدخان. وقد صاغت وزارة الدولة لشئون البيئة خطة لنقل موقع الأنشطة الملوثة إلى خارج المناطق السكانية. وبالإضافة إلى ذلك، شكلت وحدات تفتيش بيئية على المستوى المركزى، وهى التى أعدت الدليل الأول للسياسات والإجراءات فى هذا الخصوص.

– تنفذ وزارة الدولة لشؤون البيئة مشروع الحزام الأخضر حول القاهرة الكبرى من أجل تحسين نوعية الهواء وتقليل معدلات الغبار والرمل.

– التعاون القوى بين المانحين والحكومة: على سبيل المثال، هناك مشروعات تنمية المحميات فى جنوب سيناء التى تم تنفيذها بالتعاون مع الاتحاد الأوروبى، وفي محافظة البحر الأحمر بالتعاون مع برنامج المعونة الأمريكى، وفي الفيوم بدعم من الحكومة الإيطالية، وفي شمال سيناء بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائى. ويتم تنفيذ مشروع الاستخدام والصيانة المستدامة للنباتات الطبية فى الأراضى القاحلة وشبه القاحلة بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائى خلال الخمس سنوات القادمة.

٤ – أولويات المساعدة التنموية:

من أجل ضمان الاستدامة البيئية، يجب دعم الموضوعات التالية من قبل المجتمع الدولى:

– بناء القدرات للتخطيط والإدارة البيئية كأداة لتحقيق التنمية المستدامة.

– تجسير الفروقات بين المناطق المختلفة وضمان الوصول المتساوى للموارد والخدمات. وزيادة مستوى الوعى البيئى من خلال تشجيع مبادرات زيادة وعى المستهلك والتدخلات المجتمعية فى إدارة المشروعات البيئية.

– تطوير المزيد من مصادر الطاقة البديلة، لا سيما الطاقة الشمسية.

– زيادة الجهود حول إدارة الطلب على المياه.

– ضبط نمو السكان.

– إنشاء محطات الرصد الحضرية للظروف السائدة فى الأحياء العشوائية والفقيرة وإدارة السياسات المتعلقة بالمياه والصرف الصحى إضافة إلى الإسكان وامتلاك الأراضى.

– تنفيذ استراتيجيات متكاملة للتنمية الحضرية، وتفعيل الخطط التنفيذية على المستوى المحلى.

– مراقبة تنفيذ السياسة الوطنية للمشاركة المجتمعية فى الجهود التنمويه الحضرية والبيئية.

٥ – متابعة سير التقدم فى الإستدامة البيئية: بيئة المراقبة

عناصر بيئة المراقبة	التقييم		
القدرة على جمع البيانات	قوى	**مقبول**	ضعيف
نوعية معلومات الاستطلاع الأخير	قوى	مقبول	**ضعيف**
قدرات المتابعة الإحصائية	قوى	مقبول	**ضعيف**
القدرة على دمج التحليل الإحصائي فى آليات السياسة والتخطيط وتوزيع الموارد	قوى	**مقبول**	ضعيف
آليات المراقبة والتقويم	قوى	مقبول	**ضعيف**

ملاحظات

١ – البنك الدولى، جمهورية مصر العربية: تقييم تكلفة التدهور البيئى لعام ٢٠٠٢. توضح الدراسة أن نسبة التكلفة إلى الصحة ونوعية الحياة تبلغ حوالى ٣,٢٪ من الناتج المحلى الإجمالى يتبعها ١,٦٪ للموارد الطبيعية.

٢ - خطة العمل البيئى ٢٠٠٢/٢٠٠٣. منذ إعداد التقرير تم إعلان منطقتين محميتين أخريين، ليصل إجمالى عدد المحميات الطبيعية إلى ٢٣.

٣ - جهاز شئون البيئة، الدراسة الاستراتيجية القومية فى مصر حول آلية التنمية النظيفة، القاهرة، ٢٠٠٣.

٨ – إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية

©برنامج الأمم المتحدة للتنمية

الهدف ١٢: المضى فى إقامة نظام تجارى ومالى يشمل التزاما بإدارة شئون الدولة والمجتمع والتنمية وتخفيف وطأة الفقر على الصعيدين الوطنى والدولي.

المؤشرات: إجمالى إنفاق المساعدة التنموية الرسمية فى عام ٢٠٠١

نسبة المساعدة التنموية الرسمية المخصصة للخدمات الأساسية (التعليم الأساسى، الرعاية الصحية الأساسية، التغذية، المياه النظيفة والصرف الصحى)

نسبة الصادرات المصرية المعفية من الرسوم

نسبة المساعدة التنموية الرسمية المقدمة للمساعدة فى بناء القدرات التجارية

الهدف ١٥: المعالجة الشاملة لمشاكل ديون البلدان النامية

المؤشرات: ترتيبات الإعفاء من الديون وتبادل الديون

فوائد الديون كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات

الهدف ١٧: التعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية لتوفير الأدوية الأساسية بأسعار معقولة فى البلدان النامية

المؤشرات: نسبة السكان الذين بإمكانهم الحصول على الأدوية الأساسية بأسعار معقولة بشكل مستدام

الهدف ١٨: التعاون مع القطاع الخاص لإتاحة فوائد التقنيات الجديدة، لا سيما تقنيات المعلومات والاتصالات

المؤشرات: خطوط الهواتف والخطوط الخلوية لكل ١٠٠ شخص

معدل أجهزة الحاسب الآلى واستخدام الإنترنت لكل ١٠٠ شخص

١ – حالة التقدم

يعكس هدف التنمية الألفية الثامن الذى اتفق عليه فى قمة الألفية التزام البلدان المتقدمة تجاه العالم النامى، كما يتطرق لجوانب مهمة مثل المعونة والتجارة والدين.

ويحاول التقرير القطري للأهداف التنموية للألفية لعام ٢٠٠٤ تقديم بعض الرؤى حول كيفية استفادة مصر من الشراكات العالمية من أجل التنمية.

وفيما يلي الخصائص الرئيسية للمساعدة التنموية الرئيسية فى مصر وفقاً لأرقام عام ٢٠٠١ و٢٠٠٢:

– بلغ مجموع إنفاق المانحين فى عام ٢٠٠١ ما يقارب ١,٦ مليار دولار أمريكي فى حين بلغت المساعدة لكل فرد ما مقداره ٢٤,٩٣ دولار أمريكي تقريباً.

– قدمت ما يقارب ٤١ منظمة مانحة، ثنائية ومتعددة الأطراف، المساعدة لمصر.

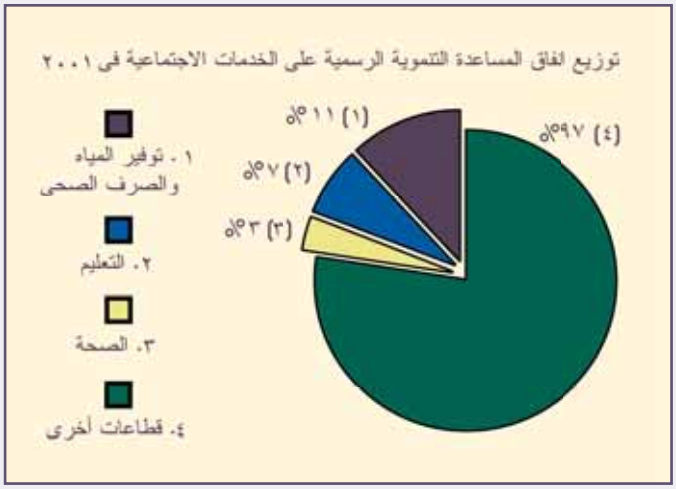
– تم تقديم ٧٠٪ من المساعدة التنموية الرسمية من قبل المانحين الثنائيين، و٢٦٪ من قبل مانحى الأمم المتحدة متعددى الأطراف، و٤٪ من قبل الأمم المتحدة.

– إن برنامج المعونة الأمريكى هو المانح الرئيسى المسئول عن ٤٨٪ تقريبا من إجمالى المساعدة التنموية الرسمية المقدمة إلى مصر.

– يبين تصنيف مخصصات المساعدة التنموية الرسمية لعام ٢٠٠١ حسب نوع المساعدة أن ٤٥٪ من المساعدات كانت على شكل مساعدة لمشاريع استثمارية، و٢٦٪ فى شكل معونة لدعم ميزان المدفوعات، و٢٨٪ فى شكل تعاون فنى، و ١٪ فى شكل معونات غذائية.

يُظهر توزيع مخصصات المساعدة التنموية الرسمية وفقاً للقطاعات أن الخمسة قطاعات التى تلقت ٦٥٪ من المخصصات قد تم ترتيبها تنازليا على النحو التالى: الخدمات المصرفية والمالية (٢٤٪)، الزراعة (١٣٪)، إمداد المياه وتعزيز الصحة العامة (١١٪)، الصناعة (٩٪)، التجارة (٨٪). أما المجموعة الثانية من القطاعات التى تلقت ٢٣٪ من مجموع مخصصات المساعدة التنموية الرسمية فقد كانت مرتبة تنازليا على النحو التالى: التعليم (٧٪)، الطاقة (٥٪)، قطاعات متعددة/حالات مشتركة (٤٪)، النقل (٤٪)، بنية تحتية (٣٪) ويستهدف ٦٦٪ من مشروعات المعونات المستوى الوطنى، و٨٪ تركز على محافظة القاهرة، و٢٦٪ توفر الدعم المباشر للمحافظات الباقية البالغ عددها خمس وعشرون محافظة ولمدينة الأقصر. ويخصص١٢٪ من إجمالى المشروعات بشكل مباشر لمناطق الوجه القبلى.

توزيع انفاق المساعدة التنموية الرسمية على الخدمات الاجتماعية فى ٢٠٠١



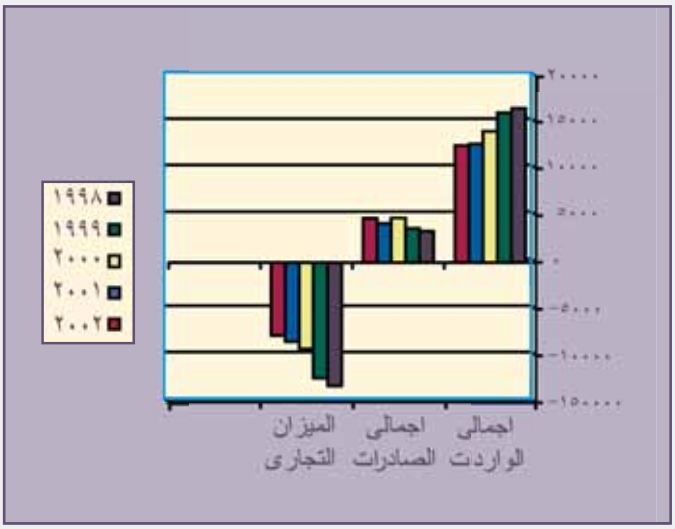
المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائى ٢٠٠٣

بالرغم من تواجد أقل قيم لمؤشر التنمية البشرية فى محافظات الفيوم والمنيا وسوهاج، إلا أن حصتهم من مخصصات المساعدة التنموية الرسمية فى عام ٢٠٠١ قد بلغت ١٠٪ و ١٠٪ و١٣٪ على التوالى من مجموع المساعدة التنموية الرسمية التى تم إنفاقها مباشرة بين محافظات مصر العليا. بينما تتلقى أسوان١٧٪ من مخصصات المساعدة التنموية الرسمية التى يتم تقديمها لمناطق مصر العليا، علما بأنها المحافظة ذات أعلى قيمة لمؤشر التنمية البشرية ٠,٦٩١ فى مصر العليا. ولتحقيق المزيد من الإنسجام، ربما يجب توجيه المزيد من الموارد للمحافظات التى يتواجد فيها أقل قيم لمؤشر التنمية البشرية.

ويبلغ حجم الموارد الخارجية المخصصة للتعليم الأساسى والصحة والمياه والصرف الصحى والمعونات الغذائية الطارئة ما يقارب ١٨٪ من إجمالى المساعدة التنموية الرسمية المدفوعة فى عام ٢٠٠١.

وبالرغم من الإجراءات التى تم اتخاذها لتحسين القدرة التصديرية لمصر، إلا أنها لا تزال لم تستغل إمكانياتها التصديرية الضخمة بالكامل. ويتيح عدد من الاتفاقيات التجارية الثنائية واتفاقية الشراكة مع الاتحاد الأوروبى والإمكانية المستقبلية لوجود منطقة تجارة حرة مع الولايات المتحدة فرصا هائلة لتوسيع نطاق التجارة.

الشكل ١: الميزان التجارى فى مصر ١٩٩٨-٢٠٠٢ (القيمة بمليون دولار أمريكى)



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء والنقطة التجارة الدولية. كما تم نشره فى التقرير الموحد للتجارة الخارجية، وزارة التجارة الخارجية، مايو ٢٠٠٣، المجلد ٢، الإصدار ٠١، الصفحة ٣٢.

ويجب أن يساهم التعاون التنموى فى بناء نظام تجارى ومالى أكثر انفتاحا فى مصر. وعند فحص الصادرات المصرية، نلاحظ أن مجموع الصادرات تمثل اتجاهاً متزايداً انعكس فى انخفاض العجز فى الميزان التجارى خلال الفترة من ١٩٩٨ وحتى ٢٠٠٢.

وبينما تتنوع الصادرات المصرية بين مجموعة كبيرة من أسواق التصدير، إلا أن عددا من البلدان تفرض حصصا على الصادرات، بما فى ذلك الاتحاد الأوروبى والولايات المتحدة وتركيا.

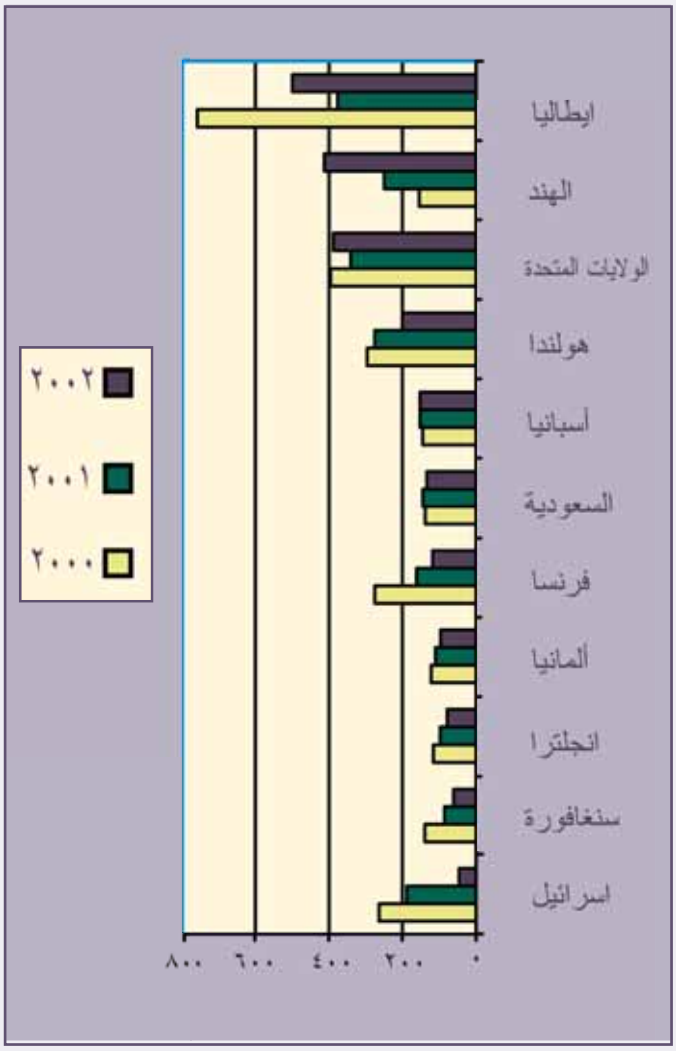
ووفقا لتقديرات البنك الدولى، كان وضع الديون فى مصر فى العام ٢٠٠١ على النحو التالى: إجمالى الديون/إجمالى الناتج المحلى (٢٨,٦٪)، ومدفوعات الفائدة/ إجمالى الناتج المحلى (٠,٧٩٪).

وقد بلغ إجمالى الديون فى عام ٢٠٠٠ ما قيمته ٢٨,٩٥٧ مليار دولار أمريكي. كما أن ٨٦ ٪ من إجمالى الديون هى ديون طويلة الأجل، من بينها ١٣٪ ديون متعددة الأطراف، و٨٠٪ ثنائية الأطراف و ٤٪ منظمات خاصة.

ووفقا لنتائج دراسة قاعدة البيانات المصرية الخاصة بالتعاون التنموى (DECODE) فى عام ٢٠٠١، يمكن تصنيف المساعدات التنموية الرسمية، من حيث نوع المساعدات إلى: ٦٧,٧٪ فى شكل منح، و٣١,٨٪ فى شكل قروض امتيازية، و ٠,٥٪ فقط فى شكل تبادلات ديون.

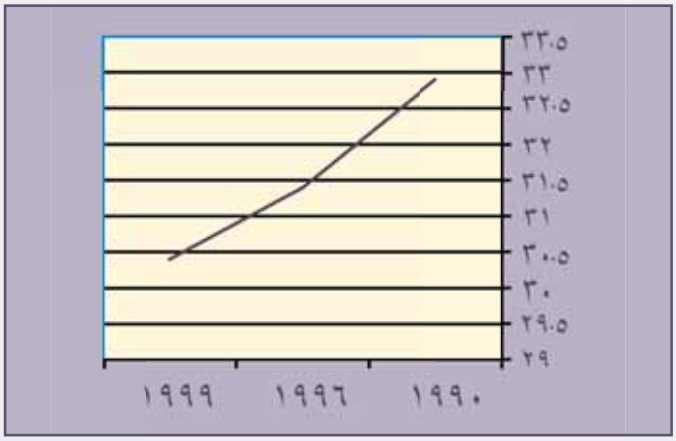
كما يبين الشكل التالي التطور فى إجمالى حجم الديون فى الفترة من ١٩٩٠ الى ١٩٩٩.

الشكل ٢: اتجاه الصادرات المصرية إلى بعض الأسواق الدولية



المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، كما تم نشره فى التقرير الموحد للتجارة الخارجية، وزارة التجارة الخارجية، مايو ٢٠٠٣، المجلد ٢، الإصدار ٠١، الصفحة ٣١.

الشكل ٣: مجمل الديون الخارجية لمصر (بالمليار دولار أمريكى)

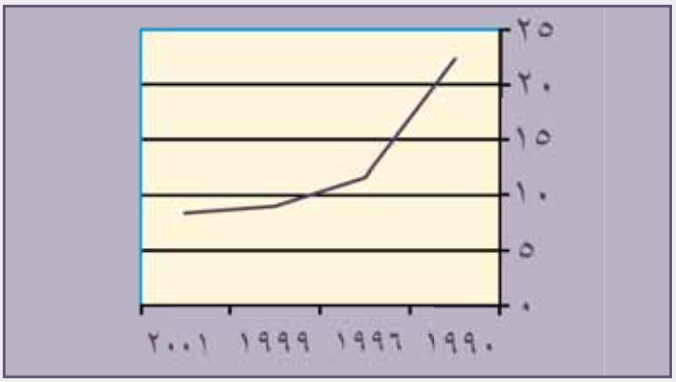


المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، ١٩٩٥و ٢٠٠٠

يُلاحظ انخفاض إجمالى حجم الديون فى هذه الفترة.

ويوضح الشكل(٤) انخفاضاً فى فوائد الديون كنسبة مئوية من صادرات البضائع والخدمات فى الأعوام ١٩٩٠، ١٩٩٦، ١٩٩٩، ٢٠٠١.

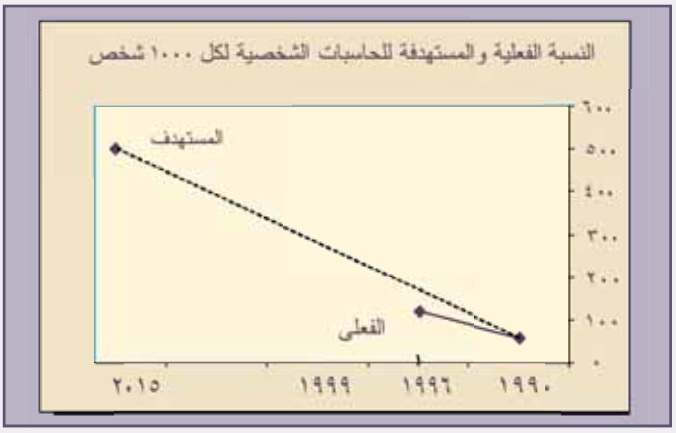
الشكل ٤: تطور فوائد ديون مصر (النسبة المئوية لصادرات السلع والخدمات)



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، ١٩٩٥و ٢٠٠٠، "نظرة سريعة على جمهورية مصر العربية"

يجب أن يُحسِّن التعاون التنموى من حصول مصر على تقنيات المعلومات والاتصالات، وبالرغم من تنوع المشاريع والبرامج التى يدعمها المانحون فى حقل تقنية المعلومات والإتصالات، تظهر نتائج دراسةقاعدة البيانات المصرية الخاصة بالتعاون التنموى أن ٢٪ فقط من إجمالى قيمة المساعدات التنموية الرسمية فى العام ٢٠٠١ تتعلق بأنظمة المعلومات وتقنية الإتصالات.

الشكل ٥: النسبة الفعلية والمستهدفة للحاسبات الشخصية لكل ١٠٠ شخص



المصدر: البنك الدولى، مؤشرات التنمية ١٩٩٨ – ٢٠٠١ باستخدام الطريقة الأسية

إن استخدام الحواسب الشخصية وخطوط الهواتف الخلوية (لتليفون المحمول) آخذ فى الإزدياد، غير أن استخدام خطوط الهواتف والحواسب الشخصية أقل بكثير من المؤشرات المطلوبة.

٢ – التحديات الرئيسية

إنه من الضرورى تفعيل عملية تقويم ومتابعة المساعدات كوسيلة لتقديم المعلومات لصناع القرار فى توقيتات مناسبة.

وثمة حاجة لمزيد من الانتباه من أجل تقييم جهود التعاون من أجل التنمية، لاسيما فى مجال ادارة شئون الدولة والمجتمع و توفير فرص العمل، والعمل المنتج للشباب، وإمكانية الحصول على الأدوية الضرورية.

ومن المطلوب إحداث تغيرات فى سياسات البلدان المانحة فيما يخص: حجم المعونة وتوزيعها واشتراطاتها، والشفافية، والتقنية، وبراءات المستحضرات الصيدلانية، والتعرفات الجمركية، والحصص للدول الغنية، وتنسيق المعونة، وتخفيض العوائق الإدارية التى تواجه البلدان النامية.

نظرة على الوضع العام:

هل سيتم تحقيق الهدف بحلول ٢٠١٥؟

محتمل **ممكن** غير مرجح بيانات غير كافية

حالة البيئة الداعمة

قوى **مقبول** ضعيف لكنه يتحسن ضعيف

٣ – البيئة الداعمة

الخطوات الإيجابية التى اتخذتها الحكومة المصرية

– إعادة تنظيم وزارة التعاون الدولى من أجل تحقيق تنسيق وإدارة أفضل للتعاون التنموى.

– تطوير قاعدة بيانات شاملة بالتعاون مع المانحين لخدمة برامج ومشاريع التعاون التنموى. وتتبلور الغاية من ذلك فى إدارة قاعدة بيانات وتحديثها سنويا من قبل وزارة التعاون الدولى، حيث يصبح من الممكن خلال السنوات القادمة إجراء المزيد من التحليلات الدقيقة للتعاون التنموى فى مصر.

– الإعلان عن سياسات جديدة للتعاون الدولى من قبل وزير الدولة للشؤون الخارجية تهدف إلى زيادة فعالية التعاون التنموى.

– الإلتزام الكبير من قبل الحكومة المصرية تجاه الاستخدام الأكثر فعالية لمصادر التعاون التنموى.

الخطوات الإيجابية التى اتخذها مجتمع المانحين

لقد أثمرت المساعدة التنموية الرسمية التى تلقتها مصر عن تنفيذ عديد من المشروعات والأنشطة الإنمائية المهمة. وبصورة عامة جمعت الموارد بين مجموعة من القطاعات وساهمت فى تلبية احتياجات متنوعة. وينظر إلى المساعدة التنموية الرسمية لمصر لعام ٢٠٠١ على أنها تنسجم مع الأولويات والأهداف الوطنية، لكن بدرجات متفاوتة من الإنسجام.

تضمنت المجالات التى يتواجد فيها درجات مرتفعة من الانسجام، التأكيد على دور القطاع الخاص فى العملية التنموية، والتأكيد على أهمية الخدمات الاجتماعية كما هو معلن عنها فى خطة التنمية الخمسية. بينما أظهر مجال التوظيف وخلق فرص العمل انسجاما متوسطا مع الأولويات الوطنية، وبالرغم من أن توفير فرص العمل يمثل واحدا من الأولويات الرئيسية فى اطار الرؤية طويلة الأجل للتنمية الإجتماعية الإقتصادية وفي الخطة الخمسية، نجد أن المساعدة التنموية الرسمية الموجهة لقطاع التوظيف وخدمات الأعمال تشكل ٥٪ فقط من إجمالى المبلغ الذى أنفق خلال عام ٢٠٠١.

٤ – أولويات المساعدة التنموية

تحقيق المزيد من الانسجام بين أهداف المساعدة التنموية الرسمية والأولويات والاحتياجات الوطنية، كما فى مجال خلق فرص العمل.

وبالرغم من المشاريع والبرامج المتنوعة التى يدعمها المانحون فى حقل تقنية المعلومات والاتصالات، إلا أن استخدام مصر لخطوط الهواتف والحواسب الشخصية لا يزال أقل من النسبة المستهدفة إلى حد بعيد. وعليه، يوصى بتقديم المزيد من المساعدة لحقل تقنية المعلومات والاتصالات بشكل عام.

ويجب توجيه المزيد من الموارد لدعم مصر لبناء بنية تحتية فعالة للنقل للوصول إلى الأسواق الدولية. على سبيل المثال، ترغب مصر فى المشاركة لبناء شبكة سكة حديدية تربطها بأوروبا من خلال البلدان المجاورة لها من الغرب: تونس وليبيا والمغرب وحتى إسبانيا عبر مضيق جبل طارق[٢].

٥ – متابعة سير التقدم فى تطوير شراكة عالمية: بيئة المراقبة

عناصر بيئة المراقبة	التقييم			
القدرة على جمع البيانات	قوى	**مقبول**	ضعيف	
نوعية معلومات الاستطلاع الأخير	قوى	**مقبول**	ضعيف	
قدرات المتابعة الإحصائية	قوى	مقبول	**ضعيف**	
القدرة على دمج التحليل الإحصائي فى آليات السياسة والتخطيط وتوزيع الموارد	قوى	مقبول	**ضعيف**	
آليات المراقبة والتقويم	قوى	مقبول	**ضعيف**	

ملاحظات

١ – لم تذكر الا الأهداف المرتبطة بالإطار المصرى

٢ – ينصب التحليل هنا على الإنفاق فى عام ٢٠٠١ فقط. وتتجاوز التزامات المانحين المبالغ المدفوعة إلى الآن. لكنها مقسمة على مدى عدد من السنوات.

٣ – مصر : نظرة سريعة إلى الدولة www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html

٤ – احصائيات البنك الدولى حول الديون الخارجية www.worldbank.org/data

٥ – مطلب خاص ذكره ممثلو جمهورية مصر العربية خلال مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية، ٢٣ أغسطس ٢٠٠١.

الملاحـــــــق

الملحق أ
ملاحظات حول الطرق المتبعة:

١ – طريقة تقدير عدد السكان:

نشر الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء والمركز الديموغرافى فى القاهرة فى عام ٢٠٠٠ دراسة تقديرية لعدد السكان تغطي فترة ما يقارب خمس وعشرين سنة (١٩٩٦-٢٠٢١). وكان أفضل ما استندت عليه الدراسة التقديرية لعدد السكان هو الإحصاء الرسمي للسكان لعام ١٩٩٦. وتم استخدام طريقة التقدير الأكثر دقة وعنصر التقدير. وقد أخذت فى الحسبان الاتجاهات المستقبلية للتكاثر والوفيات.

تم استخدام ثلاث مستويات مفترضة من التكاثر (مرتفع، متوسط، متدني). ويقضي المستوى الافتراضي المرتفع أن معدل التكاثر سينخفض تدريجيا حتى يصل إلى ٢,٥ طفل/أم بحلول العام ٢٠٢١. ويقضى المستوى الافتراضى المتوسط أن معدل التكاثر سينخفض تدريجيا حتى يصل إلى ٢,٣ طفل/أم بحلول العام ٢٠٢١. فى حين يقضى المستوى الافتراضى المتدنى أن معدل التكاثر سينخفض تدريجيا حتى يصل إلى ٢,٠٩ طفل/أم بحلول العام ٢٠٢١. وتستهدف السياسة السكانية للحكومة هذا الإفتراض الأخير.

وفي معظم الحالات يتم استخدام رقم واحد فقط للتقدير السكانى، ولذلك استخدمنا فى تقرير أهداف التنمية الألفية الخاص بمصر رقم سكانى مقدّر فى عام ٢٠١٥ يعادل المستوى المفترض لمتوسط التكاثر.

وتحديدا، فيما يلى التقويم المستخدم لتقدير عدد السكان فى أى سنة:

$$P_t = P_o e^{rt}$$

حيث:

P_t: قيمة المقياس فى السنة (t)

P_o: قيمة المقياس فى السنة (o)

t: عدد السنوات

R: معدل التغير

٢ – طريقة تقدير أهداف التنمية الألفية حتى العام ٢٠١٥ عوضا عن تقدير عدد السكان:

فى التقرير الأول لأهداف التنمية الألفية على مستوى الأقطار، تم تطبيق التقدير الخطي لكافة أهداف الألفية بالاعتماد على الملاحظة الإرشادية. لكن وفقا للمناقشات التى تمت حول التقرير الأول لأهداف التنمية الألفية والتغذية العكسية القيّمة من الخبراء والممثلين المقيمين لوكالات الأمم المتحدة فى مصر، تمت التوصية بوجوب استخدام تقدير أكثر تقدما (الطريقة الأسية) وأكثر من نقطتين زمنيتين (١٩٠٠، ٢٠٠٠). تبعا لذلك، تم استخدام كافة البيانات المتاحة لكل مقياس خلال الفترة ١٩٩٠–٢٠٠٠ وتم تطبيق المعادلة الأسية التالية:

$$P_t = P_o e^{rt}$$

حيث:

P_t: قيمة المقياس فى السنة (t)

P_o: قيمة المقياس فى السنة (o)

t : عدد السنوات، بين السنة الأساس وسنة المقارنة

R: معدل التغير

بالاعتماد على متوسط معدل التغيير لكل سنة، تم اقتراح ثلاثة افتراضات: (مرتفع/متوسط/متدني) أو (أفضل/مرجح جدا/أسوأ). وتعتمد الأرقام المدرجة لتقدير أهداف التنمية الألفية حتى عام ٢٠١٥ على المرجح فالأقل احتمالا.

طريقة قياس مستوى الفقر

إن تعريف الفقر على أنه ظاهرة متعددة الأبعاد يثير التساؤل حول كيفية قياس إجمالي الفقر وكيفية مقارنة الإنجازات فى مختلف الأبعاد. وإحدى طرق معالجة عملية المقارنة هو تعريف مهام الشئون الإجتماعية متعددة الأبعاد أو المؤشر المركّب. ومن الأمثلة على هذه الطريقة مؤشر فقر الإنسان ومؤشر القدرة البشرية. والطريقة البديلة هى تعريف فقراء الدخل والتركيز على جوانب الحرمان المتعددة التى يعانى منها فقراء الدخل.

أ-١ البيانات وتصميم دراسة العينة

يستند تحليلنا للفقر على استطلاعات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك فى المنازل التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء- وهو جهاز الإحصاء الرسمي فى مصر. إن لدى مصر باع طويل فى جمع الإحصائيات التى يعود تاريخها إلى بداية القرن العشرين. وقد تم إجراء استطلاعات دخول العائلة منذ عام ١٩٥٨/١٩٥٧ وكان من المخطط إجراء هذه الاستطلاعات كل خمس سنوات. لكن بسبب نقص الأموال، توقف إجراء الاستطلاعات لبعض الوقت. وتواريخ هذه الاستطلاعات هي: ١٩٥٨/١٩٥٧، ١٩٦٥/١٩٦٤، ١٩٧٥/١٩٧٤، ١٩٨٢/١٩٨١، ١٩٩١/١٩٩٠، ١٩٩٦/١٩٩٥، ١٩٩٩/٢٠٠٠.

وتمثل استطلاعات دخول العائلة مصدر المعلومات الوحيد الأكثر أهمية لتحليل الفقر، حيث يتم فيها تسجيل المعلومات حول دخل العائلة والنفقات الاستهلاكية على أكثر من ٥٥٠ بندا من السلع والخدمات، ولذلك فهى تعتبر مصدرا جيدا للمعلومات حول توزيع الشئون الإجتماعية فى المجتمع. وهذه الاستطلاعات مهمة

بشكل خاص لأنها قابلة للمقارنة من حيث تصميم وإدارة الاستطلاع، وتتيح بالتالي فرصة لإجراء المقارنات والاستنتاجات خلال فترة تتزامن تقريبا مع تنفيذ برامج الإصلاح الاقتصادي والتعديل الهيكلي.

أ-٢ تقدير خط الفقر

تعاني معظم الطرق التقليدية، بما فى ذلك طريقة واحد دولار أمريكي لكل شخص فى اليوم أو ٢ دولار أمريكي لكل شخص فى اليوم، من واحدة أو أكثر من المشكلات الثلاث التالية: ١) يتم احتسابها لمصر كوحدة واحدة، مما يسبب إغفال الفروق الكبيرة فى أنماط وأسعار الإستهلاك التى توجد عبر المناطق فى مصر؛ ٢) عند استخدام خط الفقر لكل شخص، لا تحتسب هذه الطرق متطلبات "الاحتياجات الأساسية" لمختلف أعضاء العائلة- الشباب مقابل الكبار فى السن، الإناث مقابل الذكور، وبالتالي بمنح كل عضو فى العائلة نفس التأثير. على سبيل المثال، تعين هذه الطرق حدا للفقر لعائلة تتكون من رجل وامرأة وطفلين إلى عائلة تتكون من أربعة ذكور بالغين؛ ٣) تهمل هذه الطرق "التوازنات الاقتصادية" ضمن العائلات- حقيقة أن البنود غير الغذائية يمكن التشارك فيها بين أفراد العائلة.

إن الطريقة التالي هي عبارة عن أسلوب جديد لتقدير خطوط فقر العائلة الخاصة بالمناطق، حيث أخذ فى الحسبان معظم العوائق المذكورة سابقا. ولأول مرة فى مصر، يسمح توفر البيانات غير المنظمة الخاصة بآخر استطلاعات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك فى المنازل وضع خطوط فقر لكل عائلة بالاعتماد على حجمها وتركيبة العمر والنوع فيها إضافة إلى مكان الإقامة. كما يأخذ فى الحسبان أيضا التوازنات الاقتصادية. لذلك يختلف خط الفقر لعائلة تشتمل على شخص واحد كبير فى السن عن خط الفقر لعائلة تشتمل على رجل بالغ واحد، حتى إذا كانتا تعيشان فى نفس المنطقة. كما أن خط الفقر لعائلة تشتمل على رجلين بالغين لا يكون ضعفه لعائلة تشتمل على رجل واحد وذلك بسبب التوازنات الإقتصادية.

خطوط الفقر المحددة للعائلة

يتبع التقرير طريقة تكلفة الاحتياجات الأساسية لبناء خطوط فقر العائلة الخاصة بالمناطق. ويتفاوت خط الفقر الغذائي لكل عائلة ولكل من المناطق السبعة. وتعكس الفروق فى خطوط الفقر التباينات فى الأسعار الغذائية وغير الغذائية عبر المناطق السبعة. كما تتضمن أيضا الفروق العائلية فى الحجم وتركيبة العمر وخياراتهم الاستهلاكية الغذائية وغير الغذائية.

المرحلة الأولى: تتبلور الخطوة الأولى لتعريف خط الفقر الغذائي فى وضع مجموعة غذائية دنيا يمكن أن تستند إلى بعض المتطلبات الغذائية المعيارية. نقوم أولا بتقييم الحد الأدنى من احتياجات السعرات الحرارية لفئات مختلفة من الأفراد. وباستخدام جداول مستقاة من منظمة الصحة العالمية، يتم تحديد الاحتياجات من السعرات الحرارية بشكل منفصل حسب النوع والفئات العمرية البالغة ثلاثة عشر للأفراد من المناطق الحضرية والريفية. وبالنسبة للأفراد الذين تتجاوز أعمارهم سن ١٨ سنة، تختلف الحصص اليومية التى توصي بها منظمة الصحة العالمية حسب الوزن ومستويات النشاط. وتفترض التقديرات المستخدمة فى هذه الورقة متوسط وزن الرجل الذي يتجاوز عمره ١٨ سنة ٧٠ كيلوغراما و٦٠ كيلوجراما للمرأة. ويُفترض أن الأفراد القاطنين فى المناطق الحضرية يحتاجون إلى ١،٨ ضعف متوسط معدل الأيض الأساسي بينما يحتاج الأفراد القاطنين فى المناطق الريفية إلى ٢،٠ ضعف متوسط معدل الأيض الأساسي. وعليه، فإن كل عائلة لديها احتياجاتها الخاصة من السعرات الحرارية بالاعتماد على موقعها وأعمار أفرادها وتركيبتها الجنسية.

المرحلة الثانية: ما أن يتم تقدير الحد الأدنى للاحتياجات من السعرات الحرارية، تكون الخطوة التالية هي تحديد تكلفة الحصول على الحد الأدنى من السعرات الحرارية. ويتم تحديد التكلفة من خلال كيفية الحصول على السعرات الحرارية فى المتوسط من قبل الفئة الثانية

، عوضا عن تسعير أرخص طريقة للحصول على السعرات الحرارية أو اتباع حزمة غذائية موصى بها. وبالنسبة للفئة الثانية من العائلات التى تم تصنيفها حسب الإستهلاك الاسمي لكل فرد، يتم تحديد متوسط كميات كافة البنود الغذائية. ويتم احتساب مجموع السعرات الحرارية التى تتحقق من هذه الحزمة باستخدام محتويات السعرات الحرارية فى كل بند غذائي. وتمثل هذه الكميات الحزمة المستخدمة لتقدير خطوط الفقر الغذائية التى تعكس الخيارات الاستهلاكية للفقراء. وقد تمت زيادة/تخفيض هذه الحزمة لتلبية الاحتياجات الغذائية لكل عائلة، ومن ثم تم تسعيرها باستخدام الأسعار السائدة فى كل منطقة للحصول على خط الفقر الخاص بكل عائلة.

ويمكن تفسير هذه المرحلة رياضيا على النحو التالي: لنفترض أن Zr ترمز إلى المتجه الفعلي للاستهلاك الغذائي للمجموعة المرجعية للعائلات التى اعتبرت مبدئيا فقيرة. يتم تمثيل قيم السعرات الحرارية المماثلة من خلال المتجه k. ومن ثم فإن مأخوذ الطاقة الغذائية للمجموعة المرجعية يكون $k_z = k.Zr$. ويكون المأخوذ الموصى به من الطاقة الغذائية للعائلة هو k_h. ومن ثم تُعطى الحزمة المرجعية للاستهلاك الغذائي المستخدمة فى بناء خط الفقر الغذائي للعائلة h من خلال z_h، حيث يمكن الحصول على z_h من خلال ضرب كل عنصر من Zr فى ثابت k_h/k_z. وعليه، يتم الحفاظ على الكميات النسبية فى الحمية الغذائية للفقراء فى تحديد خط الفقر.

وبعد اختيار حزمة السلع، نقوم بعد ذلك بتقييمها حسب الأسعار المحلية فى كل منطقة. وهنا يتم استخدام متوسط قيم الوحدات التى تظهر حسب العائلات فى الفئة الثانية لكل منطقة كتقديرات للأسعار المحلية. ويتم الحصول على قيم الوحدات من خلال تقسيم القيمة المبلغ عنها على الكمية التى تعادلها.

الجدول أ-١: كميات الحزمة الغذائية والسعرات الحرارية المولدة منها

الحزمة الغذائية	سعرات حرارية مستهلكة يومياً	الكمية بالكيلوغرام	نسبة إجمالى السعرات
الحبوب والنشويات	١٣٢٧,١٢	٠,٤١	٥٧,٥٧
البذور البقولية	٥٤,١٨	٠,٠٢	٢,٣٥
الخضار	١٠٤,٢٩	٠,٢٤	٤,٥٢
الفواكه	٦١,٢٦	٠,٠٩	٢,٦٦
اللحوم والطيور	١٣٧,٣٥	٠,١٢	٥,٩٦
السمك	٢٧,٠٠	٠,٠٢	١,١٧
البيض	٢١,١٠	٠,٢١	٠,٩٢
الحليب ومشتقاته	٦٢,٣٨	٠,٠٧	٢,٧١
الزيت والزبدة	٢٧١,٨٧	٠,٠٣	١١,٧٩
السكر	٢٠٣,٤٥	٠,٠٥	٨,٨٣
أخرى	٣٠,٩٥	٠,٠٢	١,٣٤
الشاي والقهوة	١,٥٩	٠,٠١	٠,٠٧
المشروبات الخفيفة	٢,٨٣	٠,٠٠	٠,١٢
المشروبات الكحولية	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠
مجموع الغذاء	٢٣٠٥,٣٨		١٠٠

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٩/٢٠٠٠ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول أ-٢: تكلفة الألف سعرة حسب المناطق

المنطقة	تكلفة الألف سعرة
المدن الرئيسية	٠,٨٦٥١٤٢
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٠,٨٠٦٢٦٨
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	٠,٧٩٠٠٨٦
المناطق الحضرية فى مصر العليا	٠,٨٢٦٣٣٧
المناطق الريفية فى مصر العليا	٠,٨٠٧٨٥١
المناطق الحدودية الحضرية	٠,٧٦٥٦٨٤
المناطق الحدودية الريفية	٠,٨٤٩١٧٥

المرحلة الثالثة: فى حين تُستمد تكلفة الحزمة الغذائية الدنيا من الاحتياجات الفسيولوجية المقدّرة، لا توجد طريقة مماثلة لتحديد الحزمة غير الغذائية الدنيا. وباتباع قانون إينجيل، تعزى الحصص الغذائية بالقياس إلى حساب لوغارتمي لإجمالي مصروف العائلة، وحساب لوغارتمي لحجم العائلة، وحصة الأطفال الصغار والكبار، وحصة الذكور والإناث البالغين، وحصة الكبار فى السن. ويمكن تقدير الحصص غير الغذائية لكل عائلة بطريقتين: ١) الحصة الغذائية مقابل إجمالي المصروفات وتحديد الحصة غير الغذائية فى توزيع مصروفات العائلات حيث يكون المصروف على الغذاء يعادل خط الفقر الغذائي؛ أو ٢) من خلال تحديد حصة المصروفات غير الغذائية للعائلات بحيث يكون إجمالي المصروفات يعادل خط الفقر الغذائي. وينتج عن الطريقة الأولى حدا "أعلى" لخط الفقر، فى حين ينتج عن الطريقة الثانية حدا "أدنى" أو "عالي جدا" لخط الفقر. حيث تعرف هذه الطريقة إجمالي خط الفقر من حيث تلك العائلات التى كان عليها استبدال الإستهلاك الغذائي بالمصروفات غير الغذائية، التى تعتبر مستوى أدنى لا غنى عنه فى الاحتياجات غير الغذائية. وقد تم استخدام خطوط الفقر المدقع بشكل واسع فى لبلدان النامية حيث

تهيمن على أبحاث الفقر مسألة الحصول على الاحتياجات الأساسية وتحقيق رفاهية العيش المطلقة. ويتم باستخدام هذه الطريقة تقييم خطوط فقر العائلة الخاصة بالمناطق (العائلات التى تشتمل على نفس تركيبة العمر والنوع فى كل منطقة فيها نفس خطوط الفقر). ومن الواضح أن هذه الطريقة تأخذ فى حسبانها الموقع وتركيبة العمر والنوع إضافة إلى التوازنات الاقتصادية، حيث تتباين الحصص الغذائية وبالتالى التقديرات غير الغذائية وفقا لحجم العائلة وتركيبة العمر والنوع فيها. ولذلك تنتج الفروق فى الحصص الغذائية من إضافة أفراد من عمر وجنس معينين. كما تنعكس أيضا السلوكيات المشتركة بين أفراد العائلة.

ولتوضيح هذا الأمر، دعونا نلقي نظرة على خطوط الفقر المتدنية المختلفة فى منطقة العاصمة على سبيل المثال، حيث يعادل خط الفقر للعائلة التى تشتمل على ذكر واحد ١٢٦٤ جنيه مصري، وإذا ما تزوج هذا الرجل، فسيبلغ خط الفقر ٢٢٤٢ جنيه مصري. من الواضح أن خط الفقر الأخير أقل بضعفين من خط الفقر الأول، الأمر الذي يعكس أن فروق التوازنات الإقتصادية والنوع قد أخذت فى الحسبان.

المرحلة الرابعة: تم تخفيض إجمالى خطوط الفقر الغذائى فيما يتعلق بالمقارنات المنسجمة للفقر. وعند تخفيض خطوط الفقر الغذائى، تم استخدام مجموعة الأسعار الظاهرة فى استطلاعات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك فى المنازل لعامى ١٩٩٠/١٩٩١ و ١٩٩٥/١٩٩٦. وتقول وجهة نظر رافاليون أن استخدام مؤشر الأسعار الاستهلاكية لتحديث خط الفقر لسنة الأساس قد ينتج عنه أخطاء فى اتجاهات الفقر حيث يتضمن بناء مؤشر أسعار استهلاكية (على أساس السلع) عدة بنود تقع خارج نطاق حزمة الإستهلاك النمطية للفقراء فى مصر. ومن المصادر البديلة للمعلومات حول الأسعار مجموعة قيم

الوحدات الضمنية للغذاء فى استطلاع الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك فى المنازل. وتُستمد الأسعار الضمنية من خلال تقسيم المصروفات المبلغ عنها على كميات كل بند غذائي. وتعطي هذه المصروفات الفعلية التى تُدفع فى كل قطاع وتاريخ على وحدة استهلاكية، وتعكس بذلك الفروق الضمنية فى الأسعار. وقد تم استخدام أسعار الغذاء الضمنية فى استطلاع الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك فى المنازل لتحديد تكلفة الحزمة الغذائية الدنيا المعيارية فى كل قطاع وسنة للحصول على الإستهلاك الغذائي لخط الفقر. بما أنه لم يمكن الحصول على قيمة الوحدة للبنود غير الغذائية، تم استخدام المؤشرات الرسمية للأسعار الاستهلاكية بهدف تخفيض خط الفقر غير الغذائى.

مقاييس الفقر

لقد بات استخدام معادلة فوستر-غرير-ثوربيك لمقاييس الفقر القابلة للتحليل أسلوبا معياريا فى مقارنات الفقر.

$$P_\alpha = 1/n \sum_{i=1}^{q} [(z - y)/z]^\alpha \quad (٢)$$

حيث y_i ترمز إلى دخل أو مصروف الفرد الفقير، و z يرمز إلى خط الفقر، q يرمز إلى عدد الأفراد الذين يقل استهلاكهم أو دخلهم عن خط الفقر، و n ترمز إلى حجم السكان، * = صفر أو ١ أو ٢ بالاعتماد على مقياس الفقر المستخدم. وتشتمل هذه المعادله ثلاث على مؤشرات: عدد الأشخاص، وهوة الفقر، وحدة الفقر.

إن مؤشر عدد الأشخاص (P0) هو عبارة عن مقياس لانتشار الفقر. وهو يرمز إلى النسبة المئوية للعائلات الفقيرة- كما تم تحديدها حسب خط الفقر- كنسبة من مجمل السكان. وهذا المقياس غير حساس تجاه توزيع الفقراء دون خط الفقر. ويمكن استنباط ذلك من خلال المؤشرين التاليين: P1 و P2. أما مؤشر هوة الفقر (P1) فهو عبارة عن مقياس لعمق الفقر ويرمز إلى الهوة بين مستويات الإنفاق الملحوظة للعائلات الفقيرة وخط الفقر. وعلى افتراض وجود توجيه مثالي، يدل مؤشر هوة الفقر على مقدار الموارد (اعانات) اللازمة لرفع مستوى كافة العائلات الفقيرة إلى خط الفقر. فى حين يقيس مؤشر حدة الفقر (P2) درجة التفاوت فى التوزيع دون خط الفقر ويمنح أهمية أكبر للعائلات عند الحد الأدنى لتوزيع الدخل (أو الإنفاق).

ولتوضيح ذلك، لنفترض أنه نتيجة تغير السياسة، تمت إعادة توزيع ١٠٪ من الدخل من عائلة فقيرة مصنفة حسب مستوى دخلها عند ٣٠٪ تحت خط الفقر إلى عائلة مصنفة عند ٥٠٪ تحت خط الفقر. قد لا يتغير مؤشر عدد الأشخاص فى هذه الحالة، حيث لا يمكّن تحديد حجم إعادة التوزيع أيا من العائلتين من الوصول إلى خط الفقر. وقد لا يتغير أيضا مؤشر هوة الفقر، حيث أن إعادة التوزيع حدثت عند مستويات أقل من خط الفقر. ويمكن الحصول على أثر هذه السياسة من إعادة التوزيع من خلال المؤشر P٢، حيث يتحسن وضع العائلة متدنية المستوى فى التوزيع.

العوامل التى تساهم فى تغيّرات الفقر:

من الضروري لفهم تطور الفقر على مر الوقت التمييز بين العوامل التى تساهم فى التغيّرات الملحوظة فى الفقر. ويتم نمطيا تحليل العوامل المساهمة فى تغيّرات الفقر إلى عوامل نمو وإعادة توزيع.

من المهم فهم كم التغيّرات الملحوظة التى يمكن أن تعزى إلى التغيّرات فى إعادة توزيع المعايير المعيشية فى تميزها عن النمو فى متوسط المعايير المعيشية. وبمعنى آخر، إن عنصر النمو هو الفرق بين مؤشرين للفقر لفترتين مختلفتين إذا لم تتغير معاملات منحنى لورنز. ويمكن بالتالي أن يعزى التغير إلى التحولات فى الإنفاق لكل فرد μ. وعلى العكس من ذلك، يكون عنصر إعادة التوزيع هو الفرق بين مؤشرات الفقر للفترتين إذا لم يتغير μ وبالتالي يمكن أن تعزى التغيّرات إلى التحولات فى معاملات منحنى لورنز.

ويستنتج عنصر النمو من خلال:

$$G(1.2) = P(Z, \mu_2, L_1) - P(Z, \mu_1, L_1)$$

ويستنتج عنصر إعادة التوزيع من خلال:

$$D(1.2) = P(Z, \mu_1, L_2) - P(Z, \mu_1, L_1)$$

يعرض الجدول أ-٣ نتائج تحليل تغيّرات الفقر إلى عنصرى نمو وإعادة توزيع على مستوى المناطق.

الجدول أ-٣: تفاصيل نمو وإعادة توزيع التغييرات فى الفقر بين ١٩٩٦ و ٢٠٠٠ حسب المناطق

المنطقة	نسبة التغيير فى مستويات الفقر بين ١٩٩٦-٢٠٠٠		
	النمو	إعادة التوزيع	التغيير الفعلي
المدن الرئيسية	-٩,١٧٨	١,١٣٤	-٨,٠٤٤
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	-٠,٦١١	-١,٥٥٧	-٢,١٦٨
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	-٤,٤٤٩	-٥,٢٥٤	-٩,٧٠٤
المناطق الحضرية فى مصر العليا	١,٢٩٤	٧,١٥٣	٨,٤٤٨
المناطق الريفية فى مصر العليا	٣,٥٥٢	١,٢٨١	٤,٨٣٣
الحدودية الحضرية	٦,٨٣٦	-٨,٧٧١	-١,٩٣٤
الحدودية الريفية	٢٩,٠٥٥	-٢٤,٥٧٢	٤,٤٨٣
المجموع	-١,٧٢٣	-٠,٩٥٤	-٢,٦٧٧

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك لأسر للأعوام ١٩٩٥/١٩٩٦و ١٩٩٩/ ٢٠٠٠ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

تقدير مستويات الفقر

تتلخص أول خطوة لتقدير مستويات الفقر فى تقدير النسبة المئوية للتغير فى مقاييس الفقر الناجّة عن التغيّرات فى مختلف العوامل التى تؤثر على الفقر، ألا وهو مرونة الفقر. ونحن نفترض هنا أن التغيّرات فى متوسط الإنفاق ومستوى التفاوت الاجتماعي هما العاملان الرئيسيان اللذان يساهمان فى إحداث التغيّرات على مستويات الفقر.

وقد تم تقدير مرونة مقاييس الفقر إلى التغيّرات فى متوسط الإنفاق والتفاوت الاجتماعي. وبالفعل كانت مرونة مقاييس الفقر إلى متوسط الإنفاق ومؤشر التفاوت الاجتماعي فى أقل مستوى (بالمطلق) للمناطق الريفية الشمالية تتبعها المناطق الحضرية الشمالية، حيث كان الفقر فى أعلى مستوى له، بينما كان مستوى المرونة مرتفع فى المناطق الريفية الجنوبية حيث مستوى الفقر والتفاوت الاجتماعي منخفض (الجدول أ-٤). ويوجد فى مناطق مصر العليا أقل مستوى مرونة لكل من مؤشري عدد الأشخاص وهوة الفقر، فيما يخص متوسط الإنفاق، الأمر الذي يقتضي ضمنا أن أثر النمو فى الإنفاق أو تحسن التفاوت الاجتماعي كان الأقل مقارنة مع مناطق أخرى. وبنطبق نفس الأمر على مؤشر هوة الفقر، بالرغم من أن حجم التغير كان أكبر بكثير. ما يعنيأن مؤشر عدد الأشخاص سينخفض، لكل نسبة مئوية من النمو فى متوسط الإنفاق، بنسبة ٢,٧٪ فقط فى المناطق الريفية فى مصر العليا وبنسبة ٣,٢٪ فى المناطق الحضرية فى مصر العليا مقابل ٥,٨٪ فى المناطق الحضرية فى مصر السفلى. وهذا قد يفسر إلى حد ما التغير فى الفقر بين عامى ١٩٩٥/١٩٩٦ و ١٩٩٩/٢٠٠٠.

الجدول أ-٤: مرونة معدلات الفقر بالقياس إلى متوسط الإستهلاك واللامساواة، ١٩٩٩/٢٠٠٠

		مرونة الإستهلاك	مرونة مؤشر جيني
المدن الرئيسية	P0	-٥,٦٧١٥٣	١٢,١٦٩٦٦
	P1	-٦,٨٠٣٤٦	١٧,٧٤٤٢٤
	P2	-٧,٢٥٤٩١	٢١,٨٥٨٦٩
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	P0	-٥,٨٢٧٥٩	٦,٤٥٨٠٤
	P1	-٥,٧٦٣٥٧	٨,٤٩٥٢٩
	P2	-٥,٠٦٠٠٥	٩,٨٢٣٨٤
المناطق الريفية الوجه البحرى	P0	-٥,٩١٨٨٦	٣,٦٩٥٠٣
	P1	-٧,٠٤٣٨٣	٦,٠٢١٦١
	P2	-٧,٣٠٧٣٣	٧,٨١٠٣٨
المناطق الحضرية فى مصر العليا	P0	-٣,٢٣٧٩٧	٣,٣٣٩٩٦
	P1	-٤,٢٤٣٥٦	٦,٤٠٨٧١
	P2	-٤,٧٧٢٥	٨,٩٨٥٨١
المناطق الريفية فى مصر العليا	P0	-٢,٨٩٤٢٥	٠,٩١٣١٦
	P1	-٤,٢٧٣٢٦	٢,٦٦٣٧٥
	P2	-٥,٢٤٤٤٩	٤,٢٨٥٦٩

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٥/١٩٩٦و ١٩٩٩/٢٠٠٠ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الملحق ب
القضاء على حدة الفقر والجوع

الجدول ب-١: معدلات الفقر للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠ و ٢٠٠٠/١٩٩٩ والتوقعات لعام ٢٠١٥ باستخدام خط الفقر الأدنى

المحافظة	١٩٩١/١٩٩٠			٢٠٠٠/١٩٩٩			التوقعات لعام ٢٠١٥		
	P0	P1	P2	P0	P1	P2	P0	P1	P2
القاهرة	٦,٤١	١,٢٠	٠,٣٤	٥,٠١	٠,٩٦	٠,٢٩	٧,٥٧	٢,٣٩	١,١١
الإسكندرية	١٦,٢١	٤,١٦	١,٤٦	٦,٢٤	١,٠٢	٠,٢٧	٩,٤٤	٢,٥٣	١,٠٣
بور سعيد	٥,١٠	٠,٦٣	٠,٠٨	٠,٩٠	٠,٠٩	٠,٠٢	١,٣٧	٠,٢٣	٠,٠٦
السويس	١٨,٢٣	٢,٣١	٠,٥٠	١,٩١	٠,١٩	٠,٠٣	٢,٨٩	٠,٤٨	٠,١٣
دمياط	٨,٠٨	٢,١٧	١,١٥	٠,٠٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٤	٠,٠٠	٠,٠٠
الدقهلية	١٨,٤٨	٤,٥٢	١,٧٩	١٤,٨٨	١,٩٤	٠,٤٠	٩,٨٥	١,٧٣	٠,٥٠
الشرقية	٢٩,٧١	٨,٤١	٣,٧١	١٢,٧٠	١,٧٠	٠,٣٧	٨,٤٠	١,٥٢	٠,٤٦
القليوبية	١٣,٢٩	٣,٥٢	١,٣٦	٧,٩٤	١,٢٥	٠,٣٠	٥,٢٥	١,١٢	٠,٣٨
كفر الشيخ	١٨,٤٤	٥,٥٥	٢,٤٨	٥,٤٢	٠,٦٤	٠,١٤	٣,٥٩	٠,٥٧	٠,١٧
الغربية	١٨,٦٦	٥,٢٦	٢,٣١	٦,٨٥	١,٠٠	٠,٢٢	٤,٥٣	٠,٨٩	٠,٢٨
المنوفية	٢٦,٨٩	٨,٣٣	٣,٩٢	١٨,٩٦	٢,٥٤	٠,٥٢	١٢,٥٥	٢,٢٨	٠,٦٥
البحيرة	٣١,٩٩	٨,٨٢	٣,٦٣	٧,٨٥	١,٠٤	٠,٢٣	٥,١٩	٠,٩٣	٠,٢٩
الإسماعيلية	٣,١٢	٠,٢٢	٠,٠٢	٦,٠٢	٠,٧٨	٠,١٧	٣,٩٩	٠,٧٠	٠,٢٢
الجيزة	١٩,١٥	٤,٩٥	٢,٢١	١٢,٨٩	١,٩٨	٠,٤٨	٩,٩١	١,٨٧	٠,٥٨
بني سويف	٤١,٥٤	١١,٥٧	٤,٥٠	٤٧,٢٦	٩,٨٧	٢,٩٠	٣٦,٣٣	٩,٢٩	٣,٤٧
الفيوم	٤٠,٤٧	١١,٨٦	٥,٢٤	٣١,١٨	٥,٧٩	١,٤٨	٢٣,٩٧	٥,٤٥	١,٧٧
المنيا	٤٦,٢٧	١٥,٢٢	٦,٩١	٢١,٤١	٣,٢٠	٠,٧٥	١٦,٤٦	٣,٠١	٠,٩٠
أسيوط	٤٠,٦٤	١٣,٨١	٦,٧٠	٥٢,٠٨	١١,٧٩	٣,٦٦	٤٠,٠٤	١١,١٠	٤,٣٧
سوهاج	٤٠,٣٢	١٣,٦٢	٦,٣٩	٣٩,٨٨	٨,٠٤	٢,٣٦	٣٠,٦٦	٧,٥٦	٢,٨٢
قنا	٢٨,٠٥	٨,٧٦	٤,٠٦	٢٢,٤٦	٤,٠٥	١,٠٥	١٧,٢٧	٣,٨١	١,٢٥
أسوان	٢١,١٨	٦,٠٠	٢,٧٠	١٨,٦١	٣,٣٢	٠,٨٣	١٤,٣١	٣,١٣	٠,٩٩
مدينة الأقصر				٢٩,٢٠	٦,٣٧	١,٩٨	٢٢,٤٤	٦,٠٠	٢,٣٧
البحر الأحمر	١٥,٢٧	٤,٨٣	١,٩٠	٩,٥٢	١,٢٢	٠,٢٨	١٠,١٣	١,٨٦	٠,٥٩
الوادي الجديد	٢٠,٥٩	٦,١٥	٣,١١	٧,٣٦	١,٠٧	٠,٢٠	٧,٨٣	١,٦٤	٠,٤٣
مطروح	١٦,٥٦	٢,٤٧	٠,٤٧	١٤,١٣	٢,٢٩	٠,٥٣	١٥,٠٤	٣,٥٠	١,١٥
شمال سيناء	٢١,٦٤	٨,٧٤	٤,٠٧	١٦,١٧	٢,٦٥	٠,٥٧	١٧,٢١	٤,٠٥	١,٢٢
جنوب سيناء				١,١٦	٠,٠٢	٠,٠٠	١,٢٣	٠,٠٣	٠,٠٠
المجموع	٢٤,٣٢	٧,٠٨	٣,١٠	١٦,٧٤	٢,٩٧	٠,٨٠	١٠,٨٠	٢,٠٦	٠,٦٥

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٦/١٩٩٥و ٢٠٠٠/١٩٩٩ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول ب-٢: معدلات الفقر للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠ و ٢٠٠٠/١٩٩٩ والتوقعات لعام ٢٠١٥ ٢٠١٥ باستخدام خط الفقر ٢ دولار أمريكى باليوم

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٦/١٩٩٥و ١٩٩٩/ ٢٠٠٠ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول ب-٣: معدلات الفقر للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠ و ٢٠٠٠/١٩٩٩ والتوقعات لعام ٢٠١٥ باستخدام خط الفقر ٢ دولار أمريكى باليوم

	١٩٩١/١٩٩٠			٢٠٠٠/١٩٩٩			التوقعات لعام ٢٠١٥		
المحافظة	P0	P1	P2	P0	P1	P2	P0	P1	P2
القاهرة	١٨,١١	٣,٨٦	١,٢٣	٤٠,٨٣	٠,٨٨	٠,٢٥	٧,١٢	٢,١٣	٠,٩٥
الإسكندرية	٣٠,٦٠	٨,٨٠	٣,٧٢	٥,٩٥	٠,٩٧	٠,٢٦	٨,٧٨	٢,٣٤	٠,٩٧
بور سعيد	٨,٣٨	١,٨٠	٠,٤٧	١,٧٠	٠,١٢	٠,٠١	٢,٥١	٠,٢٩	٠,٠٥
السويس	٣٥,٥٩	٧,٠٥	١,٩٨	٢,٤٧	٠,٢٢	٠,٠٤	٣,٦٤	٠,٥٢	٠,١٥
دمياط	١٩,٤٨	٤,٧٥	٢,٠٣	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٠	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٠
الدقهلية	٣٢,٩٨	١٠,٠٩	٤,٦٧	٢٥,٢٠	٣,٩٥	٠,٩٤	١٥,٢٥	٣,٠١	٠,٩٧
الشرقية	٤٧,٥٤	١٥,٦٧	٧,٤٨	٢٤,٤٦	٣,٤٨	٠,٧٨	١٤,٨٠	٢,٦٥	٠,٨٠
القليوبية	٣١,٤٩	٨,٠٩	٣,٣٤	١٢,٨٢	٢,٢٤	٠,٥٩	٧,٧٥	١,٧١	٠,٦١
كفر الشيخ	٣٩,٤٦	١٠,٧٩	٤,٥٥	١٠,٤٧	١,٤٦	٠,٣٤	٦,٣٤	١,١١	٠,٣٤
الغربية	٣٣,٢٤	١٠,١٦	٤,٧٢	١٣,٤٧	٢,١١	٠,٥١	٨,١٥	١,٦١	٠,٥٢
المنوفية	٤٦,٣١	١٦,٣٤	٨,٣٠	٣١,٦٧	٥,٢٤	١,٢٦	١٩,١٦	٤,٠٠	١,٢٩
البحيرة	٥٢,٢٩	١٦,٦٤	٧,٣٧	١٥,٤٢	٢,١١	٠,٤٩	٩,٣٣	١,٦١	٠,٥٠
الإسماعيلية	٩,٢٣	١,٤٨	٠,٣١	٨,٧١	١,٢٨	٠,٢٩	٥,٢٧	٠,٩٨	٠,٣٠
الجيزة	٢٨,٦٣	٨,٠٣	٣,٤٣	١٧,٧٤	٣,٢٩	٠,٨٩	١٣,٣١	٢,٨٩	٠,٩٥
بني سويف	٥٤,١٢	١٩,١٣	٨,٧٦	٦٠,٢٩	١٥,٥٧	٥,٢٩	٤٥,٢٤	١٣,٦٦	٥,٦٥
الفيوم	٥٨,٩٩	٢٠,٦٣	٩,٧٥	٤٦,٢٣	٩,٦٠	٢,٨٤	٣٤,٦٨	٨,٤٢	٣,٠٣
المنيا	٦٦,٤٩	٢٣,٩٠	١١,٦٧	٣٦,٠٨	٦,٥٨	١,٧٩	٢٧,٠٧	٥,٧٧	١,٩١
أسيوط	٥٩,١٥	٢١,٨٩	١٠,٩٣	٦٥,٠٢	١٧,٧٤	٦,٣٠	٤٨,٧٩	١٥,٥٦	٦,٧٣
سوهاج	٦٠,٤١	٢١,٠٦	١٠,٢٧	٥٦,٥٤	١٣,٢٩	٤,٣٦	٤٢,٤٢	١١,٦٦	٤,٦٦
قنا	٤٦,٣٨	١٥,١٦	٧,٣٠	٣٧,٤١	٧,٤١	٢,١٨	٢٨,٠٧	٦,٥٠	٢,٣٣
أسوان	٤٤,٤٠	١٢,٠٧	٥,١٣	٢٥,١١	٤,٧٨	١,٣٤	١٨,٨٤	٤,١٩	١,٤٣
مدينةالأقصر				٣٨,١٠	٩,٦٧	٣,٣٣	٢٨,٥٨	٨,٤٩	٣,٥٦
البحر الأحمر	٣٢,٧٣	٩,٧٩	٤,٢٧	١٠,٢٣	١,٦٠	٠,٤٠	٩,٣٦	٢,٠٧	٠,٧٣
الوادي الجديد	٤١,٢٥	١٣,٥٥	٦,٥٥	١١,٤٠	١,٦٩	٠,٣٤	١٠,٤٣	٢,١٩	٠,٦٢
مطروح	٤٠,٠٠	٨,٣٥	٢,٢٢	١٥,٤٤	٢,٣٧	٠,٦٠	١٤,١٢	٣,٠٨	٠,١٠
شمال سيناء	٤١,٥١	١٥,٦٤	٧,٩٦	١٨,٧٧	٣,٤٤	٠,٨٠	١٧,١٧	٤,٤٧	١,٤٦
جنوب سيناء				٢,٣٢	٠,١٣	٠,٠١	٢,١٢	٠,١٧	٠,٠١

المجموع	٣٩,٤٥	١٢,٤١	٥,٦٩	٢٤,٨٤	٥,٠٠	١,٤٩	١٦,٤٩	٣,٣٣	١,٠٧

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٥/١٩٩٦ و١٩٩٩/٢٠٠٠ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول ب-٤: معدلات الفقر للأعوام ١٩٩١/١٩٩٠ و ٢٠٠٠/١٩٩٩ والتوقعات لعام ٢٠١٥ بافتراض نمو الدخل القومى للفرد بمعدل ١,٥٪ . وزيادة معدل عدم العدالة ب ١٪

المناطق	١٩٩١/١٩٩٠			١٩٩٦/١٩٩٥			٢٠٠٠/١٩٩٩			٢٠١٥		
	P0	P1	P2	P0	P1	P2	P0	P1	P2	P0	P1	P2
خط الفقر الأدنى												
المدن الرئيسية	٩,٨	٢,١٢	٠,٦٧	١٣,١	٢,٦١	٠,٨	٥,٠٦	٠,٩١	٠,٢٦	٧,٨٨	١,٧٥	٠,٦١
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٧,٠٧	١,٣٥	٠,٤٢	٨,٣٤	١,٢٥	٠,٢٦	٦,١٧	٠,٩٣	٠,٢٣	٣,٨٥	٠,٧٩	٠,٣٢
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	٢٧,١٤	٧,٧٧	٣,٤	٢١,٥٣	٣,٤٨	٠,٨٩	١١,٨٣	١,٥٧	٠,٣٣	٥,٢٢	٠,٧٢	٠,١٩
المناطق الحضرية فى مصر العليا	١٣,٤٧	٢,٥٣	٠,٧٦	١٠,٨٢	١,٨١	٠,٤٦	١٩,٢٧	٣,٩	١,١٨	١٥,٦٥	٣,٧٨	١,٤٥
المناطق الريفية فى مصر العليا	٤٣,٤٦	١٤,٢٤	٦,٦٣	٢٩,٣٢	٥,٣٩	١,٥	٣٤,١٥	٦,٥٧	١,٨٢	٢٠,٤١	٣,٦٨	١,٠٤
الحدودية الحضرية	٢,٢٩	٠,١٦	٠,٠٢	٥,٦٣	١,٢٦	٠,٣٨	٣,٧	٠,٣٩	٠,٠٨	٣,٢٠	٠,٨٣	٠,٤٢
الحدودية الريفية	٤٠,١١	١٢,٥٢	٥,٤٥	١٣,٨٢	١,٧٥	٠,٣٦	١٨,٣١	٢,٩٧	٠,٦٦	١٢,٠٣	١,٨٢	٠,٣٧
المجموع	٢٤,٣٢	٧,٠٨	٣,١	١٩,٤١	٣,٣٩	٠,٩١	١٦,٧٤	٢,٩٧	٠,٨	١٠,٨٠	٢,٠٦	٠,٦٥
خط الفقر من دولار أمريكى واحد												
المدن الرئيسية	١,٩٧٢	٠,٣٦٦	٠,١١٤	٠,٥٤٦	٠,٠٨٧	٠,٠٢٤	٠,١٤	٠,٠١٣	٠,٠٠٢	٠,٦٣	٠,١٤	٠,٠٧
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٢,٧٦٨	٠,٧٣٣	٠,٣	٠,٣٩٥	٠,٠٤٧	٠,٠٠٨	٠,١٦	٠,٠٢٧	٠,٠٠٨	٠,٤٦	٠,١٧	٠,١٤
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	١١,٠٠٧	٣,٣١٤	١,٥٢٢	١,٤٦٤	٠,١٥٦	٠,٠٢٧	٠,١٤٣	٠,٠١٢	٠,٠٠٢	٠,٢٦	٠,٠٧	٠,٠٤
المناطق الحضرية فى مصر العليا	١,٩٦	٠,٣١٣	٠,١٢٩	١,٨٦٨	٠,٢١٦	٠,٠٣٥	٠,٩٠٢	٠,١١٤	٠,٠٢٣	٢,٥٠	٠,٦٥	٠,٣٤
المناطق الريفية فى مصر العليا	٢٠,٨٨٧	٥,٧٩٨	٢,٥٨	٦,٢٦١	٠,٨٦	٠,٢٠٧	١,٨٤٥	٠,١٩	٠,٠٣٢	١,٢٩	٠,٢٤	٠,٠٩
الحدودية الحضرية	٠	٠	٠	٢,١٤٥	٠,٢٤٨	٢,٠٥٥	٠	٠	٠	٠,٥٩	٠,٢٧	٠,٢٧
الحدودية الريفية	١٤,١٣٥	٣,٤٢١	١,٠٤٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠
المجموع	٨,٢٤١	٢,٢٧٣	١,٠٠٣	٢,٤٩٧	٠,٣٢٥	٠,٠٧٣	٠,٦٨٢	٠,٠٧٣	٠,٠١٣	٠,٨٨	٠,٢٠	٠,١١
خط الفقر من ٢ دولار أمريكى												
المدن الرئيسية	٢٢,٢٢٨	٥,٤٢٨	٢	١٥,٥١٥	٣,١٢٧	٠,٩٧١	٤,٩٢٣	٠,٨٤٦	٠,٢٣٦	٧,٩٩	١,٧٩	٠,٦٢
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٢٦,٥٧٣	٦,٢٥٤	٢,٤٠٨	٢١,١١٥	٣,٩٤٦	١,١١٢	٨,٨٠٩	١,٣٩٦	٠,٣٦٥	٥,٦٧	١,١٠	٠,٤١
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	٤٦,٧٠٧	١٥,٦	٧,٤٣٧	٤٤,٥٧٨	٩,٤٥	٢,٨٦٨	٢١,٩٧٧	٣,٣٥٧	٠,٧٨٦	١١,٢٣	١,٦٢	٠,٤١
المناطق الحضرية فى مصر العليا	٣٣,١٩٢	٧,٧٤	٢,٦٤٩	٣٢,٦٦٢	٧,٤٩٤	٢,٥٠٣	٢٤,٠٥٨	٥,١٢٦	١,٦١١	١٩,١٧	٤,٧٨	١,٨٤
المناطق الريفية فى مصر العليا	٦٤,٤٧١	٢٤,٦٦٣	١٢,٥٤٢	٦٧,١٨٧	١٨,٦٣٧	٦,٨٨٦	٤٩,٤٦	١١,٣٥٦	٣,٦٣٨	٣٢,٢٩	٦,٨٠	٢,١١

الحدودية الحضرية	١١,٩٣٨	٢,١٦٥	٠,٥١٧	٢٢,٣٨٦	٥,٠٥٣	١,٧٣٢	٤,٨٠٥	٠,٦٨٧	٠,١٥١	٤,١٤	١,٠٢	٠,٤٩
الحدودية الريفية	٥٩,٩٧٤	١٨,٩٧٥	٨,٦٠٥	٣٥,٤٠٢	٦,٣٣١	١,٥٨٢	٢١,٤٥	٣,٥٢٩	٠,٨٣	١٤,١٤	٢,٣٦	٠,٥٣
المجموع	٣٩,٤٤٧	١٢,٤١١	٥,٦٨٧	٤١,٥٢١	٩,٩٣٢	٣,٣٥٧	٢٤,٨٣٦	٤,٩٩٥	١,٤٨٨	١٦,٤٩	٣,٣٣	١,٠٧

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٥/١٩٩٦ و١٩٩٩/٢٠٠٠ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول ب-٥: توقعات معدلات الفقر للعام ٢٠١٥ ، سيناريوهات مختلفة

المناطق	معدلات الفقر المتوقعة فى ٢٠١٥ ضمن السيناريوهات المختلفة					معدلات الفقر فى العام ١٩٩١/١٩٩٠	معدلات الفقر فى العام ٢٠٠٠/١٩٩٩
	٢٪ زيادة سنوية فى إجمالى الناتج المحلى للفرد بدون تغييرات فى مؤشر جينى	٢٪ زيادة سنوية فى إجمالى الناتج المحلى للفرد بدون تغييرات فى مؤشر جينى	٢٪ زيادة سنوية فى إجمالى الناتج المحلى للفرد بدون تغييرات فى مؤشر جينى	٢٪ زيادة سنوية فى إجمالى الناتج المحلى للفرد بدون تغييرات فى مؤشر جينى	٢٪ زيادة سنوية فى إجمالى الناتج المحلى للفرد بدون تغييرات فى مؤشر جينى		
خط الفقر الأدنى							
المدن الرئيسية	٠,٧٥	١,٢١	٢٥,٧١	٦,٩٤	٣,١٨	٩,٨	٥,٠٦
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٠,٨٥	١,٣٨	١٣,٩٣	٩,٦٦	١,٤٦	٧,٠٧	٦,١٧
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	١,٧٥	٢,٨٧	١٩,٩٨	٣,٠٧	٢,٣٩	٢٧,١٤	١١,٨٣
المناطق الحضرية فى مصر العليا	٧,٢١	٩,٣٣	٣٢,٢٢	٧٩,٩٦	٩,٤٠	١٣,٤٧	١٩,٢٧
المناطق الريفية فى مصر العليا	١٤,٠٨	١٧,٧٠	٣٩,٤٨	٢٨,٦٦	١٥,١٤	٤٣,٤٦	٣٤,١٥
الحدودية الحضرية	٠,٥١	٠,٧٩	٩,٩٤	٨,٢٨	١,٠٧	٢,٢٩	٣,٧
الحدودية الريفية	٦,٠٢	٧,٩٨	٢٦,٦١	١,٨٩	٧,٤٣	٤٠,١١	١٨,٣١
المجموع	٥,٣٩	٧,١٠	٢٦,٨٦	٢٠,٠٨	٦,١٤	٢٤,٣٢	١٦,٧٤
خط الفقر من دولار أمريكى واحد							
المدن الرئيسية	٠,٠١	٠,٠١	١,٧٤	٠,٤٧	٠,٠٩	١,٩٧٢	٠,١٤
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٠,٠٦	٠,٠٩	١,٠٥	٠,١٨	٠,١٥	٢,٧٦٨	٠,١٦
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	٠,٠٣	٠,٠٥	٠,٩١	٠,٠٠	٠,٠٧	١١,٠٠٧	٠,١٤٣
المناطق الحضرية فى مصر العليا	٠,١٦	٠,٢٦	٧,٥٦	٩١,٨٦	٠,٥٥	١,٩٦	٠,٩٠٢
المناطق الريفية فى مصر العليا	٠,١٣	٠,٢٦	٦,٩٦	٠,٠٣	٠,٣١	٢٠,٨٨٧	١,٨٤٥
الحدودية الحضرية	٠,٠٨	٠,١٠	١,١٠	١,٩٤	٠,٢٠	٠	٠
الحدودية الريفية						١٤,١٣٥	٠
المجموع	٠,٠٧	٠,١٣	٣,٤٤	١٠,٥٣	٠,٢٠	٨,٢٤١	٠,٦٨٢
خط الفقر من ٢ دولار أمريكى							
المدن الرئيسية	٠,٨١	١,٢٩	٢٥,٦٥	٧,٠٧	٣,٣١	٢٢,٢٢٨	٤,٩٢٣
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	١,٧١	٢,٦٣	١٨,١٤	١٦,٠٦	٢,٥٥	٢٦,٥٧٣	٨,٨٠٩
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	٦,٠٠	٨,٤٦	٢٩,٤٥	١٤,٦٨	٦,٩٥	٣٦,٧٠٧	٢١,٩٧٧
المناطق الحضرية فى مصر العليا	١٠,٥٢	١٣,١٢	٣٥,٨٨	٧٤,٥٤	١٢,٧٧	٣٣,١٩٢	٢٤,٠٥٨

المناطق الريفية فى مصر العليا	٢٦,٣٥	٣٠,٩٤	٥١,٧٠	٥٠,٥٥	٢٦,٩٣	٦٤,٤٧١	٤٩,٤٦
الحدودية الحضرية	٠,٨١	١,٢٤	١٢,٧٧	٩,٥٤	١,٥٢	١١,٩٣٨	٤,٨٠٥
الحدودية الريفية	٧,٨٩	١٠,١٧	٢٩,٠٥	٣,٠١	٩,٣٤	٥٩,٩٧٤	٢١,٤٥
المجموع	١٠,٤٩	١٢,٩٨	٣٤,٠٠	٢٩,٧٠	١١,٧٥	٣٩,٤٤٧	٢٤,٨٣٦

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٥/١٩٩٦ و١٩٩١/٢٠٠٠ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول ب-٦: معدلات الفقر حسب نوع رب الأسرة والمنطقة باستخدام خط الفقر الأدنى ١٩٩٩/٢٠٠٠ (نسبة مئوية)

	P0			P1			P2			من غير الأفراد		
	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
المدن الرئيسية	*٤,٩٣	٥,٩٧	٥,٠٦	٠,٩٠	٠,٩٩	٠,٩١	٠,٢٦	٠,٢٥	٠,٢٦	٣٦٥٦١	٥٠٩٤	٤١٦٥٥
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٦,١٠	٦,٧٦	٦,١٧	٠,٩٠	١,٠٩	٠,٩٣	٠,٢٢	٠,٢٩	٠,٢٣	٢٣٦٦٣	٢٩٥٥	٢٦٦١٨
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	*١١,٩٦	١٠,٥٨	١١,٨٣	١,٥٨	١,٥١	١,٥٧	٠,٣٢	٠,٣٦	٠,٣٣	٦٦٠٢٢	٦٥٧٠	٧٢٥٩٢
المناطق الحضرية فى مصر العليا	*١٩,٤٩	١٧,٢٩	١٩,٢٧	٣,٩٠	٣,٩٢	٣,٩٠	١,١٧	١,٢٣	١,١٨	٢٣٦٩١	٢٦٠٨	٢٦٢٩٩
المناطق الريفية فى مصر العليا	*٣٤,٩٩	٢٧,٣٨	٣٤,١٥	*٦,٧٨	٤,٨٥	٦,٥٦	*١,٩٠	١,٢٤	١,٨٢	٥٥١٦٥	٦٨١٣	٦١٩٧٨
الحدودية الحضرية	٣,٥٥	٦,٥٩	٣,٧٠	٠,٣٥	١,٢٧	٠,٣٩	٠,٠٧	٠,٢٤	٠,٠٨	١٧٧٨	٩٠	١٨٦٨
الحدودية الريفية	١٧,٨٣	٢٣,٧٦	١٨,٣٠	٢,٨٣	٤,٦٣	٢,٩٧	٠,٦٢	١,١١	٠,٦٦	١٢٧٧	١١٠	١٣٨٧
المجموع	١٦,٩٨	١٤,٦٣	١٦,٧٤	٣,٠٢	٢,٥٦	٢,٩٧	*٠,٨١	٠,٦٧	٠,٨٠	٢٠٨١٥٧	٢٤٢٤٠	٢٣٢٣٩٧

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٩/٢٠٠٠التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الجدول ب-٧: متوسط السعرات الحرارية المستهلكة ونسب الأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على احتياجاتهم من السعرات حسب المحافظات، ١٩٩٩/٢٠٠٠

المحافظة	نسب الأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على احتياجاتهم من السعرات	متوسط استهلاك السعرات الحرارية
القاهرة	١٢,٦٢	٣٥٢٢,٢٢
الإسكندرية	٨,٩٦	٣١٧٢,٣١
بور سعيد	٢,٣٢	٤٠٢٧,٨٤
السويس	٧,٤٤	٣٤٥٧,٧٧
دمياط	١,٩٦	٣٤٠٦,١١
الدقهلية	٤,٧٢	٢٩٦٧,٣٩
الشرقية	١١,٤١	٢٨٨٦,٧٠
الدقهلية	٩,٥٠	٣٠٦٧,٠٨
كفر الشيخ	١,٧٣	٣٧٠٣,٢٤
الغربية	١٤,٣٧	٢٨٣٨,٤٥
المنوفية	٢٩,٨٢	٢٤٨٢,١٨
البحيرة	١٠,٨١	٣١٤٢,٤٥
الإسماعيلية	٧,٨٠	٣٣٦١,٩٧
الجيزة	١٩,٥١	٢٨٥٧,٦٩
بني سويف	١٧,٢٨	٢٦٠٠,١١
الفيوم	٣٦,٣٧	٢٣١٩,٢٨
المنيا	٧,٥٠	٢٩٨١,٦٠
أسيوط	٢٠,٢٦	٢٤٤٢,٠١
سوهاج	٢٦,١٩	٢٤٣٦,٨٦
قنا	١١,٩٩	٢٦٣٠,٨٢
أسوان	١٠,٥٨	٢٨٣٩,٠٥

مدينه الأقصر	٢٩,٤٧	٣٠٠٩,٨٠
البحر الأحمر النوع	٧,٧٣	٣٤٥٧,٦٨
الوادي الجديد	١٩,٠٠	٢٧٩١,٩٠
المنطقة		
مرسى مطروح	١٧,٩٩	٢٩٢٩,٩٩
شمال سيناء	٨,٨٥	٣٠٢٧,٦٧
جنوب سيناء	٣,١٣	٣٧٤٣,٥٩
المجموع	١٤,٠٤	٢٩٦٠,٢٥

المصدر: دراسات الدخل والمصروفات ومستوى الإستهلاك للأسر للأعوام ١٩٩٥/١٩٩٦ و١٩٩٩/٢٠٠٠ التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

الملحق ج
ضمان تعميم التعليم الأساسى الشامل

الجدول ج-١: صافى معدلات الإلتحاق بالتعليم الإبتدائى حسب النوع والمحافظة فى ١٩٩٥ و ٢٠٠٢

المحافظة	١٩٩٥		٢٠٠٢	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
القاهرة	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
الإسكندرية	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
بور سعيد	٩٥	٩٩	٩٧	٩٨
السويس	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
دمياط	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
الدقهلية	٩٢	٩٥	٩٠	٩٤
الشرقية	٨٣	٨١	٨٨	٩٢
القليوبية	٨٨	٨٥	٩٤	٩٢
كفر الشيخ	٨٥	٨٤	٨٥	٨٧
الغربية	٨٧	٨٩	٨٧	٨٨
المنوفية	٩٦	٩٢	٩٠	٨٦
البحيرة	٩١	٨٠	٩١	٩٠
الإسماعيلية	٩٩	٩٧	١٠٠	١٠٠
الجيزة	٩٧	٨٩	١٠٠	٩٩
بني سويف	٧٨	٥٦	٩٤	٨٠
الفيوم	٨٠	٥٩	٨٨	٧٨
المنيا	٨٠	٥٥	٩٧	٨٤
أسيوط	٧٩	٦٣	٨٩	٨٢

سوهاج	٧١	٥٩	٧٧	٧٥
قنا	٨٣	٧٧	٨٨	٨٨
أسوان	١٠٠	٩٤	٩٦	٩٥
المحافظات الحدودية	٩١	٧٩	١٠٠	٨٩
مجموع مناطق مصر	٨٩	٨٢	٩٤	٩١

المصدر: وزارة التربية والتعليم. الإدارة العامة للمعلومات والحاسب الآلى

الجدول ج-٢: معدلات التعليم (١٥-٢٤سنة) حسب المحافظة والنوع فى ١٩٨٦ و ١٩٩٦ و ٢٠٠٠

	١٩٨٦		١٩٩٦		٢٠٠١	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
القاهرة	٨٣,٦	٧٦,٩	٨٧,٤	٨٥,٩	٨٩,٤	٩٠,٧
الإسكندرية	٨١,١	٧٤,٦	٨٦,٣	٨٤,٥	٨٩,٠	٨٩,٩
بور سعيد	٨٤,٢	٨٠,٨	٨٩,٩	٨٩,٧	٩٢,٩	٩٤,٥
السويس	٨٥,١	٧٣,٢	٩٠,٣	٨٦,٠	٩٣,٠	٩٣,٣
دمياط	٦٥,٠	٦٥,١	٧٧,١	٨٣,٩	٨٤,٠	٩٥,٣
الدقهلية	٧١,٢	٥٤,٢	٨٠,٣	٧٥,٩	٨٥,٣	٨٩,٧
الشرقية	٦٩,٩	٤٥,٨	٧٦,١	٦٥,٢	٧٩,٣	٧٧,٧
القليوبية	٧٩,٦	٥٣,٥	٨٠,٦	٧٢,٦	٨٢,٦	٨٤,٥
كفر الشيخ	٦٢,٨	٣٧,٠	٧٥,٦	٦٢,٢	٨٣,٠	٨٠,٦
الغربية	٧٤,٨	٥٢,٦	٨٥,٢	٧٦,٩	٩٠,٩	٩٣,٠
المنوفية	٧٧,٢	٥٣,٩	٨٢,٧	٧٢,٧	٨٥,٦	٨٤,٤
البحيرة	٦٦,٠	٣٩,٥	٧٣,٥	٥٥,٢	٧٧,٦	٥٦,٣
الإسماعيلية	٨٠,٧	٦١,٦	٨٣,٦	٧٧,٧	٨٥,١	٨٧,٣
الجيزة	٧٢,٧	٥٣,٥	٨٠,٧	٦٩,١	٨٥,٠	٧٨,٥
بني سويف	٥٨,٧	٣١,٣	٦٨,٩	٤٤,٠	٧٤,٦	٥٢,٢
الفيوم	٥٠,٥	٢٩,٨	٦٢,١	٤١,٦	٦٨,٩	٤٩,٢
المنيا	٥٩,٠	٣١,٠	٧٠,٥	٤٢,٧	٧٧,١	٥٠,١
أسيوط	٦٢,٩	٣٤,٥	٧٢,٢	٤٨,٨	٧٧,٤	٥٨,٠
سوهاج	٦٢,٣	٣١,٢	٧٤,٢	٤٧,٧	٨١,٠	٥٩,٠
قنا	٦٥,٩	٢٩,٣	٧٩,٢	٥٣,٣	٨٦,٨	٧١,٩
أسوان	٨١,٣	٥٥,٧	٨٩,٤	٧٩,١	٩٣,٧	٩٤,٣

مطروح	٦٣,٣	٢٨,٩	٧٢,٣	٤٤,٩	٧٧,٣	٥٦,٠
النوع المحافظة						
البحر الأحمر	٨١,١	٦٧,٥	٨٨,٦	٨٣,١	٩٢,٦	٩٢,٢
الوادي الجديد	٨٦,٦	٧٠,١	٩٤,٣	٨٧,٩	٩٨,٤	٩٨,٤
شمال سيناء	٧٦,٤	٤٥,٩	٨٣,٩	٦٣,٣	٨٧,٩	٧٤,٣
جنوب سيناء	٦٠,٨	٢٥,٣	٨٢,٩	٥٢,٧	٩٦,٨	٧٦,١
مجموع مناطق مصر	٧١,٢	٥١,٣	٧٩,٠	٦٦,٩	٨٣,٢	٧٦,٤

المصدر: الإحصاء السكانى فى عامى ١٩٨٦و١٩٩٦ وتقديرات عام ٢٠٠١ المقدرة باستخدام الطريقة الأسية

الجدول ج-٣: توقعات معدلات التعليم (١٥-٢٤سنة) حسب الإقليم والنوع فى ٢٠١٥

النوع / المنطقة	افتراض منخفض			افتراض متوسط			افتراض عالى		
	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
المحافظات الحضرية	٩٢,٤	١٠٠,٠	٩٥,٠	٩٨,٨	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	٩٨,٨	١٠٠,٠
حواضر الوجه البحرى	٨٩,٩	١٠٠,٠	٩٢,٩	٩٦,٢	١٠٠,٠	٩٩,١	٩٨,٨	٩٦,٢	٩٩,٨
أرياف الوجه البحرى	٩٢,٨	٨٩,٧	٩٠,٣	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
حواضر مصر العليا	٨٩,٦	٩٥,١	٩٠,٢	٩٥,٨	٩٥,١	٩٦,٩	٩٨,٥	٩٥,١	٩٦,٩
أرياف مصر العليا	٨٤,١	٥٧,٠	٧١,٧	٩٢,٥	٦٣,٨	٨١,٩	٩٤,٤	٦٨,٩	٨٧,٠
المحافظات الحضرية الحدودية	٩٥,٩	٩٥,٢	٩٣,٨	١٠٠,٠	٩٥,٢	١٠٠,٠	١٠٠,٠	٩٥,٢	١٠٠,٠
المحافظات الريفية الحدودية	٨٨,٣	٦٣,٨	٧٦,٣	٩٧,١	٧١,٣	٨٧,٢	٩٩,١	٧٧,١	٩٢,٥
مجموع حواضر مصر	٩١,٠	١٠٠,٠	٩٣,١	٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
مجموع أرياف مصر	٨٩,١	٧٦,٠	٨٢,٤	٩٨,٠	٨٥,٠	٩٤,٢	١٠٠,٠	٩١,٩	١٠٠,٠
مجموع مناطق مصر	٨٦,٩	٩٧,٨	٩١,٩	٩٥,٥	١٠٠,٠	٩٢,٤	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

المصدر: توقعات الجهاز المركزى للتعبئة العامة للإحصاء

الجدول ج-٤: عدد التلاميذ فى الصف الأول الإبتدائى فى ١٩٩٢/٩١ الذين بلغوا الصف الثالث الإعدادى فى ١٩٩٩/٩٨ وعدد ونسبة المنقطعين

	ذكور	إناث	المجموع
عدد التلاميذ فى الصف الأول الإبتدائى فى ١٩٩٢/٩١	٧١٦٣٤١	٦٠٧٠١٤	١٣٢٣٣٥٥
عدد التلاميذ فى الصف الثالث الإعدادى فى ١٩٩٩/٩٨	٦٨١٣٥٦	٥٨٧٠٣٦	١٢٦٨٣٩٢
عدد المنقطعين	١٣١٧١٢	٨١٥٣٦	٢١٣٢٤٨
نسبة المنقطعين إلى التلاميذ الذين دخلوا الصف الأول الإبتدائى فى ١٩٩٢/٩١	١٨,٣٩٪	١٣,٤٣٪	١٦,١١٪

المصدر: وزارة التربية والتعليم. الإدارة العامة للمعلومات والحاسب الآلى ٢٠٠٠

الجدول ج-٥: عدد التلاميذ فى الصف الأول الإبتدائى فى ١٩٩٣/٩٢ الذين بلغوا الصف الثالث الإعدادى فى ٢٠٠٠/١٩٩٩ وعدد ونسبة المنقطعين

	ذكور	إناث	المجموع

عدد التلاميذ فى الصف الأول الإبتدائى فى ١٩٩٣/٩٢	٧٥٩٤٢٣	٦٥٠٩٤٧	١٤١٠٣٧٠
عدد التلاميذ فى الصف الثالث الإعدادى فى ٢٠٠٠/٩٩	٧٣٠٤٤٣	٦٣٨٩٦٠	١٣٦٩٤٠٣
عدد المنقطعين	١١٨٧٩١	٦٧٧٩٥	١٨٦٥٨٦
نسبة المنقطعين إلى التلاميذ الذين دخلوا الصف الأول الإبتدائى فى ١٩٩٣/٩٢	١٥,٦٤٪	١٠,٤١٪	١٣,٢٣٪

المصدر: وزارة التربية والتعليم. الإدارة العامة للمعلومات والحاسب الآلى ٢٠٠٠.

الجدول ج-٦: نسبة الإناث المتعلمات إلى الذكور (١٥-٢٤سنة) حسب المحافظات فى ١٩٨٦ و ١٩٩٦ و ٢٠٠١

المحافظات	١٩٨٦	١٩٩٦	٢٠٠١
القاهرة	٨٦,٢	٩٢,٣	٩٥,٥
الإسكندرية	٨٧,٥	٩٤,٩	٩٨,٨
بور سعيد	٩١,٢	٩٥,٤	٩٧,٦
السويس	٨٣,٦	٩٦,٦	١٠٠,٠
دمياط	٩٣,٤	١٠٠,٠	١٠٠,٠
الدقهلية	٦٧,٩	٨٧,٤	٩٩,٢
الشرقية	٥٦,٦	٧٦,٩	٨٩,٦
القليوبية	٦٢,٧	٨٤,٣	٩٧,٧
كفر الشيخ	٥٤,٥	٧٩,٢	٩٥,٥
الغربية	٦٤,١	٨٥,٦	٩٨,٩
المنوفية	٥٩,٥	٧٨,٧	٩٠,٥
البحيرة	٥٤,٤	٧٠,٥	٨٠,٣
الإسماعيلية	٧٣,٠	٨٩,٨	٩٩,٦
الجيزة	٦٨,١	٧٨,٧	٨٤,٦
بني سويف	٤٢,٩	٥٥,١	٦٢,٤
الفيوم	٤٧,٣	٥٤,١	٥٧,٩
المنيا	٤٢,٤	٥٣,٠	٥٩,٣

أسيوط	٤٥,٠	٥٩,٨	٦٨,٩
سوهاج	٤٢,٧	٥٥,٩	٦٤,٠
قنا	٤٠,٩	٦٢,٧	٧٧,٦
أسوان	٦٦,٠	٨٦,٦	٩٩,٢
المحافظات الحدودية	٦٥,٠	٧١,٠	٧٤,٢
مجموع مناطق مصر	٦٤,٤	٧٧,٨	٨٥,٥

المصدر: الإحصاء السكاني والإسكان في عامي ١٩٨٦و ١٩٩٦ وتقديرات عام ٢٠٠١ المقدرة باستخدام الطريقة الأسية

الملحق د
تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

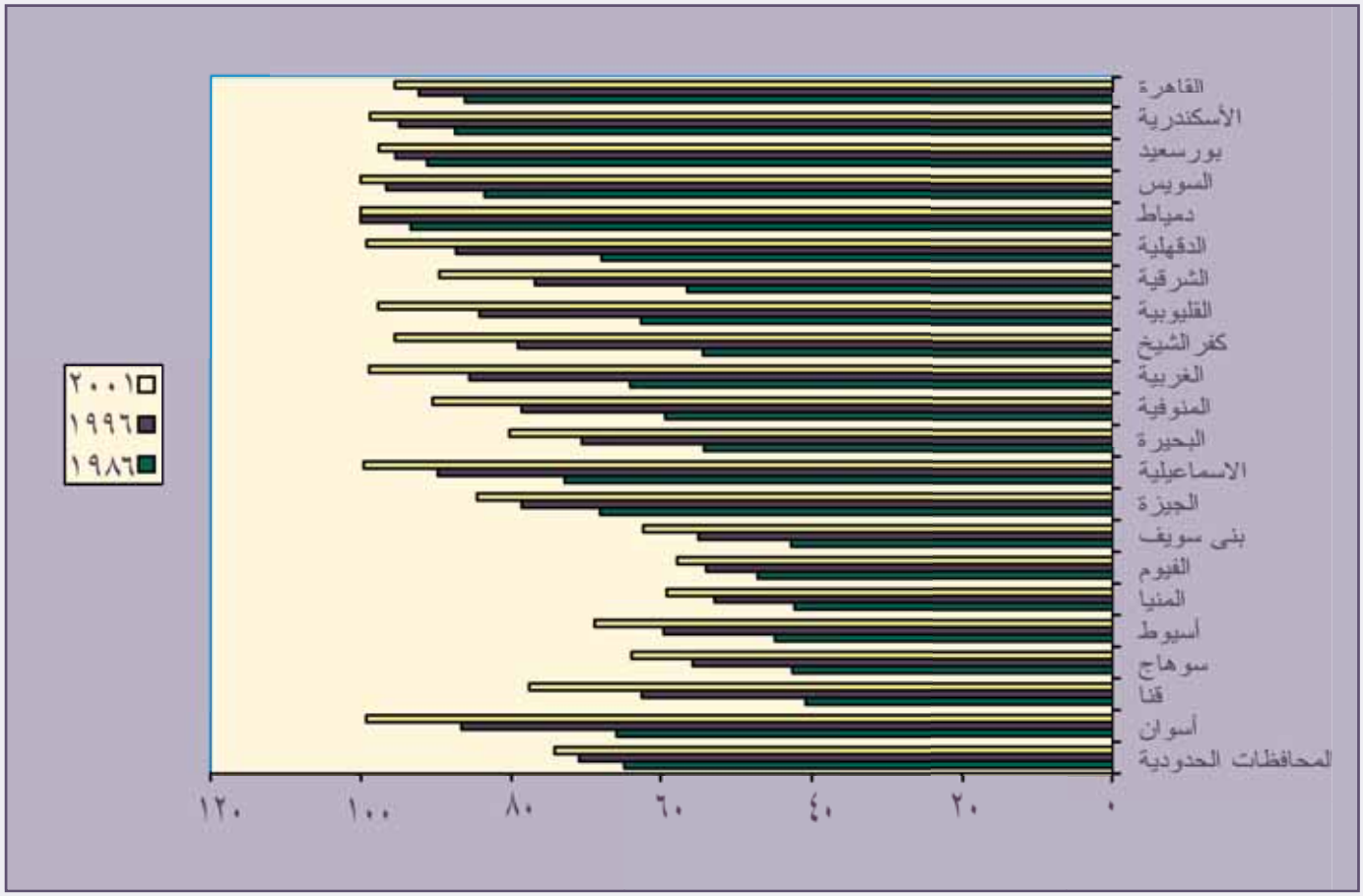
الجدول د-١: معدلات البطالة حسب النوع والمنطقة (١٩٩٠-١٩٩٥-٢٠٠١)

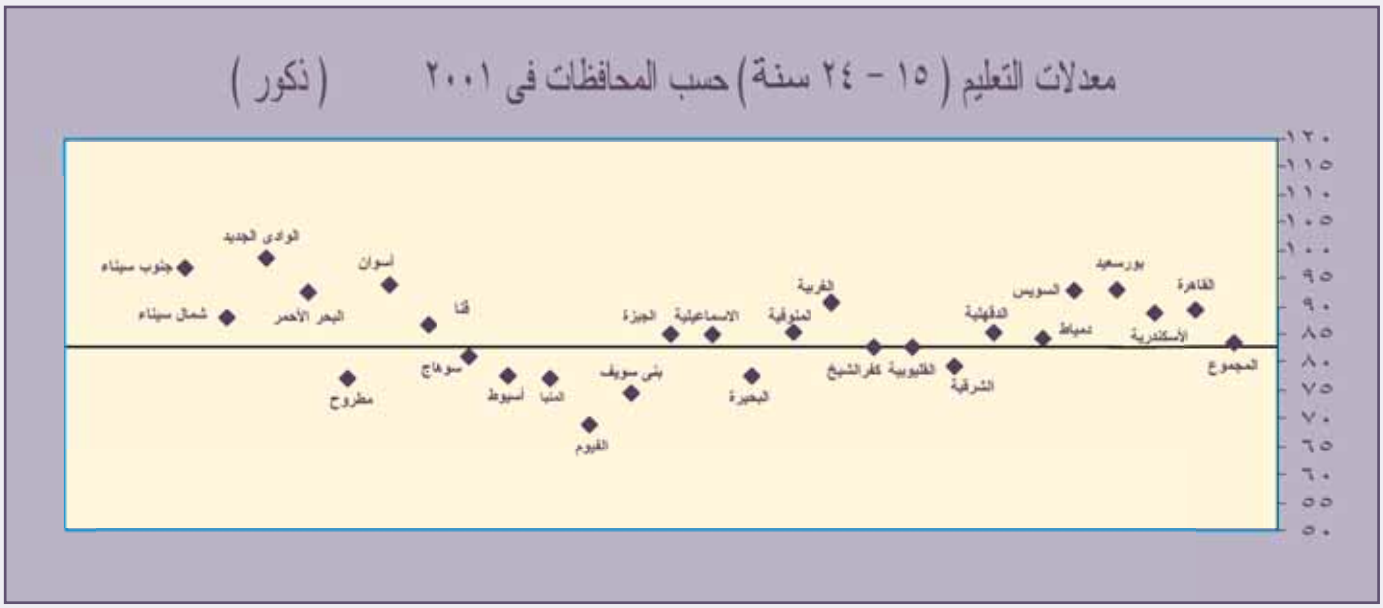
المنطقة		ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
المحافظات الحضرية		٧,١	٢٣,٧	١٠,٧	٦,٣	٢١,٥	٩,١	٤,٥	١٧,٧	٧,١
محافظات مصر العليا	حضرية	٧,٣	٢٧,٤	١٢,٥	٨,٢	٣٢,٤	١٤,١	٦,٦	٢٦,٢	١١,٩
	ريفية	٥,٢	١٠,٣	٦,٩	٨,٥	٢٥,١	١٢,٦	٥,٩	٢٣,٥	١٠,٠
محافظات الوجه البحرى	حضرية	٥,٩	٢٣,٠	١٠,٠	٨,٨	٢٩,١	١٣,٥	٦,٦	٢٦,٤	١١,٠
	ريفية	٣,٧	٥,٦	٤,٢	٥,٦	١٣,٦	٧,٣	٥,٠	١٨,٩	٦,٩
المحافظات الحدودية	حضرية	٦,٢	١٥,٤	٨,٣	١٢,٣	٣٠,٤	١٦,٧	٦,٩	٢٣,٢	١١,٠
	ريفية	٣,٩	٣٧,٣	١٠,٣	١٥,٢	٣١,٨	١٨,٩	٩,٦	٣١,٥	١٣,٧
المجموع	حضرية	٦,٩	٢٤,٦	١١,٠	٧,٦	٢٧,٦	١١,٩	٥,٧	٢٣,١	٩,٧
	ريفية	٤,٦	٨,٨	٥,٩	٧,٣	٢١,٠	١٠,٥	٥,٥	٢٢,١	٨,٩
	المجموع	٥,٦	١٤,٤	٨,١	٧,٤	٢٣,٨	١١,١	٥,٦	٢٢,٦	٩,٢

الجدول د-٢: التوزيع النسبى للقوى العاملة (١٥-٦٤) حسب الوضع التعليمى والنوع والمنطقة فى ١٩٩٠ و ١٩٩٥ و ٢٠٠١

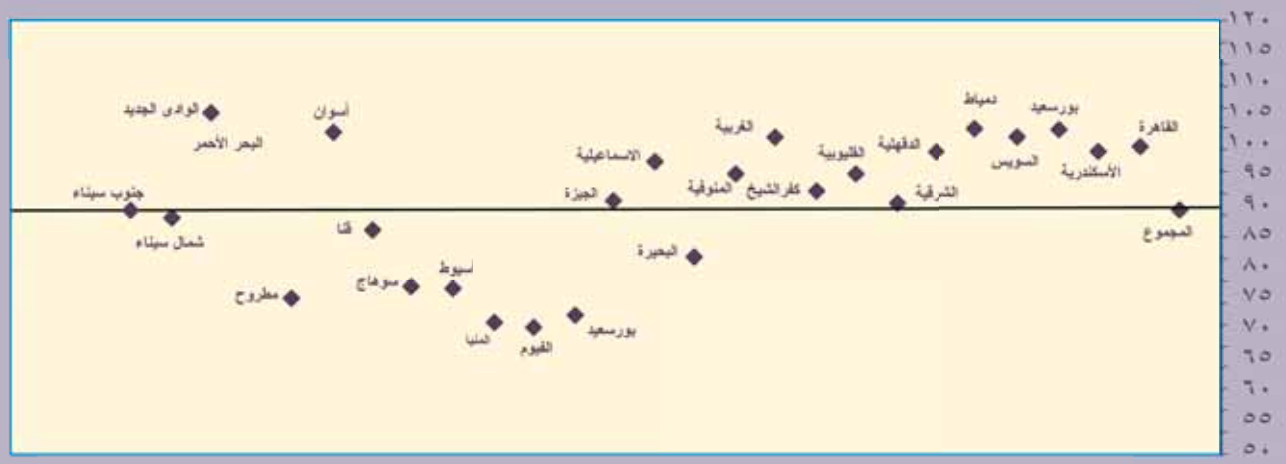
الوضع التعليمى		حضرية	ريفية	المجموع	حضرية	ريفية	المجموع	حضرية	ريفية	المجموع
أمى	ذكور	٢٣,٥	٥٢,٥	٣٩,٥	١٧,٣	٤٤,١	٣٢,١	٨,٦	٣١,١	٢١,٤
	إناث	١٧,١	٧٨,٨	٥٦,٨	٦,٣	٥٨,٨	٣٦,٣	٣,٣	٣٩,٢	٢٢,٢
	مجموع	٢٢	٦٠,٦	٤٤,٣	١٤,٩	٤٧,٥	٣٣	٧,٣	٣٢,٨	٢١,٦
قراءة وكتابة	ذكور	٢٥,٤	٢٢,٣	٢٣,٧	٢٤,٨	٢٢,٧	٢٣,٦	٢٠,٦	٢٥,٤	٢٣,٣
	إناث	٤,٥	٣,٩	٤,١	٣,٧	٣,١	٣,٣	٢,٩	٥,٦	٤,٣
	مجموع	٢٠,٥	١٦,٦	١٨,٣	٢٠,٢	١٨,٢	١٩,١	١٦,٥	٢١,٤	١٩,٣

الشكل ج-١: نسبة الإناث المتعلمات الى الذكور حسب المحافظات فى ١٩٨٦ و١٩٩٦ و٢٠٠١ (٪)

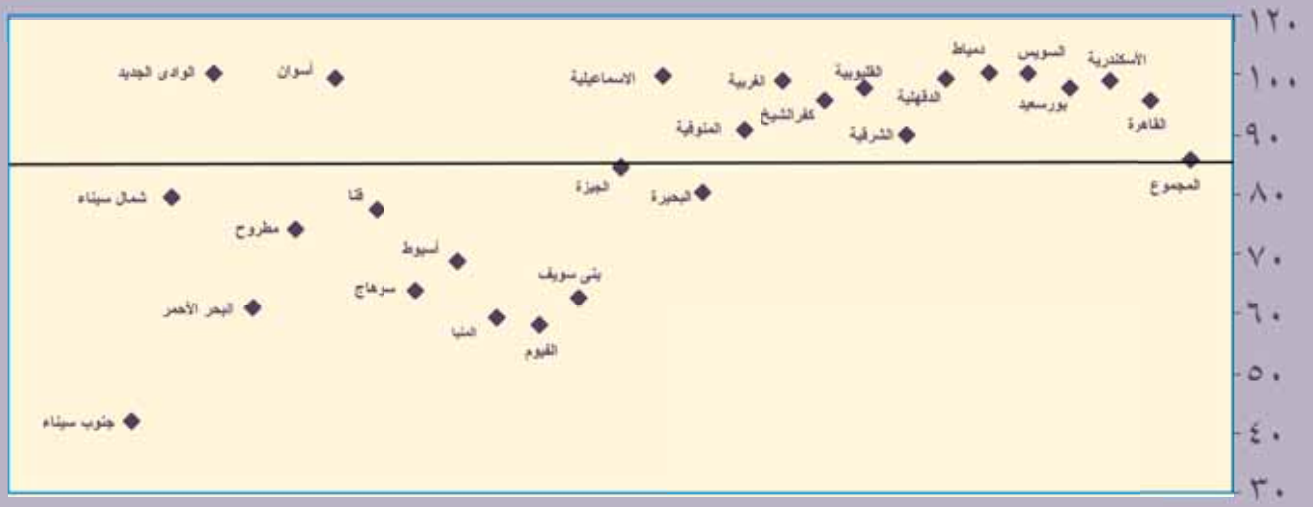


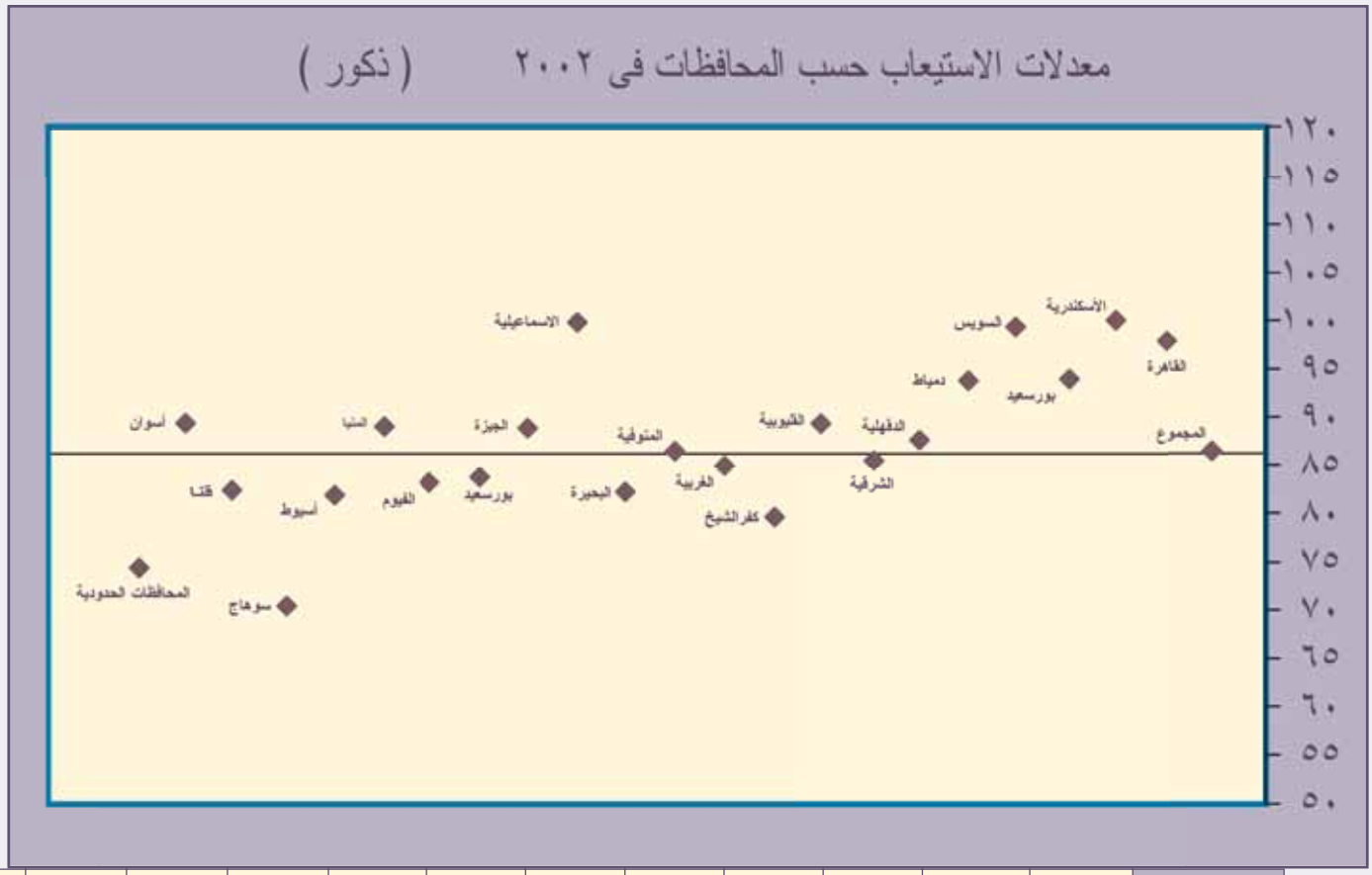


معدلات التعليم (١٥ - ٢٤ سنة) حسب المحافظات فى ٢٠٠١ (إناث)

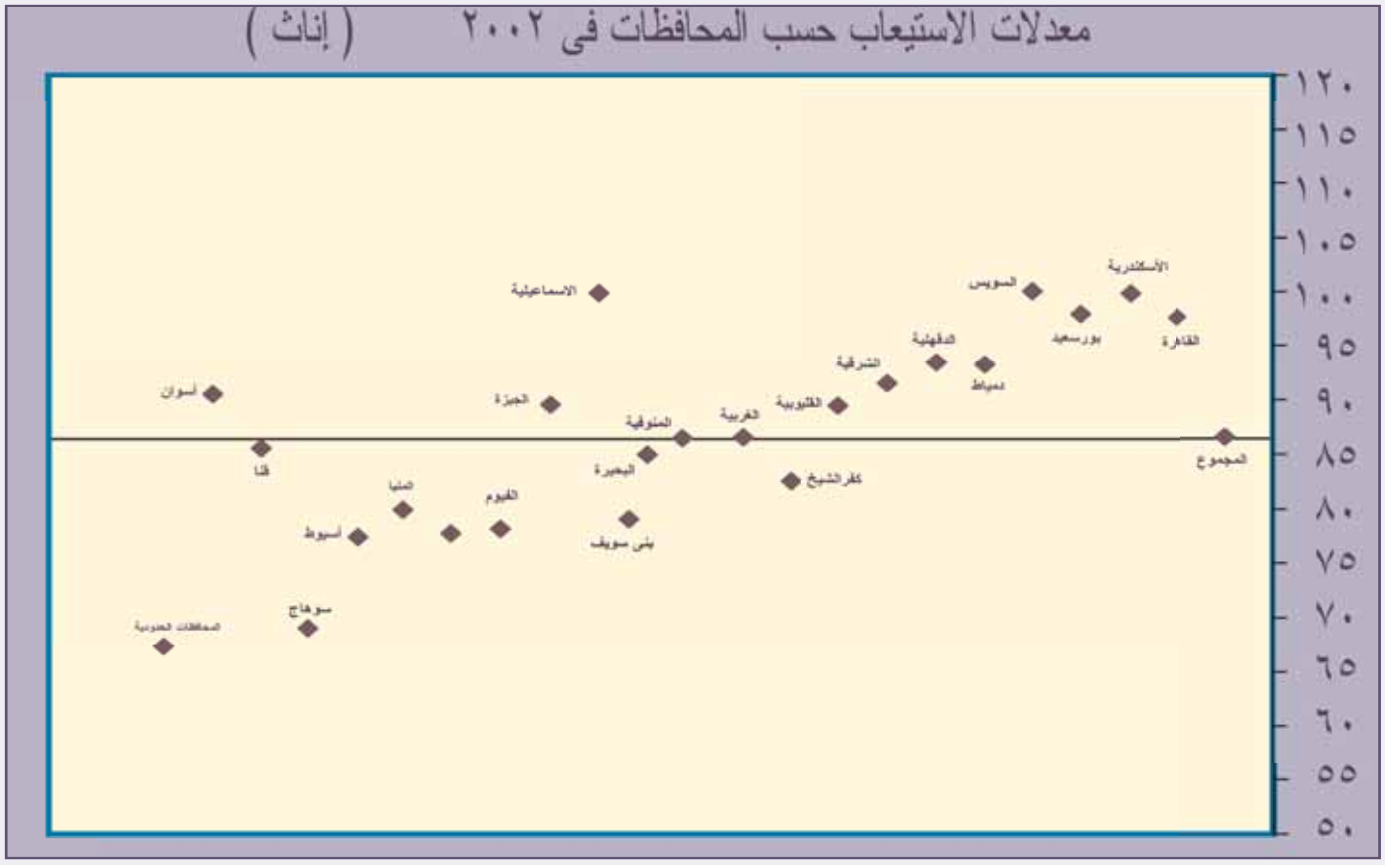


معدلات التعليم (١٥ - ٢٤ سنة) حسب المحافظات فى ٢٠٠١ (اجمالى)





محافظات مصر العليا	٢٨,٧	٣,٧	١١,٤	٣٦,٤	٥,٢	١٦,٠	٢٥,٨	٢,٢	٦,٣	٢٠,٤	٥,٣	١١,٩



أقل من الإعدادية	ذكور	٩,٤	٥,٥	٧,٢	٨,٨	٥,٣	٦,٩	٩	٥,٨	٧,١
	إناث	٣,٨	١,٥	٢,٣	٢,٤	١,٤	١,٨	١,٩	١,٧	١,٨
	مجموع	٨,١	٤,٣	٥,٩	٧,٤	٤,٤	٥,٨	٧,٣	٤,٩	٦
الإعدادية	ذكور	٢٠,٩	١٣,٧	١٦,٩	٢٥,٥	١٩,٦	٢٢,٢	٣٠,٨	٢٧,٢	٢٨,٨
	إناث	٤٣	١١,٦	٢٢,٨	٤٨,٧	٢٩,٢	٣٧,٥	٤٨,٢	٤٠,٢	٤٤
	مجموع	٢٦,١	١٣,١	١٨,٦	٣٠,٥	٢١,٨	٢٥,٧	٣٤,٨	٢٩,٨	٣٢
أقل من الجامعية	ذكور	٣,٨	١,٧	٢,٧	٤,٩	٣,١	٣,٩	٦,٥	٣,١	٤,٥
	إناث	٨,٧	١,٨	٤,٣	١١,٥	٤	٧,٢	١٠	٤,٤	٧
	النوع مجموع	٥	(٣)١٩٩٠	٣,١	٦,٣	(٣)٣٩٩٥	٤,٧	٧,٣	(٣)٣٠٠١	٥,١
الجامعية +	ذكور	١٧	٤,٣	١٠	١٨,٧	٥,٢	١١,٣	٢٤,٦	٧,٤	١٤,٨
	إناث	٢٢,٨	٢,٤	٩,٧	٢٧,٥	٣,٥	١٣,٨	٣٣,٩	٨,٨	٢٠,٧
	مجموع	١٨,٤	٣,٧	٩,٩	٢٠,٦	٤,٨	١١,٨	٢٦,٧	٧,٧	١٦,١
المجموع	ذكور	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	إناث	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

المصدر: دراسة عينة من القوى العاملة ١٩٩٠و ١٩٩٥ و٢٠٠١

الملحق هـ

تخفيض وفيات الأطفال

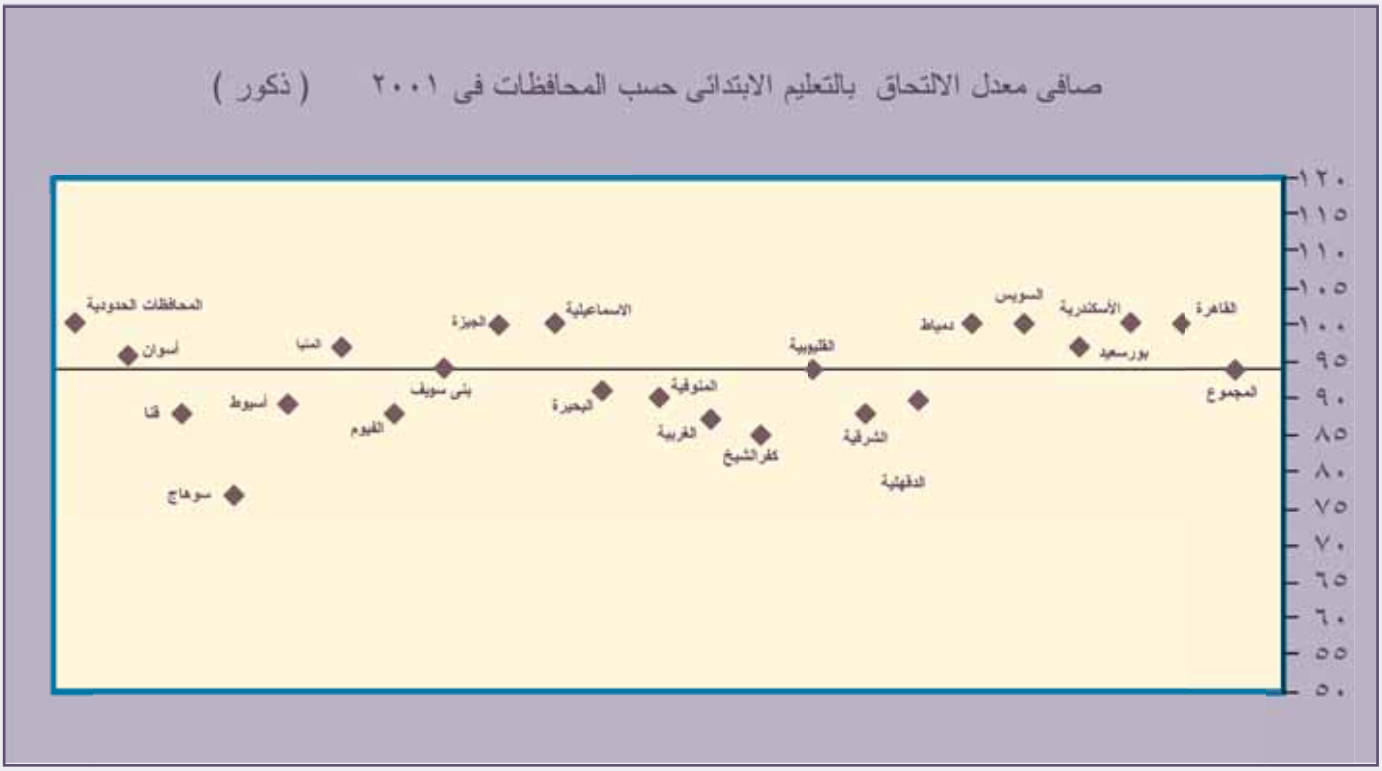
الجدول هـ-١: اتجاهات الوضع الغذائى للأطفال تحت سن الخامسة حسب مكان الإقامة وفقا للمسح الديموغرافى والصحى فى مصر ٢٠٠٣.

(*) معدل البطالة للأعمار (١٢-٦٤)

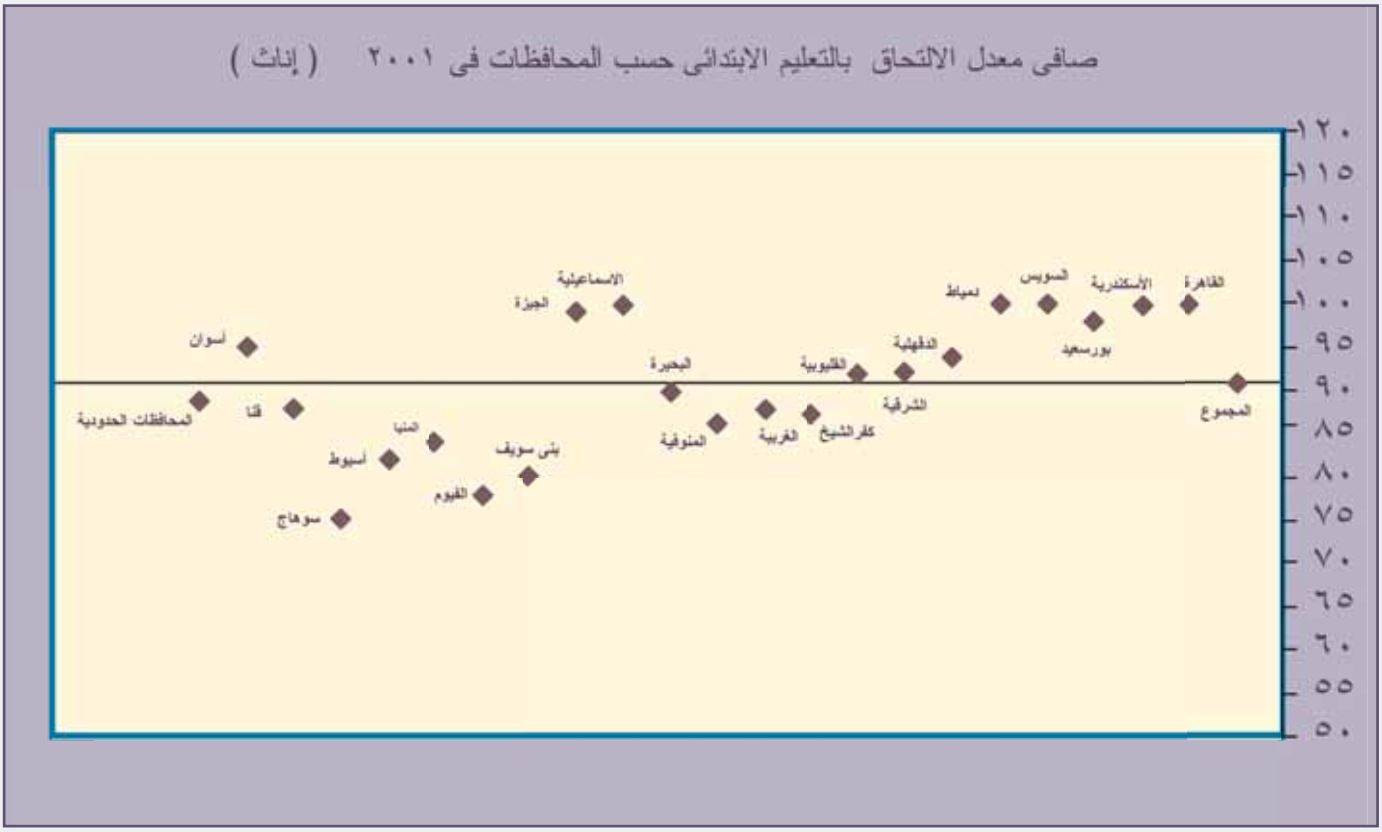
(**) معدل البطالة للأعمار (١٥-٦٤)

المصدر: مسح لعينة من القوى العاملة

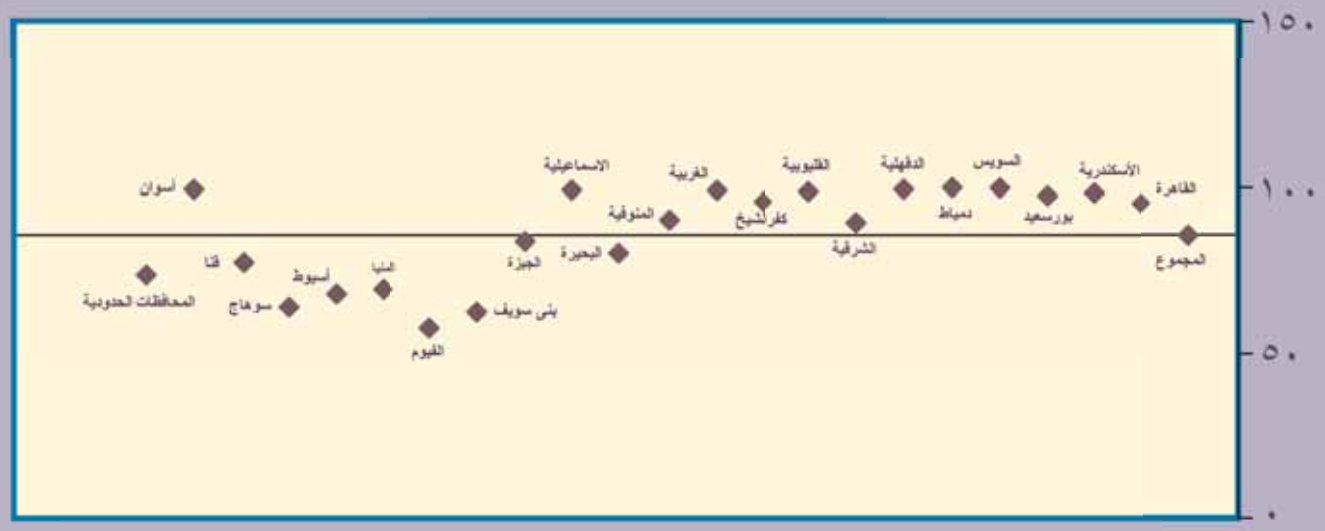
الوضع الغذائى	١٩٩٢			١٩٩٥			٢٠٠٠			٢٠٠٣		
	المنطقة			١٩٩٠(*)			١٩٩٥(*)			٢٠٠١(**)		
المنطقة / النوع	الطول إلى العمر	الوزن إلى الطول	الوزن إلى العمر	الطول إلى العمر	الوزن إلى الطول	الوزن إلى العمر	الطول إلى العمر	الوزن إلى الطول	الوزن إلى العمر	الطول إلى العمر	الوزن إلى الطول	الوزن إلى العمر
حضرية	١٦,٨	٤,٥	٧,٤	١٨,٤	٥,٤	٩,١	٨,٥	١,٨	٢,٥	١٥,٦	٣,١	٥,٧
محافظات الوجه البحرى	٢٧,٠	٢,٦	٧,٧	٢٨,٠	٣,٠	٩,٦	١٦,٠	٣,١	٢,٦	١٠,٩	٣,١	٦,٢
المناطق الحضرية فى الوجه البحرى	٢٠,٥	٢,٣	٤,٤	٢٥,٦	٢,٤	٨,٨	١٣,٧	٣,٣	١,٩	١٠,٠	٢,٢	٤,٨
المناطق الريفية فى الوجه البحرى	٢٩,١	٢,٧	٨,٨	٢٨,٨	٣,٢	٩,٩	١٦,٨	٣,١	٢,٨	١١,٣	٣,٤	٦,٨



مرسي مطروح	٦٧,١
شمال سيناء	٣٦
جنوب سيناء	٤٦,١
مصر	٥٦,٤

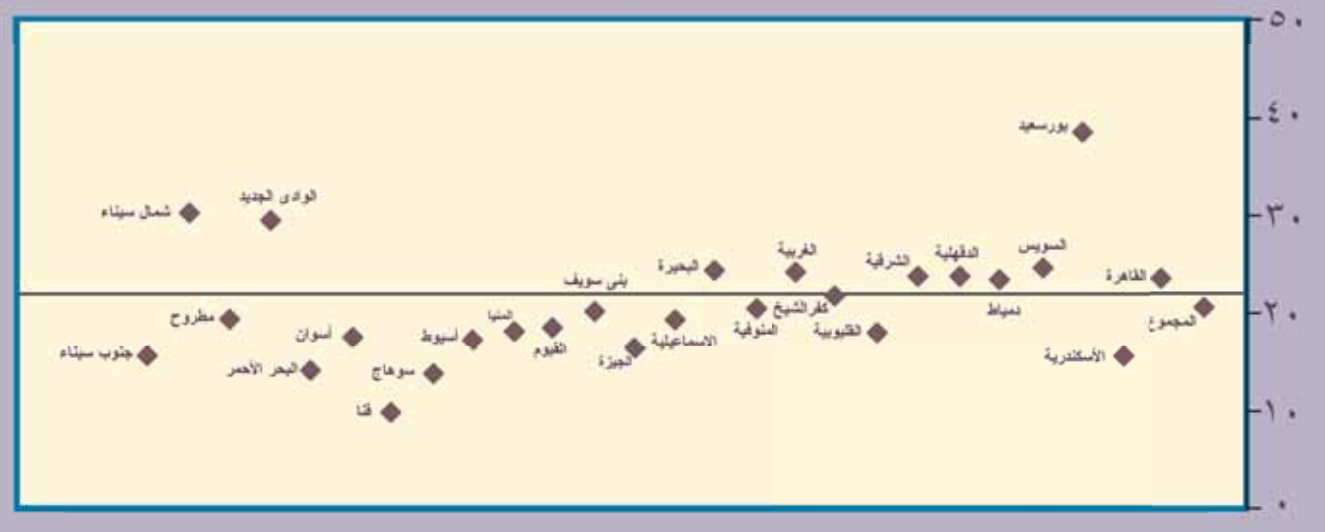


معدلات الإناث المتعلمات مقارنة بالذكور (١٥ - ٢٤ سنة) حسب المحافظات فى ٢٠٠١



الوادي الجديد	٢٨,٣

حصة الإناث من العمل مدفوع الأجر فى القطاع غير الزراعى حسب المحافظات (٢٠٠١)

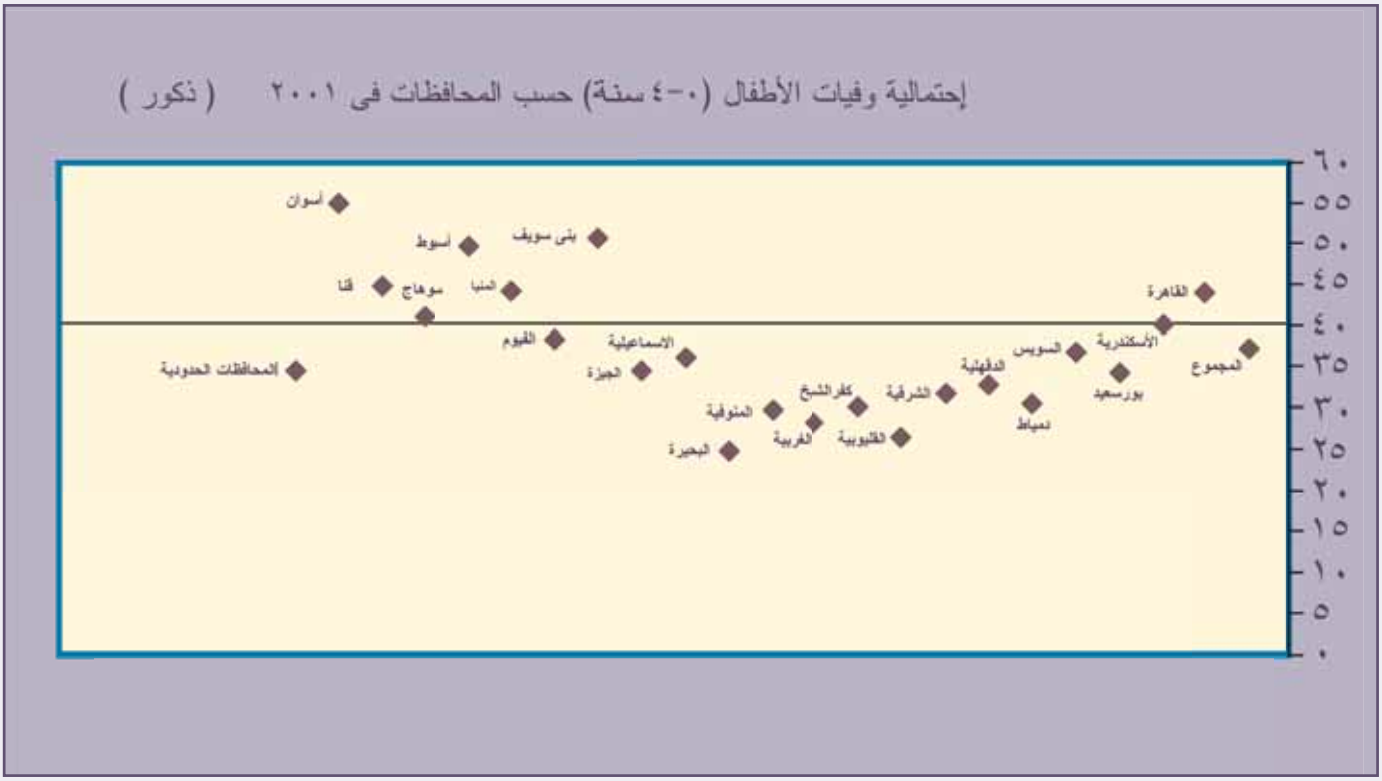


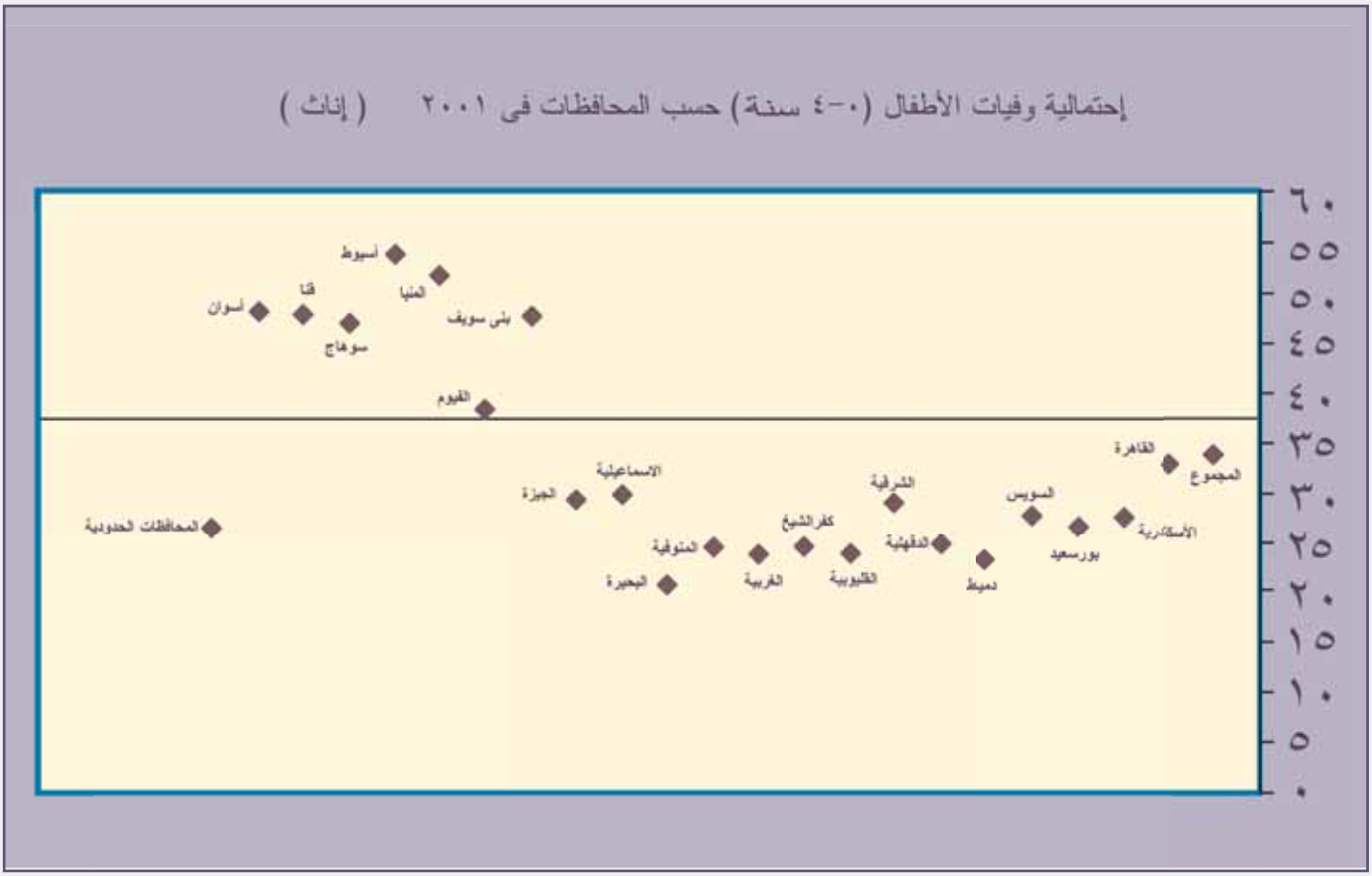
المناطق الحضرية فى مصر العليا	٢٤,٦	٢,٨	٨,٣	٢٧,٢	٤,٧	١١,٠	٢١,٩	٢,٣	٥,٠	١٦,٧	٦,٣	١٠,٥
المناطق الريفية فى مصر العليا	٣٠,٠	٤,٠	١٢,٤	٣٩,٧	٥,٣	١٧,٨	٢٧,٢	٢,٢	٦,٨	٢١,٨	٤,٩	١٢,٤
حدودية	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	٣٢,٥	٢٦,١	٣٥,٢	١٦,٧	٠,٨	٢,٣	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد
المجموع	**٢٦**	**٣,٤**	**٩,٢**	**٢٩,٨**	**٤,٦**	**١٢,٤**	**١٨,٧**	**٢,٥**	**٤,٠**	**١٥,٦**	**٤,٠**	**٨,٦**

الملحق و تحسين صحة الأطفال

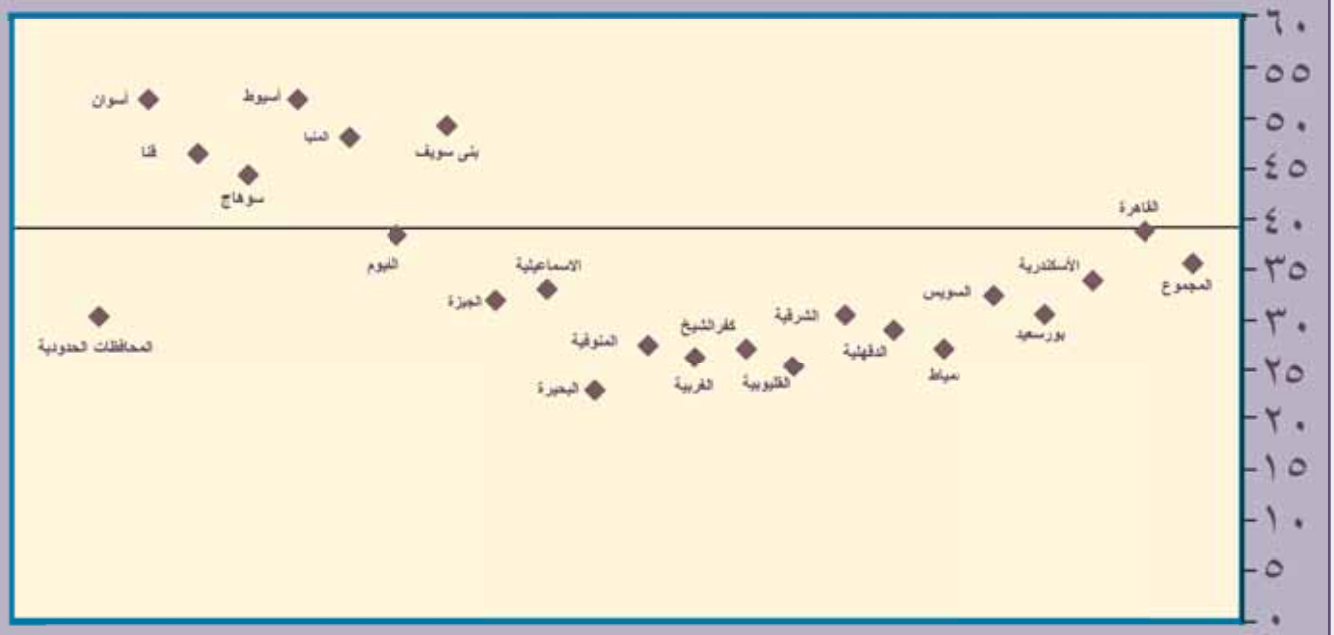
الجدول ١: معدلات صحة الأطفال حسب المحافظات (٢٠٠١)

المحافظة	معدلات وفيات الأمهات (٢٠٠١)
القاهرة	٤٢,٢
الإسكندرية	٥٨,٧
بور سعيد	٨٨,٨
السويس	٦٥,٥
دمياط	٢٤,٨
الدقهلية	٥٨,٨
الشرقية	٥٢,٨
القليوبية	٣٠,٣
كفر الشيخ	٣٥,٧
الغربية	٥٤,٧
المنوفية	٤٣,٦
البحيرة	٢٥,٦
الإسماعيلية	٥٢,٧
الجيزة	٥٤,٤
بني سويف	٤٨,٦
الفيوم	٤٢,٥
المنيا	٤٥,٩
أسيوط	٣٦,٢
سوهاج	٥١,٣
قنا	٥٨,٦
الأقصر	٩٥,٢
أسوان	٩٦,٩
البحر الأحمر	٧٨

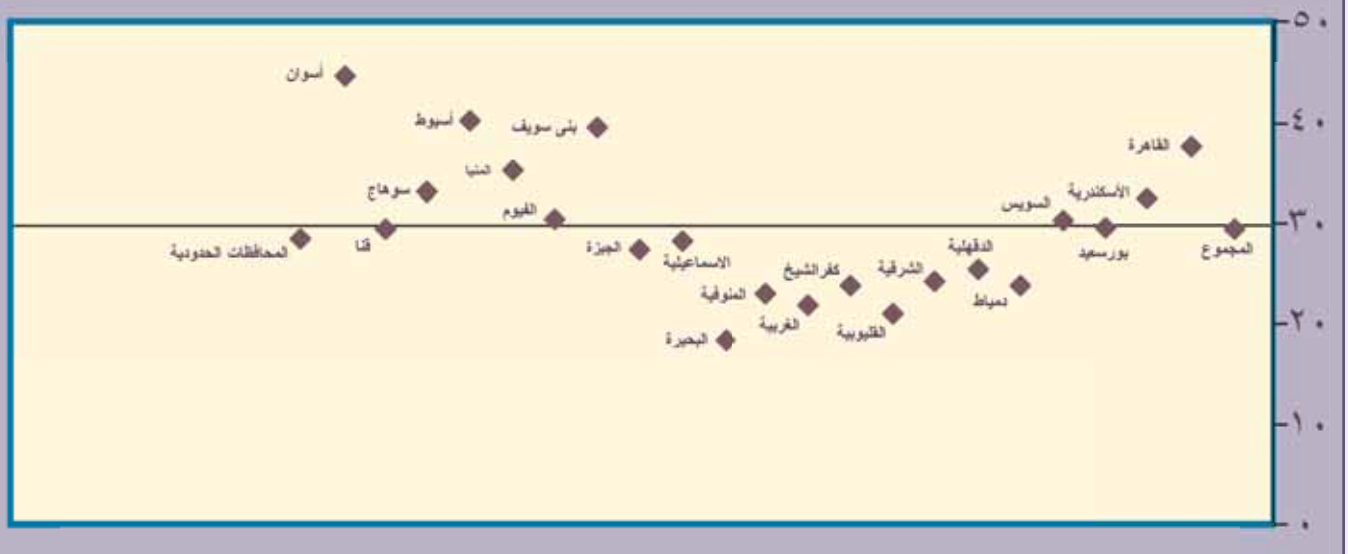

إحتمالية وفيات الأطفال (٠-٤ سنة) حسب المحافظات فى ٢٠٠١ (ذكور)
٦٠
٥٥
٥٠
٤٥
٤٠
٣٥
٣٠
٢٥
٢٠
١٥
١٠
٥
٠
أسوان
بنى سويف
أسيوط
المنيا
قنا
سوهاج
القاهرة
الفيوم
الإسماعيلية
الأسكندرية
السويس
المحافظات الحدودية
الجيزة
الدقهلية
المجموع
الشرقية
بورسعيد
كفرالشيخ
المنوفية
دمياط
الغربية
القليوبية
البحيرة

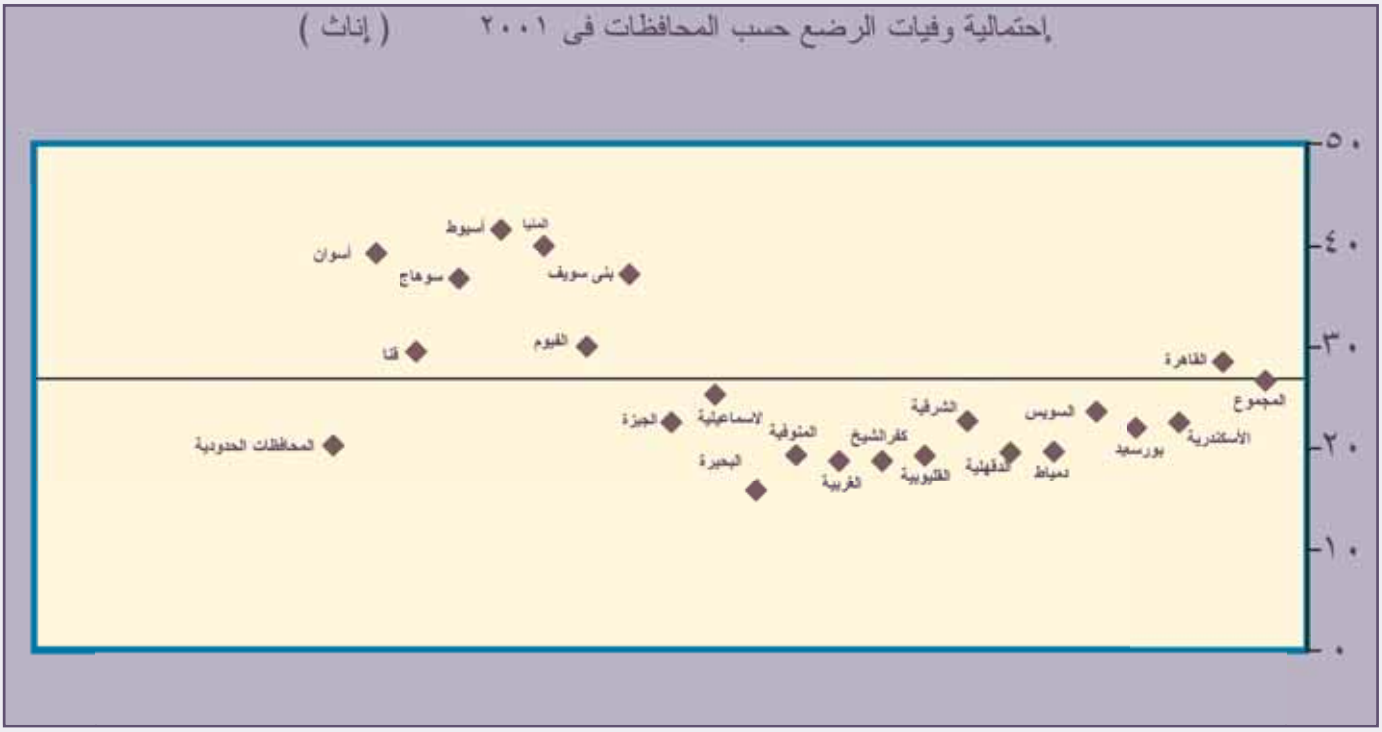

إحتمالية وفيات الأطفال (٠-٤ سنة) حسب المحافظات فى ٢٠٠١ (إناث)
٦٠
٥٥
٥٠
٤٥
٤٠
٣٥
٣٠
٢٥
٢٠
١٥
١٠
٥
٠
أسيوط
المنيا
قنا
أسوان
بنى سويف
سوهاج
الفيوم
القاهرة
المجموع
الإسماعيلية
الشرقية
الجيزة
السويس
المحافظات الحدودية
الأسكندرية
بورسعيد
الدقهلية
كفرالشيخ
المنوفية
دمياط
القليوبية
الغربية
البحيرة

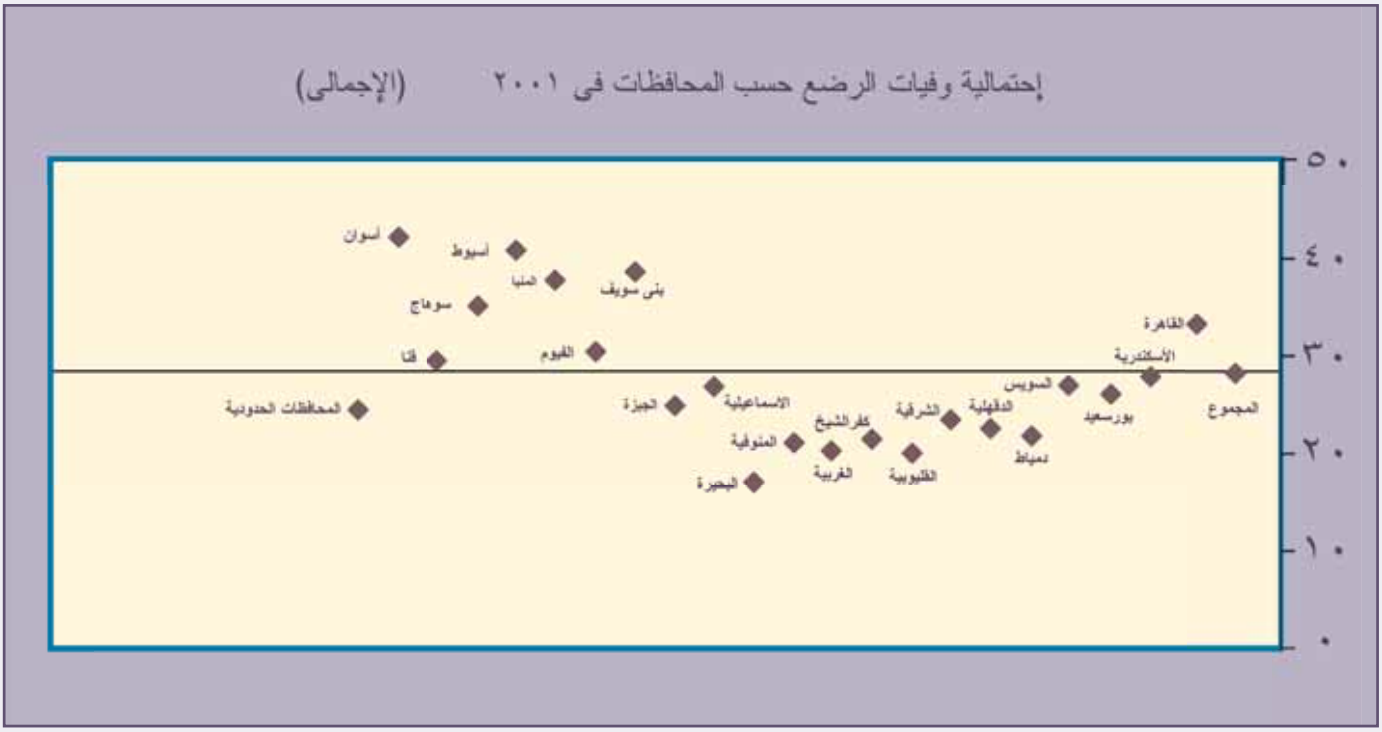
إحتمالية وفيات الأطفال (٠-٤ سنة) حسب المحافظات فى ٢٠٠١ (الإجمالى)



إحتمالية وفيات الرضع حسب المحافظات فى ٢٠٠١ (ذكور)

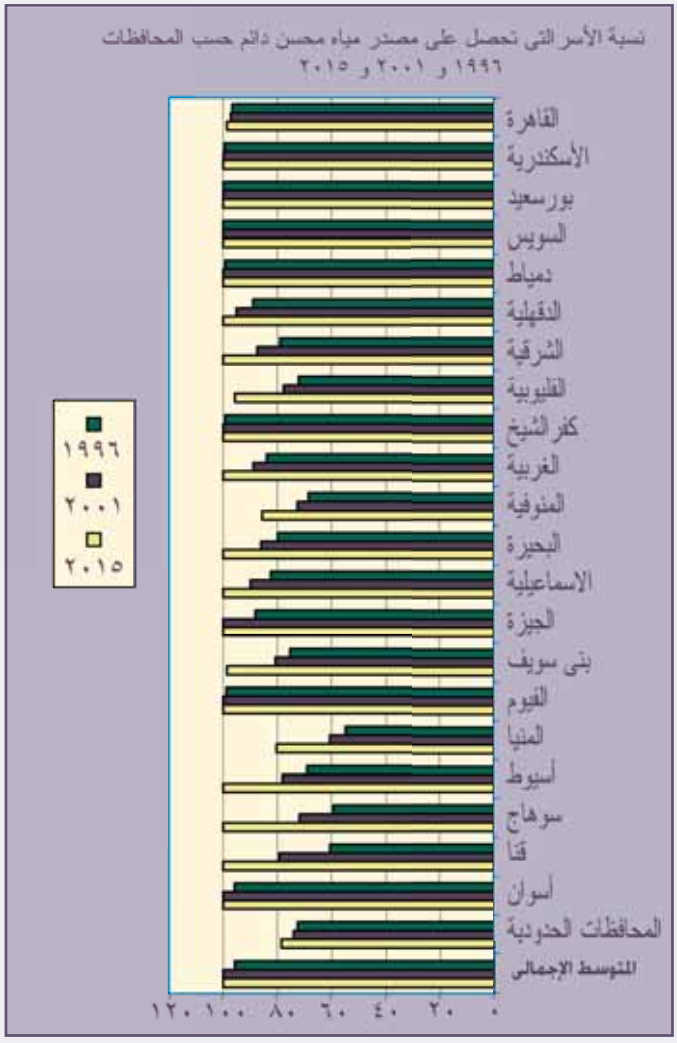



إحتمالية وفيات الرضع حسب المحافظات فى ٢٠٠١ (إناث)
٥٠
٤٠
٣٠
٢٠
١٠
٠
المنيا
أسيوط
أسوان
سوهاج
بنى سويف
الفيوم
قنا
القاهرة
المجموع
الأسكندرية
بورسعيد
السويس
الشرقية
الدقهلية
دمياط
كفرالشيخ
الغربية
المنوفية
البحيرة
الإسماعيلية
الجيزة
القليوبية
المحافظات الحدودية

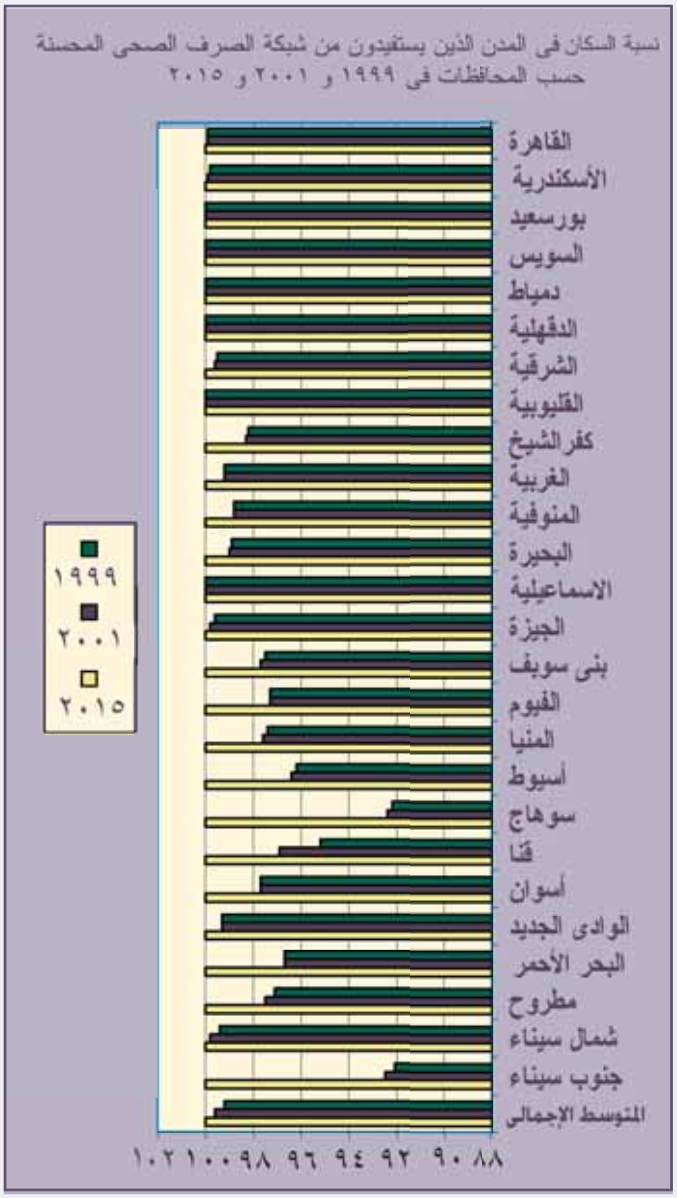

إحتمالية وفيات الرضع حسب المحافظات فى ٢٠٠١ (الإجمالى)
٥٠
٤٠
٣٠
٢٠
١٠
٠
أسوان
أسيوط
المنيا
بنى سويف
سوهاج
الفيوم
قنا
القاهرة
الأسكندرية
المجموع
السويس
بورسعيد
الدقهلية
الشرقية
دمياط
كفرالشيخ
الغربية
المنوفية
القليوبية
البحيرة
الإسماعيلية
الجيزة
المحافظات الحدودية

الملحق ز
ضمان الاستدامة البيئية

الشكل ز - ١



الشكل ز - ٢



الوثائق الرئيسية ومصادر البيانات

- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء (CAPMAS).
- تقرير الأمم المتحدة المشترك لتقييم الدول (٢٠٠١) • مصر.
- المعهد القومى للتخطيط ، تقرير التنمية البشرية – مصر (١٩٩٨/١٩٩٩).
- المسح الديموغرافى والصحى المصرى (٢٠٠٠).
- الخطة الخمسية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية (٢٠٠٢-٢٠٠٣ • ٢٠٠٦/٢٠٠٧).
- وحدة الاستطلاع الإقتصادى • مصر (٢٠٠٢/٢٠٠٣ EIU).
- وزارة الصحة والسكان.
- وزارة التخطيط، منجزات التنمية الاجتماعية والتحديات .
- ورقة الموقف لإجتماع المجموعة الاستشارية • DAG (ديسمبر ٢٠٠١).
- جهاز شئون البيئة، الخطة الوطنية للعمل البيئى فى مصر (٢٠٠٢/٢٠١٧).
- ورقة الحقائق – برنامج مساعدات الأمم المتحدة – مصر

http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact__sheets/pdfs/Egypt__en.pdf

- برنامج الأمم المتحدة الإنمائى، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠١.
- مجموعة البنك الدولى • مصر: نظرة سريعة الى الدولة،

http://www.worldbank.org/data/countrydata/aag/egy__aag.pdf

- منظمة الصحة العالمية • استطلاع الأمراض المنقولة والاستجابة "دور علاج الشيستوسوما لدى الأبوين فى انتشار فيروس التهاب الكبد نوع سى فى مصر".

http://www.who.int/emc/diseases/hepatitis/hepatitissummary.html

http://www.undg.org/main.cfm?display=doclist&thisCat=85&sub=true

- التقارير الشهرية لوزارة التجارة الخارجية.
- التقارير ربع السنوية لوزارة التجارة الخارجية.
- وزارة السياحة.
- وزارة التجارة الخارجية-مصر عام ٢٠٠٣.
- عمليات المسح الديموغرافى والصحى فى مصر ١٩٩٥، ٢٠٠٣.
- إحصائيات الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ١٩٩٧، ١٩٩٨، ١٩٩٩.
- دراسات الدخل والمصروفات فى المنازل التى أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.
- تقارير البنك الدولى ٢٠٠١، ٢٠٠٢، ٢٠٠٣.
- تقارير اليونيسيف ١٩٩٩، ٢٠٠٢.
- الزناتى وآخرون؛ أو آر سى ماكرو ، ٢٠٠٣.
- الطويلة وآخرون ، ٢٠٠٠.
- إبراهيم وآخرون، ١٩٩٧.
- الليثى وآخرون، ١٩٩٩.
- الأهوانى، ٢٠٠٢.
- البرادعى، ٢٠٠٢.
- منتدى العالم الثالث، ١٩٩٤، و: بيبرس، ١٩٩٩.
- البنك الدولى، جمهورية مصر العربية: تقييم التكلفة لتدهور البيئة، ٢٠٠٢.
- إحصائيات البنك الدولى حول الديون الخارجية.
- برنامج الشراكة المصرية اليابانية.
- الإتفاقية المصرية الأمريكية لتعزيز التجارة والتعاون الاقتصادى.
- البرادعى، منى (١٩٩٤). أثر سياسات التعديل الهيكلى والإستقرار على التعليم والصحة فى مصر. منتدى العالم الثالث واليونيسيف، القاهرة مصر يونيو.
- البرادعى، منى (٢٠٠٣). العودة الخاصة إلى التعليم واللامساواة التعليمية والفقر فى مصر. ورقة خلفية لمشروع البنك الدولى: استراتيجية خفض الفقر لمصر (تحت الطبع).

- الليثى، هبة، علا الخواجه، نجوى رياض (١٩٩٩). تقييم الفقر فى مصر، ١٩٩١-١٩٩٦.

- الطويلة، سحر وآخرون (٢٠٠٠). البيئة المدرسية فى مصر: تحليل حالة المدارس الإعدادية الحكومية، مجلس السكان، نيويورك، الولايات المتحدة.

- إبراهيم وبربارا وآخرون (١٩٩٩). تحولات إلى البلوغ: مسح وطنى للبلوغ فى مصر، المجلس العالمى للسكان، نيويورك، الولايات المتحدة.

- اليونسف (٢٠٠٢)، أوضاع الأطفال والمرأة المصرية، تحليل على أساس الحقوق، القاهرة، مصر.

- البنك الدولى (٢٠٠٢أ)، جمهورية مصر العربية، خفض الفقر فى مصر- التشخيص والإستراتيجية، المجلد ١: التقرير الرئيسى رقم ٢٤٢٣٥٤- مصر، واشنطن ٢٩ يونيو.

- البنك الدولى (٢٠٠٢ب)، جمهورية مصر العربية : مراجعة قطاع التعليم-التقدم وأولويات المستقبل، المجلد ١: التقرير الرئيسى رقم ٢٤٩٠٥- مصر، واشنطن أكتوبر.

- البرادعى، منى (٢٠٠٣). تعليم وتنمية الجنسين فى مصر: النتائج الإيجابية والتباينات الثابتة. ورقة خلفية لمشروع البنك الدولى حول تقييم الجنسين فى مصر.

- الأهوانى، جُلاء (٢٠٠٢). النوع والتوظيف فى مصر. ورقة خلفية لمشروع البنك الدولى حول تقييم الجنسين فى مصر.

- الزناتى، فاطمة؛ و آن واى (٢٠٠١). المسح الديمغرافى والصحى فى مصر ٢٠٠٢. كالفيرتن، ميريلاند، الولايات المتحدة، وزارة الصحة والسكان المصرية والمجلس الوطنى للسكان و أو آر سى ماكرو.

- معهد التخطيط القومى ؛ وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائى (١٩٩٨/١٩٩٩). تقرير التنمية البشرية فى مصر ١٩٩٨/١٩٩٩، القاهرة، مصر.

- اليونسكو (٢٠٠٠). تقرير حول أوضاع التعليم فى مصر، باريس، يوليو.

- قاعدة بيانات التعاون التنموى فى مصر، القاهرة، أغسطس ٢٠٠٣.

تقارير الدول:

- بالنسبة لتقارير الدول الخاصة بأهداف التنمية الألفية (تقارير التقدم المعدة من قبل فرق الدول التابعة للأمم المتحدة) لكل من: الكاميرون، يونيو ٢٠٠١ / كمبوديا، ٢٠٠١ / فيتنام، ٢٠٠١ / نظرة عامة لتقرير التقدم فى تنزانيا، فبراير٢٠٠١.

http://www.undg.org/main.cfm?display=doclist&thisCat=84&sub=true

- مراقبة التغذية الصحية، وأهداف التنمية السكانية باستخدام إطار عمل وورقة استراتيجية تخفيض الفقر (PRSP)، ملخص ندوة البنك الدولى (٢٨-٢٩ نوفمبر ٢٠٠١).

http://www.worldbank.org/hdnet/hddocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/9ff92329e0a0eb5a85256b1300776723

- عالم أفضل للجميع، ٢٠٠٠ (٢٤ صفحة) تقرير حول "التقدم نحو أهداف التنمية" الذي نشره صندوق النقد الدولى ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية / DAC والبنك الدولى والأمم المتحدة (يونيو ٢٠٠٠ القمة الاجتماعية العالمية فى جنيف وقمة الثماني الكبار فى أوكيناوا)

http://www.paris21.org/betterworld/

الأهداف التنموية:

- الصفحة الكاملة للأهداف والغايات بما فيها البيانات المقدمة من البنك الدولى، جداول الدولة، جداول الأهداف حسب المنطقة، التغريفات والمصادر، الخرائط، وغيرها. قدمت البيانات عن أربعة من السنوات العشر الأخيرة بدء من عام ١٩٩٠ حسب المتاح. كل جدول من جداول الأهداف السبعة يمثل المؤشرات المناسبة لكل دولة • بالترتيب الأبجدي ضمن المناطق.

http://www.developmentgoals.org

OECD/DAC :

- الصفحة الرئيسية لمؤشرات منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية /DAC . يقدم الموقع مخططات للتقدم المحرز إقليمياً وقطرياً (تم تحديثها فى أغسطس ٢٠٠١)، وروابط إلى خرائط حول الموقع الالكتروني لأهداف التنمية وإلى مصادر البيانات لكل المؤشرات فى المجموعة المركزية. ويشمل مخططات اقليمية وروابط إلى مصادر البيانات ، والأهداف، ومخططات تقدم الدول، ومواقع مناسبة أخرى.

http://www1.oecd.org/dac/Indicators/index.htm

- بيان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية لدعم أهداف التنمية الألفية (سبتمبر ٢٠٠١)

http://www1.oecd.org/media/release/un__millennium1909.htm

- وصف للإعلان الألفى، الأهداف الثمانية كاملة، ثمانية عشر غاية وأكثر من أربعين مؤشرا

http://webnet1.oecd.org/pdf/M00017000/M00017310.pdf

مكتب الأمم المتحدة
صندوق بريد ٩٨٢
١١٩١ مركز التجارة العالمى - كورنيش النيل
١١٥٩٩ بولاق - القاهرة - مصر
تليفون ـــ(٢٠٢) ٥٧٨ ٤٨٤٠ ـــ: ـــ فاكس ـــ(٢٠٢) ٥٧٨ ٤٨٤٧
www.un.org.eg

تصميم وطباعة شركة وايلدفاير