

(مستخرج)

رِصْدُ الْمَعَاوِرَةِ

مجلة علمية محكمة ربع سنوية

تصدرها

مجتمع المصريات للاقتصاد والسياسي الإحصاء والنشر

مؤشرات الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر

د / هيثم عيسى عليوه زهران



اكتوبر ٢٠٢١

العدد ٥٤٤

السنة المائة واثنى عشرة

القاهرة

L'EGYPTE

CONTEMPORAINE

Revue Scientifique arbitrée .. Quart annuel

de la

société Egyptienne d'Economie Politique de Statistique

et de Législation

Indicators of spending on the health sector in Egypt

Dr. Haitham Essa Elewa Zahran



October 2021

No. 544

CXII itème Année

Le Caire

مؤشرات الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر

د/ هيثم عيسي عليوه زهران

المقدمة

تعد الصحة هي المورد الأساسي والرئيسي للدخل فهي التي تمكن أفراد المجتمع من استغلال قدراتهم في العمل وبالتالي المساهمة في التقدم الاقتصادي .

وتعتبر الخدمات الصحية من الأهداف الرئيسية للدول المتقدمة حيث أنها شرط أساسي للتنمية الاقتصادية وارتفاع مستوى المعيشة لدي السكان .

و لذلك فإن العلاقة بين صحة الشعوب و تطورها الاقتصادي والاجتماعي هي علاقة معقدة للغاية وتعتبر قضية الاستثمار في الخدمات الصحية من القضايا الهامة التي تواجه مخططي التنمية في العالم وذلك نظراً لأن الخدمات الصحية تمثل إحدى الاحتياجات الرئيسية لكافة أفراد المجتمع .

و يكتسب قطاع الصحة أهمية كبرى في دعم إمكانيات التنمية الاقتصادية ، وذلك لان العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي علاقة مشابكة للغاية حيث تحتاج التنمية الاقتصادية إلي أفراد ذو مستوى صحي متميز للقيام بها . وبالتالي فإن الصحة ليست ثمرة التنمية الاقتصادية بل إنها وسيلة بلوغ أهداف التنمية الاقتصادية ، و لكن من ناحية أخرى فإن مستوى التقدم للخدمات الصحية يعتمد بدرجة كبيرة علي ارتفاع معدلات التنمية الاقتصادية والتعليمية .

و تعتبر التنمية البشرية وزيادة قدرتها علي العطاء والعمل ضرورية حتمية للتنمية الاقتصادية وتحقيق التقدم المادي ، ولذا فإن عملية التنمية تحتاج إلي حشد كافة الموارد والإمكانيات المتاحة ، وفي مقدمتها العنصر البشري الذي يعتبر المفتاح الأساسي في عملية التنمية لأنه كلما زادت قوي العمل المنتجة وزاد مستوى مهارتها وكفاءتها وقدرتها علي العمل الابتكار أدي ذلك إلي زيادة الإنتاج القومي ، ومن ثم زيادة الدخل القومي .

ولهذا فإن دور العنصر البشري في التنمية يعتبر أمراً جوهرياً تنتبه إليه الدول التي تسعى إلي تنمية مواردها و من بينها مصر ، ولذا قامت مصر ببذل الجهد

للمحافظة علي العنصر البشري عن طريق تقديم الخدمات الأساسية و من أهمها الارتقاء بالمستوي الصحي للإنسان المصري لأن الصحة تعتبر جزءاً من التنمية حيث إن الطاقة البشرية المتولدة بفضل تحسين الصحة تزيد من القدرة علي الإنتاج .

و من هنا نجد ان تحسين الصحة عن طريق الخدمات الصحية ما هو إلا استثمار أساسي في عملية التنمية .

ويؤدي تطبيق موازنة البرامج و الأداء دوراً هاماً في تحقيق أفضل استغلال ممكن للموارد المحدودة ، و هو ما يساعد علي تقديم رعاية صحية أفضل ، حيث إن الصحة هي حق من حقوق الإنسان ، وهي تعتبر حق ثابت لكل مواطن .

أهداف الدراسة :

- ١ . تحليل النظم والسياسات الصحية في مصر .
- ٢ . بيان العلاقات المتشابكة بين سياسات الإصلاح الاقتصادي و القطاع الصحي في مصر .
- ٣ . معرفة الإمكانيات المتاحة لدي هيئة التأمين الصحي ، مع توضيح مستقبل التأمين الصحي وإمكانية التوسع .
- ٤ . تحديد أثر التأمين الصحي علي الإنتاجية و الاستقرار الوظيفي و الاستقرار الاجتماعي و الرفاهية .
- ٥ . التعرف علي هيكل مصروفات الأنفاق العام في موزانات القطاع الصحي و مدي العدالة في توزيع هذه المصروفات بين المحافظات .
- ٦ . التعرف علي التحديات أو المشاكل التي تعوق عملية تحسين أداء الرعاية الصحية .
- ٧ . التعرف علي أثر تطبيق موازنة البرامج و الأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي علي أداء القطاع الصحي في مصر .

فروض الدراسة

يمكن أن يكون لتطبيق برامج التثبيت و التكيف الهيكلي آثاراً سلبية علي القطاع الصحي في مصر .

تدني أداء القطاع الصحي في مصر في ظل موازنة البنود .
يعتبر التأمين الصحي الكفاء من أسباب رفع الانتاجية والاستقرار الوظيفي .
يعد الإنفاق علي الخدمة العلاجية التأمينية انفاقاً استثمارياً ، حيث أنه يعني
المحافظة علي الموارد البشرية مما ينعكس علي الإنتاج .
عند الاستفادة بكل الإمكانيات المتاحة ، وخلق إمكانيات جديدة يمكن أن تمتد
مظلة التأمين الصحي لكل أفراد المجتمع المصري .

أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية :

- يعتبر المرض من أهم الأخطار التي يتعرض لها الإنسان و بالتالي لا بد من الاهتمام بالعنصر البشري ، بحيث لا يتصور ان نجاح التنمية يقوم علي مواطنين يعانون من الأمراض .
- زيادة تطلعات المواطنين لمزيد من الرعاية الصحية من قبل نظام التأمين الصحي مع قصور في الإمكانيات المتاحة لدي نظام التأمين الصحي ، مما استلزم دراسة أسباب ذلك القصور للوصول إلي أفضل استخدام أمثل لهذه الامكانيات و خلق امكانيات جديدة للعمل علي التوسع في مجال التأمين الصحي .
- انتهجت الدولة سياسة الإصلاح الاقتصادي والتي استهدفت خفض النفقات العامة ؛ وذلك بسبب الزيادة السكانية الكبيرة في مصر ؛ والتي أدت إلي تغير مستويات الدخل و الإنفاق و الاستهلاك و الأسعار لدي أفراد المجتمع ، والتي كانت لها العديد من الانعكاسات علي عرض و طلب الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع .

مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة في قيام مصر باتباع سياسات اقتصادية تصحيحية تنفيذياً لبرامج صندوق النقد الدولي ، و لقد هدفت هذه السياسات إلي مواجهة المشاكل الاقتصادية المتفاقمة في هذه الدول من ركود معدلات النمو الاقتصادي و ارتفاع

معدلات التضخم و البطالة و تفاقم عجز موازين المدفوعات و تدني الاحتياطات الرسمية وصولاً إلي العمل علي تحقيق الاستقرار الكلي .

إلا أنه نتج عن اتباع هذه السياسات تأثيراً سلبياً علي البعد الاجتماعي حيث أثرت سياسات برامج التثبيت و التكيف الهيكلي علي قطاع الصحة من خلال عدة قنوات أهمها التأثير في حجم مكونات الإنفاق العام المخصص لهذه الخدمات و الذي يتحدد أساساً بالسياسة المالية الانكماشية التي تتبعها هذه البرامج .

ولاشك أن الأسلوب المتبع في مصر لإعداد موازنات الجهات التابعة للقطاع الصحي كموازنة بنود لا يؤدي إلي إجراء تقديرات سليمة للبنود المختلفة للإنفاق، كما أن هذا الأسلوب لا يساعد علي التأكد من أن نتائج الإنفاق الحكومي علي القطاع الصحي قد جاءت مطابقة لما هو مستهدف و بما يعظم فعاليته .

و إذا كان التأمين الصحي هو مستقبل الرعاية الصحية في مصر، في الوقت الذي يعاني فيه التأمين الصحي من عدم القدرة علي تحقيق التوازن الاقتصادي بين النمو و النفقات ، (ولا شك أن الحكم علي دقة تنظيم الرعاية الطبية التأمينية يتوقف لحد كبير علي كمية الرعاية الطبية و نوعها و تكاليفها)، و لذا فإن المشكلة التي تواجه التوسع في تطبيق التأمين الصحي تنحصر في اقتصاديات خدمة التأمين الصحي من حيث مدي توافر الإمكانيات المادية و البشرية .

و يتناول هذا البحث مؤشرات الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر و ذلك في فصلين وهما :

الفصل الأول : آليات الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر .

الفصل الثاني : تطور الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر .

الفصل الأول

آليات الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر

يتناول هذا الفصل آليات الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر، ويتكون هذا الفصل من ثلاثة مباحث وهي :

المبحث الأول : دور التأمين الصحي في النهوض بالرعاية الصحية .

المبحث الثاني : أثر الإصلاح الاقتصادي علي الإنفاق علي القطاع الصحي .

المبحث الثالث : ملامح القطاع الصحي في مصر .

المبحث الأول

دور التأمين الصحي في النهوض بالرعاية الصحية

يتناول هذا المبحث دور التأمين الصحي في النهوض بالرعاية الصحية وذلك علي النحو التالي :

أولاً : مفهوم التأمين الصحي

التأمين الصحي هو مجموعة من الإجراءات لحماية المواطن ضد أخطار المرض أو الإصابة ويكفل تقديم رعاية عاجلة وكاملة لكل من يحتاج إليها (وتعويض ضد العجز المؤقت الذي ينتج عن المرض أو الإصابة وفقاً للتأمين الاجتماعي) ولهذا فإن التأمين الصحي يجب أن يقدم رعاية طبية سهلة الوصول إليها و ميسرة الإجراءات و عالية المستوى و متكاملة العناصر و يتيح فرصاً متكافئة للجميع بصرف النظر عن القدرة المالية للمؤمن عليه .^(١)

ثانياً : أنواع التأمين الصحي :-

يوجد للتأمين الصحي نوعان :

التأمين الصحي الإجباري

التأمين الصحي الاختياري

(١) مني ناصر ميلاد ، « مشكلات تمويل التأمين الصحي في مصر وإمكانية مواجهتها - دراسة مقارنة مع المملكة المتحدة » رسالة دكتوراة ، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ٢٠٠٩ ، ص ١٥ ، ١٦ .

التأمين الصحي الإجباري (١)

يؤدي فرض التأمين الصحي الإجباري إلي زيادة مصادر تمويل الرعاية الصحية وذلك لأنه يؤدي إلي جلب موارد مالية إضافية للقطاع الصحي وتوجيهها للخدمات الصحية ، كما أن هذا النظام ينتج عنه عدم اضطرار قطاع عريض من محدودى الدخل الذين يغطيهم التأمين الصحي الإجباري إلي دفع تكاليف مرتفعة للحصول علي الرعاية صحية ، وبالإضافة إلي ما سبق فإن التأمين الصحي الإجباري يؤدي إلي وجود حوافز لبناء مستشفيات خاصة وتدريب القوي العاملة الصحية مما يخفف الكثير من العبء علي الخدمات الصحية الحكومية . (٢)

التأمين الصحي الاختياري

يساهم نظام التأمين الصحي الاختياري بشكل كبير فى تمويل الرعاية الصحية إذا كانت فى إطار تشريع و لوائح مالية تحمي النظم التأمينية الاجبارية الحكومية بمعنى أن تطبيق نظم التأمين الصحي الاختياري والاجبارية الحكومية فى آن واحد قد تعطي الفرص للنظم الخاصة الاختيارية لاجتذاب الأفراد المعرضين للمخاطر البسيطة واستبعاد أولئك المعرضين لأخطار كبيرة تاركة إياهم لتغطيتهم نظم التأمين الإجبارية الحكومية . (٣)

ثالثاً: مصادر تمويل التأمين الصحي فى مصر (٤)

إن نجاح أي مشروع يتوقف علي مدى قوة مصادر تمويله واستمراريتها ، وبالنظر إلي التأمين فى مصر يتبين أن الهيئة العامة للتأمين الصحي فى مصر تعاني من عجز شديد فى التمويل نتيجة الاسهامات القليلة من المنتفعين بالإضافة إلي الموارد المهذرة و محدودية نطاق المستفيدين بهذا الخدمة مقارنة بوزارة الصحة - و يرجع ارتفاع التكلفة فى العلاج بالدرجة الأولى إلي الارتفاع فى تكلفة المستلزمات الطبية و الدواء والتجهيزات الطبية الدقيقة ، كما ترجع قلة الموارد فى بعض جوانبها لضعف مساهمة أصحاب المعاشات و التي تبلغ ١٠% من المعاش دون مساهمة من رب العمل أو

(١) سحر محمد مفيد ، « اقتصاديات التأمين الصحي فى مصر » ، رسالة ماجستير ، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ١٩٩٨ .

(2) Ronald Vogel □ an analysis of three national health insurance proposals in sub-sahra Africa three natonal journal of health planning and management 1990.

(3) Hand book of hospital personnel management R c Goyal Head personnel Depatment Holy family Hospital □ new delhi 1994 .

(٤) منى ناصر ميلاد ، « مشكلات تمويل التأمين الصحي فى مصر وإمكانية مواجهتها - دراسة مقارنة مع المملكة المتحدة » ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣١ ، ٣٢ .

الدولة في مقابل حاجاته المتكررة للعلاج نظراً لكبر السن ، وفيما يلي بيان بمصادر التمويل الأساسية وهي :

- ١ . هيئة التأمين الاجتماعي ممثلة في النسب التي تخصم من رواتب الموظفين .
- ٢ . هيئة المعاشات ممثلة في النسبة التي تخصم من أصحاب المعاشات .
- ٣ . نسب من المصروفات المدرسية ممثلة في اشتراك التلاميذ في التأمين الصحي .
- ٤ . تكاليف تقديم الخدمة في العيادات الخارجية والزيارات المنزلية .
- ٥ . الضرائب المتحصلة من السجائر لصالح التأمين الصحي علي طلاب المدارس .
- ٦ . الاشتراكات الجديدة لأصحاب الأعمال .

رابعاً: الاستراتيجيات المتبعة في تحقيق مبدأ الصحة للجميع في مصر^(١)

لكي يتم تحقيق مبدأ الصحة للجميع لا بد أن يتم التركيز علي تقليص المخاطر الصحية ومواجهة المشاكل التي تؤثر تأثيراً بعيد المدى علي الفقراء ، وفيما يلي بيان بوسائل تحقيق هذه الاستراتيجية

١- إعادة تخصيص الموارد و الخدمات باستهداف الفقراء والمستضعفين استهدافاً مباشراً ضمن استراتيجية تحقيق مبدأ الصحة للجميع في مصر :

يتعين إنشاء آليات لتوفير خدمات الرعاية الصحية عالية المردود للفقراء والقضاء علي العوائق المالية والجغرافية علي السواء ، وينبغي بذل الجهود لإعادة تخصيص الموارد لصالح المستويات الدنيا من هرم أداء الخدمات الصحية ، وهي المستويات التي لا تقوم عادة علي خدمتها مرافق رفيعة المستوى .^(٢)

٢- التركيز علي أمراض الفقراء وأحوالهم ضمن استراتيجية تحقيق مبدأ الصحة للجميع في مصر

يتعين تنفيذ برامج وسياسات تؤدي إلي العمل بصورة متكاملة و تضمن استمرار وجود خدمات تصل علي نحو فعال إلي أفقر شرائح المجتمع ، و لاسيما النساء و الأطفال ضمن هذه الشرائح ، في مكان يسهل عليهم الوصول إليه ، ونظير تكلفة يتسر عليهم دفعها .

(١) المرجع السابق ص ٢٥٨ - ٢٦١ .

(2) Narayan ,D ,R . Patel, K, Schaff, A and other , Voices of the poor , can Anyone Hear Us? New york .y .Oxford university Press 2000.

تقليل عبء المدفوعات مقابل الخدمات الصحية ضمن استراتيجية تحقيق مبدأ الصحة للجميع في مصر

لا يخفى أن المعوقات المالية التي تحول دون الحصول علي الخدمات الصحية تعد من أهم المعوقات لذلك لابد من الاتجاه إلي المزيد من الاعتماد علي الأشكال المختلفة للدفع المسبق الجماعي مثل التأمين الاجتماعي ، الذي يقوم الاغنياء بمقتضاه بالدفع عملياً لصالح الفقراء ، و من البدائل الاخرى ، قيام الدولة بدفع أقساط تأمينية للفقراء أو سائر الفئات المحرومة ، إما بالسعر العادي وإما بسعر اقتصادي ، ويمكن إعفاء الفقراء من دفع رسوم الخدمة أو إعطاء حوافز مالية للمرافق التي يلجأ إليها الفقراء علي الأغلب .

تحسين الإمداد بخدمات الصحة العمومية و زيادة فعاليتها ضمن استراتيجية تحقيق مبدأ الصحة للجميع في مصر

يتعين إنشاء آليات لإعلام الجمهور بالمخاطر التي تهدد الصحة ^(١) ، و إتاحة المعلومات اللازمة للفقراء ، وتوعيتهم من المشاركة في تعديل أنماط الحياة و السلوكيات المضرة بالصحة .، و لا يخفى أن تحسين البيئة سواء بمكافحة تلوث الهواء او الماء او التربة ، أو برعاية الحالة المهنية أو السلامة الغذائية ، يفيد جميع المواطنين، ولاسيما الفقراء الذين هم أكثر تعرضاً من غيرهم للبيئات الملوثة .

تشجيع العمل المشترك بين القطاعات لتحقيق مكاسب صحية ، و المشاركة في هذا العمل ضمن استراتيجية تحقيق مبدأ الصحة للجميع في مصر

يتعين علي وزارات الصحة تشجيع العمل الذي يقوم به الشركاء في سائر القطاعات الحكومية و قطاع الأعمال ، و المجتمع المدني لتحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة ، كتوفير الماء الصالح للشرب ، و تحسين التدبير الصحي للفضلات ، و إعداد سياسات صحية عمومية كإصدار لوائح لمكافحة التدخين ، و تقليل التلوث البيئي .

خامساً: التحديات التي تواجه التأمين الصحي

تواجه نظم التأمين الصحي العديد من التحديات منها ^(٢):

(1) Urriola Urbin a ,R, Health-care Financing and Equity : Public Insurance in Chile . CEPAL review , 2005.

(٢) عاطف عبد المجيد عبد الرحمن ، « نظام التكاليف في المنظمات غير الهادفة للربح مع التطبيق على الرهينة العامة للتأمين الصحي » ، رسالة دكتوراة - جامعة اسيوط ، ١٩٩٠ .

التغطية الشاملة للسكان : و هو تحدي يواجه كافة الدول في نظمها الصحية الشاملة .

الجودة : لأنه عندما نقيس الإنفاق علي الصحة و ضعف النظام الصحي تصبح الجودة في محل شك و في الوقت ذاته لايعرف أحد ما هو شكل الجودة المطلوب و معاييرها المختلفة .

عدم وجود بدائل : للمواطن للاختيار منها بالإضافة لعدم رضا المواطن عن الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة و هذه كلها أسباب عالمية تواجهها كل دول العالم .

التكلفة: و التي ترتفع باضطراد في المجال الصحي و مدي قدرة المجتمع علي شراء الخدمات الصحية في العالم .

و يرجع ارتفاع تكاليف الخدمات الطبية في مصر إلي عدة أسباب و هي :^(١)

١- التقدم الواضح في التكنولوجيا الطبية مما أدى لارتفاع التكاليف التشخيصية عن طريق التكنولوجيا الحديثة .

٢- الارتفاع الحاد في الأسعار بشكل أكثر وضوحاً في المجال الطبي حيث نجد أن التضخم المالي الصحي يزيد علي ضعف التضخم المالي العام في أغلب الدول .

٣- الزيادة السكانية السريعة .

٤- عدم كفاءة إدارة الموارد و نقص التخطيط و هو ما يؤدي إلي خسارة يصعب تقديرها أو تجنبها .

سادساً: أهداف التأمين الصحي^(٢)

تهدف هيئة التأمين الصحي في مصر إلي تحقيق مجموعة من الأهداف و هي :

١- المساواة بين جميع المنتفعين في تقديم خدمات نظام التأمين الصحي ، حيث تقدم الخدمات الطبية بصورة موحدة ، لا فارق في ذلك بين الشركات الكبيرة التي يعمل عدد كبير من العاملين أو الشركات الصغيرة و التي يعمل بها عدد قليل من العمال

(١) مصطفى السيد أبو السعود ، « ترشيد الإنفاق الحكومي لنظام التأمين الصحي لرفع كفاءة و فاعلية النظام - دراسة تطبيقية مقارنة علي مصر » ، رسالة ماجستير ، كلية التجارة - جامعة القاهرة و ٢٠٠٢ ..

(٢) سحر محمد مفيد محمد ، « اقتصاديات التأمين الصحي في مصر » ، رسالة ماجستير، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ١٩٩٨ ، ص٢٢-٢٤ .

٢- التخلص من المشقة المالية التي تحدث في فواتير العلاج ، حيث تعاني الرعاية الطبية من ارتفاع التكاليف ؛ وبالتالي فإن نظام التأمين الصحي يضمن للأفراد عدم وجود المشقة المالية بالنسبة لثمن العلاج .

٣- حل المشكلات الصحية ، وذلك بتقديم الرعاية الطبية متكاملة العناصر إلي المنتفعين وفقاً لأحكام وقوانين التأمين الصحي ، وتشمل خدمات الأطباء الممارسين وخدمات الأطباء الأخصائيين ، الرعاية الصحية المنزلية عند الحاجة إليها .

٤- الارتفاع بالمستوي الصحي للعاملين بالدولة وخاصة العاملين في مجال الإنتاج الصناعي حفاظاً علي القوي البشرية القادرة علي الإنتاج .

٥- زيادة الكفاية الإنتاجية للعاملين عن طريق الوسائل المختلفة التي اتبعتها الهيئة العامة للتأمين الصحي ، فمثلاً جعلت خدمة الممارس العام تتم داخل الشركات نفسها مما يوفر للعاملين الكثير من الوقت والجهد الذي يضيع إذا ما أخطر العامل للذهاب إلي الطبيب خارج الشركة .

سابعاً: مقومات التأمين الصحي

يعتمد التأمين الصحي علي عدة مقومات لعل أهمها التدريب ، الإلزام ، التكافل .

التدريب ^(١)

ويعني التدريب عدم سريان قانون التأمين الصحي علي كافة المواطنين والعاملين بالدولة دفعة واحدة ؛ وذلك لأن التأمين الصحي نشأت فكرته لتحقيق رعاية صحية أفضل ، وهذه الرعاية تستلزم امكانيات مادية وبشرية كافية و لو كانت هذه الامكانيات متوفرة أساساً ، ما كان هناك حاجة لوجود التأمين الصحي ، ولأن هذه الامكانيات غير متوفرة ، ويصعب توفيرها بمجرد تطبيق نظام التأمين الصحي ، فقد كان التدريب هو الأساس .

٢- الإلزام :

إن التأمين الصحي حين يطبق علي المؤمن عليهم فهو إلزامي لهم ، و يتحقق هذا الإلزام من خلال مايلي :-

(١) رفعت رضوان ، « التأمين الصحي - فكرياً وتطبيقاً » ، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي ، الجمعية العلمية للتأمين الصحي ، القاهرة ، العدد السادس عشر ، أكتوبر ١٩٨٩ ، ٢٨ .

١- استفادة الهيئة التي تطبق التأمين الصحي بما يسمي بقانون الأعداد الكبيرة ، فمع زيادة أعداد المشتركين في التأمين الصحي تزداد المساهمات و ترتفع قدرة الصناديق علي دفع التعويضات النقدية و رفع مستوي الرعاية الطبية ، وذلك لأن تكاليف المصروفات الثابتة توزع علي أعداد كبيرة من المؤمن عليهم ، وبذلك فإن تكلفة التأمين الصحي محسوبة علي أساس الفرد الواحد تقل كلما زادت أعداد المؤمن عليهم دون المساس بالمستوي .^(١)

التكافل الاجتماعي

حيث يتمثل جوهر التأمين الصحي في المشاركة في المخاطر ، فالقادرين يعولون غير القادر مادياً ، والسليم يعاون المريض في علاجه ، وبصورة أوضح فإن الذي يشعر بالصحة الآن قد يشعر بالمرض في المستقبل ، وبالتالي فإن تكاليف العلاج في فترة المرض سوف تغطي ، ولذا يعتبر التأمين الصحي نظام تمويل متبادل بين كل فئات المجتمع و جهاته التي تتضافر من أجل درء خطر المرض عن أفرادها ، وهذا يساعد علي توفر الصحة لجميع الخاضعين للتأمين الصحي ، لأنه مع توافر أساليب التمويل يمكن استكمال الامكانيات المادية و مواجهة تكلفة التطور التكنولوجي و الحاجة إلي التطوير و التدريب للقوي البشرية العاملة في مجال التأمين الصحي مع توافر الثقة من قبل القوي البشرية من إمكانية نظام التأمين الصحي علي دفع المقابل .^(٢)

ثامناً: الاستثمار في مجال الخدمات الصحية^(٣)

يفرق البعض في مجال الإنفاق علي الصحة بين ما يمكن اعتباره إنفاقاً استثمارياً و بين ما يمكن اعتباره إنفاقاً استهلاكياً^(٤) و تتوقف هذه التفرقة علي الهدف من الإنفاق الصحي فإذا كان الهدف من الإنفاق من هذا الإنفاق القضاء علي الأمراض التي تسبب تعطل العاملين فإنه إنفاق استثمارياً و إن كان الإنفاق علي التطعيمات و الرعاية الصحية و الوقائية فهو أيضاً إنفاقاً استثمارياً و كذلك إذا كان الإنفاق غير مباشر كالإنفاق علي التغذية للعمال في المصانع و الأطفال في المدارس مثلاً ، وهذا ما

(١) المجالس القومية المتخصصة ، « تقرير المجلس القومي للخدمات و التنمية الاجتماعية » ، الدورة الأولى ، القاهرة ، يونيو ١٩٧٩ ، يونيو ١٩٨١ ، ص ٢٢ .

(٢) رفعت رضوان ، « فلسفة التأمين الصحي في جمهورية مصر العربية » ، القاهرة ، الجمعية العلمية للتأمين الصحي و الاجتماعي ، ١٩٩٤ ، ص ٤١ ، ٤٢ .

(٣) خالد عبد الصادق بدوي أحمد ، « اقتصاديات قطاع الخدمات الصحية في ظل سياسة الإصلاح الاقتصادي » رسالة ماجستير ، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢ ، ١٣ .

(٤) د. فرج عزت ، « الموارد الاقتصادية » ، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ١٩٩٧ ، ص ٨١ ، ٨٢ .

يحدث في كافة الدول النامية والتي يعاني سكانها من الفقر وسوء التغذية والأمراض المتوطنة والذي يهدف إلي زيادة الخدمات الإنتاجية لرفع المستوي الصحي وبالتالي زيادة الإنتاجية .

ولكن في الدول المتقدمة فإن نسبة من الإنفاق الصحي توجه إلي النوادي الصحية مثلاً وما شابه ذلك ، وهذا النوع من الإنفاق يهدف إلي رفع رفاهية مستوي المواطنين وهو ما يعتبر إنفاقاً استهلاكياً ، و لذلك يمكن القول أن الخدمات الصحية تتجه إلي الإنفاق الاستثماري أولاً ثم تتجه تدريجياً إلي الإنفاق الاستهلاكي مع ارتفاع المستويات الصحية للشعوب .

والاستثمار في مجال الخدمات الصحية يرتبط ارتباطاً وثيق بالتنمية ، إذ يؤدي وجود مستوي مرتفع من الخدمات الصحية إلي توفر مواطنين اصحاء قادرين علي الإنتاج ، و في نفس الوقت فإن التنمية الاقتصادية ينتج عنها زيادة الإنفاق علي الخدمات الصحية ودعمها بالإضافة إلي تحمل الأعباء الصحية الناتجة عن التوسع في العمل والإنتاج نتيجة ارتفاع معدل التنمية و هذا ما يسمى بالتمويل الذاتي للخدمات الصحية والذي ينتج عنه أيضاً انخفاض تكلفة التأمين الصحي مع انخفاض نسبة الأمراض وحوادث العمل .^(١)

و عند دراسة الاستثمار في الخدمات الصحية يعد الاستثمار البشري من أكثر أنواع الأمراض أنواع الاستثمار أهمية ، فخسارة المجتمع لأحد أفراد المنتجين نتيجة للمرض مثلاً تساوي جملة التكلفة الاستثمارية لتربيته من طعام و ملبس و رعاية صحية حتي دخوله في قوة العمل المنتج ، وهذا النوع من الاستثمار له أهمية كبيرة خاصة في الدول النامية عنها في الدول المتقدمة ؛ نتيجة لارتفاع نسبة السكان بها و بالتالي زيادة الخسارة الاقتصادية المترتبة علي مرض افراد هذه المجتمعات .^(٢)

(1) Jon Bryant M.D " Health And The Devloping Word " Carnell Universal Press London 1996 p.105

(2) Selma j.Mushkin . " Health As An Investment" jornal Of Political Economy Vol 70 No5 Part 2.

المبحث الثاني

أثر الإصلاح الاقتصادي علي الإنفاق علي القطاع الصحي

يتناول هذا المبحث أثر الإصلاح الاقتصادي علي القطاع الصحي و ذلك علي النحو التالي :

أولاً : تأثير برامج التثبيت و التكيف الهيكلي علي الخدمة الصحية^(١)

تأثير برامج التثبيت و التكيف الهيكلي علي عرض الخدمة الصحية

إن تنفيذ سياسات الإصلاح الاقتصادي و التكيف الهيكلي سوف تسهم في ارتفاع تكلفة الخدمة الصحية ، سواء نتيجة لارتفاع تكلفة الحصول علي رأس المال اللازم لتمويل المستشفيات الجديدة أو التوسع في مستشفيات قائمة ، أم تكلفة الأدوات و المعدات الطبية أو تكلفة المستلزمات الجارية لأداء الخدمات الطبية مثل الدواء و الغذاء .

و يتبين ذلك علي النحو التالي :

١- تكلفة الاستثمار

منذ البدء في تنفيذ برنامج الإصلاح الاقتصادي منذ عام ١٩٩١ اقتضي الإصلاح النقدي أن يكون سعر الفائدة في جميع البنوك محدداً وفقاً لقوي السوق و قد أدي هذا الإجراء إلي زيادة سعر الفائدة و بالتالي سعر الفائدة علي المال المقترض باعتباره أحد عناصر الإنتاج التي تزيد من تكلفة الإنتاج و بالتالي ترتفع تكلفة بناء المستشفيات مما يؤثر سلباً علي حجم الاستثمارات .

تكلفة الأدوات و المعدات الطبية

تؤدي الإجراءات الإصلاحية إلي تزايد نفقات الأدوات و المعدات الطبية و تتمثل تلك الإجراءات فيما يلي :-

تحرير سعر الصرف : و ذلك لأن التقنيات الطبية تتطور بشكل مستمر ؛ لذلك تلزم الحاجة إلي استيرادها من الخارج و قبل تنفيذ برنامج الإصلاح الاقتصادي كان

(١) رفاعي عبد العزيز رفاعي ، ، تأثير برامج التثبيت و التكيف الهيكلي علي التنمية الاجتماعية في الدول العربية - مع دراسة تطبيقية علي مصر ، رسالة ماجستير ، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ١٩٩٠ ، ص ١٨٥-١٨٧ .

القطاع الحكومي والعام - وجزء من القطاع الصحي - يتمتع بسعر صرف مدعم عند استيراد هذه التقنيات، وعندما قامت الحكومة المصرية بتوقيع الاتفاق الرسمي مع صندوق النقد الدولي، تم إلغاء نظام تعدد أسعار الصرف الذي كان سائداً قبل ذلك، و أصبح سعر الصرف يتحدد لقوى العرض والطلب؛ وبهذا تحملت القطاعات الحكومية والعامية ومنها القطاع الصحي تزايد أعباء الإنفاق بالعملة الأجنبية.

تحرير أسعار القطاع الصناعي : تؤدي السياسات السعرية التي يفرضها برنامج الإصلاح الاقتصادي - والتي تستهدف إزالة التشوهات السعرية من خلال إزالة الدعم ورفع القيود السعرية - إلى تزايد نفقة الأدوات والمعدات المصنعة محلياً.

تكلفة النفقات الطبية الجارية :

تؤدي الإجراءات الإصلاحية التي يفرضها برنامج الإصلاح الاقتصادي إلى ارتفاع أسعار الأدوية وذلك من خلال تحرير سعر الصرف والذي أدى إلى رفع أسعار الأدوية المستوردة أو من خلال تحرير الأسعار والذي أدى إلى رفع أسعار الأدوية المصنعة محلياً بالإضافة إلى ارتفاع أسعار الغذاء نتيجة لإزالة الدعم^(١).

تأثير برامج التثبيت والتكيف الهيكلي على طلب الخدمة الصحية

يؤدي فرض رسوم على الخدمات الصحية إلى خفض مستوى الدخل الحقيقي للأفراد ، وهو ما سيؤدي إلى تفضيل الفرد لإشباع احتياجاته الاستهلاكية عن رفع مستواه الصحي خاصة إذا انتجته أسعار الغذاء والسلع الأساسية إلى الارتفاع مما يؤدي إلى انخفاض الطلب على الخدمات الصحية .

ثانياً: انعكاسات سياسات الإصلاح الاقتصادي على قطاع الصحة

يتأثر الوضع الصحي في كافة الدول بالمتغيرات الاقتصادية المرتبطة بسياسات الاقتصاد الكلي ، وتعتبر سياسات الإصلاح الاقتصادي أهم السياسات المؤثرة على الوضع الصحي حيث أنها ذات أثر كبير على مستوى التغذية وصحة الأسرة من خلال تأثيرها على الدخل والأسعار النسبية ، وأيضاً تأثيرها على إمكانية توفر الخدمات الصحية والتعليمية في ظل تغير الإنفاق الحكومي عليهم ، كما أن ارتفاع نسبة

(١) سمية احمد علي ، « آثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية - دراسة لتقويم أثر الإصلاح الاقتصادي في مصر » رسالة ماجستير ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة ، ١٩٩٧ ، ص ١٧٣ ، ١٧٤ .

البطالة خلال فترة زمنية محددة تؤدي إلي سلسلة من المشاكل الصحية والمتمثلة في ارتفاع نسبة وفيات الرضع وزيادة أمراض القلب وسوء استخدام الأدوية.^(١)

ثالثاً : العلاقة بين تغير مستويات الدخل و الصحة

تتأثر مستويات الدخل بالسياسات الخاصة باحتواء الأجور و المرتبات بنسبة محددة من إجمالي الإنفاق العام و وتتأثر أيضاً بإجراءات خفض الإنفاق الحكومي الجاري و التي تؤدي إلي خفض الطلب ، كما يؤدي خفض الدعم و زيادة الضرائب المباشرة إلي المزيد من أضعاف القوي الشرائية لدي الأفراد محدودي الدخل ، كما أن سياسات خفض الإنفاق الحكومي تؤدي إلي عدم توافر فرص العمل به علي حساب القطاع الخاص ، الذي لا يستطيع استيعاب الفائض في العمالة نتيجة البطالة و بالتالي خفض مستوي الأجور نتيجة زيادة العرض.^(٢)

العوامل المؤثرة في الطلب الخدمات الصحية في ظل سياسة الإصلاح الاقتصادية يمكن تقسيم العوامل المؤثرة في الطلب علي الخدمات الصحية إلي نوعين من العوامل:^(٣)

النوع الأول : عوامل مرتبطة بالمجتمع

و هي العوامل العامة المميزة للمجتمع مثل الزيادة السكانية في مصر و انتشار الأمراض و عدم الإلمام بقواعد الصحة العامة و صحة البيئة فعلي سبيل المثال تعاني معظم الدول النامية من عدم توافر امدادات المياه أو الصرف الصحي و التخلص السليم من القمامة ، بالإضافة إلي الإزدحام و تلوث الهواء داخل المباني^(٤)

النوع الثاني : عوامل مرتبطة بالمريض

حيث أن طلب المريض علي الخدمات الصحية هو المحرك الرئيسي للطلب ، و هو يتأثر بسياسات الإصلاح الاقتصادي التي تؤثر في القدرة علي الطلب من خلال تأثيرها في العوامل المؤثرة علي طلب الفرد .^(٥) وهي :

(1) Pinstруп- Anderson quoted form D.E cooler and others .

(2) Stcwart F." the Many faces of adjustment " in paut mosiey 1992 p 182-183

(٣) خالد عبد الصادق بدوي أحمد ، « اقتصاديات قطاع الخدمات الصحية في ظل سياسة الإصلاح الاقتصادي » مرجع سبق ذكره ، ص ١٢ ، ١٣ ، ٢٠٠٠ .

(٤) البنك الدولي تقرير التنمية في العالم ١٩٩٣ ص ١٠٢-١٠٤ .

(٥) فوزي شعبان مذكور ندا ، « تسويق الخدمات الصحية » ، تجارة بنها ، ١٩٩٢ ، ص ١٣٠ ، ١٣٣ .

الدخل :

وهو يعني القدرة المالية للفرد أو الأسرة ، وقد تأثر دخل الأفراد في مصر بسياسات الإصلاح الاقتصادي حيث ارتفعت نسبة البطالة بالمجتمع نتيجة السياسات المالية الخاصة بخفض الاستثمار العام من جملة النفقات، كما إن سياسات خفض الإنفاق علي الإيجور ساهمت في تخفيض الدخل الحقيقي للأفراد وتخفيض عدد العاملين^(١).

٢- سعر الخدمات الصحية :

بمراجعة السياسات الخاصة بقطاع الصحة في مصر نجد أنه منذ بداية الإصلاح الاقتصادي كان الاتجاه إلي الرفع التدريجي في سعر الخدمات الصحية عن طريق ما يسمى ببرنامج استعاضة التكاليف كما تميزت الفترة من ١٩٩٧/١٩٩٢ بالاتجاه نحو فرض رسوم علي الخدمات الصحية علي القادرين علي دفع مقابلها ومن هنا كان التوسع في مظلة التأمين الصحي لتشمل ثلث عدد السكان تقريباً مع الزيادة التدريجية في عدد الاسرة بأجر في المستشفيات الحكومية و وحدات وزارة الصحة .

٣ - درجة التعليم والوعي الصحي :

يوجد ارتباط وثيق بين المستوى التعليمي والاستفادة من الخدمات الصحية إذ يؤثر المستوى التعليمي لأفراد الأسرة علي امكانية طلب الخدمات الصحية .

المبحث الثالث

ملامح القطاع الصحي في مصر

يتناول هذا المبحث ملامح القطاع الصحي في مصر وذلك علي النحو التالي :

أولاً : مكونات قطاع الصحة في مصر^(٢)

يتم تقديم الخدمات الصحية في مصر من خلال جهات تابعة للموازنة العامة للدولة و جهات تابعة للهيئات الاقتصادية والقطاع الخاص والقطاع الأهلي

(١) خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، وزارة التخطيط لعام ٩٦/٩٧ ، المجلد الأول ، القاهرة ، ص ٦٤ .

(٢) عمرو محمد عبد الفتاح علي ، « أشر تطبيق موازنة البرامج و الأداء علي أداء القطاع الصحي في مصر » ، رسالة ماجستير ، معهد التخطيط القومي و ٢٠١٦ ، ص ٥٦- ٥٨ ..

الجهات التابعة للموازنة العامة

وتتمثل هذه الجهات في المستشفيات التي تقوم بتقديم الخدمة مجاناً أو بأجر، وتنقسم هذه المستشفيات إدارياً تبعاً للجهة المسؤولة عنها :

١. المستشفيات الحكومية : و هي المستشفيات التابعة لوزارة الصحة و تقع تحت الإشراف الفني لها مثل المستشفيات التابعة لمديريات الشؤون الصحية بالمحافظات ، ومستشفيات الصحة النفسية .
٢. المستشفيات الجامعية و مستشفيات جامعة الأزهر : هي المستشفيات التي تتبع الجامعات المصرية وخاصة كليات الطب ، ويبلغ عددها ٨٢ مستشفى ..
٣. مستشفيات القوات المسلحة : وهي المستشفيات التابعة لوزارة الدفاع و وعددها ١٩ مستشفى .
٤. مستشفيات الشرطة : وهي المستشفيات التابعة لوزارة الداخلية، و عددها ٢٦ مستشفى .
٥. مستشفيات وزارة الأوقاف : ويتبعها مستشفى الدعاة فقط .
٦. مستشفيات تابعة لوزارة الإنتاج الحربي : ويتبعها المركز الطبي التخصصي بحلوان .

جهات تقدم الخدمة الصحية و تتبع الهيئات الاقتصادية :

- ١ - مستشفيات المؤسسة العلاجية : و هي مستشفيات تم انشاؤها بموجب القانون رقم (١٣٥) لسنة ١٩٦٤ بشأن تنظيم و إدارة المؤسسة العلاجية و تعمل بالمفهوم الاقتصادي بهدف الربح ، وتضم ١١ مستشفى .
- ٢- مستشفيات السكة الحديد : و هي المستشفيات التابعة لوزارة النقل و عددها ٣ مستشفيات .^(١)
- ٣- مستشفيات الهيئة العامة للتأمين الصحي : تقدم خدماتها من خلال ٤٠ مستشفى و ٦٤٠ عيادة و وحدات صحية مدرسية و وحدات ريفية هذا بخلاف ٧٠٠ جهة طبية متعاقد معها علي تقديم الخدمة الطبية لمنتفعي التأمين الصحي .

(١) عبد الخالق فاروق ،، الصحة و أحوال الفقراء في مصر - كم يتفق المصريون علي الصحة ، ، مكتبة الشروق الدولية ، الطبعة الأولى ، ٢٠١٣ ، ص ٩٩ .

القطاع الخاص

يشمل المستشفيات الخاصة و أيضاً العيادات الخاصة و المستشفيات التابعة للنقابات المهنية ، و يوجد فى مصر ٩٤١ مستشفى و يبلغ عدد الأسرة بالمستشفيات الخاصة ٢٤٦٤٧ سرير .

القطاع الأهلى

يشمل العيادات التابعة للمساجد أو الكنائس و الجمعيات الأهلية المدنية . و يهدف هذا القطاع إلى تقديم خدمات صحية فى إطار غير هادف للربح بصورة أساسية .

ثانياً : تحديات القطاع الصحى فى مصر (١)

يعانى القطاع الصحى فى مصر من مجموعة من التحديات التى تحول دون الإرتقاء بأداء الرعاية الصحية و توصيلها إلى المواطن و تتمثل تلك التحديات فيما يلى :

١- عدم التنسيق بين الجهات التى تقوم بتقديم الخدمة الصحية :

تتعدد جهات تقديم الخدمة و الرعاية الصحية الحكومية حيث نجدها مجزأة لكل منها قوانينها و لوائحها و نظم تسعير الخدمات مما يؤثر سلباً فى تعدد نظم الرعاية و سياسات التسعير و التكاليف و اللوائح و نظم العمل و سياسات الأجور و مرتبات العاملين فيها ، مما يولد صعوبات كثيرة فى الرقابة و الإشراف و ضمان جودة الخدمة الصحية ، هذا بالإضافة إلى عدم وجود تنسيق و تكامل حقيقى فيما يخص التمويل و الإنفاق حيث أن كل جهة تقوم بمناقشة الموازنة الخاصة بها و إنفاقها بمعزل عن الجهات الأخرى التابعة للقطاع الصحى .

٢- ضعف وقصور قاعدة البيانات و المعلومات الصحية :

عدم وجود قاعدة بيانات صحية تساعد على التعرف على الوضع الصحى للسكان ، و تساعد على الاكتشاف المبكر للأمراض ، و المساعدة فى الإرتقاء بالمستوى الصحى من خلال مراقبة و متابعة الأداء للخدمات الصحية .

(١) عمرو محمد عبد الفتاح على ، « أثر تطبيق موازنة البرامج و الأداء على أداء القطاع الصحى فى مصر » ، مرجع سبق ذكره ، ص

٢- إعداد موازنات القطاع الصحي الحكومي وفقاً لموازنة البنود :

حيث يتم إعداد موازنات القطاع الصحي الحكومي في مصر وفقاً لموازنة البنود و ذلك بتحديد الاعتمادات المالية المتخصصة اعتماداً علي السنوات المالية السابقة دون تحديد التكلفة لكل برنامج التي تساعده في تحقيق اهدافه ، كما أن عملية الرقابة علي الاعتمادات المخصصة له تتم وفقاً لما هو معمول به في موازنة البنود حيث يوجد رقابة قبل الصرف و بعد الصرف للتأكد بأن الصرف تم في ضوء الاعتمادات المخصصة ، وذلك دون الاهتمام بتقييم الأداء و مدي جودة النتائج و مدي تحقيقها للمستهدف من عملية الإنفاق .

٤- عدم توافر المدخلات الضرورية لتقديم الخدمات الصحية :

يعد عدم توافر المدخلات الضرورية لتقديم الخدمات الصحية من أهم التحديات التي تواجه أداء القطاع الصحي الحكومي في مصر ، حيث يعد عاملاً هاماً لانخفاض مستوي الخدمة الصحية المقدمة ، و من ثم عدم فعالية الإنفاق الحكومي الصحي في مصر التي يترتب عليها عدم تحقيق رضاء المستفيدين .^(١)

٥- المركزية المالية في إدارة الخدمات الصحية :

يعاني القطاع الحكومي الصحي في مصر من مركزية مالية و ذلك بوجود بعض المخصصات المالية التي تخص مديريات الشؤون الصحية بالمحافظات و تظهر في موازنة ديوان عام الوزارة و هي التي تقوم بتوزيعها ، بالإضافة إلي وجود اعتمادات مخصصة للاستثمارات ، حيث تقوم وزارة الصحة بمناقشة الخطة الاستثمارية لمديريات الشؤون الصحية بالمحافظات و المستشفيات و المراكز التابعة لأمانة المراكز الطبية المتخصصة و مستشفيات الصحة النفسية مع وزارة التخطيط ، و إقرار الخطة الاستثمارية لهم بصفة مركزية من خلال الوزارة و هو ما يعطي سلطة للوزارة في توزيع مخصصات الخطة الاستثمارية بصورة لا تعكس الاحتياج الفعلي لها .^(٢)

٦- عدم العدالة في توزيع الخدمات الصحية بين المحافظات :

تعد الخدمات الصحية غير موزعة بعدالة بين المحافظات المصرية المختلفة ، حيث

(١) مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار ، ، التحديات التي تواجه القطاع الصحي في مصر و سياسات التغلب عليها ، ، القاهرة ، مجلس الوزراء ، مارس ٢٠٠٥ ، ص ٢٢ .

(٢) وزارة المالية ، موازنة ديوان عام وزارة الصحة للسنة المالية ٢٠١٤/٢٠١٥ .

يوجد خلل فى توزيع الموارد المتاحة بين المحافظات ، بالإضافة إلي تركيز الخدمات الصحية فى بعض المحافظات الكبرى .

ثالثاً: أشر تطبيق موازنة البرامج والأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي علي أداء القطاع الصحي فى مصر

١- الخطوات التي تم اتخاذها لتطبيق موازنة البرامج والأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي علي القطاع الصحي الحكومي .

اتخذت فى عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ خطوات مبدئية لتطبيق موازنة البرامج والأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي ،وهي إعداد وتحليل الموازنة فى صورة برامج وأداء تعبر عن النوع الاجتماعي (الرجل والمرأة) بإجراء تحليل مالي علي اساس البرامج .

و كانت مراحل خطوات التطبيق علي النحو التالي :^(١)

المرحلة الاولى : عقدت اجتماعات بشاركة خبراء من معهد التخطيط القومي و خبراء من الموازنة العامة و موازنة المحافظات بوزارة المالية بهدف إعداد دليل تدريبي مرجعي يهدف إلي تدريب العاملين بقطاعات الموازنة العامة للدولة بوزارة المالية .

المرحلة الثانية : إجراء دراسة تحليلية علي استمارات استبيان تم توزيعها علي عينة من العاملين والعاملات بالوزارة لقياس مدى وعيهم ومعرفتهم بموازنة البرامج والأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي .

المرحلة الثالثة : إقامة ورش عمل تدريبية تهدف إلي التعريف بموازنة البرامج و الأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي ، كما تناولت كيفية إعداد موازنة البرامج والأداء وكيفية متابعتها وتقييمها .

المرحلة الرابعة : تأهيل مدربين لإعداد كادر مدرب من العاملين بقطاع الموازنة العامة للدولة علي كيفية إعداد موازنة البرامج والأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي ، وذلك لتعريف الجهات بموازنة البرامج والأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي .

المرحلة الخامسة : التمهيد والتوعية مع كل وزارة أثناء مناقشة مشروع ٢٠٠٩/٢٠٠٨ ، عن كيفية إعداد موازنة البرامج والأداء المستجيبة للنوع الاجتماعي .

٢- الإجراءات التي اتخذها من قبل وزارة المالية قبل تطبيق موازنة البرامج والأداء :

(١) عمرو محمد عبد الفتاح علي ، « أشر تطبيق موازنة البرامج والأداء علي أداء القطاع الصحي فى مصر » ، مرجع سبق ذكره ، ص

لقد تضمن منشور إعداد الموازنة للسنة المالية ٢٠١٠/٢٠٠٩ مراعاة تحليل الموازنات علي أساس البرامج ، ثم تم تعديل نماذج إعداد مشروع الموازنة لتشمل نماذج خاصة بموازنة البرامج والأداء ، كما تم تدريب العاملين بقطاع الموازنة العامة للدولة بوزارة المالية ، وكذلك بعض العاملين في بعض الجهات التابعة للقطاع الصحي علي إعداد موازنة البرامج والأداء وشرح كيفية استيضاء النماذج المرفقة بالمنشور وكيفية إعداد موازنة البرامج والأداء^(١).

رابعاً : الإجراءات التي تم اتخاذها من قبل وزارة الصحة قبل تطبيق موازنة البرامج والأداء^(٢)

برامج الطب العلاجي : وهو عبارة عن تقديم الخدمة العلاجية بالمستشفيات بأنواعها (عامة - مركزية - نوعية) عن طريق تقديم العلاج السريع والفعال للحالات المرضية والإصابات التي ترد إلي تلك الوحدات العلاجية .

برامج الطب الوقائي : لما كان الشعار الذي تسعى إلي تحقيقه وزارة الصحة هو " الوقاية خير من العلاج " لذا فإن برنامج الطب الوقائي ينصب بشكل جوهري علي الأنشطة التي تكفل حماية المواطنين من الأمراض والأوبئة .

برامج الرعاية الأساسية : وينصب علي خدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها الإنسان منذ ولادته حتي وفاته .

برنامج تعليمي وبحثي ورقابي : وهو برنامج مسئول عن البحث والتطوير في القطاع الصحي .

برامج الرعاية العاجلة والإسعاف : وهي الخدمات التي يقدمها الرعاية العاجلة والإسعاف من نقل المصابين في الحوادث أو المرضى إلي المستشفيات .

برامج تنظيم الأسرة والسكان : وهو برنامج مسئول عن تنظيم الأسرة والسكان عن طريق التوعية بأهمية تنظيم الأسرة .

برامج الإدارة الداعمة : وهو برنامج مسئول عن الإشراف علي كافة أنشطة القطاع الصحي سواء كانت فنية أو إدارية مثل الشؤون المالية والإدارية و شؤون العاملين وغيرها من الأنشطة .

(١) وزارة المالية ، وحدة تكافؤ الضرس في الموازنة العامة للدولة ، إعداد موازنة البرامج المستجيبة للنوع الاجتماعي ، عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ .

(٢) عمرو محمد عبد الفتاح علي ، « أثر تطبيق موازنة البرامج والأداء علي أداء القطاع الصحي في مصر » ، مرجع سبق ذكره ، ص .

الفصل الثاني

تطور الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر

يتناول هذا الفصل تطور الإنفاق علي الصحة في مصر و ذلك من خلال عدة مؤشرات وهي :

أولاً : هيكل مصروفات الإنفاق العام علي الصحة .

ثانياً : مؤشر لأعداد المرضى المترددين علي العيادات الحكومية بالنسبة لأعداد المرضى المترددين علي الخاصة .

ثالثاً : مؤشر لأعداد المواطنين المعالجين علي نفقة الدولة بالداخل بالنسبة لأعداد المواطنين المعالجين علي نفقة الدولة بالخارج .

رابعاً : مؤشر لمتوسط أعداد الأسرة بالمستشفيات الحكومية بالنسبة لأعداد الأسرة في مستشفيات القطاع الخاص .

خامساً : تطور الإنفاق علي الصحة والنتائج المحلي الإجمالي .
و ذلك علي النحو التالي :

أولاً : هيكل مصروفات الإنفاق العام علي الصحة

يوضح الجدول التالي هيكل مصروفات الإنفاق علي الصحة في مصر خلال الفترة (٢٠٠٦/٢٠٠٧ - ٢٠١٧/٢٠١٨) وذلك علي النحو التالي :

جدول رقم (١)

هيكل مصروفات الإنفاق العام علي الصحة

خلال الفترة (٢٠٠٦/٢٠٠٧ - ٢٠١٧/٢٠١٨)

الأرقام بالمليار جنيه

السنة	الأجور	شراء السلع والخدمات	الفوائد	الدعم والمنح والمزايا الاجتماعية	المصروفات الأخرى	شراء الأصول غير المالية	الإجمالي
2006/2007	4.4	2.8	0.009	0.9	0.2	0.9	9.2
2007/2008	4.8	3.03	0.015	1.4	0.2	1.1	10.54
2008/2009	5.6	3.4	0.015	1.2	0.2	1.6	12.015
2009/2010	7.5	3.9	0.014	1.2	0.149	3.1	15.86
2010/2011	8.4	4.6	0.02	1.64	0.184	3.708	18.512
2011/2012	10.044	5.898	0.019	3.651	0.154	4.017	23.783
2012/2013	13.342	6.151	0.019	3.146	0.233	4.522	27.413
2013/2014	18.393	6.163	0.02	2.631	0.601	4.928	32.736
2014/2015	26.611	6.752	0.02	2.649	0.647	5.723	42.402
2015/2016	27.29	7.967	0.022	2.873	0.678	6.12	44.950
2016/2017	28.569	8.765	0.026	3.299	0.702	7.583	48.944
2017/2018	29.398	10.14	0.041	4.194	0.992	10.283	54.922

المصدر : وزارة المالية الحسابات الختامية للموازنة العامة للدولة خلال الفترة

(٢٠٠٦/٢٠٠٧ - ٢٠١٧/٢٠١٨)

يتضح من الجدول السابق أن بند الأجور في تزايد مستمر، حيث بلغ بند الأجور ٤,٤ مليار جنيه في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ ثم زاد وبلغ ٤,٨ مليار جنيه في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨ و ظل يتزايد حتي بلغ ٢٩,٣٩٨ مليار جنيه في عام ٢٠١٧/٢٠١٨ .

و هذه الأجور توزع ما بين الأطباء و هيئات التمريض و الإداريين ، حيث أن ما حصل عليه الأطباء و هيئات التمريض قد بلغ في عام ٢٠١٣/٢٠١٤ ١٠,١ مليار جنيه ، في حين أن ما حصل عليه الإداريين قد بلغ ١٠,٦ مليار جنيه في نفس العام ، الأمر الذي يتضح معه أن أجور الإداريين تستحوذ علي الجزء الأكبر من الأجور بالقطاع الصحي نتيجة زيادة أعداد العاملين الإداريين عن الأطباء و هيئات التمريض .^(١)

و يتضح من الجدول السابق أيضاً أن بند الأجور يمثل الجزء الأكبر من المصروفات علي الصحة ، حيث ارتفعت نسبة الأجور من هذه المصروفات في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ من ٤٧,٨ % إلي ٥٣,٥ % في عام ٢٠١٧/٢٠١٨ بنسبة زيادة قدرها ٥,٧ % .

وقد جاء بند الإنفاق علي شراء السلع و الخدمات في المرتبة الثانية ، حيث بلغت نسبة الإنفاق علي شراء السلع و الخدمات من جملة المصروفات علي الصحة ٢٠,٤ % في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ ، و لكن هذه النسبة انخفضت بحلول عام ٢٠١٧/٢٠١٨ ، حيث هذه النسبة ١٨,٤ % .

و يلاحظ من الجدول السابق أن هذا البند في تزايد مستمر فقد بلغ هذا البند ٢,٨ مليار جنيه في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ و ظل يتزايد حتي يبلغ ١٠,١٤ مليار جنيه في عام ٢٠١٧/٢٠١٨ .

و بمتابعة تطور ما خصص للمواد الخام في عام ٢٠١٣/٢٠١٤ يتبين أنه لم يتجاوز ٣,٨ مليار جنيه بنسبة ١١,٦ % من إجمالي مصروفات الإنفاق العام ، خصص منها ٢,٦ مليار جنيه لشراء الأدوية ، ووزع الباقي علي أغذية المرضى و الأمصال و الطعوم .

وقد أدى انخفاض النسبة المقررة لشراء الأدوية إلي عدم توافر الأدوية الضرورية في الوحدات الصحية و المستشفيات العامة ، بالإضافة إلي تراكم المديونيات المستحقة علي المستشفيات لشركات الأدوية نتيجة لضعف الاعتمادات السنوية ؛ مما أدى إلي عزوف الشركات عن توريد الدواء للمستشفيات و أثر ذلك علي مستوي تقديم الخدمة الصحية للمرضي نتيجة لعدم توافر الأدوية بالشكل الكافي لتلبية احتياجات المرضى الأمر الذي ترتب عليه قيام بعض المرضى بشراء هذه الأدوية من جيوبهم الخاصة أو الانتظار لحين توافرها في المستشفيات .^(٢)

(١) عمرو محمد عبد الفتاح علي ، « أثر تطبيق موازنة البرامج و الأداء علي أداء القطاع الصحي في مصر » ، مرجع سبق ذكره ، ص

٦٨ .

(٢) عمرو محمد عبد الفتاح علي ، « أثر تطبيق موازنة البرامج و الأداء علي أداء القطاع الصحي في مصر » ، مرجع سبق ذكره ، ص

٧٠ ، ٦٩ .

وبالنظر إلي الجدول السابق يتضح أن بند الفوائد قد بلغ ٩ مليون جنيه في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧، ثم زاد في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨ وبلغ ١٥ مليون جنيه وظل علي هذا النحو في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ ثم انخفض في عام ٢٠٠٩/٢٠١٠ وبلغ ١٤ مليون جنيه ثم زاد في عام ٢٠١٠/٢٠١١ وبلغ ٢٠ مليون جنيه، ثم انخفض وبلغ ١٩ مليون جنيه في عام ٢٠١١/٢٠١٢ ثم زاد في عام ٢٠١٢/٢٠١٣ وبلغ ٢٠ مليون جنيه، وظل هذا البند يزداد حتي بلغ ٤١ مليون جنيه في عام ٢٠١٧/٢٠١٨.

أما بند الدعم و المنح و المزايا الاجتماعية فقد بلغ ٩٠٠ مليون جنيه في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ ثم زاد في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨ وبلغ ١,٤ مليار جنيه، ثم انخفض

في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ وبلغ ١,٢ مليار جنيه، ثم زاد في عام ٢٠١٠/٢٠١١ وبلغ ١,٦٤٥ مليار جنيه ثم زاد في عام ٢٠١١/٢٠١٢ وبلغ ٣,٦٥١ مليار جنيه ثم انخفض في عام ٢٠١٣/٢٠١٤ وبلغ ٣,١٤٦ مليار جنيه، وظل علي هذا النحو تارة يرتفع و تارة ينخفض حتي بلغ ٤,١٩٤ مليار جنيه في عام ٢٠١٧/٢٠١٨.

و يلاحظ أن بند الدعم قد بلغ نسبته ٩,٧% من إجمالي المصروفات علي الإنفاق علي الصحة، ثم زادت وبلغت ١٣,٢٨% في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨، ثم بلغ في عام ٢٠١٧/٢٠١٨.

أما المصروفات الأخرى فقد بلغت ٢٠ مليون جنيه في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧، ثم زادت في عام ٢٠٠٩/٢٠١٠ وبلغت ١٨٤ مليون جنيه، ثم انخفضت في عام ٢٠١١/٢٠١٢ وبلغت ١٥٤ مليون جنيه، ثم زادت في عام ٢٠١٢/٢٠١٣ وبلغت ٢٣٣ مليون جنيه، وظلت تزداد حتي بلغت ٩٩٢ مليون جنيه في عام ٢٠١٧/٢٠١٨.

وبالنظر إلي الجدول السابق يتضح أن بند شراء الأصول غير المالية قد بلغ ٩٠٠ مليون جنيه في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧، ثم زاد وبلغ ١,١ مليار جنيه في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨، ثم زاد وبلغ ١,٦ مليار جنيه في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ وظل هذا البند يزداد حتي بلغ ١٠,٢٨٣ مليار جنيه في عام ٢٠١٧/٢٠١٨.

و يلاحظ أيضاً أن شراء الأصول غير المالية قد بلغ نسبة ٩,٧٨% من إجمالي المصروفات علي الصحة، ثم زاد وبلغ ١٠,٣% في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨، ثم زاد وبلغ ١٣,٣% في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩، ثم زاد وبلغ ١٩,٥٤% في عام ٢٠٠٩/٢٠١٠، ثم زاد وبلغ ٢٠,٣% في عام ٢٠١٠/٢٠١١، إلي أن بلغ ١٨,٧% في عام ٢٠١٧/٢٠١٨.

ثانياً: مؤشر لاعداد المرضى المترددين علي العيادات الحكومية بالنسبة لأعداد المرضى المترددين علي الخاصة .

يوضح هذا الجدول تطور أعداد المرضى المترددين علي العيادات الحكومية و الخاصة في مصر خلال الفترة من (٢٠٠٥-٢٠١٥) ، وذلك علي النحو التالي:

جدول رقم (٢)

تطور أعداد المرضى المترددين علي العيادات الحكومية والخاصة خلال الفترة من (٢٠٠٥-٢٠١٥)

السنة	عدد المرضى		
	العيادات الخارجية	العيادات الداخلية	الإجمالي
2006	90.6%	9.4%	62299135
2007	91.3%	8.7%	63078326
2008	92.5%	7.5%	78481616
2009	94.4%	5.6%	73590046
2010	96.2%	3.8%	69012860
2011	94.6%	5.4%	74338841
2012	94.1%	5.9%	67075388
2013	94.1%	5.9%	78345087
2014	94.4%	5.6%	87636966
2015	94.1%	5.9%	96062621

المصدر: تقارير مجمعة من الجهاز المركزي للتعبيث والاحصاء في الفترة من (٢٠٠٥) الي (٢٠١٥) .

يتضح من الجدول السابق أن إجمالي المرضى المترددين علي العيادات الداخلية بالمستشفيات الحكومية و العيادات الخارجية بالمستشفيات الخاصة قد بلغ ٦٢٢٩٩١٣٥ شخص في عام ٢٠٠٦، وهو ما يعتبر رقم ضخم ،النسبة لعدد السكان في مصري ثلثي عدد السكان ، و قد بلغ عدد المترددين علي العيادات الحكومية ٥٦٩٥٩٣٥ شخص بنسبة ٩,٤% ، بينما بلغ عدد المترددين علي العيادات الخارجية

٥٦٦٠٣٢٠٠ بنسبة ٩٠,٦% وهذه النسبة تعبر عن شيئين، الأول وهو الفرق الشاسع من حيث استيعاب العيادات الداخلية والخارجية لاستقبال المواطنين علي الرغم من أن تكلفة العيادات الخارجية تعتبر أعلي، والثاني تدني أوضاع العيادات الداخلية وعدم ثقة المواطنين فيها مما أدى إلي عزوفهم عن الذهاب إليها نتيجة نقص الكفاءات والإمكانات التي تكون متوفرة في العيادات الخارجية بصورة دورية، ومع نهاية ٢٠١٥ بلغ إجمالي المرضى المترددين علي العيادات الداخلية والخارجية حوالي ٩٦٠٦٢٦٢١ شخص وقد بلغ المترددين علي العيادات الداخلية ٥٦٥٩٤٣٤ بينما بلغ المترددين علي العيادات الخارجية ٩٠٤٠٣١٨٧ شخص بنسبة ٥,٩% إلي ٩٤,١% علي التوالي؛ وبذلك يتضح مدي التدني والانخفاض في نسبة التردد علي العيادات الداخلية الحكومية، حيث ازداد الوضع سوءاً حيث ارتفع إجمالي عدد المرضى في عام ٢٠١٥ بمقدار ٢١% عن عام ٢٠٠٦، كما ارتفع نسبة التردد للمرضي علي العيادات الخارجية بمقدار ٤,٥% عن عام ٢٠٠٦، بينما انخفض نسبة التردد علي العيادات الداخلية الحكومية خلال نفس الفترة بمقدار ٤,٥% تحولوا إلي العيادات الخارجية وترجع الأسباب الرئيسية إلي انهيار الخدمات؛ مما أدى إلي اعتماد المرضى بصورة كبيرة جداً علي العيادات الخارجية، وإلي الفساد الإداري لدي بعض الأطباء الذين يجذبون المرضى من العيادات الداخلية الحكومية إلي العيادات الخارجية التابعة لهم^(١).

ثالثاً: مؤشر لأعداد المواطنين المعالجين علي نفقة الدولة بالداخل بالنسبة لأعداد المواطنين المعالجين علي نفقة الدولة بالخارج .
يوضح الجدول التالي تطور أعداد المرضى المعالجين علي نفقة الدولة بالداخل والخارج في مصر خلال الفترة من (٢٠٠٥ - ٢٠١٦) وذلك علي النحو التالي :

(١) علي اسماعيل علي اسماعيل ، « دور المعونات الأجنبية في تحسين مؤشرات قطاعي التعليم و الصحة في مصر خلال الفترة من ٢٠٠٥-٢٠١٥ » ، رسالة ماجستير ، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ٢٠١٩ ، ص ١٠٦ .

جدول رقم (٣)

تطور أعداد المرضى المعالجين علي نفقة الدولة بالداخل والخارج

خلال الفترة من (٢٠٠٥-٢٠١٦)

العلاج بالخارج			العلاج بالداخل		السنة
التكاليف	عدد المرافقين	عدد المرضى	التكاليف بالمليون	عدد المرضى	
12	94	149	1.625	1265	2005
23	158	214	1.745	1420	2006
35	176	285	2.030	1602	2007
33	183	245	2.477	1681	2008
28	193	240	3.918	2155	2009
21	102	149	1.986	1217	2010
4	35	46	2.060	1198	2011
3	23	42	2.624	1428	2012
2	9	25	2.960	1615	2013
5	32	46	3.406	1715	2014
5.5	42	54	4.522	1808	2015
9	53	62	5.054	2664	2016

المصدر : تقارير مجمعة من الجهاز المركزي للتعبئة و الإحصاء فى الفترة من

(٢٠١٦-٢٠٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن إجمالي عدد المرضى الذين تم علاجهم علي نفقة الدولة داخل الدولة فى عام ٢٠٠٥ قد بلغ ١٢٦٥ مريض ، فى حين الذين تم علاجهم خارجياً قد بلغ ١٤٩ مريض بالإضافة إلي ٩٤ مرافق لم يتم احتسابهم من إجمالي عدد المرضى ، و لكن الدولة تحملت إقامتهم مع علاج ذويهم خارجياً ليصبح بذلك عدد إجمالي المرضى المعالجين خارجياً و مراقبيهم عام ٢٠٠٥ ٢٤٣ شخص بتكلفة قدرها ١٢ مليون جنيه ، بينما بلغت تكلفة علاج المرضى بالداخل علي نفقة الدولة خلال عام ٢٠٠٥ حوالي ١,٦٢٥ مليون جنيه ، أما فى عام ٢٠١٦ فقد بلغ عدد المعالجين

بالداخل ٢٦٦٤ شخص ، بينما بلغ عدد المعالجين علي نفقة الدولة بالخارج ٦٢ شخص بالإضافة إلي ٥٣ مرافق ، وقد بلغت تكاليف علاج المرضى بالداخل علي نفقة الدولة ٥,٠٥٤ مليون جنيه ، بينما بلغت تكاليف علاج المرضى بالخارج ٩ مليون جنيه .

و بالنظر إلي الجدول السابق يتضح أن إجمالي عدد المرضى الذين تم علاجهم بالداخل علي نفقة الدولة في تزايد مستمر فقد بلغ عدد المرضى الذين تم علاجهم بالداخل ١٢٦٥ في عام ٢٠٠٥ ثم زاد العدد إلي ١٤٢٠ شخص في عام ٢٠٠٦ ، ظل العدد يزداد بلغ ٢٦٦٤ شخص في عام ٢٠١٦ .

و يلاحظ أيضاً أن إجمالي عدد المرضى الذين تم علاجهم خارجياً في تذبذب ، فقد بلغ عدد المرضى ١٤٩ شخص في عام ٢٠٠٥ ثم زاد وبلغ ٢١٤ شخص في عام ٢٠٠٦ و ظل يزداد العدد حتي بلغ ٢٤٥ شخص في عام ٢٠٠٨ ، ثم انخفض العدد وبلغ ٢٤٠ شخص و ظل العدد ينخفض حتي بلغ ٢٥ شخص في عام ٢٠١٢ ، ثم زاد العدد مرة أخرى وبلغ ٤٦ شخص في عام ٢٠١٤ و ظل العدد حتي بلغ ٦٢ شخص في عام ٢٠١٦ .

رابعاً: مؤشر لمتوسط أعداد الأسرة بالمستشفيات الحكومية بالنسبة لأعداد الأسرة في مستشفيات القطاع الخاص .

يوضح الجدول التالي تطور عدد الأسرة بالمستشفيات الحكومية والخاصة في مصر خلال الفترة من (٢٠٠٥-٢٠١٥) .

جدول رقم (٤)

تطور عدد الأسرة بالمستشفيات الحكومية والخاصة

خلال الفترة من (٢٠٠٥-٢٠١٥)

الاجمالي	القطاع الخاص	القطاع الحكومي			السنة
		جهات أخرى	عدد الأسرة بالجهات التابعة لوزارة الصحة والسكان	عدد الأسرة بمستشفيات وزارة الصحة والسكان	
152173	25821	28831	17418	80103	2005
152134	26307	29486	17447	78894	2006
152424	26055	30272	17021	79076	2007
136882	26814	29855	17207	63006	2008
129472	26719	31288	26857	44608	2009
127733	28868	31039	25034	42792	2010
127712	29393	31390	25282	41647	2011
128473	31653	31595	24424	40801	2012
129300	26009	31862	24982	41447	2013
97826	24647	31873	24828	41129	2014
93267	31094	30496	23159	39612	2015

المصدر: تقارير مجمعة من الجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء فى الفترة من (٢٠٠٥ إلى ٢٠١٥).

يتضح من الجدول السابق ان إجمالي عدد الأسرة داخل بمستشفيات وزارة الصحة والسكان قد بلغ ٨٠١٠٣ سرير فى عام ٢٠٠٥ ثم انخفض إلى عدد الأسرة إلى ٧٨٨٩٤ سرير فى عام ٢٠٠٦ ثم زاد إلى ٧٩٠٧٦ سرير فى عام ٢٠٠٧ ثم انخفض فى عام ٢٠٠٨ و بلغ ٦٣٠٠٦ سرير و ظل ينخفض حتى بلغ ٣٩٦١٢ سرير فى عام ٢٠١٥ .

أما عدد الأسرة فى المستشفيات فى الجهات التابعة لوزارة الصحة والسكان فقد بلغ نحو ١٧٤١٨ سرير فى عام ٢٠٠٥، ثم زاد العدد وبلغ ١٧٤٤٧ سرير فى عام ٢٠٠٦، ثم انخفض العدد وبلغ ١٧٠٢١ سرير فى عام ٢٠٠٧، ثم زاد العدد وبلغ ١٧٢٠٧ سرير فى عام

٢٠٠٨ ، ثم زاد العدد وبلغ ٢٦٨٥٧ سرير في عام ٢٠٠٩ ، ثم انخفض العدد بعد ذلك وبلغ ٢٥٠٣٤ سرير في عام ٢٠١٠ ، وظل العدد يتذبذب تارة يرتفع وتارة ينخفض حتي بلغ ٢٣١٥٩ سرير في عام ٢٠١٥ .

أما المستشفيات في الجهات الأخرى التابعة للقطاع الحكومي ، فقد بلغت نحو ٢٨٨٣١ سرير في عام ٢٠٠٥ ، ثم زادت وبلغت ٢٩٤٨٦ سرير في عام ٢٠٠٦ ، ثم زادت وبلغت ٣٠٢٧٢ سرير في عام ٢٠٠٧ ، ثم انخفضت وبلغت ٢٩٨٥٥ سرير في عام ٢٠٠٨ ، ثم ازدادت وبلغت ٣١٢٨٨ سرير في عام ٢٠٠٩ ، ثم انخفضت وبلغت ٣١٠٣٩ سرير في عام ٢٠١٠ ، ثم زادت وبلغت ٣١٢٩٠ سرير في عام ٢٠١١ ، وظلت تزداد حتي بلغت ٣١٨٧٣ سرير في عام ٢٠١٤ ، ثم انخفضت وبلغت ٣٠٤٩٦ سرير في عام ٢٠١٥ .

و بالنظر إلي الجدول السابق يتضح أن عدد الأسرة التابعة لمستشفيات القطاع الخاص قد بلغ ٢٥٨٢١ سرير في عام ٢٠٠٥ ثم زادت وبلغت نحو ٢٦٣٠٧ سرير في عام ٢٠٠٦ ، ثم انخفضت وبلغت ٢٦٠٥٥ سرير في عام ٢٠٠٧ ، ثم زادت وبلغت ٢٦٨١٤ سرير في عام ٢٠٠٨ ، ثم انخفضت وبلغت ٢٦٧١٩ سرير في عام ٢٠٠٩ ، وظلت علي هذا النحو من التذبذب تارة ترتفع وتارة تنخفض حتي بلغت ٣١٠٩٤ سرير في عام ٢٠١٥ .

ويتضح من الجدول السابق وجود حالة من الترددي داخل المستشفيات الحكومية ؛ لأنها لم تستطع أن تحافظ علي عدد الأسرة منذ عام ٢٠٠٥ إلي عام ٢٠١٥ ، بل علي العكس انخفض العدد بها ، في حين أن المستشفيات الخاصة قامت بزيادة عدد الأسرة بها وهو ما أدي إلي زيادة ثقة المواطنين فيها أكثر من المستشفيات الحكومية .

خامساً: تطور الإنفاق علي الصحة والنتائج المحلي الإجمالي :-

يوضح الجدول التالي تطور الإنفاق علي الصحة والنتائج المحلي الإجمالي في مصر خلال الفترة من (٢٠٠٦/٢٠٠٥ - ٢٠١٦/٢٠١٧) .

جدول رقم (٥)

تطور الإنفاق علي الصحة و الناتج المحلي الإجمالي

خلال الفترة من (٢٠١٧/٢٠١٦ - ٢٠٠٦/٢٠٠٥)

السنة	الإنفاق علي الصحة	الاستخدامات العامة	الناتج المحلي الإجمالي	معدل نمو الإنفاق علي الصحة	معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي
2005/2006		236.2	617.7		14.7
2006/2007	9.2	251	744.8		20.5
2007/2008	10.64	293.7	895.5	14.56	20.2
2008/2009	12.015	351.5	1038.2	13.99	16
2009/2010	15.86	365.9	1206.6	32	15
2010/2011	18.512	401.8	1371	16.7	13
2011/2012	23.783	470.9	1058.5	28.47	10.02
2012/2013	27.413	635.4	1539.6	15.26	2.06
2013/2014	32.736	820.1	1770	19.4	14.9
2014/2015	42.402	983.57	1863.16	29.5	5.26
2015/2016	44.950	1088.72	1905.2	6	2.25
2016/2017	48.944	1317.7	1974.18	8.88	3.62

المصدر: بيانات الإنفاق علي الصحة من وزارة المالية الحسابات الختامية للموازنة العامة للدولة خلال الفترة (٢٠٠٧/٢٠٠٦ - ٢٠١٧/٢٠١٦).

بيانات الناتج المحلي الإجمالي من تقارير مجمعة للبنك المركزي المصري من (٢٠٠٧/٢٠٠٦ - ٢٠١٧/٢٠١٦)

معدل نمو الإنفاق علي الصحة و الناتج المحلي الإجمالي تم احتسابها بمعرفة الباحث .

بالنظر إلي الجدول السابق يتضح أن الإنفاق علي الصحة قد بلغ نحو ٩,٢ مليار جنيه في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٦ بما يشكل نحو ٣,٦% من الاستخدامات العامة في نفس العام ، ثم ارتفع الإنفاق علي الصحة في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٧ وبلغ ١٠,٦٤ مليار جنيه بما يمثل نحو ٣,٦% من إجمالي الاستخدامات العامة في نفس العام .

و في عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ بلغ الإنفاق علي الصحة ١٢,٠١٥ مليار جنيه بما يمثل نحو ٤,٣% من إجمالي الاستخدامات العامة في نفس السنة ، و ظل الإنفاق علي الصحة يزداد حتي بلغ ٤٨,٩٤٤ مليار جنيه في عام ٢٠١٦/٢٠١٧ بما يمثل ٣,٧% من إجمالي الاستخدامات العامة في نفس العام .

ويتضح من الجدول السابق أن معدل نمو الإنفاق علي الصحة قد بلغ ١٤,٥٦% في عام ٢٠٠٧/٢٠٠٨ في حين بلغ معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي ٢٠,٢% في نفس العام ، وفي عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ انخفض معدل نمو الإنفاق علي الصحة وبلغ ١٣,٩٩% وانخفض معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي ليبلغ ١٦% ، وفي عام ٢٠٠٩/٢٠١٠ ارتفع معدل نمو الإنفاق علي الصحة وبلغ ٣٢% في حين انخفض معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي وبلغ ١٥% ، و ظل معدل نمو الإنفاق علي الصحة في تذبذب تارة يرتفع وتارة ينخفض حتي بلغ ٨,٨٨% في عام ٢٠١٦/٢٠١٧ في حين بلغ معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي ٣,٦٢% في نفس العام .

الخاتمة

تناول هذا البحث مؤشرات الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر وذلك في فصلين الأول وهو آليات الإنفاق علي القطاع الصحي في مصر، ولقد تقسيم هذا الفصل إلي ثلاثة مباحث وهي دور التأمين الصحي في النهوض بالرعاية الصحية، وأثر الإصلاح الاقتصادي علي الإنفاق علي القطاع الصحي، وملامح القطاع الصحي في مصر، واما الفصل الثاني فقد تناول تطور القطاع الصحي في مصر.

ولقد توصلت بعد دراستي لهذا البحث إلي النتائج والتوصيات الآتية :-

أولاً : النتائج

وجود علاقة وثيقة بين الصحة والتنمية، وذلك بسبب أن الخدمات الصحية و مكافحة الأمراض من العوامل الهامة للتقدم الاقتصادي، ويؤدي الاستثمار في مجال الخدمات الصحية إلي انخفاض الخسائر الناتجة عن المرض وتوفير مواطنين أصحاء قادرين علي العمل والإنتاج.

هناك علاقة تشابكية بين سياسات الإصلاح الاقتصادي والقطاع الصحي في مصر حيث أدي تغير مستويات دخول الأفراد وسياسات خفض الإنفاق العام وتحرير الأسعار إلي آثار سلبية علي أفراد المجتمع فأنخفضت الدخول الحقيقية لغالبية أفرادهم و ارتفعت أسعار السلع الأساسية و أسعار الخدمات الصحية و زادت نسبة الأمراض الناتجة عن سوء التغذية و انخفاض الإنفاق الحكومي الحقيقي علي قطاع الخدمات الصحية مما ساهم في ازدياد حدة الفقر وتدني الحالة الصحية للفقراء.

يوجد خلل واضح بين معدلات الزيادة السكانية وعدد الوحدات الصحية المضافة سنوياً ؛ و هو ما يؤدي إلي زيادة عدد السكان الذين تخدمهم كل وحدة و انخفاض كفاءة الوحدات الصحية.

أصبحت المستشفيات الحكومية العامة تعاني من نقص في الموارد الطبية نتيجة ضعف الاعتمادات المالية ؛ وهو ما أدي إلي تزايد اعتماد الأفراد علي القطاع الخاص مرتفع التكلفة في الخدمات الصحية.

يعد التأمين الصحي في مصر من أهم القطاعات نظراً لانخفاض دخل الأفراد في مصر وبالتالي تزايد الحاجة لنظام تأميني ضد اخطار المرض.

وجود حاجة ماسة لتطوير وتعديل القوانين المنظمة للتأمين الصحي والقرارات الوزارية التي من شأنها ضم فئة جديدة للمنتفعين .

وجود خلل في هيكل العاملين بالقطاع الصحي الحكومي ، مما يؤثر بالسلب علي حجم الخدمة الصحية المقدمة ومستوي جودتها .

يعاني توزيع مصروفات القطاع الصحي من الاختلال ، بسبب استحواذ الأجور علي الجانب الأكبر من المصروفات في القطاع الصحي .

ثانياً: التوصيات

ضرورة زيادة الإنفاق الحكومي علي القطاع الصحي مع توجيه هذه الزيادة إلي شراء السلع والخدمات والاستثمارات المرتبطان ارتباطاً وثيقاً بتقديم الخدمة الصحية للمرضي .

يجب أن يكون هناك دعم سياسي من السلطة التنفيذية ممثلة في الحكومة و السلطة التشريعية للتحويل من موازنة البنود إلي موازنة البرامج والأداء .

ضرورة قيام وزارة الصحة بتقديم استراتيجيتها و اهدافها مع تحديد البرامج اللازمة لتحقيق تلك الاهداف وتحديد مصدر تمويلها .

يجب متابعة المؤشرات الصحية بصفة دائمة مع نشرها علي المجتمع بشفافية و دراسة اسباب النجاح و الفشل وفق التحليل المناسب و النتائج المتحققة .

يجب أن يعاد هيكله التأمين الصحي علي اساس مراقبة الجودة الشاملة حسب الخطط والمستويات المقررة و تحصيل الاشتراكات و توفير الاعتمادات المالية للجهات المنفذة عن طريق عقد الاتفاقات التي تعقد لهذا الغرض ، والعمل علي الاستفادة القصوي من الامكانيات المتاحة في المجتمع من المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة .

تشجيع رؤوس الأموال الراغبة في الاستثمار في المجال الصحي و اختيار أفضل العروض المقدمة التي تقدم للمؤمن عليه بأقل تكلفة مما يسهم في استكمال الإمكانات المادية والبشرية .

ضرورة النظر لمستشفيات التأمين الصحي بأعين ثاقبة ، والعمل علي إزالة كافة المسببات والمعوقات التي تعوق أداء خدمة التأمين الصحي ورضا العميل عنها ، وأهم ما في هذا الأمر العناية بالكفاءة والنظافة وزيادة عدد الأسرة وزيادة عدد الأطباء نظراً لزيادة عدد المنتفعين .

يجب علي هيئة التأمين الصحي أن تحسن من الخدمة الطبية لمنتفعيها ، وتزود من إمكانياتها العلاجية حتي يمتد التأمين الصحي إلي جميع العاملين بكافة محافظات الجمهورية عن طريق استخدام فائض الهيئة ، مع ضرورة وجود نظرة مستقبلية للتوسع علي أساس جغرافي مع تحديد أولويات التوسع .

يجب علي حكومات الدول التي تطبق برامج التثبيات والتكليف الهيكلي أن تأخذ في اعتبارها المشاكل التي يعاني منها الفقراء في المجتمع وخاصة في المجتمعات التي يشكل الفقراء فيها الغالبية العظمي من السكان .

قائمة المراجع

المراجع العربية

أولاً : الرسائل العلمية

١. خالد عبد الصادق بدوي أحمد ، " اقتصاديات قطاع الخدمات الصحية في ظل سياسة الإصلاح الاقتصادي " ،رسالة ماجستير ، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢ ، ١٣ .
٢. رفاعي عبد العزيز رفاعي ، " تأثير برامج التثبيت و التكيف الهيكلي علي التنمية الاجتماعية في الدول العربية - مع دراسة تطبيقية علي مصر " ، رسالة ماجستير، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ١٩٩٠ ، ص ١٨٥-١٨٧
٣. سحر محمد مفيد ، " اقتصاديات التأمين الصحي في مصر " ، رسالة ماجستير ، كلية التجارة - جامعة عين شمس، ١٩٩٨ .
٤. سحر محمد مفيد محمد، " اقتصاديات التأمين الصحي في مصر " ، رسالة ماجستير، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ١٩٩٨
٥. سمية احمد علي ، " أثار الإصلاح الاقتصادي علي التنمية البشرية- دراسة لتقويم أثار الإصلاح الاقتصادي في مصر" ،رسالة ماجستير ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة ، ١٩٩٧ ،
٦. عاطف عبد المجيد عبد الرحمن ، "نظام التكاليف في المنظمات غير الهادفة للربح مع التطبيق عل الهيئة العامة للتأمين الصحي" ،رسالة دكتوراة - جامعة اسيوط، ١٩٩٠ .
٧. علي اسماعيل علي اسماعيل ، "دور المعونات الأجنبية في تحسين مؤشرات قطاعي التعليم و الصحة في مصر خلال الفترة من ٢٠٠٥-٢٠١٥ " ، رسالة ماجستير ، كلية التجارة - جامعة عين شمس ، ٢٠١٩ .
٨. عمرو محمد عبد الفتاح علي ، " أثر تطبيق موازنة البرامج و الأداء علي أداء القطاع الصحي في مصر " ،رسالة ماجستير ، معهد التخطيط القومي و ٢٠١٦ ، ص ٥٦- ٥٨ .

٩. مصطفى السيد أبو السعود، "ترشيد الإنفاق الحكومي لنظام التأمين الصحي لرفع كفاءة و فاعلية النظام - دراسة تطبيقية مقارنة علي مصر"، رسالة ماجستير، كلية التجارة - جامعة القاهرة و٢٠٠٣ ..
١٠. مني ناصر ميلاد، « مشكلات تمويل التأمين الصحي فى مصر و إمكانية مواجهتها - دراسة مقارنة مع المملكة المتحدة »، رسالة دكتوراة، كلية التجارة - جامعة عين شمس، ٢٠٠٩، ص ١٥، ١٦.

ثانياً: الكتب و المراجع العامة

١. عبد الخالق فاروق " الصحة و أحوال الفقراء فى مصر - كم ينفق المصريون علي الصحة"، مكتبة الشروق الدولية، الطبعة الأولى، ٢٠١٣.
٢. رفعت رضوان، "التأمين الصحي - فكراً و تطبيقاً"، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، الجعية العلمية للتأمين الصحي، القاهرة، العدد السادس عشر، أكتوبر ١٩٨٩.
٣. فرج عزت، "الموارد الاقتصادية"، كلية التجارة - جامعة عين شمس، ١٩٩٧.
٤. فوزي شعبان مذكور ندا، "تسويق الخدمات الصحية"، تجارة بنها، ١٩٩٣.
٥. ثالثاً: المؤتمرات العلمية
٦. خطة التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، وزارة التخطيط لعام ٩٧/٩٦، المجلد الأول، القاهرة.
٧. المجالس القومية المتخصصة، "تقرير المجلس القومي للخدمات و التنمية الاجتماعية"، الدورة الأولى، القاهرة، يونيه ١٩٧٩، يونيه -
٨. مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار، "التحديات التي تواجه القطاع الصحي فى مصر و سياسات التغلب عليها"، القاهرة، مجلس الوزراء، مارس ٢٠٠٥، ص ٢٢.
٩. وزارة المالية، موازنة ديوان عام وزارة الصحة للسنة المالية ٢٠١٤/٢٠١٥.
١٠. وزارة المالية، وحدة تكافؤ الفرص فى الموازنة العامة للدولة، إعداد موازنة البرامج المستجيبة للنوع الاجتماعي. عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩.

رابعاً: التقارير

١. البنك الدولي تقرير التنمية في العالم
٢. البنك المركزي المصري ، التقارير السنوية ، أعداد مختلفة .
٣. الجهاز المركزي للتعبيئة والاحصاء
٤. وزارة المالية الحسابات الختامية للموازنة العامة للدولة

المراجع الاجنبية

1. Hand book of hospital personnel management R c Goyal Head personnel Depatment Holy family Hospital ، new delhi 1994 .
2. Jon Bryant M.D “ Health And The Deviloping Word “ Carnell Universal Press London 1996.
3. Narayan ،D ،R . Patel. K. Schaff. A and other ، Voices of the poor ، can Anyone Hear Us? New york .y ..Oxford university Press 2000.
4. Pinstrup- Anderson quoted form D.E cooler and others .
5. Ronald Vogel .an analsysis of three national health insurance proposals in sub-sahra Africa three natonal journal of health planning and management 1990.
6. Selma j.Mushkin .” Health As An Investment” jornal Of Political Economy Vol 70 No5 Part 2.
7. Stcwart F.” the Many faces of adjustment “ in paut mosiey 1992 .
8. Urriola Urbin a .R. Health-care Financing and Equity : Public Insurance in Chile . CEPAL review 2005 ،

Indicators of spending on the health sector in Egypt

Dr. Haitham Essa Elewa Zahran

Abstract

This research dealt with indicators of spending on the health sector in Egypt and in two chapters. The first is spending mechanisms for the health sector in Egypt, and this chapter has been divided into three sections: it is the role of health insurance in promoting health care, the impact of economic reform on spending on the health sector, and features of the health sector in Egypt.

And as for the second chapter, it examined the development of the health sector in Egypt.

Keywords

1-The concept of health insurance

Health insurance is a set of measures to protect the citizen against the danger of illness or injury and ensures full and urgent care for all who need it (and compensation against temporary disability that results from illness or injury according to social insurance) therefore, health insurance should provide medical care that is easily accessible, easy to take, high-level, and fully integrated and it provides equal opportunities for all, regardless of the financial capacity of the insured.

2-Compulsory health insurance

The imposition of compulsory health insurance increases the sources of health care financing and that it leads to bringing additional financial resources to the sector and directing them to health services.

3- Comprehensive population coverage

It is a challenge facing all countries in their health systems.

4- Therapeutic medicine programs

It is to provide hospital treatment services of all kinds (General-centralization-quality) by providing prompt and effective treatment for the medical condition and injuries that are attributed to those treatment units.

5- Preventive medicine programs

It is a program that focuses fundamentally on activities that ensure the protection of citizens from disease and the epidemic.