

الفصل الرابع

الإنفاق العائلي على الرعاية الصحية
في مصر

تعتبر دراسات حساب تكاليف العلاج أو الرعاية الصحية عمومًا من أصعب الموضوعات وأكثرها تعقيدًا في فروع علم الاقتصاد والعلوم المالية، خاصة في مجتمع يتسم بضعف البنية الإحصائية القومية والقطاعية من ناحية، وبسبب تعدد أنظمة الرعاية الصحية والعلاجية من ناحية أخرى، وعدم وجود نظم محاسبية موحدة لحساب مصفوفة التدفقات المالية بين مكونات هذه النظم من ناحية ثالثة، ثم أخيرًا بسبب زيادة مساحة وانتشار ما نطلق عليه «مدفوعات الظل - Shadow Payments» داخل أنشطة هذا القطاع، أو ما يسمى ممارسات الفساد Corruption أو الأنشطة الموازية.

ربما كانت هذه المشكلة، أقل حدة قبل منتصف عقد السبعينيات، حينما كانت روافد الإنفاق على الرعاية الصحية شبه محصورة ومحددة، سواء فيما يرد من اعتمادات ونفقات وزارة الصحة والقطاعات الحكومية الصحية عمومًا، أو في مبالغ الاشتراكات التي يساهم بها الأفراد والجماعات في النظام الصحى السارى من القطاعين الحكومى أو الخاص. أما بعد هذا التاريخ فقد تنوعت أنشطة الرعاية الصحية، وزاد إسهام القطاع الخاص والاستثمارى، كما لجأت الحكومة ووحدات وزارة الصحة إلى التوسع في التخصصة الجزئية للخدمة الصحية، عبر ما يسمى «نظام العلاج بأجر»، بالإضافة إلى انتشار أشكال أخرى للدفع من جانب الأفراد وذوى المرضى للحصول على الخدمة العلاجية المطلوبة.

وبتعدد شبكة المدفوعات تلك وتعدد مصادرها، بدأت الأجهزة الرسمية المختصة في دراسة الوضع الصحى في مصر منذ منتصف الثمانينيات، للتعرف إلى الأوضاع الصحية عمومًا، وأشكال المدفوعات، ودرجة رضا جمهور المرضى على الخدمة الصحية المقدمة من جانب الوحدات الصحية الحكومية وغير الحكومية.

وقد بدأ أول مسح صحى ديموجرافى (D.H.S) Demographic Health Survey عام ١٩٨٨، ثم تكرر فى عام ١٩٩٢ وعام ١٩٩٥ وعام ٢٠٠٠، بالإضافة إلى مسحين محدودى العدد نسبيًا عامى ١٩٩٧ و١٩٩٨ خاصين بالمراهقين، وتجرى أجهزة الإحصاء بالتعاون مع وزارة الصحة هذه المسوح الإحصائية كل عدة سنوات؛ بحيث أصبحت هذه المسوح مرجعية أساسية للتعرف إلى الأحوال الصحية؛ نظرًا لكبر حجم العينة المستخدمة فيها (١٦ ألف أسرة فى مسح عام ٢٠٠٠، و٤٨ ألف أسرة عام ٢٠٠٥).

كما انتظم الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في إعداد مشروع عن الإنفاق الأسرى كل عدة سنوات، ونشطت من جهة أخرى عملية تنظيم وعقد المؤتمرات المحلية والدولية في مصر لمناقشة بعض القضايا المرتبطة بقطاع الصحة مثل «مؤتمر السياسات والإستراتيجيات الصحية في مصر، (١٩٩١)» و «مؤتمر الاستخدام الرشيد للأدوية (١٩٩٣)» و «مؤتمر التأمين الصحي الاجتماعى عام ٢٠٠٣» وغيرها.

ودخلت على الخط مؤسسات تمويلية دولية ذات أجندات رأسمالية محضة، مثل البنك الدولي IB، وهيئة المعونة الأمريكية U.S.Aid اللتين مولتا دراسات وأبحاث عديدة، ووضعت برامج عمل مثل برنامج استعادة النفقات Cost Recovery من أجل تعزيز مسيرة الخصخصة الجزئية لقطاع الصحة الحكومية، والإسراع به نحو الخصخصة الكاملة^(١)، كما وضع مشروع سيناريوهات لما سمي الإصلاح الصحى عام ١٩٩٨ بالتعاون بين هيئة المعونة الأمريكية ووزارة الصحة المصرية لنفس الهدف والغاية.

وقد حظى موضوع «الإنفاق العائلى» على الرعاية الصحية والعلاجية باهتمام معظم هذه الدراسات والمسوح الإحصائية، وإن ظل الطابع الغالب عليها جزئياً وغير شامل. كما ركزت السياسات والبرامج المقترحة على كيفية إجراء عملية «إزاحة اجتماعية» جديدة، بمعنى كيفية تخفيف العبء على الموازنة العامة للدولة، ونقل هذا العبء جزئياً أو كلياً على الأفراد والجماعات ومؤسسات الأعمال عموماً، وفي هذا السياق جاء الحديث حول ضرورة «خصخصة هيئة التأمين الصحى» كأولى الخطوات الحازمة والحاسمة في هذا البرنامج، تمهيداً للتوسع فيما بعد إلى مجال المستشفيات التابعة لوزارة الصحة أو لغيرها من الوحدات الصحية الحكومية الأخرى. على أن يقتصر دور الدولة على مجرد تمويل الخدمة - مع تقليص حزمة الخدمات الصحية المقدمة - والامتناع عن تقديم الخدمات الصحية، وتركها بالكامل للقطاع الخاص الصحى.

على أية حال.. سوف نتعرض في المبحث الأول من هذا الفصل إلى تلك الاجتهادات والتقديرات، التى قدمها عدد من الخبراء والمتخصصين فى الحقل الطبى، وعلى نتائج وتقديرات المسوح الإحصائية الصحية بشأن الإنفاق الفردى والعائلى على الرعاية الصحية التى قام بها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، ثم نتقل منها إلى المبحث الثانى، حيث نقدم اجتهادنا بشأن هذا الموضوع، مستخدمين فى ذلك بعض المؤشرات الدالة حول هذا الجزء الغاطس من إنفاقنا القومى.

المبحث الأول

التقديرات الأولية حول الإنفاق العائلي على الرعاية الصحية



تنوعت وتعددت التقديرات والاجتهادات التي قدمها عدد من الاقتصاديين أو الخبراء العاملين في الحقل الطبي، كما قدمت بعض الأجهزة الرسمية الحكومية دراساتها حول إنفاق الأسر على الرعاية الصحية، كما أعدت مجموعة عمل داخل وزارة الصحة والسكان وبتمويل من هيئة المعونة الأمريكية US AID والبنك الدولي والمفوضية الأوروبية ثلاث دراسات دورية حول الحسابات القومية الصحية في مصر (NHA) على مدى ثلاث دورات (١٩٩٢/٩١، و١٩٩٥/٩٤، و٢٠٠١/٢٠٠٢)، وكانت في كل مرة تسعى لتعديل وتطوير أدوات قياسها وحسابها في موضوع بطبيعته، يتسم بدرجة عالية من عدم الدقة في مصادر بياناته ومعلوماته.

وبقدر تعدد وتنوع هذه الاجتهادات والدراسات، بقدر ازدياد الغموض والالتباس في الوصول إلى تقدير أكثر موضوعية واقتراباً إلى معطيات الواقع الحقيقي والمعاش.

لقد جاءت بعض هذه التقديرات نتاجاً لانطباعات شخصية أو تقديرات ذاتية لأصحابها، دون اتباع الوسائل العلمية المناسبة لاستخلاص التقديرات والنتائج طبقاً لأساليب علم الاقتصاد وفروعه المختلفة، مثل مناهج الاقتصاد القياسي وأساليبه، أو نماذج لتحليل مصفوفة التعاملات والتدفقات النقدية بين القطاعات المالية والاقتصادية المختلفة، أو حتى انتهاج أسلوب «نماذج المحاكاة - Simulation Models» أو غيرها من الأساليب والوسائل.

فالدكتور «سمير فياض» - على سبيل المثال - في إطار تصوره لوسائل التعرف إلى الإنفاق العائلي على الرعاية الصحية، استبعد استخدام بيانات عدد المترددين على الوحدات والمستشفيات العامة أو الخاصة، بينما اعتبر أن هناك وسيلتين وحيدتين لهذا، وهما:

الأول: تجميع المعلومات الخاصة بإيرادات مقدمى الخدمة الصحية.

الثانية: أو من المسوح الخاصة بإنفاق مستهلكى هذه الخدمة بالدفع من جيوبهم^(٢).

بل وذهب إلى أن هناك صعوبة في إمكانية الفصل بين التمويل من جيوب الأفراد out of pocket، والتمويل من المصادر الحكومية وموارد أصحاب الأعمال والنقابات، وغيرها.

هذا في حين اعتمدت دراسات المسوح الإحصائية التى قام بها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، فى إطار مشروعه الدورى حول «بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك» للقطاع العائلى أو الإدارة المركزية للتخطيط ومركز المعلومات بوزارة الصحة على أسلوب «العينة - Samples» بكل ما يصاحبه عادة من بعض التحيزات - لأعلى أو لأدنى - وعدم شمولها لكل جوانب وعناصر التقدير والحساب.

ويعيب هذا النوع من المسوح كأساس للتقدير ميلها أحياناً كثيرة للتهوين من هذا الإنفاق، فمعظم الدارسين لمسوح عام ١٩٩٠، الذى قام به الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء^(٣) أشاروا إلى ما عاب هذا المسح من تقليل حجم هذا الإنفاق العائلى بنحو ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من الحجم الحقيقى للإنفاق الأسرى على الرعاية الصحية، كما أن دراسات أخرى مثل (دراسة كمبريكوس وأولدهام) عام ١٩٩٢ اقتصرت العينة المأخوذة على جزء حصرى من محافظة الجيزة فقط؛ مما استحال معها اعتبارها معبرة عن واقع هذا الإنفاق العائلى.

جدول رقم (٦٦)

تقديرات المسوح الثلاثة للإنفاق العائلى

١٩٩٥/١٩٩٤ - ١٩٩٢ - ١٩٩١/١٩٩٠

البند	التعبئة	كمبريكوس	Ehhues
حدود العينة	مستوى قومى	حضر الجيزة	مستوى قومى
سنة الإحصاء	١٩٩١/١٩٩٠	١٩٩٢	١٩٩٥/١٩٩٤
الإنفاق السنوى بالجنيه للأسرة بالحضر بالقيمة الاسمية (بالجنيه)	٢٣٤	٣٧٥	٧٤٤
الإنفاق السنوى للأسرة بالريف بالقيمة الاسمية (بالجنيه)	١٤٨	٠٠٠	٤٠٠

١٠٨	٧٣	٣٣	معدل الإنفاق للفرد على المستوى القومى بالقيمة اسمية (بالجنيه)
٦٣	٣٩	٣٣	معدل الإنفاق للفرد بالجنيه على المستوى القومى (قيمة ثابتة للعام المالى ١٩٩٠)

المصدر: حسابات الصحة القومية - ١٩٩٥ NHA - نقلاً عن «د. سمير فياض» ص ٤٢٠.

وقد قام مشروع «توفير المعلومات لصناعة القرار DDM» المدعوم من جامعة هارفارد بتمويل من هيئة المعونة الأمريكية، بمحاولة للتقريب بين نتائج الباحثين، كما يوضحه تقرير حسابات الصحة القومية بالإنفاق المئين فى مسح التعبئة للعام المالى ١٩٩٠، يتضح ضرورة تصحيح أرقام التعبئة عن الإنفاق الدوائى، من ١٠٠١ مليون جنيه فى العام المالى ١٩٩٠ إلى ١٢٤٥ مليون جنيه، فى عام ١٩٩٥ وأيضاً، تعديل قيمة الدفع من جيوب المواطنين كعلاج بأجر «اقتصادى» فى المستشفيات الحكومية من ٤٣ مليوناً إلى ٦٣ مليون جنيه. ويلاحظ أن التعديل يتم بواقع ٢٠٪ فقط فى جميع البنود فى الجدول؛ استناداً إلى أن الزيادة فى استهلاك الدواء هى التى استخدمت لأغراض التعديل فى بنود ذلك الجدول^(٤).

جدول رقم (٦٧)

مقارنة بين الإنفاق المقدم من التعبئة والإحصاء والبيانات المجمعة فى وزارة الصحة
(فى البنود ١، ٢، ١٢ من الجدول التالى)

اسم السلعة أو الخدمة	تقدير التعبئة بالمليون	تجميع الصحة	٪ بين الاثنين
الأدوية المعطاة بانتظام وبغير انتظام	١٠٠١	١٢٥٤	٨,٠٪
إنفاق عائل فى المستشفيات الحكومية	٤٣	٦٣	٦٨,٠٪

* بيانات تقديرية محسوبة عن العام المالى ١٩٩٠، حسابات الصحة القومية عام ١٩٩٥، نقلاً عن د. سمير فياض، مرجع سابق ص ٤٢١.

والجدول التالى يوضح ما يتم من خدمة وأدوية مشتتة، بما يصل بقيمة الإنفاق الصحى بعد التعديل إلى ٢٣٧٠ مليون جنيه، بدلاً من ١٨٩٦ مليون جنيه (بما فيها إنفاق اشتراكات التأمين الصحى).

جدول رقم (٦٨)

التقدير المصحح للإنفاق العائلي في الصحة في الدراسة المقدمة من التعبئة والإحصاء
«بالمليون جنيه»

م	اسم السلعة أو الخدمة المشتراة	الإنفاق القومي	
		قبل التعديل	بعد التعديل
١	الأدوية المنتظمة التعاطى	٤٨٨	٦١٠
٢	الأدوية غير المنتظمة	٥١٣	٦٤١
٣	أتعاب الأطباء	٢٩٣	٣٦٦
٤	أتعاب الاختبارات الطبية	٧٨	٩٨
٥	أتعاب الفحوص الإشعاعية	٣٠	٣٨
٦	المناظير والقساطر	٣	٤
٧	أتعاب رسم القلب	٨	١٠
٨	المساعدات الطبية (عدسات/ ساعات...)	٣١	٣٩
٩	أتعاب الغسيل الكلوى	١٧	٢٢
١٠	المستلزمات (القطن/ الشاش/ الحقن...)	٤٦	٥٨
١١	أتعاب أطباء الأسنان	٢٤	٢٩
١٢	إنفاق في المستشفيات الحكومية	٤٤	٥٤
١٣	إنفاق في المستشفيات الاستشارية	١٠٥	١٣١
١٤	إنفاق في مستشفيات التأمين الصحى	٩	١٢
١٥	أتعاب الولادة (طب شعبى - القابلة)	١٠	١٢
١٦	إنفاقات خدمات طبية أخرى	٣٣	٤١
١٧	اشتراكات التأمين الصحى	١٦٤	٢٠٥
	إجمالى الإنفاق العائلى	١٨٩٦	٢٣٧٠
	إجمالى الإنفاق العائلى بدون اشتراكات التأمين الصحى	١٧٣٢	٢١٦٥

المصدر: حسابات الصحة القومية في مصر - ١٩٩٥، نقلًا عن د. سمير فياض، ص ٤٢٢.

وبتعديل ثمن الخدمات المقدمة (غير الدواء والمستلزمات) برفعها بما يعادل ١٥٪ عما ورد بدراسة التعبئة، فإن قيمة إنفاق القطاع العائلى في عام ١٩٩٠ تصل إلى ٢٣٠٢ مليون جنيه، أى ٤٤ جنيهًا للفرد في القطاع العائلى في ١٩٩٠، كما يتضح من الجدول التالى^(٥):

جدول رقم (٦٩)
التقدير النهائي المعدل لحسابات التبعة للإنفاق الصحي العائلي
في العام المالي ١٩٩٠
«القيمة بالمليون جنيه»

النسبة المئوية %	القيمة	البند
٥٤%	١٢٥١	مفردات الأدوية
٣٦%	٨٢١	حصة العيادات الخارجية
١٠%	٢٣٠	حصة القسم الداخلي
١٠٠%	٢٣٠٢	الإنفاق الإجمالي

المصدر: حسابات الصحة القومية في مصر - ١٩٩٥، نقلًا عن د. سمير فياض، ص ٤٢٢.

ويعيب رؤية «د. سمير فياض» مسألتان:

الأولى: تواضع الإطار المنهجي المستخدم في تقدير الإنفاق العائلي على الرعاية الصحية، وحصره في إطار المسوح الإحصائية المشار إليها، برغم الأهمية القصوى لمدفوعات المرضى وأسره في زيارة العيادات الخارجية والتردد عليها في المستشفيات العامة.

الثانية: استبعاده منذ اللحظة الأولى ما نسميه «مدفوعات الظل - Shadow Payments» أو بتعبير آخر ممارسات الفساد داخل هذا القطاع، سواء ممارسة أطباء وأساتذة كبار أو ممرضات أو إداريين أو حتى عمال وتمرجية، وهي مدفوعات.

لا بد من إدخالها في مصفوفة حسابات وتدفقات الدخول والإنفاق في القطاع الصحي.

أما «د. عبد المنعم عبيد» فيشير في دراسته إلى أن حجم نفقات القطاع العائلي على الصحة تقدر سنويًا بحوالي ٢٠ مليار جنيه، نصفها تقريبًا من الجيب الخاص للمواطنين، والنصف الباقي من الضرائب العامة أو اشتراكاتهم السنوية في هيئة التأمين الصحي وغيرها من المؤسسات العلاجية^(٦).

أما «د. هبة نصار»؛ وبعد أن عدت أسباب صعوبات هذا النوع من الدراسات، تشير إلى أن الإنفاق العائلي على الصحة عام ١٩٩٦/٩٥ قد بلغ ٣٦٧٦,٧ مليون جنيه، بالإضافة إلى ١٣٠ مليون جنيه أخرى عبارة عن اشتراكات الموظفين لدى هيئة التأمين الصحي؛ بحيث شكلت نسبة الإنفاق العائلي على الصحة ذلك العام حوالي ١,٩٪ من الناتج المحلي الإجمالي.

.G.D.P.^(٧)

بينما تشير المسوح الإحصائية التي قامت بها وزارة الصحة بتمويل وتعاون مع هيئة المعونة الأمريكية والبنك الدولي عام ١٩٩٦/٩٥؛ إلى أن متوسط الإنفاق العائلي على الرعاية الصحية قد بلغ ٥٠٤ جنيهات ذلك العام (بمتوسط ٩٨,٣ جنيه للفرد) موزعاً بين:

* ٥٤٪ لشراء الأدوية.

* ٣٦٪ للإنفاق على الرعاية الطبية بالعيادات الخارجية.

* ١٠٪ على الرعاية الطبية الداخلية أو بالأقسام الداخلية^(٨).

أما تقدير الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء، وفقاً لمسوح الدخل والإنفاق والاستهلاك الذي أعده لذلك العام، فيشير إلى أن متوسط إنفاق الفرد على الرعاية الصحية قد بلغ ٣٩ جنيهاً في الريف و٦٢,٢ جنيه في المناطق الحضرية، وهو ما دفع «د. هبة نصار» إلى التأكيد على أن هذا التقدير غير دقيق ومتحيز إلى الأدنى؛ استناداً إلى فرضية أن تكاليف الأدوية وحدها على المواطن المصرى تقدر بنحو ٥٥ جنيهاً في ذلك العام، وإذا كان شراء الدواء يشكل حوالى نصف تكاليف العلاج على الفرد، فمعنى هذا أن تكاليف الرعاية الصحية تقدر في ذلك العام بنحو ١١٠ جنيهات، وليس ٣٩ جنيهاً أو ٦٢,٢ جنيه كما يشير الجهاز المركزي للإحصاء^(٩)، لعل هذا التباين الواسع في التقديرات، كان وراء الارتباك والتناقض والالتباس الذى صاحب عرض وتقييم بعض الخبراء والعاملين في حقل الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، قدم «د. سمير فياض» وهو رئيس سابق لهيئة المؤسسات العلاجية لعدة سنوات، وأحد النشطاء البارزين في حقل العمل العام- تقديراته المتناقضة تلك في عمله المهم «الصحة في مصر»، فبينما يشير في موضع من كتابه إلى أن المسوح قد أظهرت أن الفئات الدنيا تنفق ٥٪ من دخلها سنوياً على شراء الأدوية (أى ما يعادل ٣٦٢ جنيهاً) عام ١٩٩٦، فإن الفئات العليا تنفق حوالى ٣٪ فقط من دخلها على شراء الأدوية (بما يعادل ٣٤٥٦ جنيهاً للفرد)^(١٠)، فإنه يعود في موضع آخر للقول بأن متوسط استهلاك الفرد في مصر من الأدوية يقدر بنحو ٥٠ جنيهاً سنوياً^(١١)!!

بل ويعود في مقطع ثالث للقول بأن نسبة الأدوية المشتراة بمعرفة محدودى الدخل حوالى ١١٪ من دخلهم السنوى، بينما لا تمثل سوى ١٪ فقط من دخل الأسر عالية الدخل^(١٢)!!..

في حين أن المسوح الإحصائية ذاتها أظهرت أن ٦٠٪ من حجم مبيعات الأدوية في الصيدليات الخاصة سنوياً تباع بدون تذكرة طبية^(١٣).

هذا التضارب والتناقض في استخلاص النتائج يعود إلى عدم وضوح منهج التقدير والتقييم، وغياب انضباط صارم في الأسلوب العلمى المعتمد.

خذ أيضًا تقدير «د. سمير فياض» وبعض المسوح الإحصائية التي قامت بها وزارة الصحة حول حجم ووزن المنظمات الأهلية الصحية في الإنفاق العائلي على الرعاية الصحية؛ حيث تشير هذه المصادر إلى أن الإنفاق على الصحة عام ١٩٩٦/٩٥ قد بلغ ٧,٥ مليار جنيه، منها حوالى ٥١٪ ينفقها القطاع العائلي والأفراد، مقابل ٤٦٪ تنفقها الوحدات الحكومية^(٤)، وتشير نفس المصادر أن هذا الإنفاق العائلي المقدر بحوالى ٤٢٧٥ مليون جنيه في ذلك العام (٧,٥ مليار جنيه × ٥٧٪) يوزع على النحو التالى:

- شراء الأدوية من الصيدليات الخاصة (٣٠٪).

- العيادات الخاصة والمستشفيات الخاصة (٢٣٪).

- مقدمو خدمة آخرون غير هادفين للربح (٣٪).

- المنظمات الأهلية الصحية (١٪).

والحقيقة أن هذا التقدير لو أخذنا به، فمعنى هذا أن إجمالى المبلغ الذى تنفقه الأسر والأفراد داخل المنظمات الأهلية الصحية (وعدها يزيد عن ١٢٠٦ مستشفيات ومستوصفات) لا يتعدى فى ذلك العام ٤٢٨ مليون جنيه فقط لا غير...!!

والمدهش أن هذا المبلغ المقدر للإنفاق العائلي على الرعاية الصحية يكاد يكون ثابتًا عبر الزمن، فقد قدر عام ١٩٩٩/٢٠٠٠ بحوالى ٧ مليارات جنيه، على اعتبار أن متوسط الإنفاق الفردى على الصحة قدر بحوالى مائة جنيه فى ذلك العام^(٥)، وهنا ينبغى التوقف عند أكثر هذه المسوح الإحصائية ذيوغًا وانتشارًا وانتظامًا، والتي يعتمد عليها معظم هؤلاء الدارسين الذين اهتموا بالإنفاق على الرعاية الصحية خلال السنوات العشر الأخيرة، وهى «مسوح الدخل والإنفاق والاستهلاك» التى يقوم بها بصفة دورية الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، وكان آخرها مسح عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ الصادر فى سبتمبر من عام ٢٠٠٦، فماذا قدم هذا المسح الإحصائى الجديد؟

لقد جرى هذا المسح على عينة واسعة نسبيًا، شملت حوالى ٤٧,١ ألف أسرة بعدد أفراد يقدر بنحو ٢٠٧ آلاف شخص، وزعوا بين سكان بالحضر (٤٣,٤٪) ومقيمين بالريف (٥٦,٦٪)، وروعى فى هذه العينة أن تمثل مختلف الفئات، من حيث مستوى الدخل ومستوى المعيشة^(٦).

وقد تفاوتت مبالغ الإنفاق العائلي على الرعاية الصحية بين سكان الريف وسكان الحضر،

وكذلك بين أصحاب فئات الدخل المختلفة، وجاء هذا التفاوت واسعاً وملحوظاً، وقد توزعت عناصر الإنفاق على ثلاثة بنود أساسية، هي:

١- المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية.

٢- خدمات مرضى العيادات الخارجية.

٣- خدمات المستشفيات^(١٧).

وهي كما هو واضح بنود واسعة، تشتمل على طيف واسع من العناصر، بحيث أصبح من الصعب التعرف بدقة إلى أوجه الإنفاق التفصيلية على العلاج لدى المصريين، مثل الدواء وعمليات التحليل والتشخيص والرعاية الخارجية، أو الإنفاق على الإقامة داخل المستشفيات نفسها... إلخ.

وتبين من نتائج أحدث مسح «للدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠٠٤/٢٠٠٥» والمنشورة في سبتمبر عام ٢٠٠٦ مجموعة من الحقائق الأساسية والملاحظات، أهمها:

أولاً: لقد جرى المسح وفقاً لتقسيم فئات الإنفاق الرئيسية والفرعية، طبقاً لعشرة أنواع من التقسيمات، هي:

١- نوع المسكن، سبعة مستويات (شقة - أكثر من شقة - فيلا... إلخ).

٢- عدد الغرف بالمسكن أربعة مستويات (غرفة واحدة، اثنان... إلخ).

٣- وفقاً لمتوسط عدد الأفراد بالغرفة، خمسة مستويات (أقل من فرد، فرد... إلخ).

٤- وفقاً لفئات الدخل السنوي للأسرة ٢٠ مستوى، هي (أقل من ألف جنيه.. حتى أكثر من مائة ألف جنيه).

٥- وفقاً لحجم الأسرة، سبعة مستويات، هي (فرد واحد، فردان.. حتى أكثر من ثمانية أفراد).

٦- وفقاً لفئات السن لرب الأسرة، ١١ مستوى، هي (أقل من ٢٠ سنة.. حتى أكثر من ٦٥ سنة).

٧- وفقاً للحالة الزوجية لرب الأسرة، ستة مستويات، هي (أقل من السن، لم يتزوج قط، مطلق... إلخ).

٨- وفقاً للحالة التعليمية لرب الأسرة، ستة مستويات، هي (أمى، يقرأ ويكتب... إلخ).

٩- وفقاً للحالة العملية لرب الأسرة، ثمانية مستويات، هي (يعمل بأجر نقدي، صاحب عمل... إلخ).

١٠- وفقاً لقطاع العمل لرب الأسرة، تسعة مستويات هي (حكومي، خاص، تعاوني، هيئات... إلخ).

ثانياً: وجرى كل هذا للأسرة في ثلاث مجموعات، هي:

- أسر في حضر الجمهورية.

- أسر في ريف الجمهورية.

- متوسط أسر جملة الجمهورية.

ثالثاً: كانت جملة النتائج فيما يتعلق بإنفاق الأسرة على الرعاية الصحية على النحو التالي:

جدول رقم (٧٠)

نتائج المسح الخاص بالإنفاق على الرعاية الصحية للأسر المصرية عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ «بالجنيه»

المجموعة	ريف	حضر	جملة الجمهورية
- المنتجات والأجهزة الطبية	١٦٥,٧	٣١٠,٦	٢٣٣,٤
- خدمات مرضى العيادات الخارجية	١١٥,٥	٢٣٢,٨	١٧٠,٣
- خدمات المستشفيات	٣٣,٢	٦٨,٢	٤٩,٥
الإجمالي	٣١٤,٣	٦١١,٦	٤٥٣,١

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، «بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠٠٤/٢٠٠٥» المجلد الثاني، خصائص الأسرة والأفراد والظروف السكنية، القاهرة، سبتمبر ٢٠٠٦، من ص ١٠ إلى ص ١٩١.

بيد أن هذا لا يعكس بوضوح مقدار التباين والتفاوت الكبير في إنفاق الأسر المصرية على الرعاية الصحية والعلاجية، وفقاً لوضعها الاجتماعي والاقتصادي والمعيشي، سواء في الريف أو في المدن، فعلى سبيل المثال إذا أخذنا فئات الإنفاق السنوي للأسرة وفقاً لفئات دخل رب الأسرة، نجد أن هذا الإنفاق على الرعاية الصحية يبدأ من ٩, ٩٢ جنيه لأسرة دخلها أقل من ألفي جنيه سنوياً، ويتدرج صعوداً حتى يصل إلى ٥٧٢٧ جنيهًا للأسرة التي دخلها السنوي

أكثر من مائة ألف جنيه، برغم أن متوسط أسر الجمهورية تعطينا نفس المتوسط (١, ٤٥٣ جنيه) وهذا الرقم الأخير غير معبر بدقة عن الطبيعة الحقيقية للإنفاق (العائلي) على الرعاية الصحية والعلاجية، بدون الأخذ بعين الاعتبار البيانات التفصيلية - وليس المجمعة - لهذا الإنفاق وفقاً لفئات التقسيم المعمول به في هذا المسح الإحصائي الكبير.

فإذا كانت نتائج تعداد عام ٢٠٠٦ تشير إلى أن عدد الأسر في مصر قد بلغت ٣, ١٧ مليون أسرة، بمتوسط ٢, ٤ فرد للأسرة الواحدة، منهم ٥٢, ٩ مليون أسرة بالريف (بواقع ٥٧٪) و ٦, ٧ مليون أسرة في المدن والحضر (بنسبة ٤٣٪)، فمعنى هذا أن ما تتحمله الأسر المصرية للرعاية الصحية في ذلك العام سيكون وفقاً للمعادلة:

إنفاق الأسر المصرية على الرعاية الصحية

(عدد الأسر في الريف × متوسط إنفاق الأسرة على الصحة) + (عدد الأسر في الحضر × متوسط إنفاق الأسرة على الصحة)

$$= (٩, ٥٢ \text{ مليون أسرة} \times ٣, ٣١٤ \text{ جنيه}) + (٧, ٦ \text{ مليون أسرة} \times ٦, ٦١١ \text{ جنيه})$$

$$= (٢, ٢٩٩٢ \text{ مليون جنيه}) + (٢, ٤٦٤٨ \text{ مليون جنيه})$$

$$= ٧٦٤٠, ٤ \text{ مليون جنيه عام } ٢٠٠٥/٢٠٠٦.$$

لكننا نميل إلى أن هذا الرقم يقل بعض الشيء عن الإنفاق الحقيقي للأسر المصرية لعدة أسباب منهجية:

الأول: أن هذه النتيجة تأتي نتيجة استخدام متوسطات حسابية لا تعكس حقيقة التباين الاجتماعي، ومستويات تركيز الثروة والدخل في المجتمع المصري، الذي من شأنه أن يضاعف فاتورة الإنفاق العلاجي للفئات والأسر الأعلى دخلاً عن تلك الواردة في جداول المسوح المشار إليها.

الثاني: إن وقوع حوالي ٥٠٪ من الأفراد في مصر تحت خط الفقر (أقل من دولارين للفرد يومياً) لا يعنى أن متوسط إنفاق الفرد من هذه الفئات الفقيرة على الرعاية الصحية يقل عن ٧٨ جنيهاً سنوياً في الريف، أو ١٥٠ جنيهاً للفرد في المدن والحضر، بما يكاد يقل عن ١٠ جنيهاً شهرياً، شدة الحاجة للعلاج تحت تأثير المرض قد يدفع الكثيرين منهم حتى للسؤال وطرق الأبواب للحصول على قيمة العلاج من أجل ضمان استمرار الحياة ذاتها.

الثالث: إدراك أهمية مكان ومساحة الفئات الوسطى (بين أعلى الدخول وأدناها) ومعدل تردها على العيادات الخاصة أو المستشفيات العامة والخاصة يمنح قدرًا أكبر من الدقة في تحديد حجم الإنفاق (العائلي) على العلاج من جيوبهم الخاصة.

لذا ربما كنا لهذه الأسباب الثلاثة - أكثر ميلًا إلى اعتبار ما ذهب إليه «د. عبد المنعم عبيد» من أن نفقات الأسر المصرية على الرعاية الصحية من جيوبهم الخاصة (دون الاشتراكات في نظم التأمين الصحي وصناديق الرعاية الصحية الأخرى العامة أو الخاصة) تكاد تزيد على ٢٠ مليار جنيه في ذلك العام.

فيذا تأملنا نتائج المسح الإحصائي لإنفاق الأسرة المصرية على الرعاية الصحية لعام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، الذي قام به جهاز التعبئة العامة والإحصاء في تفاصيله، نكتشف مدى التباين الشديد في إنفاق هذه الأسر، وفقًا لفئات الدخل لرب الأسرة أو لسكان الحضر أو الريف، كما نعرضها في الجدول رقم (٧١):

ثانياً: معايير ومؤشرات أساسية فى التقدير والحساب

تكاد تجمع كل الدراسات والأبحاث والمسوح الصحية على مجموعة من المعايير والمؤشرات الدالة، التى يمكن من خلال استخدامها بصورة علمية صحيحة، ووفقاً لمصفوفة الإنفاق Expenditure Matrix أن تقرّبنا من تقديرات مناسبة لحجم الإنفاق العائلى على الرعاية الصحية عموماً، والرعاية العلاجية على وجه الخصوص، لعل من أبرز هذه المؤشرات والمعايير:

١- إن حوالى ٦٠٪ من الزيارات الخارجية للأفراد المرضى تتم لدى القطاع الخاص (العيادات والمستشفيات الخاصة) بكافة مكوناتها، وهى بالترتيب (العيادات الخاصة - عيادات الجمعيات الأهلية والعيادات الملحقة بالمساجد والكنائس) ثم تأتى بعدها عيادات القطاع العام وعيادات الاستقبال والعيادات الخارجية بوحدات وزارة الصحة^(١٨)، وإذا تأملنا نوعية الخدمات المقدمة فى تلك العيادات الخاصة، وفقاً للمسح القومى لمقدمى الخدمة الصحية عام ١٩٩٥، الذى قامت به أجهزة وزارة الصحة بالتعاون مع بعض المؤسسات الدولية، تبين أن ممارسة الطب الوقائى فى هذه العيادات الخاصة يكاد يعادل ١٧٪، بينما ممارسة التطعيم والرعاية الصحية للأطفال فى حدود ٤٪، فى حين أن فحص المرضى وأعمال الإسعاف والحقن والتدخلات الجراحية هى الأكثر شيوعاً^(١٩).

والجدول التالى يظهر نتائج هذا المسح الصحى القومى:

جدول رقم (٧٢)
نوعيات الخدمات المقدمة فى العيادات الخاصة موزعة جغرافياً
وفقاً للحالة عام ١٩٩٥

النسبة % للخدمة فى العيادات	الوجه القبلى		الوجه البحرى		المحافظات الحضرية	نوعية الخدمة
	ريف	حضر	حضر	ريف		
٩٩,٥	٩٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨,٩	فحص المريض
٢٧,٢	٢٣,٥	٤٤,١	٣٠,٤	٥٠	١٨,٧	الرعاية الإسعافية
٢٤,٢	٢٨,٣	٢٨,٨	٣١,٠	٢٧,٨	١٤,٧	الجراحات
١٥,٨	١٠,٠	١١,٩	١٧,٩	٢٧,٨	١٧,٢	رعاية ما قبل الولادة
١٥,٢	١٥,٢	١١,٩	١٧,٩	١٥,٣	١٤,٣	الفحص الدورى
١٠,٣	١٠,٤	١,٧	١٦,١	١٣,٩	٧,٧	أخرى

حقن وريدى	٣,٠	١٥,٣	١٤,٩	١٣,٦	١٠,٩	٦,٩
الولادة	٧,٠	٢٠,٨	٨,٩	١١,٩	٩,٦	٩,٧
الاختبارات المعملية	٥,٩	٨,٣	٦,٥	٨,٥	٧,٤	٦,٩
موجات فوق الصوتية	٥,١	٦,٩	٦,٥	١,٧	٥,٧	٥,٥
رعاية الرضيع	٥,٩	٤,٢	٦,٥	٣,٤	٣,٥	٥,٠
التطعيم	٥,١	٥,٦	٦,٥	١,٧	٢,٦	٤,٥
الأشعة	٢,٢	١,٤	٦,٠	٠,٠	٤,٣	٣,٤

المسح القومى لمقدمى الخدمة الصحية - ١٩٩٥؛ نقلاً عن د. سمير فياض مرجع سبق ذكره، ص ٣٢.

٢- ووفقاً لدراسات عام ١٩٩٧ فإن تكلفة الزيارة (التردد) على العيادات الخارجية بالعيادات الخاصة كانت في حدود ٢٧,٧ جنيه للمريض، بينما تصل إلى (١٩,٠٧ جنيه) بوحدات ومستشفيات وزارة الصحة، وتقل هذه التكلفة بنحو ١٢٪ إلى ١٤٪ في وحدات هيئة التأمين الصحى، ويقدر الخبراء أن ٣٥٪ من هذه التكلفة يدفعها المواطنون أو المرضى من جيوبهم الخاصة، وتحمل الوحدات الصحية الجزء الآخر عدا العيادات الخاصة التى يتحملها المريض كاملة^(٢٠)، وبلا شك فإن هذه التكلفة قد زادت إلى الضعف تقريباً خلال العشر سنوات الماضية (١٩٩٧-٢٠٠٧)، ومراجعة جدول أعاب الأطباء في عياداتهم الخاصة تؤكد هذه الحقيقة (انظر الجدولين ٧٣، ٧٤).

٣- معدل الزيارات الخارجية للمريض الواحد في مصر سنوياً هو ٣,٥ زيارة في المتوسط، تتفاوت هذه النسبة من منطقة جغرافية إلى أخرى؛ في الحضر (٤,٤٨ زيارة/ سنة) وفى الريف (٢,٧٥ زيارة/ سنة)، وفى المحافظات الحضرية تصل إلى (٥,١٧ زيارة/ سنة)^(٢١).

وهكذا يتبين أن الفئات الفقيرة فى الريف والأحياء تقل زيارتها للوحدات الصحية (الخاصة أو الحكومية)، برغم ما يعانونه من أمراض ربما تكون أكثر من غيرهم من سكان الحضر والأحياء الغنية، وبالتالي يمكن استخلاص حقيقة أن عامل الدخل المنخفض يؤثر سلباً على قدرة هذه الفئات الاجتماعية على المتابعة الصحية الدورية لدى العيادات الخاصة والعامه.

٤- معدل الإقامة فى أسرة وزارة الصحة كمتوسط عام حوالى ٤,٨ يوم لكل مريض، ولكنها فى محافظات مصر العليا ٥,٢ يوم/ مريض، وفى محافظات الحدود ٣,٢ يوم/ مريض^(٢٢)،

وهى تتفاوت من محافظة إلى أخرى؛ وبالتالي فإن معدل دوران السرير Bed Turn-Over أو ما يطلق عليه «مؤشر إنتاجية السرير» يدور في المتوسط العام حول ٣٦ مريضاً لكل سرير سنوياً، بما يشير إلى تدنى مستوى إنتاجية السرير في وحدات وزارة الصحة، وهو ما يؤدي كذلك إلى تدنى معدل إشغال الأسرة في وحدات وزارة الصحة، بحيث تتراوح بين ٣٢٪ إلى ٤٥٪ من إجمالي الطاقة السريرية المتاحة في تلك الوحدات^(٢٣).

وبدلاً من أن يدفع هذا المسؤولين في هذا القطاع إلى وضع سياسات جديدة لجذب المرضى إلى أسرة وزارة الصحة وتحسين الخدمة وتخفيض تكاليف العلاج وغيرها من السياسات، يجري الحديث حول وجود فائض Surplus في أسرة وزارة الصحة، وبالتالي الدفع في طريق البحث عن بيع بعض هذه المستشفيات والوحدات من خلال ما يسمى «سياسات الخصخصة»!!..

٥- يتوزع إنفاق المرضى على الرعاية الصحية والعلاجية على ثلاثة محاور أساسية، هي:

* ٥٤٪ من هذا الإنفاق على الأدوية.

* ٣٦٪ على الرعاية الطبية الخارجية (أى العيادات الخاصة والعامة بكافة أنواعها).

* ١٠٪ على الرعاية الطبية الداخلية من خلال الإقامة في تلك الوحدات^(٢٤).

* وتتفاوت إنفاق المرضى من الفئات الاجتماعية بحسب الدخول؛ فالفئات الدنيا أنفقت على الدواء عام ١٩٩٥ ما يعادل ٥٪ من دخلها السنوى (أى بمتوسط ٣٦٢ جنيهاً للفرد)، بينما المرضى من الفئات العليا أنفقوا ٣٪ من دخلهم (أى بمتوسط ٣٤٥٦ جنيهاً للفرد)^(٢٥).

وهنا تواجهنا نتائج المسح الذى قام به الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ حول «الدخل والإنفاق والاستهلاك» فى الأسر المصرية بحقائق ومعطيات شديدة التناقض، كما سبق وعرضنا قبل قليل (جدول رقم ٦٩).

المبحث الثاني

محاولة لبناء نموذج حسابى جديد لتقدير الإنفاق العائلى

على العلاج فى مصر



إذا كان من السهل التعرف إلى بنود وعناصر الإنفاق الحكومى على الرعاية الصحية من واقع الموازنة العامة للدولة وهيئاتها الاقتصادية وشركاتها، فإن هناك صعوبات جمة فى التعرف بدرجة معقولة إلى حقيقة التدفقات النقدية والمالية داخل مصفوفة التعاملات القطاعية لقطاع الصحة ككل، خاصة حينما تزداد حصة مدفوعات القطاع العائلى من ناحية، وحينما تزداد نسبة مدفوعات الظل Shadow Payments داخل هذا القطاع من ناحية أخرى.

كما أن تعدد أطراف مقدمى وممولى الخدمة الصحية، مثل الوحدات الخاصة والاستشارية التى تتسم به من آليات هادفة للربح والوحدات الأهلية، سواء الملحق منها بدور العبادة (المساجد والكنائس) أو الجمعيات الأهلية المدنية بما تتميز به من طبيعة اجتماعية غير ربحية غالباً.. أضف إلى ذلك أن دخول شركات التأمين الخاصة على خط الرعاية الصحية، سواء للعاملين فى المشروعات الأجنبية والمشاركة أو فى غيرها؛ قد زاد الصورة تعقيداً وتشابكاً ناهيك عن الوحدات الصحية (مستشفيات وغيرها) التى أنشأتها بعض الوزارات (كالدفاع والداخلية والكهرباء والنقل والمواصلات... وغيرها)، والتى لا تنشر بياناتها وميزانياتها المتعلقة بمواردها ونفقاتها بصورة مستقلة وشفافة، كل هذا قد أضف على الصعوبات القائمة صعوبة جديدة.

إذن.. نحن إزاء لوحة تتداخل فيها الخطوط والألوان؛ بحيث بدأ أننا أمام عمل سيرياى للفنان التشكيلي العالمى «سلفادور دالى» بأكثر من كوننا أمام عمل تعبيرى من إبداع «بيكاسو»...!!

وهنا يأتى السؤال.. كيف نبنى نموذجًا رياضياً واقتصادياً يقترب بنا أكثر من حقيقة الإنفاق العائلى على الرعاية الصحية والعلاجية؟ وما هى عناصر هذا النموذج؟

للإجابة عن هذا السؤال المركب، قد يكون من المناسب التوقف عند محورين للعمل وتحليلهما:

الأول: عناصر وبنود الإنفاق العائلى على الرعاية الصحية والعلاجية.

الثانى: كيفية استخدام المؤشرات والمعايير الأساسية الدالة، التى استخلصتها الدراسات السابقة.

دعونا نتناول كل واحدة بشىء من التفصيل:

أولاً: عناصر وبنود النموذج الحسابى للإنفاق العائلى

يمكننا حصر هذه العناصر والبنود على النحو التالى:

١- قيمة مبالغ الاشتراكات الشهرية أو السنوية المستقطعة من أجور ومرتبات العاملين بأجهزة الدولة المختلفة، وشركات قطاع الأعمال، والهيئات الاقتصادية لصالح الرعاية الصحية، سواء لحساب هيئة التأمين الصحى، أو صناديق الرعاية الصحية الخاصة، أو المؤسسات العلاجية، أو غيرها من الجهات الصحية.

٢- تكاليف الزيارات الخارجية للوحدات الصحية العامة التابعة لوزارة الصحة، أو المؤسسات العلاجية، أو التأمين الصحى، أو غيرها من الوحدات الصحية الحكومية.

٣- تكاليف الزيارات الخارجية للعيادات الخاصة والمستوصفات التابعة للجمعيات الأهلية المدنية، أو الملحقة بالمساجد والكنائس.

٤- تكاليف الرسوم المقررة للخدمات الإضافية، مثل الأشعات والتحليل، وغيرها من الإجراءات التشخيصية أو العلاجية.

٥- حصة المريض من تكاليف الإقامة الداخلية بالمستشفيات الحكومية ووحداتها المختلفة (وزارة الصحة - هيئة المستشفيات والمعاهد - المؤسسات العلاجية).

٦- حصة المريض من تكاليف الإقامة الداخلية أو العمليات الجراحية بالمستشفيات الخاصة والاستشارية.

٧- حصة المريض من تكاليف إجراء العمليات الجراحية أو العلاجية بالوحدات الصحية الحكومية.

٨- تكاليف شراء الأدوية والمستلزمات الطبية من جانب الأفراد المرضى.

٩- تكاليف المتابعة العلاجية أو التأهيلية خارج أو داخل الوحدات الصحية الحكومية.

١٠- تكاليف المتابعة العلاجية أو التأهيلية خارج أو داخل المستشفيات الخاصة والاستشارية.

١١- مدفوعات الظل أو الإكراميات والرشاوى التى تتخذ صورًا متعددة، نذكر منها:

* التعاقدات الخارجية التى تتم بين المريض والطبيب قبل إجراء العمليات الجراحية، أو الدخول والإقامة فى المستشفى الحكومى.

* الإكراميات التى تمنح من المريض وأهله لطاغم التمريض أو الخدمة السريرية (ممرضات - تمريضات - ... إلخ).

* المدفوعات التى تدفع من المريض وأسرته مقابل الحصول على بعض الأدوية، أو الأجزاء التعويضية (مفاصل صناعية، ومسار لعمليات العظام... إلخ) لبعض الموظفين أو المسؤولين داخل هذه المستشفيات العامة والحكومية.

* مدفوعات الزيارات الخارجية التأهيلية (اللاحقة للإقامة داخل المستشفيات العامة) لدى الطبيب المعالج، فتكاد تكون إجبارية وليست اختيارية للمريض.

ونقدم هنا نموذجين لأتعاب كشف العيادات الخاصة للأطباء فى محافظتى القاهرة والمنيا، من واقع عينة عشوائية جرى اختيارها.

جدول رقم (٧٣)
متوسط أسعار كشف العيادات الخاصة وفقاً للمستوى المهني والعلمي والتخصصي
في منطقة باب اللوق (وسط القاهرة) ومصر الجديدة في عام ٢٠٠٨
(بالجنيه)

التخصص	كشف الأستاذ	كشف الاستشاري	ملاحظات*
رمد	١٥٠-١٠٠	٧٠-٥٠ ←	الاستشارة ٣٠ جنيهاً
أعصاب	٣٠٠-٢٥٠	١٠٠-٨٠ ←	الاستشارة ٥٠ جنيهاً
باطنة	١٥٠-١٠٠	٨٠-٧٠	
صدر	٢٠٠-١٥٠	٩٠-٧٠ ←	الاستشارة ٥٠ جنيهاً
جلدية	١٥٠-١٠٠	٨٠-٥٠	
نفسية وعصبية	٢٠٠-١٠٠	١٠٠-٨٠ ←	الاستشارة ٥٠ جنيهاً
عظام	١٥٠-١٠٠	٨٠-٧٠	
علاج طبيعي	٥٠-٤٠	٣٠-٢٥ ←	بالجلسات كل جلسة على حدة
أطفال	١٠٠-٨٠	٥٠-٤٠	
أنف وأذن وحنجرة	١٢٠-١٠٠	٨٠-٧٠	
أسنان	١٢٠-١٠٠	١٠٠-٥٠	
أمراض قلب	١٥٠-١٢٠	١٢٠-١٠٠	
مسالك	١٥٠-١٠٠	١٢٠-٨٠	

المصدر: من واقع الحصر الفعلي الذي قام به الباحث المساعد جمال صالح.
* العمليات يتم الاتفاق عليها حسب التخصص ونوع العملية (صغرى - متوسطة - كبرى - مهارة خاصة).

أما في محافظة المنيا (مركزى مغاغة والعدوة) فإن الأتعاب كانت كالتالى:

جدول رقم (٧٤)
متوسط أتعاب كشف العيادات الخاصة وفقاً للمستوى المهني والعلمي والتخصصي
في مركزى مغاغة والعدوة بمحافظة المنيا عام ٢٠٠٨
(بالجنيه)

التخصص	كشف استشاري*	كشف إخصائى	ملاحظات**
عيون	٣٠-٢٠	١٠	طبيب عادى ٥ جنيهاً
أعصاب	٤٠-٢٠	١٥	
باطنة	٣٠-١٥	١٥	
صدر	٢٥-٢٠	١٠	
جلدية	٢٠-١٥	١٠	

عظام	٣٠-٢٠	١٥
أنف وأذن وحنجرة	١٥-١٠	١٠
قلب	٣٠-٢٠	١٥
مسالك	٤٠-٢٠	١٥
مخ وأعصاب	٥٠-٤٠	٢٠

المصدر: من واقع الحصر الفعلي الذي قام به الباحث المساعد جمال صالح.
* طبيب الوحدة الصحية بالقرب من ٥ جنيهاً قيمة الكشف، والزيارة بالمنزل ١٠ جنيهاً
** العمليات يتم الاتفاق عليها مع الاستشاري.

ويمكن القول إن عناصر الإنفاق العائلي على الرعاية الصحية والعلاجية تتوزع على العناصر الآتية:

- ١- تكاليف الزيارات للعيادات الخاصة والمستوصفات الخاصة.
- ٢- تكاليف شراء الأدوية من الصيدليات مباشرة.
- ٣- قيمة الاشتراكات السنوية المدفوعة والمستقطعة من أجور ومرتبات المتفعين بنظام التأمين الصحي، وصناديق الرعاية الصحية المستقلة الموجودة ببعض الوزارات والمصالح الحكومية مثل (الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة).
- ٤- تكاليف الزيارات للعيادات الخارجية للمستشفيات الحكومية والوحدات الصحية العامة (رسوم زيارة وكشف - رسوم معامل تحليل أو أشعة تشخيصية... إلخ).
- ٥- تكاليف الإقامة الداخلية للمرضى ومرافقيهم في المستشفيات الحكومية والوحدات الصحية العامة، بها (هيئة المستشفيات التعليمية، المؤسسات العلاجية، وهيئة التأمين الصحي).
- ٦- ثم أخيراً تكاليف العلاج والإقامة في المستشفيات الخاصة والاستشارية.
- ٧- ثم يخصم من هذه النفقات حصة الحكومة، مما يسمى العلاج على نفقة الدولة سنوياً.

ثانياً: استخدام العناصر والبنود في النموذج القياسي

لدينا كما سبق وعرضنا ستة مكونات أساسية للإنفاق العائلي على الرعاية الصحية والعلاجية، سوف نتناول كل مكون بشيء من التفصيل، سواء للكشف والفحص أو للتأهيل بعد العمليات الجراحية:

(i) تكليف الزيارات الطبية للعيادات الخاصة

لدينا (٧) عناصر للحساب والتقدير، هي:

١- لدينا ٦١ ألف عيادة خاصة شاملة تلك العيادات الملحقة بالجمعيات الأهلية والمساجد والكنائس.

٢- لدينا حقيقة أجمع عليها كل الدارسين والمسوح الإحصائية، وهي أن ٦٠٪ من المرضى في مصر يتوجهون إلى هذه العيادات الخاصة لتلقى الرعاية الصحية الأولية (عمليات الفحص والتشخيص).

٣- من واقع النشرة الصحية الإحصائية الصادرة من جهاز التعبئة والإحصاء عام ٢٠٠٦، نجد أن عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية لوحدات وزارة الصحة ومستشفياتها قد بلغ حوالي ٤٩ مليون زيارة / مريض (بمتوسط ١٤ مليون مواطن)، وهؤلاء يشكلون ٤٠٪ من جملة المرضى في مصر في ذلك العام، بينما ٦٠٪ آخرون توجهوا للحصول على هذه الرعاية الصحية في العيادات الخاصة (أى حوالي ٧٠ مليون مريض بمتوسط ٢٠ مليون مواطن)، وبالتالي فإن متوسط نصيب العيادة الخاصة يتراوح بين ١٤٧٠ مريضاً إلى ٢، ١٩٣٤ مريض خلال عام ٢٠٠٦، وهو أيضاً متوسط مقبول وواقعى.

٤- ونظراً للتوزيع الديموجرافى للسكان وفقاً لتعداد عام ٢٠٠٦، فإن نصف هؤلاء من سكان المدن والحضر، والنصف الآخر من سكان الريف، وسوف يكون التوزيع وفقاً للبند السابع من هذه العناصر.

٥- كما أن الدراسات الإحصائية والمسوح قد أثبتت أن متوسط معدل التردد على العيادات الخارجية يدور في المتوسط حول ٥، ٣ زيارة سنوياً، وإن كان هذا المعدل يتفاوت بين الحضر من ناحية، والريف من ناحية أخرى، فهو في الحضر والمدن ٥، ٤ زيارة/ سنة للمريض الواحد، وفي الريف حوالي ٨، ٢ زيارة / سنة للمريض الواحد، ويزيد في المحافظات الحضرية الأربعة إلى ١٧، ٥ زيارة / سنة للمريض الواحد، ولكننا تبسيطاً للتقدير سوف نأخذ بالمعدل ٥، ٤ زيارة في الحضر، و ٨، ٢ زيارة / سنة للمريض الواحد، ويزيد في المحافظات الحضرية الأربعة إلى ١٧، ٥ زيارة / سنة للمريض

الواحد، ولكننا تبسيطاً للتقدير سوف نأخذ بالمعدل ٥, ٤ زيارة في المدن والحضر، و٨, ٢ زيارة في الريف.

٦- وأخيراً، فإن متوسط أتعاب زيارة الطبيب في العيادة الخاصة بالمدن تختلف عنها في الريف، كما تختلف بحسب التخصصات الطبية (المخ والأعصاب - الباطنة - الأنف والأذن - الرمد... إلخ) وكذلك تختلف أسعار الأستاذ والاستشارى عن الطبيب الإخصائى (انظر الجدولين ٧١، ٧٢)، وإن كنا سوف نأخذ بالمتوسط الحسابى المقبول كالتالى:

* متوسط أتعاب زيارة الطبيب في المدن والحضر ٥٠ جنيهاً (شاملة الاستشارة).

* متوسط أتعاب زيارة الطبيب في الريف ٢٠ جنيهاً (شاملة الاستشارة).

* متوسط أتعاب العيادات الملحقة بالمساجد والكنائس والجمعيات الأهلية ١٠ جنيهاً.

٧- أما عن نسبة المترددين على كل مستوى من هذه المستويات الثلاثة، فهي ٢٥٪ لمرضى المدن والحضر، و٢٥٪ لمرضى الريف، و٥٠٪ لمرضى عيادات الجمعيات الأهلية والمساجد والكنائس على الترتيب من مجمل عدد المرضى المترددين عام ٢٠٠٦، وعددهم ٧٣, ٥ مليون مريض كما أسلفنا.

وطبقاً للمعادلة الرياضية:

$$ت = ت_١ + ت_٢ + ت_٣$$

حيث $ت =$ تكاليف الزيارات للعيادات الخاصة.

$ت_١ =$ تكاليف الزيارات للعيادات الخاصة لسكان الحضر والمدن (بواقع ٢٥٪ من إجمالى المترددين).

$ت_٢ =$ تكاليف الزيارات للعيادات الخاصة لسكان الريف (بواقع ٢٥٪).

$ت_٣ =$ تكاليف الزيارات للعيادات الخاصة الملحقة بالجمعيات والمساجد والكنائس (بواقع ٥٠٪ من إجمالى الزوار والمترددين).

ويأتى حساب أى من ($ت_١$ ، $ت_٢$ ، $ت_٣$) وفقاً للمعادلة:

تكاليف الزيارة للعيادات الخاصة = [(عدد المرضى الزائرين × معدل الزيارة أو التردد × متوسط سعر الزيارة)] = (ع . ز . س).

وعدد المرضى الزائرين للعيادات الخاصة (ع) = (إجمالي عدد المرضى المترددين على العيادات الخاصة × معدل التردد)

$$(ع . ن . ١ ← ٣) =$$

حيث: ن = متوسط معدلات التردد (بنسب ٢٥٪، ٢٥٪، ٥٠٪) على التوالي ١ ← ٣ وبالتطبيق:

ت = [(٧٠ مليون مريض × ٢٥٪) (٥، ٤ مرة) (٥٠ جنيهاً)] + [(٧٠ × ٢٥٪) (٨، ٢ مرة) (٢٠ جنيهاً)] + [(٧٠ × ٥٠٪) (٨، ٢ مرة) (١٠ جنيهاً)] = ٥٨٩٧,٥ مليون جنيه.

أي أن أطباء العيادات الخاصة بالمدن قد بلغ نصيبهم حوالي ٣٩٣٧,٥ مليون جنيه عام ٢٠٠٦، مقابل حوالي ٩٨٠ مليون جنيه لعيادات الريف، ومثلها تقريباً للعيادات الملحقة بالجمعيات الأهلية والمساجد والكنائس.

(ب) تكاليف شراء الأدوية

لدينا ثلاثة حقائق أساسية سوف نبني عليها تقديرنا لحجم الاستهلاك الدوائي من جانب الأفراد والعائلات، وهي:

أولاً: إن الدراسات المسحية التي أجريت قد أظهرت نتائج محددة بشأن سوق الدواء ومشتريات الأدوية في مصر حيث تبين:

* أن ٥٤٪ من نفقات الأفراد والأسر على الرعاية الصحية تذهب إلى مشتريات الدواء.
* وأن ٣٦٪ من هذه النفقات تذهب إلى تكاليف الزيارات للعيادات الخارجية، سواء كانت عامة أو خاصة.

* وأن ١٠٪ الأخيرة تتجه للإنفاق داخل الأقسام الداخلية والإقامة داخل المستشفيات.
ثانياً: كما تبين أن حجم مشتريات الدواء في مصر قد زاد عامًا بعد آخر، حتى بلغ حوالي ١١ مليار جنيه عام ٢٠٠٦.

ثالثاً: وإن إجمالي مشتريات الأدوية من جانب وحدات وزارة الصحة وهيئة التأمين

الصحة وهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية لم تزد في ذلك العام عن ١٠, ٢ مليار جنيه عام ٢٠٠٦، وإذا أضفنا إليها مشتريات المستشفيات الخاصة، فإن المبلغ لن يزيد عن ٨, ٢ مليار جنيه في ذلك العام، وإذا استبعدنا مشتريات أدوات التجميل والاستخدامات الأخرى (شامبوهات الشعر وغيرها) والمقدرة بحوالى ٧, ٢ مليار جنيه، ومن ثم فإن بقية مشتريات الأدوية في السوق المصرى قدمت من جانب الأفراد أنفسهم ومن جيوبهم الخاصة، أى حوالى ٥, ٥ مليار جنيه.

(ج) تكاليف الزيارات الخارجية للمستشفيات والوحدات الصحية الحكومية

لدينا هنا ثلاثة عناصر للتقدير والحساب، هى:

العنصر الأول: أعداد المترددين:

* لدينا عدد المترددين من المرضى على العيادات الخارجية لوحدات ومستشفيات وزارة الصحة البالغ عددها (١١٧٩ وحدة) لعام ٢٠٠٧، وعددهم حوالى ٤٩ مليون مريض.

* لدينا كذلك عدد المترددين على العيادات الخارجية لوحدات هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية (١٨ وحدة) لعام ٢٠٠٧؛ وعددهم يتجاوز ٦, ٢ مليون مريض.

* لدينا أخيراً عدد المترددين على العيادات الخارجية لوحدات المؤسسة العلاجية بالمحافظات (١١ مستشفى) في ذلك العام، وهم ٥٠٠ ألف مريض تقريباً.

العنصر الثانى: أسعار الزيارة الخارجية

تباين وتتفاوت أسعار تذاكر زيارة العيادات الخارجية بالمستشفيات العامة والحكومية، وقد قمنا بمسح ميدانى في بعض المستشفيات والمعاهد التعليمية - التى يفترض أنها مجانية - فتبين ثلاث حقائق:

الأولى: أن هناك أوقاتاً متعددة للزيارة الطبية، ولكل توقيت سعره في الزيارة.

الثانية: أنه بخلاف سعر الزيارة الطبية، فإن هناك تكاليف أخرى لخدمات إضافية، مثل المعامل أو الأشعات أو غيرها.

الثالثة: أن صرف الأدوية إما أنه يأتى في سياق قرارات العلاج على نفقة الدولة، أو أنه يصرف في بعض الحالات المرضية مجاناً، أو يترك للمريض الحصول عليه وشراؤه بمعرفته

ومن جيبه الخاص، وبالتالي يقتصر دور العيادة الخارجية على تشخيص الحالة المرضية ورسم سياسات وأساليب العلاج المطلوبة فقط.

وكنموذج حالة فقد تبين من المسح الميداني لبعض مستشفيات ومعاهد هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية الأسعار التالية:

جدول رقم (٧٥)

أسعار زيارة العيادات الخارجية في بعض وحدات هيئة المستشفيات التعليمية وفقاً للموقف في مارس ٢٠٠٨

المعهد/ المستشفى	وقت الزيارة الخارجية	أسعار التذاكر «بالجنيه»	ملاحظات
معهد الكبد	من ٨ إلى ١٢ ص	٧ جنيهات	العلاج على نفقة الدولة
معهد التغذية	من ٨: ١٠ ص من ١٠: ١٢ ص	٤ جنيهات ١٠ جنيهات	العلاج يشتري نقدًا من جيوب المرضى
معهد السكر	من ٧: ١٠ ص من ١١: ١٢ ص	٢ جنيه ٣ جنيهات	العلاج مجانًا أو على نفقة الدولة
معهد القلب	من ٧: ١٢ ص من ١٢: ٢ ص	٢ ج + ٥ ج رسم قلب ٥ ج + ٦٠ ج أشعة	العمليات على نفقة الدولة
معهد الحركي العصبي (شلل الأطفال)	من ٧: ١١ ص من ١١: ١٢ ص	٢ جنيه ٥ جنيهات (اقتصادي)	
معهد أبحاث العيون	من ٧: ١١ ص من ١١: ١٢ ص	١٠ جنيهات ١٥ جنيهًا (اقتصادي)	العمليات ٥٠٪ من المرضى، و ٥٠٪ على نفقة الدولة
معهد الصدر			
مستشفى الساحل	من ٧: ١٢ ص من ١٢ إلى ٤ ص	٥ جنيهات ٨ جنيهات	
مستشفى أحمد ماهر	من ٧: ١١ ص من ١١ إلى ١٢ ص	٢ جنيه ١٠ جنيهات (اقتصادي)	الفحوصات والتحليل على حساب المرضى

المصدر: مسح ميداني قام به الباحث المساعد جمال صالح.

وتكاد هذه الأسعار أن تكون هي السائدة في وحدات حكومية أخرى، مثل المستشفيات

العامة والمركزية التابعة لوزارة الصحة (متوسط ٥ جنيهات)، والمستشفيات التابعة للجامعات (مثل المنيل الجامعى) بمتوسط (٥ جنيهات)، هذا بخلاف تكاليف شراء الأدوية أو إجراء فحوصات معملية أو أشعات تشخيصية وعلاجية أخرى، والتي تتراوح بين ١٠ إلى ٣٠ جنيهاً كمتوسط حد أدنى لهذه الفحوصات الإضافية.

العنصر الثالث: وفقاً للمعادلة الرياضية:

$$ت\text{ع} = [(ع\text{ع} \cdot س\text{ح}) + (ع\text{ف} \cdot ف\text{ا})]$$

حيث:

ت ع = تكاليف الزيارات الخارجية.

ع ع = أعداد المترددين على زيارة العيادات الخارجية الحكومية.

س ح = سعر تذكرة الزيارة.

ف ا = تكاليف الفحوصات الإضافية من أشعات وتحاليل معملية، تتراوح فى المتوسط بين ١٠ إلى ٣٠ جنيهاً للمريض، أى بمتوسط ١٥ جنيهاً للمريض الواحد.

وبالتطبيق فى المعادلة فإن

$$تكاليف الزيارات الخارجية = [(٥ جنيهات) (٠, ٥ + ٢, ٦ + ٤٩)] + [(٥ جنيهات) (٠, ٥ + ٢, ٦ + ٤٩)] = ١٠٤٢ مليون جنيه$$

وتأكيداً على طبيعة الفارق بين تكاليف الزيارات للعيادات الخارجية الذى يكاد يقتصر على الفحص والتشخيص، وبين تكاليف العلاج الفعلى، نعرض قائمة بأنواع العلاج والفحوصات وأسعارها داخل وحدات هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية خلال عام ٢٠٠٨ من واقع قائمة العلاج بأجر المعمول بها فى تلك الهيئة.

جدول رقم (٧٦)

تكلفة العلاج بأجر وعدد المرضى في وحدات هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية عام ٢٠٠٨

متوسط التكلفة الإجمالية «بالمليون جنيه»	السعر «بالجنيه»	عدد المرضى	البيان
٢٦,٨	من ٧ إلى ١٥	٢,٦٧٤,٦٩٩	- العيادات الخارجية
-	-	١,١٠٩,٦٤٣	- الاستقبال
٠٠٠	٠٠٠	٥١٦٥	- عيادة الرضاعة الطبيعية
٢٨,٢	من ٥٠ إلى ١٢٥ (بمتوسط ٧٥ جنيهاً)	٣٧٦,٠٤١	- حالات الأشعة التشخيصية
٧,٥	من ٤٥ إلى ١٠٠ (بمتوسط ٥٠ جنيهاً)	١٥٠,٠٤٣	- حالات الموجات الصوتية
٠,٩	من ٣٠ إلى ٥٠٠ (بمتوسط ١٠٠ جنيهه)	٨٧٣٣	- حالات الأشعة العلاجية
٣,٤	من ١٥ إلى ٧٥ (بمتوسط ٣٥ جنيهاً)	٩٦,٦٦٤	- حالات رسم القلب
٥٢,٦	من ١٠ إلى ٣٠ (بمتوسط ٢٠ جنيهاً)	٢٦٣٠,٨٢٩	- فحوصات المعامل
٠,٢	من ١٥ إلى ٤٠ (بمتوسط ٢٠ جنيهاً)	١٠١,٠٨١	- الروماتيزم والعلاج الطبيعي
٥٨,١	(بمتوسط مفترض ٣٠٠ جنيهه)	١٩٣,٥٨١	- عدد العمليات
١,٢	من ٤٠ إلى ١٠٠ (بمتوسط ٥٠ جنيهاً)	٢٣,٨٦٨	- حالات المناظير
٠,٩	من ٣٠ إلى ٥٠٠ (بمتوسط ١٠٠ جنيهه)	٩٠٤٤	- الفحوص الباثولوجية
١,٩	٥٠ جنيهاً	٣٧١١٢	- أبحاث الكبد
٠,٣	من ١٥ إلى ٣٥ (بمتوسط ٢٥ جنيهاً)	٧٨٨٣	- الأطفال المبتسرون
١٨٣,٨			الإجمالي

المصدر: بيانات أعداد المرضى من واقع مذكرة مرفوعة من مركز المعلومات إلى الدكتور أمين عام الهيئة، بتاريخ ٢٠٠٩/١/٨.

أما بيانات الأسعار من قائمة العلاج بأجر لعام ٢٠٠٨، الصادرة عن الهيئة والجدول كله من إعداد الباحث.

وهذا التقدير لا يتضمن تكلفة الإقامة، والتي يمكن أن تففز بالرقم إلى ٢٣٥ مليون جنيه على أقل تقدير، وبالنظر إلى أن مرضى العمليات هم الذين يضطرون أكثر من غيرهم للإقامة ما بين ٤ إلى ٥ أيام داخل المستشفيات، بمتوسط ٢٥٠ جنيهاً لمدة الإقامة للمريض الواحد.

(د) تكلفة الاشتراكات السنوية المستقطعة من الأجور والمرتببات

لدينا هنا مجموعة من العناصر والبنود، هي:

١- لدينا نظام التأمين الصحى الذى تقوم به هيئة التأمين الصحى، ويشارك فيه ما يقارب ٣٦, ٦ مليون إنسان من الفئات التى سبق وأشرنا إليها، وهؤلاء يجرى استقطاع شهرى للاشتراكات من مرتباتهم، جزء منها عبارة عن نصيب المتفعين أنفسهم، والجزء الآخر عبارة عن مساهمة أصحاب العمل فى هذا التأمين، سواء كان صاحب العمل هو منظمة حكومية أو قطاع أعمال عام أو قطاع خاص.

٢- ولدينا كذلك اشترك فى نظم رعاية صحية أخرى، مثل المؤسسة العلاجية، أو أنظمة خاصة ببعض الوزارات (الدفاع - الشرطة - السكك الحديدية... إلخ).

٣- ثم أخيراً هناك اشترك فى نظام تأمين صحى خاص استثمارى الطابع، يشارك فيه حوالى ٥٠ ألف مشترك فقط، كلهم تقريباً من العاملين فى الشركات الخاصة والاستثمارية الأجنبية أو الصلة بهم، مثل قطاع البترول أو التأمين التجارى الخاص أو غيرها.

ولا شك إن أهم وأكثر هذه الاشتراكات هى تلك الواردة فى نظام هيئة التأمين الصحى، بسبب ضخامة عدد المشاركين فيه، وقدم هذا النظام (١٩٦٤)، أو اتساع حزمة الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة فيه؛ لذا نتوقف ملياً عند هذا النظام.

ووفقاً للبيانات المتاحة من هيئة التأمين الصحى، فإن هذه الاشتراكات زادت من ١, ٥٥٨ مليون جنيه عام ١٩٩٦/٩٥ إلى أن بلغت حوالى ٧, ١٢٧٧ مليون جنيه عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧، بخلاف المصادر الأخرى التى بلغت فى ذلك العام حوالى ٦, ١١١٩ مليون جنيه، كما يظهرها الجدول التالى:

وتواجهنا في موضوع الاشتراكات مشكلتان هامتان:

الأولى: ضرورة فصل حصة صاحب العمل عن حصة المتفعين أنفسهم؛ حتى نتمكن من معرفة إنفاق الأفراد من جيوبهم على الرعاية الصحية.

الثانية: ضرورة معرفة مبلغ الاستقطاع الذى يقوم به صندوق التأمينات والمعاشات، والذى يشير إليه بعض العاملين في هذا المجال بأنه بواقع (٢٥٪) من قيمة هذه الاشتراكات، نظير قيامها بالتحصيل، هل رقم الاشتراكات المحولة الواردة في الجدول السابق تتضمن هذه الحصة أم بدون هذه الحصة المقتطعة؟

سوف نركز هنا على القطاع الأكبر من المشتركين، وهم المتفعون بنظام التأمين الصحى الاجتماعى الذى تديره وتشرف عليه «هيئة التأمين الصحى»، وعددهم كما سبق وعرضنا حوالى ٣٦,٥ مليون مواطن.

ومن واقع بيانات الجداول أرقام (٥٣) و (٥٨) و (٦٠) في هذه الدراسة، يمكننا استخلاص حجم هذه الاشتراكات التى يدفعها المواطنون من جيوبهم (حصة العامل) بعد فصلها عن حصة صاحب العمل، سواء كان صاحب العمل، الحكومة ومنظمتها، أو صاحب منشأة خاصة.

وطبقاً للمعادلة:

$$\text{ش} = [(\text{ع} \leftarrow \text{ح}) + [(\text{ع} \leftarrow \text{ص}) - [\text{ت}].$$

حيث:

ش = إجمالى الاشتراكات المحصلة من المشتركين في التأمين الصحى.

(ع ← ح) = عدد العاملين المشتركين في كل فئة طبقاً للقوانين والقرارات المنظمة (القانون ٣٢- القانون ٧٩- القانون ٩٩- القرار الوزارى ٣٨٠).

(ح ← ع) = حصة المتفع في كل فئة من المشتركين، طبقاً للقوانين المنظمة السابق الإشارة إليها.

(ص ← ع) = حصة صاحب العمل / أو ولى الأمر في كل فئة مشار إليها.

ت = حصة الخصم الذى يتم لصالح صندوق التأمين والمعاشات، نظير خدماتها الإدارية في التحصيل، وهى بواقع حوالى ٢٥٪ من قيمة هذه الاشتراكات.

وبالتطبيق في المعادلة السابقة إذن:

$$\begin{aligned}
 & \text{مبالغ الاشتراكات} = [4044 \text{ ألف مشترك} (5, 0\% \text{ من الأجر الأساسي})] + [4044 \text{ ألف مشترك} (5, 1\% \text{ من الأجر الأساسي})] + [3994 \text{ ألف مشترك} (1\% \text{ من الأجر الأساسي})] + [3994 \text{ ألف مشترك} (3\% \text{ من قيمة الأجر الأساسي})] + [2307 \text{ آلاف مشترك من أصحاب المعاشات} (1\% \text{ من قيمة المعاش})] + [17293 \text{ ألف طالب} (4 \text{ جنيهاً من أولياء الأمور})] + [17, 293 \text{ ألف طالب} (12 \text{ جنيهاً حصة الحكومة})] + [11, 000 \text{ ألف طفل} (5 \text{ جنيهاً حصة أولياء الأمور})] - [ت] \\
 & = (0, 187, 2 + 672, 1 + 137, 5 + 276, 8 + 4, 8) - (ت) \\
 & = 1277, 7 - (ت)
 \end{aligned}$$

وإذا أضفنا مصادر الإيرادات الأخرى (وأهمها إيرادات إصابات العمل وفوائد الوديعة وغيرها) التي تحققت لهيئة التأمين الصحي عام 2006/2007، وقدرها 6, 1119 مليون جنيه، وبالتالي يصبح إجمالي إيرادات الهيئة لذلك العام = 3, 2397.

فيإذا استبعدنا منها حصة صاحب العمل (سواء كان الحكومة أو أصحاب الأعمال) والمقدرة بنحو 600 مليون جنيه، يبقى لدينا حوالى 7, 677 مليون جنيه دفعها المشتركون في نظام التأمين الصحي من أموالهم الخاصة.

وكذلك حصة المرضى في المساهمة بتكاليف العلاج، والمقدرة بحوالى 330 مليون جنيه أخرى، ومن ثم يصبح لدينا حوالى مليار جنيه هي قيمة تكاليف الاشتراكات من الأجور والمرتبات ومساهمات المرضى، وذلك من جيوبهم الخاصة.

(هـ) تكاليف الإقامة الداخلية بالمستشفيات العامة

عندما نتحدث عن المستشفيات العامة، فنحن نقصد الوحدات التالية:

١- المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، وعددها 1179 وحدة، وتضم 492, 78 سريرًا.

٢- المستشفيات التابعة لهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية، وعددها 18 وحدة، وتضم 5535 سريرًا.

٣- المؤسسة العلاجية، وعددها 11 مستشفى، وتضم 2139 سريرًا، وهي تعمل بالمفهوم الاقتصادي ويهدف تحقيق الربح.

- ٤- المستشفيات الجامعية، وعددها ٧٦ وحدة، وتضم ٦٥٥, ٢٦ سريراً.
- ٥- مستشفيات الشرطة، وعددها ٢٦ وحدة، وتضم ١٣٨٣ سريراً، وإذا استبعدنا مستشفيات السجون التي لا تتوافر فيها مقومات العلاج الحقيقي، فإن عدد هذه الوحدات ١٣ وحدة تضم ١١٠٠ سرير.
- ٦- مستشفيات السكك الحديدية، وعددها ٣ وحدات، وتضم ٣٥١ سريراً.
- ٧- الهيئات الأخرى (مثل الكهرباء، والدفاع، وغيرها) وعددها ٢١ وحدة، وتضم ٢٣٢٥ سريراً.

٨- وسوف نستبعد مستشفيات هيئة التأمين الصحي؛ نظراً لما أفردناه لها من قبل.

وسوف نتولى كل واحدة من هذه المكونات بصورة تفصيلية:

أولاً: المستشفيات التابعة لوزارة الصحة:

وفقاً للبيانات المنشورة في نشرة إحصاء الخدمات الصحية لعام ٢٠٠٦ الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، يتبين:

١- أن عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية لمستشفيات القطاع الحكومي التابعة لوزارة الصحة (١١٧٩ وحدة) قد بلغ عام ٢٠٠٦ حوالي ٢, ٤٩ مليون مريض.

٢- منهم حوالي ٨, ٤ مليون مريض تلقوا علاجاً داخلياً (إقامة).

٣- وقد أمضى هؤلاء الآخرون حوالي ٤, ١٨ مليون يوم في تلك المستشفيات والوحدات، أى بواقع ٩, ٣ يوم لكل مريض^(٢٦).

إذن لدينا هنا ثلاثة احتمالات (سيناريوهات) لتقدير حجم إنفاق هؤلاء المرضى ذلك

العام:

السيناريو الأول (منخفض): أن ١٠٪ فقط من هؤلاء المرضى تلقوا العلاج بأجر اقتصادي، وأن باقى المرضى قد تلقوا العلاج مجاناً.

السيناريو الثاني (متوسط): أن ٢٠٪ من هؤلاء المرضى قد تلقوا علاجاً بأجر (اقتصادي) شاملاً إجراء عملية جراحية، وأن بقية المرضى قد أنفقوا ١٠ جنيهات يومياً في أثناء إقامتهم، نظير الحصول على بعض الرعاية.

السيناريو الثالث (مرتفع): أن ٣٠٪ من هؤلاء المرضى قد تلقوا علاجًا بأجر (اقتصادي) شاملًا أيضًا إجراء عملية جراحية، وأن بقية المرضى قد أنفقوا في المتوسط ٢٠ جنيهًا يوميًا للحصول على بعض مستلزمات العلاج أو الرعاية الصحية.

ووفقًا للمعادلة:

$$ت = [(ع أ ج) (ي) (ق)] + [(ع أ ج) (س ع)] + [ع ن ١ ← ٣]$$

حيث:

ت = ما أنفقه مرضى الرعاية الصحية الداخلية بالمستشفيات.

ع أ ج = عدد مرضى العلاج بأجر.

ي = عدد أيام الإقامة.

ق = تكلفة إقامة اليوم الواحد (بمتوسط مائة جنيه لليوم الواحد).

س ع = سعر العمليات الجراحية، ويبدأ من ٥٠٠ جنيه إلى ثلاثة آلاف جنيه، بمتوسط ١٥٠٠ جنيه.

ع = عدد مرضى الأقسام المجانية.

ن ١ ← ٣ = رقم ثابت باحتمالات ثلاثة هي صفر، ١٠ جنيهات، ٢٠ جنيهًا.

وبالتطبيق في المعادلة وفقًا للثلاثة سيناريوهات المشار إليها، فإن النتيجة هي:

السيناريو الأول (المنخفض):

$$ت = [(٨, ٤ \text{ مليون مريض}) (١٠\%) (٩, ٣ \text{ يوم}) (١٠٠ \text{ جنيه})] + [(٨, ٤ \text{ مليون مريض}) (٩٠\%) (صفر)]$$

$$= [٢, ١٨٧ \text{ مليون جنيه}] + [٧٢٠ \text{ مليون جنيه}] + [صفر]$$

$$= ٩٠٧, ٢ \text{ مليون جنيه.}$$

السيناريو الثاني (المتوسط):

$$ت = [(٨, ٤ \text{ مليون مريض}) (٢٠\%) (٩, ٣ \text{ يوم}) (١٠٠ \text{ جنيه})] + [(٨, ٤ \text{ مليون مريض})$$

$$[(20\%) (1500 \text{ جنيه})] + [(8, 4 \text{ مليون مريض}) (80\%) (10 \text{ جنيه}) (9, 3 \text{ يوم})]$$

$$= [374, 4 \text{ مليون جنيه}] + [1440, 0 \text{ مليون جنيه}] + [1498 \text{ مليون جنيه}]$$

$$= 1964, 2 \text{ مليون جنيه.}$$

السيناريو الثالث (المرتفع):

$$ت = [(8, 4 \text{ مليون مريض}) (30\%) (9, 3 \text{ يوم}) (100 \text{ جنيه})] + [(8, 4 \text{ مليون مريض})$$

$$[(30\%) (1500 \text{ جنيه})] + [(8, 4 \text{ مليون مريض}) (70\%) (20 \text{ جنيه}) (9, 3 \text{ يوم})]$$

$$= [561, 6 \text{ مليون جنيه}] + [2160 \text{ مليون جنيه}] + [262, 1 \text{ مليون جنيه}]$$

$$= 2721, 6 \text{ مليون جنيه.}$$

إذن هؤلاء المرضى الذين أقاموا في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة عام 2006، وعددهم 8، 4 مليون مريض، قد أنفقوا ما بين 2، 907 مليون جنيه كحد أدنى إلى 2، 1964 مليون جنيه كحد أوسط إلى 6، 2721 مليون جنيه وفقاً لسيناريو الحد الأعلى.

(و) تكاليف العلاج والإقامة بالمستشفيات الخاصة والاستثمارية

وفقاً للإحصاءات الرسمية الواردة في الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة لعام 2008، فإن لدينا في مصر 1329 وحدة صحية خاصة من جميع المستويات والأنواع، أي أنها تشمل على المستشفيات الخاصة والاستثمارية التي يزيد عدد أسرتها عن 50 سريراً، وقد تصل إلى 400 سرير، كما تضم المستشفيات الأصغر حجماً والمستوصفات الأهلية.

وطبقاً للحصر الدقيق الذي قمنا به لأسماء ومواقع وعدد أسرة هذه الوحدات الخاصة من واقع الإحصاءات الرسمية فقد تبين أن لدينا 664 مستشفى خاص موزعة كالتالي:

1- 36 مستشفى استثمارياً فندقياً كبيراً (تبدأ من 80 سريراً حتى 400 سرير، كما هو وارد في الجدول رقم (23)، وهي تمثل «كريمة» الرعاية الصحية الفندقية في مصر.

2- كما لدينا 84 مستشفى خاصاً آخر، تبدأ من 50 سريراً حتى أقل من 80 سريراً.

3- والباقي (544) مستشفى أصغر حجماً وأقل تكلفة.

4- وبخلاف ما سبق، فإن لدينا حوالي 665 مستشفى ومستوصفاً أهلياً تابعة لجمعيات

أهلية متنوعة (مدنية - إسلامية - مسيحية... إلخ).

٥- والجميع (١٣٢٩ وحدة خاصة وأهلية) تحتوى على ٢٦,٥٦٠ سريرًا.

٦- وقد تردد على هذه المستشفيات الخاصة والمستوصفات عام ٢٠٠٦ حوالى ٦,٤ مليون مريض، دخل منهم إلى الأقسام الداخلية للإقامة، وتلقى العلاج حوالى ٩١٥ ألف مريض قضوا حوالى ٢,٥ مليون يوم^(٢٦)، أى بمعدل متوسط لدوران للسرير أو إنتاجية للسرير ٣٦,٦ مريض / عام. ووفقًا لتقديرات وزارة الصحة وخبرائها، فإن هذه المستشفيات الخاصة والأهلية توفر حوالى ١٥٪ فقط من مدد الإقامة المتاحة للمرضى فى البلاد.

٧- ونظرًا إلى أننا قد سبق وتناولنا تكاليف المترددين على العيادات الخارجية الخاصة - بها فيها هذه الوحدات - فسوف نقتصر هنا على تكاليف العلاج الداخلى فقط فى هذه المستشفيات، أى على ٩١٥ ألف مريض.

والسؤال الآن.. كم أنفق هؤلاء؟ وأين؟ خاصة أن هذه المستشفيات الخاصة والاستشارية والأهلية تحرص على عدم نشر ميزانيتها السنوية وحقيقة أوضاعها المالية لأسباب، بعضها يتعلق بـ «المحاسبة الضريبية»، وبعضها الآخر يتعلق بجذور قيم ثقافية متخلفة، تنظر إلى هذا الإعلان باعتباره «إفشاء للأسرار»!!

على أية حال، ووفقًا للتصنيف الصحى والاجتماعى، لدينا هنا ثلاثة مستويات من التجهيزات الصحية، ومن ثم ثلاثة مستويات للأسعار والتكاليف، هى:

الأول: المستوى الصحى الفندقى (١٢٠ مستشفى).

الثانى: المستوى الصحى فوق المتوسط (٥٢٤ مستشفى).

الثالث: المستوى الصحى المتوسط ودون المتوسط الموجود فى المستوصفات الأهلية (٦٦٥ مستشفى ومستوصفًا) وهؤلاء يتعاملون مع حالات مثل (الولادة - الجراحات المتوسطة والصغيرة - العيون - أمراض الباطنة المتوسطة - الغسيل الكلوى... إلخ).

وتحتوى هذه الوحدات جميعًا على ٢٦,٥٦٠ سريرًا.

(أ) فلنبدأ بمرضى المستوى الأول

١- لدينا هنا ٩٧٢٨ سريرًا فى هذا المستوى الفندقى.

٢- ووفقاً لمعدل إنتاجية السرير في هذه المستشفيات ٦, ٣٦ مريض / سنة.

٣- فإن عدد المرضى المقيمين في هذه المستشفيات في عام (٢٠٠٦) هم:

$$= (\text{عدد الأسرة} \times \text{معدل إنتاجية السرير})$$

$$= (\text{ع. س. م. ر.})$$

$$= (36,6 \times 9728)$$

$$= 356,045 \text{ مريض.}$$

٤- وقد أنفق هؤلاء وفقاً للمعادلة التالية:

$$ت = [ع. م. س. ع.] + [ع. م. س. ن.]$$

حيث:

ت = تكلفة الإقامة والعمليات.

ع م = عدد المرضى المقيمين.

س ع = سعر العمليات الجراحية (بين ٥ آلاف جنيه إلى ٥٠ ألف جنيه، بمتوسط ٢٠ ألف جنيه).

س م = سعر الإقامة والمبيت يومياً (المتوسط ٢٠٠ جنيه).

ن = عدد أيام الإقامة في المستشفى، وهي في المتوسط ٤ أيام، وبالتطبيق في المعادلة السابقة:

ووفقاً لرأى أحد أبرز المتخصصين وهو الأستاذ الدكتور «عبد الجليل مصطفى» أستاذ أمراض الباطنة بكلية طب القصر العيني، فإن متوسط من يتلقى في هذه المستشفيات الخاصة عمليات جراحية لا يزيد عن ثلث مرضى الأقسام الداخلية ومن ثم:

تكلفة الإقامة في المستشفيات الفندقية =

$$[(356,045) (35) (\%)] + [(356,045) (65) (\%)] (200 \text{ جنيه}) (4 \text{ أيام})$$

$$= (2, 185 \text{ مليون جنيه}) + (3, 2492 \text{ مليون جنيه})$$

= ٢٦٧٧, ٥ مليون جنيه

أى أن إنتاجية السرير في هذه المستشفيات الفندقية تكاد تعادل ٢, ٢٧٥ ألف جنيه سنويًا.

(ب) أما مرضى المستوى الثانى (فوق المتوسط)

١- عدد هذه المستشفيات هو ٥١٤ وحدة، تحتوى على حوالى نصف عدد الأسرة الخاصة بالقطاع الخاص (أى بمتوسط ٢٠ سريرًا إلى ٣٠ سريرًا) أى ما بين ٢٨٠, ١٠ سرير إلى ٤٢٠, ١٥ سرير، أى بمتوسط ٨٥٠, ١٢ سرير.

٢- ووفقًا لمعدل دوران السرير (٦, ٣٦ مريضًا / سنة) فإن:

عدد المرضى الذين أقاموا داخل هذه الوحدات الصحية

= (٨٥٠, ١٢ سرير × ٦, ٣٦ مريض / سنة) = ٣١٠, ٤٧٠ مريض في ذلك العام

٣- وبالتطبيق في المعادلة الأساسية فإن:

تكلفة إقامة هؤلاء المرضى في ذلك العام

= [(٤٧٠, ٣١٠ مريض) (٣٥٪) (٥ آلاف جنيه)] + [(٤٧٠, ٣١٠ مريض) (٦٥٪) (١٠٠

جنيه) (٤ أيام)]

= (١, ٨٢٣ مليون جنيه) + (٣, ١٢٢ مليون جنيه)

= ٩٤٥, ٤ مليون جنيه

أى أن متوسط إنتاجية السرير في هذا المستوى من المستشفيات تعادل ٧, ٧٣ ألف جنيه في عام ٢٠٠٦.

(ج) وأخيرًا نأتى إلى المستوى الثالث (المتوسط وما دون المتوسط)

١- عدد الوحدات الصحية حوالى ٦٦٥ وحدة صحية، بمتوسط (٦) أسرة للوحدة، أى لدينا ٣٩٩٠ سريرًا.

٢- ووفقًا لنفس معدل إنتاجية السرير (٦, ٣٦ مريض / سنة)، أى لدينا عدد من

المرضى

= (٣٩٩٠ سريرًا × ٣٦, ٦ مريض) = ١٤٦, ٠٣٤ مريض في ذلك العام.

٣- وهؤلاء أنفقوا طبقًا للمعادلة الأساسية:

[(١٤٦٠٣٤ مريضًا) (٣٥٪) (٣ آلاف جنيه)] + [(١٤٦٠٣٤ مريضًا) (٦٥٪) (٢٥

جنيه) (٤ أيام)]

= (١٥٣, ٣ مليون جنيه) + (٩, ٥ مليون جنيه)

= ١٦٢, ٨ مليون جنيه

أى أن متوسط إنتاجية السرير في هذه الوحدات تعادل ٨, ٤٠ ألف جنيه / سنة.

وبجمع نتائج المستويات الثلاثية (أ، ب، ج)، فإننا نستخلص أن ما أنفقه مرضى الإقامة بالمستشفيات والمستوصفات الخاصة (١٣٢٩ وحدة) في عام ٢٠٠٦ يعادل:

= (١٦٢, ٨ + ٩٤٥, ٤٠ + ٢٦٧٧, ٥)

٣٧٨٥, ٧ مليون جنيه في ذلك العام.

٤- مدفوعات الظل أو الأموال السوداء:

تكشف دراسة جل ظواهر فساد الصغار في المجتمع المصرى، والمرتبطة أساسًا بتقديم الجهاز الإدارى للخدمات الجماهيرية (التعليم - الصحة - الأمن - المحاكم -... إلخ) عن جذور ثلاثة موضوعية مشتركة بين هذه الظواهر جميعًا، وهى:

الأول: نفشى حالة التزاحم الكبيرة بين أصحاب المصلحة أو راغبي الخدمة (كثافة الفصول - أعداد المرضى - زيادة القضايا ومحاضر البوليس... إلخ).

الثانى: يقابلها تدنى أجور ومراتب القائمين على هذه الخدمات.

الثالث: غياب نظم رقابة وتفتيش ومتابعة دقيقة وصارمة ومحاسبة المخالفين، وتطبيق القواعد الجزائية على الجميع دون استثناء، أو تدخل لوساطة أو محسوبة^(٢٧).

وهذا الجانب المسكوت عنه من كافة الدارسين والعاملين فى الحقل الطبى والعلاجى فى مصر، يحتاج إلى تأمل وتحليل لعدة أسباب:

السبب الأول: أن الشعور العام قد بات من الضخامة، بحيث يصعب تجاهله أو صرف

النظر عنه، حيث لدينا ما يزيد عن ٥٢ مليون مريض يلجئون إلى المستشفيات والوحدات الصحية الحكومية (وزارة الصحة - هيئة المستشفيات - المؤسسات العلاجية - المستشفيات الجامعية، والهيئات الأخرى) وإذا أضفنا إليهم المستفيدين من التأمين الصحي (٣٦,٥ مليون مواطن)، بالإضافة إلى المترددين على العيادات الخاصة والمستشفيات الخاصة والاستشارية، أى لدينا سوق علاجي ضخم تتحرك في أنحائه مئات الملايين من الجنيهاً سنوياً.

السبب الثانى: أنه إذا كان هذا السلوك منتشرًا في كافة القطاعات تقريبًا، بما يجعله أقرب إلى «سلوك الضرورة» لطرفي العلاقة، فإنه في قطاع الصحة يصبح أقرب إلى سلوك «الابتزاز»؛ لأنه هنا يرتبط أكثر فأكثر بسلامة الإنسان أو المريض ذاته، بما يخلع عن مهنة من أنبل المهن طابعها الإنساني، ويفرغها من مضمون الرحمة والتفاني في أداء الواجب، فتصير خطرًا على الحياة لا سندًا راعيًا لها.

السبب الثالث: إن استعادة حيوية هذا القطاع - وغيره من قطاعات الخدمات الجماهيرية الأساسية - تتطلب كشف وتحليل هذا السلوك الخفى المنتج لما يسمى الاقتصاد الموازى أو «الاقتصاد الأسود - Black Economy» من أجل وضع السياسات المناسبة للقضاء عليه، واستعادة حيوية الخدمات الحكومية الأساسية في التعليم والصحة والأمن والعدالة وغيرها.

والآن.. ما هى المظاهر التى يتبدى بها هذا السلوك؟ وما هى تقديراتنا بشأن حجم هذه الأموال السوداء الدائرة فى قنواته وسراييه الفاسدة؟

الحقيقة إن أكثر الأساليب والمناهج العلمية للتعامل مع هذه الظاهرة (الخفية) من أجل تقدير حجم هذه الأموال السوداء السائلة فى هذا القطاع؛ هو منهج أو أسلوب «السيناريوهات»، نظرًا لما يتسم به هذا السلوك من خفاء وسرية - وإن كانت معلومة ومشاهدة من جميع المرضى والمتعاملين مع القطاع الصحى فى البلاد - وكذا لتنوع وسائلها وأساليب تقاضى هذه الأموال.

وقبل أن نعرض لأسلوب السيناريوهات (الاحتمالات) وعناصر كل سيناريو منها، قد يكون من المناسب عرض مظاهر وأساليب تداول هذه الأموال السوداء، أو ممارسات الفساد فى هذا القطاع الصحى المصرى، والتى يمكن إبرازها فى الأشكال والأساليب التالية:

١- التعاقد الخارجى الذى يتم بين المريض والطبيب فى عيادته الخاصة، ثم تجرى عمليات العلاج وإجراء العمليات الجراحية أو غيرها داخل المستشفيات الحكومية.

٢- وكذلك لجوء المريض بالمستشفى الحكومى إلى الطبيب المعالج فى عيادته الخاصة، بعد إجراء الجراحات أو العلاج داخل المستشفى الحكومى؛ لاستكمال إجراءات التأهيل العلاجى.

٣- الإكراميات- أو الرشاوى- التى يدفعها المرضى وأسرهم إلى أطعم التمريض والخدمات المعاونة، من أجل عناية أفضل للمريض.

٤- التلاعب فى حصص التغذية بالمستشفيات العامة والحكومية.

٥- المدفوعات والرشاوى التى تدفع من المريض أو أسرته مقابل الحصول على بعض المستلزمات الطبية والعلاجية، خاصة فى عمليات جراحة العظام والقلب والأمراض المزمنة، سواء لدى الأطقم الإدارية أو الطبية.

٦- إجبار المريض أو أسرته على شراء بعض المستلزمات العلاجية والدوائية من خارج المستشفى الحكومى، تحت زعم عدم توافرها داخل المستشفى.

٧- التلاعب فى فواتير «العلاج بأجر» داخل الوحدات الصحية الحكومية، والمغالاة فى أسعار مستلزمات العلاج.

وهكذا إذا حاولنا استخلاص النتائج النهائية لتحليلنا وتقديرنا بشأن الإنفاق العائلى على المرض فى مصر عام ٢٠٠٦ من جيوبهم الخاصة، فإننا نصل إلى نتيجة يقدر فيها حجم هذا الإنفاق من حوالى ١٧ مليار جنيه إلى ١٨,٨ مليار جنيه موزعة على النحو التالى:

جدول رقم (٧٨)

إجمالى إنفاق المرضى المصريين من جيوبهم
على العلاج والرعاية الصحية عام ٢٠٠٦

م	البند	الإنفاق «بالمليون جنيه»	ملاحظات
١	تكلفة زيارات العيادات الخاصة	٥٨٩٧,٥	
٢	تكلفة زيارات العيادات الخارجية بالمستشفيات الحكومية	١٠٤٢,٠	

٣	تكلفة شراء الأدوية	٥٥٠٠
٤	تكلفة الاشتراكات المستقطعة من أجور ومرتبات العاملين والمشاركين في التأمين الصحي	١٠٠٠
٥	تكلفة الإقامة والعلاج بالمستشفيات الحكومية	بمتوسط ١٨٦٤,٣
		سيناريو أول = ٢, ٩٠٧ سيناريو ثان = ٢, ١٩٦٤ سيناريو ثالث = ٦, ٢٧٢١
٦	تكلفة الإقامة والعلاج بالمستشفيات الخاصة والاستشارية	٣٧٨٥,٧
٧	تكلفة اشتراك في نظم صحية أخرى	٣٠,٠
	المجموع	١٩١٤٩,٥
	يستبعد منه تكاليف العلاج على نفقة الدولة	١٠٠١,٠
	صافي نفقات القطاع العائلي من جيوبهم الخاصة	١٨١٤٨,٥
	يضاف إليها مدفوعات الظل أو أموال الفساد	٢٨٩,٠
	وفقا لثلاثة افتراضات	
	إجمالي الإنفاق العائلي على الصحة	١٨٤٣٧,٥

وهكذا، فإذا جمعنا الأموال التي أنفقها المصريون على الصحة من جيوبهم out of pocket، وتلك التي أنفقتها الحكومة المصرية من موازنتها السنوية، وقدرها حوالي ٨ مليارات جنيه، بالإضافة إلى ما خصصته الجهات الحكومية والشركات العامة والهيئات العامة من اعتمادات للعلاج (المجموعة الثانية من الباب الأول تحت مسمى «المزايا العينية» بما يجعل إجمالي ما أنفقه المصريون على الصحة والعلاج عام ٢٠٠٦ يقدر بحوالي ٢٧ مليار جنيه.

هوامش الفصل الرابع

(١) حول التعرف التفصيلي إلى أجنداث هذه المؤسسات التمويلية الدولية وطبيعة أهدافها وطريقة عملها، انظر الكتاب الخطير لأحد أهم خبراء هذه المؤسسات والذي ترجم لأكثر من ٤٠ لغة خلال أربع سنوات، جون بيركنز «اعترافات قرصان اقتصاد.. الاغتيال الاقتصادي للأمم» ترجمة ومراجعة مصطفى الطنانى و د. عاطف معتمد، القاهرة، دار الطنانى للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨.

(٢) د. سمير فياض، مرجع سابق، ص ٤١٩.

(٣) انظر د. هبة نصار، مرجع سابق، وكذلك د. سمير فياض، مرجع سابق، ص ٤١٩.

(٤) Dr. samir fouad , «Egypt national health accounts 2001-2002, cairo ,Egypt , November 2005 , p.43 p.44 p045.

(٥) د. سمير فياض، مرجع سبق ذكره، ص ٤٢٢.

(٦) د. عبد المنعم عبيد «خطة الحكومة ولجنة سياسات الحزب الوطنى لبناء تأمين صحى اجتماعى شامل» ورقة وارادة فى: د. محمد حسن خليل (محرر) «قانون التأمين الصحى الجديد القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، ملحق مجلة «منبر الصحة والبيئة» العدد (١١) ٢٠٠٦.

(٧) د. هبة نصار «الإنفاق الاجتماعى على الصحة.. رؤية وتقييم عام» مرجع سبق ذكره، ص ٩٦.

(٨) National health accounts 2001-2002 , op. cit , p.44

(٩) د. هبة نصار، المرجع السابق، ص ٩٦.

(١٠) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٣٢.

(١١) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٤١.

(١٢) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٦٠.

(١٣) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٥٩.

(١٤) National health accounts 2001-2002 , op. cit ,

- (١٥) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٤٢٣.
- (١٦) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، «بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠٠٤/٢٠٠٥»، القاهرة، المجلد الرابع، سبتمبر ٢٠٠٦.
- (١٧) المرجع السابق، المجلد الثاني، ص ٦١ حتى ص ١٢٤.
- (١٨) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٥٨ وكذلك د. عبد المنعم عبيد، مرجع سابق.
- (١٩) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٢٠.
- (٢٠) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٧٠.
- (٢١) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٣٥٦.
- (٢٢) د. سمير فياض، مرجع سبق ذكره، ص ٢٧٤، ويشير المؤلف في ص ٣٦١ إلى متوسطات مختلفة فهي ٩ أيام / مريض في محافظة السويس؛ و٣, ٤ أيام / مريض في أسوان والمتوسط العام ٦, ٤ يوم / مريض.
- (٢٣) op. cit , p.6 , 2002-national health accounts 2001
- (٢٤) د. هبة نصار، مرجع سبق ذكره، ص ٩٨.
- (٢٥) د. سمير فياض، المرجع السابق، ص ٢٣٢.
- (٢٦) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء «نشرة إحصاء الخدمات الصحية لعام ٢٠٠٦، القاهرة، يونيو ٢٠٠٨، ص ١٦١، جول رقم (٣٥).
- (٢٧) 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 - ٢٠١١.