

## الفصل الثالث

تطور الإنفاق الحكومي على الرعاية  
الصحية في مصر وبعض الدول الغربية



## المبحث الأول

### الإنفاق على الرعاية الصحية في الدول المتقدمة



يصعب في الكثير من الأحيان، وفي العديد من الدول، معرفة الحجم الحقيقي للإنفاق المجتمعي على بعض القطاعات، خاصة في قطاع الصحة.

ويرجع هذا إلى تداخل عناصر الإنفاق، وتعدد مصادره، وتنوع أطرافه، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن غياب بنية إحصائية متكاملة ونماذج شفافة وقادرة على حساب الدخل القومي ومصفوفة التدفقات النقدية بين قطاعاته يؤدي إلى صعوبات جمة في حساب حجم هذا الإنفاق، خاصة إذا ما صاحب هذه الصعوبات الفنية والمحاسبية صعوبة إضافية تتمثل في انتشار ممارسات الفساد وعطاياه في صور شتى مثل الرشاوى، والإكراميات، والتعاقدات من الباطن، وغيرها من الممارسات التي انتشرت في كثير من الدول وفي مقدمتها مصر خلال الثلاثين عامًا الماضية<sup>(١)</sup>.

وقد تطورت نظم الرعاية الصحية في الدول الصناعية المتقدمة بعد تاريخ طويل من العذاب والإهمال والقسوة، سجلتها تقارير المفتشين الصناعيين ورجال الصحة طوال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر<sup>(٢)</sup>.

وعبر نضالات طويلة نجح العمال وبقية الفئات الاجتماعية وكاسبو الأجور عمومًا في انتزاع حق الرعاية الصحية كأحد أهم حقوق ومزايا العمل، علاوة على كونها أحد حقوق الإنسان الأساسية التي أقرتها المواثيق والمعاهدات الدولية في وقت متأخر من العقد الخامس من القرن العشرين.

وقد استقرت نظم الرعاية الصحية في الدول الصناعية المتقدمة في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية واليابان على ثلاثة نظم لتمويل هذه الخدمة الصحية أو العلاجية هي:

الأول: نظام خاص Private بصورة غالبية، ويتم فيه التأمين على العاملين والأفراد لدى مستشفيات خاصة ولدى الأطباء، على أن تتقاسم جهات العمل التكاليف مع عمالها وموظفيها، سواء بصورة مباشرة أو من خلال شركات التأمين التجاري على الحياة، وهذا النظام يكاد يكون الأكثر انتشارًا في الولايات المتحدة الأمريكية، ويعانى بدوره من مشكلات تجعله غالبًا على جدول أعمال الانتخابات التشريعية والرئاسية الأمريكية بين الحزبين الرئيسيين (الديمقراطي والجمهورى) حيث يميل الحزب الديمقراطي إلى تعزيز دعم التأمين الصحى مقابل اهتمام أقل من جانب الحزب الجمهورى.

الثانى: نظام عام Public بصورة غالبية، ويتم الحصول على إيرادات الرعاية الصحية من خلال الضرائب العامة، حيث تؤدى تكاليف العلاج والخدمة الصحية للمستشفيات والأطباء عبر التعاقد العام معهم، سواء من خلال الحكومات الفيدرالية أو المحلية أو المقاطعات أو من خلال الشركات ومؤسسات الأعمال، وهذا النظام يكاد يكون الأكثر انتشارًا في ألمانيا وفرنسا والدول الإسكندنافية، بما يجعل الخدمة والرعاية الصحية شبه مجانية Free تمامًا.

الثالث: نظام مختلط Mixture بين النظامين، وهو يتوافر في إيطاليا وأسبانيا وبريطانيا وغيرها<sup>(٣)</sup>.

وبرغم ذلك - وتجنبًا لسوء الفهم - فإن الطابع الخاص الغالب على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة لم يمنع من أن تتولى الحكومة الفيدرالية الأمريكية تخصيص نحو ١٥٪ من ميزانياتها للرعاية الصحية، بينما تتولى حكومات الولايات دفع ٤٣٪ من كل دولار ينفق على الصحة، سواء في برامج الشيخوخة أو غيرها، وتتراوح نسبة المؤمن عليهم تأمينًا خاصًا من شركاتهم في الولايات المتحدة الأمريكية من حوالى ٨٥٪ إلى ٩٠٪<sup>(٤)</sup>، بما يجعل الحكومة الأمريكية أكبر مؤمن Insurer على العاملين لديها، من خلال برنامج فيدرالى تحت إشراف هيئة تدعى Madi Care، أنفقت عام ١٩٩١ وحده حوالى ١١٠ مليارات دولار<sup>(٥)</sup>، كما تتولى الشركات الخاصة إنفاق حوالى ٢٠٠ مليار دولار أخرى تستقطعها من أرباحها على الرعاية

الصحية للعاملين فيها<sup>(٧)</sup>، أى أن مجموع ما أنفق على الرعاية الصحية فى المجتمع الأمريكى ذلك العام وحده يقدر بحوالى ٣١٠ مليارات دولار، بما يعادل حوالى ١٢٪ من الناتج المحلى الإجمالى الأمريكى<sup>(٨)</sup>.

وتشير دراسة عن الإنفاق الصحى فى الولايات المتحدة عرضتها مجلة The Economist البريطانية المتخصصة فى الشؤون الاقتصادية إلى أن النظام الطبى الأمريكى يكاد يغطى ٤٠٪ فقط من العجائز وكبار السن الذين هم تحت خط الفقر، بينما يترك الآخرين لمصيرهم<sup>(٩)</sup>. لعل هذا ما عزز فرص فوز المرشح الديمقراطى «بيل كلينتون» فى الانتخابات الرئاسية، ببرنامجه المتميز تجاه نظم الرعاية الصحية فى مواجهة منافسة الجمهورى «جورج بوش الأب» فى عام ١٩٩٠.

أما فى بريطانيا فتقوم الهيئة القومية للخدمة الصحية (N.H.S) Health Services National المناظرة للهيئة العامة للتأمين الصحى فى مصر، بالإنفاق على قسمين للرعاية الصحية: الأول: دفع مستحقات المستشفيات من خلال جداول وإيرادات الضرائب. الثانى: مرتبات وأجور الأطباء خارج مستحقات الضرائب العامة، عبر ما يسمى «القسط المدفوع من المريض»<sup>(١٠)</sup>.

وفى كندا تتولى الحكومة الفيدرالية دفع حوالى ٤٠٪ من نفقات الرعاية الصحية، بينما تتولى مؤسسات الأعمال الخاصة والمرضى أنفسهم تغطية بقية تكاليف هذه الرعاية الصحية<sup>(١١)</sup>.

أما فى ألمانيا فإن التأمين الاجتماعى لا مركزى، وتصل مساهمة الحكومة فيه حوالى ١٣٪ فى المتوسط، ولكن هذه النسبة تتحسن كثيرًا حينما يتولى الحزب الاشتراكى الديمقراطى الحكم<sup>(١٢)</sup>، ونجد أن ١٩٩٢٪ من المواطنين فى ألمانيا يشتركون فى صندوق المرضى Sickness Fund، أما الباقون (٨٪) فهم يشتركون فى نظام للعلاج الخاص Private.

وقد أخذت اليابان بالنموذج الألمانى فى الرعاية الصحية عام ١٩٦١، حيث نجد أن حوالى ٦٠٪ من المواطنين تغطيتهم شركاتهم العاملين فيها، أما النسبة الباقية فتتولى الحكومات المحلية أو المركزية رعايتهم كحالة المحالين للتقاعد وكبار السن والعجائز<sup>(١٣)</sup>.

جدول رقم (٣٧)  
نسب التمويل الحكومي والتمويل الخاص في عدة دول لخدمات الرعاية الصحية  
كنسب من الناتج المحلي الإجمالي عام ١٩٨٩

الدولة	نسب التمويل الحكومي	نسب التمويل الخاص	المجموع من الناتج المحلي الإجمالي
- الولايات المتحدة	٥٪	٧٪	١٢٪
- كندا	٧٪	٢٪	٩٪
- فرنسا	٧٪	٢٪	٩٪
- ألمانيا الغربية	٦٪	٢,٥٪	٨,٥٪
- إيطاليا	٦٪	٢٪	٨,٠٪
- اليابان	٥٪	٢٪	٧٪
- بريطانيا	٦٪	١٪	٧٪

Saure: The Economist, June 15, 1991, P.47

وبرغم كل الضجيج في مصر وبعض الدول حول ضرورة إعمال آليات السوق وجهاز الثمن في مجال الخدمات الصحية؛ للتخفيف من هذا العبء على الموازنة العامة للدولة، نجد على العكس، ففي الولايات المتحدة التي تمثل كعبة «الليبراليين الجدد في مصر» وفي غيرها حالة مختلفة عملياً حيث:

١- ارتفع نصيب الفرد من مصروفات الرعاية الطبية - بالأسعار الثابتة - من ٩٥٠ دولاراً / سنة عام ١٩٧٠ إلى ٢٣٥٠ دولاراً / سنة عام ١٩٨٩، وتعد مصروفات التأمين الصحي في الولايات المتحدة من أكبر بنود الإنفاق بعد الأجور والمرتبات، وتحمل الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات ما نسبته ٤٣٪ من كل دولار ينفقه الفرد على الرعاية الصحية فيها، وهو ما أدى إلى خسارة تحملتها الخزانة الأمريكية قدرت عام ١٩٩١ بنحو ٥٨ مليار دولار من عوائد واستقطاعات الضرائب<sup>(١٤)</sup>، كما يظهرها البيان التالي:

جدول رقم (٣٨)  
نسب الإنفاق الخاص (العائلي) على الصحة إلى إجمالي نفقات الصحة في مصر وعدد من الدول  
خلال عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٠ (%)

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	٥٧,٣	٥٩,٦	٥٦,٥	٥٦	٥٧,٢	٥٩,٢
الصين	٥٣,٣	٥٧,٨	٦٠	١	٦٢	٦٣,٤
كوبا	٩,٨	١٠,٥	١٢,٥	١٢,٤	١١,٤	١٠,٨
مصر	٥٦,١	٥٥,٤	٥٤,١	٥٤	٥٣,٦	٥٣,٩
الهند	٨٣,٨	٨٤,٤	٨٤,٣	٨١,٦	٨٢,١	٨٢,٢
إسرائيل	٢٥,٦	٢١,٤	٢١,٣	٢٣	٢٢,٣	٢٤,١
اليابان	٢١,٨	١٩,٧	٢٠,٥	٢٢,٦	٢٢	٢٣,٣
كينيا	٧٣,٤	٧٢,٧	٧٣,٨	٧٣,٨	٧٣,٥	٧٧,٨
كوريا	٦٣,٥	٦١,٢	٥٩	٥٣,٨	٥٦,٩	٥٥,٩
روسيا	١٨,٥	٢١,٩	٢٧,١	٣١,١	٣٥,٣	٢٧,٥
السعودية	٢١,٣	٢٢	٢١,٥	٢٠,٩	٢٠,٧	٢٠,٩
جنوب أفريقيا	٥١,٣	٥٣,١	٥٣,٩	٥٧,٦	٥٧,٤	٥٧,٨
تونس	٤٣,٩	٣٢,٥	٢٢,٣	٢٠,٩	٢١,٢	٢١,٨
إنجلترا	١٦,١	١٧,١	٢٠,١	٢٠,١	١٩,٨	١٩
الولايات المتحدة	٥٤,٧	٥٤,٥	٥٤,٨	٥٥,٥	٥٥,٧	٥٥,٧

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢.

٢- زادت نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة إلى إجمالي الناتج المحلي الإجمالي G.D.P من ٩,٣٪ عام ١٩٨٠ إلى ١٢٪ عام ١٩٨٩ أى ما يعادل ٦٠٤ مليارات دولار في ذلك العام.

٣- في الوقت الذي يتحدث البعض في مصر حول الإفراط في عدد الأطباء والحاجة إلى تقليص أعداد المقبولين في كليات الطب، نجد أن هناك في الولايات المتحدة طبيباً واحداً لكل ٤٠٠ مواطن عام ١٩٨٩<sup>(١٥)</sup>، بينما هم في مصر عام ٢٠٠٨ لا يزيدون عن طبيب واحد لكل ٧٠٠ مواطن.

جدول رقم (٣٩)

نسب الإنفاق الصحي إلى إجمالي الدخل القومي في مصر وعدد من الدول الأخرى .%

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	٧,٢	٧,٤	٧,٥	٧,٥	٧,٩	٨,٣
الصين	٣,٩	٤,٢	٤,٥	٤,٧	٥,١	٥,٣
كوبا	٥,٧	٥,٨	٦,٣	٦,٤	٦,٩	٦,٨
مصر	٣,٧	٣,٨	٣,٩	٤	٣,٩	٣,٨
الهند	٥	٥,٢	٥,٣	٥	٥,١	٤,٩
إسرائيل	٩,٩	١٠,٢	١٠,١	١٠	٣,٩	١٠,٩
اليابان	٧	٧	٧,٢	٧,١	١٠,٩	٧,٨
كينيا	٨,١	٨,١	٨,٣	٨,٤	٧,٤	٨,٣
كوريا	٤,٧	٤,٩	٥	٥,١	٨,٤	٦
روسيا	٥,٥	٥,٤	٥,٨	٥,٩	٥,٦	٥,٣
السعودية	٥,٣	٥,١	٥,١	٥,٧	٥,٦	٥,٣
جنوب أفريقيا	٨,٤	٩,٢	٩	٨,٧	٨,٨	٨,٨
تونس	٦,٨	٦,٦	٦,٤	٦,٨	٧	٧
إنجلترا	٧	٧	٦,٨	٦,٨	٧,١	٧,٣
الولايات المتحدة	١٣,٣	١٣,٢	١٣	١٢,٩	١٣	

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢.

٤- عموماً إذا جاز لنا أن نقارن - لهؤلاء الذين يحاجون بالولايات المتحدة - فإن نسبة الإنفاق المجتمعي على الرعاية الصحية في مصر لا يتجاوز ٦,٥٪ في أحسن الأحوال من الناتج المحلي الإجمالي (أكثر من ٦٥٪ يتحملها القطاع العائلي والأفراد أنفسهم، كما سوف نرى بعد قليل) وبالمقابل فإن إنفاق المجتمعات المختلفة يبدو على النحو التالي:

جدول رقم (٤٠)  
نسبة الإنفاق الحكومي الصحي إلى إجمالي الإنفاق الحكومي في مصر وعدد من الدول الأخرى (%).

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	٨,٣	٨,٣	٩,١	٩	٩,٣	٨,٤
الصين	١٥,٥	١٥,٢	١٤,٧	١٣,٧	١٢	١١
كوبا	٨	٩,٣	١٠	١٠,٣	١١,٨	١٣,٥
مصر	٤,٨	٥,٢	٥,٩	٦,٥	٦,٢	٦,٥
الهند	٤,٧	٤,٧	٤,٧	٥,٦	٥,٧	٥,٣
إسرائيل	١٥,٧	١٦,٨	١٤,٦	١٤,٣	١٥,٩	١٥,٧
اليابان	١٥,١	١٥,٢	١٦,٢	١٣,٢	١٥,٣	١٥,٤
كينيا	٦,٦	٧,٢	٨	٨,١	٨,١	٨,١
كوريا	٨,٦	٩,١	٩,٤	٩,٦	١٠,٢	١١,٢
روسيا	١١,٧	١٠,٤	١٠,٦	١٢,٣	١١,٩	١٤,٥
السعودية	١٣,٣	١٤	١٢,٢	١١,١	١٣,٩	١٤,٦
جنوب أفريقيا	١٢,٦	١٢,٦	١٢,٤	١١,٣	١١,١	١١,٢
تونس	١١,٥	١٣,٥	١٥,٧	١٦,٩	١٧,٣	١٧,٢
إنجلترا	١٣,١	١٣,٥	١٣,٢	١٣,٧	١٤,٦	١٤,٩
الولايات المتحدة	١٦,٨	١٧	١٧,٢	١٦,٨	١٦,٧	١٦,٧

تقرير الصحة في العالم - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٢.

صحيح أنه لا يجوز المقارنة بالولايات المتحدة أو إنجلترا من حيث نفقات الصحة ودرجة الاهتمام بها؛ ولكنها مؤشرات دالة في إطار بحثنا عن جوهر وحقيقة ومستوى الإنفاق العام على الصحة؛ خاصة مع وجود وانتشار مصادر أعلى للتلوث والأضرار البيئية والصحية مثل افتقار حوالي ٢٥٪ من القرى في مصر لمصادر الكهرباء، و ٥٠٪ لمصادر الصرف الصحي، و ٢٠٪ للمياه النقية؛ مما يضيف أعباء كبيرة على إدارة النظام الصحي في البلاد.

## المبحث الثاني

### الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية فى مصر



تتعدد الجهات الحكومية وغير الحكومية والعائلية التى تمول وتنفق على الرعاية الصحية فى مصر، بما يجعل من الصعب - إن لم يكن من المستحيل - حصر وتبيان الحجم الحقيقى للإنفاق المجتمعى على الرعاية الصحية فى البلاد بدقة، ويؤكد على هذه الحقيقة عدد من الدارسين والباحثين الجادين، فتشير مثلاً د. هبة نصار إلى صعوبة ذلك لثلاثة أسباب:

الأول: عدم دقة البيانات المتوفرة عن الإنفاق الصحى فى مصر.

الثانى: اختلاف أنظمة الحسابات وفقاً لنوعية الممولين (حكومى / خاص / عام / نقابات / عائلى / منح أجنبية وغيرها).

الثالث: عدم وجود نظام واضح لنشر البيانات الخاصة بالخدمات الصحية<sup>(١٦)</sup>.

كما أن هناك مشكلة منهجية إضافية لم ينتبه لها الكثيرون وهى:

هل نحن بصدد الحديث عن الرعاية الصحية بمعناها الشامل أم بالمعنى الضيق الخاص بنفقات وزارة الصحة والجهات التابعة، وأكثرها فى المجال العلاجى دون الوقائى؟

فإذا أخذنا بالمعنى الشامل للمصطلح فينبغى إضافة النفقات التى توجه إلى قطاعات

مثل:

- شبكات الصرف الصحى.

- شبكات المياه النقية.

- هيئات النظافة بالمدن والريف - إن وجدت - على الأقل دون أن نتطرق إلى الإسكان المناسب، وشبكات الكهرباء، وحماية البيئة وغيرها.

في حالتنا واستناداً إلى المعايير الموضوعية، سوف نأخذ «بالمعنى الشامل» للرعاية الصحية.

تعالوا نتأمل معاً تطور الإنفاق الحكومي على الصحة خلال السبعة عقود الماضية.

جدول رقم (٤١)  
عدد السكان وميزانية الدولة ومخصصات الرعاية الصحية لوزارة الصحة  
خلال الفترة من ١٩٣٦ حتى عام ٢٠٠٦

«بالمليون جنيه»

السنوات	عدد السكان بالمليون	ميزانية الدولة بالمليون (١)	ميزانية وزارة الصحة وهيئاتها بالمليون (٢)	٪ (٢): (١)	الباب الثالث (الاستثمارات)	نصيب الفرد من ميزانية وزارة الصحة «بالجنيه»
١٩٣٦	١٥,٨	٤٣,٠	١,٨	٪٤,١	٠,١٢	٠,١
١٩٤٠	١٦,٩	٤٥,٦	١,٩	٪٤,١	٠,٢٢	٠,١
١٩٤٥	١٨,٥	١٠١,٥	٣,٩	٪٣,٨	١,٠	٠,٢
١٩٥٠	٢١,٣	١٩١,٨	٧,١	٪٣,٧	٠,١٠	٠,٣
١٩٥٥	٢٣,١	٢٣٨,٣	٩,٠	٪٣,٨	٠,٣	٠,٤
١٩٦٠	٢٦,١	٣٠١,٠	١٣,٧	٪٤,٦	٠,٣	٠,٥
١٩٦٥	٢٨,٧	٨٥٢,٨	٢١,٣	٪٥,٠	(غير متاح)	١,١
١٩٧٠	٣٣,٠	٢٦١٠,٢	٤١,٥	٪١,٦	١,٣	١,٣
١٩٧٥	٣٧,٠	٦١٣٨,٦	٦٧,٧	٪١,١	٥,٥	١,٨
١٩٨٠	٤٢,٣	٧٧٨٧,٥	١٧٩,٥	٪٢,٣	٢٩,٢	٤,٢
١٩٨٦/٨٥	٤٨,٦	١٦٣٨٦,٧	٤٠٢,٦	٪٢,٥	٤٩,٢	٨,٣
١٩٩٢/١٩٩١	٥٣,٤	٥٥٨٥٩,٢	١١٣٣,٢	٪٢,٠	٣٠٧,٥	٢١,٢
١٩٩٦/٩٥	٥٩,٣	٨١٤٤٩,٨	٣٧٣٤,١	٪٤,٦	٨٢٦,٨	٦٣,٠
٢٠٠١/٢٠٠٠	٦٥,٣	١٣٤٤٠٢,٦	٥٧٤٤,٩	٪٥,١	٤٣٢,٩	٨٧,٩
٢٠٠٦/٢٠٠٥	٧٣,٠	٢١٤٦٧٢,٦	٨٢١٠,٠	٪٣,٨	٠٠٠	١١٤,٥

المصدر: حتى عام ١٩٨٥/١٩٨٦ مصدره، مجلس الشورى، تقرير لجنة الخدمات عن قضية العلاج في مصر، القاهرة، دور الانعقاد العادي السابع، ١٩٨٧، ص ٣٠. أما بعد ذلك فمصدره مجلدات الحساب الختامي للدولة حتى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠، وبعدها مجلدات الموازنة العامة للدولة شاملة استثمارات هيئة التأمين الصحي وبقية الهيئات الاقتصادية.

وينبغي هنا أن نلاحظ:

١- أن تركيب الموازنة العامة للدولة بعد عام ١٩٨١/٨٠ يختلف عما قبلها، بسبب فصل الهيئات الاقتصادية وشركات القطاع العام والمؤسسات أو الهيئات العامة عن بقية الموازنة العامة، وإخراج كمياتها المالية (نفقات أو إيرادات) من هيكل هذه الموازنة العامة وفقاً للقانون رقم ١١ لسنة ١٩٧٩، بتعديل قانون الموازنة العامة رقم (٥٣) لسنة ١٩٧٣ بما يجعل المقارنة بين الفترتين غير دقيقة عملياً؛ لأن بعض الهيئات الاقتصادية ظلت تقدم الخدمات الصحية مثل الهيئة العامة للتأمين الصحي والمؤسسات العلاجية.

٢- كما يظهر أثر العدوان الإسرائيلي على مصر وبقية الدول العربية في الخامس من يونيو عام ١٩٦٧، حيث أخذت المخصصات المالية لقطاع الصحة والتعليم في الانخفاض لصالح نفقات الدفاع والقوات المسلحة، برغم ما يبدو من زيادة في الرقم المطلق للاعتمادات المالية لوزارة الصحة.

فإذا توقفنا عند مصادر تمويل Financing النظام الصحي في مصر، نجدها ستة مصادر رئيسية، هي بالترتيب:

- ١- الحكومة (الموازنة العامة).
- ٢- المرضى أنفسهم (القطاع العائلي) سواء بحصصهم واشتراكاتهم، أو بشرائهم الخدمة الخاصة من جيوبهم.
- ٣- أصحاب المشروعات أو صاحب العمل (حصة ٣٪).
- ٤- النقابات العمالية والمهنية والروابط الاجتماعية.
- ٥- التبرعات والهبات (منظمة الصحة العالمية - منظمة اليونيسيف - أخرى).
- ٦- الغرامات والرسوم المقررة لصالح الصحة (السجائر مثلاً).

ونظراً إلى أن بعض أصحاب الأعمال في المشروعات والمنظمة Formal<sup>(١٧)</sup>\*)، يتلاعبون بحصصهم التأمينية، سواء بتسجيل أجر العامل في استمارة التأمينات بأقل من حقيقتها للتهرب من نسبة (٣٪) المقررة قانوناً، أو بعدم التسجيل الدقيق للعاملين لديهم في قوائم المؤمن عليهم

(\*) يقصد بالمشروع المنظم أو الرسمي Formal الذى يتوافر فيه ثلاثة عناصر: هى وجود تصريح بالنشاط، ولديه سجلات منتظمة بها فيها سجلات العمالة والتأمينات، وأخيراً التسجيل فى سجل تجارى أو صناعى.

أصلاً، فإن حصتهم في تمويل نظام الرعاية الصحية أقل كثيراً، بحيث لا تعد إحدى الروافد المهمة لتمويل الرعاية الصحية في البلاد.

إذن المصدران الرئيسيان لتمويل نظم الرعاية الصحية في مصر هما:

- الحكومة (الموازنة العامة) والدعم المقرر لهيئة التأمين الصحي.

- القطاع العائلي والأفراد.

ووفقاً لدراسة قام بها خبراء البنك الدولي عن القطاع الصحي في مصر عام ١٩٩٦ قدروا أن حجم الإنفاق على الصحة قد زاد من ٤١٦٦ مليون جنيه عام ١٩٩١/٩٠ إلى ٧٥٨٩,٥ مليون جنيه عام ١٩٩٦/٩٥ موزعة على النحو التالي:

جدول رقم (٤٢)

مصادر الإنفاق على الصحة في مصر خلال عامي ١٩٩١/٩٠ و ١٩٩٦/٩٥

«القيمة بالمليون جنيه»

١٩٩٦/٩٥		١٩٩١/٩٠		المصادر
%	القيمة	%	القيمة	
٢٩%	٢١٩٥,٤	٢٩%	١٢٠٨,٠	- الحكومة
١٤,١%	١٠٦٧,١	٨,٩%	٣٧٠,٠	- التأمين الصحي الاجتماعي
٥٥,٠%	٤١١٢,٠	٥٥,٧%	٢٣٢٢,٠	- القطاع العائلي
١,٣%	١٠٠,٠	٢,٠%	٨٠,٠	- الشركات
٠,٠%	٠,٠	٠,٠%	١٨١,٠	- المتبرعون
١,٥%	١٧١,٨	٠,٠%	٠,٠	- المؤسسات العلاجية
١٠٠%	٧٥٨٩,٥	١٠٠%	٤١٦٦	الإجمالي

نقلاً عن «د. هبة نصار»، مرجع سابق، ص ٩.

Source: Des Rochers «Health Care Financing 1996», World Bank

لذا سوف نركز بحثنا على هذين المصدرين، على أن نعالج المصادر الأخرى لاحقاً.

**أولاً: التمويل الحكومي**

يضم القطاع الصحي الحكومي خمسة مكونات أساسية هي:

١- ديوان عام وزارة الصحة والسكان.

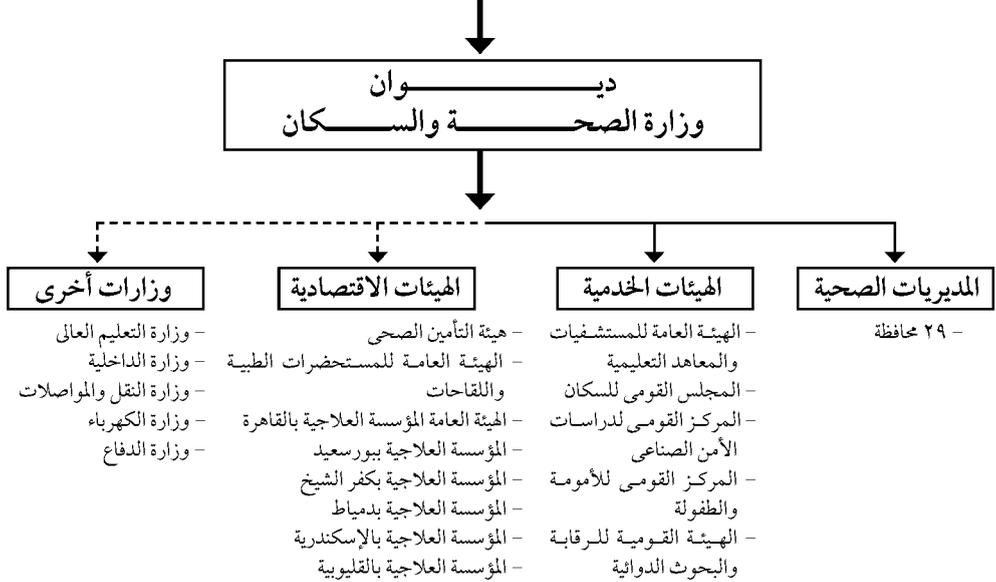
٢- المديرية الصحية بالمحافظات (٢٩ مديرية حالياً) تشرف على عشرات الوحدات الصحية في المدن والريف.

٣- الهيئات الخدمية الصحية وعددها خمس هيئات.

٤- بالإضافة إلى الهيئات الاقتصادية وعددها ٨ هيئات، وهي لا تدرج في الموازنة العامة للدولة منذ عام ١٩٨١ / ٨٠، وإنما تستقل كل منها بموازنة مستقلة، إلا أن وجود علاقة بينها وبين الموازنة العامة للدولة تتمثل في الدعم الذي قد تحصل عليه من الموازنة العامة أو الفائض الذي قد يؤول منها إلى الموازنة العامة للدولة، الأمر الذي يجعلنا نتناولها في عرضنا.

٥- هناك بعض الوزارات التي تشرف أو تتبع لها بعض المستشفيات أو الوحدات الصحية، مثل وزارة التعليم العالى، ووزارة الداخلية، ووزارة الكهرباء، ووزارة النقل والمواصلات، وأخيراً وزارة الدفاع.

مكونات قطاع الصحة في الموازنة العامة والقطاع الحكومى عموماً حتى عام ٢٠٠٨



وباستثناء هذه الوزارات الأخرى التي سنفرد لها مبحثاً مستقلاً، فإن الاعتمادات المالية

المخصصة لوزارة الصحة وهيئاتها قد زادت من ١٨٠٧,٤ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٨٩٠٧,٣ مليون جنيه، ثم انخفضت في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ إلى ٨٣١٩,٩ مليون جنيه كما يظهرها الجدول رقم (٤٣):



ونلفت النظر هنا إلى مجموعة من الملاحظات الأساسية هي:

أولاً: إن البيانات المتاحة من واقع الحساب الختامي - وهي الأكثر دقة وقرباً للواقع - تقف حتى العام المالي ١٩٩٩/٢٠٠٠. أما بقية الأعوام فقد حصلنا عليها من مجلدات الموازنة العامة للدولة، فيما عدا عامي ٢٠٠٥/٢٠٠٦ و ٢٠٠٦/٢٠٠٧ فقد حصلنا عليهما من مجلدات الحساب الختامي أيضاً، وهي كما هو معروف تقديرات ربط للإئفاق قد يجري عليها تغيير أو تعديل بالزيادة أو النقصان، وغالباً ما يكون ذلك في حدود (+، -) ١٠٪ في بعض أبواب الإئفاق.

ثانياً: من الملاحظ كذلك القفزة الكبيرة التي حدثت في مخصصات ديوان عام وزارة الصحة والسكان منذ عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ وتولى «د. إسماعيل سلام» مسئولية هذه الوزارة، بل إنه قد نجح - تحت تأثير نفوذه داخل الوزارة - في ضم مخصصات الباب الثالث (الاستثمارات) الخاصة بمديريات الصحة بالمحافظات إلى مخصصات ديوان عام الوزارة، ليتولى هو وجهازه المعاون توجيه هذه الاستثمارات وفقاً لرؤيته والخطط الموضوعية من جانب الوزير وطاقم معاونيه، خاصة بعد أن بدأ خطة واسعة لإنشاء ما سمي «المراكز الطبية المتخصصة» في بعض المحافظات.

لقد زادت حصة الديوان من ١٣,٦٪ من إجمالي نفقات قطاع الصحة عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٤٠,٧٪ عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ وهي مسألة تحتاج إلى مزيد من التأمل والتحليل.

ثالثاً: كما جرى ضم مخصصات مستشفيات الصحة النفسية إلى موازنة ديوان عام الوزارة منذ عام ٢٠٠٣/٢٠٠٤.

رابعاً: اللافت للنظر كذلك أن المديريات الصحية بالمحافظات، وهي قلب وجوهر الخدمة الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي، قد انخفضت حصتها من نفقات قطاع الصحة واعتماداته المالية من ٤٥,٢٪ عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٢٧,٧٪ عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ نظراً لما سبق وأظهرناه من تولى الوزير وطاقم معاونيه ضم اعتمادات الباب الثالث المخصص للمديريات إلى الديوان العام للوزارة منذ عام ٢٠٠٠/٢٠٠١.

خامساً: أما الهيئات الخدمية الصحية الخمسة فلم تحقق زيادة كبيرة في اعتماداتها ومخصصاتها المالية، وإنما اقتصرت الزيادة على مخصصات الباب الأول (الأجور والمرتبات والمكافآت) وظلت نسبتها تتراوح بين ٤,٩٪ إلى ٣,٢٪ من إجمالي نفقات قطاع الصحة طوال الفترة محل الدراسة.

سادساً: وبالنسبة للهيئات الاقتصادية، وهى وإن كانت لا تدرج فى الموازنة العامة للدولة وإنما تنفصل بموازنات مستقلة منذ عام ١٩٨٠ / ١٩٨١ كما سبق وأشرنا، مثلت ٣٦,٣٪ من إجمالى نفقات قطاع الصحة عام ١٩٩١ / ١٩٩٢، ثم انخفضت عامًا بعد آخر لتصبح ٢٨,٥٪ عام ٢٠٠٤ / ٢٠٠٥ كما يظهرها الجدول التالى:

جدول رقم (٤٤)  
التوزيع النسبى للاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة  
خلال الفترة ١٩٩١ / ١٩٩٢ - ٢٠٠٦ / ٢٠٠٧

السنوات	ديوان عام الوزارة	المديريات الصحية	الهيئات الخدمية	الهيئات الاقتصادية	الإجمالى
١٩٩٢ / ١٩٩١	١٣,٦٪	٤٥,٢٪	٤,٩٪	٣٦,٣٪	١٠٠٪
١٩٩٣ / ١٩٩٢	١٦,٧٪	٣٩,٢٪	٤,٦٪	٣٩,٥٪	١٠٠٪
١٩٩٤ / ١٩٩٣	١٢,٨٪	٣٨,٧٪	٣,٦٪	٤٤,٩٪	١٠٠٪
١٩٩٥ / ١٩٩٤	١١,٧٪	٣٨,٢٪	٥,٠٪	٤٥,١٪	١٠٠٪
١٩٩٦ / ١٩٩٥	٢٠,٥٪	٣٧,٦٪	٥,٠٪	٣٦,٩٪	١٠٠٪
١٩٩٧ / ١٩٩٦	٢٤,٣٪	٣٣,٣٪	٦,٤٪	٣٦,٠٪	١٠٠٪
١٩٩٨ / ١٩٩٧	٢٦,٨٠٪	٣٢,٢٠٪	٥,٧٠٪	٣٥,٤٠٪	١٠٠٪
١٩٩٩ / ١٩٩٨	٢٥,٦٪	٣١,٨٪	٥,٥٪	٣٧,١٪	١٠٠٪
٢٠٠٠ / ١٩٩٩	٢٥,٧٪	٢٥,٢٪	٤,٤٪	٤٤,٧٪	١٠٠٪
٢٠٠١ / ٢٠٠٠	٢٧,٦٪	٣٠,٠٪	٤,٩٪	٣٧,٤٪	١٠٠٪
٢٠٠٢ / ٢٠٠١	٣٣,٣٠٪	٢٦,٣٠٪	٤,١٠٪	٣٦,٣٠٪	١٠٠٪
٢٠٠٣ / ٢٠٠٢	٣٩,١٠٪	٢٤,٧٠٪	٤,٢٠٪	٣٢,٠٠٪	١٠٠٪
٢٠٠٤ / ٢٠٠٣	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	١٠٠٪
٢٠٠٥ / ٢٠٠٤	٤٠,٧٪	٢٧,٧٪	٣,٢٪	٢٨,٥٪	١٠٠٪

المصدر: من واقع تحليل بيانات الجدول السابق.

صحيح أن الهيئات الاقتصادية (وفى مقدمتها الهيئة العامة للتأمين الصحى) تحقق إيرادات تغطى جانبًا كبيرًا من نفقاتها، أى أن الخزنة العامة لا تتحمل أعباء خدماتها، وهو ما ستناوله بالتفصيل بعد قليل، لكن هذا الهيكل المالى يحتاج إلى مراجعة جادة من أجل تقليص حصة الجهاز الإدارى والبيروقراطى ومزاياه فى ديوان عام الوزارة وبقية أذرعه وامتداداته، من أجل توفير جزء أكبر من تمويل الخدمات الصحية للملايين المواطنين الذين هم فى أمس الحاجة إليها.

إذن دعونا نتناول كل فرع من فروع القطاع الحكومى الصحى بشىء من التفصيل:

### (i) ديوان عام وزارة الصحة والسكان

كما سبق وأشرنا فى عدة أبحاث ومؤلفات سابقة، فإن دور وشخصية الوزير أو صاحب السلطة المختصة فى وحدات الجهاز الإدارى للدولة يلعب دورًا محوريًا فى تعزيز أو تقليص مركز وزارته أو وحدته ماليًا\*).

وقد لعبت شخصية الدكتور إسماعيل سلام وزير الصحة المصرية خلال الفترة (١٩٩٦-٢٠٠٣) دورًا أساسيًا فى تعزيز الاعتمادات المالية المخصصة للوزارة ككل، ولديوان عام الوزارة بصورة خاصة، بحيث أصبح ديوان عام الوزارة والطاقتن المعاون للوزير صاحب صلاحيات واسعة فيما يتعلق بموضوعات وقضايا كانت غالبًا ما تترك لبقية قطاعات وزارة الصحة، مثل مديريات الصحة بالمحافظات أو غيرها من الهيئات التابعة للوزارة.

وساهم طموح الوزير وقربه من شخصية نافذة داخل رئاسة الجمهورية فى استحواذه على مخصصات الباب الثالث للمديريات الصحية، وتوجيهها وفقًا لخطته الجديدة بشأن إنشاء مراكز طبية متخصصة (للأورام والعيون والكلى وغيرها) من أجل تخفيف الضغط على المراكز القليلة المتخصصة الموجودة فى العاصمة أو لتوفير فرص العلاج القريب لفئات واسعة من المرضى بالمحافظات والمدن القريبة من القرى والنجوع.

على أية حالة لقد زادت الاعتمادات المالية المخصصة لديوان عام الوزارة عامًا بعد عام من ٢٤٦,٢ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ حتى بلغت عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ حوالى ٣٦٢١,٤ مليون جنيه، وفى عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ تجاوزت ٤,٤٦٤ مليون جنيه كما هو واضح فى الجدول التالى:

---

(\*) فى مارس ٢٠٠٩ صدر قرار جمهورى باستحداث وزارة للأسرة والسكان، وبناء عليه جرى سلخ قطاع السكان ورعاية الأسرة من الهيكل التنظيمى والاختصاص الإدارى لوزارة الصحة ووزيرها.

جدول رقم (٤٥)  
توزيع المخصصات المالية لديوان عام وزارة الصحة خلال الفترة  
من ١٩٩١/١٩٩٢ حتى ٢٠٠٦-٢٠٠٧ وفقاً للأبواب

«بالمليون جنيه»

السنوات	الباب الأول	الباب الثاني	الباب الثالث	الباب الرابع	الإجمالي	٪ للزيادة السنوية
١٩٩٢/١٩٩١	١٣,٨٠	٩٩,٧	١١٠,٦	٢٢,١	٢٤٦,٢	-
١٩٩٣/١٩٩٢	١٤,٩	١٩٢,٠	١٤٨,٦	٢٣,٧	٣٧٨,٨	٥٣,٩٪
١٩٩٤/١٩٩٣	٢٢,٤	١٤٧,٥	١٧٢,٦	١٨,٦	٣٦١,١	(٤,٧)٪
١٩٩٥/١٩٩٤	٢١,٥	١٨٧,٣	١٤٤,٩	١١,٦	٣٦٥,٣	١,٢٪
١٩٩٦/١٩٩٥	٢٧,٢	٣٣٩,١	٣٨٦,١	١٣,٢	٧٦٥,٦	١٠٩,٦٪
١٩٩٧/١٩٩٦	٤٠,٤	٣٥٩,٣	٦٨٨,٦	٥,٣	١٠٩٣,٦	٤٢,٨٪
١٩٩٨/١٩٩٧	٥٣,٣	٤٤٦,٤	٨٩٠,٦	٦٠,٩	١٤٥١,٢	٣٢,٧٪
١٩٩٩/١٩٩٨	٨٤,٤	٥٦٦,٧	٨٢٩,١	٧٣,٩	١٥٥٣,٧	٧,١٪
٢٠٠٠/١٩٩٩	٢١٠,٣	٩٩٩,٩	٩١٤,٣	١٣٣,١	٢٢٥٧,٦	٤٥,٠٪
٢٠٠١/٢٠٠٠	٢٢٢,٢	١٢٣٤,٩	١٢٣,١	٥,١	١٥٨٥,٣٠	(٣٠,٠)٪
٢٠٠٢/٢٠٠١	٢٨٠,٨	١٣٨٦١,١	٧٢٣,١	٤,٦	٢٣٩٤,٦	٥١,١٪
٢٠٠٣/٢٠٠٢	٣٣٥,٥	١٥٤٦,٨	١٤١٤,٠	٦,٥	٣٣٠٢,٨	٣٧,٩٪
٢٠٠٤/٢٠٠٣	٤١٠,٣	١٧٤٠,٦	-	١١,٦	٢١٦٢,٨	(٤٤,٥)٪
٢٠٠٥/٢٠٠٤	٤٥٥,٩	١٧٥٥,١	١٣٨٣,٤	٢٧,٠	٣٦٢١,٤	٦٧,٤٪
٢٠٠٦/٢٠٠٥	٦٩٣,٢	٩٨٨,٢	٧٠٣,٢	٨٨٨,٩	٣٣٧٤,٠	(٦,٨)٪
٢٠٠٧/٢٠٠٦	٨٦٧,٧	١٠٩٤,٣	٩٣١,٨	١٠٩٦,٧	٤٠٦٤,٦	٢٠,٥٪

المصدر: حتى عام ١٩٩٧/٩٦ وزارة المالية، قطاع الحسابات الختامية، ختامي الموازنة العامة لسنوات:

١٩٩٢/١٩٩١ صفحات (١٦٨، ١٧٢، ١٧٠) ١٩٩٢/١٩٩٣ صفحات (٨٤، ١٧٤، ١٨٠) ١٩٩٤/١٩٩٣

صفحات (٨٦، ١٧٦، ١٨٢) ١٩٩٥/١٩٩٤ صفحات (٨٤، ١٧٤، ١٨١) ١٩٩٦/١٩٩٥ صفحات (٨٤، ١٧٤، ١٨١)

١٩٩٧/١٩٩٦ صفحات (٨٤، ١٧٤، ١٨١) ١٩٩٨/١٩٩٧ صفحات (٨٤، ١٧٤، ١٨٣) ٨٤، ١٧٤، ١٨٣ أما بعد

ذلك فمصدره مجلدات الموازنة العامة للدولة لعام ٢٠٠١/٢٠٠٠، صفحات (٨٦، ١٩٢، ٢٠٧) ١٩٩٩/١٩٩٨

صفحات (٨٤، ١٧٦، ١٨٥) ٢٠٠٠/١٩٩٩ صفحات (٨٤، ١٧٤، ١٨٥) وعامى ٢٠٠٦/٢٠٠٥

و٢٠٠٧/٢٠٠٦ فمصدرهما من مجلدات الحساب الختامية صفحات ١٢٥ و١٨٥ على الترتيب.

- الأرقام بين الأقواس سالبة.

فما هو السر وراء هذه الزيادات الكبرى الملحوظة في مخصصات ديوان عام الوزارة؟

يمكننا أن نشير إلى عدة معطيات جديدة طرأت على البنية المالية والإدارية لديوان عام

وزارة الصحة خلال هذه الفترة وهي:

أولاً: في العام المالي (١٩٩٦/٩٥) جرى إعادة ضم ودمج قطاع السكان الذي كان قد انفرد بوزارة مستقلة عام ١٩٩٤ (وزارة السكان والأسرة) بمناسبة استضافة مصر مؤتمر السكان العالمي ذلك العام، وعاد إلى عصمة وزارة الصحة التي أصبحت منذ ذلك التاريخ تسمى «وزارة الصحة والسكان»، ومن ثم فقد أضيفت موازنة قطاع السكان أو وزارة السكان السابقة إلى مخصصات ديوان عام وزارة الصحة والسكان.

ثانياً: وفي العام المالي (١٩٩٩/٩٨) أضيفت الاعتمادات المالية المخصصة للمراكز الطبية المتخصصة التي توسع فيها الوزير «إسماعيل سلام» إلى ديوان عام الوزارة شاملة اعتمادات الباب الثالث (الاستثمارات) المخصصة لهذه الإنشاءات.

ثالثاً: كما جرى ومنذ العام المالي (٢٠٠٣/٢٠٠٤) ضم الاعتمادات المالية المخصصة لمستشفيات الصحة النفسية إلى موازنة ديوان عام الوزارة.

رابعاً: وفي نفس العام (٢٠٠٣/٢٠٠٤) جرى فصل الاعتمادات المالية المخصصة للاستثمارات في المديرية الصحية بالمحافظات (الباب الثالث) إلى اعتمادات الباب الثالث بديوان عام الوزارة ليتولى الوزير والطاقي معاون له، وفقاً للخطة المركزية الموضوعية تنفيذ هذه الاستثمارات، وتحت الإشراف المباشر لديوان عام الوزير.

خامساً: ومنذ موازنة (٢٠٠٥/٢٠٠٦) أعيد تنظيم الموازنة العامة للدولة وفقاً للقانون رقم (٨٧) لسنة ٢٠٠٤، بحيث قسمت أبواب الإنفاق إلى ثمانية أبواب هي:

- الباب الأول: وسمى «الأجور وتعويضات العاملين».
- الباب الثاني: وخصص لـ (شراء السلع والخدمات) واستبعد منها فوائد الديون التي أُفرد لها باب مستقل.
- الباب الثالث: وخصص لـ (فوائد الديون).
- الباب الرابع: وسمى «الدعم والمنح والمزايا الاجتماعية» وأدرج بها مخصصات العلاج على نفقة الدولة، بدلاً من إدراجها في الباب الثاني، كما كان معمولاً بها من قبل.
- الباب الخامس: وسمى «مصرفات أخرى».

- الباب السادس: وسمى «شراء الأصول غير المالية» أى الاستثمارات.

- الباب السابع: وسمى «حيازة الأصول المالية المحلية والأجنبية».

- الباب الثامن: وسمى «سداد القروض المحلية والأجنبية» والتي كانت تدرج في السابق بالباب الرابع.

ربما يمكن القول إن بعض هذه الزيادات موضوعية؛ لوجود متطلبات جديدة وتوسعات جاء بها وزير طموح من ناحية، وبعضها الآخر يرتبط بشخص الوزير نفسه وقدرته على التفاوض داخل بنية صنع القرار المالى داخل الحكومة المصرية (رئيس الوزراء - وزير المالية - رئيس الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة).

ومع ذلك، فإن تحليل بيانات الجدول السابق تدل على حقائق إضافية، لا ينبغي أن نتجاهلها أو نهملها؛ لما لها من دلالات اجتماعية وصحية أبرزها:

١- إن نفقات الباب الأول (الأجور والمرتبات والحوافز والمكافآت وغيرها) لم تكن تزيد عام ١٩٩٢/١٩٩١ عن ٥,٦٪ من إجمالى نفقات ديوان عام وزارة الصحة، فإذا بها تزيد عامًا بعد آخر حتى بلغت عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ حوالى ١٢,٦٪ من إجمالى مخصصات الديوان العام، أما كيف كان يجرى التوزيع فهذا شىء آخر.

٢- أما نفقات الباب الثانى (النفقات الجارية والتحويلات الجارية) والتي تشمل بدورها على مخصصات العلاج على نفقة الدولة، فقد زادت من ٤,٥٪ عام ١٩٩٢/١٩٩١ إلى ٤٨,٥٪ عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، دون أن ينعكس ذلك على تحسن مشتريات المستلزمات الصحية للمستشفيات التى تشرف عليها الوزارة، وهى تزيد عن ٢٧ مستشفى، والمؤكد أن الجزء الأكبر من هذه الزيادة كانت تعود إلى زيادة مخصصات «العلاج على نفقة الدولة فى الداخل والخارج» الذى زاد من ٤٥ مليون جنيه عام ١٩٩٢/١٩٩١ إلى ١٧٦٦ مليون جنيه عام (٢٠٠٥/٢٠٠٦).

٣- أما الاستخدامات الاستثمارية (الباب الثالث) فقد انخفض نصيبه النسبى من ٤٤,٩٪ إلى ٣٨,٢٪ خلال نفس الفترة، برغم الزيادة المطلقة فى حجم المبالغ المخصصة لهذا الباب، كما هو واضح فى الجدول السابق.

٤- أما الباب الرابع (التحويلات الرأسمالية) والتى تتضمن بنود مثل سداد القروض المحلية والأجنبية، وحسابات الصناديق الخاصة، والتبرعات، وتحويلات رأسمالية

أخرى فقد انخفضت من ٩٪ عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ما دون الواحد بالمائة (٠,٨٪) عام (٢٠٠٤/٢٠٠٥).

ويهمنا أن نتوقف تحديداً عند نفقات الباب الأول (الأجور والمرتبات والمكافآت) التي زادت من ١٣,٨ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٤٥٥ر٩ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، فإذا كان عدد العاملين في مستشفيات وزارة الصحة في عام ١٩٩١/١٩٩٢ لا يزيدون عن ١٢٠ ألفاً من أطباء وفنيين وممرضات، زاد عددهم إلى ١٧١ ألفاً عام ٢٠٠٨، فإن متوسط أجر المشتغل زاد من ١١٥,٢ جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى حوالي ٢٢٢ جنيهًا عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ (\*\*).

صحيح أن هناك متوسطاً للزيادات، ولكنها ما زالت دون المستوى المناسب لمعيشة كادر طبي، مطلوب منه التفانى في عمله وخدمته للمرضى بصورة صحيحة وإنسانية، وهو ما يدفعهم دفعاً إلى ممارسات موازية (\*\*).

ويدفعنا ذلك إلى مقارنة هذه النفقات بتطور إيرادات ديوان عام وزارة الصحة خلال نفس الفترة، والتي زادت من ١٣٧ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى أن بلغ ٣,٣٦٧٤ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، ومثلت القروض والتسهيلات الائتمانية التي حصلت عليها الوزارة (الباب الرابع) جزءاً كبيراً؛ مما حمل الوزارة بأعباء خدمة هذه الديون فيما بعد، والجدول التالي يظهر تطور إيرادات ديوان عام وزارة الصحة خلال هذه الفترة.

جدول رقم (٤٦)  
تطور الإيرادات المالية لديوان عام وزارة الصحة والسكان  
خلال الفترة ١٩٩١/١٩٩٢ - ٢٠٠٦/٢٠٠٧

الإجمالي	مصادر الإيرادات				السنوات
	الباب الرابع (القروض والتسهيلات الائتمانية)	الباب الثالث الإيرادات الرأسمالية المتنوعة	الباب الثاني (الإيرادات الجارية)	الباب الأول (الإيرادات السيادية)	
١٣٧,٢	٣٦	٨٩,٦	١١,٦	-	١٩٩٢/١٩٩١
٢٦٢,٦	٣٣,٤	١٣٠,٩	٩٨,٣	-	١٩٩٣/١٩٩٢
١٩٩,٢	٣٨,٢	١٤٤	١٧	-	١٩٩٤/١٩٩٣
١٦٤,٧	٤٥,٣	١٠١,٧	١٧,٧	-	١٩٩٥/١٩٩٤

(\*) بصرف النظر عن التفاوت في المستوى الوظيفي أو العلمي.  
(\*\*) مثل تعافيات الأطباء مع مرضاهم لتقديم الخدمة الطبية والرعاية التأهيلية لهم خارج الوحدة الصحية الحكومية بالعيادات الخاصة، ومثل تقاضى أفراد هيئات التمريض والخدمات المعاونة رشاًوى وإكراميات وهدايا مقابل أدائهم الخدمة بصورة معقولة... إلخ.

٤٥٩,٥	٢٩٩,٩	٩٣,٣	٦٦,٣	-	١٩٩٦/١٩٩٥
٠٠٠	٥٦٧,٢	١٢٢,٣	غير ميين	-	١٩٩٧/١٩٩٦
١٠٢٦	٧٦٢,٩	١٨٥,٦	٧٧,٥	-	١٩٩٨/١٩٩٧
١٠٢٩,٨	٧٩١,٨	١١٤,٦	١٢٣,٤	-	١٩٩٩/١٩٩٨
١٢٢١,٥	٧٣٦,٤	٣٠٨,٢	١٧٦,٩	-	٢٠٠٠/١٩٩٩
٨٥٧,٤	٦٠١,٥	١٢١,٦	١٣٤,٣	-	٢٠٠١/٢٠٠٠
٩٩٩,٤	٦٥١,٥	١١٧	٢٣٠,٩	-	٢٠٠٢/٢٠٠١
١٦٥٥,٥	٨٠٩,٩	٦٠٤	٢٤١,٦	-	٢٠٠٣/٢٠٠٢
٠٠٠	٠٠٠	٠٠٠	٢٦٦,٨	-	٢٠٠٤/٢٠٠٣
١٦٧٤,٣	١١٠٤,٦	٢٧٩	٢٩٠,٧	-	٢٠٠٥/٢٠٠٤
١٢٦٥	٤٧٣	٥٢٥,٤	٢٦٦,٦	-	٢٠٠٦/٢٠٠٥
٢٠١٩	٤٢٤,٩	٥٦٥,٣	٤٨٢,٢	-	٢٠٠٧/٢٠٠٦

المصدر: حتى عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ مجلدات الحساب الختامي للسنوات ١٩٩٢/١٩٩١ صفحات (١٩٤، ٢٢٣) ١٩٩٢/١٩٩٣ صفحات (٢٠٤، ٢٣٣) ١٩٩٣/١٩٩٤ صفحات (٢٠٦، ٢٣٥) ١٩٩٤/١٩٩٥ صفحات (٢٠٦، ٢٣٥) ١٩٩٥/١٩٩٦ - ١٩٩٦/١٩٩٥ - ١٩٩٧/١٩٩٨، ١٩٩٨/١٩٩٧ - ١٩٩٩/١٩٩٨ - ٢٠٠٢/٢٠٠٣ صفحات (٢٣٠، ٢٧٢) ٢٠٠٣/٢٠٠٤، ٢٠٠٤/٢٠٠٥ صفحات (٢٣٠، ٢٧٣). أما عامي ٢٠٠٥/٢٠٠٦ و ٢٠٠٦/٢٠٠٧ فمصدرهما مجلدات الحساب الختامي صفحات (٣١٢) و (٣٣٦) على الترتيب.

### ومن البيان السابق يتبين الآتي:

١- الزيادة الكبيرة التي تحققت لديوان عام وزارة الصحة من إيرادات الباب الثاني (الإيرادات الجارية والتحويلية)؛ حيث زادت من ١١,٠ مليون جنيه عام ١٩٩٢/١٩٩١ إلى أن بلغت ٢٩٠,٧ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، وهذه في جوهرها (رسوم متنوعة) تفرضا وحدات وزارة الصحة على مرضاها، ويتحملها هؤلاء المرضى سواء في صورة رسوم زيارات للعيادات الخارجية، أو في صور رسوم زيارات أسر ذوي المرضى أو غيرها من الخدمات.

٢- وبالمثل، فإن زيادة التوسع في بناء هذه الأصول الطبية قد أدى إلى زيادة الإفراط في التمويل من خلال القروض المحلية من البنوك (غالبًا من بنك الاستثمار القومي وأموال التأمين والمعاشات)؛ حيث زادت هذه القروض من ٣٦ مليون جنيه عام ١٩٩٢/١٩٩١ إلى ١١٠٤,٦ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥.

٣- وأخيرًا، فإن زيادة الإيرادات الرأسمالية المتنوعة (الباب الثالث) هي في معظمها إيرادات تحويلية، وليس بالتمويل الذاتي.

- ٤- وينبغي أن نشير هنا أيضًا إلى حقيقة أنه ومنذ عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦ جرى تغيير تبويب إيرادات الموازنة لتشمل خمسة أبواب، بدلًا من أربعة، وهى:
- الباب الأول: وخصص (للضرائب) بدلًا من تعبير الإيرادات السيادية .
  - الباب الثانى: وسمى «المنح».
  - الباب الثالث: وسمى «إيرادات أخرى».
  - الباب الرابع: وسمى «متحصلات الإقراض ومبيعات الأصول المالية».
  - الباب الخامس: وسمى «الاقتراض وإصدار الأوراق المالية بخلاف الأسهم».

#### (ب) المديرىات الصحية بالمحافظات

يقع على عاتق المديرىات الصحية بالمحافظات العبء الرئيسى فى تقديم الخدمات الصحية، سواء فى شكلها الوقائى أو العلاجى.

فالمديرىات الصحية تشرف على حوالى (٢٣٠) إدارة صحية فى جميع المحافظات، بالإضافة إلى وحدات صحية، سواء فى صورة مستشفيات أو وحدات صحية ريفية أو مجمعات صحية بالريف، بما يكاد يتجاوز ٥٠ ألف وحدة صحية متعددة الأشكال والمستويات، بعضها بأسرة، وبعضها الآخر بدون أسرة.

وبرغم ذلك فیدهش المحلل من انخفاض نصيبها النسبى من إجمالى الإنفاق الحكومى على قطاع الصحة من ٤٥,٢٪ عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى حوالى ٢٧,٧٪ عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥.

صحيح أن هناك زيادة ملحوظة فى حجم الاعتمادات والمخصصات المالية السنوية لهذه المديرىات الصحية فى الموازنة العامة بنحو ثلاثة أضعاف خلال نفس الفترة (من ٨١٧,٤ مليون جنيه إلى ٢٤٦٦,٠ مليون جنيه) إلا أن نصيبها النسبى قد انخفض، كما أشرنا قبل قليل كما يظهرها الجدول التالى:

جدول رقم (٤٧)  
تطور وتوزيع الاعتمادات المالية المخصصة للمديريات الصحية بالمحافظات  
خلال الفترة من ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٢٠٠٦/٢٠٠٧

«بالمليون جنيه»

%	الإجمالي	أبواب الإنفاق				السنوات
		الباب الرابع(*)	الباب الثالث	الباب الثاني	الباب الأول	
-	٨١٧,٤	١٢,١	٩٢,٥	١٩٥,٨	٥١٧,٠	١٩٩٢/١٩٩١
%٨,٧	٨٨٨,٧	١٢,٩	٩٧,٨	١٨٦,٩	٥٩١,١	١٩٩٣/١٩٩٢
%٢٢,٨	١٠٩١,١	١٠,٣	١٨٠,٣	٢١٦,٧	٦٨٣,٨	١٩٩٤/١٩٩٣
%٩,٨	١١٩٨,٣	٩,٦	١٨٤,٥	٢٦٠,٨	٧٤٣,٤	١٩٩٥/١٩٩٤
%١٧,٢	١٤٠٤,٥	١١,٢	٢٧٤,٥	٣٠٨,٨	٨١٠,٠	١٩٩٦/١٩٩٥
%٦,٩	١٥٠١,٦	١٣,٧	٢٤٣,٣	٣٢٧,٨	٩١٦,٨	١٩٩٧/١٩٩٦
%١٦,١	١٧٤٣,٢	٢٩,١	٣٤٦,٨	٣٤٨,٤	١٠١٨,٩	١٩٩٨/١٩٩٧
%١٠,٦	١٩٢٨,١	١٣,٩	٣٧٠,٢	٤٣٣,٦	١١١٠,٤	١٩٩٩/١٩٩٨
%١٤,٧	٢٢١٢,٤	٣٩,٧	٤١٣,٠	٤٩٢,٨	١٢٦٦,٩	٢٠٠٠/١٩٩٩
%(٢٢)	١٧٣١,١	٠,٠٠٢	-	٢٩١,١	١٤٤٠,٠	٢٠٠١/٢٠٠٠
%٩,٣	١٨٩٢,٥	٠,٤	-	٣٠٢,٠	١٥٩٠,١	٢٠٠٢/٢٠٠١
%١٠,٢	٢٠٨٦,٩	٠,٣	-	٣١٤,٢	١٧٤٥,٤	٢٠٠٣/٢٠٠٢
%٩,١	٢٢٧٧,٤	٠,١	-	٣٦١,٦	١٩١٥,٧	٢٠٠٤/٢٠٠٣
%٨,٣	٢٤٦٥,٩	٠,١	-	٣٦١,٦	٢١٠٤,٢	٢٠٠٥/٢٠٠٤
%٥٧,٩	٣٨٩٤,١	٧٦,٧	٦٩٧,٦	٨١٣,٦	٢٣٠٦,٢	٢٠٠٦/٢٠٠٥
%(٤,١)	٣٧٣٧,٦	٢٧,٣	٢٥٦,٤	٨٥٤,٧	٢٥٩٩,٢	٢٠٠٧/٢٠٠٦

المصدر: حتى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ مصدره مجلدات الحساب الختامي للسنوات (١٩٩٢/١٩٩١) صفحات (٢٢٩، ٤٣١، ٤٥١) و(١٩٩٢/١٩٩٣) صفحات (٢٣٩، ٤٤٤، ٤٦٥) و(١٩٩٣/١٩٩٤) صفحات (٢٤١، ٤٤٦، ٤٦٧) و(١٩٩٤/١٩٩٥) صفحات (٢٤١، ٤٦٢، ٤٨٣) و(١٩٩٥/١٩٩٦) صفحات (٢٤١، ٤٦٢، ٤٨٣) و(١٩٩٦/١٩٩٧) صفحات (٢٤١، ٤٦٢، ٤٨٣) و(١٩٩٧/١٩٩٨) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(١٩٩٩/٢٠٠٠) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤) أما بعد ذلك فمصدره مجلدات الموازنة العامة للسنوات ٢٠٠١/٢٠٠٠ و(٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(٢٠٠١/٢٠٠٠) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(٢٠٠٢/٢٠٠١) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(٢٠٠٣/٢٠٠٢) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(٢٠٠٤/٢٠٠٣) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(٢٠٠٥/٢٠٠٤) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(٢٠٠٦/٢٠٠٥) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(٢٠٠٧/٢٠٠٦) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥) و(٢٠٠٨/٢٠٠٧) صفحات (٢٤٣، ٤٦٤، ٤٨٥). أما عامي ٢٠٠٦/٢٠٠٥ و٢٠٠٧/٢٠٠٦ فمصدرهما مجلدات الحساب الختامي صفحات (٤٠٠) و(٤٩٠) على التوالي (\*).

( ) الأرقام بين الأقواس سالبة.

(\*) يتضمن الباب الرابع عادة أربعة بنود هي: سداد القروض المحلية والأجنبية وحسابات الصناديق الخاصة وتحويلات رأسمالية أخرى.

## وتلقت النظر في البيان السابق الملاحظات التالية:

١- إن معظم الزيادة في الاعتمادات المالية للمديريات الصحية بالمحافظات قد تركزت في الباب الأول (الأجور، والمكافآت، والحوافز، وغيرها)؛ بحيث زاد نصيبها من إجمالي مخصصات المديريات الصحية من ٦٣,٢٪ عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٨٥,٣٪ عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، وهذه الزيادة لا بد أن تكون على حساب احتياجات الخدمة الصحية الوقائية أو العلاجية للملايين المرضى المترددين على هذه الوحدات الصحية، مثل الأدوية وكافة المستلزمات الطبية. وهو ما يؤكد ما سبق وتوصلنا إليه من نقل عبء تكاليف العلاج - ولو جزئياً - إلى المرضى أنفسهم، وهو جزء من سياسة الخصخصة التي جرى اتباعها منذ منتصف عقد السبعينيات، وزاد أثرها بعد عام ١٩٩١.

٢- ظلت مخصصات الاستثمارات الصحية بالمديريات (الباب الثالث) متواضعة منذ مطلع التسعينيات، ثم أخذت في التزايد بشكل ملحوظ منذ عام ١٩٩٥/١٩٩٦، واستمر هكذا حتى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠، ثم فجأة اختفى هذا المخصص المالى من المديريات تماماً، وانتقل إلى ديوان عام وزارة الصحة والسكان بعد ذلك العام. وقد ظلت هذه الاستثمارات لا تشكل سوى ١١,٣٪ من إجمالي الاعتمادات المالية للمديريات عام ١٩٩١/١٩٩٢ حتى وصلت إلى ١٨,٧٪ عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ حتى جرى نقله إلى الديوان العام للوزارة كما أشرنا قبل قليل.

وبالمقابل فإن الإيرادات الجارية المتحققة للمديريات الصحية بالمحافظات ظلت متدنية لم تزد كثيراً عن ١٠ ملايين جنيه في معظم السنوات باستثناء عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ الذى قفزت فيه الإيرادات الجارية لهذه المديريات إلى ٢١٧,٨ مليون جنيه كما يظهرها الجدول التالى:

### جدول رقم (٤٨)

تطور الإيرادات الجارية التحويلية للمديريات الصحية بالمحافظات  
خلال الفترة ١٩٩١/١٩٩٢ - ٢٠٠٤/٢٠٠٥

«بالمليون»

السنوات	الإيرادات	السنوات	الإيرادات
١٩٩٢/١٩٩١	٦,١	١٩٩٩/١٩٩٨	٩,٩
١٩٩٣/١٩٩٢	٤,٨	٢٠٠٠/١٩٩٩	٢١٧,٨
١٩٩٤/١٩٩٣	٥,٩	٢٠٠١/٢٠٠٠	١١,٥

١٣,٩	٢٠٠٢/٢٠٠١	٨	١٩٩٥/١٩٩٤
١٦	٢٠٠٣/٢٠٠٢	١٠,٤	١٩٩٦/١٩٩٥
غير متوافر	٢٠٠٤/٢٠٠٣	١٠,٣	١٩٩٧/١٩٩٦
٠٠	٢٠٠٥/٢٠٠٤	-	١٩٩٨/١٩٩٧

المصدر: وزارة المالية، قطاع الحسابات الختامية، حساب ختامي الموازنة العامة للسنوات: ١٩٩٢/١٩٩١ ص (٤٧٥) - ١٩٩٣/١٩٩٢ ص (٤٨٩) - ١٩٩٤/١٩٩٣ ص (٤٩١) - ١٩٩٥/١٩٩٤ ص ١٣ - ١٩٩٥/١٩٩٦ ص (٥٠٦) - ١٩٩٦/١٩٩٥ ص (٥٠٧) - ١٩٩٧/١٩٩٦ ص (٥٠٧) - ١٩٩٨/١٩٩٧ ص (٥٠٧) - ١٩٩٩/٢٠٠٠ ص (٥٠٧). أما بعد ذلك فمصدرها مجلدات الموازنة العامة للسنوات ٢٠٠١/٢٠٠٢ - ٢٠٠٢/٢٠٠٣ - ٢٠٠٣/٢٠٠٤ - ٢٠٠٤/٢٠٠٥.

### (ج) الهيئات الصحية الخدمية

يتكون هذا القطاع من خمس هيئات عامة خدمية، هي:

١- الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية.

٢- المجلس القومي للسكان.

٣- المركز القومي لدراسات الأمن الصناعي.

٤- المجلس القومي للأمومة والطفولة.

ثم أضيف إليها منذ العام المالي ١٩٩٥/٩٤ هيئة أخرى هي:

٥- هيئة الرقابة والبحوث الدوائية التي كانت تابعة فيما مضى للهيئات الاقتصادية.

وقد زادت الاعتمادات المالية المخصصة لهذه الهيئات من ٨٧,٧ مليون جنيه عام ١٩٩٢/١٩٩١ إلى ٤١٢,٨ مليون جنيه عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧، مثلت فيها هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية حوالى ٧٠٪ إلى ٨٠٪ فى المتوسط من إجمالى هذه الاعتمادات طوال هذه الفترة كما يظهرها البيان التالى (\*):

(\*): عدد المستشفيات التعليمية تسعة هي: (أحمد ماهر التعليمى / الساحل التعليمى / دمنهور التعليمى / سوهاج التعليمى / المطرية التعليمى / الجلاء التعليمى / بنها التعليمى / شبين الكوم التعليمى / أسوان التعليمى). أما المعاهد التعليمية فهي تسعة معاهد هي: (معهد السكر / معهد الأغذية / معهد أبحاث طب المناطق الحارة / معهد بحوث الحشرات / معهد السمع والكلام / معهد شلل الأطفال / معهد جراحة القلب والصدر / معهد بحوث الرمد ومعهد الحركى العصبى).

جدول رقم (٤٩)  
تطور الاعتمادات المالية للهيئات الخدمية الصحية  
خلال الفترة ١٩٩١/١٩٩٢ - ٢٠٠٦/٢٠٠٧

«بالمليون جنيه»

السنوات	هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية	المجلس القومي لدراسات الأمن الصناعي	المجلس القومي للأمومة والطفولة	هيئة الرقابة والبحوث الدوائية	الإجمالي
١٩٩٢/١٩٩١	٧٨,٦	٦,١	١,٢	١,٨	٨٧,٧
١٩٩٣/١٩٩٢	٧٨,١	٢٢,٧	١,٤٤	٢,٣	١٠٤,٥
١٩٩٤/١٩٩٣	٨٩,٨	٧,٢	١,٧	٣,٠	١٠١,٧
١٩٩٥/١٩٩٤	١١٨,٣	٢٦,٦	١,٧	٦,٤	١٥٥,٨
١٩٩٦/١٩٩٥	١٥٧,٠	١٢,٩	١,٤	٩,٥	١٨٧,٤
١٩٩٧/١٩٩٦	٢٥٦,٧	١٠,٦	١,٥	١٢,١	٢٨٨,٨
١٩٩٨/١٩٩٧	٢٦٤,٧	١٢,٢	١,٧	١٨,٢	٣٠٧,٠
١٩٩٩/١٩٩٨	٢٩٦,٢	١٠,٩	١,٨	١٢,٦	٣٣١,٨
٢٠٠٠/١٩٩٩	٣٤٧,٤	٩,٩	٢,٠	١٧,٤	٣٨٨,٠
٢٠٠١/٢٠٠٠	٢٢٥,٨	٢٦,١	٢,٢	١٨,٠	٢٨٢,٦
٢٠٠٢/٢٠٠١	٢٤٢,٠	١٦,٩	٢,٤	١٩,٨	٢٩١,٩
٢٠٠٣/٢٠٠٢	٢٦٥,٠	١٧,٢	٢,٦	٢١,٩	٣٥٠,٣
٢٠٠٤/٢٠٠٣	-	-	-	-	-
٢٠٠٥/٢٠٠٤	١٩٤,٨	١٧,٣	٢,٧	٢٤,٨	٢٨١,٦
٢٠٠٦/٢٠٠٥	٤٧٠,٩	غير متاح	غير متاح	٣٥,١	٥٥٣,٧
٢٠٠٧/٢٠٠٦	٤١٢,٨	-	-	٤١,٩	٥١٧,٧

المصدر: حتى عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ مصدرها وزارة المالية، قطاع الحسابات الختامية، ختامى الموازنة العامة لسنوات ١٩٩٢/١٩٩١ صفحات (٥٧٧،٥٦٦،٥٠٢) ١٩٩٣/١٩٩٢ صفحات (٥٦٥،٥٥٤،٤٨٨). ١٩٩٤/١٩٩٣ صفحات (٥٠٤،٥٦٨،٥٧٩) ١٩٩٥/١٩٩٤ (٦٠٢،٦١٣،٦٠٨) ١٩٩٦/١٩٩٥ (٦٠٩،٥٩٨،٦٠٩) ١٩٩٧/١٩٩٦ صفحات (٥٢٠،٦٠٢،٦١٣) ١٩٩٨/١٩٩٧ - ١٩٩٩/١٩٩٨ صفحات (٢٤٢،٦٠٦،٦١٨) ٢٠٠٠/١٩٩٩ صفحات (٥٢٤،٦٠٦،٦١٨). أما بعد ذلك فمصدرها مجلدات الموازنة العامة للدولة للسنوات ٢٠٠١/٢٠٠٠ صفحات (٥٠٥،٥٨٠،٥٨١) ٢٠٠٢/٢٠٠١ - ٢٠٠٣/٢٠٠٢ صفحات (٥٠٥،٥٨٠،٥٩٩) ٢٠٠٤/٢٠٠٣ - ٢٠٠٥/٢٠٠٤.

لقد زادت نفقات هذه الهيئات الخدمية الصحية بحوالى ثلاثة أضعاف خلال هذه الفترة، ولكن نظراً للأهمية الخاصة والوزن النسبي الأكبر الذى تشكله هذه المستشفيات والمعاهد التعليمية من جهة، وهيئة الرقابة والبحوث الدوائية من جهة أخرى، سواءً من الناحية الصحية أو من ناحية المستفيدين من خدماتها، فسوف نفرّد لكل منهما مكاناً مستقلاً في تحليلنا.

## أولاً: الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية

يتبع لهذه الهيئة ٩ مستشفيات تضم حوالى ٥٥٣٥ سريرًا، وكذلك ٩ معاهد تعليمية تقدم خدماتها لقطاع واسع من المرضى والمستفيدين، وقد زادت مخصصات هذه الهيئة ونفقاتها من ٧٨,٦ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٤١٢,٨ مليون جنيه عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ كما يظهرها الجدول التالى:

### جدول رقم (٥٠)

تطور مخصصات هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية  
خلال الفترة ١٩٩١/١٩٩٢ - ٢٠٠٦/٢٠٠٧ موزعة بحسب أبواب الإنفاق  
«بالمليون جنيه»

السنوات	أبواب الإنفاق				الإجمالى	٪ للزيادة السنوية
	الباب الأول	الباب الثانى	الباب الثالث	الباب الرابع		
١٩٩٢/١٩٩١	٢٤,٥	٢٤,٥	٢٧,١	٢,٥	٧٨,٦	-
١٩٩٣/١٩٩٢	٢٩,٤	٢٢,٨	٢٤,٠	١,٩	٧٨,١	(٠,٦)٪
١٩٩٤/١٩٩٣	٣٤,١	٢٩,٦	٢٥,٢	٠,٩	٨٩,٨	١٥,٠٪
١٩٩٥/١٩٩٤	٣٨,٩	٣٠,٥	٤٧,٩	١,٠	١١٨,٣	٣١,٧٪
١٩٩٦/١٩٩٥	٤٥,٩	٣٧,١	٧١,٨	٢,٢	١٥٧,٠	٣٢,٧٪
١٩٩٧/١٩٩٦	٥٥,٦	٥٠,٨	١٣٤,١	١٦,٢	٢٥٦,٧	٦٣,٥٪
١٩٩٨/١٩٩٧	٦١,٧	٥١,٨	١٤٨,٨	٢,٥	٢٦٤,٨	٣,٢٠٪
١٩٩٩/١٩٩٨	٧٢,٩	٥٣,٢	١٤٩,٨	٢٠,٣	٢٩٦,٢	١١,٩٠٪
٢٠٠٠/١٩٩٩	٩٠,٦	٨٥,٣	١٥١,٠	٢٠,٥	٣٤٧,٤	١٧,٣٪
٢٠٠١/٢٠٠٠	٧٣,٦	٤٨,٩	١٠٣,١	٠,٢	٢٢٥,٨	-٣٥٪
٢٠٠٢/٢٠٠١	٧٩,٦	٤٨,٨	١١٣,٦	-	٢٤٢	٧,٢٠٪
٢٠٠٣/٢٠٠٢	٨٦,١	٥١,٨	١٢٧,١	-	٢٦٥	٩,٥٠٪
٢٠٠٤/٢٠٠٣	-	-	-	-	-	-
٢٠٠٥/٢٠٠٤	٩٤,٧	٢٥,٦	٧٤,٥	-	١٩٤,٨	-
٢٠٠٦/٢٠٠٥	١٧٠,٤	١٦١,٨	١١٧,٣	٢١,٤	٤٧٠,٩	١٤١,٧٠٪
٢٠٠٧/٢٠٠٦	١٨٣,٧	١٦١,٦	٦٤,٢	٣,٣	٤١٢,٨	-١٢,٣٠٪

المصدر: حتى عام ٢٠٠٠/١٩٩٩ مصدرها مجلدات الحساب الختامى للموازنة العامة للسنوات ١٩٩٢/١٩٩١ صفحات (٤٨٨، ٥٥٤، ٥٦٥) - ١٩٩٣/١٩٩٩ صفحات (٥٦٦، ٥٧٧) ١٩٩٤/١٩٩٣ صفحات (٥٠٤، ٥٦٨، ٥٧٩) ١٩٩٥/١٩٩٤ صفحات (٥٢٦، ٦٠٨، ٦١٩) - ١٩٩٦/١٩٩٥ صفحات (٥١٨، ٥٩٨، ٦٠٩) ١٩٩٧/١٩٩٦ - ١٩٩٨/١٩٩٧ - ٢٠٠٠/١٩٩٩ / ٢٠٠٠/٢٠٠١. أما بعد ذلك فمصدرها مجلدات الموازنة العامة للدولة للسنوات ٢٠٠١/٢٠٠٠ صفحات (٥٠٥، ٥٨٠، ٥٩٢) ٢٠٠٥/٢٠٠٤ صفحات (٥٢٤، ٦٠٦، ٦١٨). أما عام ٢٠٠٦/٢٠٠٥ فمصدرها مجلدات الحساب الختامى صفحات (٨٨٨ و ٩١٢ و ٩١٣) على الترتيب.  
\* ( ) الأرقام بين الأقواس سالبة.

ونستخلص من الجدول السابق الملاحظات التالية:

١- إن هذه الزيادة ومنذ عام ١٩٩٦/٩٥ قد تركزت في الباب الثالث (الاستثمارات) بسبب عمليات التطوير التي جرت على عدد من هذه المستشفيات والمعاهد التعليمية، حيث زادت الاستثمارات من ٢٧,١ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ١٥١ مليون جنيه عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ ثم أخذت بعد ذلك في الانخفاض التدريجي حتى وصلت إلى ٨٠ مليون جنيه في عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧.

٢- وقد أدى ذلك إلى زيادة عدد الأسرة بهذه المستشفيات من ٤٥١٠ أسرة عام ١٩٩٥ إلى ٥٣٧٠ سريرًا عام ٢٠٠٦، ثم إلى ٥٥٣٥ سريرًا في مطلع عام ٢٠٠٨ (أى نسبة زيادة تقدر بنحو ٢٢,٧٪ خلال الفترة كلها، أى بواقع ١,٨٪ سنويًا)

٣- كما تحسنت التجهيزات الطبية في هذه المستشفيات والمعاهد التعليمية (أجهزة أشعة - معامل تحليل - أجهزة تشخيصية وغيرها).

٤- ونحن لا نتفق مع بعض الدراسين حينما يحاولون تقدير حجم الإنفاق على السرير العلاجى في هذه المستشفيات منسوبيًا بقيمة الموازنة السنوية لهذه الهيئة أو تلك؛ أو حينما يستمدون معرفتهم بالموازنات السنوية للهيئات الصحية من واقع ما يسمى «الموازنات التقديرية» تمامًا كما فعل «د. سمير فياض»؛ حيث أشار في صفحة ٣٩٦ إلى الموازنات التقديرية للهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية طوال السنوات من ١٩٨٨/١٩٨٩ حتى عام ١٩٩٧/١٩٩٨ (كسنوات مختارة) حيث جاءت أرقامها مختلفة تمامًا مع النتائج النهائية للحساب الختامى لهذه الهيئة من ناحية، ومع النتائج التى توصل إليها بشأن متوسط الإنفاق على السرير الواحد في هذه الهيئة من ناحية أخرى.

وبالمقابل، فإذا تأملنا إيرادات هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية خلال نفس الفترة، نجدها قد زادت من ٥, ٤٥ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ حتى تجاوزت ١٦٣ مليون جنيه عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣، واستمرت في الزيادة بعد ذلك كما يظهرها الجدول التالى:

جدول رقم (٥١)  
تطور إيرادات الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية  
خلال الفترة ١٩٩١/١٩٩٢ - ٢٠٠٦/٢٠٠٧

«بالمليون جنيه»

السنوات	الباب الأول (الإيرادات السيادية)	الباب الثاني (الإيرادات الجارية بدون عجز)	الباب الثالث (الإيرادات الرأسمالية المتنوعة)	الباب الرابع (القروض والتسهيلات الائتمانية)	الجملة
١٩٩٢/١٩٩١	-	٨,٣٣	١٠,٢	١٦,٩	٤٥,٤
١٩٩٣/١٩٩٢	-	١٣,٢	٩,٧	١٦,١	٣٩,٠
١٩٩٤/١٩٩٣	-	١٥,٩	٠,٩	٢٤,٣	٤١,١
١٩٩٥/١٩٩٤	-	١٧,٢	٤,٠	٤٤,٠	٦٥,٢
١٩٩٦/١٩٩٥	-	٢١,٧	١٤,١	٥٩,٩	٩٥,٧
١٩٩٧/١٩٩٦	-	٣٣,٤	١٢,٠	١٢٢,٢	١٦٧,٦
١٩٩٨/١٩٩٧	-	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
١٩٩٩/١٩٩٨	-	٤٧,٣	٢٠,٠	١٥٠,١	٢١٧,٤
٢٠٠٠/١٩٩٩	-	٧٦,٦	١٤,٤	١٥٧,١	٢٤٨,١
٢٠٠١/٢٠٠٠	-	٣٦,٠	٢,١	١٠١,٠	١٣٩,١
٢٠٠٢/٢٠٠١	-	٣٦,٠	٣,٠	١١٠,٥	١٤٩,٥
٢٠٠٣/٢٠٠٢	-	٣٦,٠	٣,٠	١٢٤,٠	١٦٣,٠
٢٠٠٤/٢٠٠٣	-	٣٦,٥	(...)	(...)	(...)
٢٠٠٥/٢٠٠٤	-	٣٦,٥	(...)	(...)	٢٧٩,٦
٢٠٠٦/٢٠٠٥	-	(...)	(...)	(...)	٢٢٥,٨
٢٠٠٧/٢٠٠٦	-	(...)	(...)	(...)	(...)

المصدر: حتى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ مصدرها مجلدات الحساب الختامي للسنوات ١٩٩٢/١٩٩١ صفحات (٥٧٧)،  
١٩٩٣/١٩٩٢ - (٥٥٤) - ١٩٩٣/١٩٩٢ صفحات (٥٨٩، ٦٠٦) - ١٩٩٤/١٩٩٣ صفحات (٥٩١، ٥٦٨) - ١٩٩٥/١٩٩٤  
صفحات (٦٣١، ٦٠٨) - ١٩٩٥/١٩٩٦ صفحات (٦٢١، ٦٤١، ٦٤٠) - ١٩٩٦/١٩٩٧ صفحات (٦٢٥)،  
١٩٩٧/١٩٩٨ / ١٩٩٨/١٩٩٧ صفحات (٦٣١، ٦٥١) - ١٩٩٩/٢٠٠٠ صفحات (٦٣١)،  
٢٠٠١/٢٠٠٠ - (٦٥١) أما بعد ذلك فمصدرها مجلدات الموازنة العامة للدولة للسنوات ٢٠٠١/٢٠٠٠ صفحات (٦٠٦)،  
٢٠٠٢/٢٠٠١ - (٥٨١) - ٢٠٠٢/٢٠٠١ صفحات (٦٠٦، ٥٨١) - ٢٠٠٣/٢٠٠٢ صفحات (٦٠٦، ٥٨٠) - ٢٠٠٤/٢٠٠٣  
ص (٦٠٦). أما عامي ٢٠٠٥/٢٠٠٦ و ٢٠٠٦/٢٠٠٧ فمصدرهما مجلدات الحساب الختامي صفحات (٩٩٨)  
و (١١١٠) على الترتيب.  
(...) بيانات غير متاحة.

وكما يتضح من الجدول السابق فإن جزءاً كبيراً من إيرادات هيئة المستشفيات والمعاهد

التعليمية تتأتى من القروض المحلية؛ حيث تشكل في المتوسط ما بين ٢، ٣٧٪ عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٧٦٪ عام ٢٠٠٣/٢٠٠٤، وهو وضع غير سليم من الناحيتين المالية والإدارية، حتى لو كانت هذه القروض تأتي من الاستثمار القومي، وبأسعار فائدة أقل من مثلتها في السوق المصرفية المحلية.

### ثانياً: الهيئة العامة للرقابة والبحوث الدوائية

تمثل الهيئة العامة للرقابة والبحوث الدوائية، المركز الثاني من حيث الأهمية الاقتصادية والعلمية في قطاع الهيئات الخدمية الصحية.

وقد تعرضت هذه الهيئة العلمية الفريدة التي أنشئت منذ عام ١٩٥٨ إلى عواصف وتقلبات حادة خلال السنوات الخمس عشرة الأخيرة، فمن ناحية جرى نقل تبعيتها من كونها «هيئة اقتصادية» تعمل وفقاً لمتطلبات واحتياجات قطاع دوائي اتسع نشاطه بصورة كبيرة منذ منتصف السبعينيات، وفتح سوق الدواء المصرى للشركات الأجنبية واحتاج إلى تشديد عنصر الرقابة الدوائية إلى هيئة خدمية منذ العام المالى ١٩٩٥/٩٤.

كما جرت محاولات لتقليص دورها البحثى والرقابى بصورة ممنهجة<sup>(١٨)</sup> في إطار برنامج حكومى معلن، يهدف إلى خصخصة كاملة لقطاع الصحة عموماً، والقطاع الدوائى خصوصاً.

وهذه الهيئة التى يعمل بها حوالى ١٣٠٠ باحث وإدارى، ويخضعون لقانون الجامعات رقم ٤٩ لسنة ١٩٧٢، تقوم بأدوار حيوية في فحص مدى فاعلية الأدوية المعروضة على المستهلكين والمرضى في مصر؛ ويكفى أن نشير إلى أن هذه الهيئة تستقبل سنوياً حوالى ٢٥ ألف عينة دوائية لفحصها، وقد أجرت اختبارات عام ١٩٩٥ على حوالى ٢٣ ألف عينة<sup>(١٩)</sup>.

وتقوم بعض شركات الدواء العاملة في مصر بإعادة تسجيل العقارات نفسها؛ بهدف رفع سعرها. وفي عامى ١٩٩٣ و ١٩٩٤ تم إعادة تسجيل ١٠٨٨ عقاراً بما يعادل ٤٨٪ من حجم المبيعات ذلك العام، بما يؤدي فعلياً إلى رفع أسعار الأدوية المتداولة في السوق المصرية<sup>(٢٠)</sup>.

وقد جرت الخطوة الأولى بفصل الهيئة إلى هيئتين مستقلتين:

الأولى: هيئة الرقابة والبحوث الدوائية.

الثانية: الهيئة العامة للمستحضرات الطبية واللقاحات.

والآن يجري تقليص دور هيئة الرقابة والبحوث الدوائية، ونقلها إلى قطاع الهيئات الخدمية،  
تمهيداً لخصصتها ونقل دور الرقابة والفحص إلى معامل وشركات أدوية خاصة!!

جدول رقم (٥٢)

تطور مخصصات هيئة الرقابة والبحوث الدوائية  
موزعة بحسب أبواب الإنفاق خلال الفترة من ١٩٩١/١٩٩٢ - ٢٠٠٦/٢٠٠٧  
«بالمليون جنية»

الإجمالي	أبواب الإنفاق				السنوات
	الباب الرابع	الباب الثالث	الباب الثاني	الباب أول	
٨,١	٠,٦	١,٤	٢,٩	٣,٢	١٩٩٢/١٩٩١
١١,٥	٥,٤	٠,٦	٢,١	٣,٤	١٩٩٣/١٩٩٢
-	-	-	-	-	١٩٩٤/١٩٩٣
٦,٤	-	٠,٤	٠,٩	٥,١	١٩٩٥/١٩٩٤
٩,٥	-	١,١	٢,٣	٦,١	١٩٩٦/١٩٩٥
١٢,١	-	٣,٦	١,٦	٦,٩	١٩٩٧/١٩٩٦
-	-	-	٥,٠	٧,٧	١٩٩٨/١٩٩٧
١٢,٦	-	٠,٥	٣,٢	٨,٩	١٩٩٩/١٩٩٨
١٧,٤	-	٤,٥	٢,٢	١٠,٧	٢٠٠٠/١٩٩٩
١٨,٠	-	٤,٥	٣,٥	١٠,٠	٢٠٠١/٢٠٠٠
١٩,٨	-	٥,٠	٢,٩	١١,٩	٢٠٠٢/٢٠٠١
٢١,٩	-	٦,٠	٢,٩	١٣,٠	٢٠٠٣/٢٠٠٢
-	-	-	٣,٥	١٤,٤	٢٠٠٤/٢٠٠٣
٢٤,٨	-	٦,٢	٣,٥	١٥,١	٢٠٠٥/٢٠٠٤
					٢٠٠٦/٢٠٠٥
					٢٠٠٧/٢٠٠٦

المصدر: حتى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ مصدرها مجلدات الحساب الختامي للسنوات ١٩٩٢/١٩٩١ - ١٩٩٣/١٩٩٢ - ١٩٩٤/١٩٩٣ - ١٩٩٥/١٩٩٤ - ١٩٩٦/١٩٩٥ (٦١٩، ٦٠٨، ٥٢٦) صفحات ١٩٩٦/١٩٩٥ صفحات (٥١٨، ٥٩٨، ٦٠٩) ١٩٩٧/١٩٩٦ صفحات (٥٢٠، ٦٠٢، ٦١٣). أما بعد ذلك فمصدرها مجلدات الموازنة العامة للدولة للسنوات ١٩٩٧/١٩٩٦ - ١٩٩٨/١٩٩٧ - ١٩٩٩/١٩٩٨ - ٢٠٠٠/١٩٩٩ - ٢٠٠١/٢٠٠٠ - ٢٠٠٢/٢٠٠١ - ٢٠٠٣/٢٠٠٢ - ٢٠٠٤/٢٠٠٣ - ٢٠٠٥/٢٠٠٤ - ٢٠٠٦/٢٠٠٥ (٥٠٥، ٥٨٠).

ويظهر من تحليل الجدول السابق الآتى:

١- إن زيادة نفقات هذه الهيئة من ١, ٨ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٨, ٢٤ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ (أى ثلاثة أضعاف تقريباً خلال ثلاثة عشر عاماً) قد تركز معظمه فى الأجور والمرتبات التى شكلت حوالى ٤٠٪ إلى ٦٠٪ سنوياً، بينما ظل الباب الثانى الخاص بنفقات التشغيل من مستلزمات أبحاث وفحص معملى للأدوية ينخفض نسبته من ٣٦٪ عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ١٤, ١٪ عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥

٢- زيادة مخصصات الباب الثالث (الاستثمارات) كانت ترتبط بحركة إنشاءات لمباني جديدة للهيئة وتأثيرها، وتجهيز بعض المعامل، وإن ظل هذا المخصص المالى يتراوح هبوطاً وصعوداً دون اتجاه ثابت أو مستقر.

#### (د) الهيئات الاقتصادية الصحية

برغم أن الهيئات الاقتصادية لا تدرج فى بيانات الموازنة العامة للدولة كما سبق وأشرنا منذ عام ٨٠ / ١٩٨١، وإنما تستقل كل منها بموازنة مستقلة خاصة بها؛ فإن استكمال صورة النفقات العامة تستدعى تناوؤها، وتحديد وزن وأهمية دورها فى مجال الرعاية الصحية فى البلاد.

ويتكون هذا القطاع من ثمانى هيئات اقتصادية - بعد أن جرى نقل هيئة البحوث والرقابة الدوائية إلى قطاع الهيئات الخدمية منذ العام المالى ١٩٩٤/١٩٩٥ - وهذه الهيئات هى:

١- الهيئة العامة للتأمين الصحى (والتي تمثل ٨٥٪ إلى ٩٠٪ من إجمالى نفقات هذه الهيئات الاقتصادية مجتمعة).

٢- الهيئة العامة للمستحضرات الطبية واللقاحات.

٣- الهيئة العامة للمؤسسة العلاجية بمحافظة القاهرة.

٤- الهيئة العامة للمؤسسة العلاجية بمحافظة الإسكندرية.

٥- الهيئة العامة للمؤسسة العلاجية بمحافظة القليوبية.

٦- الهيئة العامة للمؤسسة العلاجية بمحافظة بورسعيد.

٧- الهيئة العامة للمؤسسة العلاجية بمحافظة كفر الشيخ.

٨- الهيئة العامة للمؤسسة العلاجية بمحافظة دمياط.

وقد زادت نفقات هذه الهيئات من حوالى ١, ٦٥٦ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٤, ٢٥٣٨ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ كما يظهرها الجدول التالى:

طول رقم (53) تطور الاحتياطيات للأية المخصصة للبيانات الاقتصادية لقطاع الصحة للفترة من 1991/1992 - 2007/2008  
 في الليرة السورية

الإجمالي	البيانات الاقتصادية - في الليرة السورية						الاحتياطيات للبيانات الاقتصادية	البيانات الاقتصادية للبيانات الاقتصادية	البيانات الاقتصادية للبيانات الاقتصادية	البيانات الاقتصادية للبيانات الاقتصادية	البيانات الاقتصادية للبيانات الاقتصادية	البيانات الاقتصادية للبيانات الاقتصادية
	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع						
101	0,0	1,4	0,7	0,7	118,7	8,1						1997/1998
87,7	1,7	0,8	0,9	0,9	109,4	11,0						1997/1998
1710,9	1,7	7	7	4,3	1,122							1998/1999
1417,1	7,1	8	1	0,3	7,98							1998/1999
1371,1	8,1	0	0	9,3	7,89							1999/2000
1171,8	7,4	0,8	1,7	7,7	97,8							1999/2000
-	-	-	-	-	-							2000/2001
7747,7	7,1	0,9	1,7	18,1	114,4							2000/2001
7084,7	17,7	1,7	4,1	0,8	93,4							2001/2002
7141,1	7,8	1,7	1,1	7,7	11,7							2001/2002
7100,9			4,8	0,3	94,1							2002/2003
7700,9			1,9	1,1	119,7							2002/2003
-			-	-	-							2003/2004
7078,4			1,8	1,7	114,9							2003/2004
-			-	-	-							2004/2005
-			-	-	-							2005/2006
-			-	-	-							2006/2007

وكما هو واضح فإن نفقات الهيئة العامة للتأمين الصحى، تمثل الثقل الرئيسى فى هذا القطاع، حيث زادت نفقاتها من ٤٤٧,٤ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٢٤٠٥,٠ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، وهى فى مجملها تكاد تمثل ٩٠٪ من إجمالى نفقات الهيئات الاقتصادية الصحية فى البلاد، ومن هنا تأتى أهمية أفراد جزء خاص من بحثنا لدراسة هذه الهيئة، من حيث تطورها ودورها وحجم المستفيدين من خدماتها وطبيعتهم الاجتماعية، وقدر الفائض أو العجز فى مواردها، وأخيرًا تلك الضجة الواسعة التى عصفت بالمجتمع المصرى كله خلال السنوات الثلاثة الماضية ومنذ صدور قرار رئيس الوزراء رقم (٦٠٩) لسنة ٢٠٠٦ القاضى بتحويلها إلى شركة قابضة، تمهيدًا لخصخصتها، وطرح مستشفياتها ووحداتها التابعة لها للبيع.

### نشأة وتطور وأزمة هيئة التأمين الصحى

جاء إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحى عام ١٩٦٤ مؤثرًا التوجه اجتماعى وسياسى ينحاز إلى الفقراء ومصالحهم واحتياجاتهم.

فبعد صدور القانون رقم (٦٣) لسنة ١٩٦٤ بشأن التأمينات الاجتماعية، ونظم التقاعد والمعاشات على العاملين بالدولة؛ والذى جمع فيه المشرع شتات قرارات ومراسيم المعاشات السابقة، والتى بدأت منذ عام ١٨٥٤، استكمل النظام الناصرى توجهه الاجتماعى بإصدار القانون رقم (٧٥) لسنة ١٩٦٤ بشأن التأمين الصحى على العاملين بأجهزة الحكومة والهيئات العامة والمؤسسات العامة، وكان عدد هؤلاء العاملين لا يتجاوز ستمائة ألف موظف وعامل. فرأى القائمون على الأمر ضرورة استكمال ركائز هذه البنية الاجتماعية والصحية بإصدار القرار الجمهورى رقم (١٢٠٩) لسنة ١٩٦٤ فى الرابع والعشرين من مارس بإنشاء «الهيئة العامة للتأمين الصحى» التى أوكل إليها القرار وظيفة وواجب الرعاية الصحية المتكاملة للعاملين بأجهزة الدولة، والذين أصبحوا يشكلون حوالى ١٥٪ من إجمالى القوى العاملة فى البلاد فى ذلك الحين (يشكلون الآن حوالى ٣٠٪)، وحددت المادة (١١) من هذا القرار الجمهورى طريقة تشكيل الهيئة وتبعيتها لوزير الصحة، وكذلك نظم تمويلها وغيرها من الموضوعات.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية نظام التأمين الصحى بأنه «وسيلة لرفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية عن المؤمن عليهم، وأساس هذا التأمين هو قيام المنتفع بدفع اشتراك منتظم لمؤسسة إدارية معينة تعد هى المسئولة عن إدارة تلك المدفوعات أو الإيرادات»<sup>(٢١)</sup>.

الميكال التطبيقي، والوظيفي، لجنة التطبين الصحيين

وزير الصحة والسكان

رئاسة اللجنة العامة للتأمين الصحي

بنية إدارية

بنية تقديم الخدمة

بنية إحالة الحالات

فروع (الجمعية) الإدارية  
صحة وخدمات تقديم الخدمة الطبية الأولية  
تدعيم العلاقات مع الجهات الأخرى لتقديم الخدمات

- ١- فروع الجمعية الإدارية
- ٢- شعبان فروع MAH
- ٣- فروع MAH
- ٤- شعبان فروع MAH
- ٥- MAH، ومدينة
- ٦- MAH
- ٧- الجزيرة والرياح للصحة
- ٨- كسورط، ووسط العسراء
- ٩- فروع الصعيد

مخبرات: ٢٩

مخبرات التطبين الصحيين  
القوى العاملة والشؤون

مخبرات مدروسة متاحة  
٢٨٧٢ - ٢٨٧٢

مخبرات صحية تطورية  
٢٤٨ - ٢٤٨

مخبرات رعاية ممتلكات  
٢٨٧٢

علوم المخبرات مخبرية  
مخبرات الحالات، كمنزلة  
تحويلها إلى المختبر أو المشفى

مخبرات صحة: ٦٢

مخبرات فحوصات: ٢٠٢

مخبرات صحة: ٦٨٤

وعلى عكس «التأمين الصحى الاجتماعى - Social Health Insurance» فإن «التأمين الصحى التجارى - Commercial Health Insurance» يعتمد على تحديد اشتراك للمؤمن عليه بقدر التعرض للمخاطر الطبية، ومن ثم تكون تغطيته جزئية، وذات مستويات متعددة، كما أنها غير مستمرة إلا بقدر سريان عقد التأمين خلال مدة محددة، وهذا الأخير نظام اختياري قائم على فكرة تحقيق الربح<sup>(٢٢)</sup>.

وحتى عام ١٩٧٥ - أى بعد مرور عشر سنوات على إنشاء هيئة التأمين الصحى - كان عدد المشتركين فى هذه الهيئة حوالى ٦٠٢ ألف مشترك، جلهم من العاملين بأجهزة الحكومة ومصالحها<sup>(٢٣)</sup> وحرصًا على هذا الدور الاجتماعى، ونظرًا لما تلاحظ مبكرًا من عمليات تلاعب فى صرف الأدوية والأجهزة التعويضية للمتعاملين مع هيئة التأمين الصحى أو من جانب بعض العاملين فيها، فقد صدر القرار الجمهورى رقم (١٠) لسنة ١٩٦٧ فى شأن تنظيم التعامل فى أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحى، فشدت العقوبات على كل من يحصل أو يتلاعب فى نظم صرف الدواء أو الأجهزة التعويضية من هذه الهيئة، سواء كان من المنتفعين أو من بين الأطباء والعاملين فى الهيئة ذاتها<sup>(٢٤)</sup>.

ومع صدور القوانين الثلاثة أرقام (٣٢)، (٧٩) لسنة ١٩٧٥ و (٣٧) لسنة ١٩٨١ بشأن التأمينات الاجتماعية والعمل، والذى ألزم مؤسسات الأعمال الخاصة بالتأمين الصحى على العاملين لديها، بما يعنى ضم عشرات الآلاف من العاملين بالقطاع الخاص إلى الانتفاع بنظام التأمين الصحى، فزاد عدد المنتفعين بها إلى ما يزيد عن ١,٦ مليون مشترك عام ١٩٨٠، ثم إلى ٥,٨ مليون عام ١٩٩٠ حتى صدر القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ على إثر الزلزال المدمر الذى ضرب بعض المدن المصرية فى أكتوبر من هذا العام؛ فضم طلاب المدارس والجامعات إلى نظام التأمين الاجتماعى الصحى، فقفز العدد إلى حوالى ٢٦ مليون منتفع ومشارك، ثم أضاف وزير الصحة بقراره رقم (٣٨٠) لسنة ١٩٩٧ المواليد والأطفال دون سن التعليم؛ فأصبح لدينا حوالى ٣٦,٢ مليون مواطن تحت هذه المظلة الصحية<sup>(٢٥)</sup> بصرف النظر عن مدى كفاءتها والشكاوى من جودتها، والجدول التالى يوضح حجم وتوزيعات هؤلاء المستفيدين:

جدول رقم (٥٤)  
أعداد المؤمن عليهم بهيئة التأمين الصحي وفقاً للحالة في عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥

الفئة	العدد (بالآلاف)	القانون الخاضعون له
- موظفو الحكومة	٣٩٤١	القانون (٣٢) لسنة ١٩٧٥
- الحكومة والقطاع الخاص	٣٦٣٤	القانون (٧٩) لسنة ١٩٧٥
- أصحاب المعاشات	١٦١٢	القانون (٧٩) لسنة ١٩٧٥
- طلاب المدارس	١٧١٢٨	القانون (٩٩) لسنة ١٩٧٢
- المواليين قبل سن الدراسة	٩٩٢٧	قرار وزير الصحة رقم (٣٨٠) لسنة ١٩٩٧
المجموع	٣٦٢٤٢	

المصدر: هيئة التأمين الصحي، تقارير المتابعة، لعام ٢٠٠٤/٢٠٠٥.

وهنا تأزمت الأمور أكثر مما كانت عليه قبل ذلك بسنوات، حيث وضعت الهيئة بنيتهها ومواردها المتاحة في مأزق شديد الحرج.. والسؤال كيف؟

لدينا هنا أربعة أبعاد أو عناصر للتقييم والتحليل:

الأول: البنية التحتية للهيئة العامة للتأمين الصحي، ومدى قدرتها على تحمل هذا التوسع الهائل في أعداد المستفيدين.

الثاني: الموارد المتاحة للهيئة العامة للتأمين الصحي، من مصادر التمويل المختلفة.

الثالث: حجم النفقات وتزايدها بسبب زيادة أعداد المتفاعلين بخدماتها من ناحية، وزيادة أسعار بعض مستلزمات العلاج - خاصة الأدوية - من ناحية أخرى.

الرابع: مستوى الجودة ودرجة رضا جمهور المتفاعلين من خدماتها، وطريقة وأسلوب معاملة العاملين فيها لهؤلاء المتفاعلين. فلتتناول كل واحدة بشيء من التفصيل:

أولاً: البنية التحتية للهيئة العامة للتأمين الصحي

على مدى أربعين عاماً، تمكنت الهيئة العامة للتأمين الصحي من إقامة بنية تحتية لا بأس بها، سواء من حيث عدد المستشفيات المملوكة مباشرة للهيئة، ومدى انتشارها في المحافظات المختلفة، وكذلك وحداتها الصحية الأخرى من عيادات شاملة ومجموعة، أو وحدات ريفية

متعاقدة مع الهيئة من أجل تقديم الخدمة الصحية والعلاجية، وكذلك عدد الكادر الطبي والتمريض العاملين مباشرة في وحداتها، أو هؤلاء المتعاقدين معها من خارج الهيئة.

جدول رقم (٥٥)  
بنية وممتلكات الهيئة العامة للتأمين الصحي حتى عام ٢٠٠٨

الأسرة	العدد	اسم الجهة
٩٥٥٧	٣٩	- المستشفيات
	٨٨٨	- عيادات الممارس العام داخل المنشآت
	٢٤٨	- عيادات الإخصائي التابعة للهيئة
	٩٨	- عيادات الإخصائي المتعاقدة
	١٨٨	- مركز تنظيم الأسرة
	٦٠	- مراكز إصابات العمل
		مراكز طبية بالوحدات:
	١٥٢٧	- عيادات مدرسية للممارس العام (ريف)
	٥٨١٤	- عيادات مدرسية للممارس العام (حضر)
	١٤٦	- وحدات ثلاثية (ممارس + منشآت عمل + أسنان)
	١١٩	- وحدات ثنائية (ممارس + أسنان)
	٤٢	- وحدات ثنائية (ممارس + منشآت عمل)
	٢١٦	- وحدات إخصائي خارج المدارس شاملة ٥ تخصصات فأكثر
	١٣٦	- وحدات إخصائي خارج المدارس أقل من ٥ تخصصات
	٣٤٤٢٩	- وحدات ريفية متعاقدة

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوى فى ١/١/٢٠٠٨، القاهرة، مصدر سابق، ص ٤٨.

هذا بخلاف عدد من مراكز الغسيل الكلوى (٢٥ مركزاً) عدد ماكينات الغسيل بها ٥٤٦ ماكينة، وحوالى ٥٤ صيدلية داخل المستشفيات، بالإضافة إلى ٣٤٠٠ صيدلية خاصة متعاقدة، و ٥٥ صيدلية داخل مستشفيات وزارة الصحة، وثمانية بنوك للدم، و ١٩٢ حضانه للأطفال المبتسرين.

وقد أدى هذا التطور الذى نشأ منذ عام ١٩٩٢، ومد مظلة التأمين الصحى إلى قطاعى الطلاب والأطفال دون سن التعليم، إلى عدم قدرة الوحدات المملوكة للهيئة على تقديم الخدمة إلى كل هؤلاء، فاضطرت إلى التعاقد مع وحدات صحية أخرى، وأطباء من خارج الهيئة لتقديم الخدمة، نظير رسوم متفق عليها، وفقاً للعقود أبرمت بين الهيئة وهؤلاء، وبهذا أصبحت الهيئة تقوم بدور مزدوج:

الأول: تقديم الخدمة (مع الشكاوى المصاحبة لمستوى الجودة المتواضعة السائدة قبل عام ١٩٩٢).

الثاني: تمويل الخدمة المشتراة من لدن متعاقدين آخرين (بلغ ٥٧٥ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥).

وكان من المفترض مع صدور القرار السياسى بمد مظلة التأمين الصحى إلى طلاب المدارس (عام ١٩٩٢) على إثر زلزال أكتوبر ذلك العام، الذى أودى بحياة عشرات من طلاب المدارس أن يصاحبه ضم قطاع المستشفيات التعليمية (٩ مستشفيات) أو المؤسسات العلاجية بالمحافظات (١١ مستشفى) إلى هيئة التأمين الصحى؛ حتى تستطيع التوسع فى خدماتها، وتوفير مستوى أفضل لتلك الخدمة. خاصة أن مستوى الإشغال للسيرير فى هذه الهيئة حوالى ٧١٪، بينما هى أقل من ٣٥٪ فى مستشفيات وزارة الصحة وفى هيئة المستشفيات التعليمية<sup>(٢٦)</sup>.

وبالتالى، فإن الهيئة التى أقامت أصولاً صحية تزيد على ١٢ مليار جنيه (شاملة الكادر الطبى والتمريض والفنى المدرب) لم تعد بوضعها الحالى وبنيتها التحتية قادرة على تقديم خدمة صحية وعلاجية حقيقية وفعالة لكل هذا العدد الضخم من المتفعين والمستفيدين من مظلتها؛ الأمر الذى خلق وضعاً جديداً صعباً، ربما كان ناتجاً عن سوء تقدير وتخطيط، أو أن هناك بعض الأطراف وجماعات المصالح المتنفذة داخل دوائر صنع القرارات كانت تحرص على وضع الهيئة بمواردها فى دائرة الاتهام والعجز، تمهيداً لإدارة حملة إعلامية وسياسية لاحقة من أجل المطالبة بخصخصة وبيع هذه الهيئة ومستشفياتها، بزعم عدم قدرتها على تحقيق الأهداف المرجوة منها..؟

لقد قامت مستشفيات هيئة التأمين الصحى عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦ بحوالى ٤٢٨ ألف عملية جراحية متنوعة تكلفت حوالى ٣٠٧ ملايين جنيه موزعة على النحو التالى:

#### جدول رقم (٥٦)

العمليات الجراحية وحسابات التكلفة فى هيئة التأمين الصحى عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦ «بالجنيه»

البيان	عدد الحالات	التكاليف	متوسط تكلفة الحالة
جراحات	٣٥٧٠٥٩	٤٠٧٢٣٤٥٧	١١٤
تغيير مفاصل	٦٢١	٢٣٥٧٢٩	٣٨٠
قلب مفتوح	٤٣٧٠	٣٨٨٠٦٤٦	٨٨٨,٠

٢٣٠٣,٥	٢٦٦١٨٧٩١	١١٥٥٦	قسطرة قلبية
١٣٦٤٧,٨	١٢٥٠٠٠,٠٠٠	٩١٥٩	غسيل كلوى
١٦٣٨	٧٣٩٣١٢٥٣	٤٥١٤٧	أورام
-	٣٠٧٣٩٥٦٩٠	٤٢٧٩١٢	المجموع

المصدر: د. محمد حسن خليل، ورقة واردة في كتاب «واقع ومستقبل الخدمات الصحية في مصر» القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، فبراير ٢٠٠٧، ص ٦٩.

وبهذا، فإن متوسط تكلفة العملية الجراحية في هيئة التأمين الصحى تعادل خمس إلى عشر تكلفة مثيلتها في المستشفيات الخاصة والاستشارية (مثل مستشفى الفؤاد، أو كليوباترا، أو السلام، أو النيل بدرأوى... إلخ).

جدول رقم (٥٧)  
متوسط تكلفة الجراحات التى أجريت فى  
مستشفيات هيئة التأمين الصحى عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦

التكلفة	نوع العملية
٥٧٥ جنيهاً	عملية ذات المهارة الخاصة
٣٣٦ جنيهاً	عملية كبرى
١٣١ جنيهاً	عملية متوسطة
٥٩ جنيهاً	عملية صغيرة
٣٥ جنيهاً	العملية البسيطة

المصدر: «د. محمد حسن خليل»، المرجع السابق.

وهذه التكلفة تقل كذلك عن مثيلتها السائدة في هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية بحوالى ١٠٪ تقريباً (انظر: قائمة أسعار هيئة المستشفيات فى الملاحق).

أما «الدكتور عبد المنعم عبيد» فيقدم صورة أخرى عن تكاليف الخدمات المقدمة للمتفاعين بهيئة التأمين الصحى عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، توزع على النحو التالى:

جدول رقم (٥٨)  
تكلفة الخدمات المقدمة للمتفعين بالتأمين الصحى عام ٢٠٠٥/٢٠٠٤

عدد الوصفات	عدد المرضى	التكلفة «بالمليون جنية»	نوع الخدمة
٩,٣ مليون ١٧,٣ مليون	٢٣,٥ مليون ١٧,٨ مليون	٥٦,٢ ٤٠٤,٠	- خدمة الطبيب الممارس - خدمة الإخصائى من الأدوية
متوسط تكلفة الحالة بالجنيه			نشاط المستشفيات:
١١٤,١	٣٥٧ ألفاً	٤٠,٧	- عمليات جراحية
١٠٦٣٠,١	٥٩ مريضاً	٠,٧٠	- زرع كلى
٠.٣٧٢٩	٦٢١ مريضاً	٢,٤	- تغيير مفاصل
-	-	٨,٩	- تكلفة متابعة
٧٤٣٣٧,٤	٨٣	٦,٢	- زرع نخاع
١٣٦٤,٨	٩١٥٩ مريضاً	١٢,٥	- غسيل الكلى
			القلب:
٢٣٠٣,٥	١١٥٥٦ مريضاً	٢٦,٦	- قسطرة تشخيصية وعلاجية
٨٨٨٠,٢	٤٣٧٠ مريضاً	٣٨,٨	- جراحة قلب
١٦٣٧,٦	٤٥١٤٧ مريضاً	٧٣,٩	- علاج أورام
	٤١,٧ مليون مريض	٥٩٧,٠	المجموع

المصدر: د. عبد المنعم عبيد «الرعاية الصحية في مصر بين سياسة التأمين الصحى الوطنى الشامل وسياسة السوق، ورقة واردة فى كتاب «سياسات الإصلاح والتأمين الصحى فى مصر»، جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة، ٢٠٠٧، ص ٥٣.

إذن وجود هيئة التأمين الصحى - وكذلك هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية - هى ضرورة حياة لعشرات الملايين من المرضى فى مصر، والذين يعانون من تواضع مستويات دخولهم السنوية، وتصبح السياسة الصحية الصحيحة ومقتضيات «الأمن القومى الاجتماعى» هو تعزيز دورهما وتأكيد فاعليتهما عبر إعادة النظر فى هيكلية القطاع الصحى فى البلاد برمته.

### ثانياً: الموارد المالية وطرق التمويل

حددت المادة (٧) من القرار الجمهورى رقم (١٢٠٩) لسنة ١٩٦٤ إيرادات هيئة التأمين الصحى من المصادر الثلاثة التالية:

- حصيلة المبالغ المنصوص عليها في المادة (٤) من القانون رقم (٧٥) لسنة ١٩٦٤ الخاص بالتأمين على العاملين بأجهزة الدولة.

- حصيلة استثمار أموالها.

- الهبات والتبرعات والإعانات والوصايا التي تقرر الهيئة قبولها.

أما المادة (٧٢) من قانون التأمين الاجتماعي رقم (٧٩) لسنة ١٩٧٥، والمعدل بالقانون رقم (٢٥) لسنة ١٩٧٧ فقد حددت نظام تمويل تأمين الأمراض في اشتراكات شهرية توزع على النحو التالي:

١- حصة صاحب العمل (أى الحكومة):

\* ويقدر بـ ٣٪ من الأجر الأساسى للمؤمن عليهم بالجهاز الإدارى والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية والقطاع العام.

\* ٣٪ من أجر المؤمن عليهم، تخصم من مرتباتهم للعلاج والرعاية الطبية، و ١٪ لأداء تعويض الأجر ومصاريف الانتقال، ويجوز لوزير التأمينات أن يعفى صاحب العمل من أداء هذا الاشتراك مقابل التزامه بأداء الحقوق المذكورة.

٢- حصة المؤمن عليهم وتقدر كالتالى:

\* ١٪ من الأجر الأساسى للعامل أو الموظف.

\* ١٪ من المعاش بالنسبة لأصحاب المعاشات الذين يطلبون الانتفاع بأحكام العلاج والرعاية الطبية الواردة في هذا القانون.

وسمحت المادة (٧٥) من ذات القانون بسريان أحكام التأمين الصحى على زوج المؤمن عليه ومن يعولهم من أولاده، وذلك بعد صدور قرار من رئيس الجمهورية بناء على اقتراح وزير التأمينات وبعد الاتفاق مع وزير الصحة.

■ ■ ■

أما القانون رقم (٣٢) لسنة ١٩٧٥ الخاص بنظام العلاج التأمينى للعاملين بالحكومة وأجهزتها، فقد نص في مادته الثالثة على نظام للتمويل كالتالى:

\* يقتطع من العمال نصف في المائة من مرتباتهم وأجورهم أو معاشاتهم الأصلية. بالإضافة إلى الرسوم المقررة أثناء تقديم الخدمة.

\* تتحمل الحكومة ٥, ١٪ أخرى من الأجر الأساسى للعامل نظير هذا التأمين الصحى.

\* أما أصحاب المعاشات الذين يطلبون الانضمام لهذا النظام، فيخصم منهم اشتراك شهرى بمقدار ١٪ من قيمة المعاش.



ثم جاء القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ الذى ضم طلاب المدارس والجامعات إلى مظلة التأمين الصحى، ووزع تمويل اشتراكاتهم على النحو التالى:

- ١- ما قيمته ٤ جنيهات يسدها أولياء الأمور عن أبنائهم.
- ٢- ما قيمته ١٢ جنيهًا عن كل طالب تسدها عنهم وزارة المالية (أى الحكومة).
- ٣- بالإضافة إلى قيمة الضرائب المفروضة على علب السجائر (بواقع عشرة قروش عن كل علبة سجائر).
- ٤- وما يرد من تبرعات.

وأخيرًا، جاء قرار وزير الصحة رقم (٣٨٠) لسنة ١٩٩٧ بضم الأطفال دون سن الخمس سنوات إلى مظلة التأمين الصحى وفقاً للتمويل على النحو التالى:

- ٥- جنيه واحد فقط يدفعه ولى أمر الطالب سنويًا.
- الرسوم المقدرة عند تقديم الخدمة للطفل يسدها ولى الأمر.

وإذا حاولنا رسم صورة إجمالية عن هيكل التمويل لهذا النظام، فإن الصورة تبدو على النحو التالى:

#### جدول رقم (٥٩)

اشتراكات تمويل التأمين الصحى الاجتماعى فى مصر  
وفقاً للقوانين طبقاً للموقف فى عام ٢٠٠٥

القانون	حصة صاحب العمل	حصة المنتفع	رسوم أخرى
ق ٣٢ لسنة ١٩٧٥	١,٥٪ من الأجر الأساسى للعامل	٥,٠٪ من الأجر الأساسى	يجوز فرض رسم رمزى يدفعه المنتفع بشرط ألا تزيد عن ٥٠٪ من ثمن أو تكاليف هذه الخدمة.

بالإضافة إلى رسوم بسيطة عند تقديم الخدمة، يضاف إليها حصيلة ١٠ قروش ضريبة عن كل علبة سجائر.	١٪ من الأجر الأساسى	٣٪ من الأجر الأساسى	ق ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وتعديله بالقانون ٢٥ لسنة ١٩٧٧
بالإضافة إلى رسوم بسيطة عند تقديم الخدمة.	١٪ من قيمة المعاش شهرياً	-	أصحاب المعاشات
ويتحمل الطلاب ثلث قيمة الزيارة الخارجية أو الأدوية الخارجية، يضاف إليها حصيلة ١٠ قروش ضريبة عن كل علبة سجائر.	٤ جنيهات يدفعها أولياء الأمور عن الطالب	١٢ جنيهًا من وزارة المالية عن كل طالب	ق ٩٩ لسنة ١٩٩٢ (الطلاب)
بالإضافة إلى رسوم عند تقديم الخدمة.	٥ جنيهات عن كل طفل يؤديها أولياء الأمور	-	قرار وزير الصحة رقم (٣٨٠) لسنة ١٩٩٧ أطفال ما دون سن المدرسة
بالإضافة إلى رسوم عند تقديم الخدمة، والثلث للأمراض المزمنة، ورسم زيارة منزلية من ٣ إلى ٥ جنيهات.	٠,٨٥٪	١,٢٥٪	قانون ٨٦ لسنة ٢٠٠٠ لإصابات العمل

المصدر: القوانين المشار إليها.

- وقد قدرت الرسوم مقابل الخدمة على النحو التالى:
- الرسوم الرمزية المقررة وفقاً للقانون رقم (٣٢ لسنة ١٩٧٥):
- ١- ٥ قروش عند الكشف لدى الممارس العام.
  - ٢- ١٠ قروش عند الكشف عند الإخصائى.
  - ٣- ٢٥ قرشاً إلى ٥٠ قرشاً من كل يوم علاجى داخل المستشفيات بالدرجة التأمينية.
  - ٤- ٢٥٪ من ثمن الدواء فى مرحلة الممارس العام والإخصائى بحد أقصى جنيه واحد.
  - ٥- ٢٥٪ من قيمة الفحوص المعملية والأشعاع بحد أقصى جنيه واحد.
  - ٦- ٢٠ قرشاً رسم زيارة منزلية داخل المدينة.
  - ٧- ٥٠٪ من قيمة الأجهزة التعويضية، بما فى ذلك أطقم الأسنان والنظارات الطبية.
  - ٨- ويعفى من ذلك المصابون بالأمراض المزمنة، الذين يدخلون المستشفيات للعلاج.

ويشير بعض المتخصصين في الحقل الطبي بأن ٦, ٦٧٪ من مصادر تمويل هيئة التأمين الصحي تأتي سنويًا من اشتراكات المتفعين أنفسهم<sup>(٢٧)</sup>، بينما تأتي نسبة ٢٢٪ من الضرائب المفروضة على السجائر، ومن بيع خدمات الهيئة (بنسبة ١٪)، ثم أخيرًا من إسهامات أخرى (٢,٨٪).

جدول رقم (٦٠)  
مصادر التمويل بالهيئة العامة للتأمين الصحي عام ١٩٩٥

«بالمليون جنيه»

النسبة المئوية	القيمة	مصدر الإيراد
٦, ٦٧٪	٧٠٣, ١	قيمة الاشتراكات (الكلية) (١)
	١٤٤, ٧	إصابات العمل
	٧٢, ٤	إيرادات قانون ٣٢
	٢٢٦, ٦	إيرادات قانون ٧٩
	٢١, ٤	أصحاب المعاشات والأرامل
	١٣, ٣	شركات رخص لها بالعلاج خارج التأمين
	٢٢٤, ٧	إيرادات قانون ٩٩ (حصصة الحكومة وحصصة الطلاب)
٩, ٢٪	٣٠, ٣	قيمة الإسهامات (٢)
	٩, ٠	قانون ٣٢
	-	قانون ٧٩
	-	أصحاب المعاشات والأرامل
	٢١, ٣	قانون الطلاب ٩٩ (طلاب المدارس)
٠, ٢٢٪	٢٣٣, ٣	إيرادات ضرائب السجائر (٣)
٩, ٠٪	١٠, ٠	إيرادات خدمات (لغير المتفعين) (٤)
	٥٩, ٦	إيرادات عمليات تشغيلية أخرى (أفراد وشركات) (٥)
١٠٠٪	١٠٤٠, ٦	الموارد الإجمالية (١ + ٢ + ٣ + ٤ + ٥)

المصدر: الهيئة العامة للتأمين والمعاشات - ١٩٩٧ نقلاً عن «د. سمير فياض»، ص ٣٩٩.

ومن الأمور اللافتة للنظر والمثيرة للدهشة أن تقوم هيئة التأمينات الاجتماعية بخصم واستقطاع ما يعادل ٢٥٪ من الأموال المستحقة لهيئة التأمين الصحي لصالح صندوق التأمينات الاجتماعية والمعاشات، نظير مجرد دورهما في تحصيل هذه الاشتراكات...!! وهي نسبة مرتفعة

للغاية، تؤثر سلبًا على إيرادات هيئة التأمين الصحي، ومن ثم على كفاءتها وفعاليتها في تقديم خدماتها ومستلزمات تشغيلها لصالح المتفعين.

إذن وكما هو واضح، فإن الجزء الأكبر من إيرادات هيئة التأمين الصحي تأتي من اشتراكات المتفعين (٧, ٦٨٪) يليها إيرادات ضرائب السجائر (٢٢٪ تقريبًا)، أما مساهمات المتفعين في صورة رسوم ومقابل بعض الخدمات فلم تزيد على ٩, ٢٪.

لقد زادت قيمة الاشتراكات عامًا بعد آخر حتى بلغت عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣ حوالى ١٩٨٣ مليون جنيه، وفي عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦ تجاوزت الاشتراكات ٤, ٢ مليار جنيه.

فلنقارن إذن بين بيانات الجدول السابق، والتطور الذى نشأ حتى عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ لتتعرف أكثر إلى الهيكل الراهن لمصادر التمويل المالى للهيئة.

فإذا تأملنا فى إيرادات هيئة التأمين الصحي ومصادر هذه الإيرادات عام ١٩٩٥ مقارنة بالوضع فى عام ٢٠٠٦؛ سوف نكتشف الهيكل التمويلى واتجاهاته داخل هيئة التأمين الصحى:

الإجمالي (1+2+3+4+5)	البيانات التاريخية			البيانات المقترحة			البيانات المقترحة			المستويات	رقم
	حالة (3)	تحويلات التأمين	تأمين المرضى	حالة (٦)	البيانات الرئيسية التأمينية	البيانات الفرعية	حالة الأثر للمتقدمات بموجب مؤقت (٧)	البيانات المقترحة			
								مجموع البيانات المقترحة	مجموع البيانات المقترحة		
٤٠٩,٢	٧,٠	-	٧,٠	٥٢,٤	٤٠,٦	١١,٨	٢٥٤,٨	١٤,٩	٢٦٩,٧	-	١٩٩٢/١٩٩١
٤٧١,٩	٠,٦	-	٠,٦	٥٦,٥	-	-	٤١٥,٨	٢١,٢	٤٣٧,١	-	١٩٩٣/١٩٩٢
٨١٥,٤	٢٢,٦	-	٢٢,٦	٥٠,٤	-	-	٨٧٢,٤	٢٢,٦	٨٩٥,٤	-	١٩٩٤/١٩٩٣
١٢١١,٢	-	-	-	٢٨٨,٤	-	-	١٢٧,٤	١٥٠,٢	١٠٧٨,٢	-	١٩٩٥/١٩٩٤
١٢٢٤,٢	-	-	-	١٥٢,٢	-	-	١١٨١,٢	-	١١٨١,٢	-	١٩٩٦/١٩٩٥
١٧٧٥,٧	-	-	-	٦١,٧	٩٩,٠	٣٧,٧	١٢١٤,٤	-	١٢٥٤,٤	-	١٩٩٧/١٩٩٦
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٩٩٨/١٩٩٧
١٥٨٦,١	-	-	-	١٥٠,١	٤٦,٥	١٠٨,٦	١٤٢١,٠	-	١٤٢٦,٠	-	١٩٩٩/١٩٩٨
٢١٨١,٨	-	-	-	٥٩٢,٤	٤٢٨,٤	١٥٤,١	١٥٨٤,٤	١١,٨	١٦٠٦,٢	-	٢٠٠٠/١٩٩٩
١٩٩٨,٧	٧,٠	-	٧,٠	١٤٥,٥	٧,٠	١٧٢,٥	١٨٧١,٧	-	١٨٧١,٧	-	٢٠٠٠/٢٠٠٠
٢٤١٩,١	-	-	-	٤٦٠,١	٢٢٠,٦	٢٢٠,٠	١٩٥٩	-	١٩٥٩,٠	-	٢٠٠١/٢٠٠٠
٢٢٥٢,٠	-	-	-	٢٥٧,٠	١٢٧,٠	٢٢٠,٠	١٦٥٥	-	١٩٩٥,٠	-	٢٠٠٢/٢٠٠١
-	-	-	-	-	-	-	٢٠٩٢	-	٢٠٩٢,٠	-	٢٠٠٣/٢٠٠٢
٢٢٢٥,٠	-	-	-	١٤٥,٠	-	١٤٥,٠	٢١٩٠,٠	-	٢١٩٠,٠	-	٢٠٠٤/٢٠٠٣
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٠٠٥/٢٠٠٤
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٠٠٦/٢٠٠٥

المصدر: حتى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠، مصدرها مجلدات الحساب الختامي للسنوات ١٩٩٢/١٩٩١ - ١٩٩٢ (٦٨٣، ٦٥٥) - ١٩٩٢ - ١٩٩٣ صفحات (٦٦٦، ٦٦٦) - ١٩٩٣/١٩٩٢ صفحات (٦٧٢، ٧٠١) - ١٩٩٤ - ١٩٩٥ صفحات (٧٠٦، ٧٥٠) - ١٩٩٥ - ١٩٩٦ صفحات (٧٦٦، ٧٩٦) - ١٩٩٦ - ١٩٩٧ صفحة (٧٧٢) - ١٩٩٧/١٩٩٦ و ١٩٩٨ - ١٩٩٩ صفحات (٧٧٨، ٧٣٦) - ١٩٩٩ - ٢٠٠٠ صفحات (٧٦٦، ٧٣٧، ٣٧١) - ٢٠٠٠ - ٢٠٠١ صفحات (٧٦٦، ٧٣٧، ٣٧١) - ٢٠٠١ - ٢٠٠٢ صفحات (٧٥٢، ٧٠٩) - ٢٠٠٢ - ٢٠٠٣ صفحات (٧٥٢، ٧٠٩) - ٢٠٠٣ - ٢٠٠٤ صفحة (٧١٣) - ٢٠٠٤/٢٠٠٣ صفحات (٧٦٨، ٧١٣) - ٢٠٠٥/٢٠٠٤ و ٢٠٠٦/٢٠٠٥ و ٢٠٠٦/٢٠٠٧.

ويتبين من الجدول السابق مجموعة من الحقائق الجديرة بالتحليل، وأهمها:

١- أن إيرادات الباب الثانى (إيرادات جارية وتحويلات جارية) (\*) أخذت في التزايد؛ حيث زادت من ٨, ٣٥٤ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى أن بلغت ٢١٩٠ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ بما يعكس زيادة في حجم الاشتراكات من ناحية، وبقيّة عناصر الإيرادات الجارية (كالإيرادات التشغيلية وغيرها) من ناحية أخرى.

٢- أما إيرادات الباب الثالث (إيرادات رأسمالية متنوعة) فقد تراوحت بين ٤, ٥٢ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٤, ٥٩٢ مليون جنيه عام ١٩٩٩/٢٠٠٠، ثم تذبذبت بين عام وآخر، وإن اتجهت للانخفاض في السنوات اللاحقة حتى بلغت ١٤٥ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، ويفسر ذلك تذبذب العائد على استثمارات ووديعه هيئة التأمين الصحى من فوائض أعمالها التي بدأت في التحقق بعد عام ٢٠٠٠، وضم طلاب المدارس والجامعات (\*\*).

٣- أما إيرادات الباب الرابع (القروض والتسهيلات الائتمانية) فقد شكلت القروض المحلية الجزء الأكبر في هيئة التأمين الصحى، حيث زادت من ٢ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ٦, ٢٢ مليون جنيه عام ١٩٩٤/٩٣، ثم توقف الاقتراض تمامًا من هيئة التأمين الصحى، بسبب تحقيقها لفائض مكنها من توفير وديعة مصرفية تحقق لها عائداً سنوياً (\*\*).

### ثالثاً: نفقات هيئة التأمين الصحى وأسباب عجزها

منذ نشأة هيئة التأمين الصحى عام ١٩٦٤، وهناك عجز قائم بين مواردها المتاحة من جهة، ونفقاتها من جهة أخرى. صحيح أن العجز لم يزد عن عدة عشرات من آلاف الجنيهات في السنوات الأولى لعملها، لكنه ومنذ النصف الثانى من عقد السبعينيات من القرن الماضى أخذ في الارتفاع إلى عدة ملايين من الجنيهات، ثم ومنذ منتصف الثمانينيات تجاوز ١٠٠ مليون جنيه، خاصة بالنسبة لكبار السن والأمراض المزمنة، ثم عاد واعتدل الميزان المالى بعد عام ١٩٩٢ وضم ملايين من الطلاب وصغار السن إلى مظلة التأمين الصحى؛ مما أدى إلى ظهور فائض مالى للهيئة مع مطلع الألفية الثالثة.

(\*) يتكون الباب الثانى (الإيرادات الجارية والتحويلات) من ثمانى مجموعات هي: (الإيرادات - الخدمات - إيرادات ورسوم متنوعة - إيرادات النشاط الجارى - إيرادات إعانات - إيرادات أوراق مالية - إيرادات تحويلية جارية - إيرادات تحويلية محلية - ثم أخيراً نصيب الحكومة من الأرباح في الشركات العامة).

(\*\*) أما الباب الثالث (إيرادات رأسمالية متنوعة) فهو يتكون من بندين، هما التمويل الذاتى، وإيرادات تحويلية.

(\*\*\*) أما الباب الرابع (القروض والتسهيلات الائتمانية)، فهو يتكون من ثلاثة بنود، أهمها هي القروض المحلية، والقروض الخارجية، ثم أخيراً التسهيلات الائتمانية.

إذا تأملنا بيانات الجدول التالي الخاص بتوزيع أبواب إنفاق هيئة التأمين الصحي خلال السبعة عشر عامًا الماضية (١٩٩١/١٩٩٢-٢٠٠٦/٢٠٠٧) نستخلص مجموعة من الحقائق المهمة.

جدول رقم (٦٢)  
توزيع نفقات الهيئة العامة للتأمين الصحي موزعة بحسب أبواب الإنفاق خلال الفترة من ١٩٩١/١٩٩٢-٢٠٠٦/٢٠٠٧  
«بالمليون جنيه»

الإجمالي	أبواب الإنفاق				السنوات
	الباب الرابع	الباب الثالث	الباب الثاني	الباب الأول	
٤٤٧,٤	٢٣,٣	٥٤,٤	٣١٦,٦	٥٣,١	١٩٩٢/١٩٩١
٦٩٧,٤	٢٠٣,٢	٥٧,١	٣٦٠,٨	٧٦,٣	١٩٩٣/١٩٩٢
١٠٩٠,٤	١٧٣,٠	٧٣,٠	٧٣٦,٢	١٠٨,٢	١٩٩٤/١٩٩٣
١٢٦٠,١	٢٨٨,٤	٦٢,٩	٧١١,٥	١٩٧,٣	١٩٩٥/١٩٩٤
١٢٢٠,٩	١٥٣,٨	٧١,٩	٧٥٥,٩	٢٣٩,٣	١٩٩٦/١٩٩٥
١٤٢٨,٥	٢٣٧,٩	٦١,٣	٨٤٦,٢	٢٨٣,١	١٩٩٧/١٩٩٦
...	...	١٢١,٠	٩٧٨,٨	٣٠٧,١	١٩٩٨/١٩٩٧
١٨٩٤,٤	٣٢٣,٨	١٥٠,١	١٠٧٨,٦	٣٤١,٩	١٩٩٩/١٩٩٨
٢١٩٣,٧	٤٤٥,٣	١٤٧,٢	١١٦٥,٢	٤٣٦,٠	٢٠٠٠/١٩٩٩
١٩٣٨,٢	٨٩,٥	١٢٧,٥	١٢٠٦,٢	٥١٥,٠	٢٠٠١/٢٠٠٠
٢٢٦٩,٠	٣٣٠,٠	١٣٠,١	١٢٦٩,٠	٥٤٠,٠	٢٠٠٢/٢٠٠١
٢٢٠٢,٠	٢٠٨,١	١٤٨,٩	١٢٩٥,٠	٥٥٠,٠	٢٠٠٣/٢٠٠٢
٢٣٠٦,٠	٢٦٨,٠	١٤٠,٠	١٣٣٨,٠	٥٦٠,٠	٢٠٠٤/٢٠٠٣
٢٤٠٥,٠	٢٩٧,٠	١٤٥,٠	١٣٨٤,٠	٥٧٩,٠	٢٠٠٥/٢٠٠٤
٢٥٩٨,٠	...	...	...	...	٢٠٠٦/٢٠٠٥
...	...	...	...	...	٢٠٠٧/٢٠٠٦

المصدر: حتى عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ مصدرها مجلدات الحساب الختامي للسنوات ١٩٩٢/١٩٩١ - ١٩٩٣/١٩٩٢ - ١٩٩٣/١٩٩٢ - ١٩٩٤/١٩٩٣ صفحات (٦١٨، ٦٧٢، ٦٨٢) - ١٩٩٤/١٩٩٥ - ١٩٩٥/١٩٩٥ صفحات (٦٧٠، ٧٣٨، ٧٠٥) - ١٩٩٦/١٩٩٥ صفحات (٦٦٠، ٧٢٨، ٧٤٠) - ١٩٩٦/١٩٩٧ صفحات (٦٦٤، ٧٧٢، ٧٨٤) - ١٩٩٧/١٩٩٨ صفحات (٦٦٤) - ١٩٩٩/١٩٩٨ صفحات (٦٦٤، ٧٥٨، ٧٨٨) - ١٩٩٩/٢٠٠٠ صفحات (٦٦٤، ٧٥٧، ٧٨٨).  
أما بعد ذلك فمصدرها مجلدات الموازنة العامة للدولة للسنوات ٢٠٠١/٢٠٠٠ - ٢٠٠١/٢٠٠٠ صفحات (٦٢٩، ٧٤٤، ٧٧٦) - ٢٠٠٢/٢٠٠١ صفحات (٦٢٨، ٧٤٤، ٧٧٦) - ٢٠٠٢/٢٠٠١ صفحات (٦٢٨، ٧٤٤، ٧٧٦) - ٢٠٠٣/٢٠٠٢ صفحات (٦٢٨، ٧٤٤، ٧٧٦) - ٢٠٠٣/٢٠٠٢ صفحات (٦٢٨، ٧٤٤، ٧٧٦) - ٢٠٠٤/٢٠٠٣ - ٢٠٠٤/٢٠٠٤ - ٢٠٠٥/٢٠٠٤ - ٢٠٠٦/٢٠٠٥.

ويتبين من تحليل بيانات الجدول السابق الحقائق التالية:

١- شهد الإنفاق على الأجور والمرتبات في هيئة التأمين الصحي زيادة كبيرة خلال السبعة عشر عامًا الماضية، بأكثر من عشرة أضعاف تقريباً (من ٥٣,١ مليون جنيه إلى ٥٧٩ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥) في صورة أجور وبدلات ومكافآت وغيره، بينما لم يزد عدد العاملين في الهيئة سوى بنسبة ٤, ٥٢٪ (من ١٨,٧ ألف مشغول عام ١٩٩٥ إلى ٢٨,٥ ألف مشغول عام ٢٠٠٨).

فإذا أخذنا بمفهوم المتوسط الأجرى - بكل ما يصاحبه عادة من أخطاء وعدم دقة - نجد أن متوسط أجر المشغول في الهيئة العامة للتأمين الصحي - وبصرف النظر عن درجته الوظيفية والعلمية والمهنية(\*) - قد زاد من ٢٣٦,٦ جنيهًا شهريًا عام ١٩٩٥ إلى ١٢٩٣ جنيهًا شهريًا عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، ويتدرج هذا المتوسط الأجرى بين هذين الحدين وفقاً للمستوى الوظيفي والدرجة المالية للعاملين في الهيئة، مع ملاحظة أساسية أن مخصص هذا الباب يتضمن ثلاث مجموعات هي الأجور النقدية، والمزايا العينية، والمزايا التأمينية، بما يجعل الجزء الذي يذهب إلى جيوب المشغولين أقل كثيراً مما أوردناه.

٢- بالنسبة لنفقات الباب الثاني، نلاحظ الزيادة الكبيرة في هذه النفقات من ٣١٦, ٦ مليون جنيه عام ١٩٩١/١٩٩٢ إلى ١٣٨٤ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، وفي عام ١٩٩٦/٩٥ وحده بلغ هذا الباب ٧٥٥, ٩ مليون جنيه؛ فإذا اعتمدنا الرقم الذي أورده «د. سمير فياض» عن شراء الهيئة لأدوية ذلك العام بمبلغ ٢٥٤ مليون جنيه في مناقصة عامة<sup>(٢٨)</sup>، فمعنى هذا أن نفقات الدواء تكاد تشكل ٣٤٪ من نفقات هذا الباب، وتذهب بقية نفقات الباب إلى شراء مستلزمات التشغيل الأخرى، أو دفع مستحقات مقدمى الخدمة الآخرين للهيئة من أطباء متعاقدين، أو وحدات صحية أخرى تتعاقد مع الهيئة لتقديم الخدمة لمتنفعيها (معامل - أشعات - مستشفيات - وحدات صحية ريفية أو مجمعة... إلخ) خصمًا على الباب الثانى (المجموعة الثانية الخاصة بالمستلزمات الخدمية).

كما تشتمل نفقات الباب الثانى على الفوائد المسددة عن الديون المحلية أو الأجنبية، فإذا تأملنا نفقات هيئة التأمين الصحي قبل صدور القرار السياسى بضم طلاب المدارس والجامعات إلى مظلة التأمين الصحي (القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢)، نجد أن نصف هذه النفقات تكاد تكون لشراء الأدوية وحدها، كما يظهرها الجدول التالى:

(\*) أى إذا ما كان استشارياً أو طبيبياً متخصصاً أو طبيبياً ممارساً وكذلك الدرجة الوظيفية للعمال الإدارية والممرضات وغيرهم.

جدول رقم (٦٣)  
نفقات هيئة التأمين الصحى قبل ضم طلاب المدارس إليها  
خلال الفترة ١٩٨٨/١٩٨٩ - ١٩٩١/١٩٩٢

«بالمليون جنيه»

١٩٩٢/١٩٩١	١٩٩١/١٩٩٠	١٩٩٠/١٩٨٩	١٩٨٩/١٩٨٨	البند
٤١٢,٣	٤٠٦,٣	٣٦٣,٣	٢٨٥,٥	- إجمالى نفقات الهيئة
%٥٣	%٥٤	%٤٤	%٤٢	- % لمشتريات الأدوية
٥,١	٤,٩	٤,٦	٤,٤	- عدد المتفعين (بالمليون)
٨٠,٠	٨٣,٠	٧٨,٩	٦٥,٥	- الإنفاق الاسمى على المتفع (بالجنيه)
٣٣,٠	٣٨,٩	٤٤,٧	٤٤,٥	- الإنفاق الحقيقى على المتفع (بالجنيه)، (بأسعار ثابتة ١٩٨٧)

المصدر: هيئة التأمين الصحى، نقلاً عن «د. سمير فياض»، مرجع سبق ذكره، ص ٤٠٢.

وبالتالى، فبرغم زيادة مشتريات الأدوية وزيادة نفقات الهيئة على المرضى، فإن القيمة الحقيقية لهذا الإنفاق تقل عامًا بعد آخر، بسبب موجات التضخم، وارتفاع الأسعار السائدة فى المجتمع المصرى؛ مما يقلل من فاعلية النفقة العامة على المرضى.

٣- ظلت الاستثمارات (الباب الثالث) تدور بين مبلغ ٥٤,٤ مليون جنيه عام ١٩٩٢/١٩٩١ إلى ١٤٥ مليون جنيه عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ للإنفاق على إقامة منشآت جديدة أو تطوير وتحسين منشآت قائمة، أو تأييث وشراء معدات وأجهزة جديدة، للهيئة ومستشفياتها.

٤- واللافت للنظر كذلك زيادة مخصصات الباب الرابع؛ وهذا الباب يشتمل على:

- أقساط الديون المحلية والأجنبية.

- التبرعات والإعانات.

- التزامات رأسمالية متنوعة أخرى.

وبالتالى، فإن تحمل الهيئة بديون متزايدة قد أدى إلى زيادة مقابلة فى مخصصات الباب الرابع والباب الثانى (فوائد الديون)، وهى إحدى المشكلات المالية التى تحتاج إلى إعادة هيكلة مالية لأوضاع الهيئة ونفقاتها وميزانياتها.

وبرغم ذلك فإن تحليل نتائج ميزانية هيئة التأمين الصحى خلال السنوات الخمس

(٢٠٠١/٢٠٠٢ - ٢٠٠٥/٢٠٠٦) تظهر وجود فائض في العام الأخير، بمقدار ٢٧٢ مليون جنيه؛ صحيح إن هذا الفائض قد جاء على حساب التقدير في صرف تذاكر الأدوية للمرضى إلا أنها تشير من جانب آخر إلى إمكانية تعزيز دور هذه الهيئة ونظام التأمين الصحى الاجتماعى إذا ما أعيد هيكلته وتمويله.

### جدول رقم (٦٤)

#### نتائج ميزانية هيئة التأمين الصحى

خلال الفترة ٢٠٠١/٢٠٠٢ - ٢٠٠٥/٢٠٠٦

«بالمليون جنيه»

الإيرادات		النفقات			السنوات	
جملة (٢)	الاستخدامات الرأسمالية	الإيرادات الجارية	جملة (١)	الاستخدامات الرأسمالية		الاستخدامات الجارية
٤٩,١	٤٦٠,١	١٩٥٩,٠	٢٤٤٩,١	٦٤٠,١	١٨٠٩,٠	٢٠٠٢/٢٠٠١
٢٣٥٢,٠	٣٥٧,٠	١٩٩٥,٠	٢٢٠٢,٠	٣٥٧,٠	١٨٤٥,٠	٢٠٠٣/٢٠٠٢
٢٥٠١,٠	٤٠٨,٠	٢٠٩٣,٠	٢٣٠٦,٠	٤٠٨,٠	١٨٩٨,٠	٢٠٠٤/٢٠٠٣
٢٦٣٢,٠	٤٤٢,٠	٢١٩٠,٠	٢٤٠٥,٠	٤٤٢,٠	١٩٦٣,٠	٢٠٠٥/٢٠٠٤
٢٨٧,٠	٤٩٥,٠	٢٣٧٥,٠	٢٥٩٨,٠	٤٩٥,٠	٢١٠٣,٠	٢٠٠٦/٢٠٠٥

المصدر: مرصد الموازنة العامة وحقوق الإنسان (الهيئة العامة للتأمين الصحى ٢٠٠٦، حقائق وإحصاءات)، القاهرة، ٢٠٠٧.

وبالنظر لكون التأمين الصحى الاجتماعى يقوم على فكرة «التضامن» و«التكافل» بين فئات المتفعين والمشاركين المختلفة، بصرف النظر عن أعمارهم ووظائفهم، فإن لجوء البعض من الدارسين إلى التعامل مع كل فئة من المشاركين على حدة من زاوية الإيرادات والمصروفات (موظفين - طلاب - معاشات... إلخ)، واعتبار بعض هذه الفئات تلحق خسارة للهيئة، بسبب زيادة مصروفات علاجهم ورعايتهم الطبية على الإيرادات المتحصلة من اشتراكاتهم ومساهماتهم، ومن ثم التوصية بزيادة نسب الخصم وقيمة الاشتراك لهذه الفئة أو تلك، هى نظرة قاصرة وأسيرة للمفهوم الرأسمالى وآليات السوق أو الثمن، التى لا تصلح على الإطلاق ولا تتناسب مع مفهوم «التأمين التكافلى»، الذى هو جوهر ومناطق التأمين الصحى الاجتماعى<sup>(٢٩)</sup>.

وقد دفع ذلك كثيرًا من الجهات السياسية والتنفيذية والحزبية لعرض تصوراتهم

ومقترحاتهم بشأن كيفية تطوير نظام التأمين الصحى الاجتماعى، فقدمت لجنة السياسات التابعة للحزب الوطنى (الحاكم) اقتراحاتها بشأن قيمة الاشتراكات المتصورة فى نظام التأمين الصحى الاجتماعى فى أكتوبر من عام ٢٠٠٤، والذى يظهره الجدول التالى:

#### جدول رقم (٦٥)

#### قيمة الاشتراكات المقترحة لغير المؤمن عليهم فى هيئة التأمين الصحى

المجموعة العمرية	عددتها بالمليون	القسط الشهرى	القسط السنوى	إجمالى الاشتراكات (بالمليون جنيه)
- فوق ٦٠ سنة	١,٦	١٠	١٢٠	١٩٢
- ٤١ سنة إلى ٦٠ سنة	١١,٢	٨	٩٦	١٠٧٥
- ٢١ سنة إلى ٤٠ سنة	١١,٢	٥	٦٠	٦٧٢
- أقل من ٢٠ سنة	٩,٥	٢	٢٤	٢٢٨
المجموع	٣٣,٥	-	-	٢,٢ مليار جنيه

المصدر: نقلاً عن «عبد المنعم عبيد» الرعاية الصحية فى مصر بين سياسة التأمين الصحى الوطنى الشامل وسياسة السوق، مرجع سبق ذكره، ص ٥٠.

وإذا أضفنا إلى قيمة الاشتراكات المقدره قيمة المساهمات أثناء تقديم الخدمة البالغة حوالى ٦٠٠ مليون جنيه أخرى، فإننا نكون بصدد ٢,٨ مليار جنيه لتغطية الرعاية الصحية، وفقاً لنظام التأمين الاجتماعى الصحى كإيرادات متوقعة.

هذا فى حين قدرت ورقة لجنة السياسيات بالحزب الوطنى (الحاكم) تكاليف الرعاية الصحية لهؤلاء (٣٣,٥ مليون مواطن) بحوالى ٥,٢ مليار، وبالتالى يكون لدينا عجز إضافى قدره ٢,٤ مليار جنيه، وفقاً لأسعار ٢٠٠٤/٢٠٠٥.

وبحساب بسيط فمعنى هذا أن متوسط تكاليف الرعاية الصحية لهؤلاء الجدد تعادل حوالى ١٥٥ جنيهاً/ سنة (٥,٢ مليار جنيه ÷ ٣٣,٥ مليون مواطن).

وبالتالى، فإذا أخذنا بهذا المتوسط الحسابى لتكلفة الرعاية للمواطن فى نظام هيئة التأمين الصحى، فإن إجمالى هذه التكاليف لرعاية حوالى ٧٠ مليون مواطن (٣٦,٥ مليون مؤمن عليهم الآن + ٣٣,٥ مليون خارج مظلة التأمين الصحى) سوف تكون حوالى ١٠,٩ مليار جنيه سنوياً (وفقاً لتقديرات عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥)\*.

(\* (٧٠ مليون × ١٥٥ جنيهاً للفرد = ١٠,٩ مليار جنيه).

هذا في حين يقدر الدكتور عبد المنعم عبيد وآخرون متوسط تكلفة الرعاية الصحية الجيدة للمواطن المصرى فى نظام التأمين الصحى بحوالى ١٨٠ جنيهاً كل عام، بما يعنى الحاجة إلى ١٢,٦ مليار جنيه، فى حين أن إجمالى الاشتراكات والمساهمات أثناء العلاج لهذا العدد (المتنفعين والمقترح ضمهم إلى التأمين الصحى) لا يزيد عن حوالى ٥ مليارات جنيه كل عام .. فمن أين نسد هذا العجز المقدر بنحو ٦ مليارات جنيه إلى ٧ مليارات جنيه كل عام؟

والحقيقة أن مراجعة بنود الإنفاق الحكومى على قطاع الصحة، سواء التابع لديوان عام الوزارة أو لمديريات الشؤون الصحية بالمحافظات، أو فى الهيئات الخدمية الصحية، أو الهيئات الاقتصادية (دون هيئة التأمين الصحى) متضمنة العلاج على نفقة الدولة، يشير إلى أن إعادة الهيكلة الإدارية للقطاع الصحى، وإعادة الهيكلة المالية من شأنها تغطية الجزء الأكبر من هذا العجز وتوفير مظلة رعاية صحية كفئة وفعالة لكافة الفئات الاجتماعية والعمرية فى المجتمع المصرى، وهو ما سنتناوله تفصيلاً فى الفصل الخامس والأخير من هذه الدراسة.

#### رابعاً: مستوى الجودة ورضاء الجمهور والمنتفعين

برغم ما قدمته هيئة التأمين الصحى ومستشفياتها من خدمات متنوعة لجمهور المرضى المشتركين فيها والمنتفعين من خدماتها، وبأسعار تكاد تكون رمزية، فإن الشكوى لم تتوقف يوماً من سوء المعاملة أحياناً، سواء من الأطباء أو أطعم التمريض أو الإداريين، أو من تواضع جودة الرعاية الطبية ذاتها من عمليات أو وصفات علاجية أو غيرها.

ويتعارف الخبراء على أن لجودة الرعاية الصحية Quality ثلاثة أضلاع تتكامل معاً، وهى:

- ١- طبيعة المبنى الصحى وتجهيزاته.
- ٢- الكادر الطبى القائم على الخدمة المميزة من أطباء وتمريض.
- ٣- إدارة الخدمات، بدءاً من السكرتارية الطبية والإحصائية، وانتهاء بالتخطيط الإستراتيجى للخدمة<sup>(٣٠)</sup>.

وتكاد تتفق التقارير الرسمية الحكومية<sup>(٣١)</sup> وآراء الخبراء والعاملين فى الحقل الطبى والعلاجى على سوء وتواضع أداء الخدمة الطبية بوحدات التأمين الصحى منذ سنوات طويلة<sup>(٣٢)</sup>، برغم حيوية الدور الذى تقوم به الهيئة.

والحقيقة أن الدراسات العديدة التى أجريت على شكاوى المترددين على وحدات هيئة

التأمين الصحى - والتي تكاد تتشابه مع بقية الوحدات الصحية الحكومية - تكاد تنحصر فى محورين، أحدهما موضوعى، والآخر شخصى أو إنسانى<sup>(٣٣)</sup>:

#### ■ فعلى الصعيد الموضوعى:

١- تؤدى زيادة أعداد المرضى، وقلّة الوحدات الصحية، والكادر الطبى المتخصص إلى التزاحم؛ مما يترتب عليه حالة من التوتر فى العلاقة بين المرضى والكادر المعاون (التمريض والإداريين)، ومع الأطباء أنفسهم.

٢- تؤدى هاجس الحاجة إلى ضغط النفقات - خاصة بند صرف الأدوية - إلى عدم تلقى المريض العناية الواجبة من مستلزمات ودواء، مع عدم استبعاد لجوء بعض المرضى إلى التلاعب فى الأدوية التى يحصلون عليها، وبيعها فى الأسواق.

٣- يؤدى تواضع الأجور والمرتبات للعاملين فى هذه الهيئة، وقيمة الزيارة أو الكشف للأطباء الاستشاريين من خارج الهيئة إلى ابتسار الكشف، وتنامى الإحساس لدى المرضى بأنهم لا يلقون العناية الواجبة، سواء من الممارس العام أو الإخصائى، أو حتى الأستاذ والاستشارى.

٤- ضعف أجهزة التفتيش المدققة داخل هيئة التأمين الصحى - وغيرها من الوحدات الصحية الحكومية - وحرصها على تطبيق مبدأ الثواب والعقاب، والتزام أجهزة التفتيش تلك بالحياد والموضوعية.

٥- ضعف دور إدارات تلقى الشكاوى والمقترحات داخل هذه الوحدات الصحية؛ مما يؤدى إلى انقطاع الصلة الرقابية الضرورية بين مقدمى الخدمة ومتلقيها.

#### ■ وعلى الصعيد الشخصى أو الإنسانى:

١- أول ما يواجهنا هو سيادة نظرة استعلائية لدى العاملين فى جهاز الخدمة المدنية الحكومية عمومًا إزاء الجمهور، ولدى مقدمى الخدمة الطبية المجانية أو شبه المجانية لجمهور المرضى خصوصًا، وهو «مرض ثقافى» عضال يحتاج إلى ثورة حقيقية فى ثقافة الخدمة العامة عمومًا، وخدمة المرضى خصوصًا.

٢- ويؤدى غياب برامج تخصصية ملزمة ودورية وذات متابعة عملية للعاملين فى هذا الحقل، سواء فى طرق إدارة المستشفيات والوحدات الصحية، أو أساليب الخدمة التمريضية الإنسانية، أو غيرها إلى استمرار أوجه القصور القابع على أرضية التعالى والاستعلاء المزمنة.

## هوامش الفصل الثالث

(١) انظر في تفاصيل ذلك:

- عبد الخالق فاروق «جذور الفساد الإدارى فى مصر»، القاهرة، دار الشروق، ٢٠٠٩  
وكذلك.

- عبد الخالق فاروق «كم ينفق المصريون على التعليم»، القاهرة، دار العين، ٢٠٠٩.

- عبد الخالق فاروق «الفساد فى مصر.. دراسة اقتصادية تحليلية»، القاهرة، مكتبة  
العربى للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩.

- عبد الخالق فاروق «اقتصاديات الفساد فى مصر»، مكتبة الشروق الدولية القاهرة-  
٢٠١١م.

(٢) انظر فى هذا: فردريك إنجلز «أحوال الطبقة العاملة فى إنجلترا» القاهرة، دار الثقافة  
الجديدة، بدون تاريخ.

The Economist ,July 6,1991(٣)

The Economist, November 16,1991 (٤)

The Economist June 15,1991, (٥)

July 6,1991 ,The Economist (٦)

Op.Cit (٧)

Op.Cit (٨)

The Economist July 6,1991, (٩)

Op.Cit (١٠)

Op.Cit (١١)

The Economist July 6,1991, (١٢)

Op.Cit (١٣)

The Economist June 15,1991, (١٤)

Op.Cit (١٥)

- (١٦) د. هبة نصار «الإنفاق الاجتماعى على الصحة... رؤية وتقييم عام» واردة فى كتاب «الحالة الصحية والخدمات الصحية فى مصر... دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية»، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، الطبعة الثانية، ٢٠٠٥، ص ٨٧.
- (١٧) لمزيد من التفاصيل حول هذا المفهوم راجع: عبد الخالق فاروق «البطالة بين الحلول الجزئية والمخاطر المحتملة» القاهرة دار المحروسة، ٢٠٠٤، ص ٥٩ وما بعدها.
- (١٨) د. محمد رؤوف حامد، فى حوارات مع جرائد المصرى اليوم (٢٠٠٨/٢/١٥)، والدستور (٢٠٠٨/١/٢٧)، والبديل (٢٠٠٧/١٢/٨)، والأهالى (٢٠٠٨/٢/٢٧)، والأهالى (٢٠٠٨/٣/١٩)، والعالم اليوم (٢٠٠٨/٣/٢٤)، والأهرام الاقتصادى (٢٠٠٨/٥/٥)، والأهالى (٢٠٠٨/٥/٢٨)، وجريدة الكرامة (٢٠٠٨/٦/٢)، وجريدة الموقف المصرى (٢٠٠٨/٦/٣).
- (١٩) د. سمير فياض، المرجع السابق.
- (٢٠) د. سمير فياض، المرجع السابق.
- (٢١) د. محمد حسن خليل و د. علاء شكر الله «مستقبل التأمين الصحى فى مصر»، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، ٢٠٠٧.
- (٢٢) د. محمد حسن خليل و د. علاء شكر الله (وآخرون) «لقاء خبراء نحو بناء سياسة صحية بديلة»، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، التعاون مع مؤسسة هنريخ فون ديش بل، ٢٠٠٩.
- (٢٣) هيئة التأمين الصحى، تقارير المتابعة السنوية.
- (٢٤) القرار الجمهورى رقم (١٠) لسنة ١٩٦٧، الجريدة الرسمية العدد (٦٠) بتاريخ ١٩٦٧/٥/١١.
- (٢٥) هيئة التأمين الصحى، تقارير المتابعة لعام ٢٠٠٤/٢٠٠٥.
- (٢٦) د. سمير فياض، مرجع سبق ذكره.
- (٢٧) د. سمير فياض، مرجع سبق ذكره، ص ٣٩٦.
- (٢٨) د. سمير فياض، مرجع سبق ذكره، ص ٢٤١.
- (٢٩) من القائلين بذلك د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٤٠٣ - ٤٠٧ وكذلك ورقة لجنة السياسات بالحزب الوطنى المقدمة إلى مؤتمر الحزب بتاريخ أكتوبر ٢٠٠٤.

(٣٠) المجالس القومية المتخصصة، المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية، تقرير بعنوان «نحو منظومة وطنية متكاملة للخدمات الصحية»، الدورة (٢٨)، القاهرة، ٢٠٠٧/٢٠٠٨ كتاب برقم (٣٦٣)، ص ٢٢.

(٣١) التقرير السابق، وكذلك تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية، بعنوان «السياسة الصحية»، القاهرة، دور الانعقاد العادى التاسع، سبتمبر ١٩٨٨ / يونيو ١٩٨٩ / ص ٧٥ وما بعدها.

(٣٢) انظر آراء مجموعة من الخبراء وأساتذة الطب فى أعمال الندوة التى نظمتها جمعية التنمية الصحية والبيئية بالتعاون مع مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية بجريدة الأهرام، فبراير ٢٠٠٧ ومنشورة فى كتاب: د. إيمان حسن (محرر) «واقع ومستقبل الخدمات الصحية فى مصر»، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، ٢٠٠٧.

(٣٣) دراسة بعنوان «حول اتجاهات الرأى العام للخدمات الصحية فى مصر» نشرت بنشرة المعلومات لوزارة الصحة، عدد يوليو ١٩٨٦ وتضمنت فحص ٧٩٠، ٤٣ شكوى من المواطنين.

\* \* \*