

الباب الرابع

٤ – القطاع الصحى

الباب الرابع

٤ - القطاع الصحى

١٠-٤ الفصل العاشر : منظمات القطاع الصحى

١١-٤ الفصل الحادى عشر : البنية التحتية لقطاع الصحة

١٢-٤ الفصل الثانى عشر : الموارد البشرية

١٣-٤ الفصل الثالث عشر : الإنتفاع بالخدمة الصحية

١٤-٤ الفصل الرابع عشر : تمويل الرعاية الصحية

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحى

٤ - ١٠ الفصل العاشر : منظمات القطاع الصحى

٤-١٠-١ التركيب الإدارى لوزارة الصحة والسكان

٤-١٠-١-١ التركيب الإدارى لوزارة الصحة والسكان

الهيكل البنىوى للمستوى المركزى (الديوان)

الهيئات القومية ومسمياتها

الهيكل البنىوى فى المحافظات

٤-١٠-١-٢ جهاز تقديم الخدمات الصحية بوزارة الصحة

البرامج الصحية الرأسيّة وبرامج الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة

كلمة عن برنامج السكان وتنظيم الأسرة

برنامج التحكم فى أمراض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسى

برنامج التطعيم (التمنيع) الممتد

برنامج صحة الأم والطفل

٤-١٠-٢-٢ هيئة العامة للتأمين الصحى

٤-١٠-٢-١ بنية إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحى

٤-١٠-٢-٢ بنية تقديم خدمات التأمين الصحى

٤-١٠-٣ المؤسسات العلاجية

٤-١٠-٤ المستشفيات الجامعية

٤-١٠-٥ دور وزارة التخطيط والمالية والجهاز المركزى للتنظيم والإدارة

٤-١٠-٦ القطاع الخاص الصحى

٤-١٠-٦-١ المستشفيات الخاصة

٤-١٠-١-٦-٢ العيادات الخاصة والممارسة الفردية

٤-١٠-١-٧ شركات التأمين الخاص

٤-١٠-١-٨ منظمات الصحة التطوعية الخاصة

٤-١٠-١-٩ دور نقابة الأطباء

٤-١٠-١-١٠ دور المجلس الأعلى للصحة

٤-١٠-١-١١ لجنة الصحة مجلس الشعب

٤-١٠-١-١٢ لجنة الصحة بمجلس الشورى

٤-١٠-١-١٣ المجلس الأعلى للإصلاح الصحى

٤-١٠-٢ الموجز والتوصيات

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحى

٤-١٠ الفصل العاشر: منظمات القطاع الصحى

٤-١٠-١ الموقف الحالى للمنظمات الصحية:

تدار الصحة من خلال منظمات موجودة فى قطاعات ثلاثة هي: قطاع الدولة، وقطاع موازى للدولة، والقطاع الخاص.

أما القطاع الحكومى فتمثله الوزارات التى تتلقى تمويلاً من وزارة المالية التى تموله من خلال مواردها العامة الخاضعة لقرارات إدارية حاكمة، وتنظم العمالة والرواتب والأجور قوانين ولوائح وتشريعات تصدرها السلطات التشريعية المختصة، وأنظمة يصدرها الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة (CAOA) لتطبق على العاملين المدنيين بالدولة. والوزارات التى تتلقى تمويلاً من المالية هي وزارة الصحة بهيئاتها ومنظماتها، والتعليم العالى بمستشفياتها، وغيرها من الوزارات الأخرى المتنوعة بما فيها وزارة الدفاع ووزارة الداخلية، ويسمح فى تلك المنظمات والهيئات وجهات تقديم الخدمة التابعة لتلك الوزارات بأن تقدم الخدمة مقابل أجر يدفعه المريض عند سحب الخدمة، حيث توجد أقسام يفترض أنها تمول نفسها جزئياً أو كلياً تسمى الأقسام الاقتصادية فى وحدات تقديم الخدمة.

والقطاع العام الموازى للقطاع الحكومى والذى يشمل منظمات تقدم الخدمة فى نطاق ما كان يسمى بالقطاع العام والذى تحول إلى مسمى قطاع الأعمال وممازال الجزء الرئيسى منه فى مجال الصحة فى القطاع العام مثل هيئة التأمين الصحى والمؤسسات العلاجية وغيرها، وفى الحقيقة فإن كلا القطاعين الحكومى والموازى

للحكومى يدار بمعرفة الدولة وإن كان التشغيل والتمويل لمنظمات القطاع الموازى للحكومة يخضع ويدرار بمجموعة من القواعد والتشريعات الذاتية بكل منها، وكل منها موازنة تمويلية خاصة بها، وتدار عملياتها التشغيلية بإدارة ذاتية من تلك المنظمات، وإن كان لوزير الصحة دوراً منظماً وضابطاً فى قرارات تلك المنظمات.

أما القطاع الخاص فهو يقدم خدمات صحية هادفة للربح وغير هادفة للربح. ويغضى مجالا واسعاً من الوحدات إلى الصيدليات الخاصة والعيادات الخاصة والمستشفيات الخاصة والمراكز المتخصصة، وتتنوع أحجام وسعة تلك المنظمات، كما يشمل هذا القطاع منظمات أهلية ذات طابع مجتمعي أو بيئي أو بالإستناد إلى جمعيات وممولين ذوى توجه ديني، سواء الهادفة منها إلى الربح أو الغير هادفة إلى الربح وذات الطابع الخيري، ويتم تسجيلها في وزارة التأمينات الاجتماعية طبقاً للقوانين المنظمة لذلك. كما يوجد في مصر منظمات أخرى هامة وفعالة مثل النقابات المهنية وشركات التأمين الخاص، كما توجد لجان ومجالس وغيرها مثل اللجنة الصحية بمجلس الشعب واللجنة الصحية بمجلس الشورى والمجلس الأعلى للصحة.

٤-١٠-١-١-١ وزارة الصحة والسكان

٤-١٠-١-١-١-١ التركيب البنوي لوزارة الصحة والسكان:

وهى ذات شقين: الأول مستوى مركزى يتفرع إلى ديوان الوزارة والهيئات القومية، والثانى هو المستوى المحلى (المحافظات).

٤-١-١-١-١-١ الهيكل البنوي للمستوى المركزى (الديوان):

جهاز وزارة الصحة المركزى (الديوان): يتكون من عدد يرقى إلى حوالى ٥٠٠٠ فرد وعلى رأسه وزير الصحة ويقدم المشورة والمساندة المهنية والفنية والتخطيط والخطة والموازنات والمتابعة وإدارة عدد المشروعات خاصة الرأسية منها، وفي عام ١٩٩٦ تم دمج وزارة السكان فى وزارة الصحة، وينقسم الجهاز

المركزي لوزارة الصحة والسكان إلى خمسة أقسام كبيرة هي جهاز المتابعة المركزي لمكتب الوزير، خدمات الرعاية العلاجية، السكان وتنظيم الأسرة، خدمات الرعاية الصحية الأساسية والوقائية، والشئون المالية والإدارية. كما أن هناك ثلاثة عشر إدارة مركزية تقدم تقاريرها إلى الوزير وهي الرعاية الوقائية، والرعاية الصحية الأولية، وإدارة المعامل، والأمراض المتوطنة، والرعاية العلاجية، وإدارة التنمية والبحوث، وإدارة القطاع الدوائي، والأسنان، وتنظيم الأسرة، والتمريض. وأخيراً فهناك في المستوى المركزي حوالي ٣٥ إدارة عامة يرأس كل منها مدير عام متفرعة من الأنشطة الرئيسية الخمسة وإداراتها المركزية الثلاثة عشر. ومركز القرار في وزارة الصحة هو الوزير وينكر ذات التنظيم المركزي بطريقة مكثفة في مستوى كل محافظة، حيث تقوم كل مديرية صحة بتقديم تقريرها الإداري إلى المحافظة، أما تقريرها التقني فيقدم إلى وزارة الصحة والسكان. ويرأس كل مديرية صحة بكل محافظة طبيب متفرغ من الفئة العالية (معادل وكيل وزارة) أو مدير عام ويقدم كل منهم تقريره الفني إلى الوزارة والوزير، ويرأس كل منهم المجلس الصحي الذي تمثل فيه الجهات الصحية التابعة للمديرية في نطاق كل محافظة.

٤-١-١-١-١-٢ الهيئات القومية ومسمياتها:

أ- هيئات حكومية:

١. هيئة المعامل المركزية.
٢. هيئة المصل واللقاح.
٣. هيئة الرقابة الدوائية.

ب- هيئات القطاع العام الصحي (يشرف عليها الوزير):

١. هيئة التأمين الصحي.
٢. هيئة المعاهد والمستشفيات التعليمية. (ويتم تناولها لاحقاً في

الفصول التالية)

٣. المؤسسات العلاجية.

ملحوظة: هناك منظمات حكومية وقطاع عام أخرى، تتبع وزارات أخرى، مثل وزارة الداخلية (الشرطة والسجون)، والنقل والمواصلات، والكهرباء، ووزارة الصناعة، ووزارة الأوقاف، بخلاف المنظمات الصحية والمستشفيات التابعة لوزارة الدفاع.

٤-١٠-١-١-١-٣ الهيكل البيوي في المحافظات ومؤشرات الوحدات والخدمات

السريية: (عام ١٩٩٥)

هناك ٢٦ مديرية صحة متواجدة في ٢٦ محافظة يتفرع منها ٢٣٦ إدارة صحية للأحياء وهي مسئولة عن إدارة وحدات صحية يبلغ عددها ١٢٠٨ (زادت إلى ١٢٣٨ في عام ١٩٩٧ أنظر جدول رقم ٦١) وحدة بها أسرة، وأخرى بدون أسره يبلغ ٢٧٣٠ وحدة وبيانها في الجدول ٥٥ كآلاتي:

جدول رقم "٥٥" وحدات وزارة الصحة

نوع الوحدة	عدد الوحدات	عدد الأسرة
١- مستشفيات بالحضر	٤٠٣	٥٦٨١٥
٢- مستشفيات قروية	١٣٥	٤٣٢٧
٣- مراكز صحية قروية	٤٣٧	٦٢٥٢
٤- وحدات صحية قروية	٢٢٠٩	٠٠٠
٥- مكاتب صحية	٣٥٤	٠٠٠
٦- وحدات أمومة وطفولة	٢٣١	٢٣٢
٧- وحدات صحية حضرية	١٦٧	٠٠٠

المصدر: وزارة الصحة ١٩٩٤ - مركز المعلومات الصحية "الأساسية"

ويمكن ترجمة نصيب كل ألف من السكان من الخدمات السريية التابعة لوزارة الصحة بالمناطق الجغرافية المختلفة، وطبقا للتوزيع بالحضر وبالريف طبقا للجدول "٥٦" كآلاتي:

جدول رقم "٥٦" نصيب كل ألف من السكان من خدمات وزارة الصحة السريرية (عام ١٩٩٥)

المنطقة الجغرافية	نصيب كل ألف من السكان من الأسرة
المناطق الحضرية	٢,٣
المناطق الريفية	٠,٣
المحافظات الحضرية	١,٤
الوجه القبلي	١,١
الوجه البحري	١,٣
محافظات الحدود	٢,٠
المتوسط العام	١,٢٠

أما المؤشرات الأساسية التي تتعلق بالخدمة السريرية في وحدات وزارة الصحة فهي كالآتي:

- بالنسبة لمعدلات الإشغال (كنسبة مئوية) للأسرة بوزارة الصحة، علي مستوى المناطق فتتضح من الجدول "٥٧" التالي:

جدول رقم "٥٧" معدلات الإشغال بأسرة وزارة الصحة موزعة جغرافيا (عام ١٩٩٥)

المنطقة	النسبة المئوية للإشغال
المحافظات الحضرية	٣٩
مصر العليا	٤٧
مصر السفلي	٥٨
محافظات الحدود	٢٥
المتوسط العام	٤٩,٨

- أما متوسط مدة إقامة المريض لمدة يوم على الأقل فأكثر:

يجب ملاحظة احتمالات أن يكون تسجيل مدد الإقامة أقل أو أكثر مما يلسزم، بإضافة حالات استقبال أقامت بالسرير لمدة أقل من يوم مثلا، على اعتبار أنها أمضت يوم كاملا بالقسم الداخلي، كما أن الوحدات ذات الأسرة، لا تتبّع أساسا

موحدا لحساب مدد الإقامة، مما قد يترتب عليه فروق بين بيانات مقدمى الخدمة الصحية عن بيانات مسوح المنتفعين بالخدمة، طبقا للجدول "٥٨" التالي.

جدول "٥٨" متوسط مدة الإقامة بأسرة وحدات وزارة الصحة
طبقا لبيانات مقدمى الخدمة (عام ١٩٩٥)

المنطقة الجغرافية	متوسط مدة الإقامة ALOS
المحافظات الحضرية	٣,٧
مصر العليا	٥,٢
مصر السفلى	٤,٩
محافظات الحدود	٣,٢
بيانات خروج المرضى الكلية	٤,٨

• وأخيراً فإن بيانات توزيع العمالة المهنية الرئيسية، من أطباء، وصيادلة، وأطباء أسنان، وممرضات، على المناطق الجغرافية بوحدات وزارة الصحة، تتباين بين المناطق الجغرافية، خاصة بالنسبة لتوزيع الأطباء والصيادلة لصالح المناطق الحضرية، علي حين أننا نجدها أقرب للتوازن، بالنسبة لتوزيع الممرضات على المناطق الجغرافية، ويتضح ذلك من الجدول "٥٩" التالي.

جدول رقم "٥٩" توزيع العمالة المهنية العاملة بوزارة الصحة
لكل عشرة آلاف من السكان (عام ١٩٩٥)

المنطقة الجغرافية	الأطباء	أطباء أسنان	الصيادلة	الممرضات
المحافظات الحضرية	١٣,٢	٢,٣	١,٣	١٠,٢
الوجه القبلى	٧,٥	٠,٩	٠,٤	٨,٣
الوجه البحرى	+٧,٦	١,٢	٠,٤	١٢,٦
محافظات الحدود	١٧,٤	٩,٩	٠,٩	١٧,٢
مؤشر التوزيع العام	٩,٢	١,٣	٠,٦	١٢,١

٤-١٠-١-١-٢ جهاز تقديم الخدمات الصحية بوزارة الصحة:

يقدم جهاز وزارة الصحة الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية الوقائية، وجزءاً كبيراً من خدمات الرعاية الصحية العلاجية، ويتم ذلك من خلال جهاز أصبح به ٣٩٦٧ وحدة في عام ١٩٩٧، وكان به ٦٦٤٤٠ سريراً في عام ١٩٩٥، أصبحت أخيراً ٧٠٧٤٠ سريراً في عام ١٩٩٧ "أنظر جدول رقم ٦١، و جدول رقم ٦٣ في الفصل التالي".

وتتنظم وحدات تقديم الرعاية الصحية بوزارة الصحة، طبقاً لمحاول متعددة: فإما أن تستند إلى توزيعها الجغرافي بالمناطق الحضرية والمناطق الريفية، وإما أن تستند إلى وظائف تؤديها مثل مراكز رعاية الصحية والأمومة، أو وحدات الصحة المدرسية.... الخ، أو تستند إلى برامج أساسية تحدد معظم نشاطها مثل: التطعيم، أو برامج التحكم في إسهال الأطفال.... الخ.

٤-١٠-١-١-٢-١ البرامج الصحية الرأسية وبرامج الأمومة والطفولة وتنظيم

الأسرة:

تتركز تلك البرامج الأساسية في البرنامج السكاني وتنظيم الأسرة، وبرنامج التطعيم الممتد، وبرنامج صحة الأم والطفل، وبرنامج التحكم في الإسهال والالتهابات التنفسية عند الرضع والأطفال.

كلمة عن برنامج السكان وتنظيم الأسرة:

في عام ١٩٥٣، تم إنشاء المجلس القومي للشئون السكانية، وقد تحول في عام ١٩٨٤ إلى المجلس القومي للسكان، وتم ذلك بمساعدة تمويلية من هيئة المعونة الأمريكية، وصندوق تمويل الأنشطة السكانية بالأمم المتحدة، واستخدمت في المساندة التكنيكية، والإمداد بالتجهيزات اللازمة لوحدات تنظيم الأسرة.

ولقد تزايد استخدام السيدات لوسائل تنظيم الأسرة، حيث تزايد عدد المنتفعين منهن بتلك الوسائل خلال المدة من ١٩٨٠ إلى ١٩٩٥ إلى ٤٨% من السيدات اللاتي يستخدمن إحدى الوسائل بدلاً مما كان عليه الحال في عام ٨٠ بواقع ٢٤%. وهن يستخدمن إحدى وسائل تنظيم الأسرة. وأفضل الوسائل لديهن هو استخدام

للولب، ويليه استخدام الأقراص، وإن كان أغلب الأقراص يتم شراؤها من الصيدليات، بعكس اللولب الذي يتم تركيبه للسيدات الراغبات في الوحدات الصحية أو العيادات الخاصة.

ولقد أدى ذلك، ضمن أسباب أخرى عديدة، إلى انخفاض معدل الخصوبة الكلية للمرأة المصرية إلى ٣.٥٩ طفل لكل امرأة في سن الإخصاب عام ١٩٩٥، ووصل إلى ٣,٢ في عام ١٩٩٨، بدلا مما كان عليه ٥,٢٢ طفل لكل امرأة (عام ٨٠)، ويزيد معدل الخصوبة في عام ١٩٩٥ في الريف عنه في المدن وصولا إلى ٤,٢ طفل لكل امرأة في سن الإخصاب في الريف، عن معدل الخصوبة في الحضر الذي لا يتجاوز ٣ طفل لكل امرأة، في الحضر، كما يزيد إلى ٥,٢ طفل لكل امرأة، في مصر العليا، بينما يتناقص إلى ٢,٧ طفل لكل امرأة في سن الإخصاب، في الوجه البحرى "EDHS-95"

برنامج التحكم في أمراض الإسهال "CDD" والتهابات الجهاز التنفسي "ARI":

ظهر برنامج التحكم في أمراض الإسهال لدى الأطفال، منذ أوائل الثمانينات من القرن العشرين، علي حين ظهر برنامج التحكم في أمراض الجهاز التنفسي لدى الأطفال، في أواخر الثمانينات من القرن العشرين، وساند البرنامج الأول هيئة المعونة الأمريكية، علي حين ساند البرنامج الثاني برنامج التحكم في أمراض الجهاز التنفسي، في منظمة الصحة العالمية. واتبع كل من البرنامجين أسس التدريب، والبروتوكولات، والعلاجات المقننة، بمعرفة منظمة الصحة العالمية. وقد اتضح أن هناك أعدادا من الأطفال، تحت سن خمس سنوات، ممن يعانون من إحدى المضاعفتين: الإسهال، أو التهابات الجهاز التنفسي، ولا يعرضون علي مقدمي الخدمات الصحية حال حدوث المرض، وأن من يتم مناظرتهم بواسطة المهنيين الصحيين حوالي ٦١,٧% ممن يعانون من التهابات الجهاز التنفسي، علي حين لا يتعدى من تتم مناظرتهم ممن يعانون الإسهال، ويتناولون علاج الإرواء، عن طريق الفم، حوالي ٤٢,٧%، من بين من يعانون من الإسهال.

ولقد أحدث برنامج التحكم في أمراض الإسهال لدى الأطفال، تحت سن خمس سنوات، مردوداً كبيراً في إنقاص معدل الوفيات، بحيث تراجع ذلك السبب في

وفيات الرضع، من المركز الأول إلى المركز الثانى، وأصبح العلاج بالإرواء عن طريق الفم، معلوما لأغلبية الأمهات (٩٠% ممن تمت مناظرتهم فى تقرير DHS عام ١٩٩٥، على حين لم يصل تأثير البرنامج الثانى إلى ما يماثل تأثير البرنامج الأول، بالرغم من تناقص وفيات الرضع لذلك السبب، بحوالى ٣٥% فى عام ١٩٨٩ عما كان عليه فى عام ١٩٨٤.

برنامج التطعيم (التمنيع) الممتد:

تصل نسبة التغطية بالتطعيمات السنوية الإجبارية فى السنوات الثمانية الأخيرة إلى حوالى ٨٠% من الأطفال، وأضيف تطعيم سابع فى عام ١٩٩٢ وهو مضاد للفيروس الكبدى ب، ووصلت نسبة التغطية به إلى ٥٧%، أما تطعيم الحوامل بالكزاز الوليدى فوصل إلى نسبة ٦٦%.

برنامج صحة الأم والطفل:

وهو برنامج يقدم رعاية الرضيع، والطفل قبل السن المدرسي، وفى السن المدرسي، وهو برنامج يقدم أيضا الرعاية لصحة الأم قبل الولادة، وأثناءها، وبعدها. وتقدم تلك الخدمة فى جميع وحدات وزارة الصحة والسكان. أما خدمات الطفل، فى المرحلة المدرسية، فقد انتقلت تبعيتها إلى التأمين الصحي، منذ عام ١٩٩٢، حيث يقدمها فى وحداته، أو فى الوحدات التى يتعاقد معها على اتساع الجمهورية. وتوظف وزارة الصحة والسكان، وكذلك الهيئة العامة للتأمين الصحي، وحدات الرعاية الصحية الأولية، لإنجاز تلك المهمة. وبالرغم من كل ذلك، فإن رعاية الحوامل فى مرحلة ما قبل الوضع ليست ميسرة، حيث أن أقل من ٤٠% من السيدات الحوامل هن اللاتي يحصلن على تلك الخدمة بواسطة مقدم خدمة صحي مدرب، وتتفاوت تلك الرعاية فى المناطق الحضرية، عنها فى المناطق الريفية، لصالح الأولى، بما يصل إلى ثلاثة أضعاف الثانية، بينما السيدات اللاتي يضعن أبناءهن فى وحدات، يصل عددهن إلى أقل من ثلث الولادات التى تتم فى مصر، أما اللاتي يضعن بمساعدة طبية من مقدم صحي مدرب سواء فى الوحدة، أو خارجها، فهن أقل من نصف السيدات الحوامل.

٤-١-١٠-٢ الهيئة العامة للتأمين الصحي:

أنشئت الهيئة العامة للتأمين الصحي بعد تنفيذ قانون ١٩٦٤، بهدف تغطية السكان المصريين بمظلة التأمين، خلال عشر سنوات. وهناك ثلاث مجموعات من المنتفعين (المستفيدين) بنظام التأمين الصحي، وهم: المواطنون المصريون الذين يظلمهم قانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ ويشمل كل المواطنين العاملين في القطاع الحكومي، والمواطنون الذين يظلمهم قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وهم بعض موظفي القطاع العام، وموظفي القطاع الخاص، ويمتد ليشمل نوى المعاشات والأرامل. وفي فبراير سنة ١٩٩٣، طبق برنامج التأمين الصحي علي طلاب المدارس ليغطي ١٤ مليون طالب في حينه (SHIP). وهكذا تزايد عدد المنتفعين من ٤,٨٩٥ مليون من البالغين في عام ١٩٩٢ إلي ٢٠,٦٥ مليون بالغ وطالب، في عام ١٩٩٥ (ENHA-1995). وكان لذلك التوسع المتسارع في التغطية بحزمة واسعة من الخدمات، وضعف تمويل الاشتراك والإسهام، مع فقر القدرة المؤسسي للهيئة، قد أدي إلي عجز متراكم علي مدار السنوات. ثم صدر أخيراً في أكتوبر ١٩٩٧ تطبيق إختياري لرعاية الأطفال قبل السن المدرسي وتلك الشريحة المستجدة تشمل ٩ مليون طفل، بما يوسع التأمين الصحي، ليغطي ٥٥% من المصريين، فيما لو أقبلت تلك الشريحة بأكملها علي التأمين، إلا أن الواقع، حتى الآن، أن عددا قليلا، هو الذي يختار، برغبته، ضم طفلة في السن قبل المدرسي، إلي التأمين الصحي.

وهناك توقع أن يبدأ التطبيق الجغرافي المتدرج للتأمين الصحي القومي الشامل، علي جميع المصريين، علي مدار سنوات لم يتحدد مداها، وبموارد لم يتم الاتفاق عليها داخل الجهاز التنفيذي حتى الآن، قبل العرض علي مجلس الشعب، لإصدار تشريع التطبيق المحتمل.

والهيئة العامة للتأمين الصحي قطاع حكومي مواز كهيئة اقتصادية، مملوكة للدولة، وتحت إشراف وزير الصحة والسكان، وبالتالي، فيعتبر، حتي الآن، أن القرار النهائي بخصوص بنية، وسياسات، وإدارة الهيئة، وأي تغييرات مستهدفة، يرجع إلي وزير الصحة. وباعتبار أن الهيئة ذات طابع حكومي فإنها محكومة

بقرارات، ومراسيم حكومية. ويجب ملاحظة أن الهيئة هي جهة تمويل، وفي نفس الوقت جهة تقديم الرعاية الصحية.

والهيئة منظمة داخل ثلاثة أطر: البنية الإدارية، بنية تقديم الخدمة، وبنية الإحالة للحالات.

بنية إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي:

تقسم الهيئة إلى ٨ فروع إشرافية تغطي مناطق الجمهورية. وهذه الفروع تدير وحدات تقديم الخدمة، كما تدير التعاقدات مع مقدمي الخدمة من القطاع الخاص، المختص بتقديم الخدمة إلي طلاب المدارس، وأداء التدخلات الطبية الخاصة والمتقدمة، والجراحات عالية التخصص.

وكان إستناد هيئة التأمين الصحي، أنها تعمل كمولد، أما في تأدية الأعمال وتقديم الخدمة فيتم بواسطة فروعها ووحداتها بصفة أساسية، حيث توظف أفرادها، وتتعاقد مع الأطباء من خارج الهيئة، للعمل في وحداتها، وتحت إشرافها، ولكن بإضافة برنامج الرعاية الصحية لطلاب المدارس، اضطرت الهيئة إلي توسيع تعاقداتها مع منظمات خارج الهيئة، لتقديم الخدمة إلي منتفعي الهيئة، بتوظيف متنوع من أنظمة الدفع لتلك المنظمات، تتراوح من التعامل بنظام الفاتورة للحالة، إلي التعامل بنظام الفترة.

أما موارد هيئة التأمين فتأتي من أربعة مصادر أساسية وهي: هيئة التأمين الاجتماعي (SIO) خصما من المرتبات. وهيئة المعاشات (PIO) كنسبة من ذوى المعاشات. ومبلغ معين من المصروفات المدرسية لطلاب المدارس، وكمساهمة من طلاب المدارس، وكدعم من الدولة لبرنامج علاج طلاب المدارس أو غيره من أوجه العجز. وكذلك تستقبل هيئة التأمين إسهامات Co-payment (كموارد) من الموظفين الحكوميين، عند سحب خدمة العيادات الخارجية، والزيارات المنزلية.

بنية تقديم خدمات التأمين الصحي :

أما إستناد هيئة التأمين الصحي، كمقدم رعاية صحية، فيحدد بإداراتها لعدد من الممارسين يعملون في ٦٦١ عيادة داخل المصانع والشركات، و١٢٩ عيادة

تخصّصية مجمّعة، وعدد ٢٦٣ عيادة صحة مدرسية، آلت إلى الهيئة من وزارة الصحة، بعد مشروع علاج الطلاب، بالإضافة إلى ٢٧ قسماً في مستشفى (الكتاب الإحصائي للتأمين الصحي ١٩٩٥). أما الرعاية الصحية بالعيادات الخارجية، فتقوم بدور إنتقاء الحالات التي يجب تحويلها إلى الأخصائي أو إلى المستشفى، وذلك دور يعزز كفاءة توظيف الموارد، حيث أن التحويل للأخصائي أو المستشفى، دور مكلف لخدمة ضرورية مكثفة ومكلفة. ويتبع ذلك الدور بدقة في برنامج علاج طلاب المدارس.

وكما أسلفنا، فإن التأمين الصحي صُمّم أولاً لتقديم الخدمة إلى منتفعيه، ببنية تنظيمية، وأطباء موظفين، وأقل قدر من التعاقدات خارج الهيئة. إلا أن الدور قد تغير من دور "مقدم خدمة فقط إلى مشتري خدمة" أيضاً، منذ التوسع بالامتداد لتغطية خدمة طلاب المدارس، بحزمة كاملة من: الوقاية، والرعاية الصحية الأولية، والخدمات العلاجية والتأهيلية، وتوسع خارج إطار بنيتها التنظيمية القائمة وأكبر من قدرات الهيئة، حيث تم التوسع في توظيف هيئات صحية تعاقدية، ذات أنظمة مختلفة عن نظام التأمين الصحي. وأضطرت الهيئة لأن تلعب دورين في تقديم خدماتها: دورها الأصلي في إدارة شبكتها من الوحدات والمستشفيات المشار إليها بموظفيها ومتعاقدتها، ودورها الإضافي لشراء الخدمة المطلوبة، من خلال تعاقدات واسعة، مع منظمات صحية تخرج عن تبعيتها، وترتبط بالهيئة بتعاقدات للتعامل مع الحالات المحولة إليها، من وحدات وفروع الهيئة. وتباشر الهيئة عمليات التشغيل اليومية بوحداتها، ومتابعة أداء خدمات الرعاية الصحية لطلاب المدارس، وإدارة بعض الوحدات وأقسام بمستشفيات تستأجرها من وزارة الصحة، خصماً من رصيد الأسرة المجانية، التي تعمل بإشغال محدود. وأخيراً بمتابعة الأداء والمحاسبة المالية، للمنظمات الحكومية والخاصة، التي تستأجر أسرته، أو توظف صيدليات القطاع الخاص، لتوزيع الدواء التأميني، بمتابعة لصيقة مالية ورقابية، لا تقدر علي منع الانحراف. وقد أدى ذلك إلى تزايد المطالبة، بفصل التمويل عن إدارة تقديم الخدمة، مع التوجه إلى لامركزية الإدارة والتشغيل.

وهي هيئة اقتصادية تعمل تحت إشراف وزير الصحة منذ ١٩٦٤، عند تأميم بعض المستشفيات الخاصة والخيرية، وذلك بتأسيس المؤسسة العلاجية بالقاهرة، والمؤسسة العلاجية بالإسكندرية، ثم أضيف إليهما ٤ مؤسسات، لكل منها مستشفى وحيد، وهي تتواجد بالمحافظات الآتية: القليوبية / بور سعيد / دمياط، ثم بكفر الشيخ. وتقوم تلك المؤسسات الست بتشغيل ٢١ مستشفى تحوي حوالي ٤% من أسرة المستشفيات بالجمهورية، ويستند تشغيل تلك المستشفيات إلى سلطات واسعة بالمستشفيات، وتركيب بنوي كونفدرالي مرن، ومركز (المؤسسة) نو دور: تنسيقي، وتخطيطي، ومتابع بالمحل الأول. أما المؤسسة الأساسية فهي المؤسسة العلاجية بالقاهرة الكبرى وبها ١٢ مستشفى، وإدارتها المركزية كان بها ١٨٠ فردا اختزلت إلي ٧٠ فردا مؤهلا ونوى خبرة لتقديم برامج وخدمات متميزة إلي مستشفياتها الاثنى عشرة، كما تقدم نظرة مستقبلية، ترشد التخطيط لإدارة المستشفيات بمعونة دولية، وتعمل تلك المؤسسات تحت إشراف وزير الصحة والسكان، ويوجه رئيس المؤسسة قيادات المستشفيات بمساعدة: مجلس إدارة، ومجلس مديرين، مع تقديم تقارير دورية إلى الوزير المختص.

ويصل حجم أسرة مستشفيات المؤسسة العلاجية بالقاهرة إلى حوالي ٤٠٠٠ سرير، متواجدة في المستشفيات الاثنى عشرة المنتشرة في أحياء القاهرة الكبرى، وتقدم معظم تلك المستشفيات برامج وخدمات علاجية ذات جودة نسبية، بما يلائم طلب السوق، في مستواه الأعلى والأوسط، وبالرغم من أن مستشفياتها ذات بنية وتجهيز جيد، إلا أن عديدا من مستشفياتها تجدد، وتُصان، ويعاد تجهيزها وتطويرها باستمرار.

وفي النصف الثاني من التسعينيات، تم نقل تبعية أحدث مستشفيات تلك المؤسسة، وهي مستشفيات: معهد ناصر، مستشفى الهرم، ومستشفى الهلال، إلى تجمع جديد للوحدات المنشأة حديثا، لم تتبلور له بنية تنظيمية حتى عام ٢٠٠١ رغم مضي أكثر من أربع سنوات، وسمي ذلك التجمع "بالمراكز الطبية المتقدمة والمتخصصة"، الملحقه على الوزير حاليا، تمهيدا لبروز أمانة جديدة لذلك التجمع،

تتكون من المستشفيات التي كانت تابعة للمؤسسات العلاجية، وكذلك غيرها من الوحدات والمستشفيات الجديدة التي تم إنشاؤها، فى النصف الثانى من التسعينيات، كما ألحق بتلك المراكز فى نهاية عامى ١٩٩٩، ٢٠٠٠ أكبر إثنين من مستشفيات المؤسسة العلاجية التقليدية بالقاهرة، وهما: مستشفى دار الشفاء، ومستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية "العجوزة". وكذلك ألحق بتلك المراكز أكبر مستشفى تقليدى آخر من مستشفيات المؤسسة العلاجية بالإسكندرية، وهو من أعرق مستشفياتها "مستشفى المواساة"، أما فى دمياط فقد تم إضافة أكبر وأحدث مستشفى فى دمياط وهو المستشفى الوحيد فى المؤسسة العلاجية بمحافظة دمياط، بما أنقص حجم أسرة المؤسسات العلاجية بواقع ٤٥% من أسرتها لتصبح أكثر قليلا من ألفى سرير فقط. وما زالت المؤسسات العلاجية فى مرحلة إنتقال وسيولة غير محددة الأوضاع حاليا وفى المستقبل المنظور. فقد تقلص حجمها وبالتالى دورها، وانتقلت منها مستشفياتها الحديثة، عالية التجهيز، كثيفة التقنية، لتصبح مستشفيات حكومية، تستند إلى دعم الوزير ومساندته، على أمل أن تصبح قادرة على تدوير نفسها ذاتيا. وتم إخراج تلك المستشفيات من موازنات الهيئات الاقتصادية، إلى دائرة الموازنات الحكومية، مع إستمرار دورها الأساسى فى تقديم الخدمة الطبية بأجر إلى: العاملين بالشركات والهيئات غير المشتركين فى نظام التأمين الصحى، وإلى المحالين من الهيئة العامة للتأمين الصحى وفروعها، وكذلك المحالين إلى تلك المستشفيات من القومسيون الطبى وفروعه بالأقاليم للعلاج على نفقة الدولة، وأخيرا تقدم تلك المستشفيات خدماتها إلى المحالين إليها للعلاج من العيادات الخاصة، والمرضى من المواطنين طالبي العلاج، من قبل نقابة، أو منظمة خاصة أو أهلية، أو كأفراد يقومون بالدفع من جيوبهم الخاصة، بالإضافة إلى تخصيص عدد من الأسرة (حوالى السدس) لتقديم الخدمات المجانية إلى بعض المواطنين الفقراء، ويتحقق فى النهاية تمويلا جاريا: من موازنة الدولة، ومن العلاج بالفاتورة المحصل من المريض، أو من جهات الإحالة. أما بقية مستشفيات المؤسسات العلاجية فهي بإنتظار مصير لم يتحدد بعد، حيث أنه غير وارد فى استراتيجية، أو خطة، أو دراسة ذات طابع مستقبلي.

وأخيرا فإننا نكتفي بأن نشير إلى هذا التجمع الكبير الذي بدأ في التكون المتزايد منذ أكثر من أربع سنوات (1996)، ووصل الآن إلى تشكيل أكبر تجمع طبي بخلاف وزارة الصحة، وما زال يغير أهداف واضحة أو تشريع يسانده، فيما عدا قرارات نقل التبعية الإدارية أو ضم المنشآت الحديثة إليه بديلا عن الإدارة اللامركزية، بمعرفة مديريات الصحة، المتبعة في وحدات ومستشفيات وزارة الصحة. وقد أضيف إلي هذا التجمع المتخصص وحدات ومراكز جراحة القلب، والأورام، ومستشفيات اليوم الواحد، ومستشفيات المحافظات الحديثة التي تم إنشاؤها أخيرا، بما أوصل هذا التجمع الضخم إلي حوالي خمسين معهدا ومركزا ومستشفى، والملاحظ أن كل تلك المراكز الطبية ذات طبيعة علاجية، تركز علي العلاج بأجر، وتخصص نسبة من الأسرة للعلاج المجاني، وبالذات لعلاج الطوارئ، ويجمع النظام الجديد بين الإستفادة من التمويل الحكومي "موازنة دولة"، وبين إيرادات المحالين للعلاج بأجر والتي أشرنا إليها مسبقا.

ولم يتح لأحد من الدارسين الحصول علي معلومات متكاملة عن تلك التجربة، ومدى توقع استمراريتها، واحتمالات المستقبل وخياراته، وأصبح التنبؤ بالنسبة لمستقبل هذا التجمع الطبي من الوحدات والمستشفيات مفتوحا للإجتهد، أو رجما بالغيب، وكذلك أصبح أيضا مستقبل المؤسسات العلاجية ومستشفياتها المتبقية، والأسرة المحدودة المتبقية بعدد من مستشفياتها المتوسطة والصغيرة، يمثل إشكالية يحتمل حلها بتصفية وجودها ككل، وهكذا برز الي الوجود، في النصف الثاني من العقد المنصرم، أهم تجمع طبي علاجي في تاريخ الصحة في مصر، وهو ما لم يرد في خطة سنوية أو خمسية، ولا يزال يدار منذ حوالي خمس سنوات من وزارة الصحة، بالمخالفة للتوجه التقليدي المرعية في إدارة المؤسسات والهيئات النوعية، وبالمخالفة للتوجه المعاصر نحو الإدارة اللامركزية، من خلال نظم الحكم المحلي والمشاركة الشعبية بكل إقليم، لإدارة شئون المجتمع والدولة، وباتجاه لا يتوقع الكثيرون أن يؤدي ذلك إلي تحقيق شعار الذي يطرح أحيانا بأن الهدف هو الوصول للتسيير الذاتي لتلك المراكز autonomy، حيث أن المسار في رأى الكثيرين يؤدي إلي مزيد من المركزية، بل والهيمنة، بتوظيف مركزي، يتحكم في تحويل المرضى من القومسيون (علاج علي نفقة الدولة بما يقترب من مليار جنيه)،

والتحكم في تحويل مرضى التأمين الصحي (علاج علي نفقة التأمين الصحي خارج وحداته بحوالي ٦٥٠ مليون جنيه)، وتوزيع ذلك التحويل للمرضى لصالح بعض المستشفيات، دون البعض الآخر، وتحميل المستشفيات التي لا ترسل إليها تلك الجهات المرضى مسؤولية عدم القدرة علي توليد الموارد، وأخيرا يعزى الفضل في تدفق المرضى إلي الإشراف الوزاري، وإدارته المتميزة، تحت ستار أن المريض هو الذي يختار المستشفى، الذي يحوله إليه القومسيون أو التأمين الصحي، والحقيقة أن المرضى لا علم لأغلبهم بأى من تلك المستشفيات سوى ما يصل إلي أسماعهم من إعلام حكومي مركزي، يعظم من أداء وقدرة المنظمات التي نالت حظوة أن تكون تحت الإشراف والرعاية المركزية للوزارة، علما بأن أغلبها إما وحدات جديدة أو كانت أصلا وحدات اقتصادية متميزة. وعموما، فالموضوع ككل لا يزال بحاجة إلي دراسة الخبراء، ومناقشة أطراف الرعاية الصحية: من المنفعيين وممثلهم، ومن مقدمي الخدمة ومنظماتهم العلمية والجامعية والنقابية، ومن أجهزة الدولة التشريعية والتنفيذية، وليس بسياسة فردية، غير واردة في خطة، ذات أهداف ومراحل تنفيذ.

٤-١-١٠-٤ المستشفيات الجامعية (مستشفيات وزارة التعليم العالي):

يصل عدد كليات الطب الي ١٣ كلية طب حكومية، وكليتين أهليتين حتى عام ١٩٩٦، وبها ٣٦ مستشفى جامعي يصل حجمها إلى ١٤% من الطاقة السريرية الكلية للجمهورية، وتنفق حوالي ٩% من حجم الإنفاق الصحي الحكومي الكلي، ويصل إليها التمويل عن طريق وزارة التعليم العالي من وزارة المالية، كما أنها تحصل على موارد مالية من خلال العلاج الخاص الذي تقدمه للقطاع العائلي مقابل أجر، والذي يصل إلى ١٥% من مواردها الكلية، وهو مصدر تمويل إضافي للتمويل الحكومي، ويلاحظ أن أعداد كليات الطب الأهلية تتزايد.

وتدار تلك المستشفيات الجامعية إدارة اجتهادية، شبة ذاتية، رغم ما بها من عدد من الوحدات المتخصصة عالية الإنفاق. وتختص تلك المستشفيات بتقديم الرعاية الطبية الثالثية والمتقدمة، إلا أن الواقع أن نسبة كبيرة من تشغيل أسرتها يتم في نطاق الرعاية الصحية الثانوية، وفي ذلك إهدار لأصول عالية التقنية كثيفة

الرأسمال، برغم أن نوعية تجهيز أسرتها تنتمى إلى تجهيز السرير لخدمة الرعاية الثالثة. وبالطبع هي مستشفيات عالية وكثيفة التكنولوجيا، وإخصائيوها مرتفعو المهارة، إذا ما قورنوا بإخصائىي مستشفيات وزارة الصحة، وأغلبهم فى القاهرة، والإسكندرية، يوظفون كإخصائىين متعاقدىن مع مستشفيات التأمىن الصحى، ومستشفيات المؤسسات العلاجية، بالإضافة إلى عملهم فى المستشفيات الجامعية والتعليم والبحث العلمى. وقد امتد ذلك التقليد إلى مستشفيات الأقالىم. وذلك بالإضافة، لعمل أغلبهم أيضاً فى المستشفيات، والعيادات، والمراكز الخاصة بهم كأفراد فى الأغلب الأعم، أو كمنظمات فى القليل النادر. أما مستوى الإنفاق السريرى، بتلك المستشفيات بالنسبة لتكلفة السرير الواحد، فهو يزيد فىها عن مثيله، فى وزارة الصحة، والمستشفيات التعليمية، ومستشفيات التأمىن الصحى، وحتى فى مستشفيات المؤسسات العلاجية. وأكثر تلك المستشفيات تقدما وتكلفة وتغذية وتقنية حديثة، هو مستشفى القصر العىنى التعليمى (٢٠٠ سرير) ومستشفى عين شمس التخصصى (٨٠٠ سرير).

٤-١٠-١-٥ دور وزارة التخطيط والمالية والجهاز المركزى للتنظيم والإدارة:

إن التخطيط للخدمات الصحية والموازنة وتوزيعها هو عملية تتوزع قراراتها مع أطراف متعددة أخرى بجانب الطرف الصحى ذاته، حيث تلعب الأجهزة والوزارات المشار إليها دورا بارزا فى اتخاذ قرارات التخطيط والتمويل، ويمكن تقسيم العملية إلى ثلاثة أدوار:

الدور الأول: يتعلق بتوزيع الموارد المالية المركزية بين الوزارات:

وتلعب وزارة التخطيط المصرية الدور المركزى فى تلك الحلقة متعددة الوزارات، وتحاول هنا كل وزارة أن تثبت أهمية دورها وأولويتها فى الحصول على التمويل، سواء فى الاستثمار (الخطة الخمسية) أو فى التمويل الجارى (الخطة السنوية). وبالنسبة للخطة الخمسية تقوم إدارة التخطيط بوزارة الصحة، بالتفاوض مع وزارة التخطيط، لتحديد استثمارات الصحة لسنوات خمس قادمة. وبالنسبة للموازنة الجارية السنوية، والخطة السنوية، فتبدأ الخطوة الأولى فى

المحليات، حيث تقدم مقترحاتها إلى إدارة التخطيط بوزارة الصحة، وتدور ثلاث دورات تفاوضية: أولها بين المحليات ووزارة الصحة، وثانيها بين وزارة الصحة ووزارة التخطيط، وثالثها بتقديم المستندات، وجدول التنفيذ الزمني إلى وزارة المالية، للإفراج عن الحصة المالية ربع السنوية، المتفق عليها، والموافق علي تمويلها من المالية.

الدور الثاني: ويختص بتوزيع الموارد المالية داخل وزارة الصحة:

وفي ذلك الدور تلعب وزارة المالية الدور الرئيسي في الموازنة الجارية. أما الموازنة الاستثمارية فتذهب كلها إلى وزارة الصحة، حيث توزع بالتفاوض بين الوحدات الصحية، وإدارة التخطيط بوزارة الصحة، أما بالنسبة للباب الأول "أى الأجور الخاصة بالمرتبات والمزايا وما في حكمها" فهي توزع بوضع شبه حكمي، ودفع التكلفة الفعلية للمحافظات، ولا إرادة لوزارة الصحة في ذلك التوزيع الحكمي، والذي يتم طبقاً لعدد الأفراد المتفق عليه في الموازنة. أما بالنسبة للاستخدامات فى الباب الثاني الخاص بالإنفاق الجارى، فتمولها وزارة المالية بالإستناد أساساً إلى الوضع التاريخي فى السنوات الثلاث السابقة، وفى النادر، باعتبار أن هناك مشروعات أو برامج جديدة.

الدور الثالث: ميزانية التنظيم والوظائف:

ويلعب الدور الرئيسي فى تلك المرحلة الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، حيث أنه هو الذي يتفق أو يختلف، بعد المناقشة، مع رغبات وزارة الصحة، أو غيرها، لإقتطاع بعض الوظائف، أو زيادتها، أو استبدال بعضها. وبالتالي تشكيل هيكل التمويل للأفراد بناءً على متوسطات المرتبات، وبناءً على مشروعات الخطة الخمسية، والهيكل المطلوبة للوظائف. وفى حالة الاتفاق يمكن لوزارة الصحة أو غيرها من الجهات الصحية المختصة، أن تحصل على التمويل المطلوب من وزارة المالية، كإفراج تمويلي كامل، أو متدرج، طبقاً للإتاحة التمويلية.

٤-١٠-١-٦ القطاع الصحي الخاص:

وإذا ما نظرنا إلى القطاع الصحي الخاص في مصر فإن تساؤلاً يثور، وهو هل هناك خط فاصل بين ممارسة العمل الصحي والطبي العام والحكومي، وممارسة العمل الخاص الطبي والصحي، في الوقت الذي يعمل فيه الأطباء ذاتهم، في العمل الحكومي والعام صباحاً، وفي العمل الخاص ظهراً ومساءً؟ وكثيراً ما يكون ممارسة العمل الخاص، في نفس وقت العمل الحكومي. ويقصد بالعمل الخاص في القطاع الصحي، ممارسة العمل في المستشفيات الخاصة، وصيديات القطاع الخاص، والعيادات الخاصة، ويمتد إلى ممارسة الطب الشعبي مثل: المجبراتي، والمولدات، وحلاق الصحة.

٤-١٠-١-٦-١ المستشفيات الخاصة:

ويوجد في مصر ٤٥٣ مستشفى خاصاً، يوجد منها في القاهرة ٣٩% من الوحدات. ونصيب القطاع الخاص من مجمل إحصاء الأسرة، لا يصل إلى ١٠% من الإحصاء السريري الكلي. ويوجد في القاهرة وحدها ٤٧% من أسرة القطاع الخاص، ولا توجد إحصاءات منتظمة لأنشطة تلك المستشفيات الخاصة، بما يعوق الدولة عن ممارسة أي تنظيم فاعل لتلك الإمكانيات، بما يعظم توظيفها لأداء دورها.

٤-١٠-١-٦-٢ العيادات الخاصة والممارسة الفردية:

وبالرغم من التنامي السريع لذلك القطاع، وقيامه بالدور الأكبر لممارسة طب العيادات الخارجية، غير أن المعلومات المتوافرة محدودة جداً، بما يعوق رسم سياسة لتعظيم إمكانياته. ويمثل المسح الصحي القومي الذي يقوم به DDM المحاولة الأولى في مصر، لمسح مقدمي الخدمة الصحية في القطاع الخاص، ولتحديد عدد مقدمي الخدمة الصحية في وحدات القطاع الخاص يشير ذلك المسح القومي لمقدمي الخدمة الذي تم في عام ١٩٩٥، بالتعاون بين الإدارة المركزية للتخطيط بوزارة الصحة ومشروع "DDM" إلى أن عيادات الممارسات المهنية الفردية تقدر

بحوالى ٣٨٠٠٠ إلى ٥٠٠٠٠ ممارسة مهنية فردية في مصر، وقد بين ذلك المسح توزيع مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص، على أساس المناطق والأحياء، ولكنه لم يوضح التقسيم طبقاً لنوعية مقدم الخدمة، وذلك فى نطاق العينات المقدمة من أربع محافظات حضرية، وأربع أخرى بالوجهين البحرى والقبلى، وقد اتضح أنه يوجد فى مناطق العينات المشار إليها ١٠٠٤٨ مقدم للخدمة الصحية، وجهاز، بناء على تلك العينات، تقدير أسقط على جميع محافظات الوجهين البحرى والقبلى والمحافظات الحضرية، لتوضيح التوزيع العدى لمقدمي الخدمات الصحية فى القطاع الخاص فى مناطق مصر. وبالطبع فان تلك البيانات محدودة ويجب النظر إليها بحذر، ويوضح الجدول اللاحق رقم "٦٨" فى الفصل التالي (البنية التحتية) تلك الاسقاطات المستقاة من المحافظات الثمانية والمعممة كتقدير على الممارسة المهنية الفردية فى العيادات فى عموم الجمهورية.

٤-١٠-١-٧ شركات التأمين الخاص:

تنظم خدمة التأمين الصحى الخاص، فى مصر، من خلال مجموعة قوانين ترقى إلى ثلاثين قانوناً-Kemprecos فى ١٩٩٥ وجميع المخططات التأمينية التى تقدمها أى شركة، تراجع بمنظمة مراجعة التأمين، وهى مؤسسة قطاع عام لها سلطات تفاوضية، ومراجعة عقود التأمينات. وفى عام ١٩٩٥ كان فى مصر ١١ شركة تأمينية، منها ثلاث شركات تقدم تأمينات صحية، وكلها شركات قطاع أعمال مملوكة للحكومة، وهى : الشرق للتأمين، مصر للتأمين، الأهلية للتأمين. وأكبر تلك الشركات هي الشرق للتأمين، وهى شركة تخسر سنوياً حتى ١٩٩٥، وبالرغم من أن التأمين الصحى بشركة الشرق للتأمين، لا يمثل إلا جزءاً صغيراً من محفظة أوراقها المالية فإنها تسبب للشركة متاعب، جعلت الشركة تفكر فى وقف تلك المخاطرة. وتميزت السنوات الأخيرة من التسعينيات بأن القواعد والقوانين المنظمة للتأمين أصبحت أقل تعقيداً، وقد صدر قانون يسمح للشركات التأمينية الأجنبية بفتح شركات أو فروع لها فى مصر، وتطبيقاً لقواعد الجات تم إنقاص الرأسمال اللازم لقيام الشركة التأمينية.

وقد قامت إحدى المستشفيات الخاصة بتجربة، منذ سنوات، لإقامة برنامج تأميني يستند إلى المستشفى الخاص، بدائرة من المنتفعين تنتمي إلى الشريحة المجتمعية ذات الدخل المرتفع، حيث يجب علي المشترك أن يدفع مقدما "Premium" ثم يدفع أيضا "Co-payment" دفعا متكررا "مساهمة" كلما توجه لطلب الخدمة الصحية "عند سحب الخدمة". كما أن شركة أوربية تأمينية خاصة، سمح لها بالعمل في مصر، قامت بفتح مكتب في القاهرة، وهو يقدم الخدمة بواسطة مجموعة مختارة، من مقدمي الخدمة الطبية بالقطاع الخاص. وبالطبع، فإن نطاق التعامل قاصر على قمة شريحة الدخل المرتفع. وللتعرف على حجم المتعاملين مع التأمين الصحي الخاص (١٩٩٥) فإنهم لا يتجاوزن ٥٠ ألف منتفع، بحجم إنفاق سنوى يصل إلى ١٧ مليون جنيه، بمعدل ٣٩٠ جنيه للمنتفع الواحد في العام، وحجم إنفاق دوائي يصل إلى ٢٩% من الإنفاق الكلي (١١١,٥ جنيه سنويا).

٤-١-١٠-٨ منظمات الصحة التطوعية الخاصة (PVOs):

توضح دراسات وزارة الشؤون الإجتماعية تواجد تلك المنظمات في كثير من العواصم الحضرية، والمدن الرئيسية، وعواصم المحافظات. أما في القرى والمدن الصغيرة فهي نادرة، وإستمراريتها كمنظمات نشطة مشكوك فيه. ولذلك فإن موقع تلك المنظمات الصحية، في المناطق الحضرية، عنصر أساسي لاستمرارها، وإقبال المنتفعين بخدماتها على إستعمالها. وعادة ما يكون زبائن تلك المنظمات، من سكان الحضر، من الأسر العمالية، والأسر المتوسطة، وتدار تلك المنظمات، على أساس نظام الفاتورة طبقا لنوع الخدمة المطلوبة، وتوظف الإعانات والتبرعات، في تلك الجمعيات، لأعمال التشييد وتجهيز وفرش الوحدات، التي تؤدي فيها الخدمات، وتتوافر للمنظمات الصحية الكبيرة منها والمتوسطة إمكانية الاستمرار، بل وتحقيق فائض من عملياتها التشغيلية، الذي قد يصل إلى ١٥% سنويا. أما الوحدات الصغيرة، فهي عرضة للخسارة، وما لم تساند فهي عرضة للتوقف والفشل. والمجال الرئيسي لنشاط تلك المنظمات الصحية هو في الخدمة العلاجية (مثل القطاع الخاص). ودورها في الرعاية الصحية الوقائية والخدمات الصحية المجتمعية شبه منعدم، حيث الممارسة الصحية، في هذا النشاط مساوية للرعاية

الطبية ذات الطابع الإكلينيكي، بل وأكثر أهمية. ولا يتجاوز الإنفاق الصحى فى تشغيل تلك المنظمات ١% من الإنفاق الصحى الكلى، على حيت أن تلك المنظمات تقدم الخدمات الطبية، لشريحة تصل إلى ٣% أو ٤% من حجم مرضى العيادات الخارجية. وبذلك تتحدد فرص نمو تلك المنظمات إذا توافر فيها عدد من الشروط التالية:

- تعدد التخصصات فى المنظمة الصحية التطوعية.
- كثافة رأسمال المنظمة.
- أن لديها مجموعة عيادات أو خدمات مستشفى.
- أنها تسند فى خلفيتها إلى منظمة ذات طبيعة بيئية أو خيرية أو دينية.
- أنها توجد فى مدن كبرى، بها كوادر طبية تعمل فى المستشفيات الكبيرة أو الجامعية.
- أنها تتوافر لها قيادة لها انتماء وقدرة.

ويمكن تقسيم الجمعيات الطبية إلى ثلاث مجموعات:

- المجموعة الأولى: تدار بواسطة جمعية تنموية، ذات طابع دينى، غالباً إسلامي، وأحياناً قبطي. وتزداد قوتها فى المدن الرئيسية، والكبرى. وترتبط عادة بمسجد، وخدمات اجتماعية، أو تعليمية أخرى، وتستند إلى إيراداتها الذاتية، والتبرعات التى تصل إليها.
- المجموعة الثانية: تدار بواسطة جمعيات تنمية المجتمع المحلى، وهى فى العادة جمعيات ضعيفة، تسند على إيراداتها المحدودة، والتبرعات المحلية. وروابطها بالأجهزة التنفيذية عادة غير قوية. وتوجد هذه المجموعة فى المناطق التى تنحسر فيها خدمات وزارة الصحة.
- المجموعة الثالثة: تدار بواسطة جمعيات تنمية مجتمعية غير دينية، وتتواجد فى الأحياء الشعبية، ولها رسالة محددة، ولذلك تستند فى نموها إلى روابطها بالأجهزة التنفيذية، والصحافة، وقد يمتد نشاطها إلى أنشطة

تنظيم الأسرة، أو إلى حملات التبرع بالدم، بخلاف الأنشطة الطبية الإكلينيكية.

وقد تكون تلك النوعية من الجمعيات مركزية في العاصمة، إلا أنها تمتد أيضاً من خلال فروعها إلى أنحاء الجمهورية، وكمثال لها: منظمات جمعيات تنظيم الأسرة، ومنظمات الهلال الأحمر، ومنظمات دعم ومساعدة ذوي العاهات والمتخلفين، غير أن تلك النوعية من المنظمات تراجع دورها مع توسع المنظمات ذات الطبيعة الدينية.

أما بخصوص أسعار خدمات العيادات الخارجية بها جميعاً، فكانت حتى عام ١٩٩٧ في حدود ثلاثة ونصف من الجنيهاً مقابل الزيارة، وقد تقل إلى جنية واحد، أو تزيد إلى خمسة جنيهاً، أما التدخلات الطبية لعلاج الأسنان، والتحليل، والأشعات والموجات الصوتية، وما إليها، فلها أسعار خاصة، تتسم بأنها منخفضة، وفي قدرة المواطن الفقير. أما التبرعات والهبات فإما أن تكون حكومية من ٢% إلى ٧% في العادة، وفي حدود ٥% إذا كان للتبرعات مصدر أجنبي، وإما أنها من الأفراد، وفي هذه الحالة تكون محدودة ولا تتجاوز عادة ٣% من الحجم الكلي للتبرعات (دراسة في ثلاث محافظات الجيزة - الشرقية - سوهاج).

٤-١-١-٩ دور نقابة الأطباء:

وتمثل هذه النقابة أطباء مصر، وهي أقوى ممثل مهني في القطاع الصحي، وقد قدمت النقابة نموذجاً ناجحاً للتأمين الصحي الخاص، عن طريق اتحاد المهنة الطبية (أطباء - أسنان - صيادلة - بيطريين)، وقد قدمت خطة ذلك النموذج في عام ١٩٨٨، ويخدم هذا الإتحاد أعضاء النقابات الأربع، وأزواجهم، وأطفالهم، وذوي المعاشات والأرامل من الأعضاء. ومع مرور الوقت وضعت قيود كحد أقصى للعلاج، واستخدام الدواء، ومساهمات الأعضاء عند سحب العلاج، بالإضافة إلى تدرج الإشتراك حسب طبيعة وحجم الأسرة.

٤-١-١٠ دور المجلس الأعلى للصحة:

تأسس المجلس بقرار رئاسي، ويرأس المجلس وزير الصحة والسكان، وتركيبة المجلس معقد، حيث يتكون من ١٨ مجموعة عمل، كل منها يتكون من ١٥ إلى ٢٠ عضواً، ولكل مجموعة مساحة نوعية من السياسة الصحية مثل الرعاية الصحية الأولية - تنظيم الأسرة - رعاية الأمومة والطفولة - التأمين الصحي - القطاع الخاص - تنمية القوى البشرية - تعزيز الصحة والتعليم الصحي - البحوث الصحية - التشريعات الصحية - الإدارة الصحية - قطاع الدواء - التغذية - الشؤون الخارجية - التعاون بين القطاعات.

ويلاحظ أن تضخم منظمة هذا المجلس، تعوق التعاون والتنسيق بين القطاعات، وتقيد إمكانيات وضع الأولويات الممكنة والفاعلة في الرعاية الصحية، مما يؤدي إلى شكليّة هذا المجلس وعدم فاعليته، بل وانعدام تأثيره في القطاع الصحي.

٤-١-١١ لجنة الصحة بمجلس الشعب:

مجلس الشعب هو أداة الشعب في التشريع، والمتابعة، وإقرار السياسات والخطط، والموازنات التقديرية، والحسابات الختامية، بهدف حماية حقوق المواطنين، والحرص على حماية الفقراء والفئات المجتمعية الحساسة. وتقوم اللجنة الصحية في مجلس الشعب بمتابعة أداء وإنفاق القطاع الصحي، ممثلاً في وزارة الصحة، باعتبارها المسؤولة أمامه عن القطاع الصحي. ولعل الاهتمام الرئيسي لتلك اللجنة، هو الحماية الاجتماعية ممثلة في التأمين الصحي القومي الشامل، والرعاية الصحية الأولية لجميع المواطنين. وموافقة هذه اللجنة ضرورية، قبل صدور أي تشريع في قطاع الصحة، أو صدور لوائح، أو قرارات، أو مراسيم، أو تعديل لقواعد ومراسيم أو قوانين قائمة. كما يجب الموافقة قبل إصدار أي اتفاقيات ثنائية مع أي دولة، أو أي اتفاقيات دولية ترتبط بها مصر. وبذلك فإن تلك اللجنة التشريعية ذات دور قوى مؤثر، في أي تغييرات محتملة في قطاع الصحة.

وبالرغم من أهمية ذلك الجهاز التشريعي، فإن هذا الجهاز لا يتمتع بالخبرة التقنية اللازمة للدراسة والتحليل والتقييم، وإصدار أوراق العمل، مما يسهل أعمال اللجنة، للموافقة، أو الرفض، أو إحداث أى تغيير فى السياسات الصحية.

٤-١٠-١-١٢ لجنة الصحة بمجلس الشورى:

وقد ظهر مجلس الشورى ليكون "مجمع الفكر والتفكير" ليقدم النصح للحكومة، فى كل ما يتعلق بالسياسات الصحية القومية وغيرها، كما يقدم الدراسة التفصيلية لأى مشروعات، قبل تدارسها فى مجلس الشعب. ويلاحظ أن لجنة الصحة بهذا المجلس تتمتع بالخبرة فى المجال الصحي، وبالتقنية اللازمة للصحة ومشروعاتها، ولكن، بالطبع، ليس لهذا المجلس دور فى القرار، أو سلطة فرض السياسات.

ولقد قامت اللجنة الصحية بهذا المجلس بعرض عدة دراسات عليه، وقام المجلس بناء على ذلك بإصدار دراسات لها أهمية فى ذلك المجال.

٤-١٠-١-١٣ المجلس الأعلى للإصلاح الصحى:

صدر القرار الوزارى رقم ٢٥٦ لسنة ١٩٩٧ لمتابعة برنامج الإصلاح الصحى، وذلك بإنشاء المجلس الأعلى الذى يرأسه وزير الصحة والسكان، ويتكون من عشرة إلى خمسة عشر عضواً. وتمتد العضوية لتشمل كبار ممثلى الوزارات، والهيئات، والمجالس التى لها أدوار فاعلة فى القطاع الصحى، وهى: الوكلاء الأول لوزارة الصحة والسكان - وزارة المالية - وزارة التخطيط - وزارة التعليم العالى - ممثلو الجامعات - الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة - الصندوق الاجتماعى - منظمات وهيئات القطاع العام - ممثلو مديريات الصحة - نقابة الأطباء - ممثلو الجمعيات غير الحكومية والقطاع الخاص - ممثلو الملاحين - وزارة التنمية الريفية - ممثلو مجلس الشعب. ويجتمع هذا المجلس فى مواعيد محددة. وأعضاؤه معينون لمدة تتراوح من ٣ إلى ٥ سنوات.

٤-١٠-٢ الموجز والتوصيات:

يعانى القطاع الصحي من نقائص، أهمها عدم التكامل فى الأداء، وفى البنية التنظيمية، وفى تقديم الخدمات الصحية، حيث أن تقديم الخدمة مجزأ بين عدد من مقدمي الخدمة الصحية، بأنظمة صغيرة، محدودة مغلقة، مما يعوق تكامل تقديم الخدمة، كما يغيب إستنادها إلى الرؤية المجتمعية، وتتسبب الخدمة العلاجية، على حساب الخدمة الوقائية والرعاية الصحية الأولية، وتعانى القطاعات الصحية سواء المنظمة (وزارة الصحة والتأمين الصحي) أو غير المنظمة (القطاع الخاص) من غيبة الحوافز، الدافعة للجودة وكفاءة أداء الخدمة، وغياب القدرات المؤسسية اللازمة لتنظيم القطاع.

والبنية التشريعية، الحاكمة للقطاع الصحي، بنية مقيدة، لا توفر الموظف الملائم، وقواعد التوظيف لأداء الخدمة المدنية، والإدارة والتمويل المستند للتشغيل المحلى والذاتي الهادف، لتوليد موارد خاصة فى المنظمات الصحية، والاستناد فى الشراء والصيانة، بواسطة الوحدات، دون الحاجة إلى التنظيم المركزى على مستوى الجمهورية، لكل عملية من عمليات التشغيل والأداء. وحتى فى نطاق الإدارة والتشغيل الذاتي المحدود الصلاحيات، وبعض التفويضات، فإن أداء مديرى الوحدات الحكومية، ووحدات القطاع العام، يعيبه عدم الاهتمام، والخوف من المسؤولية، والإسترخاء فى الأداء.

ولوزارة الصحة والسكان، نقاط قوة فى بنيتها وأداء وظائفها، كما أن لها نقاط ضعف فى البنية والوظائف.

ونقاط قوتها تتلخص فى أنها المسئول الأول عن صحة مصر، وبالتالي تستطيع أن تلعب الدور الرائد فى الإصلاح الصحي المرتقب. وبالرغم من الضعف العام الذى يميز الكوادر الإدارية الوسيطة، فإن هناك بعض الكوادر عالية القدرة، وبالغة الحماس، يمكن أن يستفاد منها بقليل من التدريب، وإعطائها دوراً ومسئولية، لكي تصبح عناصر ولبنات للتغيير فى القطاع.

ولقد نجحت وزارة الصحة فى بعض البرامج، مثل برنامج زيادة العمر المتوقع للأطفال، والتعامل مع الإسهال، والأمراض التنفسية الحادة، ومثل برنامج تنظيم الأسرة، ومثل برامج التطعيم المحلية والمركزية الممتدة (EVP). كما أن هذه الوزارة قد أقامت شبكة من أكبر شبكات الدول النامية لتقديم الرعاية الصحية، بدءاً من وحدات الرعاية الصحية الأولية، صعوداً إلى المستشفيات الأساسية فى العواصم، ومساندة المستشفيات الجامعية. والجذور القاعدية لتلك الشبكة هي وحدات الصحة الريفية ومراكزها من ناحية، ومراكز الرعاية الصحية الحضرية والوحدات المتخصصة ومستشفيات الرعاية الثانوية من ناحية أخرى، ووحدات الشبكة فى متناول أى مواطن (٩٥% من السكان) بمسافة لا تزيد عن ٥ كم، ولكن المستهدف أن ترتفع فاعلية تلك الوحدات، وتتجاوب مع المجتمع المحلي، بمنظوماته غير الحكومية (الأهلية). كما يجب إثارة التنبه العام، واليقظة فى المجتمع الصحي، لتحديد الأولويات الهامة للإصلاح الصحي، وخيارات السياسة الصحية.

وعيوب الصحة البنائية والوظيفية، تتلخص فى تكس وتعدد ديوان الوزارة بعشرات القطاعات، والأقسام الإدارية، والوحدات بها (حوالي مائة)، وذات تنظيم رأسي، بلا تواصل، أو تفاعل عرضي، بين تلك الوحدات والإدارات العديدة، وكذلك فإن الأدوار التنظيمية والمسئوليات ينقصها الوضوح، ومستويات السلطة غير محددة، وذات طبيعة مغرقة فى المركزية. أما الإطار المؤسسي العام للقطاع فأكثر تعقيداً، حيث لوزارة الصحة علاقات واتصالات بحوالي ٢٩ وزارة وهيئة.

ويعيب البناء والأداء الصحي، أن هناك غياباً للتوازن الواجب بين الوظائف الاستراتيجية، والوظائف التشغيلية، لعمليات الصحة المتعددة. ومعظم العمليات التى تقوم بها وزارة الصحة والسكان يعييبها الإغراق فى تفاصيل العمل الإداري (micromanagement)، والتأكيد المتراد على دور تقديم الخدمة الصحية، على حساب الأدوار القومية والقطاعية للوزارة. وبالنسبة للقدرة المؤسسية بوزارة الصحة، فيعييبها نقص القدرة على تحليل السياسات والعمل على تميتها. وكذلك محدودية القدرة على التخطيط الاستراتيجي، وعلى التخطيط القطاعي للقوى البشرية، وضعف أنظمة تنظيم أدوار مقدمي الخدمة، وغياب أنظمة الإعتماد،

الخاصة بالوحدات، والقوى البشرية، قبل السماح للوحدة، أو للأفراد، بالقيام بالأعمال، وفي حدود تخصصاتهم، وأخيراً فى نقص قدرات الأفراد العاملين بالصحة على تنظيم وإدارة الاستثمارات فى قطاعات الصحة.

كذلك نلاحظ أن العمليات الأدائية لوزارة الصحة، لا توظف أنظمة الإدارة العصرية، ولا السياسات الدقيقة التحديد، ولا الإجراءات التنفيذية الجيدة التوصيف والتحديد، أما عملية اتخاذ القرار الصحى فهو غالباً ما يكون مبنياً على انطباعات ذاتية. ونادراً ما يكون بالاستناد إلى قاعدة من المعلومات المنظمة والمرتبطة علمياً ومنهجياً أنظمة إدارة المعلومات فهي فى دور جنينى.

وبالرغم من تركيز الوزارة على تقديم الخدمة الصحية، على حساب دورها الأساسى، فإن نظم تقديم الخدمة بصفة عامة، وخاصة الخدمات العلاجية ضعيفة الكفاءة، فقيرة النوعية. أما أدوار مديريات الصحة بالمحافظات، فهي أدوار محدودة فى تخليق السياسات الصحية، وفى صناعة القرار الصحى، فمديرو وقيادات العمل الصحى فى المحافظات يختصون بتقديم الخدمات الصحية، وإدارة تقديم تلك الخدمة بناءً على قرارات تم اتخاذها مركزياً، أما دورهم الذاتى فى تحريك الموارد جغرافياً، وفى وضع الأولويات فهو دور شبه منعدم إلا بعد الرجوع إلى المركز القاهرى.

أما التأمين الصحى، فهو أيضاً كهيئة بها نقاط قوة وضعف:

أما بخصوص قوة الهيئة البنائية والوظيفية فيتجلى فى ارتكاز تلك الهيئة إلى ضخامة عدد المنتفعين، المسجلين فى منظمة واحدة، وتزايد الدور المتوقع إسناده للهيئة، بما يجعل منها قوة مُشكِّلة لمستقبل الرعاية الصحية ونظام تقديمها فى مصر. ويتميز النظام الخاص بإدارة الأفراد المهنيين فى التأمين، ونظام التمويل من خلال اشتراكات وإسهامات المنتفعين، وأخيراً من خلال الخط الأول، وهو الممارس العام لمقابلة المريض، ونظام الاحالة إلى الأخصائى والرعاية الصحية بالأقسام الداخلىة بالمستشفى، مما يحقق وفاقاً فى الإنفاق، عندما يتم عرض مباشر غير مؤسس بأسباب موضوعية على الأخصائى الإفراط فى دخول الأقسام الداخلىة

بالمستشفيات. وإن طبيعة تركيب هيئة التأمين الصحي، ونظامها الإداري للرعاية الصحية، يجعل منها قوة إستراتيجية، وقوة اقتصادية، بحكم أنها توفر، من مواردها المالية، كل ما هو ضروري لتصميم برنامج الإصلاح الصحي. وبالرغم من افتقاد الهيئة للقدرة على إجراء تعاقدات نموذجية مع مقدمي الخدمة اللازمين لها من خارج موظفي الهيئة، لكنها لا تزال قادرة على تشكيل أنظمة التعاقد بحكم قوتها الاقتصادية، ونفوذها في سوق الخدمات الصحية، وأخيراً فقد أصبح لدى الهيئة حالياً بدايات لنظم إدارة المعلومات الصحية، من خلال برنامج هيئة المعونة الأمريكية، في مجال استرداد التكاليف، ثم في مجال برنامج الإصلاح الصحي.

وبالمقابل، فإن بالهيئة عيوباً تتعلق ببنيتها ووظائفها الأدائية، وأول تلك العيوب أن الهيئة لم يتكامل بناؤها التنظيمي، مع التوسع فى الأعمال والاختصاصات الإدارية والمهنية التى تزايدت عليها، وبالرغم من ضعف بنيتها التنظيمية والتشغيلية (بكوادرها الوسيطة) وعيوب الإدارة المالية، والتنمية البشرية فى الهيئة، فإن هيئة التأمين الصحي ليس لها حتى الآن، بنية مؤسسية مختصة بأعمال التخطيط الإستراتيجي، وتنمية سياسات الهيئة، وليس لها حتى الآن أيضاً، برغم كونها هيئة اقتصادية سلطان على التحكم فى إشتراكات وإسهامات منتفعيها، وتحديد الحزمة الطبية التى تحددها لمنتفعيها، طبقاً للمتاح لها تمويلاً. كما أن هذه الهيئة ليس لها معدلات، وسياسات نموذجية، وكتسب تعليمات لإدارة الهيئة، وفروعها، إدارة عصرية، تتماشى مع حجم تلك المنظمة بفروعها على اتساع الجمهورية. وقد أدت غيبة تلك المعطيات إلى ضعف قدرة الهيئة على المتابعة الدقيقة من خلال فروعها بما يحقق الجودة وخفض التكلفة. وإلى اليوم فإن جميع القرارات المنظمة للخدمات، والمتحكمة فى المشتريات، والتمويل، وتوجيه العمليات التشغيلية، تصدر من المركز (ديوان الهيئة). ويقوم ذلك المركز بتلك القرارات التفصيلية، على حساب تناقص دوره فى السياسات الاستراتيجية. ونظراً فإن حزمة الانتفاع التى يفترض أن تقدمها الهيئة إلى منتفعيها تشتمل على خدمات عديدة، مقابل اشتراكات تحددها الحكومة للهيئة، ولا تعدل طبقاً لمستوى التضخم على مر السنوات. ويترتب على ذلك أن الهيئة تعاني عجزاً تمويلاً متراكماً على مدار

السنوات. ومن النقائص الأساسية بالهيئة ضعف قدرتها فى التتمية البشرية، ومحدودية قدراتها المؤسسية، حيث أنها لم تصمم حزمة انتفاع مبنية على معلومات وافية، ومزودة باليات لتحقيق الموارد من خلال الاشتراكات، والإسهامات، ومتابعة التحليل، والتعديل، للوصول إلى الحزم المثلى، وأسعار اشتراكاتها، وإسهاماتها، وتعويزات عجز التمويل المحددة إن لزم. كما أنه يلزمها إقامة إدارة كفاءة مؤتمنة للمشتريات السلعية، وإدارة أخرى خدمية تحقق نظاماً للدفع، محفزة للسلوكيات الإيجابية، لمقدمي الخدمة الصحية، وأنظمة أخرى للتحكم فى أسعار الخدمات المكلفة والإستثنائية، وللحكم فى الإستهلاك الدوائى وترشيده، وإدارة أنظمة المعلومات، وتتمية القوى البشرية، وإدارة الجودة، وترقية الخدمة الصحية.

أما المؤسسات العلاجية، فهي نموذج لنقل بنية ووظيفة القطاع العام ذى الطابع المؤسسي إلى منظومة العمل، بمفهوم السوق، مع إستمرارية المحافظة على الحقوق الصحية للفقراء، وهى هيئة تستعيد ما تنفقه من خلال أنظمة تسعير وتكاليف تتفاوض فيها مع وزارة الصحة لتضع قائمة أسعارها، وتقدم حوافز دافعة لسلوك إيجابي للأطباء الأخصائيين المتعاقدين، الذين تستند إليهم مستشفيات تلك المؤسسة. وتعد الجودة المتحققة فى مستشفياتها أفضل من أى جودة فى مستشفيات أخرى بقطاع الصحة والسكان، وتجهيزات مستشفياتها تركز على مراكز تقنية عالية التكنولوجيا، وتدار كوحدات وبنظام تسعيرى وتكاليف، وبأداء أخصائيين ذوى خبرة فى المراكز الجامعية المماثلة فى كليات الطب، فيما يسمى بالوحدات الخاصة، والأقسام المتخصصة، وبالتالي تحقق توظيفاً أمثل للأجهزة التقنية بحيث يمكن لها استبدالها عند إهلاكها بدون اللجوء إلى انتظار التمويل الحكومى. وقد لجأت الهيئة أخيراً إلى إدارة أقسام لها مثل الأقسام الهندسية والصيانة، والمغاسل والأمن، وأعمال النظافة، والتغذية من خلال التعاقد مع شركات متخصصة، أو مع أفراد متخصصين، لإدارة تلك الأعمال طبقاً لأفضل المستويات السائدة حتى الآن فى مصر. وتقوم المؤسسات العلاجية بتقديم خدماتها لمرضى القطاع الأهلى من خلال حضور المريض إلى المستشفى للعلاج بها، كحالة مستشفى، أو من خلال تحويله

من عيادة الطبيب الأخصائي كحالة خاصة، تابعة للطبيب، لعلاجها بأحد مستشفياتها التي يعمل فيها ذلك الأخصائي، بالإضافة إلى تقديم الخدمة للمرضي المحولين إليها من أطباء الشركات المتعاقدة معها، وكذلك حالات القومسيون المحولة إليها للعلاج علي نفقة الدولة، وهي أقل تعرضاً للضغوط عليها من الدولة، وأجهزتها، أو من مجلس الشعب.

غير أن ذلك يعنى أيضاً، أن بالمؤسسة عديداً من السلبيات، وهي: أنها كانت تتكون من هيئة في القاهرة كان بها ١٢ مستشفى بحوالي: أربعة آلاف سرير، وقد تناقصت الآن بعد إلحاق أحدث ثلاث مستشفيات فيها مراكز المتخصصة بوزارة الصحة، وكذلك إلحاق اثنين من أكبر مستشفياتها التاريخية أيضاً بنفس الجهة، وفي الإسكندرية تم أيضاً إلحاق أكبر مستشفياتها الأصلية إلي نفس الجهة، كما تم إلغاء مؤسسة دمياط وإلحاقها إلى ذات الجهة. ولذلك فإن مستقبل تلك المستشفيات أصبح غير محدد، وأصبح دورها هامشياً في الإصلاح الصحي المتوقع. وأيضاً فإن المؤسسات العلاجية ليس لها بنية مركزية حاكمة فبناؤها المركزي ذو وظيفة كوفدرالية تركز إلي: دور أساسي للمستشفيات، ودور تنسيقي، وتخطيطي للمقر المؤسسي. وتكاد أن تكون كل مستشفى بنية مستقلة بذاتها، ولها خصوصيتها التي تختلف فيها عن مستشفيات المؤسسة الأخرى، كما أن هناك بعض المستشفيات، خاصة الوحدات الصغيرة، التي تعاني من عجز مالي متراكم علي مدار السنوات، يغطي من المستشفيات الأخرى التي تحقق فائضاً، يمكن من تحسين الخدمة، وإحلال الأصول التي يتم إهلاكها.

والمستشفيات الجامعية، قلاع الرعاية الصحية الثالثة بصفة أساسية في مصر، من خلال مستشفياتها (٣٦ مستشفى)، وهي تقدم القوى البشرية المهنية عالية التخصص من أعضاء هيئة التدريس بها، للتعاقد مع مستشفيات القطاع الخاص، والتأمين الصحي، والمؤسسات العلاجية، ولا يوجد لتلك المستشفيات دور ملموس في مجال الخدمة الوقائية، ودورها في الرعاية الصحية الأولية محدود وضئيل، وقد اتسعت علاقات تلك المستشفيات بنظام العلاج بأجر حتى أصبح أكثر من ١٤% من

إيراداتها يتحقق مقابل خدمة مدفوعة الأجر، في مراكزها المتخصصة، ويقوم الأهالي والشركات بدفع قيمتها. كما يحول إليها القطاع الخاص والقطاع التأميني الخاص وأنظمة العلاج بالنقابات وغيرها حالاتها مما يحقق إيراداتاً وفيراً. غير أنه يلاحظ: ضعف إدارتها، ومحدودية كفاءة الإنتفاع بتجهيزاتها عالية التقنية، وكوادرها المؤهلة عالية التدريب، وغياب التخطيط، والاتفاق علي خطة تطوير ذات مراحل وأهداف طبقاً للإمكانيات المتوفرة، وكذلك غيبة التفكير الاستراتيجي القومي، لدور يتسع ليشمل عموم القطاع الصحي، ولا يحبس داخل المستشفى الجامعي فقط.

والقطاع الخاص فهو قطاع متناثر، ومجزأ، وغير منظم في مصر، ولكنه يقدم الخدمة الطبية (أساساً) إلي عدد كبير من المرضى، المترددين علي العيادات، وعدد محدود من مرضي الأقسام الداخلية بالمستشفيات الخاصة. ويتفاوت مستوي الخدمة المقدمة في ذلك القطاع. حيث تعلق الجودة في المستشفيات المسماة بالإستثمارية، والمتركة بالقاهرة والجيزة والإسكندرية، وتقل إلي مستويات جودة محدودة، أو ضعيفة، في أنظمة العلاج الخاصة، المتناثرة في محافظات الوجه البحري والقبلي. وتتعامل تلك المستشفيات، والقطاع، ككل، مع الخدمات العلاجية أكثر مما تتعامل مع الوقاية، وتعزيز الصحة العامة. ولا يزال القطاع الخاص مغيباً، أو غير مشارك في أى حوار صحي، بهدف الوصول إلي سياسات استراتيجية للقطاع الصحي في مصر ككل.

ولا يفوتنا أن نشير إلي أن وزارة الصحة والسكان قد أشارت في إستراتيجيتها المتصورة عن تطور المؤشرات الخاصة بالوحدات والأسرة وبمقدمي الخدمات الصحية، عن المدة من ١٩٩٧ إلي ٢٠١٧، إلي زيادة كبيرة في أسرتها تغطي الزيادة السكانية المتوقعة، وتزيد بإجمالي كبير، وكذلك إلي زيادات ملموسة في مؤشرات الوحدات غير السريرية، وفي إعداد مقدمي الخدمات الصحية، ولعل تلك الأرقام فيها من الطموح أكثر مما فيها من الواقعية، وذلك طبقاً للجدول رقم "٦٠" التالي.

جدول رقم "٦٠" إستراتيجية وزارة الصحة والسكان عن المدة من ١٩٩٧ إلى ٢٠١٧ م

المؤشرات	عام ١٩٩٧	عام ٢٠١٧
سرير واحد لكل؟ من السكان	لكل ٧٠٠ من السكان	لكل ٤٠٠ من السكان
مركز صحي حضري لكل؟ من السكان	لكل ١٥٠ ألف من السكان	لكل مائة ألف من السكان
مركز صحي قروي لكل؟ من السكان	لكل ١٢ ألف من السكان	لكل ستة آلاف من السكان
طبيب واحد لكل؟ من السكان	لكل ألف من السكان	لكل ٧٥٠ من السكان
ممرضة واحدة لكل؟ من السكان	لكل ٩٠٠ من السكان	لكل ٦٠٠ من السكان
فني صحي واحد لكل؟ من السكان	لكل ثلاثة آلاف من السكان	لكل ١٥٠٠ من السكان
عيادة أسنان لكل؟ من السكان	لكل ٣٧ ألف من السكان	لكل ٢٠ ألف من السكان

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحى

٤-١١ الفصل الحادى عشر : البنية التحتية لقطاع الصحة (الوحدات)

٤-١١-١ الموقف الحالى للوحدات

الأقسام الداخلىة لوحدات الخدمة السريرية

الوحدات السريرية وأعداد الأسرة

حجم المستشفى (السعة السريرية)

توزيع الأسرة بالوحدات

تزايد الأسرة (من عام ١٩٩١ إلى عام ١٩٩٧)

معدل توزيع الأسرة بالمحافظات وحسب جهات تقديم الخدمة

٤-١١-٢ البنية التحتية للعيادات الخارجية

البنية التحتية لشبكة الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة

البنية التحتية لعيادات التأمين الصحى

البنية التحتية للعيادات الخاصة والممارسة المهنية الفردية وتوزيعها

جغرافيا

٤-٢-٢ موجز توصيات عن البنية التحتية

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحي

٤-١١ الفصل الحادى عشر: البنية التحتية لقطاع الصحة

٤-١١-١ الموقف الحالى للوحدات

٤-١١-١-١ بنية الأقسام الداخلية لوحدات الخدمة السريرية:

٤-١١-١-١-١ الوحدات السريرية وعدد الأسرة:

يوجد فى مصر (عام ١٩٩٧) ٢١٣٩ وحدة ذات أسرة، تقدم خدمة تصنف فى ٢٦ نوعية من الوحدات، بعدد من الأسرة يصل إلى ١٢٣٦٧١ سريراً، على مستوى الجمهورية، أى بمعدل ٢,٠٨ سرير لكل ألف من السكان، وهو معدل مناسب بالمقارنة بدول مماثلة الدخل.

ويوضح الجدول الأساسى "٦١" التالى توزيع الأسرة فى مصر موزعة حسب الوحدات التى توجد بها تلك الأسرة، ويلاحظ منه أن ٨٨% من الأسرة الإكلينيكية فى المستشفيات الحكومية والقطاع العام منها، و٥٧% من مجمل الأسرة الكلية فى مصر توجد فى وزارة الصحة والسكان. وتتوزع تلك الأسرة الخاصة بوزارة الصحة فى المناطق الحضرية فى المستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة ومديرياتها وفى مستشفيات الأحياء التابعة لنفس الجهة، مكونة ٢٢٣ مستشفى عاماً ومستشفى حى، بما يشكل ٢٦,٤٥% من مجمل الأسرة على النطاق القومى. وتوجد أيضاً أسرة إكلينيكية فى بعض وحدات الرعاية الصحية الأولية فى المناطق الحضرية، وعددها ٢٣٢ وحدة بها ٤٣٤ سرير بما شكل ٠,٢٨% من مجمل الأسرة بالجمهورية. كما يتضح أيضاً من الجدول نفسه أن هناك أعداداً من

المستشفيات النوعية: للحميات (٤٤ مستشفى)، وللصدر (٣٤ مستشفى)، ولأمراض العيون (٣١ مستشفى)، وكل تلك المستشفيات تقع أيضا في المناطق الحضرية.

أما على المستوى الريفي فهناك ٢٠٧ مستشفى قرويا، ٣٧٣ مراكز صحية قروية، بما يكون ٨,٦% من الطاقة السريرية الكلية. وتمثل تلك الطاقة في مجموعها الطاقة السريرية بالريف المصري، وما زالت تلك الطاقة السريرية شبه معطلة تمويلا وتشغيلة.

جدول رقم "٦١" توزيع الأسرة حسب الوحدات والمنظمات - ١٩٩٧

الأسرة		عدد الوحدات	الوصف
النسبة المئوية	العدد		
٥٦,٩٨%	٧٠٤٧٠	١٢٣٨	وزارة الصحة
المناطق الحضرية			
٢٦,٤٥%	٣٢٧١٤	٢٢٣	المستشفيات العامة ومستشفيات الأحياء
٠,٣٩%	٤٨٢	٦	مستشفيات الولادة والأطفال
٥,٦٥%	٦٩٨٤	١٢	مستشفيات الأمراض الفطرية
٦,١١%	٧٥٦٠	٣٤	مستشفيات صدر
٠,١٧%	٢١٥	١٢	مستشفيات الصدر مستوصفان صدر بأسرة
٠,٠٦%	٧٣	١	مستشفيات الأمراض الجلدية
١,٤١%	١٧٤٤	٣١	مستشفيات طب وأمراض العيون
٠,٠٨%	١٠٥	١	مستشفيات الأورام
٠,٠٥%	٦٨	٩	مستشفيات الأمراض المتوطنة
٦,٣٥%	٧٨٥٦	٨٨	مستشفيات الحميات
٠,٩٦%	١٠,٥٨	٤	مستشفيات الكلب
٠,١٥%	١٨٥	٥	العزل
٠,٢٨%	٣٤٣	٢٣٢	مراكز الرعاية الصحية الأولية
المناطق الريفية			
٤,٣٩%	٥٤٣٠	٢٠٧	مستشفيات قروية
٤,٤٧%	٥٥٢٦	٣٧٣	مراكز الصحة القروية (مجموعات صحية)

تابع جدول رقم "٦١" توزيع الأسرة حسب الوحدات والمنظمات - ١٩٩٧

الأسرة		عدد الوحدات	الوصف
النسبة المئوية	العدد		
منظمات ومعاهد			
٣,١٣%	٣٨٦٩	٨	هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية
٠,٧١%	٨٨٤	١٠	مراكز علاجية
٤,٤٣%	٥٤٧٧	٢١	المؤسسات العلاجية
٥,١٦%	٦٣٨٠	٢٢	هيئة التأمين الصحي
مستشفيات تابعة لوزارات أخرى			
١٣,٣%	١٨٨٦٩	٣٦	الجامعات (المستشفيات الجامعة
٠,١٧%	٨٤٤	١٠	مستشفيات الطلبة
٠,٨٢%	١٠١٦	١٧	مستشفيات الشرطة والسجون
معاهد أخرى			
٠,٢٥٥	٣٤٦	٣	مستشفيات السكك الحديدية
١,٢٨%	١٥٨٢	٢٠	معاهد أخرى
١١,٧٦%	١٤٥٤٥	٧٥٢	مستشفيات بالقطاع الخاص
١٠٠%	١٢٣٦٧١	٢١٣٩	الرقم الكلى

المصدر: وزارة الصحة ١٩٩٧.

* زادت إلى خمس وحدات (مستشفيات) أخيراً، بعضها داخل مستشفيات كبيرة.

٤-١-١-١-٢ حجم المستشفى:

يتراوح حجم المستشفى في مصر، حسب سعته السريرية، ففي وزارة الصحة هناك مستشفيات ذات سعة سريرية كبيرة "مئات من الأسرة"، وأخرى ذات سعة سريرية محدودة، تصل إلى ٥٠ سريراً فقط، بمتوسط عام يصل إلى أقل من ١٥٠ سرير في المستشفى. أما مستشفيات القطاع الخاص، فمنها عدد كبير جداً من المستشفيات صغيرة الحجم، وعدد قليل من المستشفيات كبيرة الحجم، والسعة السريرية بمتوسط عام لا يرقى إلا إلى ١٩ سرير فقط، أما أكبر المستشفيات سعة سريرية، فهي المستشفيات الجامعية التي ترقى سعة المستشفى منها إلى ٥٢٣ سريراً، كما يتضح من الجدول "٦٢" التالي:

جدول رقم "٦٢" السعة السريرية للمستشفى حسب جهات تقديم الخدمة

متوسط السعة السريرية بالمستشفى	جهات تقديم الخدمة
١٤٧	وزارة الصحة والسكان
٥٢٣	المستشفيات الجامعية
٢٠٠	الهيئة العامة للتأمين الصحي
٢٦٠	المؤسسات العلاجية
٤٨٣	المستشفيات التعليمية
١٩	القطاع الخاص

المصدر: وزارة الصحة "١٩٩٧"

٤-١١-١-١-٣ توزيع الأسرة:

وزارة الصحة هي أكبر مقدم خدمة صحية في مصر، بها ٣٩٦٧ وحدة صحية تقدم خدمة الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، منها ١٢٣٨ وحدة بها خدمة سريرية تصل كما أسلفنا إلي ٧٠٤٧٠ سرير، ويوضح الجدول "٦٣" التالي وحدات تقديم الخدمة بوزارة الصحة، وعدد أسرتها، حسب جهة تقديم الخدمة داخل الصحة.

جدول رقم "٦٣" وحدات وزارة الصحة بأسرة وبدون أسرة موزعة نوعيا وجغرافيا

عدد الأسرة	عدد الوحدات	وحدات تقديم الخدمة
٥٩١٧١	٤٢٦	مستشفيات بالحضر
٥٤٣٠	٢٠٧	مستشفيات بالريف (فردية)
٥٥٢٦	٣٧٣	مراكز صحية ريفية
-	٢٢٠٩	وحدات صحية ريفية
-	٣٥٤	مكاتب الصحة
٣٣٢	٢٣١	وحدات الأمومة والطفولة
-	١٦٧	وحدات صحية حضرية

المصدر: المعلومات الإحصائية الأساسية - مركز المعلومات بوزارة الصحة ١٩٩٧.

ومن الجدول رقم "٦٠" السابق، يتضح أن وزارة الصحة تقدم ١,٢ سرير لكل ألف من السكان، في عام ١٩٩٤. أما مقدم الخدمة الأعظم التالي للصحة فهي المستشفيات الجامعية، حيث أن لديها ١٥,٢% من الطاقة السريرية المتاحة. وتكاد المستشفيات الجامعية أن تكون مقدم الصحة الرئيسي للرعاية الصحية الثالثة والمتقدمة، وتتركز مستشفياتها في المناطق الحضرية، ويصل عددها إلى ٣٦ مستشفى جامعيًا (مركز معلومات وزارة الصحة ١٩٩٧). ويوجد في القاهرة الكبرى ١٧ مستشفى من إجمالي المستشفيات الجامعية (٥ بالقصر العيني، و ٦ بعين شمس، و ٣ بالأزهر، والمعهد القومي للأورام بجامعة القاهرة)، بإجمالي حوالي عشرة آلاف سرير، من الأسرة عالية التجهيز، لمستوى الرعاية الصحية الثالثة.

أما الإسكندرية ففيها أربع مستشفيات، بإجمالي ٢٥٨٢ سريرًا، من نفس مستوى أسرة القاهرة الجامعية. أما مستشفيات قناة السويس الجامعية، والمنصورة، والزقازيق، وطنطا، وبنها، وشبين الكوم، وكلها تقع في الوجه البحري، وعدد أسرة تلك المستشفيات الجامعية علي التعاقب كالآتي ٤٩٨، ١٥١٢، ١١٣٧، ١٢٢٩، ٨١٢، ٣٨٩ سريرًا. أما مستشفيات الوجه القبلي الجامعية فأكبرها في أسبوط بواقع ١٤٥٨ سريرًا، وفي المنيا ٢٣٨ سريرًا. ويصل إجمالي المستشفيات الجامعية بالوجه القبلي، إلي خمس عدد الأسرة الجامعية المتاحة في القاهرة.

أما مستشفيات القطاع الخاص، وهو مقدم الخدمة السريرية التالي للمستشفيات الجامعية فيها ٧٥٢ وحدة مزودة بالأسرة، بإجمالي ١٤٥٤٥ سريرًا بحوالي ١١,٨% من إجمالي الأسرة الكلية بالجمهورية. وأكثر من ٥٠% من تلك الأسرة في المحافظات الحضرية خاصة في القاهرة. أما في الوجه البحري فتصل تلك الأسرة إلي ٢٧٣٨ سريرًا، وفي الوجه القبلي تتركز الأسرة في الجزء الحضري من محافظة الجيزة بواقع ١٤٣ مستشفى بها ٢٩٦٥ سريرًا، أما باقي محافظات الوجه القبلي ففيها ١٤٤٢ سريرًا، بؤرتها في أسبوط التي يوجد ٣٣ مستشفى خاصا بها ٥٩٦ سريرًا، أما محافظات الحدود ففيها أرقام محدودة في مطروح مثلاً ٢٤ سريرًا فقط. ويلاحظ أن أعدادا قليلة من تلك المستشفيات الخاصة، هي التي يمكن

أن توصف بأنها مستشفيات "بناء، وتجهيزاً" ويطلق عليها اسم المستشفيات الاستثمارية، وتتركز في القاهرة والجيزة والإسكندرية.

أما مستشفيات "هيئة المعاهد، والمستشفيات التعليمية"، فهي مجموعة من المعاهد والمستشفيات، تعمل تحت رئاسة وزير الصحة كرئيس للهيئة. وتتكون من مجموعتين: الأولى، هي المعاهد البحثية اثنان منها فقط بدون أسرة وهما: معهد التغذية ومعهد الحشرات والباقي بها أسرة محدودة. أما المجموعة الثانية، فهي عدد من المستشفيات (١٥ مستشفى) كلها كبيرة السعة السريرية، ماعدا مستشفى معهد السكر، وتقع تلك المعاهد، والمستشفيات، في ٦ محافظات بإجمالي ٤٧٥٣ سريراً، وهي مستشفى شبين الكوم بالمنوفية ٦٧٦ سريراً، ومستشفى دمنهور بالبحيرة ٦١٢ سريراً، ومستشفى سوهاج ٣٢٣ سريراً، أما باقي المستشفيات فمنها سبعة مستشفيات ومعاهد بالقاهرة بإجمالي ٢١٠٤ سريراً، كلها مستشفيات كبيرة ماعدا معهدين هما معهد السكر (١٤٨ سريراً)، ومعهد الأمراض المتوطنة (٤٨ سريراً)، وهناك أربع مستشفيات بالمنطقة الحضرية بالجيزة، هي: معهد جراحة القلب والصدر، ومعهد شلل الأطفال، ومعهد السمع والكلام، وأخير معهد الرمد بإجمالي ٦٠٦ سريراً. ويلاحظ أن عدد الأسرة يشمل المعاهد والمستشفيات، أما إذا اقتصر الحديث على المستشفيات فقط، فعددها ثمانية وإجمالي أسرتها ٣٨٦٩، بنسبة ٣,١٣% من إجمالي أسرة الجمهورية. أما المعاهد ومراكز البحث ففيها ١٥٨٢ سريراً.

أما مستشفيات الهيئة العامة للتأمين الصحي، فهي مجموعة من الوحدات السريرية، تقدم خدماتها إلي قاعدة مغلقة من المنفعين، ولها قوانين وأنظمة خاصة تم استعراضها "في الفصل السابق". وهي نموذج لتقديم الخدمة مع تمويلها في نفس الهيئة، باعتباره النشاط الأساسي للهيئة مزدوج الدور، كما أنها تقدم خدماتها بأسلوب رأسي مغلق علي منفعيها. ولمستشفياتها ثلاث نوعيات: الأولى: يملكها ويمولها ويقدم الخدمة فيها التأمين الصحي بوحده وأفراده، بالإضافة إلي التعاقدات الفردية التي يجريها مع مقدمي الخدمة الذين يستأجرهم ويدفع لهم بأنظمتهم، والثانية: وهي مستشفيات ملك لآخرين عادة وزارة الصحة، وتستأجرها هيئة التأمين

الصحي، وتمول أنشطتها، وتوظف أفرادها، بالطريقة التي تنتم في المجموعة الأولى، والنوعية الثالثة: وهي مستشفيات غير تابعة للتأمين، وإنما يحول إليها التأمين حالاته "مرضاة" طبقاً لنظم إحالة خاصة به، حيث توظف الهيئة مستشفيات جهات أخرى، مثل المستشفيات الجامعية، وهيئة المستشفيات التعليمية، ومستشفيات المؤسسات العلاجية، ومستشفيات القطاع الخاص، طبقاً لأنظمة تعاقدية تجريها الهيئة مع تلك الجهات، وتتابع الهيئة لاحقاً الرعاية والإنفاق المقدم لحالاتها المحولة، لتسدد أو تمتنع أو تعجز في بعض الأحيان عن السداد.

أما الوحدات التي تملكها الهيئة وتديرها مضافاً إليها تلك التي تؤجرها وتديرها فتتمثل ٦٣٨٠ سريراً، منها: ٦ مستشفيات في القاهرة، و ٣ في الجيزة، و ٢ في القليوبية، (بإجمالي ١٤٥٨ سريراً في القاهرة الكبرى)، وثلاث مستشفيات في الإسكندرية، بإجمالي ١٥٦٠ سريراً، وثلاث مستشفيات مؤجرة في قناة السويس، بإجمالي ٢٥٨ سريراً، وثمانية مستشفيات في الوجه البحرى بإجمالي ١٢٥٢، وست مستشفيات في الوجه القبلي بإجمالي ٨١١ سريراً.

أما مستشفيات المؤسسات العلاجية: وتلك مجموعة من المستشفيات موجودة في خمس محافظات بعدد ٢١ مستشفى، وإجمالي أسرة يبلغ ٥٤٧٧ سريراً. وكانت أكثرها استقرار هي المؤسسة العلاجية بالقاهرة وتشمل ١٢ مستشفى وظل ذلك العدد حتى عام ١٩٩٧ حيث اقتطع منها مستشفى ناصر ٧٦٣ سريراً، ومستشفى الهرم ٢٨٦ سريراً وكذلك اقتطع لاحقاً منها في ١٩٩٩ مستشفى الهلال ٢٤٨ سريراً ومستشفى دار الشفاء ٣٠٠ سريراً، وستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية "العجوزة" ٥٣٠ سريراً، وكذلك اقتطع مستشفى المواساة من المؤسسة العلاجية بالإسكندرية، وأخيراً اقتطعت مؤسسة دمياط بمستشفائها الوحيد وهو أكثر من خمسمائة سرير. وألحقت كل تلك المستشفيات، مع مجموعة من المراكز الطبية، لعلاج مرضى القلب، ومرضى الأورام، بالمحافظات، ومع سبعة مستشفيات تعرف بمستشفيات اليوم الواحد، ووحدات سريرية أخرى مستجدة. وألحق كل ذلك بوزارة الصحة تمهيداً لإنشاء مؤسسة أو هيئة حكومية مستهدفة باسم "المراكز والوحدات المتخصصة". وعموماً، فإن المؤسسات العلاجية أصبحت في حالة انتقالية، لم يتقرر

بعد وضعها المستقبلي، وإن كان من المتصور تصفية وجودها الإدارى كهيئة اقتصادية مستقلة، حيث أصبحت ذات طابع حكومي، وإن كان نظامها المالي والتنظيمي والتشغيلي، كمستشفيات تقدم الخدمة بمقابل مادي لا يزال مستمرا، وهكذا يتوقع أن يصبح لها مصدرين تمويلين رئيسيين هما: التمويل من موارد التشغيل بأجر طبقا لوضعها السابق، بالإضافة إلى التمويل الحكومي من الموازنة العامة للدولة. ويلاحظ أن المؤسسة العلاجية بالقاهرة كانت تشمل ٣٤٩١ سريرا، منها ٢٨٩٩ سريرا يقدم الخدمة للشركات والأفراد مقابل أجر، ويحاسب الحالة (المريض) بنظام الفاتورة، وبأقي أسرتها ٥٩٢ بدار بالأسلوب المجاني المماثل لأسرة وزارة الصحة). أما مستشفيات المؤسسة العلاجية بالإسكندرية فكانت أسرتها تصل إلى حوالي ١٠٠٠ سرير. أما محافظه دمياط فكانت فيها مؤسسة من مستشفى واحد تزيد عن ٥٠٠ سرير، وما زالت هناك مؤسستان صغيرتان: إحداهما في بورسعيد وتتكون من مستشفى واحد ١٢٦ سريرا، والأخرى في القليوبية وتتكون أيضا من مستشفى واحد ١٥٠ سريرا، وأخيراً، هناك مؤسسة بها مستشفى فوه في محافظة كفر الشيخ ويتكون من ٢٦٠ سريرا.

وهناك مستشفيات سريريه أخرى، تصل إلى حوالي ٢٩٤٩ سريرا، تشمل الشرطة والسجون، وبها ١٧ وحدة (أكبرها مستشفى الشرطة بالجيزة) بها ١٠١٦ سريرا، ومستشفيات السكك الحديدية بها وحدات (أكبرها مستشفى السكة الحديد بالقاهرة) بها ٣٤٦ سريرا، ومستشفيات أخرى قليلة مثل مستشفى وزارة الكهرباء، ومستشفى وزارة الأوقاف "الدعاة"، وذلك بخلاف مستشفيات وزارة الدفاع، التابعة للخدمات الطبية بالقوات المسلحة.

٤-١-١-١-٤ تزايد الأسرة في مصر منذ ١٩٩١ إلى ١٩٩٧:

يتزايد عدد الأسرة في مصر بمعدل يرقى إلى ٢٥٠٠ سرير سنويا، وهو يكاد يتوازن، أو يقل قليلا، عن معدل الزيادة السكانية، وبذلك يظل معدل الأسرة لكل ألف من السكان شبه ثابت، على مدار السنوات من ١٩٩١ إلى ١٩٩٧. ويوضح الجدول "٦٤" التالي معدل التزايد خلال تلك الفترة، كما يوضح هذا الجدول معدل التزايد النسبي للقطاعات الصحية، فبالرغم من أن المعدل العام للزيادة الأسرة خلال تلك

الفترة (سنة سنوات) كان ١٤,٠٦%، فإن معدل زيادة أسرة وزارة الصحة، خلال نفس المدة، لم يتجاوز ٧,٣%، علي حين وصل معدل الزيادة، خلال نفس المدة، في المستشفيات الجامعية إلى ٢١,٧% (أى ثلاثة أضعاف التزايد في أسرة مستشفيات وزارة الصحة، ووصلت الزيادة إلى قمتها في منظمات أخرى خارج الصحة مثل التأمين الصحي ٣٠,٩٨%، أما القطاع الخاص فوصل معدل زيادته إلى ٣٣,١٨% (أى ما يقارب خمسة أضعاف معدل الزيادة في وزارة الصحة).

جدول رقم "٦٤" معدل التغير في الطاقة السريرية حسب جهة تقديم الخدمة

عن المدة من ١٩٩١ إلى ١٩٩٧

التغير من ١٩٩١ - ١٩٩٧	السنة		جهة تقديم الخدمة (مستشفيات)
	كعدد أسرة	١٩٩٧	
١٤,٠٦%	١٥٢٤٦	١٢٣٦٧١	المتوسط العام (إجمالي)
٧,٣٠%	٤٧٩٦	٧٠٤٧٠	أسرة مستشفيات وزارة الصحة
٢٠,١٣%	٤١٦٧	٢٤٨٧١	أسرة مستشفيات حكومي أخرى
١٢,٧٨%	٣٣٦٦	١٨٨٢٢	أسرة مستشفيات جامعية
٥٣,٨٥%	٩٨	٢٨٠	أسرة مستشفيات الطلبة
١٠١١,١%	٦٧٣	٧٠٠	مستشفيات الشرطة
(٣٧,٠٥%)	(١٨٦)	٣١٦	مستشفيات السجون
٣,٧٨%	١٤١	٣٨٦٩	المستشفيات التعليمية
١٤,٣٦%	١١١	٨٨٤	معاهد علاجية
٢٣,٩٠%	٢٦٥٩	١٣٧٨٥	أسرة في قطاع الأعمال
٣٠,٩٨%	١٥٠٩	٦٣٨٠	أسرة الهيئة العامة للتأمين الصحي
١٤,١٣%	٦٧٨	٥٤٧٧	أسرة المؤسسات العلاجية
(١١,٧٣%)	(٤٦)	٣٤٦	مستشفيات السكك الحديدية
٤٨,٦٨%	٥١٨	١٥٨٢	منظمات أخرى
٣٣,١٨%	٣٦٢٤	١٤٥٤٥	أسرة مستشفيات القطاع الخاص

المصدر: وزارة الصحة - الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ١٩٩٧.

٤-١١-١-٥ معدل توزيع الأسرة على السكان بالمحافظات، حسب جهات تقديم الخدمة:

ويشير جدول توزيع الأسرة كعدد، وكنسبة لكل عشرة آلاف من السكان، على المحافظات المختلفة من ناحية، وعلى جهات تقديم الخدمة من ناحية أخرى، إلى أن القاهرة بها أكبر عدد من الأسرة، بمعدل يصل إلى ٤٦ سريراً لكل عشرة آلاف من السكان، بينما محافظة قنا بها أدنى عدد من الأسرة، بمعدل يصل إلى ٨,٨ من الأسرة، لكل عشرة آلاف من السكان، وتظل المحافظات الحضرية ومحافظات شمال الدلتا (بور سعيد / الإسكندرية/ دمياط) من المحافظات التي بها عدد كبير من الأسرة، وذلك طبقاً للجدول "٦٥" الآتي:

"جدول رقم ٢٥" يوضح: توزيع الأسرة لكل عشرة آلاف من السكان، حسب المحافظات، وجهات تقديم الخدمة

معدل الأسرة (١٠/١ ألف)	الإجمالي	القطاع الخاص	القطاع العام	مستشفيات ومعاهد	وزارات أخرى	وزارة الصحة والسكان	السكان في ٩٦/١٧	المحافظة
٤٥,٥٢	٣١٥٥٣	٥٥٦٥	٥٥٠٦	٢١٠٤	٩٢٢٣	٩١٥٥	٦٩٣١٨١٢	القاهرة
٣١,٦٤	١٠٨١٦	١٤٩٨	٢٤٩٩	٠	٢٨٠٢	٤٠١٧	٣٤١٨١٠٧	الإسكندرية
٣٤,٩٥	١٦٢٤	٧٣	٣١٠	٠	٢٠	١٢٢١	٤٦٤٦٢٦	بور سعيد
٢٣,٦٥	٩٧٣	٢١٠	٤٧	٠	٠	٧١٦	٤١١٤١٧	السويس
٢٩,٦١	٢٠٣٤	١٤٥	٢٢٨	٠	٤٩٨	١١٦٣	٦٨٦٩٠٣	الإسماعيلية
٣٣,٥٦	٣٠٢٦	٢٤٠	٦٩٨	٠	٠	٢٠٨٨	٩٠١٧٢٥	دمياط
١٦,٤٧	٦٩٧٠	٣٧٤	٢٠٣	٠	١٥٢٢	٤٨٧١	٤٢٣١٨١١	دقهلية
١٣,٩٠	٥٨٩٩	٣٤٤	٣٧٨	٠	١١٧٧	٤٠٠٠	٤٢٤٢٧٨٩	الشرقية
٢٥,٣٢	٧٧٤٤	٢٣٩	٨٢٥	٤٣٢	٩١٤	٥٣٢٤	٣٠٥٧٨٨٣	قليوبية
١٢,٩٣	٢٩٥	٣٩	٤٦٠	٠	٠	٢٤٣٥	٢٢٨٢٤٦٦	كفر الشيخ
٢١,٦٨	٧٤٦٠	٩٨٠	١٣٨	٠	١٢٤٤	٤٢٩٨	٣٤٤٠٦٨٥	غربية
١٠,٨٢	٤١٠٦	١٦٣	٦٤	٩٧٦	٤١٩	٢٧٤٨	٢٦٧٩٣٨٠	منوفية
٢٠,٧٥	٤٣١٢	٢١٤	١٨٣	٦١٢	٠	٣٣٠٣	٣٩٨٤٥٥١	بحيرة
١٢,٢٠	٩٤٧٠	٢٩٦٥	٤٦٥	٦٠٦	٥٤٣	٤٨٩١	٤٥٢٢٩٨٦	جزيرة
٩,٧٦	٢٢٧١	٧٩	٨٢	٠	٠	٢١١٠	١٨٦٠٩٨٠	بنى سويف

تابع "جدول رقم ٦٥" يوضح: توزيع الأسرة لكل عشرة آلاف من السكان، حسب المحافظات، وجهات تقديم الخدمة

معدل الأسرة (الف/١٠)	الإجمالي	القطاع الخاص	القطاع العام	مستشفيات ومعاهد	وزارات أخرى	وزارة الصحة والسكان	السكان في ٩٦/١/٧	المحافظة
١٣,٧٥	١٩٦٨	٥٢	٥٠	٠	٠	١٨٦٦	٢٠١٦١٥٦	الفيوم
١٨,٨٥	٤٦٨٢	٢٥١	٢١٤	٠	٢٤٣	٣٩٧٤	٣٤٠٥٥٣٤	المنيا
١٣,٠٧	٥٤٣٥	٥٩٦	٣٦١	٠	١٤٨٢	٢٩٩٥	٢٨٨٢٧٧٩	أسيوط
٨,٨٠	٤٠٤٨	٢٢٨	١٠٨	٢٢٣	٠	٣٢٩٨	٣٠٩٨٠٣٠	سوهاج
١٦,٣٦	٢٤٦٦	١٥	١٢٠	٠	٣٠	٢٣٠١	٢٨٠٢١٣٦	قنا
٢٣,٦٧	١٧١٢	٢٢١	٦	٠	٠	١٣٨٥	١٠٤٦١٤٣	أسيوط
٣٥,٤٥	٤٥٥	٣٠	٠	٠	٠	٤٢٥	١٩٢٢٥٧	مطروح
٢٩,٠٤	٤٨٥	٠	٠	٠	٠	٤٨٥	١٣٦٨٢٨	الوادي الجديد
١٥,٤٣	٣٤٢	٢٤	٤٠	٠	٠	٢٧٨	١١٧٧٨٤	البحر الأحمر
٤٨,٢٦	٣٤٣	٠	٠	٠	٠	٣٤٣	٢٢٢٢٨٤	شمال سيناء
٢٢,٣٩	١٧٢	٠	٠	٠	٠	١٧٢	٣٥٦٤١	جنوب سيناء
٢٠,٨٦	٣٥٣	٠	٠	٠	٠	٣٥٣	١٥٧٦٨٨	الأقصر
	١٢٢٦٧١	١٤٥٤٥	١٣٧٨٥	٤٧٥٣	٢٠١١٨	٧٠٤٧٠	٥٩٢٧٢٣٨٢	الإجمالي

ويظل هناك إنحيازاً في توزيع الأسرة للقاهرة الكبرى وبور سعيد، والإسكندرية، ودمياط، ليس فقط في نطاق وزارة الصحة والسكان، وإنما أيضاً لأن أسرة المؤسسات العلاجية، والتأمين الصحي، والجامعات، تتركز في أكثر تلك المناطق، وبالطبع فإن مستشفيات القطاع الخاص الكبرى، تتركز أيضاً في نفس المحافظات، حيث تتركز ثروات الجمهورية، وأعلى قدرات الإنفاق.

٤-١١-١-٢- البنية التحتية للعيادات الخارجية:

٤-١١-١-٢-١- البنية التحتية لشبكة الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة:

وكما لاحظنا، فإن وحدات وزارة الصحة والسكان، تقدم الخدمات الوقائية، وخدمات الرعاية الصحية الأولية، من خلال وحداتها ذات الأسرة، أو تلك التي لا توجد بها أسرة، والتي سبق إيضاحها في جدول وحدات وأسرة وزارة الصحة، وهي: وحدات الصحة الريفية (بلا أسرة) - مراكز الصحة الريفية (٥٥٢٦ سريراً) - المستشفيات القروية (٥٤٣٠ سرير) - مكاتب الصحة (بلا أسرة) - مراكز رعاية الأمومة والطفولة (٣٣٤ سريراً) - مراكز الصحة الحضرية (بلا أسرة) - مستشفيات رعاية الأمومة والطفولة (٣٩٠ سريراً).

ويلاحظ أن هناك تحويل متدرج لمراكز الصحة الريفية - التي لا تعمل أسرتها إلا في نطاق محدود (١٥ - ٢٠ سرير لكل وحدة)، لتصبح مستشفيات قروية (٣٠ - ٦٠ سريراً لكل مستشفى قروي)، والتي لازال مستوى إشغالها أقل من ٤%. أما مكاتب الصحة فهي في المناطق الحضرية وتختص بتسجيل المواليد والوفيات، وفحص الغذاء والكنترول الخاص به، والتطعيم، والخدمات الوقائية الأخرى.

أما وحدات رعاية الأمومة والطفولة فهي تقدم خدمات رعاية ما قبل الوضع، ورعاية الولادة، ورعاية ما بعد الوضع، وخدمات السن قبل المدرسي. وهناك توجه لتحويل تلك الوحدات إلى مراكز صحية حضرية، مما أدى إلى تناقص مراكز

جدول رقم "٦٦" يبين عيادات الخدمات الصحية الخارجية بهيئة التأمين الصحي

ملاحظات	العدد	الوحدات
	٦٣٩	عيادة الممارسين (داخل المصنع)
	٤٩	عيادات الممارسين (خارج المصنع)
	١٣٨	عيادات الأخصائيين
منها ٢٦٣ عيادة خارج المدرسة	٦٣٤٣	عيادات الصحة المدرسية

المصدر: هيئة التأمين الصحي - ١٩٩٧

٤-١١-١-٢-٣ البنية التحتية للعيادات الخاصة والممارسة المهنية الفردية:

يشير المسح القومي لمقدمي الخدمة الذي تم في عام ١٩٩٥، بالتعاون بين وزارة الصحة ومشروع "DDM" حيث يقدر عيادات الممارسات المهنية الفردية، بحوالي ٣٨٠٠٠ إلى ٥٠٠٠٠ ممارسة مهنية فردية في مصر. وتتوزع العيادات الخاصة لممارسة المهنة بانحياز واضح للمناطق الحضرية، كالاتي: ٣٤% في المحافظات الحضرية، و ٢٩% في محافظات مصر العليا، و ٢١% في محافظات الوجه البحرى. وتمثل العيادات في المناطق الريفية ١٦% من العدد الكلي لتلك العيادات (منها ٩% في ريف الوجه البحرى، و ٧% في ريف الوجه القبلي)، ومن بين أطباء تلك الوحدات الخاصة ٩٢% من الذكور، و ٨% من الإناث أغلبهن بالمناطق الحضرية، وبالتالي فإن المرأة الريفية في الوجه القبلي، يندر أن تجد طبيبة أنتى، في متناول طلبها عند الحاجة. وذلك طبقا لما يوضحه الجدول "٦٧" التالي.

جدول رقم "٦٧" لتقدير عدد عيادات القطاع الخاص حسب مقدم الخدمة ونوعيته والتوزيع

الجغرافى

نوعية العيادة	محافظات حضرية	مصر العليا	الوجه البحرى	الإجمالى
ممارسات فردية	٢١٦٩٧-١٤١١٦	١٢٧٣٨-١٠٦٩٦	١٣٩٦٨-١٢٣٠٧	٤٨٤٠٣-٣٧١١٩
وحدات مجمعية	٩٣٢-٦٠٦	٤٧٧-٤٠٠	٥١٧-٤٤٩	١٩٢٦-١٤٥٥
ممرضة/مولودة	٨٠-٥٢	٢٣٣٦-١١١٥	٢٨٢٩-٢٤٠٣	٤٢٤٥-٣٥٦٨
المطبيب الشعبي	٢٦٥-١٧٢	١١٧٣-٩٧٨	٦٠٥١-٥٠٦٦	٧٤٨٩-٦٢١٦

المصدر: المسح القومي لمقدمي الخدمة الصحية في مصر - ١٩٩٥.

ويوضح الجدول "٦٨" التالي الأنشطة التي يمارسها الأطباء كأفراد في عياداتهم الخاصة، موزعاً على المناطق الجغرافية. ويتضح منه أن ممارسة الطب الوقائي في تلك الوحدات لا تتجاوز ١٧%، وممارسة التطعيم والرعاية الصحية للأطفال في حدود ٤%، علي حين أن فحوص المرضى وأعمال الإسعاف والحقن والتدخلات الجراحية هي الأكثر شيوعاً .

جدول رقم "٦٨" يوضح: نوعيات الخدمات المقدمة في العيادات الخاصة، موزعة جغرافياً،

كنسب مئوية

النسبة % للخدمة في العيادات	الوجه القبلى (ريف)	الوجه القبلى (حضر)	الوجه البحرى (حضر)	الوجه البحرى (ريف)	المحافظات الحضرية	نوعية الخدمة
٩٩,٥	٩٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨,٩	فحص للمريض
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
٦,٩	١٠,٩	١٣,٦	١٤,٩	١٥,٣	٣,٠٠	حقن وريدى
٩,٧	٩,٦	١١,٩	٨,٩	٢٠,٨	٧,٠	الولادة
٦,٩	٧,٤	٨,٥	٦,٥	٨,٣	٥,٩	الاختبارات المعملية
٥,٥	٥,٧	١,٧	٦,٥	٦,٩	٥,١	موجات فوق صوتية
٥,٠	٣,٥	٣,٤	٦,٥	٤,٢	٥,٩	رعاية الترضيع
٤,٥	٢,٦	١,٧	٦,٥	٥,٦	٥,١	التطعيم
٣,٤	٤,٣	١,٠	٦,٠	١,٤	٢,٢	الأشعة

المسح القومى لمقدمى الخدمة الصحية - ١٩٩٥

٤-١١-٢ موجز وتوصيات عن البنية التحتية:

تتميز البنية التحتية، التي أشرنا إليها، بوفرة في الطاقة السريرية، بما يترتب عليها من عبء مالي، ومن توجيه للأموال المحدودة إلى الرعاية العلاجية، بدلاً عن الرعاية الصحية الأولية والصحة الوقائية. ويتزايد عبء تلك المشكلة، إذا علمنا

أن إشغال تلك الأسرة لا يتجاوز ٣٢-٤٥% من الطاقة السريرية الكلية، بوزارة الصحة والسكان.

وإذا راجعنا موضوع الأسرة علي مستوى الجمهورية، التي نحتاجها لإنتاج نفس الخدمة الحالية، بشرط تشغيل الأسرة بمتوسط تشغيل أمثل، وهو ٨٠% (O.R)، ومتوسط مدة إقامة (ALOS) أمثل أيضاً وهو ستة أيام، ولما كان متوسط دخول المرضى الجدد الحالي اليومي هو ٢,٧%، فإن حساب عدد الأسرة التي نحتاجها، لا يتجاوز إثنين وثلاثين ألف سريراً في عام ١٩٩٧، علي حين أن الواقع الحالي هو ١٢٣ ألف سريراً. وإذا وضعنا في اعتبارنا ثبات معدل نمو السكان خلال السنوات المقبلة حتى عام ٢٠١٠ عند متوسط ١,٦% فإنه يمكن أن نكون إسقاطات مستقبلية متعددة، بتعديل في بعض تلك العناصر التي أشرنا إليها "متوسط إشغال الأسرة - متوسط مدة إقامة المريض - متوسط دخول المرض اليومي"، ونكتفي هنا بالإشارة إلى ثلاثة تصورات مستقبلية حتى سنة ٢٠١٠.

السيناريو الأول: بافتراض معدل الدخول ٢,٧%، ومعدل إشغال الأسرة ٨٠%، ومتوسط مدة الإقامة ٦ أيام، مع ثبات معدل الزيادة السكانية في كل الأحوال (١,٦%)، فإننا نجد أن الأسرة التي نحتاجها في عام ٢٠١٠ لا تتجاوز ٤٠ ألف سريراً.

السيناريو الثاني: بزيادة معدل الدخول إلي ٤%، وثبات معدل إشغال الأسرة، ومتوسط مدة الإقامة، ومعدل الزيادة السكانية، فإننا نجد أن الأسرة التي نحتاج إليها في عام ٢٠١٠ لا يتجاوز ستون ألف سريراً.

السيناريو الثالث: بزيادة معدل الدخول الي ٥% مع ثبات معدل إشغال الأسرة، وزيادة متوسط مدة إقامة المريض إلى ١٠ أيام، وثبات معدل الزيادة السكانية، فإن الأسرة التي نحتاج إليها في عام ٢٠١٠ لا تتجاوز ٨٩ ألف سريراً.

ولكن يجب ملاحظة أن الأسرة المتاحة حالياً، ليست متاحة بمستوى التجهيز المعاصر، ويجب تعزيز وترقية خدمات السرير التجهيزية، والتكنولوجية.

والمعلوماتية، والإدارية، والتنظيمية، والمهنية، حتى يمكن تنظيم الاستفادة من الخدمة السريرية، وإلا ظل الانتفاع السريري محدودا.

وهناك أيضا ظاهرة سوء توزيع الأسرة، بتفاوت ما بين خمسة إلي واحد، فيما بين الحضر "بالقاهرة ٤,٥٥ في الألف"، والمحافظات الفقيرة "مثل قنا فيبلغ ٠,٨٨ في الألف". وتلك الظاهرة تحتاج إلى تصحيح عاجل حيث أن المناطق الفقيرة والأقل حظاً في التعليم والثروة هي الأكثر احتياجاً للخدمة الصحية، والخدمات السريرية. ويتضاعف تأثير تلك الظاهرة إذا ما أضيف إليها تواجد القطاع الخاص القوي، والمعزز بالتواجد المماثل في القوة، للتأمين الصحي والمؤسسات العلاجية، في المحافظات الحضرية، والجيزة، والمحافظات الساحلية، مما يجعل خليط الخدمة المكون من القطاع الحكومي والعام والخاص ذا حضور مؤثر في تلك المناطق. وتحرم المحافظات الزراعية من ذلك التركيز والتواجد الخدمي المتميز والمنتشر. ويظل هناك سؤال يحتاج إلى إجابة، وهو مدى توزيع الأجهزة والمعدات والتكنولوجيا والمعارف، وعلاقتها بالأسرة. وبالطبع، فإن الأسرة الخاصة بالرعاية الصحية الثالثة، والمتقدمة، تكون دائماً كثيفة التكنولوجيا، والمفترض أن تكون أيضاً كثيفة المعلومات، وكثيفة الإنفاق الجاري السنوي، وإن كانت تلك الافتراضات تحتاج إلى مسوح، لقياسها، والتعرف على تأثيرها.

وأخيراً، فلا توجد، حتى الآن، معدلات تبين مستوى الإنفاق الرأسمالي، لنوعية معينة من الرعاية الصحية السريرية، وغير السريرية، في مستواها الأولى، وفي مستواها الثانوي، وفي المستوى الثالثي، ومستوى الرعاية المتقدمة في المعاهد، ودور البحث الطبي، والإكلينيكي، وذلك في القطاعات المختلفة: الحكومية، والقطاع العام، والقطاع الخاص. وذلك يرتبط طبعا بتجهيزات المستشفى بكافة أنواعها (المعامل / الإشعاع / التصوير / العمليات / التعقيم...). ولعل تلك الدراسات والمحاولات لو تمت، بدءاً من مديريات الصحة بالمحافظات، لأمكن تجميع ثروة من البيانات، والمعلومات، تساعد في التخطيط، ودراسات الجدوى، وضبط الإنفاق، بما يتفق مع الهدف.

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحى

٤-١٢ الفصل الثانى عشر : الموارد البشرية

٤-١٢-١ نظرة إجمالية

٤-١٢-١-١ حجم بنية قوة العمل فى قطاع الصحة:

٤-١١-١-١-١ تنامى قوة العمل فى قطاع الصحة

٤-١١-١-١-٢ الأطباء الأخصائيون

٤-١١-١-١-٣ توزيع قوة العمل فى الصحة

التوزيع للقوى البشرية حسب جهة العمل

توزيع القوى البشرية حسب نوعية الخدمة الصحية المقدمة

مستوى مهارة العمالة الصحية

توزيع العمالة حسب المناطق الجغرافية

التوزيع الجنسوى للعمالة المهنية

٤-١٢-٢ تعليم وتدريب العمالة المهنية فى الصحة:

٤-١٢-٢-١ التعليم الطبى

٤-١٢-٢-٢ التعليم التمريضى

٤-١٢-٢-٣ خريجي المعاهد الفنية الصحية.

٤-١٢-٢-٤ التعليم الطبى المستمر

٤-١٢-٢-٥ التسجيل والترخيص

٤-١٢-٣ توظيف العمالة الصحية:

٤-١٢-٣-١ قانون التوظيف

٤-١٢-٣-٢ أحوال وظروف التوظيف.

٤-١٢-٣-٣ الإشراف على العمالة الصحية ومتابعتها

الباب الرابع: القطاع الصحي

٤-١٢-١-٣-٤ ازواجية التوظيف

٤-١-١٢-٤ التخطيط والتعاون القطاعي

٤-٣-١-٤-١ دور وزارة الصحة

٤-١٢-١-٤-٢ توصيات لتلافي عيوب تنمية القوى البشرية في القطاع الصحي

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحي

٤-١٢ الفصل الثاني عشر: الموارد البشرية

٤-١٢-١ نظرة إجمالية

٤-١٢-١-١ حجم وبنية قوة العمل في قطاع الصحة:

يشير الجدول "٦٩" التالي إلى بنية قوة العمل المهنية والفنية في القطاع، على إتساعه، في يناير ١٩٩٧، كأطباء بشريين، وأطباء أسنان، وصيادلة، وتمريض، وفنيين. وتقدير لأعداد هؤلاء المهنيين والفنيين، بإجمالي يصل إلى حوالي ٤٠٠ ألف مهني وفني مسجل.

جدول رقم "٦٩": قوة العمل المهنية والفنية والتمريضية والطبية

"المسجلة في وزارة الصحة في يناير ١٩٩٧"

عدد الأطباء البشريين	١٢٥٥٦١	بواقع ٢١٠ طبيب لكل مائة ألف من السكان
عدد أطباء الأسنان	٠١٥٨٥٥	بواقع ٢٧ لكل مائة ألف من السكان
عدد الصيادلة	٠٣٦٧١٦	بواقع ٦٢ لكل مائة ألف من السكان
عدد الممرضات	١٥٢٧٤١	بواقع ٢٥٨ ممرضة لكل مائة ألف من السكان
مشرفة تمريض	٠٠٨٠٥١	
فني تمريض (معهد فني)	٠٠١٣٠٢	

تابع جدول رقم "٦٩": قوة العمل المهنية والفنية والتمريضية والطبية
"المسجلة فى وزارة الصحة فى يناير ١٩٩٧"

١٢٨٥٢٦	مرمضة (ثانوى فنى ترمىض)
٠٠٨٤٢٦	مساعدمة مرمىضة
٠٠٢٦٩١	مولدة
٠٠٣٧٤٥	زائرة صحبة
٠٢٣١٤٩	فنىبن
٠٤٠٠٠٠ (تقدىرى)	مهنبن مؤهلبن
٣٩٤٠٢٢	إجمالى القوة المهنية والفنية

وزارة الصحة والسكان - مركز المعلومات

وبلاظ تضخم قوة العمل من الأطباء، حبث يصل المعدل إلى ٢,١ طببب لكل ألف من السكان، ولكن تلك النسبة، بالطبع، لا تمثل القوة الحقيقية من المشتغلبن، حبث أن تلك النسبة تتسع لمن لا يعملون بعد سن المعاش، أو من غيروا طبيعة نشاطهم، أو من هاجروا، ولكن النسبة، بكل المعاببر، لاتزال كببرة، مقارنة بدول الشرق الأوسط والشمال الأفرىقى، وبالدول المماثلة لنا فى الدخل، من الدول النامية.

كما بلاظ غببة الممرضات المتمرسات بأعمال الولادة، حبث أن الموجودات منهن محدودات التدريب والمهارات، ولا يمكن مقارنةهن بالممرضات المولدات جيدات التأهيل، والتدريب، والمختصات برعاية الأمومة والطفولة، فى الدول الأخرى. كما بلاظ أيضا غببة المساعدين الطبيبن والإكلبنىكبن، الذبن يتولون مسئولبة الرعاية الصحية الأولية، بالمماثلة للموجوبن فى كئبر من الدول الإفرىقىة والأسبوبة، ونلاظ أيضا ضألة عدد الممرضات خرىجات المعهد العالى للتمرىض، والممرضات خرىجات المعاهد الفنية للتمرىض، والوفرة النسببة فى ممرضات ثانوى فنى ترمىض، حبث أن مستوى تعلمهن، وتدريبهن، وصغر سن تخرجهن، لا يؤهلهن لأداء أعمال الترمىض، بمفهوم المدرسة الغربية. وإنما للعمل فقط فى حدود تنفيذ تعليمات الأطباء، والسير طبقا لتوجبهات هؤلاء الأطباء، وليس طبقا للأسس المهنية الترمىضية لرعاية المرمىض، التى تختلف عن الممارسة الإكلبنىكبة للأطباء.

ويلاحظ أيضا أن هناك فقرا، وشبه انعدام، لأفراد مؤهلين ومدربين، على الاقتصاديات الصحية، والتمويل الصحي، والسياسات الصحية، بالمفاهيم المعاصرة.

وإذا ما نسب عدد الأطباء في الجمهورية، إلى عدد الأسرة المتاحة، فإنها تقارب واحد طبيب لكل سرير متاح، ولما كانت تلك الأسرة غير مشغولة بأكملها، حيث أن نسبة إشغال الأسرة تتراوح ما بين ٣٢% و ٤٥%، فإن ذلك يعنى أن معدل "طبيب/سرير" يتضاعف إلى أكثر من طبيبين لكل سرير مشغول. ولما كانت هناك بعض الوحدات بدون عدد كاف من الأطباء، فإن ذلك لا يعنى إلا سوء توزيع العمالة الطبية، وليس بالقطع نقصا في عدد الأطباء.

٤-١-١-١-١ تنامي قوة العمل في قطاع الصحة:

خلال ربع قرن، تزايدت قوة العمل في قطاع الصحة، بمعدل يتزايد عن تزايد السكان في مصر. وكنموذج للتدليل على ذلك يشير الجدول "٧٠" التالي، إلى تنامي ذلك القطاع في وزارة الصحة فقط، وليس في كل القطاع الصحي، "وزارة الصحة والسكان - إدارة المعلومات".

جدول رقم "٧٠" يوضح: تزايد قوة العمل المهني بوزارة الصحة من ١٩٦٠ إلى ١٩٩٦

نوعية المهنيين	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٩٠	١٩٩٧
الأطباء	٨٤٢٤	٢٢٤٦٨	٣٩٨٢٨	٤٢٥٠٣
الصيدلة	١٤٨٧	٣٢٣٠	٣٦١٥	٢٤٩٠
أطباء الأسنان	١٢٠٣	٣٥٩٢	٥٨٩٣	٥٦٠٧
الممرضات الجامعيات	٧٥	٣٢٥	٤٩٧	١٠٩٠

وزارة الصحة والسكان - مركز المعلومات

٤-١-١-٢-١ الأطباء الأخصائيون:

وهناك نسبة كبيرة من الأطباء قد تدرّبوا ليصبحوا أطباء من نوى التخصص، في الفروع الطبية المتعددة. وإذا أخذنا أطباء وزارة الصحة، كنموذج، فإننا نلاحظ

أن عدد الأخصائيين يصل إلى ٢٣٧١٦، أي ٥٥,٥ % من أطبائها البالغ إجمالي عددهم ٤٢٧٦٢ طبيباً موظفاً بوزارة الصحة، وذلك طبقاً للجدول "٧١" التالي.

جدول رقم "٧١" يوضح التخصصات الطبية كأعداد، وكنسب مئوية، في وزارة الصحة والسكان

عام ١٩٩٧

النسبة المئوية	العدد	التخصص
١٥,٢	٣٥٩٨	جراحة عامة
٠,٦	١٣٦	جراحة قلب وأعصاب
٥,٤	١٢٨٠	جراحة مسالك بولية
٤,٨	١١٥٠	جراحة عظام
٥,٧	١٣٦٣	جراحة أنف وأذن وحنجرة
١٥,١	٣٥٧٤	ولادة وأمراض نسا
٥,٠	١١٨٥	طب وجراحة العيون
١١,٢	٢٦٦١	أمراض باطنية
١,١	٢٦٦	أمراض قلب
١,٥	٣٦٧	أمراض نفسية
١٠,٤	٢٤٦٥	أطفال
٣,٨	٩٠٧	أمراض صدرية
٤,٨	١١٤٤	أمراض جلدية
٠,١	١٢	غدد صماء
٣,٨	٩١٣	طب مناطق حارة
٣,١	٧٤١	طب معلمي
١,٨	٤٣٩	أشعة
٤,٩	١١٥٦	تخدير
١,٥	٣٦٢	طب طبيعي

المصدر: وزارة الصحة والسكان - ١٩٩٧

ويلاحظ أنه يعني "بالأطباء الممارسين" الأطباء الذين يمارسون الطب، غير المتخصص، في مجالات الرعاية الصحية الأولية، أو في مجالات الوقاية غير المتخصصة. ورغم أنه توجد دراسات محدودة في طب الأسرة، تقدمها وزارة الصحة حالياً، فإنه لا توجد درجة علمية لهذا النوع من الممارسة، وطب الأسرة لا يعتبر حتى الآن تخصصاً بذاته في مصر. وقد بدأ ذلك الاتجاه في التغيير في السنوات الأخيرة إلا أن الملامح لم تتبلور بعد بالنسبة للدراسة العلمية في كليات الطب، أما بالنسبة للممارسة التأهيلية في وزارة الصحة فقد بدأت الوزارة في إعداد دراسات تدريبية للأطباء للحصول على شهادات ذات طابع تدريبي تسمى بالزمالة الطبية في عدد من الممارسات الإكلينيكية من بينها طب الأسرة. ويغلب على تلك الدراسات الإكلينيكية الطابع العملي والدراسي للطب السريري. وما زالت الجامعات المصرية تثير الاعتراضات على ذلك النوع من الدراسات، لكونه يتم خارج النطاق الجامعي، وإن كان أغلب المشرفين على التدريس، والتدريب السريري، من هيئات التدريس، بكليات الطب المصرية.

كما نلاحظ أيضاً قلة التخصص في التخدير رغم وفرة الحاجة إليه.

ولو خرجنا خارج دائرة وزارة الصحة، فإننا نتوقع زيادة التوجه بين الأطباء للتخصص، ولقد أوضح مسح مقدمو الخدمة الصحية في عام ١٩٩٥ "المشار إليه في الفصل السابق" أن ٨٨% من أطباء القطاع الخاص، متخصصون في الفروع الطبية المتعددة.

٤-١٢-١-١-٣ توزيع قوة العمل في الصحة:

وتهدف تلك الفقرة إلى التعرف على توزيع قوة العمل حسب الجهة التي تعمل فيها تلك القوى البشرية، وحسب نوعية الخدمة المقدمة، وحسب التوزيع في الأماكن الجغرافية، وحسب الجنس ذكراً أم أنثى.

٤-١٢-١-١-٣-١ التوزيع للقوى البشرية حسب جهة العمل:

هناك عدة جهات عمل أهمها إثنان أساسيتان وهما، وزارة الصحة والسكان، والهيئة العامة للتأمين الصحي. ثم جهات العمل في الوزارات الحكومية الأخرى، وأهمها العمل في المستشفيات الجامعية (وزارة التعليم العالي)، ثم في غيرها من الوزارات، والتي تكاد أن تصل إلى جميع الوزارات، وهناك هيئات هامة يشرف عليها وزير الصحة، مثل المعاهد والمستشفيات التعليمية، والمؤسسات العلاجية، والهيئة العامة للتأمين الصحي، ثم المنظمات الصحية في القطاعات الأهلية (غير الحكومية)، وأخيراً المستشفيات الخاصة، وهناك عدد كبير من الأطباء، والصيدالة، وأطباء الأسنان، وغيرهم، يعملون في عياداتهم، أو في وحدات أخرى خاصة بهم، أو يعملون لدى الغير في مراكز متخصصة.

أما القوى البشرية العاملة في وزارة الصحة، والتي تقل عن نصف العمالة الطبية والتمريضية فإنها تتضح من الجدول "٧٢" التالي. الذي يبين أن معدل توزيع الأطباء لكل ألف من السكان أكبر من معدل التوزيع للممرضات بوزارة الصحة.

جدول رقم "٧٢" مؤشرات العمالة الطبية والتمريضية في وزارة الصحة

الأطباء	٦١٤٥٤	بواقع ١,٠٤ لكل ألف من السكان
أطباء الأسنان	٧٨١٦	بواقع ٠,١٤ لكل ألف من السكان
الصيدالة	٣٣٦٦	بواقع ٠,٠٦ لكل ألف من السكان
وتشمل تلك الأرقام الذين هاجروا أو اعتزلوا أو توقفوا عن الممارسة المهنية		
المشرفات بالتمريض	١٣١٦	
فنى التمريض	٨٢٠	(معهد فنى تمريض)
ممرضات (ثانوى فنى)	٤٦٥٦٤	
مساعدته ممرضة	٥٧٩٣	
مولده	٤٢٣	
زائرة صحية	١١٧٤	
إجمالى التمريض	٧٠٤٣١	(بواقع ١,٠٢ ممرضه لكل ألف من السكان)

المصدر: وزارة الصحة - مركز المعلومات (١٩٩٧).

ونشير إلى أن المسجلين العاملين في وزارة الصحة في وزارة الصحة (القطاع الأكثر تنظيماً)، من المهنيين (أطباء/صيادلة/أسنان/تمريض)، يمكن تقسيمهم إلى: مسجلين عاملين (نشطاء)، ومسجلين ولا يعملون (غير نشطاء)، ويوضح الجدول "٧٣" التالي، المستقى من وزارة الصحة عن إجمالي المسجلين نشطاء وغير نشطاء.

جدول رقم "٧٣" أعداد المهنيين المسجلين (نشطاء وغير نشطاء)

المهنيين	الأطباء	الصيدلة	الأسنان	التمريض
مسجل ويعمل (نشطاء)	٤٢٥٠٣	٢٤٩٠	٥٦٠٧	٦٥٧٣١
مسجل ولا يعمل (غير نشطاء)	١٨٩٥١	٨٧٦	٢٢٠٩	٩١٠٣
إجمالي المسجلين في وزارة الصحة	٦١٤٥٤	٣٦٦٦	٧٨١٦	٧٤٨٠٤

وبالطبع، فإن لوزارة الصحة أنشطة وإدارات متعددة تتوزع عليها العمالة المهنية من الأطباء البشريين والأسنان والصيدلة والممرضات. ونشير إليها لاحقاً.

أما العمالة المهنية الأساسية في الهيئة العامة للتأمين الصحي، فنشير إليها في الجدول "٧٤" التالي، و يتضح من ذلك أن أكبر جهتين طبييتين وهما: وزارة الصحة، وهيئة التأمين الصحي توظفان حوالي نصف العمالة المهنية، إذا أخذنا في الاعتبار أن عددا كبيرا من الأطباء العاملين في التأمين الصحي، هم في الحقيقة متعاقدون، ولهم جهات عمل أخرى، حيث يعملون بالجامعات، أو القوات المسلحة، أو مستشفيات وزارة الصحة، أو غيرها.

جدول رقم "٧٤" أعداد العمالة المهنية في الهيئة العامة للتأمين الصحي

أطباء بشريين	٦٥٠٧
أطباء أسنان	١٠١٧
صيادلة	٩٣٩
ممرضات مؤهلات	٢٩٣
ممرضات (ثانوي)	٨٠٧٩
مساعد ممرضة ومولادات	٦١
زائرات صحيات	١٨٠٣
إجمالي (منها فنيين)	١٢٤٦

المصدر: كتاب الإحصاء السنوي للتأمين الصحي (١٩٩٦)

وتوظف باقي العمالة في الوزارات الأخرى، خاصة وزارة التعليم العالي، وكذلك في القطاع الخاص، الذي يلعب دوراً أساسياً في توزيع العمالة بوحداته، سواء المتفرغة للعمل في القطاع الخاص، أو العمالة غير المتفرغة المتعاقدة مع القطاع الخاص، علي حين أن عملها الأصلي في الحكومة، أو في القطاع العام. ومن الملاحظ أيضاً أن وزارة الصحة لا توظف عدداً كبيراً من الصيادلة، وأن أغلب الصيادلة يعملون في صيدليات خاصة بهم.

ويجب ملاحظة أن أغلب الأفراد يعملون في وظيفتين، أو أكثر من وظيفتين، فهم يجمعون في الأغلب بين العمل في جهات حكومية، بجانب عملهم في القطاع الخاص، وعادة باعتبار أن الأول مدخلاً إلي الثاني.

٤-١٢-١-١-١-٢ توزيع القوى البشرية حسب نوعية الخدمة الصحية:

ولكي نتمكن من تصنيف نوعيات الخدمة فقد تم تقسيمها إلى أربعة نوعيات هي: الرعاية الصحية الأولية - الرعاية الوقائية - الرعاية العلاجية - الإدارة العليا، ويوضح الجدول التالي "٧٥" توزيع العمالة حسب تلك النوعيات الأربع من الخدمة بوزارة الصحة والسكان.

وبالطبع، فإن ذلك الجدول، لا يعكس الوضع في كل مصر، بصفة عامة، وإنما في وزارة الصحة والسكان فقط، حيث أن عدداً كبيراً من الأطباء يعملون في وزارات أخرى، وأغلبهم يعملون في تلك الوزارات في مستشفيات، وقطاعات علاجية، بصفة أساسية، وكذلك يعمل عدد كبير في القطاع الخاص في أنشطة علاجية. وعموماً، فإن العدد الكلي من الأطباء في قطاعي الرعاية الصحية الأولية، والقطاع الوقائي في مصر هو أقل من عشرين ألف طبيب (حوالي ١٥% من الأطباء في مصر)، من بينهم أكثر من ١٥ ألف طبيب بوزارة الصحة.

جدول رقم "٧٥" توزيع العمالة حسب نوعية الخدمة بوزارة الصحة والسكان

نوعية الرعاية الصحية	عدد الأطباء	النسبة (%) أطباء	عدد الممرضات	النسبة % ممرضات
الرعاية الصحية الأولية	١٣٥٠٠	%٣١,٦	٣٠٧١٤	%٤٩,٤
الرعاية الوقائية	٢٣٥٦	%٥,٥	٣٢٩١	%٥,٣
الرعاية العلاجية	٢٥٨٠٠	%٦٠,٣	٢٧٥٠٠	%٤٤,٢
الإدارة العليا	١١٠٦	%٢,٦	٢٩٥	%١,١
الإجمالي	٤٢٧٦٢	%١٠٠	٦٢٢٠٠	%١٠٠

المصدر: وزارة الصحة والسكان - مركز المعلومات ١٩٩٦.

٤-١٢-١-١-٣ مستوى مهارة العمالة الصحية:

تتم دراسة ذلك الجانب في فقرة "جودة الخدمات الصحية فى باب الانتفاع بالخدمات الصحية".

٤-١٢-١-١-٣-٤ توزيع العمالة حسب المناطق الجغرافية:

القدر المتيسر حالياً، هو دراسة توزيع العمالة فى وزارة الصحة والسكان، حسب المناطق الجغرافية، حيث يتضح التفاوت بين المحافظات الحضرية، ومصر العليا، ومصر السفلى، بالنسبة للأطباء، بانحياز لتواجد الأطباء فى المحافظات الحضرية، بمعدل يرقى إلى ضعف المعدل، فى وجه قبلى ووجه بحرى، أما بالنسبة للمريض، والتوزيع الجغرافى، فهو أكثر توازناً، وإن كانت الأفضلية للتوزيع بالوجه البحرى، ونفس الموقف ينصرف إلى توزيع بمعدل متوازن بالنسبة للفنيين، وذلك كما يتضح من الجدول "٧٦" التالى.

جدول رقم "٧٦" توزيع العمالة (أطباء - ممرضات - فنيون) فى وزارة الصحة والسكان حسب المناطق الجغرافية

المناطق الجغرافية	المكان	الأطباء	الممرضات	الفنيين
المحافظات الحضرية	١١٥٣٣٠٠٠	(١,١٢) ١٢,٨٩٤	(٠,٨٥) ٩٨٥٥	(٠,٣٠) ٣٤٣٧
وجه بحرى	٢٦٢٠٨٠٠٠	(٠,٦٥) ١٧٠١١	(١,٣٢) ٣٤٤٩٣	(٠,٣٦) ٩٣٥٠
وجه قبلى	٢٢٤٣١٠٠٠	(٠,٥٣) ١١٩٥٣	(٠,٨٢) ١٨٤٨٧	(٠,٢٧) ٦١٦٧
محافظات الحدود	٧٢٥٠٠٠	(٠,٩٦) ٦٩٤	(٢,٤٨) ١٧٩٨	(٠,٨٤) ٦١٠

المصدر: وزارة الصحة والسكان - مركز المعلومات ١٩٩٧، الأرقام بين القوسين تمثل المعدل لكل ألف من السكان

هذه البيانات الخاصة بوزارة الصحة، ولا تمثل كل الجمهورية بقطاعها الطبية المختلفة، وإن كنا نتوقع تزايد تشوه توزيع العمالة، لصالح المحافظات الحضرية، بإضافة المستشفيات الجامعية، ومستشفيات التأمين، والمؤسسات العلاجية، والقطاع الخاص، حيث تتواجد جميعها فى المناطق الحضرية، وعواصم المحافظات.

أما إذا ألقينا نظرة على توزيع عمالة وزارة الصحة على المحافظات "كل محافظة بذاتها"، الواردة فى الجدول "٧٧" التالي، فإننا نلاحظ أن أكبر معدل توزيع للأطباء، يتواجد فى محافظات الحدود باستثناء سيناء الجنوبية، والوادي الجديد، وفى المحافظات الحضرية، ثم فى المحافظات الساحلية، والدقهلية، والجيزة، ثم باقى محافظات الوجه البحري، وانتهاء بمحافظات الوجه القبلى، أما توزيع الممرضات والفنيين، فهو أقل تشوهاً، وأقرب إلى التوازن فى المحافظات.

جدول رقم "٧٧" توزيع الأطباء والممرضات فى وزارة الصحة والسكان

حسب المحافظة ونوعية الخدمة

المحافظات	الأطباء				التعميرض			
	الرعاية الأولية	الوقائية	العلاجية	الإجمالى	الرعاية الأولية	الوقائية	العلاجية	الإجمالى
القاهرة	٢٩٥٨	٢٦٦	٣٨٧٢	٧٣٦٢	١٦٠٩	٤٥٧	٢٤٥٩	٢٤٩٦
الإسكندرية	١٠٤٤	٢٨٢	٢٣٤٧	٣٧٤٣	١٦٩٦	١٩٠	٢٠٤٣	٤١٠٧
بور سعيد	١٢٧	٤٣	٣٤٤	٥٢٢	٢٧٠	٦٧	٦٣٥	١٠١٥
سويس	٥٤	١٩	١٩٧	٢٨٤	٢٧٦	٤٠	١٩٠	٥٢٦
الإسماعيلية	١١٥	١٧	٢٣٣	٣٥٩	٢٩٢	٤٤	٤٧١	٨٥٨
دمياط	١٣٢	٣٨	٦١٣	٨٠٦	١٠٠١	٤٥	١١١٣	٢٢٥٣
دقهلية	١٥٥٩	٨٦	١٧٦٥	٣٤٩٤	٢٣٨٦	٢١٩	٢٢٠٤	٥٠٤٢
الشرقية	٥٦٥	٥	١٢٨٧	١٩٣٦	١٩٦٦	١	١٥٩٦	٣٦١١
قليوبية	٣٦٩	٧٣	٧٧٧	١٢٦١	١٦١٨	١٥٣	١٠٤٩	٢٩٥٠
كفر الشيخ	٣٢٨	١٩	٨٤٥	١٢١٨	١٨٧٢	٦٧	١٣٥٠	٤٣٢٣
غربية	٨٧٠	١٧٧	٢٣٩٣	٣٤٦٢	٤٤٥٤	٤٤٢	٣٢٤٠	٨٤٩٧
منوفية	٣٤٢	٦٣	٦٢٢	١٠٧٨	١٣٨٩	١٥٢	٩٩٠	٢٦٠٤
بحيرة	٦٢٣	١٠٦	١٠٧١	١٩٣١	٢٦٤٨	٤١	١٦٥٣	٤٧٧٣
جيزة	١٢٠٣	٥٥١	٢١٥٧	٣٩٣٠	١٣١٥	٣١٦	١٩١٢	٣٦٥٧
بنى سويف	٤٥٧	٢٢	٧٥٧	٢٤٧	١٢٤٨	١٢٠	١١٧٣	٢٦٣١

تابع جدول رقم "٧٧" توزيع الأطباء والمرضات فى وزارة الصحة والسكان
حسب المحافظة ونوعية الخدمة

المحافظات	الأطباء			التمريض				
	الرعاية الأولية	الوقاية	العلاجية	الإجمالى	الرعاية الأولية	الوقاية	العلاجية	الإجمالى
الفيوم	٢٧٤	١٨	٤٧٣	٧٨٥	٩٤٩	٤٤	٦٨٦	١٧٥٦
المنيا	٥٠٨	١٠٤	٩٢٤	١٧٤٣	١٣٩٦	١٩٢	٢٢٢٠	٣٨٨٨
أسيرط	٣٥٠	١٥٥	٩٠٨	١٤٩١	١٨٣٣	٤٠٥	٥٤٣	٢٨٢٦
سوهاج	٥٠٩	٧٧	٦٧٢	١٢٧١	٤٧٠	١١٦	٣١٨	٩٠٥
قنا	٥٠٧	٢٨	٤٧٣	١٠٣٥	٥٠٥	٣٧	٤١٠	٩٦٧
أسون	٣٣٠	١٧٧	٤٦٧	٩٩٨	٧١٧	٦١	٤٠٠	١١٨٤
مطروح	٧٨	٦	١٢٠	٢١٣	١١٧	١٣	١٢٥	٢٧٥
الوادي الجديد	٣٢	٢	١	٨٧	٢٥٧	٣٢	١٤٦	٤٥٠
البحر الأحمر	٣٣	٤	١٥٠	١٩٧	١٠٤	٣	١٣٦	٢٦٣
شمال سيناء	٧٠	٥	١٥١	٢٤٣	٣٢	٦	٢٧٠	٥٢٥
جنوب سيناء	٢	٣	١٣	٢٤	٤٣	٠	٦٢	١١١
الأقصر	٢٨	١٠	١٦٩	٢١٧	٥٠	٢٨	٦٨	١٤٩
الإجمالى	١٣٤٦٥	٢٣٥٦	٢٣٨٠١	٣٩٩٠٠	٣٠٧١٤	٣٢٩١	٢٧٤٩٨	٦٤٨٣٧

المصدر: إدارة المعلومات بوزارة الصحة والسكان - ١٩٩٧.

وبالنسبة لتوزيع العمالة المهنية، كمعدل لكل ١٠٠٠ منتفع، فى الهيئة العامة للتأمين الصحى، بفروع الهيئة الثمانية فى أنحاء الجمهورية، طبقا لبيانات الهيئة فى ١٩٩٦، فإن الجدول "٧٨" التالى يوضح ذلك التوزيع.

وبقراءة هذا الجدول يتضح أن المعدل المتوسط يصل إلى ٠,٩٣، للتمريض، وإلى ٠,٥٠ للأطباء، والى ٠,٥٠ لأطباء الأسنان، والى ٠,٠٥ للصيادلة، والى ٠,٣ من الفنيين، وذلك لكل ألف منتفع من منتفعي قانوني ٣٢، ٧٩ فقط.

ويمكن التعبير عن أن معدلات العمالة لكل ألف منتفع من الموظفين، والعمال، وذوى المعاشات والأرامل، كمتوسط عام يصل إلى طبيب واحد لكل ألفين من المنتفعين، وطبيب أسنان واحد لكل ٢٠ ألف منتفع، وصيدلي واحد لكل ١٠ ألف منتفع، وتقريبا مرضة واحدة لكل ألف منتفع، بتفاوتات لصالح القاهرة والمحافظات الحضرية، ولعل توزيع العمالة المهنية فى التأمين الصحى يقارب توزيع العمالة المهنية فى وزارة الصحة خاصة فى الأطباء، وإن كانت أكثر توازنا.

جدول رقم "٧٨" معدلات توزيع العمالة المهنية بفروع هيئة التأمين الصحى
(لكل ألف من المنتفعين)

الفرع	الأطباء	أطباء الأسنان	الصيدالة	التمريض
شمال غرب الدلتا	٠,٥٨	٠,٠٥	٠,٢٥	٠,٧٢
شرق الدلتا	٠,٧٢	٠,٠٤	٠,٠٨	١,٧٢
وسط الدلتا	٠,٥٠	٠,٠٢	٠,١٥	١,٥٣
القناة	٠,٣١	٠,١٠	٠,٠٤	١,٠٥
القاهرة	٠,٩٥	٠,١٠	٠,١١	١,١٣
الحيزة وشمال وجه قبلى	٠,٦٩	٠,١٠	٠,١٠	١,٠٨
وسط وجه قبلى	٠,٥٩	٠,٠٣	٠,١٥	١,١٣
جنوب وجه قبلى	٠,١٨	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٧
المتوسط	٠,٥٠	٠,٠٥	٠,١٠	٠,٩٣

المصدر: هيئة التأمين الصحى - ١٩٩٦.

وإذا استعرضنا توزيع الصيدالة والصيدليات فى مصر، طبقا للمناطق الجغرافية فى الجدول "٧٩" التالى، يتضح لنا أن هناك تفاوتاً بين المناطق الجغرافية، حيث يصل العدد الكلى للصيدالة فى المحافظات الحضرية، إلى أقل قليلاً من ضعف الصيدالة، فى محافظات الوجه القبلى، ومحافظات الوجه البحرى، رغم الفارق السكانى لصالح الوجه البحرى والقبلى، بما يترتب عليه من زيادة المعدل فى المحافظات الحضرية إلى ٤١٢ صيدلياً، لكل مائة ألف من السكان، و ٢٥٤ صيدلياً فى محافظات الوجه القبلى، لكل مائة ألف من السكان، وما يقارب ذلك فى الوجه البحرى. كما يتضح لنا من نفس الجدول أن صيدليات المناطق الحضرية بسببها إلى التضاعف، على حين أنها شبه ثابتة، فى الوجهين البحرى والقبلى، وذلك يبين تزايد خلل التوزيع الجغرافى، ولعل مرجع ذلك إلى أن كل الصيدليات تكاد تكون ملكية فردية خاصة، والقطاع الخاص يتبع توزيع الثروة، الذى يحمل شبهة تزايد التنشوء، لصالح المحافظات الحضرية.

جدول رقم "٧٩" توزيع الصيداللة والصيدليات طبقا للمناطق الجغرافية

الصيدليات فى عام ١٩٩٤				الصيدليات فى ١٩٩٩	المنطقة الجغرافية
صيدلية لكل مائة ألف من السكان	خاصة فى وحدة	تعاونية	ملكية فردية		
٤١٢	٨٦	٣٧	٤٣٥٩	٨٨١١	المحافظات الحضرية
٢٦١	٢٣	١٦	٦١٦٣	٦٦٦٢	الوجه البحرى
٢٥٤	٢٩	٢٥	٤٩٠٠	٤٨٩٢	الوجه القبلى
١٩٧	٢	٥	١٤١	٣٩	محافظات الحدود
	١٤٠	٨٣	١٥٥٥٣	٢٠٤٠٤	الاجمالى

المصدر: وزارة الصحة والسكان ١٩٩٥ و ١٩٩٩.

٤-١٢-١-١-٣-٥ التوزيع الجنسوى للعماللة المهنية:

وترجع أهمية ذلك العامل إلى أنه معيار للعدالة فى الفرص بين الذكر والأنثى، وأيضاً إلى أنه يعطى الخيار للمنتفع بالخدمة للتوجه لذكر أو لأنثى، طبقاً لاختياره، وذلك ما يريح الأنثى فى الوجه القبلى، خاصة فيما يتعلق برعاية ما قبل الحمل والولادة وأمراض النساء، ويوضح الجدول "٨٠" التالى، نسبة الذكر والأنثى فى مجالى الأطباء والتمريض، ويتضح منه أنه تلتى الأطباء من الذكور، بينما تصل قوة التمريض من الذكور إلى ٦% فقط من قوة التمريض الكلية.

أما بالنسبة لتوزيع العمالة من الأطباء والطبيبات، بالمناطق الجغرافية فيوضح نفس الجدول أن هناك قلة من الطبيبات فى الوجه القبلى ومحافظات الحدود، على حين أنه يتوقع أن تلك النوعية مطلوبة لرعاية الأمومة والطفولة، وما إليها، فى تلك المناطق، طبقاً لرغبات المنتفعين بالخدمة.

جدول رقم "٨٠" توزيع الأطباء والمرضين والمرضات، جغرافيا فى وزارة الصحة

نوعية المناطق	الأطباء			التمريض	
	ذكر	أنثى	نسبة % الإناث	ذكر	نسبة % الإناث
المحافظات الحضرية	٦٨٣٦	٦٠٥٨	٤٧	٩٤١	٨٩١٤
الوجه البحرى	١٢٣٤١	٤٦٧٠	٢٧	٩٣٣	٣٣٥٦٠
الوجه القبلى	٦٩٦٤	٤٩٨٩	٤٢	١٣٨٩	١٧٠٩٨
محافظات الحدود	٦١٤	٨٠	٨	٥١٥	١٢٨٣
الإجمالى	٢٦٧٥٥	١٥٧٩٧	٣٧	٣٧٧٨	٦٠٨٥٥

المصدر: وزارة الصحة والسكان - مركز المعلومات ١٩٩٧.

٤-١٢-١-٢ تعليم وتدريب العمالة المهنية فى الصحة:٤-١٢-١-٢-١-٢ التعليم الطبى:

يقدم التعليم الطبى فى مصر من خلال ١٦ كلية طب فى الجامعات الحكومية، ومن خلال كليتين حديثتين فى الجامعات الأهلية (حتى عام ١٩٩٦). وتدار تلك الكليات ذاتيا، وتحت إشراف وزارة التعليم العالى، ويتواصل تعلم الطب لمدة ٦ سنوات، بعد الحصول على شهادة إتمام التعليم الثانوى. ويعقب الحصول على المؤهل (البكالوريوس) تدريباً إكلينيكياً كطبيب إمتياز لمدة عام، فى المستشفيات الجامعية، والتعليمية بوزارة الصحة، ويمكن للمؤهل عقب ذلك التسجيل فى نقابة الأطباء، والحصول على ترخيص يسمح له بالمزاولة المهنية، من وزارة الصحة والسكان.

أما المقرر الدراسى، فينقسم إلى ثلاثة مراحل، المرحلة الأولى ذات طابع أكاديمى ويشمل العلوم الأساسية المعتمدة لتعلم العلوم الصحية والطبية لمدة سنتين. تليها المرحلة الثانية وهى ذات طابع تعليمى بالأساس، وعملي فى حدود ٤٠%، حيث يتعدى تدريب تلك الأعداد الكبيرة وتعرف بفترة ما قبل المرحلة الإكلينيكية

وفيهما يتم تعلم الأمراض، ومسبباتها، والأدوية ومجموعاتها. أما المرحلة الثالثة فتشمل السنوات الأخيرة، وتعرف بالمرحلة الإكلينيكية، حيث يتاح التعليم العملي والإكلينيكي للطلاب.

ويلاحظ، أن المقررات الدراسية تركز على الرعاية الإكلينيكية ذات الأساس السريري بالمستشفى، أكثر مما تركز على الرعاية ذات الأساس المجتمعي، بالإستناد إلى الرعاية الصحية الأولية، كما أن الدراسة لا تركز إطلاقاً على الصحة، وإدارة الفريق الصحي. أما تقييم الطلاب من خلال الامتحان، فيتم بالتركيز على التذكر، والمعلومات المجردة، أكثر مما يتم بالتركيز على مهارات حل المشكلات.

وتقع مسئولية تطوير المقررات، والأساليب التعليمية، على وزارة التعليم العالي، مع استقلالية نسبية، لكل كلية، لإعداد امتحاناتها، ومستوياتها، طبقاً لأداء طلابها. ويتم إنتقاء الطلاب المرشحين من الحاصلين على شهادة إتمام الدراسة الثانوية، إستناداً لمجموع الدرجات التي حصلوا عليها في تلك الشهادة. وعادة لا يقل مستوى قبول الطلاب لكليات الطب عن ٩٧% من مجموع درجات تلك الشهادة. ويتدفق الطلاب بأعداد كبيرة لدخول تلك الكليات، بسبب المركز الاجتماعي للطبيب، وتوقير مهنة الطب في المجتمع المصري. وأخيراً لأنها توفر لمن يمارسها دخلاً ملائماً.

ويمثل الجدول "٨١" التالي، تنامي الأعداد الطلابية في منظومة التعليم الطبي، المتعلقة: بكليات الطب، والصيدلة، والأسنان، والتمريض، والعلاج الطبيعي، التابعة لوزارة التعليم العالي.

ويلاحظ من هذا الجدول، أن أعداد الطلاب ظلت تتزايد حتى عام ١٩٨٠، ثم تناقصت حتى عام ١٩٩٠، ثم أخذت مرة أخرى في التزايد، خاصة في الصيدلة، وإلى حد ما في طب الأسنان.

جدول رقم "٨١" تطور أعداد الطلاب بكلليات المنظومة الطبية - جميع السنوات

كليات المنظومة	١٩٦٠	٧٠	٨٠	٩٠	٩٥	١٩٩٦
الطب	٧٢٦٠	٢٠٦٠٧	٣٤٤٦٢	٢٢٨٥٣	٢١٥١١	٢٦٣١٨
الصيدلة	١٣١٥	٥٠٥١	٨٣٠٥	٥٩٠٧	١٢٨٠٠	٢٢٠١٣
الأسنان	٧٧٩	٢٣١٩	٣٨٧٤	٢٢٢١	٢٧١٥	٣٩٨٠
المعهد العالى للتدريب	١١٣	٦٥٩	٨٦٩	٣٣٦٢	٥٣٣٤	٦٥٦٩
العلاج الطبيعى	-	-	٤١٥	٦١٨	٧٨٦	١١٣٤

وزارة التعليم العالى - ١٩٩٧.

أما التعليم فى مرحلة ما بعد التخرج "الدراسات العليا"، فيتحدد أساسا برغبة وزارة الصحة، والتأمين الصحى، والقوات المسلحة، وجهات حكومية أخرى، فى الأغلب الأعم، لتحديد الأعداد المطلوب لها أن تتخصص فى فروع طبية معينة، يفترض أن تلك الجهات بحاجة إليها، لكن التوجه العام مازال ذا طابع علاجي إكلينيكي، وتحكمه عوامل أخرى، بخلاف الإحتياج السكانى، وهناك إنحياز للتخصص فى مجالات الجراحة العامة والجراحة المتخصصة، والولادة وأمراض النساء، وأمراض الأطفال. علي حين أن هناك نقضا واضحا ومزمنا فى التخدير، وتخصص الأشعة، والمعامل، والعلاج النفسى. وبالرغم من المحاولات التى تقوم بها وزارة الصحة للتدريب على طب الأسرة، فإن المجتمعات الجامعية لم تعترف (حتى ٢٠٠٠) به كتخصص، فيما عدا ما قامت به جامعة قناة السويس، بإنشاء قسم لطب الأسرة. واضطرت وزارة الصحة أن تقوم بالتدريب السريرى، لبعض تخصصات، تؤكد الوزارة أنه تنقصها المهارة المطلوبة، فقامت بإنشاء شهادة تدريب إكلينيكية خاصة بها باسم "الزمالة المصرية" ومن بينها شهادة للتدريب على طب الأسرة، فى مستشفياتها التعليمية، والمستشفيات الكبيرة بالمؤسسة العلاجية بالقاهرة.

أما التدريب على الإدارة فيقدم خلال مرحلة الدراسات العليا، إما كجزء متكامل مع الدراسات الإكلينيكية، وإما لفترة تدريبية تتراوح بين شهر وثلاثة شهور،

للأطباء المسجلين كنواب (أطباء مقيمين) بالمستشفيات، خلال سنوات عملهم بأعمال النيابة بالمستشفيات، كما يدرّب الأطباء، بصفة عامة، لمدة شهر على الأعمال الإدارية، الخاصة بوظائفهم، قبل التحاقهم بالوظيفة. وهناك أيضا دبلوم دراسات عليا، تقدمه كلية التجارة بجامعة عين شمس، لمدة سنتين للأطباء وغيرهم من العاملين بالمستشفيات، للتدرب على الإدارة. وأيضا تقدم أكاديمية السادات دراسة مماثلة. ولكن الملاحظ أن تلك المقررات لا تتناسب مع التطور المتلاحق بإدارة المستشفيات، والوحدات الصحية الكبرى، مثل: المعاهد، والمصحات، والمنظمات الصحية التأمينية، وغيرها.

٤-١٢-١-٢-٢ التعليم التمريضي:

تعتمد مهنة التمريض كمارسة في مصر على مصادر تمريضية متعددة:

المصدر الأول: وهو تعليمي ذو ثلاثة مستويات:

- ١- خريجات المعهد العالي للتمريض، ويحصلن على مستوى البكالوريوس بعد الدراسة لأربع سنوات، عقب الحصول على الثانوية العامة، والتقدم إلي هذا المعهد من خلال مكتب التنسيق المركزي، بخلاف سنة تدريبية قبل الممارسة.
- ٢- التمريض الفني: وفيه تدرس الملتحقات به لمدة سنتين، بعد حصولهن على شهادة إتمام الدراسة الثانوية (١١ سنة دراسية)، ويتم الالتحاق بالمعهد من خلال مكتب التنسيق المركزي.
- ٣- ثانوى فنى تمريض- ممرضات الدبلوم: فيه تدرس الملتحقات لمدة ثلاث سنوات، بعد حصولهن على الشهادة الإعدادية (٨ سنوات دراسية)، وهن يمثلن أغلبية التمريض، ومستواهن محدود، ويتخرجن فى سن صغيرة، وتدريبهن أيضا محدود.

المصدر الثانى: وهو مصدر توقف عن أن يكون تعليما، أو أنه أصلا غير تعليمي، ويشمل المولدة، ومساعدة الممرضة، والزائرة الصحية، وقد توقفت تلك النوعية من التعليم منذ عام ١٩٧٢.

وهناك فئة أخيرة تعمل بأعمال المساعدة التمريضية بالخبرة، حيث تدرّب فى الوحدة التى تعمل فيها، وتساعد الممرضة فيما توكلها إليها الممرضة من أعمال محدودة.

ويوجد فى مصر أيضا ١١ معهدا صحيا، وثلاثة أخرى بطريقها إلى الإنشاء فى أسوان، وسوهاج، والأزهر. وكلها ملحقة على كليات طب أو مستشفيات كبرى. أما الممرضات الفنيات (عامين بعد الثانوية) فيتم تدريبهن فى ١١ مستشفى ومعهدا، وفى معهدين بالخدمات الطبية للقوات المسلحة. أما ممرضات ثانوى فنى تريض، فيدربن فى عدد كبير من المستشفيات، التى تلحق بها مدارس التمريض، المختصة بتخريج هذه النوعية، وعددها يزيد حاليا عن مائتى مدرسة تريض.

ويدير مجلس التمريض وقسم التمريض بوزارة الصحة، مدارس التمريض التى يبلغ عددها ٢٢١ مدرسة تمريضية، منها ١٦ مدرسة تريض ملحقة بالمستشفيات الجامعية، واثنين بالقطاع الخاص، والباقي بالمستشفيات الحكومية، المتصلة بالصحة، والتأمين، والمؤسسات العلاجية، والمستشفيات التعليمية.

ولايزال التمريض فى مصر محدود العدد، خاصة فى مستواه المهني (المعهد العالى) ومستواه الفنى (المعهد الفنى). ويلاحظ أن توزيع قوة التمريض محدودة المستوى (دبلوم) يتم توجيههن إلى الوجه القبلي والبحري بكثافة، والإحتفاظ بالمستوى المهني والفنى الأرقى فى المحافظات الحضرية وعواصم المحافظات. والعمل بالتمريض مهنة مطلوبة شعبيا عند ذوى الدخل المنخفض من السكان، بسبب سهولة الالتحاق بمدارس التمريض، ووجود مستقبل جذاب للشابات صغيرات السن، من خريجي المرحلة الإعدادية، مما أدى إلى إنخفاض مستوى الممرضات من تلك النوعية، بالإضافة إلي صغر سنهن. ويدور التفكير حاليا فى ترقية تلك النوعية من التمريض، بدراسات أرقى، وحوافز، لاستكمال الدراسة النظرية والعلمية، وفتح الفرص للارتقاء، من مستوى تريض الدبلوم، إلى المستوى الفنى والمهني، بلا حواجز أو معوقات، ولا زالت برامج الرعاية الصحية الأولية، تعاني من عجز فى كوادر التمريض المهنية، نظرا لإقبال الأخيرات على السفر للدول

البترولية، أو التوقف عن العمل التمريضي، أو تفضيل العمل فى مستشفيات العواصم.

٤-١٢-١-٢-٣ خريجو المعاهد الفنية الصحية:

يوجد فى مصر حوالي ١١ معهدا فنيا صحيا، تحت إشراف وزارة الصحة والسكان، ومدة الدراسة بتلك المعاهد هي سنتان، بعد الثانوية العامة، ويتخرج من ذلك المعهد: فنيو المعامل والأشعة، وفنيو التمريض، وفنيو الأسنان، والمعاون الصحي، وفنيو الصيانة للأجهزة الطبية، وفنيو التسجيل الطبي، وفنيو الاستقبال، وأشهرها التخصصات الأربعة الأولى، وقد أضيف تخصص فى الولادة والزائرات الصحيات، فى بعض تلك المعاهد. وعند التخرج يتم تسجيل الخريجين فى وزارة الصحة والسكان، ولا توجد لهذه النوعية من الخريجين نقابة حتى الآن، ويكلف الخريجون والخريجات للعمل بجهات الخدمة الصحية لمدة عامين بعد تخرجهم.

٤-١٢-١-٢-٤ التعليم الطبي المستمر:

إن عدد المراكز التي تقدم التعليم الطبي المستمر محدود فى وزارة الصحة والسكان. وأغلب البرامج الخاصة بالتعليم الطبي المستمر قد فشلت فى الماضى، بسبب عجز التمويل. ومن الأمثلة الناجحة على البرامج التعليمية، قصيرة المدى، برنامج الإرواء عن طريق الفم، لمقاومة الجفاف لدى الأطفال، حيث تم تدريب آلاف من الأطباء والصيدلة والممرضات بدءا من عام ١٩٨٦. ولكن الأمر يختلف عند التوجه لإقامة برامج تعليمية طويلة المدى، حيث يتطلب الأمر تدبيرا تمويليا كافيا، ومراعاة للبرامج من منظور الأولويات القومية، لأغراض ومشروعات التدريب، وحفز الحاصلين على مثل ذلك التدريب، وربط التدريب بزيادة الراتب الشهرى.

٤-٣-١-٢-٥ التسجيل والترخيص:

وكما أوضحنا مسبقا، فإن الأطباء، وأطباء الأسنان، والصيدلة، والممرضات، يسجلون فى نقاباتهم المهنية، ويرخص لهم بالمزاولة المهنية من وزارة الصحة

والسكان، وذلك الترخيص ليس محدود المدة، وإنما هو ترخيص أبدي مفتوح ومستمر، والأمر لا يتطلب حتى الآن التزود المستمر والمتزايد للوصول إلى مستوى معين، للتكيف مع الواقع المتغير، عن طريق التعليم المستمر مثلاً. ولا تقوم النقابات حالياً بدور هام لتحديد مستويات الممارسة المهنية، وتطويرها.

٤-١٢-١-٣ توظيف العمالة الصحية:

٤-١٢-١-٣-١ قانون التوظيف:

يخضع موظفو الحكومة، والمنظمات الحكومية، لقانون التوظيف الخاص بالخدمة المدنية، رقم ٤٧ لسنة ١٩٧٨. وتحدد مواد ذلك القانون قواعد إنتقاء وتنقل وإنهاء خدمة الموظفين، ولكن ذلك القانون لا يفرض وظيفة مضمونة، لكل خريج من معهد تعليمي، حيث يخضع تعيين الخريجين الجدد لسياسة الحكومة، التي تحددها رئاسة الوزراء، ووزير العمل، فتحدد توزيع الخريجين المعيّنين بين الوزارات والهيئات الخاضعة لتلك الوزارات، مع توفير التمويل اللازم لمثل ذلك التعيين.

أما الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة CAOIA فهو السلطة التي تقترح قوانين التوظيف ونظمه، ولوائح وقواعده، وهو المختص بتدارس إحتياجات الإدارات المتعددة بالوزارات والهيئات من المهنيين والمتخصصين، كما أنه يحدد قواعد التعيين والتوزيع على أسس من الكفاءة والعدالة، ويحدد قواعد التعامل المتساوية، كما يقترح السياسات الخاصة بالمرتببات والحوافز والمكافآت والأجور الإضافية، ويناقش قواعد الموازنة التخطيطية، فيما يتعلق بالوظائف وتوزيعها، وأعداد تلك الوظائف، ومستوياتها التشغيلية والقيادية.

أما الخدمة الإجبارية بعد التخرج (التكليف) للمهن الطبية، والوظائف المساندة للأداء الطبي، فتخضع لقانون ٢٩ لعام ١٩٧٤، وذلك القانون يفوض وزير الصحة والسكان، في أن يكلف الخريجين الجدد بالعمل في المعاهد، والأجهزة المركزية، ومديريات الصحة بالأقاليم، وتوفير أي إحتياجات لقطاعات الصحة، خارج وزارة الصحة والسكان، ويتم التكليف لمدة سنتين قابلتين للتجديد. والقانون يمنع هذه

الجهات من أن تعين الخريجين، ما لم يحصلوا على شهادة إخلاء من التكليف، من وزارة الصحة والسكان.

ومن خلال ذلك الإطار القانوني، تحصل وزارة الصحة على السلطة الكافية لتنفيذ السياسات، ولكن الواقع أن الأعداد، وتوزيع الأفراد، لا يتناظر مع الاحتياجات الصحية، ولعل ذلك يرجع إلى أن السياسات الصحية الخاصة بالموارد البشرية، غير سليمة، وأيضاً بسبب التراخي، والضعف الإداري، وعدم القدرة على تنفيذ السياسات المركزية.

٤-١٢-١-٣-٢ أحوال وظروف التوظيف:

توظف وزارة الصحة ٤٢% من العمالة الصحية. بينما يوظف التأمين الصحي والمنظمات الأهلية (غير الحكومة) والقطاع الخاص أعداداً أخرى. ويمكن للأطباء والفنيين أن يعملوا في وحدات خاصة مملوكة لهم.

ويتم وضع الموظفين على درجات، يتحدد عددها، وظروفها، من خلال تفاوضات مع الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة. وتمول تلك الدرجات عن طريق وزارة المالية. ولا توجد خطة قومية للموارد البشرية لدى وزارة الصحة. ولا يستفاد من الهيكلة الوظيفية والوصف الوظيفي إلا فى حدود شكلية. كما أن الاختيار، من خلال الإعلان، يتم فى حدود مقيدات وظيفية عديدة، وضغوط تحد من قدرة اللجان على الاختيار، طبقاً لمطالب التأهيل.

كما أن تقييم أداء الموظفين، هو عملية شكلية، ولا يوثق بها، وتقرير تقييم الأداء (التقرير السرى) هو ورقة نمطية لكل المهن، وأخرى لكل الوظائف الفنية، وليس لذلك كله علاقة بزيادة المرتب، ولا بنظام الحوافز، كما لا يوجد مستقبل وظيفي معلوم مسبقاً لموظف الخدمة العامة، بما يجعل الموظف ضعيف الانتماء لعمله، ومستقبله الوظيفي. أما مجال ومستوى المرتبات فهو محدود ومنخفض، وذلك ما يجعل الأطباء، وغيرهم من مقدمي الخدمة، يحبذون بل ويصرّون، على إيجاد مصدر دخل آخر من العمل الخاص، حيث أن ظروف ومستقبل التوظيف غير مشجعة.

أما بالنسبة للإجازات الطويلة، فهناك إجازات طويلة بدون مرتب، يسدد صاحبها ضرائبها السنوية، بمعرفته، بما يمكنه من الاحتفاظ بمزايا وفوائد التوظيف، وهو يحاول، خلال تلك الأجازة، أن يحسن دخله، بالعمل في الداخل، أو في الخارج، خاصة في دول الخليج البترولية، وما يماثلها. وقد وصلت نسبة الحاصلين على تلك الأجازات إلى ٢٧% من الأطباء، و ١٤,١٢% من أطباء الأسنان، و ١١,٥% من الصيادلة، و ٣,٥% من الممرضات، ولاشك أن ذلك ينعكس على العمل، والأداء في المواقع المختلفة، ما لم تكن هناك وفرة متحققة عدديا، وبدائل ذات مستوى، للحلول محل الأفراد الحاصلين على تلك الإجازات طويلة المدى. وهناك أيضا الأجازات طويلة المدى الخاصة بتربية الطفل لمدة ستة سنوات، والتي تستخدمها السيدات من الأطباء، والصيادلة، والممرضات، بكثرة، طالما أن ظروفهن المنزلية ذات دخل كاف، يوفره الزوج للأسرة.

ويلاحظ تدنى معدلات عمل الأطباء بالأقسام الداخلية بالمستشفيات، حيث أن طبيبا واحدا يعمل كل الوقت "FTE" لمدة ٦ ساعات يوميا على مدار ٢٧٠ يوم عمل في السنة، ويمارس فيها إشرافا علاجيا لما يعادل ٨٤٩ ليلة (يوم) علاجية، أي ما يعادل ٣ مرضى بالقسم الداخلي يوميا، أو ما يعادل ١٨٦ حالة دخول للقسم الداخلي بالمستشفى في السنة، أو ١٦ حالة دخول مريض للمستشفى في الشهر، أما إذا أخذنا متوسط معدل الإشغال السنوي للأسرة، فإن متوسط عمل طبيب كل الوقت، للسرير المشغول، يتدنى إلى ٤٣% من القيم المشار إليها.

٤-١٢-١-٣-٣-٣ الإشراف على العمالة الصحية ومتابعتها:

إن ذلك الإشراف في الواقع العملي محدود جدا. ولعل مرجع ذلك إلى غيبة الأدلة الإرشادية، التي توضح قواعد العمل، وتسجيلها، وتدريب العاملين عليها، عند إلحاقهم بالخدمة. وتنعقد تلك الأدلة في المجال الإكلينيكي والتمريضي، وتعتمد الوحدة، أو المستشفى، على تلقين الموظف الجديد من خلال الممارسة، بخبرة الموظف القديم، والنظم، والأطر المسجلة، والمحدودة، في إطار عام دون تفاصيل. أما كتب التعليمات التفصيلية فتشبه منعمة. والتدريب للقوى البشرية ذو طابع نظري، وأكثر شيئا بالمقررات الدراسية، التي تعطى في المدارس والجامعات،

وذلك ما يجعلها أقرب إلى دراسات تنشيطية، ذات طبيعة مدرسية، ولا ترتبط كثيرا بأداء الأعمال في المواقع المتخصصة، مثل القطاع الصحي. ونظرا لغيبة المعدلات، والأدلة، وكتب التعليمات فإن الإشراف أثناء الأداء، لا يستند إلى أساس موضوعي يقارن الواقع بالأمثل، ويحدد الانحراف، ويصححه. وكذلك فإن الإحصاءات لا تستهدف تحقيق كمنترول وتصحيح، من خلال بيانات إحصائية يتم تحليلها بصفة دورية، وهكذا تتحول المتابعة إلى أداءات شكلية وتقارير غير موضوعية، لا تطور الأداء أو تحسنه تحسينا مستمرا.

٤-١٢-١-٣-٤ ازواجية التوظيف:

وينضح من كل ذلك، أن أغلب الأطباء العاملين في الحكومة، والقطاع العام، يمارسون المهنة أيضا في القطاع الخاص. وتسمح بعض المستشفيات بتردد حالات خاصة بالأطباء لدخول المستشفيات في العلاج الإقتصادي، كحالة للمستشفى أساسا، وللطبيب عليها أتعاب محدودة نسبيا. وهناك مستشفيات تسمح بتحويل حالات خاصة إلى المستشفى باسم الطبيب، وتترك قيمة أتعاب الحالة المحولة بين المريض والطبيب، وتحاسب المريض على التدخلات الأخرى التي تؤديها المستشفى. ويسمح بصفة عامة للأطباء، بالإستمرار في عملهم بالمستشفى، مع عملهم في القطاع الخاص، خارج الوحدة أو المستشفى، فيحصل الطبيب من الوظيفة على الأمن، والتأمين الاجتماعي، والمعاش، والوضع الأدبي والاجتماعي. كما أن الوظيفة تتيح للطبيب إستمرارية التعليم بالدراسات العليا، والتدريب بالمستشفى على علاج المرضى إكلينيكيًا، وعلى تراكم الخبرات بالأجهزة الطبية الحديثة. وذلك بجوار عمله الخاص الذي يكون عادة مصدر دخله الأساسي. وإن غيبة خط فاصل بين عمل الطبيب الوظيفي، وعمله الخاص، يؤدي عادة إلى فقدان النظام والانضباط بين الأطباء، وذلك النظام المزدوج شائع، ليس فقط بين الأطباء، ولكن بين أغلب مقدمي الخدمة الطبية من أطباء الأسنان، والصيدالة، وأغلبية الفنيين، خاصة فنيي المعمل، والأشعة، وأخصائيي العلاج الطبيعي. وكثير من أفراد هيئة التمريض ذوي الخبرة، يحصلن عادة على أجازة طويلة بدون مرتب، للعمل في القطاع الخاص، أو يزاوجن بين عملهن الحكومي، وعملهن الخاص. ويقدر عدد

من لهم أكثر من عمل بحوالي ٨٩% من جملة الأطباء، ويقدر من لهم عمل مزدوج بحوالي ٧٣% من جملة الأطباء الموظفين، أما من لهم ثلاثة أعمال فيقدر عددهم بحوالي ١٤% من جملة الأطباء الموظفين. أما من لهم أربعة أعمال فيقدر عددهم بحوالي ٢%. ويقدر عدد من لهم أكثر من وظيفة من الأطباء بحوالي ٥٣% من أطباء وزارة الصحة، وحوالي ١١% من جملة أطباء التأمين الصحي.

ونخلص من كل ذلك إلى أن الإدارة والتنظيم في مجال الصحة، غير مؤثرة على ضبط العمالة بوزارة الصحة، وأن الظروف الحالية للعمل لا تحفز العمالة على العمل وأن نظام الإشراف الحالي على أداء الأعمال غير فاعل. وأي محاولة محلية للإصلاح تواجه بالمقاومة من ذوى المصالح، وبالضغوط من خارج القطاع. وأي تجويد للخدمة من جانب مقدمي الخدمة هو، في الحقيقة، نتيجة لجهود على المستوى الفردي (الطبيب) ذاته، وما يجمعه الفرد من خبرات ومهارات، وليس نتيجة لسلامة النظام الإداري، بالوحدة، أو بالمستشفى.

٤-١-١٢-٤ التخطيط والتعاون القطاعي:

٤-١-١٢-٤-١ دور وزارة الصحة:

وهو دور لا يستند إلى سلطة كاملة للوزارة على جميع قطاعات الصحة، ولا على القوى البشرية العاملة، بالقطاع، أو المتعددة خارج وزارة الصحة، ولكنه في الحقيقة يمكن أن يكون مؤثرا وموجها، إذا تعاون وتفاعل مع باقي القطاعات الحكومية، خاصة في توجيه التعليم، ومناقشة المقررات الدراسية، المستهدفة في كليات الطب قبل وبعد التخرج، وهناك عدم قدرة من جانب وزارة الصحة على تغيير قواعد وشروط التوظيف، خارج نطاق النظام العام للتوظيف بالدولة. وكذلك، فنظام الأشراف والإدارة المطبق حاليا بوزارة الصحة غير مناسب، كما أن الهيكلة التنظيمية غير ملائمة لأداء تلك الأعمال. وبالطبع، فمن الأفضل فصل تنفيذ وأداء الأعمال، وعمليات التشغيل، عن الدور التخطيطي والتمويلي والتنسيقي، حيث تختص وزارة الصحة بتقديم الدور الأخير وحده، مع المتابعة، وتقوم جهات التنفيذ بأداء الأعمال وعمليات التشغيل، من خلال ارتباطات وتعاقبات وتكليفات بأدوار

تنفيذية محددة، وتقوم الوزارة بعد تعديل دورها، كما أسلفنا، بتوفير التمويل المطلوب، لتشغيل العمليات التنفيذية بمعرفة جهات تقديم الخدمة العامة والمتخصصة. وأخيرا فإن الضغوط الخارجية للتدخل فى النظام وقواعد العمل تفرض وضع آلية لتوقيف فعلها، عن الاستمرار فى تعويق الأنظمة، وعرقلة الإصلاح الصحي.

٤-١-١٢-٤ توصيات لتلافى عيوب تنمية القوى البشرية فى القطاع

الصحي:

بالرغم من أن أعداد العمالة البشرية، وخاصة المهنية منها، فى مجملها، ملائمة للقطاع الصحي فى مصر، فإنها تعاني من عدم التوازن، فعدد الأطباء متزايد، وعدد التمريض قليل، خاصة الممرضات المؤهلات تأهيدا جامعيًا، وعدد المولدات المؤهلات والمدربات ضئيل، وكذلك النقص البالغ فى أعداد الفنيين. وبالتالي، فإن الأطباء يقومون بأعمال يمكن أن يقوم بها التمريض والفنيون المؤهلون والمدربون. ويجب التعامل مع ظاهرة الزيادة المفرطة فى الأطباء، حيث أن كل سرير مشغول يعمل به طبيبان كمعدل عام، وحيث الممرضة لا دور لها تقريبا فى أعمال الرعاية الصحية الأولية.

أما نظام التعليم فهو يعاني من مشكلة التعامل مع تعليم الأعداد الكبيرة، حيث يتوجه التعليم إلى المحاضرات، والطابع التعليمي النظرى، ولاتتاح للطلاب فرصة كافية، للعمل فى برامج تستند إلى التعليم، المستند إلى المجتمع المحلي، ولا تتاح كذلك للطلاب فرصة كافية للتعلم من الممارسة الإكلينيكية، بسبب كبر حجم الأعداد الطلابية.

وكذلك توزيع الموارد البشرية، يشوبه سوء توزيع جغرافي، خاصة للوجه القبلي، الذى ما زال يخدم بأقل من المستوى النوعي والعددي المطلوب له، مقارنة بغيره من الأقاليم، وكذلك يتزايد عدد الأطباء وعدد المتخصصين والخبراء الطبيين، فى المحافظات الحضرية، عن المحافظات الأخرى ذات الطبيعة الزراعية والقروية، ويصبح الطبيب المتاح للعمل بالأرياف هو الخريج الحديث، قليل الخبرة، ومحدود

المعلومات، والممارسات والإكلينيكية، بما ينعكس على جودة الخدمة الطبية المقدمة في هذه المحافظات. وهنا نلمس تناقضا جوهريا فيما بين القوى البشرية المتاحة، لمناطق ذات نمط صحي، يعاني من الفقر الصحي والاجتماعي والاقتصادي، ولا تسعفه القوى البشرية الطبية المؤهلة، والمدربة، والملائمة، لاحتياجات تلك المناطق.

ونرى أيضا، أن القوى البشرية الصحية تعاني من نقائص، أبرزها يتمثل في نقص وضعف القوى البشرية اللازمة للتوليد والتمريض ذي الطابع البيئي والمجتمعي، وأطباء وممرضات ذوى دراية بطب الأسرة والرعاية الصحية الأولية، ونقص وقلة خبرة المديرين الطبيين والصحيين، وعدم القدرة علي تنظيم وتدريب القوى البشرية اللازمة للقطاع الإداري الصحي، وما يلزمه من تخطيط واقتصاد وخبراء تمويل صحي.

أما الجودة في المجالات التقنية فهي دون المطلوب، حيث لا تتوافر القوى البشرية والأنظمة اللازمة لتحقيق التحكم في العدوى داخل المستشفيات، وتخليق أنظمة تسجيل طبي حقيقية ودقيقة، حتى يتيسر استمرارية الرعاية الصحية، بتخليق الملف الصحي، وليس البطاقة الصحية فقط.

أما كتب التعليمات التي يتصور، أن إرشاداتها إذا أتبعت تعليماتها، فسوف تدفع نحو تحقيق المعدلات المطلوبة، فلا وجود لهذه الإرشادات في كثير من الوحدات، والقليل المتوافر منها معيب، وغير مطبق في الواقع اليومي. وهناك أيضا مبالغة في وصف الأدوية للمرضي، وفي توظيف خدمات، وفحوص، وتدخلات، غير ضرورية، في أحيان، ودون ما يلزم في أحيان أخرى.

أما مجهودات التعليم الطبي المستمر فهي مجهودات مجزأة، وغير متناسقة مع بعضها البعض، وترجع أي مجهودات فيها إلي الخيارات الفردية، والدأب الشخصي، وليس إلى أي طبيعة خاصة بالنظام، وتزايد نموه، وأيضا، فإن النظام الحالي لا يتطلب إعادة الترخيص كل فترة، للوحدة، ولل فرد، وانما يعطي ترخيصا مفتوحا للأبد.

ويجب إعادة النظر في مدي صلاحية "نظام توظيف عام" يشمل الصحة، كما يشمل الخدمات الأخرى، بل ويمتد شموله إلى الأنظمة التجارية والزراعية والصناعية ذات الطابع الحكومي، مما يحتم إعادة النظر لتوفير "نظام، وظروف توظيف جديدة" تحفز السلوك المنمي للجودة، وتجنب السلوك السلبي المنافي للجودة.

أما بالنسبة للقطاعات الصحية، فإننا نلاحظ تشوهات عديدة في الأداء البشري للقطاع الخاص، ويعزي ذلك إلى إنعدام التنظيم، بل وحتى إنعدام المعلومات عن ذلك القطاع. كما أن مديريات الصحة المتعددة في الأقاليم، ينعدم التعاون فيها، بين كل منها والآخر، والمديريات ليس لديها سلطة اتخاذ القرار، ولا قدرة لها علي تنفيذ مستهدفات خطط الدولة المركزية، كما تلك المديريات لم تعد إعدادا كافيا لوضع خططها بمعرفتها، وبالتنسيق مع غيرها، أفقيا ورأسيا، قطاعيا وجغرافيا، حتى لو منحت الصلاحية الحقيقية للتخطيط المحلي.

وللحقيقة، فإن التدخلات السياسية والاجتماعية غير المسئولة تحبط أى محاولة، مهما كانت جزئية، لتحسين أنظمة التعامل التي تتطلب تحريك القوى البشرية، والتعامل معها، بما يحقق حرية الإدارة للوصول إلى نظام أفضل. وأخيرا، فإن كلمة وزارة الصحة في المقررات الدراسية التي يتطلبها واقع الممارسة، داخل القطاع الصحي، في وزارة الصحة، وفي غيرها من الأجهزة الصحية الحكومية، غير مسموعة، ولا تهتم بها الجامعات المصرية، إلا في حدود علاقات وتأثيرات شخصية، وليست نظامية. وذلك ينصرف إلي تعليم أفراد المنظومة الطبية على إتساعها، كأطباء بشريين، وأطباء أسنان، وصيدالة، وأخصائيي علاج طبيعي، وممرضات، وفنيين بمختلف أنواع الممارسات.

وهناك أخيرا نقص في التنسيق بين الفاعلين الرئيسيين في القطاع الصحي، والذي يشمل وزارة التخطيط - وزارة الصحة والسكان - ووزارة المالية - والجامعات المصرية - والنقابات المهنية - ومجلس الشعب - ومجلس الشورى. ولكل طرف من تلك الأطراف أولوياته، وقليل ما ينسق طرف مع الآخر، حيث لا توجد خطة قوى بشرية متفق عليها، بين الفاعلين الرئيسيين في القطاع.

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحى

٤-١٣ الفصل الثالث عشر : الإنتفاع بالخدمات الصحية

٤-١٣-١ الرؤية الإجمالية والموقف الحالى

٤-١٣-١-١ واقع الإنتفاع بالخدمات الصحية:

الإنتفاع بالخدمات الصحية المقدمة في العيادات الخارجية

الإنتفاع بالخدمات الصحية في الأقسام الداخلية بالمستشفيات والمعاهد

٤-١٣-٢ كفاءة توزيع الموارد:

٤-١٣-٣ الكفاءة التقنية وتكلفة الخدمات الصحية:

الكفاءة التقنية والتكلفة في خدمات الأقسام الداخلية

الكفاءة التقنية والتكلفة في خدمات الأقسام الخارجية

٤-١٣-٤ جودة الرعاية الصحية

٤ – الباب الرابع : القطاع الصحي

٤-١٣ الفصل الثالث عشر: الإنتفاع بالخدمات الصحية

٤-١٣-١ الرؤية الإجمالية والموقف الحالي

تتمتع مصر بشبكة من الوحدات الصحية، مزودة بالقوى البشرية، خاصة من الأطباء، تغطي معظم المواطنين (حوالي ٩٥% من المواطنين يستطيعون الوصول إلي الوحدات الصحية، للحصول علي الخدمة الطبية، على مسافات لا تزيد عن ٥ كم). ويتوجب علينا ملاحظة أن الإتاحة الفيزيائية "أو ولوج الوحدات الصحية" لا تعني الحصول علي خدمة عادلة، متاحة، لكل المواطنين، وذات جودة، بمستوى يلأئم إستثمار الإمكانيات المتاحة، بفاعلية، وكفاءة مناسبة. ويجب أن نفرق بين الإتاحة الفيزيائية، بمعنى "ولوج وحدات الخدمة الصحية" فقط، وإتاحة الخدمة الصحية.

ولذلك سنتحدث عن الإتاحة بمعنى الحصول علي خدمة صحية ذات جودة، وعادلة للكافة. وبالرغم من أن السياسات الصحية، تستهدف تحقيق حزمة متكاملة من الرعاية الصحية الأولية، متاحة، وبعدل لكل المواطنين، فإن الواقع يوضح أن معظم برامج الصحة العامة، لا تزال غير فعّالة، وغير كفئة، وغير عادلة، بسبب تقديم الخدمة الطبية بالأسلوب المركزي، حيث تدار الخدمة حتى علي المستوى التنفيذي من المركز القاهري، بديلا عن تقديم الخدمة الطبية، بأسلوب إقليمي محلي، إستنادا إلى الإسهامات المجتمعية، وحيث تدار في مستواها المجتمعي داخل كل إقليم.

٤-١٣-١-١ واقع الإنتفاع بالخدمات الصحية:

ولقد اتضح من مسح الإنتفاع وتقييم الرعاية الصحية في القطاع العائلي في مصر-EHHUES- - ١٩٩٥ أن الإنتفاع بالخدمات الصحية في مصر يتم من مدخلين: الأول من مدخل الخدمات الصحية الخارجية (العيادات). والثاني من مدخل الخدمات الصحية بالأقسام الداخلية بالمعاهد والمستشفيات بأنواعها. وذلك طبقا للجدول الأساسي رقم "٨٢" الموضح للإنتفاع بالخدمات الصحية (أقسام داخلية وخارجية).

الإنتفاع بالخدمات الصحية المقدمة في العيادات الخارجية:

ويتضح من الجدول رقم "٨٢" المشار إليه أن كل فرد من المواطنين له في المتوسط ٣,٥ زيارة كمريض خارجي في السنة، وهو مستوى مرتفع نسبيا إذا ما قورن بأوضاع الدول النامية. وهو في نفس الوقت مسبب جزئي لتزايد الاستهلاك الدوائي.

وهناك تفاوتات (تباينات) بالنسبة للمناطق الجغرافية، حيث تتزايد تلك الزيارات، في الحضر إلى ٤,٤٨ زيارة للفرد في العام، علي حين أن زيارات الفرد في العام، في الريف، للعيادات الخارجية، تتناقص إلى ٢,٧٥ زيارة. وتصل تلك الزيارات الخارجية إلى ذروتها، في المحافظات الحضرية، ليرتفع المعدل إلى ٥,١٧ زيارة للفرد في العام.

أما التفاوتات في زيارات العيادات الخارجية، بالنسبة لمستوى الدخل، فتصل إلى ٥,١١ زيارة للفرد في العام، بالنسبة لشريحة الدخل العليا، أكثر من ١٧٠٠ جنيه للفرد في العام، (Q5)، علي حين أنها تصل إلى أقل من النصف، (٢,٣٢ زيارة للفرد في العام) بالنسبة لشريحة الدخل الدنيا، أقل من ٥٦٠ جنيه للفرد في العام، (Q1).

أما التفاوتات من مدخل التعليم فإن تلك الزيارات تتزايد مع تزايد درجة التعليم، ولكن الزيادة محدودة ومتدرجة.

كما نلاحظ أن تلك الزيارات تتفاوت مع الشرائح العمرية، فتصل أقصاها في الشريحة العمرية من ٥٠ إلى ٥٩ سنة، لتصل إلى حوالي ٥ زيارات للفرد في العام، وكذلك ترتفع في الشريحة العمرية "لما قبل السن المدرسي" لتصل إلى ٤,٥ زيارة للطفل في العام، غير أنها تتدنى إلى أقل عدد من الزيارات في الشريحة العمرية من ٥ إلى ١٥ سنة (السن المدرسي).

أما الفروق في عدد الزيارات في العام، بالنسبة للذكر والأنثى، فهي ضئيلة، حيث تزيد عند الأنثى إلى ٣,٧٥ زيارة في العام، وتقل عن ذلك قليلا في حالة الذكر إلى ٣,٢٥ زيارة في العام.

جدول رقم "٨٢" يوضح معدل انتفاع الفرد من الخدمات الصحية في العام

العدد	التردد بالقسم الخارجي	دخول المستشفى
متوسط تردد الفرد في عموم العينة	٣,٥١	٠,٠٢٧
حضر / ريف		
الحضر	٤,٤٨	٠,٠٣٩
الريف	٢,٧٥	٠,٠١٩
المناطق الجغرافية		
المحافظات الحضرية الخمس	٥,١٧	٠,٠٤٨٣
حضر مصر العليا	٤,٣٨	٠,٠٢٦
ريف مصر العليا	٢,٩	٠,٠٢
حضر مصر السفلى	٣,٣٨	٠,٠٣٤
ريف مصر السفلى	٢,٥٧	٠,٠١٧
الجنس		
ذكر	٣,٢٥	٠,٠٢٧
أنثى	٣,٧٥	٠,٠٢٧
شريحة دخل الفرد		
الشريحة الأولى (أقل من ٥٦٠ جنية)	٢,٣٢	٠,٠١٨
الشريحة الثانية (٥٦٠-٨٤٠ جنية)	٢,٩١	٠,٠٢٣
الشريحة الثالثة (٨٤١-١١٣٠ جنية)	٣,٤	٠,٠٢٤

تابع جدول رقم "٨٢" يوضح معدل انتفاع الفرد من الخدمات الصحية في العام

العدد	التردد بالقسم الخارجي	دخول المستشفى
الشريحة الرابعة (١١١٤-١٧٠٤ اجنية)	٣,٧٩	٠,٠٣٦
الشريحة الخامسة (أكثر من ١٧٠٤)	٥,١١	٠,٠٣٥
مستوى التعليم		
الحضانة	٣,٤٧	٠
الابتدائي	٣,٩٣	٠,٠٠٤
الإعدادي	٣,٧٧	٠,٠٥٤
الثانوي	٤,٢	٠,٠٠٤
العليا المتوسط	٤,٠٧	٠,٠٤٦
الجامعي	٤,١٧	٠,٠١٧
لم يذهب للمدرسة	٣,٦٤	٠,٠٢٣
الفرد فوق سن ١٨ كمنتفع بالتأمين	٤,١٩	٠,٠٣٨
منتفع	٥,٥٨	٠,٠٦١
غير منتفع	٣,٩٤	٠,٠٣٣
الفرد من سن ٦-١٨ كمنتفع بالتأمين	٢,٢٧	٠,٠١٧
منتفع بالتأمين الطلابي	٢,٦١	٠,٠١٩
غير منتفع بالتأمين الطلابي	١,٦٨	٠,٠١٤

المصدر: EHHUE

نمط أفضلية زيارات المرضى للعيادات الخارجية:

ونلاحظ من الجدول "٨٣" التالي أن زيارات المرضى للعيادات الخارجية، تتجه أساسا للقطاع الخاص بنسبة ٥٦%، ثم إلى القطاع العام بنسبة ٣٩%، ثم أخيرا إلى وزارة الصحة بنسبة تقل عن الخمس. وتصل نسبة الزيارات المرضية الخارجية للقطاع الخاص وعيادات المساجد، معا، إلى حوالي ٦٠% في الريف وفي المدن، بتوجه طاع نحو زيارات خارجية للقطاع الخاص، وبلا تميز بين انتقاء مريض الريف وانتقاء مريض الحضر. ويتزايد توجه المرضى إلى عيادات القطاع

الخاص في المدن الصغيرة والقرى، بدلاً عن التوجه للحصول على خدمات العيادات الخارجية الحكومية، ولعل ذلك، بسبب نقص عدد العيادات الملحقة بالمساجد في المدن الصغيرة، وانعدامها في القرى.

أما التوجه بالنسبة لشرائح الدخل، فنلاحظ أولاً أن التوجه العام لها، بغض النظر عن الدخل، هو نحو القطاع الخاص، ونلاحظ ثانياً أنه يتزايد في الشريحة العليا من الدخل، إلى ٦٤% نحو القطاع الخاص، علي حين أن التوجه لا يقل في الشريحة الدنيا عن ٤٤% نحو القطاع الخاص، برغم ظروف أفراد تلك الشريحة المادية السيئة.

جدول رقم "٨٣": توزيع نسبة (%) التردد على الوحدات الخارجية على جهات تقديم الخدمة

وحدات وزارة الصحة	الجامعية وحكومية أخرى	قطاع عام	قطاع خاص	دور العيادة	أخرى	
شرائح الدخل						
٣٧,٦	٣,٥	١١,٥	٤٤	٢,٧	٠,٧	الشريحة الأولى
٢٥,٨	٥,٣	١٠,٧	٥٢	٥,١	١,١	الشريحة الثانية
٢١,٥	٦,٥	٨,٨	٥٥,٧	٦,٤	١,١	الشريحة الثالثة
١٧	٨,٣	١٠,٦	٥٤,٩	٨,٢	١	الشريحة الرابعة
٩,٦	٦,٣	١٠,٨	٦٣,٩	٧,٤	٢	الشريحة الخامسة
الجنس						
١٩,١	٨,٤	١٣,١	٥٢,٦	٥,٨	١,١	الذكور
٢٠,٦	٤,٤	٨,٢	٥٨,٥	٦,٩	١,٥	الإناث
التوزيع السنوي						
٢٤,٣	٠,٩	٢,٣	٦٥,٦	٥,٥	١,٤	العمر من ٠-٤
٢٣,٤	١٦,٣	١١	٤٠,٢	٧,٤	١,٧	١٥-٥
٢٠,٢	٤	٨,٦	٥٨,٥	٧,٥	١,٣	٢٩-١٦
١٩,٤	٤	١٣,١	٥٦,٥	٥,٦	١,٤	٣٩-٣٠
١٧,٥	٥,٢	١٦,٨	٥٤,٣	٥,١	١,١	٤٩-٤٠
١٣,٩	٥,٦	١٢,٩	٦٠,٩	٥,٦	١,١	٥٩-٥٠
١٢,٧	٢	١٢,٣	٦٥,٥	٦,٩	٠,٧	٦٠ سنة فأكثر
مستوى التعليم						
٠	٣,٩	٠	٩٢,٢	٢	٢	حضانة
١٥,٨	٢,١	٩,٥	٦٧,٣	٤,٤	٠,٩	الابتدائي

تابع جدول رقم "٨٣": توزيع نسبة (%) التردد على الوحدات الخارجية على جهات تقديم الخدمة

أخرى	دور العبادة	قطاع خاص	قطاع عام	الجامعية وحكومية أخرى	وحدات وزارة الصحة	
١,٦	٥,١	٦٤,٩	٩,١	٣,٢	١٥,٨	الإعدادي
١,١	٥,٣	٦٢,٤	١٥,٥	٥,٨	٩,٨	الثانوي
١,١	٦,٣	٨٦,٣	٢,١	٠	٤,٢	العليا المتوسطة
٠,٤	١,٢	٩٤,٦	٢,٣	١,٢	٠,٤	الجامعي
٠	٠	١٠٠	٠	٠	٠	أعلى من الدرجة الجامعية
٠,٩	٥,٩	٦٢,١	٥,٩	١,٢	٢٤,٥	لم يلتحق بالمدرسة
١,٣	٦,٤	٥٥,٨	١٠,٤	٦,٢	١٩,٩	إجمالي العينة السكانية

EHHUES

الانتفاع بالخدمات الصحية في الأقسام الداخلية بالمستشفيات والمعاهد:

يوضح الجدول رقم "٨٤" الخاص "بمعدل انتفاع الفرد بالخدمات الصحية" في الجانب الخاص بحالات دخول المستشفيات الآتي:

معدل دخول المستشفى "HAR"، لكل فرد من السكان، في العام (كمتوسط عام)، يصل إلى ٢٧ لكل ألف من السكان، كما تصل متوسط مدة الإقامة "ALOS" إلى ٦ أيام، لكل حالة دخول المستشفى. وتصل مدد الإقامة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع العام، معاً، إلى ٨٥% من إجمالي مدد إقامة المرضى في جميع المستشفيات في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص، علي حين أنها تصل إلى ١٥% فقط، في مستشفيات القطاع الخاص، من إجمالي مدد إقامة المرضى (في جميع أنواع المستشفيات الحكومي والعام والخاص).

كما يتفاوت دخول المرضى طبقاً للناطق الجغرافية، فتصل نسبة دخول "مرضى المناطق الحضرية" المستشفيات إلى ٣٩ لكل ألف من الحضرين، علي حين أنها تصل إلى ١٩ حالة دخول لكل ألف من السكان الريفين، وتصل حالات دخول المستشفى الي أقصاها في المحافظات الحضرية، بواقع ٤٨ لكل ألف من السكان. وتصل أدناها في ريف محافظات الوجه القبلي ١٧ لكل ألف من السكان. وبالطبع، فإن تلك الفروق تتوقف علي: مدى إتاحة الرعاية الصحية في المناطق

المختلفة، وقدرة المواطن علي الإنفاق في الصحة. وأخيراً، علي تركيز خدمات الرعاية الصحية الثالثية في المناطق الحضرية.

أما معدل دوران السرير Bed Turn-Over وهو ما يسمى أحيانا بمؤشر إنتاجية السرير، باعتبار ذلك المؤشر معبراً عن عدد الحالات التي تستخدم سريراً واحداً في العام (كمتوسط عام) في مستشفى معين، أو في مجمل المستشفيات والوحدات السريرية، فيصل في مصر (كمتوسط عام) إلى حوالي ٣٦ مريضاً لكل سرير في العام. ويتفاوت أيضاً جغرافياً توظيف السرير في المحافظات المختلفة، فهو في بعض المحافظات يرتفع الي الضعف (المنيا)، وفي بعضها الآخر ينخفض إلى النصف (السويس).

أما المتوسط العام لمعدل إشغال المستشفى Average Occupancy Rate أو الوحدات الصحية السريرية، علي مستوى الجمهورية - وهو مؤشر عام يحدد مدى كفاءة الانتفاع بالأصول الخاصة بالخدمات السريرية من عدمه - وذلك المؤشر العام لا يزيد توظيفه في مصر عن ٤٥%، بما يعني أن الانتفاع بالأسرة تحت المستوى، وتحت المعدل الأمثل، الذي يرقى عادة إلى تشغيل ٨٠% من الطاقة السريرية المتاحة. وتوضح المسوح المشار إليها، أنها تتدنى في مناطق (الدقهلية) إلى ٢٩% كأسرة مشغلة، وتتزايد في مناطق أخرى (المنيا) إلى ٧٠% كأسرة مشغلة. كما أن طاقة تشغيل الأسرة تتفاوت طبقاً لجهات التبعية الإدارية، فمستشفيات وزارة الصحة تصل نسبة تشغيلها في عام ١٩٩٥ إلى ٣٣% من طاقتها السريرية، علي حين أن معدل التشغيل في مستشفيات التأمين الصحي يصل إلى ٧١%، والقطاع الخاص تصل طاقة تشغيله السريرية إلى ١٨% من طاقة أسرة القطاع. أما المستشفيات الجامعية فتصل إلى ٥٠% كطاقة سريرية مشغلة.

أما متوسط مدة إقامة المريض في المستشفى (ALOS) فيصل إلي ٦ أيام كمتوسط للمريض الواحد. وهذا المعدل يصل إلي أقصاه في بعض المحافظات (مثل السويس) إلي ٩ يوم، ويصل في بعضها الآخر (مثل أسوان) إلي ٤,٣ يوم. وبالنسبة لمستشفيات وزارة الصحة، فإن متوسط مدة الإقامة عامة تصل إلي ٤,٦ يوم إقامة للمريض الواحد. وتتفاوت عدد حالات الدخول للقسم الداخلي حسب

الشريحة العمرية حيث تصل إلى أقصاها في الشريحة العمرية من ٥٠ إلى ٥٩ (٤٢ في الألف)، بينما تتداني إلى أقل عدد في الشريحة العمرية من ٥ سنة إلى ١٥ سنة.

وإذا أردنا تدارس مدة الإقامة لكل تشخيص، فيتعذر ذلك، وبالطبع فإن مدة الإقامة تختلف طبقاً لشدة الحالة، وتتطلب توصيفاً للحالة، ومصاحباتها، ومضاعفاتها، قدر الإمكان، لكن هناك محاولة تمت في عام ١٩٩٤ حتى عام ١٩٩٥ لحوالي ١٢٥ تشخيصاً في مستشفيات عامة بوزارة الصحة (DDM/DOP - وهي مسوح ودراسات قامت بها مدرسة هارفرد للصحة العامة، بمشاركة إدارة التخطيط المركزية بوزارة الصحة والسكان) وتوضح تلك الأرقام تفاوتاً واضحاً عن المعدلات العالمية، وهو تفاوت غير مبرر، وغير مشروع، حيث أن حالات المياه البيضاء مثلاً تصل مدة إقامتها إلى ٢٣ يوماً للحالة، وكذلك حالات سقوط الرحم تصل إلى ١٢ يوماً إقامة للحالة، والتهاب البروستاتا تصل إقامة الحالة الواحدة في القسم الداخلي إلى ٢٣,٤ يوماً.... الخ

أما إذا راجعنا عدد حالات الدخول طبقاً لجهات التبعية الإدارية، فإننا نلاحظ من الجدول "٨٤" التالي أن: ٨٥% من الإقامة بالأقسام الداخلية، تكون في مستشفيات وزارة الصحة، والمستشفيات الحكومية الأخرى، ومستشفيات القطاع العام، أما القطاع الخاص فنصيبه لا يتعدى ١١% من إقامة المرضى، والواقع أن ذلك يتناسب مع نسبة الأسرة حيث أن المستشفيات الحكومية والقطاع العام تمثل حوالي ٩٠% من عدد الأسرة، علي حين أن مستشفيات القطاع الخاص لا تتعدى ١٠%، ولكن المرضى برغم قناعتهم، بأن الجودة والرعاية في المستشفيات الحكومية، أقل منها في المستشفيات الخاصة، فإنهم يرون أن تكاليف الأخيرة مرتفعة، وبالتالي فهم يفضلون رعاية مقبولة من وجهة نظرهم، بثمن معقول أو مدعوم، ويفضل قاطنو الريف التوجه إلى المستشفيات المتاحة لهم وهي مستشفيات وزارة الصحة، حيث أن مستشفيات القطاع العام، والقطاع الجامعي، والخاص، لا تتوافر إلا في المدن الرئيسية في الجمهورية، ولا يلجأون إليها إلا بعد إحالتهم إليها

من مستشفيات وزارة الصحة، أو في الأمراض المتقدمة التي تحتاج إلى رعاية طبية متقدمة.

جدول رقم "٨٤" : توزيع معدلات دخول مرضى بالقسم الداخلى على جهات تقديم الخدمة

شرائح الدخل	وحدات وزارة الصحة	الجامعية وحكومية أخرى	قطاع عام	قطاع خاص	تعاونيات+
الشريحة الأولى	٦١	٢١,٣	١١,٨	٢,٤	٣,٦
الشريحة الثانية	٦٣,٩	١٥,٢	١٤,٢	٣,٩	٢,٩
الشريحة الثالثة	٥٦,٢	١٩,٢	١٣,٧	٨,٢	٢,٧
الشريحة الرابعة	٤٩,٧	١٩,٥	١٨,٢	٩,٢	٣,١
الشريحة الخامسة	٣٧,٧	١٨,٢	١٥,٩	٢٣,٩	٤,٢
الجنس					
الذكور	٤٦,٤	١٨,٢	٢١,٤	١٠,٧	٣,٤
الإناث	٥٨	١٧,٨	٩,٥	١١,١	٣,٦
التوزيع السنى					
العمر من ٤-٠	٦٠,٨	٢١,٥	٣,٨	١١,٤	٢,٥
١٥-٥	٤٩,١	١٣,٢	٢٣,٦	٩,٦	٤,٦
٢٩-١٦	٥٤,١	٢١,٥	١٠,٨	١٠,٨	٢,٩
٣٩-٣٠	٥٤,٢	١٦,٩	١٥,٤	٩,٦	٤,٥
٤٩-٤٠	٤٨,٥	١٥,٢	٢٠,٥	١٢,٩	٣
٥٩-٥٠	٤٧,١	٢٠	٢٠	٩,٤	٣,٥
٦٠ سنة فأكثر	٥٤,٤	١٩	٦,٣	١٧,٧	٢,٥
مستوى التعليم					
الابتدائى	٦٥,٩	١٧,١	٠	١٢,٢	٤,٩
الإعدادى	٥٦,٨	٣٥,١	٢,٧	٢,٧	٢,٧
الثانوى	٥٠	٢٨,٦	٩,٥	٩,٥	٢,٤
فوق المتوسط	٢٨,٦	٢٨,٦	٢٨,٦	١٤,٣	٠
الجامعى	٠	٦٦,٧	٠	٣٣,٣	٠
إجمالى العينة السكانية	٥١,٧	١٨,٦	١٥,٣	١١	٣,٤

التعاونيات + يعنى بها مستشفيات ذات طابع أهلى ونقائى مهنى ..

٤-١٣-١-٢ كفاءة توزيع الموارد Allocative Efficiency

يلاحظ أن التوزيع القطاعي للموارد الحكومية الموضح في الجدول رقم "٨٥" هو توزيع منحاز، لصالح الخدمة العلاجية، إن وزارة الصحة تتحاز إلى القطاع العلاجي والمستشفيات، بواقع توجيه أكثر من ٥٠% من تلك الموارد (NHA - 1995) إلى الخدمات العلاجية ذات الكفاءة، والمنفعة المتواضعة، برغم ارتفاع التكلفة، مفضلة لها على الإنفاق في الرعاية الصحية الأولية، وشنون الوقاية، ورعاية الأمومة والطفولة عالية المردود، ومنخفضة التكاليف، أي أنها كفاءة توزيعية منخفضة. وذلك بخلاف الموارد المخصصة للإنفاق العلاجي في الوزارات الأخرى.

أما بالنسبة للتوزيع الجغرافي للموارد فإننا نلاحظ أنها تتحاز إلى الإنفاق على المحافظات التي تتمتع بأقل معدل وفيات الأطفال مثلا، أو تلك التي تتمتع بأعلى إنفاق في الرعاية الصحية الأولية، وهذا طبقا لدراسة أجريت في ثلاثة محافظات، مقسمة لقطاعات الممارسة الصحية، في وحدات تقديم الخدمة، إلى خمس قطاعات في أعوام ١٩٩٢/١٩٩٤ وتلك الدراسة أجرتها نفس الجهة التي أجرت الدراسة السابقة "DDM مع DOP"

جدول رقم "٨٥": نسبة (%) لتوزيع الموارد المتاحة، لثلاث محافظات (مديريات)،

موزعة على قطاعات خمس (دراسة ميدانية)

القطاع (النوعية)	بنى سويف	السويس	الإسكندرية	المتوسط
الرعاية العلاجية	٣٧	٣٩	٥١	٤٥
الرعاية الوقائية	١٣	١٥	١٥	١٤,٤
الرعاية الصحية الأولية	٨	٣	٥	٥,٨
منظمة الأسرة والأمومة والطفولة	٢	١	١	١,٣
الإدارة	٤١	٤١	٢٨	٣٣

المصدر: DOP - DDM - ١٩٩٣

ويلاحظ من الجدول ٨٥ أن الإنفاق على إدارة الخدمات الصحية يستهلك ثلث الموارد، والباقي بواقع الثلثين يتم إنفاقه مباشرة لتقديم الخدمة الصحية، يستهلك ثلثه في الخدمات الطبية العلاجية، والباقي (وهو ثلث الثلثين) للخدمات الصحية الوقائية والرعاية الصحية الأولية ورعاية الأسرة والأمومة والطفولة.

Technical Efficiency – Costs of services

وتشير هذه الفقرة، إلى مقارنة تكلفة أداء الخدمة الصحية والمؤشرات التشغيلية: بالأقسام الداخلية، والخارجية، في الجهات الإدارية المختلفة: "حكومة – قطاع عام – قطاع خاص".

الكفاءة التقنية، والتكلفة في خدمات الأقسام الداخلية:

وفي هذه الدراسة، نتابع الكفاءة التشغيلية للسرير: كالإشغال، ومتوسط الإنفاق علي السرير، ومتوسط التكلفة بنسبة لوحة السرير المشغول، وبالنسبة لوحة يوم علاجي "متوسط تكلفة اليوم الواحد للإقامة بالقسم الداخلي"، وموزعة على الجهات التبعية الإدارية المختلفة، كما يتضح من جدول "٨٦" التالي.

ويلاحظ من الجدول "٨٦" المشار إليه، أن سرير وزارة الصحة، هو الأقل تكلفة وإنفاقاً، ولعل ذلك يرجع إلى عاملين أساسيين: الأول التمويل، وما يترتب عليه من نقص الكفاءة التشغيلية. والثاني: أنها، في أغلبها، مستشفيات ذات رعاية ثانوية، وليست أسرة رعاية طبية ثالثة، مثل باقي الجهات. أما القطاع الخاص فإن ارتفاع تكلفة اليوم العلاجي لمريض القسم الداخلي، أو ارتفاع تكلفة السرير المشغول، لا يرجع إلى إنفاق أكبر، وإنما هو دليل على نقص الكفاءة التشغيلية لذلك القطاع، بسبب أساسي، وهو نقص إشغال الأسرة، ويلاحظ أيضاً أن تكلفة السرير مرتفعة نسبياً، رغم أن جزءاً كبيراً من تدخلاته، من مستوى الرعاية الطبية الثانوية، مثله مثل المؤسسات العلاجية، والتأمين الصحي.

جدول "٨٦": تكلفة الرعاية الصحية بالقسم الداخلي حسب: جهة التبعية/سرير/ليلة علاجية

متوسط تكلفة للمرير المشغول بالجنه	معدل اشغال الأسرة (%)	متوسط تكلفة المريض في اليوم الواحد بالجنه	الإفاق السنوي بالجنه على السرير	عدد الأسرة	منظمات تقديم الخدمات الطبية السريرية
١٨٠٨٢	٣٣	٥٠	٦٠٠٠	٧٠٤٧٠	وزارة الصحة والسكان
٣٤٨١٨	٧١	١٧٧	٢٤٧٢١	٣٥٨٠	التأمين الصحي
٣٨٨٦٤	٤٤	١٠٦	١٧١٠٠	٥٤٧٧	المؤسسات العلاجية
٢٨٨٠٠	٥٠	٧٩	١٤٤٠٠	٣٨٩٦	المستشفيات التعليمية
٤٤٤٠٠	٥٠	١٢٢	٢٢٢٠٠	١٨٨٢٢	المستشفيات الجامعية
١١٧٦١٤	١٨	٣٢٢	٢٠٧٠٠	١٤٥٤٥	القطاع الخاص
				١٢٣٦٨١	الكلى

(المصدر: (DDM 1997 HIO 1997)

ولما كان التأمين الصحي يشغل الحيز الأول، والأكثر أهمية، خارج وزارة الصحة، فإن الأمر يتطلب دراسة تكلفة الرعاية الصحية به، سواء بالنسبة للحالات التي تعالج بواسطة موظفي التأمين الصحي من الأطباء، أو بالنسبة للحالات التي تعالج بواسطة الأطباء المتعاقدين. ويتضح ذلك من الجدول رقم "٨٧" التالي.

ويلاحظ من ذلك الجدول أن الحالات التي يعالجها الأخصائيون المتعاقدون تصل تكلفة الحالة الواحدة في حالة علاج العمال ونوى المعاشات والأرامل (قانون ٣٢، قانون ٧٩) إلى أكثر من ضعف تكلفة الحالة التي يعالجها الطبيب الموظف بالهيئة، علي حين أن هذه التكلفة في حالة علاج أطفال المدارس لا تزيد عن ٦% فقط، من تكلفة علاج الطبيب الموظف لحالة طلاب المدارس. ويمكن أن يعزى ذلك للأسباب الآتية:

- الحالات شديدة الخطورة هي التي تقدم إلى المتعاقدين، لأن خبرتهم أكبر.
- تكلفة الخدمات المتعاقد معها، أعلى من التكلفة في وحدات ومستشفيات التأمين الصحي.

- نظرا لعجز القدرة التفاوضية لدى التأمين مع جهات التعاقد وصولا إلى عقد معقول السعر، فإن الجهة المتعاقدة، تتعامل مع التأمين بالفاتورة "Fee-For-Service"، وبمعدلات سعرية تفوق الإنفاق الفعلي.

كما يتضح من الجدول السابق "٨٦" أن الطاقة التشغيلية للأقسام الداخلية في مستشفيات التأمين الصحي، التي تؤدي فيها الأعمال بواسطة أطبائه الموظفين، وصلت إلى معدل إشغال أكثر من ٧٠% في عام ١٩٩٧، علي حين أن الإنفاق علي تلك الأسرة لم يتجاوز ما يعادل ١٣٣ مليون جنيه في نفس العام كما يوضح ذلك جدول "٨٧" التالي، ويترتب علي ذلك أن يضطر التأمين الصحي إلى التعاقد مع جهات خارجية، لإستكمال التزاماته، قبل مرضى الأقسام الداخلية، التي لا يستطيع الوفاء بها بوحداته الداخلية (السريرية) المتاحة، وترقى تلك التكلفة إلى أكثر من ٢٠٠ مليون جنيه (جدول "٨٧") ينفقها علي العلاج السريري بالمستشفيات الخارجية المتعاقد معها، ويتطلب هذا الأمر دراسات أعمق لتحديد الجهات التي يتوجه إليها، وأفضليتها لديه، والتعاقدات التي يصل إليها من خلال التفاوض، وأسس وقواعد ذلك التفاوض، في إطار العرض والطلب، ومهارات التفاوض.

جدول "٨٧" التكلفة العلاجية لمرضى القسم الداخلي المعالجين بموظفي التأمين الصحي من الأطباء، مقارنا بالمعالجين بواسطة الأطباء المتعاقدين

مقدم الخدمة		الرعاية الصحية
من المتعاقدين	من الموظفين	
رعاية مرضى الأقسام الداخلية:		
		البالغين قانوني ٧٩,٣٢ مع الأرامل
١٥٠.٠٠٠	٢١٤٢.٧	حالات الدخول في العام
١٢٢	٧٨	التكلفة الكلية بالمليون جنيه
٨١٣	٣٥٠	تكلفة حالة الدخول الواحدة بالجنيه
طلاب المدارس		
		حالات الدخول في العام
١٠٠.٠٠٠	٧٢٣.٩	التكلفة الكلية بالمليون جنيه
٨١	٥٥	تكلفة حالة الدخول الواحدة بالجنيه

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي - ١٩٩٧.

وأخيراً فإننا نلاحظ ارتفاع تكلفة علاج الحالة الواحدة من طلاب المدارس بالقسم الداخلي إلي ما يفوق تكلفة علاج الحالة الواحدة من البالغين بالقسم الداخلي، ولعل ذلك يرجع إلى خطورة الحالات التي يتقرر دخولها للقسم الداخلي، وإن كنا نلاحظ تناقص معدل دخول حالات السن المدرسي للمستشفيات إلى حوالي ١% من المنتفعين من طلاب المدارس، بينما حالات دخول البالغين للمستشفيات ترقى إلى ٣% من المنتفعين من البالغين، وذلك طبقاً للجدول "٨٨" التالي:

جدول رقم "٨٨" الانتفاع بالخدمات التأمينية حسب نوعية المنتفعين

نوعية المنتفع	معدل دخول المريض لنسبة (%) دخول المنتفعين في العام	عدد الزيارات بالعيادات الخارجية (للقرء في العام)
منتفع قانون ٣٢ ، ٧٩ وذوى المعاشات والأرامل	٣ %	٣,٨٦
منتفع طلبة المدارس	١ %	١,٤٧

المصدر: هيئة التأمين الصحي - ١٩٩٧.

الكفاءة التقنية وتكلفة خدمات العيادة الخارجية:

وهناك دراسة "Reform strategy for PHC-1997" حاولت تقييم تكلفة للزيارة للعيادة الخارجية، وتقدم تلك التكلفة بالاستناد إلى محورين: المحور الأول: هو جهات تقديم الخدمة (وزارة الصحة، التأمين الصحي، القطاع الخاص)، والمحور الثاني: هو مدى إسهامات الجهات الحكومية من ناحية، والقطاع العائلي من ناحية أخرى (أى من جيوب الأهالي) بالرغم من أن الخدمة تقدم حكومياً. أما في حالة تقديمها من القطاع الخاص فقط، فإن إسهام الأهالي يكون من جيوبهم بنسبة ١٠٠%، ويتضح ذلك من الجدول رقم "٨٩" التالي، والذي يوضح أن تكلفة الزيارة في عيادات القطاع الخاص تصل إلى ٢٧,٧ جنيه، بينما المتوسط العام لتكلفة الزيارة تصل إلى ٢١,٥٦ جنيه، وتصل إلى أديها في وزارة الصحة حيث تصل تكلفة الزيارة إلى ١٩,٠٧ جنيه (منها ٣٥% قيمة مدفوعة من جيوب المواطنين) بالرغم من أن الحالة في مستشفى مجانية نسبياً، وتقل تلك الإسهامات من جيوب

المواطنين، إذا ما كانت الحالة تتردد على عيادات التأمين الصحي إلى ١٢% حتى ١٤% فقط.

جدول رقم "٨٩" تكلفة الزيارة للعيادات الخارجية حسب تقديم الخدم (بالجنيه)

مصادر التمويل (إسهامات)					جهة تقديم الخدمة
التكلفة الكلية	النسبة المئوية	من القطاع الأهلى	من التأمين الصحى	من وزارة الصحة	
١٩,٠٧	%٣٥	٦,٦٩		١٢,٣٨	وزارة الصحة والسكان
التأمين الصحى:					
٢٠,٤٢	%١٤	٢,٧٧	١٧,٦٥	-	١- طلبة المدارس
٢٩,٣٤	%١٢	٣,٤٥	٢٥,٨٩	-	٢- البالغين
٢٧,٧	%١٠٠	٢٧,٧	-	-	القطاع الخاص
٢١,٦٥	-	-	-	-	المتوسط العام

المصدر: استراتيجية الرعاية الصحية الأولية ١٩٩٧.

ولقد قام (مشروع DOP-DDM) بدراسة مفصلة في عام ١٩٩٦، عن أربع مستشفيات في وزارة الصحة، كنموذج لدراسات الحالات، ويترأح عدد أسرة تلك المستشفيات بين ما دون المائتين من الأسرة، إلى ما يزيد عن أربعمائة سرير. ويبين الجدول "٩٠" التالي نتائج دراسة تلك المستشفيات كأقسام داخلية، وكيادات خارجية، مع أخذ القوى البشرية الأساسية العاملة، ومعدلات التشغيل، وتكلفة الزيارة الخارجية، وتكلفة يوم إقامة لمريض القسم الداخلي، وكذلك تكلفة الدواء، في الحساب.

ويوضح ذلك الجدول "٩٠" ترسيمة مبدئية لدراسة المؤشرات العامة للمستشفى، بهدف الوصول إلى حسن توزيع الموارد على المستشفيات، لتغطية إحتياجات أقسامها الداخلية والخارجية من الموارد المادية والبشرية، ومتابعة مخرجات خدماتها، ومدى جودتها.

ويلاحظ في الأقسام الداخلية بتلك المستشفيات: أن تكلفة الليلة العلاجية (اليوم العلاجي) تتراوح في تلك المستشفيات الأربعة، ما بين ٥٧ جنيه إلى ٨٩ جنيه، وهي تكلفة منخفضة بصفة عامة، وتتناسب مع انخفاض التكلفة بالأقسام الداخلية بوزارة الصحة، ولا يتضح منها أى إسهامات من جيوب المواطنين، لمساندة التكلفة العلاجية الرسمية. كما يلاحظ أيضا انخفاض نسب إشغال الأقسام الداخلية حيث أنها تتراوح بين ٢٩% و ٤٣%، مما يؤكد عدم كفاءة توظيف الموارد المادية.

ويلاحظ أيضا تفاوت النسبة المئوية لتكلفة العلاج الدوائي من نسبة التكلفة الكلية، وانخفاضها بصفة عامة، مما يشير إلى إحتمال إسهامات المواطنين من جيوبهم لدعم الإنفاق الدوائي، والمستلزمات الطبية، التي قد لا تتوافر بالمستشفى، كما يشير إلى إحتمال سوء التوزيع الدوائي، بين المستشفيات، طبقا للاحتياجات، والمعدلات الملائمة لطاقت التشغيل.

كما تشير مؤشرات الأداء في العيادات الخارجية لتلك المستشفيات، إلى تدنى توظيف القوى البشرية، وإلى انخفاض تكلفة الزيارة بالعيادات الخارجية. ولعل هناك إستكمالا أكبر بإسهامات من جيوب المواطنين، خاصة لتغطية الاحتياجات الدوائية.

وهناك مثال آخر لتباين المعلومات في نفس المجال (الاستخدام التقني الكسف والتكلفة) مستقى من دراسة تمت في مجال الرعاية الصحية الأولية، لعدد ٦٥ وحدة صحية ريفية RHU، في دراسة أخرى لنفس الجهة، في عام ١٩٩٧، حيث يتضح - طبقا للجدول "٩١" التالي - أن هناك وحدات يكون نصيب الطبيب فيها مريضا واحدا فقط يوميا، أو يتدنى ليصبح مريض واحد كل خمسة أيام، علي حين أن هناك وحدات أخرى يصل فيها نصيب الطبيب إلي إستقبال ٣٥ مريضا يوميا.

جدول رقم "٩٠" دراسة مؤشرات الأداء في أربع مستشفيات عامة في وزارة الصحة

مستشفيات وزارة الصحة الأربع العامة				المؤشرات
مستشفى ٤	مستشفى ٣	مستشفى ٢	مستشفى ١	
الأقسام الداخلية				
١٨٥	٢٣٧	١٧٨	٤٦٦	عدد الأسرة
%٢٩	%٤٣	%٣٦	%٣٤	معدل اشغال الأسرة (%)
٤,٩٣	٦,٢٢	٣,٤١	٤,٢٧	متوسط مدة الإقامة
٢٢	٢٥	٣٩	٢٩	معدل دوران السرير
٤٢٠	٣٦٩	٢٤٣	٢٤٢	تكلفة حالة الدخول
٨٥	٥٩	٧١	٥٧	تكلفة اللبنة العلاجية
٩٠٢٥	٩٢٤٢	٩٣٧٧	٦٩٣٧	تكلفة السرير في العام
%٤	%١١	%٦	%١٧	نسبة (%) تكلفة الدواء من التكلفة الكلية
%١٦	%١٦	%١٩	%١٢	نسبة (%) تكلفة الأفراد من التكلفة الكلية
مؤشرات القوى البشرية بالأقسام الداخلية				
١,٠٣	٠,٦٦	٠,٤٤	٠,٣٣	طبيب لكل سرير مشغول
١,٤٥	١,٧٨	٠,٩٩	٠,٣٦	ممرضة لكل سرير مشغول
٢,٥٨	٢,٧٤	١,٧٢	١,٢٥	موظف لكل سرير مشغول
٠,٣٠	٠,٢٨	٠,١٦	٠,١١	طبيب لكل سرير
٠,٤٢	٠,٧٦	٠,٣٣	٠,١٢	ممرضة لكل سرير
٠,٧٥	١,١٧	٠,٦٢	٠,٤٢	موظف لكل سرير
العيادات الخارجية				
١٥١	٣٤	١٤	٢٦	الزيارات في اليوم
٤	٦	٨	١٧	الزيارات لطبيب واحد في اليوم
٣	٦	١٠	١,٧	الزيارات لممرضة واجدة في اليوم
٨,٦٥	٨	١٤	٤,٥	التكلفة الكلية للزيارة بالجنية
%٧	%٤٣	%٢١	%١٩	نسبة (%) تكلفة الدواء من التكلفة الكلية
%٥٣	%٢٨	%٢٦	%٤١	نسبة (%) تكلفة الأفراد من التكلفة الكلية

المصدر: دراسات "مشروع DDM ١٩٩٧".

كما تختلف أيضا تكلفة الزيارة للوحدات بحيث تتراوح بين ٨ جنيهه للزيارة الواحدة إلى ٦٠ جنيهه للزيارة الواحدة.

جدول رقم "٩١" التباينات "فى مؤشرات الأداء بوحدات الرعاية الصحية الريفية"

بوزارة الصحة والسكان

المؤشرات	القيمة الدنيا	القيمة القصوى
التكاليف الجارية الكلية فى العام بالجنية	٢٩٧٦٦	٣١٢٨٦٠
متوسط تكلفة الزيارة بالجنية	٨,٠٦	٥٩,٩٧
عدد زيادات المرضى اليومية للطبيب الواحد	٣	٣٧
عدد زيارات المرضى فى اليوم للموظف الواحد	٠,٢	٢,٨

المصدر: مسح ٦٥ وحدة صحية ريفية مشروع DDM ١٩٩٧.

٤-١-١٣-٤ جودة الرعاية الصحية:

لاشك أن هذه الجودة مشكلة متعددة الأبعاد، فبعضها يتعلق بالتنظيم، والمنظمة، من ناحية البنية التحتية للمنظمة الصحية فى مصر، سواء أكانت فيزيقية متعلقة بالمباني والتجهيزات، أو بشرية متعلقة بالقوى البشرية وتوزيعها طبقا للاحتياجات، أم تمويلية متعلقة بالبنية والمسارات التمويلية، ومصادر التمويل، وكيفية الإنفاق، وتوزيع الموارد، ونظم الحفز، والدفع المالى لمقدمي الخدمة الصحية . أو سواء أكانت تلك المنظمة الصحية فى مصر لها نظام إداري جيد، ومدى فاعليته، ومدى كفاءته، وأنظمة المتابعة، والقدرات التصحيحية للنظام على ضوء المخرجات وجودتها، ومدى مرونة التغيير للتجاوب مع المتطلبات الفردية، أو المجتمعية. وهناك بعد آخر، وهو البعد السلوكي، الخاص بسلوكيات مقدمي الخدمة بصفة أساسية، والخاص بالقيم والسلوكيات السائدة فى المجتمع المصرى. وأخيرا، هناك أبعاد تتعلق ببنية المجتمع المحلى، والمجتمع المصرى ككل، من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية.

وهناك ما يشير إلي أن مستوى الرعاية الصحية في مصر، يعاني من نقص متعدد الجوانب، سواء ما يتعلق منها في الإفراط في توظيف موارد غير مطلوبة في حينه، أو التدني في توظيف موارد مطلوبة في أحيان أخرى، أو تقديم خدمة غير ملائمة بديلا عن الخدمة الملائمة. وهناك أيضا فقر في العلاقات الشخصية التبادلية بين مقدم الخدمة والمنتفع بها. كما أن هناك لدي مقدمي الخدمة أرضية معرفية وعلمية أقل من المطلوب لأداء الخدمات. كما أن هناك أيضا نقصا في المهارات التقنية، مما يجعل أحكام وقرارات مقدمي الخدمة معيبة، في كثير من الأحيان.

وبمراجعة تخصيص الموارد وتوزيعها، فإننا لا نجد شيئا مخصصا لتحسين الجودة وتأكيدا، علي مستويات الوحدات والإدارات الصحية بالأحياء. والقدر المخصص في المستويات المركزية قدر متدن، لا ينتج برامج لها أي فاعلية في تحسين الجودة وتأكيدا.

وإن موازنات الوحدات الصحية لا تخصص لإقرا متدنيا للأعمال الصيانة، وبالطبع فإن الصيانة هي مفتاح الجودة في الوحدات الصحية، والوحدات الصحية في مصر سيئة الصيانة، بل إن الصيانة لا تخصص لها الموازنات الصحية سوى نسبة ٠,٢٨% من الموازنات الجارية للمديرية الصحية. ونفس الموقف يتكرر، وإن كان بصورة أفضل قليلا، في المستشفيات الأخرى خارج وزارة الصحة، علما بأن الرقم العالمي الموصي به لهذا الغرض يتراوح بين ١٠% و ١٥% من الموازنات الجارية سنويا.

وتركز الدراسات المحدودة عن الجودة في مصر، التي قام بها مشروع DDM علي الجوانب التنظيمية، وعلي العوامل المرتبطة بالنظام الصحي العلاجي، وهناك دراسات قليلة متعمقة تشير إلي فقر النمط في الأداء الإكلينيكي، وطريقة ممارسة الأطباء لمهنتهم، بما أوصل بعض الدراسات إلي أن تقرر، أن عددا يرقى إلي النصف من الوفيات في أقسام الطوارئ، يرجع إلي عدم قدرة أطباء الرعاية الطارئة، علي التعامل الكفاء الفاعل والمنظم، مع الحالات الوافدة إلي قسم الطوارئ. كما أن هناك إستخداما معيبا للوسائل التشخيصية، حيث تشير دراسة إلي

أن ٣١,٤% من الفحوص المعملية التي تتم، غير مطلوبة إكلينيكية بالنسبة للحالات التي تطلب لها. كما أن ٢٠,١% من التحاليل المعملية الضرورية للمرضى المطلوبة للمرضى، لا تستخدم في الأغراض العلاجية لتلك الحالات رغم ضرورتها. وأخيراً فإن هناك ١٦,٣% من التحاليل الضرورية للحالات الإكلينيكية، لم تطلب الجهات الإكلينيكية تحليلاتها، رغم ضرورة طلبها. وأخيراً، فإن اختبارات غير ملائمة وغير مستخدمة، ولكنها طلبت، وتشكل نسبة ٢٢,٦%، من الأداء في معمل المستشفى (رافع - ١٩٩٤). وفي دراسة أخرى مماثلة، أشير إلى أن الأطباء يوصون بمضادات حيوية غير ملائمة، في حوالي ٤١% لحالات مرضى العيون، و ٣٦,٨% لحالات مرضى الأمراض الباطنية (الطوبجي - ١٩٩٥).

ونشير إلى العدوى في المستشفيات، حيث أنشأت كثير من المستشفيات، بناء على التوصيات الدولية، أقساماً خاصة بالعدوى، داخل كل المستشفيات الكبيرة، أو على الأقل خصصت فريقاً لتجنب تلك العدوى، داخل المستشفيات الصغيرة. أما في مصر فما زالت تلك التطبيقات محدودة وغير مخططة، مما يؤدي إلى زيادة مدة الإقامة، أو الخروج مع استمرار التردد على المستشفى لعلاج عدوى الجروح بعد العمليات، وعادة يكون ذلك بالمتابعة في الأقسام الخارجية. وما زال حجم المشكلة في المستشفيات المصرية غير مدروس حتى الآن، وإن كانت هناك دراسة غير منشورة عام ١٩٩٤ تشير إلى أن تلك العدوى تتراوح بين ٢٤,٥% إلى ٤٩% طبقاً للمتابعة لمدة خمسة شهور في أحد مستشفيات وزارة الصحة، كما أن هناك دراسة منشورة في New Egyptian Medical Journal - ١٩٩٤ تشير إلى أن عدوى ما بعد العمليات تصل في بعض العمليات إلى نسبة مئوية ملموسة.

٤-١٣-٢ استخلاص:

يتوجب الإشارة إلى أن معدلات إدارية وإكلينيكية، لكل الأداءات في المستشفيات، والوحدات الصحية، هي ضرورة حتمية، ينتظر ظهورها، والسعي للوصول بمؤشرات الخدمات الصحية للإقتراب من تلك المعدلات. ويجب أيضاً ظهور الأدلة الإرشادية، وكتب التعليمات لمقدمي الخدمات الطبية، خاصة للمهنيين

والأطباء، في مختلف المجالات الإدارية، والمالية، والإكلينيكية. كما يجب إعادة توزيع الموارد طبقا للاحتياجات، وتعظيم توظيف الموارد المحدودة.

كما لا بد من ظهور قواعد المعلومات ونظم إدارة المعلومات الإكلينيكية، وغير الإكلينيكية (الإحصائية - الإدارية - المالية....) وذلك لدعم ومساندة متخذي القرار الصحي الإداري، والمهني، وتخليق السياسات الصحية الملائمة، وتحسين جودة الخدمة وتأكيدھا، بآليات معاصرة، مستندة إلى قاعدة معلوماتية مصنفة ومكودة، للمرض والمرضي.

وأخيرا، نشير إلى وجوب إنتهاء النظام التمويلي والتشغيلي الرأسي، واستبداله بالنظام التشغيلي الأفقي، إستنادا إلى المجتمع المحلي، بما يوفر الإنفاق، ويعظم توظيفه لأفضل مخرجات بأقل تكلفة، وبما يحقق تغطية لفجوات عدم العدالة في إتاحة الخدمة، وتيسير وصول المواطنين إليها، وذلك لأنه يقضي علي تجزئة سوق الخدمة الصحية، وقصرها علي حفات متناثرة من المنتفعين، ومقدمي الخدمة الصحية.

ولعل تعميم التأمين الصحي، وشموله لكل المصريين، أن يكون الحل الأوفق والأنسب، لتطبيقه في مصر، بتدرج، خلال عدد معقول من السنين القادمة.

٤ - الباب الرابع : القطاع الصحى

- ٤ - ١٤ الفصل الرابع عشر : تمويل الرعاية الصحية
- ٤-١٤-١ نظرة إجمالية للإفاق الصحى فى مصر
- ٤-١٤-٢ البنية العضوية للتمويل فى القطاع الصحى
- ٤-١٤-٣ التمويل فى وزارة الصحة
- ٤-١٤-٤ التمويل فى الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية
- ٤-١٤-٥ تمويل هيئة التأمين الصحى
- ٤-١٤-٦ تمويل المؤسسات العلاجية
- ٤-١٤-٧ تمويل المستشفيات الجامعية
- ٤-١٤-٨ المنح والهبات الأجنبيةة
- ٤-١٤-٩ تمويل التأمين الصحى الخاص
- ٤-١٤-١٠ تمويل الرعاية الصحية بالشركات
- ٤-١٤-١١ تمويل الرعاية الصحية بالنقابات المهنية
- ٤-١٤-١٢ تمويل القطاع العائلى
- ٤-١٤-١٣ أسعار الخدمات الصحية
- ٤-١٤-١٤ موجز وصف التمويل، والأداء المالى فى القطاع الصحى
- ٤-١٤-١٤-١ إجمالى تمويل الرعاية الصحية "رؤية تقديرية فى نهاية التسعينات"
- ٤-١٤-١٤-٢ وصف نظم التمويل (الدفع) لمقدمى الخدمة الصحية
- ٤-١٤-١٤-٣ موجز الأداء المالى للنظام الصحى فى مصر

٤ – الباب الرابع : القطاع الصحي

٤-١٤ الفصل الرابع عشر: تمويل الرعاية الصحية

٤-١٤-١ نظرة إجمالية للإنفاق الصحي في مصر:

يمول القطاع الصحي بصفة عامة من مصدرين أساسيين هما: التمويل الحكومي، والتمويل العائلي "من الجيب"، ومصادر أخرى محدودة سيرد تفصيلها لاحقاً.

وفي عام ١٩٩٠ بلغ الإنفاق الصحي في مصر ٤,٢ مليار جنيه "٤,٧% من الناتج المحلي الإجمالي (GDP)" وكانت مصادر تمويل ذلك الإنفاق بصفة عامة من:

- الموازنة الحكومية بنسبة ١,٨% من الناتج المحلي الإجمالي.
- القطاع الأهلي، والإنفاق العائلي – "من الجيب" بنسبة ٢,٧% من الناتج المحلي الإجمالي.
- المعونات الأجنبية بنسبة ٠,٢% من الناتج المحلي الإجمالي.

أما في عام ١٩٩٥ فلقد بلغ الإنفاق الصحي في مصر ٧,٥١٦ مليار جنيه (٣,٧% من الناتج المحلي الإجمالي لعام ١٩٩٥) أي بما يعادل ١٢٧ جنيه للفرد سنوياً أي حوالى ٣٨ دولاراً للفرد الواحد سنوياً.

ومن ذلك نلاحظ، أن مصر تولد تمويلا من القطاع العائلي، بنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، أعلى من الدول المماثلة لها في الدخل. وذلك عكس ما هو شائع لدى كثير من الدارسين، من أن مصر في حاجة إلى تجميع تمويل من القطاع العائلي من خلال برنامج استرداد التكاليف، وما يماثله من إسهامات من المواطنين، لمساندة النظام الصحي وموارده. أما المعونات الأجنبية، فلا تمثل حصة حقيقية من تمويل النظام الصحي. وأن النسبة الحقيقية التي يجب تزايدها هي نسبة الإنفاق من الموازنة الحكومية، وما في حكمها، حيث يجب مضاعفاتها، على الأقل بصفة مبدئية، خلال بضع سنوات، لتوفير التمويل الحكومي اللازم للتوازي مع التمويل العائلي.

ويقصد بالتمويل الحكومي، وما في حكمه "في المفهوم الحكومي المصري"، التمويل الوارد من الموازنة، مضافا إليه التمويل الوارد من أصحاب الأعمال في القطاع الخاص، تعبيرا عن حصة صاحب العمل مقابل الخدمات الصحية عن العاملين لديه، وكذلك التمويل الوارد من قطاع الأعمال (القطاع العام سابقا) بالمماثلة لما يقدمه أصحاب الأعمال، وذلك بالإضافة إلى حصة الحكومة عن المشتركين في نظام التأمين الصحي. ويمتد ذلك المصدر التمويلي ليشمل حصة العاملين المشتركين في التأمين الصحي، الذي يجمع بمعرفة إدارات الأفراد (شئون العاملين)، ليرسل مع الحصة المدفوعة من أصحاب العمل في: القطاع الخاص، وقطاع الأعمال والإدارات والهيئات الحكومية الاقتصادية وغير الاقتصادية، إلى هيئتي التأمين والمعاشات بوزارة الشئون الاجتماعية، وليصل أخيرا إلى هيئة التأمين الصحي، مجمعا لحصتي أصحاب العمل والعاملين، في القطاع الخاص، وقطاع الأعمال، والحكومة.

ويلاحظ كذلك أن النظام المالي في مصر يدار طبقا للمدخلات التمويلية المتاحة، ولكنه لا يتمتع بنظام تتبعي لمسارات إنفاق الموازنة BTS الذي يمكن من تتبع مسارات وظائف الإنفاق، بما يوفر آلية حاكمة لأداء الأعمال، والأنشطة، والمشروعات، بجوار آلية التحكم الاقتصادي المخطط.

كما أن هناك تأخيراً في إعداد بيانات ونهايات الحسابات الختامية بصورة تصل في تأخرها إلى ما بعد سنتين، وهناك صعوبة في الحصول على المعلومات عن الإنفاق الفعلي، خاصة من المحافظات، كما يتعذر الحصول عن تلك المعلومات من أي جهة (حتى من وزارة الصحة) أخرى غير وزارة المالية، أو الدراسة التفصيلية لواقع بعض الوحدات.

التخطيط والتمويل وتوزيع الموارد في القطاع الصحي:

إن القرار المتعلق بذلك، هو قرار متعدد الأطراف، تشارك فيه جهات متعددة، خاصة وزارة المالية، والتخطيط، والصحة، والجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، من خلال مرحلتين أساسيتين.

المرحلة الأولى: هي توزيع الموارد المتاحة على المستوى المركزي بين الوزارات، ويلعب الدور الرئيسي في ذلك التوزيع وزارة المالية من خلال خطتين: الأولى: هي آلية الخطة الخمسية لتوزيع الاستثمارات، من خلال التفاوض بين وزارة التخطيط ووزارة الصحة (إدارة التخطيط بوزارة الصحة)، والثانية: من خلال آلية الخطة السنوية، والتي تتعامل مع الأبواب الواردة في ميزانية الصحة مثلًا ووحداتها، الخاصة بالمرتبات والمزايا، وإنفاق التشغيل (الإستخدامات)، والإنفاق لتجديد وإضافة الأصول. ويتم تفاصيل هاتين الخطتين، من خلال عملية ذات بداية، باقتراحات مقدمة من المحافظات، إلى إدارة التخطيط بوزارة الصحة، حيث تبدأ بعدها ثلاث دورات تفاوضية:

الدورة الأولى: بين المحافظات (المحافظات) وإدارة التخطيط بوزارة الصحة: لاختصار طموحات مديريات الصحة بالمحافظات.

والدورة التفاوضية الثانية: حوار بين الصحة والتخطيط لتحديد حصة القطاع الصحي في موازنة الدولة.

والدورة التفاوضية الثالثة: تدور حول تقديم الوثائق، وجدول التنفيذ للخدمات، والبرامج، حتى يتسنى الإفراج عن الحصة المالية المتفق عليها، لمثل تلك الأنشطة، مع وزارة المالية، ومع بنك الاستثمار.

المرحلة الثانية: وهي توزيع الموارد المتاحة مركزيا من الدولة، داخل قطاع الصحة. ويشمل الإستثمارات (الباب الثالث) التي يتفق عليها، من خلال تفاوض بين أقسام ووحدات وزارة الصحة، على اتساع الجمهورية من ناحية، وبين إدارة التخطيط بوزارة الصحة من ناحية ثانية، كما تشمل المخصصات الحكومية وشبه الحكومية الخاصة بالباب الأول (المرتبات والمزايا)، وأما الباب الثاني (مصروفات التشغيل) فيتفق عليه، بعد موافقة الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة، من خلال دورة تفاوضية فرعية، لمراجعة جدول الوظائف، تعديلا بالإلغاء، أو الإضافة، للقوى البشرية لكل وحدة، ويدفع ذلك التمويل مباشرة من وزارة المالية، إلى المديرىات بالمحافظات، طبقا لإتفاقات مع الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة، لإضافة أو حذف درجات وظيفية، وطبقا للدليل الإرشادي السنوي الخاص بوزارة المالية، وطبقا لأداء الوحدات في السنوات الثلاث السابقة.

٤-١٤-٢ البنية العضوية للتمويل فى القطاع الصحى:

ويتم تدارس تلك البنية على ثلاث مستويات، المستوى الأول ويختص بموارد التمويل، والمستوى الثانى ويختص بجهات التمويل (الوسائط والمسارات التمويلية)، والمستوى الثالث ويختص بالتمويل المتاح عند مستوى تقديم الخدمة (في الوحدات).

مصادر التمويل:

وتصنف كالاتى:

مصدر التمويل الحكومى والإعانات (المحلية والأجنبية): بإجمالى ٣٣% فى العام ١٩٩٠، ٣٤% فى عام ١٩٩٥ من جملة التمويل القومى للصحة، وكانت النسبة المئوية لتلك الموارد فى عام ١٩٩٠ كالاتى: ٢٩% من المصدر الحكومى، ٤% إعانات (محلية وأجنبية).

أما النسب فى عام ١٩٩٥ فكانت: ٣١% من المصدر الحكومى، ٣% من الإعانات.

مصدر التمويل من القطاع العائلي ومن أصحاب الأعمال:

بإجمالي ٦٧% في العام ١٩٩٠، ٦٦% في عام ١٩٩٥ من جملة التمويل القومي للصحة.

وكانت النسب المئوية لذلك المصدر كالتالي:

في عام ١٩٩٠ : ٥٨% من القطاع العائلي (من الجيب).
والشركات (أصحاب أعمال) بواقع ٩%.

ونعني بمصدر التمويل الحكومي: ما يصدر من وزارة المالية إلى وزارة الصحة والسكان، وما يصدر بخصوص القطاع الصحي إلى وزارة التعليم العالي، ووزارة التأمينات الاجتماعية، ووزارات أخرى مثل النقل، والكهرباء، والاتصالات، الأوقاف، أما وزارتي الدفاع والداخلية فليست واردة في تلك الدراسة.

ويوضح الجدول رقم "٩٢" التالي تفاصيل مصادر التمويل كنسب مئوية من دراسة الحسابات الصحية القومية، والتي توضح حقيقة مستمرة حتى مطلع القرن الحادي والعشرين، وهي أن ثلث التمويل من وزارة المالية والهيئات، والثلث من القطاع العائلي وأصحاب الأعمال، وذلك يوضح تآكل الدور التمويلي للدولة في الخدمات الصحية.

جدول رقم "٩٢" مصادر تمويل الخدمة الأربعة الرئيسية وتوزيعاتها كنسب مئوية

المصدر وتوزيع تمويله إلى:	من المصدر	إلى اتفاقات المصدر عن طريق الهيئات
من وزارة المالية (مصدر ١):	٢٩%	
إلى وزارة الصحة		٦٩%
إلى وزارة التعليم		٢٢%
إلى وزارة التأمينات الاجتماعية		١%
إلى وزارات أخرى		٨%

تابع جدول رقم "٩٢" مصادر تمويل الخدمة الأربعة الرئيسية وتوزيعاتها كنسب مئوية

المصدر وتوزيع تمويله إلى:	من المصدر	إلى انقاقات المصدر عن طريق الهيئات
من المنح والهبات (مصدر ٢)	%٤	
إلى وزارة الصحة		%٧٣
إلى جهات أخرى		%٢٧
من أصحاب الأعمال (مصدر ٣)	%٩	
إلى هيئة التأمينات الاجتماعية		%٧٥
إلى الشركات		%١٩
إلى التأمين الخاص		%٦
من القطاع العائلي (مصدر ٤)	%٥٨	
إلى المعاشات والتأمينات الاجتماعية		%٤
إلى التأمين الخاص		%٠,٤
إلى القطاع العائلي (إنفاق ذاتي)		%٩٥,٥
إجمالي	%١٠٠	

احتسبت تلك البيانات بالإستناد إلى دراسة الحسابات القومية NHA في عام ٩١/٩٠ كنسب مئوية، حيث أن تعديلات التغيير في النسب لا تزال محدودة، على مسار السنوات العشر التالية، فيما عدا التزايد النسبي في حصة مستشفيات وزارة التعليم العالي.

وهناك تغيرات سريعة، ومتلاحقة، نتابعت أخيراً، وترتب عليها تغيراً في نظام التمويل، بما فيها نظام التمويل لبرنامج التأمين الصحي لطلاب المدارس، الذي يرقى حالياً إلى تغطية ١٦ مليون طالب، بما يترتب عليه من إضافات تمويلية لذلك المشروع، ترقى إلي المليار، ويدار ذلك المشروع بواسطة الهيئة العامة للتأمين الصحي.

وهناك أيضا مشروع للرضع والأطفال، فيما قبل السن المدرسي قد صدر، ليطبق اعتبارا من أكتوبر ١٩٩٧ على المولودين، اعتبارا من ذلك التاريخ، تطبيقا إختياريا، بحيث يغطي كل الرضع وأطفال ما قبل السن المدرسي حتى عام ٢٠٠٣، أما المعونات والهبات فمعظمها وهو (٧٠%) يوجه إلي وزارة الصحة والسكان، والمستشفيات التعليمية، والباقي يوجه إلى الجمعيات الأهلية، والقطاع الخاص، وذلك بخلاف تمويل مشروع استرداد التكاليف، والذي آل أخيرا، إلى الاندماج في مشروع الإصلاح الصحي، بتمويل ثلاثي: من الاتحاد الأوربي والبنك الدولي وهيئة المعونة الأمريكية.

الوسائط (المنظمات) وهي التي ينساب التمويل منها إلى وحدات تقديم الخدمة:

أغلب التمويل الوارد من المصادر التي أشرنا إليها لا يصل مباشرة إلى وحدات تقديم الخدمة الصحية، وإنما يصل إلى تلك الوحدات من خلال هيئات ومنظمات وسيطة.

الوسائط (المنظمات) العظمى التي يمر منها التمويل:

١. التمويل الوارد من وزارات التمويل: ونعني بها وزارة الصحة والسكان، والتعليم العالي، والشئون الاجتماعية، وغيرها من الوزارات. فالأموال التي تتلقاها وزارة الصحة من وزارة المالية، ومن مقدمي الهبات، تتوجه من وسلط وزارة الصحة والسكان إلى منظمات الوزارة المركزية أو إلى مديرياتها الصحية بالمحليات، ثم توزع بمعرفة مديريةية الصحة على الإدارات الصحية بالأحياء، أو إلي الوحدات الكبرى، داخل كل محافظة. ولكن بعض الأموال يمكن أن تمر مباشرة من وزارة المالية إلى منظمات الصحة المركزية. أما الأموال الواردة من الهبات والإعانات إلى وزارتي الصحة والتعليم، فتتبع بعض مسارات الأموال الأخرى الواردة من وزارة المالية. أما الأموال الواردة من وزارة من المالية إلى وزارة الشئون الاجتماعية، فتمر من الأخيرة إلى المنظمات الأهلية.

علي حين أن الأموال الواردة من وزارة المالية إلى الوزارات الأخرى تمر من الأخيرة إلى وحداتها.

٢. التمويل التأميني الاجتماعي: إن الأموال الواردة (أساساً من أصحاب الأعمال) من الشركات تمر من خلال هيئة التأمينات الاجتماعية، وهيئة التأمينات والمعاشات، إلى هيئة التأمين الصحي، الذي يقوم بدور الممول للخدمة، بالإضافة إلى دور مقدم الخدمة، موظفاً لموارده تلك، لتقديم خدماته بذاته.

٣. التمويل الوارد من القطاع العائلي: إن مصدره الرئيسي هو الوارد من القطاع العائلي (من الجيب) حيث يمر مباشرة دون وسائط إلى عيادات وأفراد تقديم الرعاية الصحية بالقطاع الخاص، بتمويل يمثل ٥٧% من تمويل الصحة الكلي. ويتم توجيه ذلك التمويل الوارد من القطاع العائلي: إلى المنظمات الصحية الأهلية بنسبة ١%، وإلى العيادات الخاصة والمستشفيات بنسبة ٢٣%، وإلى وحدات البيع الدوائي (الصيدليات) بنسبة ٣٠%، وأخرى لمقدمي خدمة صحية هادفين للربح بواقع ٣%.

وللحقيقة فإن هناك توجه لتمويل يزيد قليلاً عن ٥% برغم أنه وارد من القطاع العائلي إلى عدد من العيادات وجهات الخدمة الخاصة، غير أنه يمر من الأخيرة إلى منظمات حكومية بترتيب تنازلي: وهي المستشفيات الجامعية، مستشفيات المؤسسات العلاجية، خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحي، وحدات وزارة الصحة والسكان (العلاج الاقتصادي)، وأيضاً إلى مستشفيات الهيئة العامة للمستشفيات التعليمية، باعتبارها قمة مستشفيات وزارة الصحة.

ويلاحظ أن الشركات تنفق في الصحة حوالي ٢% من حجم الإنفاق الكلي، ويذهب نصفه إلى القطاع الحكومي: وأغلب ذلك النصف (أكبر من ٥٠%) يذهب إلى المؤسسات العلاجية، وأقل من ٥% إلى المستشفيات الجامعية وهيئة التأمين الصحي، أما النصف الباقي (حوالي ١%) فيذهب إلى العيادات الخاصة، والمستشفيات الخاصة، والصيدليات.

كما يلاحظ أن إنفاق التأمين الصحي الخاص، وإنفاق النقابات المهنية في الخدمات الصحية، يصل إلى أقل من ١% من الإنفاق الصحي الكلي: ٨٠% منه يذهب إلى العيادات والمستشفيات الخاصة والصيدليات الخاصة، أما الباقي وهو ٢٠% فيذهب إلى مستشفيات المؤسسات العلاجية، والمستشفيات الجامعية.

أما الجمعيات الأهلية الصحية المصرية، فيصل تمويلها إلى حوالي ٦ في الألف من الإنفاق الصحي الكلي: يصل إليها من الجمعيات الأهلية الأجنبية (أكثر من ٢ في الألف) عن طريق وزارة الشؤون الاجتماعية، وأقل من ٣ في الألف يصل إليها من المانحين الأجانب.

وأخيراً، يجب علينا أن نلاحظ أن ٣٥% من حجم الإنفاق الحكومي، هو من نصيب هيئة التأمين الصحي، وتصل تلك النسبة إلى التأمين الصحي الحكومي من هيئة التأمينات الاجتماعية، ومن هيئة التأمين والمعاشات، ومن وزارة الصحة. كما أن هناك حصة صغيرة تصل إلى التأمين الصحي من القطاع الأهلي (إنفاق من الجيب).

وهناك حصة أصغر، تصل إلى التأمين الصحي من الشركات. وبالطبع، فإن الجزء الغالب يصل إلى التأمين الصحي، من هيئة التأمينات الاجتماعية، وهيئة التأمين والمعاشات، بعد اقتطاع حصة للهيئتين، مقابل المصروفات المسماة بالإدارية، وهي ترقى إلى ربع المبلغ، وبالطبع يجب توقيف ذلك الخصم.

ويوضح الجدول "٩٣" التالي العلاقات التمويلية الشبكية الخاصة بالمساررات، والوسائط التمويلية، كنسب مئوية.

جدول "٩٣" الحسابات القومية الشبكية (نسبة مئوية) كمصادر تمويلية، وتوزيعها على المنظمات الطبية الخدمية
مصادر التمويل تفصيلا (%)

الإجمالي	القطاع العائلي	التأمين الصحي الخاص - النقابات	الشركات	منظمات أجنبية أهلية	المعونات الأجنبية الرسمية	التأمينات الاجتماعية والمعاشات	وزارة المالية			المنظمات الخدمية
							أخرى	شؤون	تعليم	
١٩					٣					وزارة الصحة ١٦
٢	؟	؟			؟					المستشفيات التعليمية ١
٨	١	؟	؟		١		٦			المستشفيات الجامعية ٢
٩	؟		حوالي ٧ في الألف			٧				هيئة التأمين الصحي ١
٢	١	؟	%٠,٣		؟					المؤسسات العلاجية ؟
١					؟					وكالات متخصصة ٢,٢
٢										جهات خدمية أخرى مستشفيات خاصة
٥	٤	حوالي ٥ في الألف	حوالي ٩٥ في الألف		؟					عيادات خاصة
١٦	١٦	؟	؟		؟					مراكز حديثة
٢	٢	؟	؟							صيدليات
٣٠	٣٠	حوالي ٣٥ في الألف	حوالي ٢,٥ في الألف							منظمات أهلية
١	١		؟	%٠,١	؟			٠,٢٣		ممارسات طب شعبي
١	؟؟؟	؟								أخرى
١٠٠	%٥٥	٩٠ في الألف	%٢,٣	%٠,١	%٤	%٩	%٢,٢	%٠,٣	%٦	%٢٠

المصدر : National health account of Egypt : Oct. 1995

إصدار : DDM & DOP, MOHP

التمويل عند مستوى تقديم الخدمة:

وهو مستوى تقديم الخدمة الصحية للمواطنين، وهو يمثل الخط الأمامي للخدمة (مقابلة المريض) والخط الأخير للتمويل (مصعب التمويل)، بعد مرور التمويل عبر الهيئات الوسيطة باستثناء التمويل الوارد من جيوب القطاع العائلي والذي يدفع إلى مقدمى الخدمة مباشرة.

والجدول التالى يشير إلى جهة تقديم الخدمة والحصة التمويلية التى تصل إليها كنسبة مئوية من الاتفاق الصحى الكلى.

جدول "٩٤" قائمة جهات تقديم الخدمة الصحية، وحصتها التمويلية (%) من الإنفاق الصحى الكلى عن المدة من ١٩٩١ إلى ١٩٩٥

جهة تقديم الخدمة	(%) من الإنفاق الصحى الكلى
وحدات وزارة الصحة والسكان المركزية (الإقليمية والمحلية)	١٩%
هيئة المستشفيات التعليمية (٦ محافظات)	٢%
المستشفيات الجامعية (٣٦ مستشفى، بسبيلها للترايد إلى ٥١)	٨% (٩١) — ١٠% فى ٩٥ والزيادة مستمرة
وحدات هيئة التأمين الصحى (كل المحافظات)	٩% زادت الحصة أخيرا إلى ١١%
المؤسسات العلاجية (٦ محافظات) وهي أساسا علاج بأجر	٢% تنتقل للصحة لتعوض نقص التمويل الحكومى
وحدات خدمية أخرى	٢%
المستشفيات الخاصة	٥%
العيادات الخاصة	١٤% (٩٥)، ١٦% (٩١)
وحدات صحية خاصة حديثة (عصرية)	٢%
الصيدليات الخاصة	٣٠%
الجمعيات الأهلية	أقل من ١%
ممارسات الطب الشعبى	أقل من ٠,٥%
تكلفة (إدارية) لهيئتي التأمينات الاجتماعية والتأمين والمعاشات	٢%
وكالات متخصصة	١%

الجدول أرقامه مقربة إلى أقرب رقم صحيح

٤-١٤-٣ التمويل فى وزارة الصحة:

إن وزارة الصحة هى أكبر مقدم حكومى لخدمات الرعاية الصحية فى مصر، حيث تستهلك هى وهىئاتها المركزية ومديراتها بالمحافظات حوالى ٦٠% من الموازنة الحكومية للقطاع الصحي، ويستخدم تمويل وزارة الصحة المركزى فى الإنفاق كباب أول وثان لتغطية المرتبات والمزايا، ومتطلبات العمليات التشغيلية "أدوية ومستلزمات وما يصرف فى غير الأدوية والمستلزمات كضرورات للعمليات التشغيلية"، كما يستعمل التمويل المركزى بصفة أساسية لتغطية استثمارات البساب الثالث لإضافة وتجديد أصول. ويجب أن ندرک أن معدل الإنفاق للزيارة بالعيادة الخارجية، وعن اليوم العلاجى بالقسم الداخلى، فى وزارة الصحة ووحداها، هو أقل معدل إنفاقي، وبالتالي يحق لنا أن نتوقع أن الخدمات الصحية التى تقدمها، هى أقل جودة، من أى خدمات صحية تقدمها أى جهات حكومية أخرى.

وتحصل وزارة الصحة على مورد من مصدر تمويلى آخر (خلاف تمويل المالية والمعونات) وقد تزايد ذلك المصدر من أقل من ١% إلى حوالى ٦% من جملة مواردها الحكومية عام ١٩٩٥، وذلك المصدر هو التمويل الذاتى الذى يتولد من تقديم الخدمة بأجر فى بعض وحداتها ويسمى فى وزارة الصحة والسكان "بالعلاج الإقتصادى"، وهو يستخدم أسرة مقتطعة من الأسرة المجانية (حوالى ٢٠%) لتقديم علاج "بأجر"، وتصل قيمته إلى حوالى ٩٧ مليون جنيه فى عام ١٩٩٥، ويجب أخذ تلك البيانات الخاصة بقيمة دخل العلاج الإقتصادى بحذر شديد.

وقد لجأت وزارة الصحة إلى أسلوبين جديدين لتعظيم مواردها المالية:

الأسلوب الأول: هو نقل تبعية وحدات المؤسسات العلاجية "أكبر بائع حكومى للخدمة الطبية بأجر حتى عام ١٩٩٤" إليها، حيث فقدت تلك المؤسسة وضعيتها كهيئات إقتصادية مع استمرار دورها كبائع للخدمة بأجر، وتعزيز الدور الإنفاقي لوزارة الصحة لتشغيل تلك الوحدات بالإستناد إلى الشركات المتعاقدة والإنفاق العائلى "من الجيب" بديلا عن الإنفاق من وزارة المالية.

أما الأسلوب الثاني فهو اتباع أسلوب المؤسسات العلاجية كمعالج بأجر في إدارة وتشغيل الوحدات الجديدة التي تم افتتاحها وتشغيلها منذ علم ١٩٩٧، دون تحويله إلي وحدات تابعة لهيئات اقتصادية، مع إنفاص وزارة المالية عليها إلي أقل ما يمكن، وتعظيم الإنفاق عليها من: القطاع العائلي، وقطاع الأعمال الممول من أصحاب الأعمال والمنتفعين بالخدمة الصحية. ويتم توظيف العلاج علي نفقة الدولة "كصمام أمان" لعلاج الفئات ذات الصوت المجتمعي المرتفع والعالي والمؤثر علي جانب الدولة، سدادا لمستحقات مستشفيات العلاج بأجر في تلك المستشفيات بالمحل الأول، أو في غيرها من مستشفيات الجامعة، أو في الوحدات المتبقية في المؤسسات العلاجية بالمحل الثاني، أو في مستشفيات القطاع الخاص التي قد يرى القومسيون الطبي أنها ملائمة للعلاج، دون معايير متبلورة.

أما باقي منظمات الصحة المركزية (التأمين الصحي – المؤسسات العلاجية – المستشفيات والمعاهد التعليمية) فيتم تناول أدائها المالي لاحقا.

النظام المالي المتبع في وزارة الصحة والسكان (الحسابات النظامية):

تنظم تلك المائيات، حسب مدخلات الخدمة، إلي أربعة نوعيات (أبواب): الأول: للمرتبات والمزايا، والثاني: للإتفاقات الجارية بخلاف المرتبات (ضرورات تشغيلية)، والثالث: للمشتريات الرأسمالية والأصول، والرابع: لتحويلات الاستثمار. وذلك النظام كما أوضحنا سابقا هو أداة اقتصادية حاكمة فاعلة، ولكنه ليس كافيا كأداة إدارية حاكمة وفاعلة إداريا، لتحليل الإنفاق، طبقا للأداءات والبرامج المنفذة.

وبالنسبة لتصنيف الإنفاق الكلي في الصحة، علي المستويات المركزية والإقليمية والمحلية، فلا يزال أمرا متعذرا حتى الآن، حيث أن المستندات والوثائق الخاصة بالإنفاق الفعلي تظل محفوظة بمديريات الصحة لمدة تصل إلي ثلاث سنوات، قبل فحصها وإبلاغ التقرير عن ذلك الإنفاق إلي وزارة المالية.

وهناك أيضا إنفاق للإعانات، لا يدرج في إنفاق وزارة الصحة الفعلي، حيث لا تسجل أتعاب الأفراد المحاضرين، والمدربين، والمتدربين، وإنفاقات التدريب،

من التمويل المحلي أو من الإعانات كإنفاق يتم في وزارة الصحة والسكان. ومن هنا فقد يتوجب مراجعة وتعديل الإنفاقات الفعلية في وزارة الصحة سنويا حسب مساراتها ومصادرها.

ويوضح الجدول التالي الموازنة التقديرية لوزارة الصحة ومديريتها ومنظماتها القومية "الهيئات" بإجمالي ارتفع من حوالي ٢,٥ مليار عام ١٩٩٣/١٩٩٤ إلى حوالي أربعة مليار عام ١٩٩٧/١٩٩٨.

بمراجعة الموازنات التقديرية لوزارة الصحة والسكان في السنوات الخمس السابقة علي العام المالي ١٩٩٨/١٩٩٩، والتي اكتفينا بإيضاح موازنات طرفيها، عن العام المالي ١٩٩٣/١٩٩٤، وعن العام المالي ١٩٩٧/١٩٩٨، في جدول رقم "٩٥"، فإنه يتضح لنا النقاط الأربع الآتية:

١- تزايد الموازنة التقديرية بالقيمة الإسمية بحوالي ٥٠% عما كانت عليه في ١٩٩٣/١٩٩٤، وذلك بخلاف إضافة المجلس القومي للسكان، والمجلس القومي للأمومة والطفولة، حيث ظلا منفصلين عن وزارة الصحة والسكان، ولم يتم إدماجها في الصحة إلا في عام ١٩٩٦.

٢- يجب ملاحظة أن المبلغ المخصص لما يسمى بديوان وزارة الصحة، وهو ٩١١ مليون جنيه في موازنة ١٩٩٧ - ١٩٩٨، يشمل أيضا مبلغ ١٥٢ مليون جنيه تذهب إلى الباب الثالث في مديريات الصحة، لتمويل الاستثمارات، حيث أنها تحجز مركزيا للتوزيع على المحافظات، ويدار توزيعها من المركز القاهري، طبقا لظروف التنفيذ بالمحافظات، حسب الخطة المقررة مركزيا من خلال إدارة التخطيط بوزارة الصحة والسكان. كما يشمل ذلك المبلغ أيضا، تمويلا آخر محتجزا بالديوان لحساب مديريات الصحة، لتمويل إحتياجات تلك المديريات من الأدوية والمستلزمات الطبية (باب ثاني)، حيث يفرج عنه طبقا لإحتياجات المحافظات التموينية من الأدوية والمستلزمات الطبية، بناء على المناقصات التي تتم مركزيا، للإرتباط بإحتياجات المحافظات السنوية. وذلك للإستفادة من مزايا طرح مناقصة كبرى، يلعب فيها ديوان وزارة الصحة، دور

المشترى الأعظم، بأقل سعر ممكن. وبالطبع، فإن الباب الثاني أيضاً يشمل سداد الفوائد المستحقة على أى قروض تتحملها جهة تقديم الخدمة.

٣- ولعلنا نلاحظ أن العلاقة بين الإنفاق المركزى (من الديوان)، والإنفاق في المديریات، يبين مؤشرات المركزية المتزايدة، في الإنفاق المالي، حيث كان في العام المالي ١٩٩٣/١٩٩٢ بنسبة ٢٤,٢ : ٧٥,٨ فأصبح في العام المالي ٩٨/٩٧ بنسبة ٤٥ : ٥٥، أي أن المركز يزداد مركزية.

٤- كما نلاحظ أن الموازنة الجارية، والتي زادت بمعدل ٥٠% مما كانت عليه في عام ١٩٩٣/١٩٩٢، إلا أن النسبة ظلت ثابتة بين البابين الأول والثاني عبر السنوات الخمس محل الدراسة بواقع: ٤٠% لباب المرتبات والمزايا، و ٦٠% للباب الثاني (مصروفات الوحدة والمرضى)، أما مصروفات الباب الثالث فقد زادت عن الضعف (١ : ٢,٣) عما كانت عليه في العام المالي ١٩٩٣/١٩٩٢.

جدول رقم "٩٥" الموازنة التقديرية بالجنيه لوزارة الصحة والسكان، ومنظماتها المركزية، ومديرياتها الصحية

السنة المالية ٩٨/٩٧	السنة المالية ٩٤/٩٣	الجهة الصحية
٩١١ ٣١١٠٠٠	٣٢٤٥٩٩ ٦٠٠	ديوان وزارة الصحة
١٩ ٨٩٧٣٠٠	—	ديوان السكان
٩٣١٢٠٨٣٠٠	٣٢٤٥٩٩٦٠٠	أجمالي الديوانين
١١٩٨٣٩٢٤٠٠	٨٥٢٦٢٧٠٠٠	مديريات الصحة
منظمات وزارة الصحة		
١٦٢٧١٧٠٠٠	٧٧٦٢٤٠٠٠	هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية
١٤٧٩٨٠٠٠	٦٥٣٥٠٠٠	هيئة الرقابة والبحوث الدوائية
المؤسسات العلاجية		
٦٢٥٩٩٠٠٠	١٤٢٧٥١٠٠٠	بالقاهرة
٥٦٩٣٠٠٠	٤٩٥٨٠٠٠	بالإسكندرية

تابع جدول رقم "٩٥" الموازنة التقديرية بالجنيه لوزارة الصحة والسكان،
ومنظماتها المركزية، ومديرياتها الصحية

السنة المالية ٩٨/٩٧	السنة المالية ٩٤/٩٣	الجهة الصحية
٧٧٨.٠٠٠	٢٣٢٥.٠٠٠	بور سعيد
٢٨١٥.٠٠٠	٢٢٠٦.٠٠٠	دمياط
١٢.٥.٠٠٠	٩٥٧.٠٠٠	كفر الشيخ
١٢٣٤.٠٠٠	٨٥٦.٠٠٠	القليوبية
١٣٨٦٨٣٨.٠٠٠	١.٠٨٦٥١٦.٠٠٠	الهيئة العامة للتأمين الصحي
٨٢٣١٥.٠٠٠	٣٧٦١٢.٠٠٠	هيئة المصل واللقاح
١٤٧٤٦.٠٠٠	—	المجلس القومي للسكان
٧٨٤٦.٠٠٠	—	المجلس القومي للأمومة والطفولة
٣٨٧٣٢.٢.٠٠٠	٢٥٣٩٥٦٧٥٦.	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة والسكان - الإدارة المالية ١٩٩٨.

وتقوم وحدات وزارة الصحة والسكان، بتوليد موارد إضافية، من خلال ما يسمى بالعلاج الاقتصادي، ولكن كما سبق أن أشرنا، فإنه نادرا، ما تخاير وزارة الصحة والسكان بنتيجة ذلك النشاط، كما تتأخر المراجعة النهائية التي تقوم بها وزارة المالية لمستندات ذلك النشاط، لمدة عامين أو ثلاثة، وهناك دراسة استطلاعية قامت بها إدارة التخطيط بوزارة الصحة DOM مع مشروع DDM، ويتضح منها أن تقدير ذلك الدخل يرقى إلى ١,٧% من حجم الإنفاق الصحي بمديريات الصحة بالمحافظات وحدها. أما بالنسبة للقيمة الخاصة بالإنفاق الحقيقي للدواء فإنه غير محدد بالدقة حتى الآن، ويصعب حسابه بطرق مباشرة، حيث أن أسعار شراء الدواء الواحد متعددة، باعتبار أن الشراء يتم من مصادر إمداد متنوعة لذات الصنف، بتعديلات محدودة في الدواء، مما يترتب عليه عدم توحيد سعر الصنف، وتتم محاولة لتوحيد المسميات التجارية للأدوية، التي يقع عليه الاختيار سنويا، بمعرفة اللجان المتخصصة، بمراعاة المكونات الدوائية، وعناصر الدواء الفاعلة، والسعر الذي تقدمت به الشركات، للإلتزام بتلك الأصناف، كمسمى، وكسعر، بعد موافقة لجان المناقصات المركزية عليها، وإلزام المديريات والهيئات بتلك الاختيارات الدوائية.

الإنفاق الحقيقي في وزارة الصحة:

ويبين الجدول "٩٦" التالي حجم الإنفاق الحقيقي في وزارة الصحة عن السنوات الأربع، من العام المالي ١٩٨٩/١٩٩٠ إلى العام المالي ١٩٩٢/١٩٩٣.

ولقد زاد الإنفاق الصحي الفعلي كقيمة اسمية، إلى ١٢٠٣ مليون بدلا من ٦٤٤ مليون خلال المدة من ١٩٩٠ إلى ١٩٩٣ (كما زاد بعد ذلك إلى ١٥٠١ مليون في العام المالي ١٩٩٤/١٩٩٥). ولكن إذا ما قيست تلك الزيادة بالنسبة للقيمة الحقيقية وليست الاسمية فنجد أنها لا تتجاوز ٢٩%، وذلك باحتساب القيمة الفعلية منسوبة للعام المالي ١٩٨٩ - ١٩٩٠. وبالنسبة لقياس الزيادات في أبواب الإنفاق، فإنه يتضح لنا أن الباب الأول قد انخفض، إلى ٥١% بدلا مما كان عليه ٦٤%. وأن قيمة الأدوية والمستلزمات الطبية قد زادت إلى ٢٩% بدلا مما كانت عليه ١٩%. وأن الإنفاق الاستثماري تزايد وصولا إلى ١٩% في العام المالي ١٩٩٤/١٩٩٥.

جدول رقم "٩٦": الإنفاق الفعلي بوزارة الصحة والسكان من ٨٩/٩٠ إلى ٩٣/٩٢ بدون

الهيئات المركزية

٩٣/٩٢	٩٢/٩١	٩٢/٩٠	العام المالي ٩٠/٨٩	جهة الإنفاق
٢٣٩,٢٠٥,٠٠٤	٢٠٩,٥٣٢,٩٦٤	٩١,٢٧,٣١٥	٦٩,٩٨٦,٠٧٠	ديوان وزارة الصحة
٩٢٠,٠٨٧,٨٣٧	٨٣٧,٨٦٧,٦٠٤	٦٥٧,١٩٠,٠٤٢	٥٧٤,١٩٣,٠٠٨	مديريات الصحة
١٢١٣٢,٢٨٤١	١٠٤٧ مليون	٧٤٨,٤٠٩,٥٦٨	٦٤٤ ١٧٩ ٧٨	الإجمالي

وزارة المالية - إدارة التخطيط في وزارة الصحة.

٤-١٤-٤ التمويل في الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية:

وتلك الهيئة كما أشرنا سابقاً، مسنولة عن إدارة مستشفيات ذات طاقة سريرية تقدر بحوالي ٤٧٥٣ سرير في ١٥ مستشفى في ٦ محافظات، وعدد موظفيها ١٥٦٧٧، بما فيهم الأطباء (من غير حملة الدكتوراه).

ويوضح الجدول "٩٧" التالي، وغيره من بيانات الهيئة، أن موارد الهيئة زادت إلى أربعة أمثال ما كانت عليه منذ عشر سنوات. أما الاستثمارات فزادت إلى خمسة أمثال ما كانت عليه. وكانت نسبة الإنفاق في الدواء قد وصلت إلى ١٥% من الحجم الكلي للإنفاق الحقيقي، أما نسبة المرتبات والمزايا فوصلت إلى ٢٥% من الإنفاق الحقيقي، وقد زادت نسبة توليد دخل من خلال العلاج بأجر إلى ٧,٦% من حجم الإنفاق الحقيقي، وقد بلغ تقدير الإنفاق على السرير في تلك المستشفيات ٣٤٥٠٠ جنية للسرير الواحد في العام. أي تضاعف تقريبا في خمس سنوات.

جدول "٩٧" الموازنات التقديرية بالهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية "سنوات مختارة"

الأبواب	٨٩/٨٨	٩٤/٩٣	٩٧/٩٦	٩٨/٩٧
الباب الأول	١٣٤١٦٠٠٠	٢٧٤٥٩٠٠٠	٤١٧٠٠٠٠٠	٤٨,٧٧٠,٠٠٠
الباب الثاني	٧٠٦٣٠٠٠	٢٥٨٢٢٠٠٠	٣٤٢٢٧٠٠٠	٣٨٦٤٣٠٠٠
الباب الثالث	١٦٥٣٠٠٠٠	٢٤٣٤٣٠٠٠	٦١٩٢٨٠٠٠	٧٣٤٦٢٠٠٠
الباب الرابع	٥٦٨٦٠٠٠	—	١٨٤٢٠٠٠	١٨٤٢٠٠٠
الإجمالي	٤٢٦٩٥٠٠٠	٧٧٦٢٤٠٠٠	١٣٩٦٩٧,٠٠٠	١٦٢٧١٧٠٠٠

المصدر: هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية.

٤-٥-٥ تمويل هيئة التأمين الصحي:

مصادر تمويل الهيئة:

المصدر الأول من الاشتراكات بواقع ٦٨,٦٧%. والمصدر الثاني من الإسهامات ٢,٨٥%. والمصدر الثالث من الضرائب على السجائر ٢١,٩٧%. وأخيرا بواقع أقل ١% من بيع الخدمات.

أولاً: بالنسبة للمصدر الأول: "الاشتراكات الجبرية Premium" بواقع ٦٨,٦٧% من مرتبات الموظفين وأصحاب الأعمال: وتجمع تلك الاشتراكات بواسطة هيئة التأمينات الاجتماعية، وهيئة التأمين والمعاشات، تحت إشراف وزارة الشؤون الاجتماعية. وتحول الهيئتان الاشتراكات المتجمعة، بعد خصم ٢٥%، لتغطية

التكاليف الإدارية للهيئتين، إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي. ويتوجب أن نلاحظ أن هيئة التأمين الصحي لا تتوافر لديها وسائل المراجعة، والتأكد مما يتم تجميعه من أموال، وتمام تحويل المتجمع إلى التأمين الصحي.

ومنذ العام المالي ١٩٩٠/١٩٩١ فإننا نلاحظ أن الاشتراكات التي يتم تجميعها أقل من الإنفاق الفعلي، بما يترتب عليه من عجز في تمويل العمليات الانفاقية.

وبالطبع، يجب تغطية ذلك العجز من مصدر تمويلي خارج الهيئة العامة للتأمين الصحي، سواء بالمنح من وزارة المالية، أو من خلال نظام البنوك الحكومية، حتى تتوافر للهيئة السيولة التمويلية لتغطية عملياتها التشغيلية التي تزايدت بعد مشروع علاج طلبة المدارس. ومن الملاحظات الهامة التي يتوجب مراعاتها، أن نسبة الاشتراكات المخصومة من مرتبات العاملين، في الحكومة (قانون ٣٢) ومن مرتبات العاملين في القطاع العام والقطاع الخاص (قانون ٧٩)، تستند إلى نسبة من المرتبات الأصلية، وليس إلى نسبة من إجمالي أجور العاملين، مما ينقص قيمة الاشتراكات إلى الثلث عما لو كانت نسبة الخصم من إجمالي الأجر للموظف. وأخيراً فإن هناك عاملاً إضافياً يقيد مورد الاشتراكات، وهو أن قاعدة المنتفعين بقانوني التأمين الصحي نسبة صغيرة من القوة العاملة في الجمهورية، حيث لا يصل تسجيل الإنتفاع في التأمين الصحي، إلا إلى حوالي ثلث قوة العمالة في مصر.

ومما سبق يتضح أن محددات الاشتراكات يمكن أن تقيدها أربعة عوامل:

العامل الأول: هو ضيق قاعدة المنتفعين بالتأمين الصحي (التسجيل بما يعادل ثلث قوة العمل الفعلية في مصر).

العامل الثاني: هو أن النسبة المئوية للاشتراك، محسوبة على أساس المرتب فقط، دون إضافة الحوافز والتعويضات والمرتبات الإضافية وما إليه.

العامل الثالث: هو أن هيئتي: التأمينات الاجتماعية، والتأمينات والمعاشات، تخصم ربع الاشتراكات المجتمعية كمصروفات إدارية للهيئتين.

والعامل الرابع والأخير: هو أن هيئة التأمين الصحي ليس لديها نظام لمراجعة الحصيلة المتجمعة، ومدى علاقتها بالمنتفعين المسجلين نوعية وعداداً، حتى يتسنى تحديد الشريحة غير المسددة لإشتركااتها، وتفصيلها كجهات وأفراد.

ثانياً: بالنسبة المصدر الثاني: (الإسهامات Co-payment) وهو ما يدفعه المشترك خاصة بالنسبة للمنتفعين بقانون ٣٢، عند سحب الخدمة من العيادات الخارجية بوحدات الهيئة، من رسوم وطوابع ذات قيمة، لتعزيز قيمة الاشتراكات المنخفضة، المتجمعة من اشتراكات قانون ٣٢، وتقدر موارد ذلك المصدر بنسبة مئوية محدودة وهي ٢,٨% من الموارد التمويلية للهيئة.

ثالثاً: بالنسبة للمصدر الثالث: وهو مورد كبير يحصل من ضرائب مفروضة على السجائر لصالح برنامج علاج طلاب المدارس فقط، وتصل قيمة ذلك المصدر إلى حوالي ٢١,٩٧% من الموارد التمويلية للهيئة.

رابعاً: بالنسبة للمصدر الرابع: وهو مورد ناتج من الموارد التشغيلية الأخرى، وهو مصدر ذو شقين:

- ويوضح الشق الأول مدى قدرة التأمين الصحي علي جذب أصحاب الأعمال والأفراد، ويتولد ذلك المورد من بيع خدمات التأمين لأفراد وشركات غير مؤمن عليها "عمليات تشغيلية أخرى" وتصل نسبة ذلك الجزء إلى ٥,٥٦% من موارد الهيئة. ولعل أغلب موارد ذلك الجزء من الموارد، نتيجة لحالات محولة من شركات، أو نقابات، أو صناديق خاصة، أو أفراد يدفعون من جيوبهم ولكنهم يستردون كل أو معظم فواتير الدفع، شريطة أن تكون الخدمة قد تمت في التأمين الصحي. وعموماً، فقد يوضح ذلك أن هذا الشق ناتج من موقف اضطراري، وليس وليد رغبة أو اختيار، ولم نعثر حتى الآن علي دراسات تلقي الضوء علي تلك النقطة.

- أما الشق الثاني من هذا المصدر التمويلي فيتولد من الشركات أو الهيئات التي فرض عليها جبراً الإشتراك في التأمين الصحي، علي حين أنها ترغب في العلاج خارج التأمين الصحي، حيث يمكن أن يسمح لهم كجهة (شركة أو هيئة) بالعلاج خارج التأمين الصحي، إستثناءً من جبرية القانون التأميني، مقابل قيمة تخصم من الشركة أو الهيئة التي تطلب الإستثناء من التطبيق الجبري عليها،

وقد وصلت تلك القيمة في عام ١٩٩٣ إلى ١% من حصة إشتراك صاحب العمل "أى ثلث قيمة اشتراك صاحب العمل" الذى يطلب العلاج خارج التأمين الصحي. ويمثل ذلك المصدر أقل من ١% من موارد الهيئة تحت مسمى "حصيلة لصالح التكافل التمولي للمنتفعين". وبالطبع، فإن ذلك يمثل نفورا من الاستمرار في الإنتفاع بالتأمين الصحي، من الشركات والهيئات المتميزة اقتصاديا واجتماعيا، مثل البنوك الحكومية، وقطاع الصحافة.

ويوضح الجدول "٩٨" التالي تلك المصادر التمويلية للهيئة العامة للتأمين الصحي.

"جدول رقم "٩٨" مصادر الموارد الخاصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي عام ١٩٩٥
بالمليون جنيه"

النسبة المئوية	القيمة	مصدر الإيراد
٦٨,٦٧ %	٧٠٣,١	قيمة الاشتراكات (الكلية)
	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 (حصة الحكومة وحصة الطلاب)
٢,٨٥ %	٣٠,٣	قيمة الإسهامات
	٩,٠	قانون ٣٢
	٠,٠	قانون ٧٩
	٠,٠	أصحاب المعاشات والأرامل
	٢١,٣	قانون ٩٩ (طلاب المدارس)
٢١,٩٧ %	٢٣٣,٣	إيرادات ضرائب السجائر
٠,٩٥ %	١٠,٠	إيرادات خدمات (لغير المنتفعين)
٥,٥٦ %	٥٩,٦	إيرادات عمليات تشغيلية أخرى (أفراد وشركات)
١٠٠ %	١٠٤٠,٦	الموارد الإجمالية

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي - ١٩٩٧.

تابع جدول رقم "٩٩" اشتراكات وإسهامات المنتفعين بخدمات هيئة التأمين الصحى

إسهامات عند الانتفاع	الاشتراك (% من المرتب أو القيمة)	المجموعة المنتفعة
الحصول على خدمة الانتفاع الكاملة دون إسهامات نهائيا.	دفع ١% من صاحب العمل فقط	حالات إصابة العمل
الحصول على خدمة الانتفاع كاملة مع إسهامات عند سحب الخدمة : ٣٣% من قيمة الزيارة الخارجية ٣٣% من قيمة الأدوية الخارجية بلا إسهامات لخدمات الأقسام الداخلية بلا إسهامات نهائيا للأمراض المزمنة	الطالب يدفع ٤ جنيه سنويا ١٠٠ جنيه عن كل علية سجاير تشتري وزارة المالية تدفع ١٢ جنيه عن كل طالب سنويا	طلاب المدارس

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحى - ١٩٩٧.

الإنفاقات التقديرية (موازانات) الهيئة العامة للتأمين الصحى:

بالنسبة للموازانات التقديرية للهيئة العامة للتأمين الصحى، فقد تزايدت من ١٠٨٦ مليون جنيه فى العام المالى ١٩٩٣/١٩٩٤ إلى ١٣٨٦ فى العام المالى ١٩٩٧/١٩٩٨، ويلاحظ أن البابين الثالث والرابع ظلأ شبه ثابتين خلال تلك المدة، أما الباب الأول (مرتبات ومزايا) فقد زاد حوالي أربعة أضعاف، علي حين زاد الباب الثاني إلى أكثر من ١١ مثل بالمقارنة بما كان عليه فى العام المالى ١٩٩٣/١٩٩٤. وذلك طبقاً لما يتضح من الجدول "٩٨" التالي.

جدول "١٠٠" الموازنة التقديرية للهيئة العامة للتأمين الصحى لأعوام مختارة من عام ٩٤/٩٣ إلى ٩٨/٩٧

الباب	السنة ٩٤/٩٣	٩٧/٩٦	٩٨/٩٧
الأول	٦٩٦١٨٠٠٠	٢٧٣٥٠٠٠٠٠	٢٩٨٨٠٠
الثاني	٨٠٨٧٥٠٠٠	٩٦٤٢٠٠٠٠٠	٨٩٤١٩٥
الثالث	٩٨٤١٣٠٠٠	٨٥٧٨٩٠٠٠	١٠١٢٨٨
الرابع	١٠٤٧٢٦٠٠٠	١٥٦٤١١٠٠٠	٩٣٨٣٨
الإجمالى	١٠٨٦٥١٦٠٠٠	١٤٧٩٩٠٠٠٠٠	١٣٨٦٨٣٨

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحى.

الإنفاقات الفعلية للهيئة العامة للتأمين الصحي:

يلاحظ أن الإنفاقات الفعلية لها مرحلتان الأولى قبل تطبيق مشروع علاج طلاب المدارس ، والثانية بعد تطبيق علاج طلاب المدارس ، ويوضح الجدول "١٠١" التالي الإنفاق الفعلي في الأعوام المالية من ١٩٨٨/١٩٨٩ إلى ١٩٩١/١٩٩٢ قبل تطبيق علاج طلاب المدارس حيث تزايد الإنفاق على المنتفع كقيمة اسمية من ٦٥,٥ جنيه للمنتفع الواحد إلى ٨٠,٦ جنيه للمنتفع الواحد في العلم المالي ١٩٩١/١٩٩٢. أما بالقيمة الحقيقية طبقاً للأسعار الثابتة عند ١٩٨٧ فلم تتزايد قيمة علاج المنتفع، وإنما تناقصت من ٤٤,٥ جنيه في العام المالي ١٩٨٨/١٩٨٩ إلى ٣٣,٠ جنيه للمنتفع الواحد في عام ١٩٩١/١٩٩٢ بتثبيت قيمة الجنيه عند عام ١٩٨٧. ويتضح ذلك من الجدول "١٠١" التالي:

"جدول رقم "١٠١" الإنفاق الفعلي (قبل مشروع علاج طلاب المدارس) بالمليون جنيه

البند الكلي	العام المالي ٨٩/٨٨	٩٠/٨٩	٩١/٩٠	٩٢/٩١
	٢٨٥,٥	٣٦٣,٣	٤٠٦,٣	٤١٢,٣
نسبة (%) الأدوية**	%٤٢	%٤٤	%٥٤	%٥٣
عدد المنتفعين بالمليون	٤,٤ مليون	٤,٦ مليون	٤,٩ مليون	٥,١ مليون
الإنفاق للمنتفع (قيمة اسمية)	٦٥,٥ جنيه	٧٨,٩ جنيه	٨٣,٠ جنيه	٨٠,٠ جنيه
الإنفاق للمنتفع (قيمة حقيقية)*	٤٤,٥ جنيه	٤٤,٧ جنيه	٣٨,٩ جنيه	٣٣,٠ جنيه

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي.

- * القيمة الحقيقية للجنيه طبقاً لقيمتة الثابتة في عام ١٩٨٧.
- ** الأدوية تصل إلى أكثر من نصف الإنفاق الكلي (في حينه).

وإذا راجعنا الإنفاق الحقيقي في التأمين الصحي في العام المالي ١٩٩٥ بعد تطبيق علاج طلاب المدارس، يتضح لنا أن الإنفاق على الطلاب، حتى ذلك التاريخ، لم يتجاوز ٤٠% من حجم الإنفاق الكلي، رغم أن عددهم أكبر بكثير، من عدد البالغين مما يؤكد أن علاج تلك الشريحة العمرية (السن المدرسي) غير مكلفة،

وأن نسبة الإنفاق الدوائي، ككل، قد تناقصت إلى حوالي ٤٥% بعد تطبيق مشروع علاج طلاب المدارس مما يعزز أن سحب الأدوية قد تناقص بالتطبيق على تلك الشريحة السنوية، بحكم أنها شريحة غير مستهلكة للدواء، وبحكم إسهامات الطلاب في دفع ثلث قيمة الدواء، وأن الإنفاق في المرتبات وصل إلى ٢٤% من الإنفاق التأميني الكلي في حينه وذلك حسب ما يشير به الجدول "١٠٢" الآتي:

جدول رقم "١٠٢" الإنفاق الفعلي في التأمين الصحي بالمليون جنيه في العام المالي ١٩٩٥ (مشملا على مشروع طلاب بالمدارس)

البند	القيمة المالية
الإنفاق الكلي	٩٦٩,٧ مليون جنيه
المنتفعين من العمال	٤٨٨,٥ "
ذوي المعاشات والأرامل	١٣٤,٠ "
مشروع علاج طلاب المدارس	٣٤٧,٢ "
الإنفاق الكلي على الأدوية	٤٣٠,٧ "
المنتفعين من العمال	٢٤٤,٠ "
ذوي المعاشات والأرامل	٩٢,٢ "
مشروع علاج طلاب المدارس	٩٤,٥ "
الإنفاق على المرتبات:	٢٢٨,٤ "
للعمال و ذوي المعاشات والأرامل	٩٢,٥ "
لمشروع علاج طلاب المدارس	١٣٥,٩ "

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي.

توازن الموارد مع الإنفاق في الهيئة العامة للتأمين الصحي:

من الملاحظ، أن التوازن منعدم بين الموارد والتكلفة في الهيئة العامة للتأمين الصحي بالنسبة لتطبيق القانون ٣٢، وكذلك التوازن مفقود بالنسبة لتطبيق قانون ٧٩ لفئات المعاشات والأرامل، أما بالنسبة لتطبيق قانون ٧٩ لباقي الشرائح من العمال والموظفين، فالتوازن متحقق بلا فائض أو عجز، بينما تتسبب شريحة

المعاشات والأرامل التي لا يتجاوز عدد أفرادها ثلاثة أرباع مليون في عجز يرقى إلى ١١٢ مليون في عام ١٩٩٥. ويتضح ذلك من الجدول "١٠٣" التالي:

جدول رقم "١٠٣" الفائض والعجز طبقاً لنوعية المنتفع (بالمليون جنيه في عام ١٩٩٥)

مجموعة الانتفاع	عدد المجموعة	الإيرادات الكلية للمجموعة بالمليون	التكلفة الكلية	الفائض/العجز
عمال خاضعين لقانون ٣٢	٢٨٧٢٥٠٠	٨٩,٣٣	٢٢٢,٩١	(١٣٣,٥٧-)
عمال خاضعين لقانون ٧٩	٢٤٢٥٥٠٠	٢٣٩,٨٩	٢٣٩,٨٩	٠٠٠٠٠
نوي المعاشات والأرامل	٧٣٣٩٠٠	٢١,٤٣	١٣٤,٥٢	(١١٣,٠٩-)
علاج طلاب المدارس	١٣٢.١٥٢٠	٤٥٩,٤١	٣٤٧,٢٠	١١٢,٢١

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي.

ويجب ملاحظة أن العجز بسبب قانون ٣٢، وبسبب المعاشات والعجز، لا يمكن تعويضه من فائض طلاب المدارس، حيث أن الإدارتين منفصلتان، كما أنه يتوقع انتهاء فائض علاج طلاب المدارس، مع مرور الوقت، حيث بدأ في التآكل، مع تزايد الانتفاع، وتزايد تسجيل الطلاب المنتفعين بالخدمة التأمينية.

وإذا حاولنا أن نحسب الإنفاق، بالنسبة للمنتفع الواحد، مقارنة بحصته من الموارد، وما ينتج عن ذلك من فائض أو عجز، حتى يتسنى تحقيق التمويل اللازم للتوازن، فإنه يتضح لنا من الجدول "١٠٤" : أن التكلفة للفرد الواحد الخاضع لقانون ٧٩ قاربت المائة جنيهاً في العام ١٩٩٥، علي حين أن التكلفة للفرد الواحد الخاضع لقانون ٣٢ قاربت الثمانين جنيهاً. ويترتب علي ذلك وجود عجز للفرد الخاضع لقانون ٣٢، أكبر من أن يعوض من الإيراد المتحقق من اشتراكات الفرد وإسهاماته عند سحب الخدمة بأكثر من الضعف مما يدل علي سوء تصميم هذا النظام التمويلي، بما يحتم تصميم نظام تمويلي جديد أقرب ما يمكن للنظام التمويلي لقانون ٧٩، مع زيادة حصة الاشتراك المقدمة من العامل والموظف ومن صاحب العمل، ومع المحافظة علي نسبة المشاركة بين العامل من ناحية، وبين صاحب العمل من ناحية أخرى، بنسبة ١ : ٣ علي التتابع. ويتكرر نفس الموقف الخاطئ في علاج المعاشات والأرامل، بما يحتم أيضاً تصميم نظام تمويلي جديد يستند إلي

دخول هيئتي التأمين والمعاشات بوزارة الشؤون الاجتماعية مكان صاحب العمل، مع إلزام وزارة الخزانة بتغطية العجز إن وجد، لتلك الشريحة العمرية، عالية الإنفاق. ويتضح ذلك من الجدول "١٠٤" التالي.

جدول رقم "١٠٤" الفائض والعجز للمنتفع الواحد طبقاً لنوعية الانتفاع (عام ١٩٩٥)

مجموعة الانتفاع	متوسط الإيراد	متوسط التكلفة	الفائض/العجز
عمال خاضعين لقانون ٣٢	٣١,١	٧٧,٦	(٤٦,٥) جنيه
عمال خاضعين لقانون ٧٩	٩٨,٩	٩٨,٩	٠,٠
ذوي المعاشات والأرامل	٢٩,١	١٨٣,٢	(١٥٤,١) جنيه
علاج طلاب المدارس	٣٤,٨	٢٥,٣	٨,٥ جنيه

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي.

ويجب ملاحظة أن نصيب الفرد (المنتفع) أيا كان القانون التابع له، أو الشريحة العمرية التي يوجد فيها، يتفاوت نصيبه من الإنفاق طبقاً للفرع التأميني التابع له، سواء أكان الفرع واقعا بالمناطق الحضرية، أو بالمناطق الزراعية، بالوجه البحري أو بالوجه القبلي، ويتضح لنا من الجدول "١٠٥" أن أعلى الفروع إنفاقاً بالنسبة للمنتفع، هو فرع قناة السويس، وفرع الجزيرة وشمال وجه قبلي، وفرع القاهرة، وأن أقلها إنفاقاً، هو فرع جنوب وجه قبلي، وفرع الإسكندرية وغرب الدلتا، وأن أعلى إنفاق لذوي المعاشات والأرامل، في قناة السويس بواقع ٢٥٦ جنيه للفرد في العام، وأقله في جنوب وجه قبلي بواقع ١٢٩ جنيه للمنتفع الواحد في العام، ويتضح تلك التفاضلات طبقاً للجدول "١٠٥" التالي.

جدول رقم "١٠٥" توزيع إنفاق المنتفع الواحد حسب المناطق الجغرافية (الفروع)

المنطقة	قانون ٣٢	قانون ٧٩	المعاشات والأرامل	طلاب المدارس
شمال غرب الدلتا	٣٢,١	٦٧,٦	١٧٠,٩٠	٢٨,٧
وسط الدلتا	٧٣,١	١٢٤,١	٢٠٥,٦	١٦,١
شرق الدلتا	٧١,٠٠	١٠٥,٩	١٧٣,٥	١٨,١
القنال	١٠٥,٥٠	١٦٦,٦	٢٥٦,٨	٣٠,٩
القاهرة	١٠١,٣٠	١١٦,٣	١٧٤,٢	٣٥,٣

تابع جدول رقم "١٠٥" توزيع إنفاق المنتفع الواحد حسب المناطق الجغرافية (الفروع)

المنطقة	قانون ٣٢	قانون ٧٩	المعاشات والأرامل	طلاب المدارس
شمال وجه قبلي	١٠٤,٥	١٢٥,٧	٢٠٢,٢	٢٧,٨
وسط وجه قبلي	٧١,٦	١٢٣,٧	١٦٥,٦	٢٢,٢
جنوب وجه قبلي	٣٧,٣	٤٨,٨	١٢٩,٢	٧,٧
إجمالي	٧٧,٦	٩٨,٩	١٨٣,٣٣	٢٦,٣

بيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي

ويمكن النظر إلى العلاج التأميني في هيئة التأمين الصحي باعتباره ينقسم إلى مجموعتين كبيرتين هما: علاج البالغين حتى سن المعاش وما بعده، وعلاج طلاب المدارس، وما يلحق به من علاج قبل السن المدرسي.

ويتم علاج هاتين المجموعتين (إجمالي المنتفعين) إما من ناحية أولي في وحدات مملوكة وتدار بالهيئة ذاتها، أو في وحدات مستأجرة بمعرفة الهيئة التأمينية وتدار بنظامها وموظفيها. وإما من ناحية ثانية تعالج تلك الحالات، خارج وحدات الهيئة، بأنظمة تعاقدية تجريها الهيئة مع تلك الجهات. سواء في المستشفيات الجامعية، أو في المؤسسات العلاجية، أو في مستشفيات وزارة الصحة، أو في مستشفيات هيئة المعاهد والمستشفيات التعليمية أو في مستشفيات القطاع الخاص، بأنظمة تعاقدية، تستند إلى العلاج بالفاتورة، أو بنظام الفترة المطبق بالتأمين الصحي.

ويلاحظ ضعف القدرة التفاوضية للهيئة العامة للتأمين الصحي في موضوعات التعاقد مع جهات خارجية، لتقديم الخدمة بنوعيته المطلوبة للهيئة، غير مستفيدة من قوة مركزها في العملية التفاوضية.

وقد تزايد حجم التعامل مع تلك الجهات الخارجية، خاصة بعد مشروع طلاب المدارس، ويشير الجدول "١٠٦" التالي، إلى مستحقات تلك الجهات الخارجية الفعلية عن العام المالي ١٩٩٥/١٩٩٦ على الهيئة العامة للتأمين الصحي، وفروعها، ومستشفى مدينة نصر، بالنسبة لعلاج مجموعة البالغين، وطلاب المدارس،

ومقارنتها بالمقدر مسبقاً في الموازنة التقديرية لتلك الجهات، عن العام المالي ١٩٩٧/١٩٩٦.

جدول رقم "١٠٦" توزيع مستحقات الجهات الخارجية التي تحول الهيئة وفروعها إليها مرضاها عن عام ١٩٩٥/١٩٩٦ حسب المركز والفروع ومستشفى مدينة نصر

المنافعون من طلاب المدارس		المنافعون البالغون		الجهة الإدارية بالهيئة
موازنة تقديرية	مستحقات فعلية	موازنة تقديرية	مستحقات فعلية	
٩٧/٩٦	٩٦/٩٥	٩٧/٩٦	عن عام ٩٦/٩٥	
١ مليون	١٠٣٠٩١٨	٦ مليون	٦٦٠٧٧٤٩	ديوان الهيئة
٩ مليون	٨٩١١٧٥٧	١١ مليون	١٩٠٤٦٩٣٠	القاهرة
١٣ مليون	١٣٧٨٤٠٢٦	١٦ مليون	٢١٧٢٢٩٨٥	شرق الدلتا
٧ مليون	١١٠٤٥٩١١	١٣ مليون	١٥٣٦٧٤٧٥	وسط الدلتا
٨ مليون	٦٣٦٠٤٢٧	١٠ مليون	١٢١١٣٤٦٠	شمال غرب الدلتا
٤ مليون	٥٥٦٥٧٠٢	٧ مليون	١٠٧٦٤٩٨٢	منطقة القتال
١٤ مليون	٢١٣٤٨٤٨٠	١٨ مليون	٣٠١٦٠٠٠٠	شمال وجه قبلي
٥ مليون	٥١٨٣١٩٠	٥ مليون	٤٣٦١٩٩٠	وسط وجه قبلي
٢ مليون	١٥٢٢٥٤١	٤ مليون	٢٢٨٩٠١٧	جنوب وجه قبلي
٣ مليون	٢٧٩٤٧١٨	٠,٥ مليون	٤٧٩٥٤٧	مستشفى مدينة نصر
٦٦ مليون	٧٧٥٤٨٦٧٠	٩٠,٥ مليون	١٢٣٩١٤١٣٥	الإجمالي

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي.

من كل ما سبق يتضح لنا أن استخدامات التمويل بالهيئة العامة للتأمين الصحي

كالاتي:

- الإنفاق الصحي للمنتفع الواحد من منتفعي الهيئة، كان في عام ١٩٩٢ حوالي ٨١ جنيه للفرد الواحد، وارتفع في عام ١٩٩٥ إلى ٩٥ جنيه للمنتفع الواحد في العام.
- يستخدم التأمين الصحي حوالي ١٧% من الإنفاق لشراء خدمات (خدمة مستشفى) من خارج الوحدات المملوكة، والوحدات المؤجرة، والمدارة

بمعرفة الهيئة وموظفيها، حيث تصل إلى حوالي ٢٠١ مليون جنيه، من إجمالي الإنفاق ١٢٤٨ مليون جنيه في عام ١٩٩٥.

- ينفق التأمين الصحي نسبة كبيرة، تصل إلى ٤٥% من إنفاقه لشراء الأدوية في عام ١٩٩٥ (كانت ٥٣% في عام ١٩٩٢)، يشتري أغلبها حوالي ثلثيها من صيدليات القطاع الخاص.

- إن مشروع علاج طلاب المدارس، الذي شرع بقانون ٩٩ في عام ١٩٩٢، والذي يغطي كل طلاب المدارس بالجمهورية يمول من خلال دفع الآباء لمبلغ ٤ جنيهات عن كل طالب مسجل بمدرسة، وإسهام من الحكومة بمبلغ ١٢ جنيه عن كل طالب، وتخصيص ضريبة ٠,١ جنيه عن كل علبه سجائر. وقد وصلت حصيلة موارد المشروع ٤٧٥ مليون جنيه في عام ١٩٩٤/١٩٩٥ وأنفق منه ٣٥٠ جنيه في نفس العام، وكان توزيع ذلك الإنفاق كالآتي: ٦٠% لرعاية الطلاب في العيادات الخارجية (ممارس - أخصائي)، و٣٠% لرعاية الطلاب بالأقسام الداخلية بالمستشفيات (حوالي ١٠٥ مليون جنيه)، حيث تم علاج أغلبهم في مستشفيات، خارج المستشفيات المملوكة والمدارة بمعرفة الهيئة، بواقع ٧٥% من الإنفاق، أما الباقي فتم إنفاقه للأجهزة التعويضية، ومصاريف إدارة المشروع. ويقدر إجمالي ما أنفق لشراء خدمات من خارج وحدات الهيئة المملوكة والمدارة، بحوالي ٢٤% من مجمل الإنفاق على المشروع.

وأخيرا فإن كل فرع من فروع هيئة التأمين الصحي، يحصل على حصة من الموازنة التقديرية، طبقا لعمليات تفاوضية، تدار بين الفروع والهيئة كمركز رئيسي.

٤-١٤-٦ تمويل المؤسسات العلاجية

تتكون المؤسسة العلاجية من ٢١ مستشفى في ٦ محافظات، وتدير تلك السلسلة من المستشفيات عدد ٦ مؤسسات، واحدة منها وهي المؤسسة العلاجية بالقاهرة، تدير ١٢ مستشفى. وأغلب تلك المؤسسات في أربع محافظات، بكل مؤسسة

مستشفى واحد، وكان ذلك يهدف إلى زيادة عدد المستشفيات التابعة لتلك المؤسسات مستقبلاً، إلا أن ذلك الهدف يبدو أنه تغير أخيراً، دون إعلان، حيث تناقص عدد تلك المستشفيات بنقل سبعة من أكبر مستشفياتها إلى مشروع لهيئة جديدة مازالت بطريقها إلى البروز (المراكز والوحدات التخصصية). ويوجد بتلك المؤسسات ٤٩٠٠ سرير في عام ١٩٩٢، وتزايدت في عام ١٩٩٥ إلى ٥٤٧٧ سريراً.

وتشغل تلك المؤسسات مستشفياتها من خلال: التعاقد مع الشركات الصناعية والتجارية وغيرها، لعلاج موظفيها المحولين إليها من الممارسين العموميين العاملين في تلك الشركات، ويكون العلاج طبقاً لعقد يستند إلى نظام الفاتورة، طبقاً للخدمات المنفذة لكل مريض، كما يمكن لأطباء القطاع الخاص المستوفين لشروط تلك المؤسسات، والمقيدين بها، تحويل حالاتهم الخاصة لمتابعة علاجهم بالأقسام الداخلية، تحت إشرافهم، طالما أنهم مقيدون، ومصروح لهم بالعمل في تلك المستشفيات، بحكم استيفائهم لشروط القيد في أي مستشفى من تلك المستشفيات.

وأخيراً، يمكن لأي مريض أن يقصد أيًا من تلك المستشفيات للعلاج الخارجي، أو بالأقسام الداخلية بتلك المستشفيات، تحت إشراف أحد الأخصائيين، المستوفين لشروط المؤسسة، والمتعاقدين مع تلك المستشفيات. وبالنسبة للحالات الطارئة، يقوم إسعاف المدن التي توجد بها تلك المستشفيات، بنقل الحالات الطارئة إلى تلك المستشفيات كحالة مجانية، ما لم يطلب المريض، أو أهله، علاجه بالأجر، في الدرجة العلاجية التي يرغبونها. كما يمكن لأي مريض أن يقصد أي من تلك المستشفيات للعلاج بأقسامها المجانية (سواء أكانت حالة طارئة أم لم تكن الحالة طارئة)، وتقبل تلك المستشفيات الحالات المحولة إليها من القومسيون الطبي العام، أو من الهيئة العامة للتأمين الصحي، للعلاج بأجر تتحمله الجهة المحولة.

ولكل من تلك المستشفيات خطة، وموازنة تقديرية، وحساب ختامي، والفائض، إن وجد، يراكم في حسابات احتياضية، ترحل من عام لآخر، حيث يستخدم، كلما تجمع مبلغ منه، لعمل التجديدات والتحديثات بتلك المستشفيات، وإحلال أصول مكان التي أهلكت. ومن ذلك يتضح أن هذه المؤسسات تعمل كهيئات اقتصادية، تتفق على نفسها من مواردها التي أشرنا إليها، ويستخدم الفائض لتجديد للأصول

المهلكة فى مستشفياتها، أما المشروعات الجديدة، والتوسعات، وحتى التجديدات فى بعض الأحيان، إذا لم يسمح لها الفائض المتراكم لديها، فإنه يحق لها فى كل تلك الأحوال، أن تطلب التمويل من بنك الاستثمار الحكومى، كاقتراض بفائدة، لإنشاء تلك الخدمة الجديدة، ويسدد القرض وفائدته من عائدها.

ونظراً لأن مستشفيات المؤسسة تستند فى إنفاقها إلى مواردها المتولدة ذاتياً بها، فقد نما نظامها المالى، بحيث يمكن إظهار موازاناتها وانفاقها بالنظام المحاسبى الموحد. كما يمكن إظهاره بأسلوب موازنة ختامية، وتحليل الكسب والخسارة، بالأساليب المتبعة فى المستشفيات الغربية أيضاً، بما يمكنها من التعامل، والاستفادة من الأنظمة الغربية، فى إدارة وتمويل أنظمتها، وطرق التشغيل المعاصرة. ويتضح ذلك من الجدولين "١٠٧" و "١٠٨" التالين، بالمؤسسة العلاجية بالقاهرة.

جدول رقم "١٠٧": الأصول والخصوم بالمؤسسة العلاجية بالقاهرة فى يونيو ١٩٩٤

" Balance sheet"

الأصول	مبالغ	نسبة مئوية
أصول ثابتة	٣١٠,١٥٣,٤٠٠	%٨٠,٦٨
احتياطيات إهلاك	(٧٩,٣٥٦,٠٠٠)	%٢٠,٦٤
أعمال جارية	١٧,١٠٦,٢٠٠	%٤,٥٨
الإجمالى	٢٤٨,٣٩٨,٦٠٠	%٦٤,٦٢
المخزون	١٨,١٤٥,٦٠٠	%٤,٧٢
الحسابات الواردة	١٩,١٠٩,٣٠٠	%٤,٩٧
الدائنين	٣٢٠,٨٠٠	%٠,٠٨
الاستثمارات	١٧٧,٩٠٠	%٠,٠٥
السيولة فى البنك	١٤,٧٠٧,٩٥٠	%٣,٨٣
أخرى	٨٣,٥٤٧,٢٠٠	%٢١,٧٣
مجمل الأصول	٣٨٤,٤٠٧,٣٥٠	%١٠٠,٠٠
الخصوم	مبالغ	نسبة مئوية
الرأسمال	٤,٦٧٨,٢٧٠	%٠,٢٢
الفائض المحتجز	٥٤,٨٩٦,٤٠٠	%١٤,٢٨
إجمالى	٥٩,٥٧٤,٦٧٠	%١٥,٥٠

تابع جدول رقم "١٠٧": الأصول والخصوم بالمؤسسة العلاجية بالقاهرة في يونيو ١٩٩٤
" Balance sheet"

الخصوم	مبالغ	نسبة مئوية
الاحتياطيات	٢,٣٢,٣٠٠	%٠,٦٠
قروض متنوعة	٢٦٣,٨٥٥,٦٠٠	%٦٨,٣٨
إجمالي	٢٦٥,١٧٥,٩٠٠	%٦٨,٣٨
الحسابات المدفوعة	١٣,٤٣٧,٨٠٠	%٣,٥٠
مدفوعات متنوعة	٧,١٥٤,٥٠٠	%١,٨٦
مدفوعات متنوعة	٣٩,٠٦٤,٤٨٠	%١٠,١٦
مجمّل الخصوم	٣٨٤,٤٠٧,٣٥٠	%١٠٠,٠٠

المصدر: قسم الموازنة - المؤسسة العلاجية عام ٩٤.

جدول رقم "١٠٨": البيانات والمؤشرات المالية الخاصة بالمؤسسة العلاجية بالقاهرة في عام ١٩٩٤:

١- البيانات:

البيانات	القيمة
الأصول الثابتة	١٣٦,٠٠٨,٧٥٠
الخصوم الجارية	٢٠,٥٩٢,٣٠٠
رأسمال عامل	١١٥,٤١٦,٤٥٠
أصول سائلة	١٤,٧٠٧,٩٥٠

ب- المؤشرات:

المؤشرات	القيمة
النسبة الجارية	٦,٦٠
نسبة الأصول سريعة الاستبدال	٠,٧١
عدد الأيام لحين السداد "AR"	٥٥,٦٦
نسبة الرأسمال العامل للمبيعات	٥٤ : ١
نسبة الرأسمال العامل للإنفاق	٥٦ : ١

المصدر: قسم الموازنة - المؤسسة العلاجية عام ١٩٩٤.

وتحصل المؤسسة على إيراداتها من حصيله بيع خدماتها طبقاً لقائمة تسعير للخدمات المباعة معتمدة من وزير الصحة، وكذلك من منحة للإنفاق على الأسرة المجانية، وقدرها ٢,٥ مليون في منتصف التسعينات، للإنفاق على الأسرة المجانية، البالغ عددها ٦٠٠ سرير، والتي لا يشغل منها إلا حوالي خمسها، بسبب قصور إنفاق المالية عليها، من خلال المنحة التمويلية المخصصة للإنفاق على الخدمات المجانية بتلك المستشفيات، (وبالطبع، ذلك المبلغ ليس منحة حقيقية، وإنما تمويل دون المستوى للإنفاق على الأسرة المجانية)، كما أن هناك إنفاق من خلال مشروع "استرداد التكاليف" وامتداده تحت مسمى مشروع "الإصلاح الصحي" بإنفاق مشترك من هيئة المعونة الأمريكية ومن وزارة التخطيط والمالية، وهو تمويل مخصص لتحديث أنظمة الإدارة والتشغيل بالمؤسسة العلاجية بالقاهرة. وهناك تمويل آخر تابع لمشروع: إسترداد تكاليف الإنفاق الصحي، ومشروع الإصلاح الصحي، في وزارة الصحة، وفي الهيئة العامة للتأمين الصحي. ومنذ عام ١٩٩٨ اختفى مشروع استرداد تكاليف الإنفاق الصحي، وألت أنشطته، ومهامه، إلى مشروع الإصلاح الصحي. وتوسع المشروع الأخير، بعد مشاركة الإتحاد الأوروبي، والبنك الدولي، في تمويل المشروع البديل.

ويتضح من ذلك أن حوالي ٣٠٠٠ سرير مخصصة للعلاج بأجر (بدون المجاني) تديرها المؤسسة العلاجية بالقاهرة بالإنفاق عليها من مواردها الخاصة، وبالرغم من انخفاض نسبة تشغيل والأسرة المجانية في مستشفيات المؤسسة العلاجية، فإن نسبة تشغيل الأسرة فيها بأجر مرتفعة (أكثر من ٧٠% من منتصف التسعينات). ويعيها أن دورة السرير أبطأ من المعدل العام، ومدة أقامه المريض أطول من المعدل العام.

ويلاحظ أن تشغيل أسرة المؤسسة العلاجية بالقاهرة متحرر من قيود التمويل للمصروفات الجارية، المرتبطة بالتشغيل للعمليات الجارية، حيث أنه زيادة الطلب على تلك المستشفيات، وإسراع دورة السرير، وإنقاص مدة الإقامة، تزايد الموارد — وتحرر المستشفى من إمكانية الإنفاق دون قيد، إلا المستوى الفني الواجب، طبقاً للأسس المهنية المتعارف عليها.

ويوضح الجدول "١٠٩" التالي تحليل المكسب والخسارة في مستشفيات المؤسسة العلاجية في عام ١٩٩٣/١٩٩٤ .

جدول رقم "١٠٩": تحليل المكسب والخسارة في مستشفيات المؤسسة بالقاهرة في العام المالي

١٩٩٤/١٩٩٣

البند	٩٣/٩٢	% من الكلى	٩٤/٩٣	% من الكلى	% التغيير
١- الإيرادات:.					
مبيعات البضائع	٢٨,٣٣,٨٤٤	%٣٨,٨١	٣٤,٣٣١,٨١٣	%٤٢,٢١	%٢١,١٦
مبيعات الخدمات	٣٧,٣٨٠,٩٣٧	%٥١,٢٠	٤٠,٣٨٧,٢٥٧	%٤٩,٦٥	%٨,٠٤
إيرادات الإقامة	٢٤,٣٢٢,٠٨٨	%٣,٣٣	٢,٧٥٠,٠٠٠	%٣,٣٨	%١٣,٠٧
عمليات أخرى إيرادية	٤,٨٦٢,٠٣٤	%٦,٦٦	٣,٨٧٣,٧٨٥	%٤,٧٦	-
المجموع	٣٧,٠٠٩,٩٠٣	١٥٥.٥٥	٨١,٣٤٢٨٥٥	١٠٠,٠٠	%١١,٤١
٢. المصروفات التشغيلية:.					
الأجور والمزايا	١٨,٢٥٤,٣٤٤	%٢٧,٤٩	٢١,٦٩٠,٢٠٨	٢٩,٣٦	%١٨,٨٢
مصروفات التشغيل	٤٨,١٦١,٢٠٥	%٧٢,٥١	٥٢,١٩٤,٠٤٧	٧٠.٦٤	%٨,٣٧
المجموع	٦٦,٤١٥,٥٤٩	١٠٠,٠٠	٧٣,٨٨٤,٢٥٥	١٠٠,٠٠	%١١,٢٥
٣. فائض عمليات التشغيل:.					
البند	٩٣/٩٢	% من الكلى	٩٤/٩٣	% من الكلى	% التغيير
(٢-١)	٦,٥٩٤,٣٥٤		٧,٥٥٨,٦٠٠		%١٣,١١
٤. المخازن والاحتياطين:.					
البند	٩٣/٩٢	% من الكلى	٩٤/٩٣	% من الكلى	% التغيير
المخزون	١٤,٥٤٩,١٠٠	%٨٣,٦٠	١٦,٠٠٤,٠٠٠	%٨٧,٨١	%١٠,٠٠
الاحتياطي والرسوم	٢,٨٥٤,٩٥٨	%١٦,٤٠	٢٢٢٠,٧٨٥	%١٢,١٩	%٣,٢٨
الإجمالي	١٧,٤٠٤,٥٨	%١٠٠,٠٠	١٨,٢٢٤,٧٨٥	%١٠٠,٠٠	%٤,٧٢
٥. الصافي (٤-٣)	١٠,٨٠٩,٧٠٤		١٠,٧٦٦,١٨٥		%٠,٤٠

المصدر: المؤسسة العلاجية بالقاهرة والإدارة المالية

وأخيرا هناك مؤشرات مالية جديدة أدخلت في حسابات تلك المؤسسة وهي كالأتي:

١. عائد الاستثمار (ROI) return of investment وهو فى مؤسسة القاهرة ١٣,٢٤%.
٢. صافى الدخل (NR) net revenue وهو بالسالب إذا ما أدخلت المستشفيات عالية الإهلاك المستجدة (-٤ مليون جنية).
٣. تغير نسبة الإيراد إلى السنة السابقة وهو ٢,٠٥% (مع ثبات البيع السنة السابق).
٤. تغير نسبة الإنفاق إلى السنة السابقة وهى ١١,٢٥% (مع عدم ثبات أسعار الشراء السنة السابقة).
٥. نسبة السيولة وهى ٦,٦٠ .
٦. Acid test ratio وهو ١,١٠ .
٧. المدة اللازمة لاسترداد المطالبات. Days in account receivable. وهى ٥٥,٦٦ يوم.
٨. المدى الزمنى لتغطية الرأسمال العامل للإنفاق Expense Days in working Capital وهو ٢١٤ يوم.

وبالطبع، يترتب على ذلك ضرورة إعداد دراسة وسياسة جديدة للمؤسسات العلاجية، لرسم سياسة طويلة المدى، للتعامل مع التضخم، ومعامل سعر الاستهلاك، ووضع قواعد للتسعيرة، تراعى متطلبات العمل والقدرات الشرائية للأفراد والمنظمات، واحتياجات التشغيل المجانى أو الدعم الجزئى إن لزم، حرصاً على تعظيم الفاعلية، والجودة، للوصول إلى كفاءة متحسنة، فى التشغيل التقنى والاقتصادى.

٤-١٤-٧ تمويل المستشفيات الجامعية:

وتقوم تلك المستشفيات، المنتشرة فى ١٤ محافظة، بتقديم خدمة رعاية صحية ثالثة بصفة أساسية، بالإضافة إلى توظيف تلك المستشفيات فى مهام التعليم،

والبحث العلمي اللازم لكليات الطب، وهي تمول من وزارة المالية عن طريق وزارة التعليم العالي، وقد وصل حجم أسرتها في عام ١٩٩٧ إلى ١٩١٠٢ سرير، بحيث أصبحت تمثل حوالي ١٥,٥% من حجم الأسرة بالجمهورية، علما بأن تلك الأسرة عالية التجهيز، وتستخدم قوى بشرية متميزة التأهيل، ومرتفعة الخبرة، وإن كانت أنظمتها الإدارية محدودة القدرة والأداء، بما يترتب عليه من هدر موارد. وبالرغم من ذلك تعتبر الخدمة التي تقدمها تلك المستشفيات هي الخدمة الأفضل، من الناحية الفنية والمهنية في مصر. وتلك المستشفيات لا تكتفي بالمصدر التمويلي الوارد من المالية، وإنما تولد دخلا بذاتها، من خلال العلاج بأجر (بنظام الفاتورة بالمماثلة لنظام المؤسسة العلاجية، وإن كانت أسعار خدماتها قد فاقت في الفترة الأخيرة أسعار مستشفيات المؤسسات العلاجية). ويصل ذلك الدخل المتولد ذاتيا إلى ١٤% من حجم إنفاقها السنوي، وتحصل على ذلك الدخل من الأفراد والحالات الممولة من القومسيون والتأمين الصحي والشركات. وأغلب النشاط الممول ذاتيا يتمركز في القاهرة، خاصة في مستشفى عين شمس التخصصي، ومستشفى القصر العيني التعليمي، حيث أن العلاج فيهما بأجر لمجمل أسرتهما. كما يلاحظ أن نسبة الإنفاق على الدواء تعادل الإيراد المتولد من العلاج بأجر. وذلك طبقا للإحصاءات الشهرية المتاحة لتلك المستشفيات من ناحية التمويل، والمستنفاة من "NHA" الحسابات القومية للصحة "إصدار DDM" التي تعبر عن الموقف في العام ١٩٩٢، عندما كانت الأسرة ذات حجم لا يزيد عن ١٥٣٧٥ سرير، كما يوضحها الجدول "١١٠" التالي.

جدول رقم "١١٠": متوسط الإنفاق على أسرة المستشفيات الجامعية، ونسبة الإنفاق على

الدواء، ونسبة الإيراد من العلاج بأجر

البند	العام المالي ١٩٩٢
الاتفاق بالمليون بالجنية	٤٦٨,٢ مليون
نسبة (%) الإنفاق من الموارد الذاتية	١٤%
عدد الأسرة	١٥٣٧٥ سرير
نسبة (%) الإنفاق على الدواء	١٥%
متوسط الإنفاق على السرير	٣٠٤٩٨ جنيه

المصدر: NHA

٤-١٤-٨ المنح والهبات الأجنبية:

تصل تلك المنح والهبات إلى السلطات الصحية المختصة، عن طريق وزارة التعاون الدولي MOC. ولا يوجد تسجيل منظم تاريخي، لتلك المنح، يوضح المانح، والغرض، ومتابعة الاتفاقيات، والتنفيذ... الخ. وهذه الموضوعات متناثرة، وغير مجمعة. ويتكرر نفس الموقف في وزارة الصحة والسكان، حيث لا يوجد مكتب مختص بمتابعة مسار المنح وتنفيذها، وموقفها ككل وكتفصيل، بمتابعة شهرية أو ربع سنوية، تغطي كل المنح ولكل الأغراض الصحية، ولا يستثنى من ذلك سوى بعض محاولات نثرية بإدارة التخطيط بوزارة الصحة، وإن كانت غير مكتملة التجميع للتفاصيل ومتابعتها. وتقدر المنح في عام ١٩٩٠ بإجمالي ١٧٩,٦ مليون جنيه، وأكثر من ثلثها وارد من الولايات المتحدة، وأقل من ثلثها من دول غرب أوروبا.

٤-١٤-٩ تمويل التأمين الصحى الخاص:

وهذه المنظمات تلعب، كما أشرنا مسبقاً، دوراً محدوداً. وهناك ١١ شركة تقدم الخدمات التأمينية، منها ٣ شركات هي التي تقدم تأميناً صحياً (مصر/ الشرق/ الأهلية).

وتلك الشركات الثلاث تسوق خدماتها بتقديمها للشركات الصناعية والتجارية وغيرها، للتأمين على عمالها، كما تقدم أيضاً خدماتها التأمينية للأفراد. ومن ناحية أخرى تقوم تلك الشركات الثلاث، بالتعاقد مع قائمة من المستشفيات، أكثرها مستشفيات خاصة لتقديم الرعاية الصحية لمنتفعيها، بحيث يكون لدى هؤلاء المنتفعين فرصة واسعة، للاختيار من بين عدد من العيادات والمستشفيات. وكانت الطاقة التأمينية حتى عام ١٩٩٥ لتلك الشركات لا تتجاوز خدمة حوالي خمسين ألفاً من المنتفعين، بحجم إنفاقي يرقى إلى ١٧ مليون جنيه، أى بما يعادل معدل إنفاق حوالي ٣٩٠ جنيه في عام ١٩٩٥ للمنتفع الواحد (بينما المواطن المنتفع بخدمات هيئة التأمين الصحى الحكومية، يصل إنفاقه إلى ١٠٨ جنيه فقط في العام).

وعلي حين أن نسبة الإنفاق الدوائي في التأمين الخاص كانت (١١١,٠٥ جنيه) أي حوالي ٢٩% من الإنفاق الكلي، كانت تلك النسبة في التأمين الحكومي (٥٩,٥ جنيه) حوالي ٥٥% من الإنفاق الكلي، لتلك النوعية من التأمين الحكومي .

وإذا ما ترك الأمر للنمو التلقائي، لذلك القطاع "التأمين الخاص"، فإنه سيؤدي إلي تشويه سوق الخدمات الصحية. ويتلخص ذلك التشويه المتوقع - في حالة ترك الحكومة الفرصة للنمو العشوائي - إلي أنه من منطلق استهداف أعلى ربحية، بأقل إنفاق، فإن السكان المصريين ستم تجزئتهم، من مدخل المرض إلي: سليم ومريض، ومن مدخل الثروة إلي ثري وفقير، وسينتقي "التأمين الخاص" السليم الثري، ولا يرحب بالفقير المريض، مقدماً للأول خدمة عالية النوعية، ليحقق أعلى ربحية بأقل إنفاق وأعظم سمعة. وهذا، بالطبع، سيؤدي إلي ارتفاع أسعار الخدمات الصحية، ويعظم من عدم العدالة، بسبب فروق الدخل للولوج والحصول علي الخدمة الصحية، مما يخل بمبدأ الإتاحة ورعاية الفئات الحساسة. ولذلك لا بد من توجيه وترشيد ذلك النمط من النمو في إطار الاستراتيجية والسياسات التي ترسم التوجه العام في قطاع الصحة، علي أن يشارك الجميع في رسم تلك السياسات، بما فيهم أصحاب شركات ومشروعات التأمين الصحي الخاص.

٤-١٤-١٠ تمويل الرعاية الصحية بالشركات :

تقوم جهات كثيرة، بعضها حكومي، وأكثرها في قطاع الأعمال (شركات)، بتقديم مستويات الخدمة الصحية، خاصة الأولية التي يقوم بها الممارس العام، بمعرفتها، في عيادات تنشئها لذلك الغرض، وأحياناً في مستوي الخدمة الخاصة بالعرض علي الأخصائي، في العيادات الفردية الخاصة، أو بالعيادات الفردية، أو المجوعة التابعة لمنظمة خاصة.

كما يقوم عدد أقل من تلك الجهات بإنشاء مستشفيات خاصة لعماله ومستخدميه، يقدم لهم فيها الخدمة الصحية، مثل: مستشفى شركة مصر للطيران، ومستشفى الكهرباء، ومستشفى وادي النيل، ومستشفى الدعاة، وغيرها من المستشفيات الصغيرة والمتوسطة. وذلك بخلاف التعاقدات للعلاج مع المستشفيات

الجامعية، ومستشفيات التأمين الصحي، ومستشفيات المؤسسات العلاجية، وغيرها، حيث يتم تمويل تلك المستشفيات من مواردها من تلك الشركات، طبقاً للحالات المحولة إلى تلك المنظمات، بناءً على التعاقدات أو بناءً على التحويل إليها حالة بحالة.

ولم يتوافر لي الحصول علي إحصائيات مؤكدة الدلالة، لما تنفقه تلك الهيئات الحكومية، وتلك الشركات بذاتها، علي تمويل الخدمات الصحية، التي تقيمها بمعرفتها، كإنفاق استثماري وجار، وإن كنا نلاحظ تزايد ذلك النوع من الإنفاق بما يجعله الآن جديراً بدراسة مفصلة، وحصر دقيق بدلا من المعلومات النثرية المتاحة حالياً.

٤-١٤-١١ تمويل الرعاية الصحية بالنقابات المهنية:

ينتظم المهنيون في مصر في منظمات عمل خاصة بهم، تعرف باسم النقابات المهنية، وتقوم بعض تلك المنظمات بتقديم خدمات رعاية صحية وأشهر النقابات التي تقدم تلك الخدمات الطبية هي اتحاد المهن الطبية (أطباء بشريين وأطباء أسنان وصيدلة وبيطريون). وبالرغم من صغر حجم المشروع فإنه يدار كمنظمة مالية، تقدم التمويل لجهات تمويل الخدمة المتعاقد معها لخدمة المنتفعين، وهم أعضاء تلك النقابات وأسرههم. ويمول المشروع من اشتراكات الأعضاء وأسرههم، وبدعم من اتحاد المهن الطبية. وعضوية هذا المشروع اختيارية، وقد بدأ في عام ١٩٨٨ وامتد ليصل إلي ٢٨ ألف في عام ١٩٩٣ (٧٥% من عضوية تلك النقابات بالقاهرة، و٢٠% من عضويتها بالإسكندرية)، وهذا الاتحاد (المشكل من النقابات الأربع) يساهم في تكاليف العلاج، من خلال الإسهام بحدود قصوى، لا يصح تجاوزها، وبشروط محددة، ويقدم عدداً محدداً من الزيارات الطبية لا يصح تخطيها من قبل المريض، ونادراً ما يغطي التكلفة الدوائية الموصى بها من أطباء العيادات الخاصة، وكذلك في حالة العلاج خارج المستشفى، أما التكلفة الدوائية داخل المستشفى فتغطي بقيمة جزئية، كما تغطي بقيمة جزئية أيضاً تكلفة العلاج الكيماوي، والتدخلات الطبية، للحالات المرضية بالقسم الداخلي. والجداول "١١١" التالي يوضح الموارد والإنفاق للمشروع حتى عام ١٩٩٢.

جدول رقم "١١١" موارد وإنفاق المشروع التأميني لاتحاد المهن الطبية حتى ١٩٩٢

البند	عام مالى ١٩٩٠	عام مالى ١٩٩١	عام مالى ٩٢
الإنفاق الكلي بالمليون	٣,٤٩٠	٣,٦٩٤	٤,٠٢٦
إسهام اتحاد المهن (دعم)	١,٠٥٣	١,٢٠٠	١,٣٣٨
قيمة الاشتراكات	٢٣٦٨	٢,٤٩٧	٢,٧٥٨
عدد المنتفعين			٨١,٠٠٠
الإنفاق للمنتفع الواحد			٥٠ جنيه

وقد قامت كثير من النقابات المهنية باتباع نفس المسار، بل إن بعض النقابات الأخرى تملك أيضاً مستشفيات أقامتها بمواردها مثل مستشفى المعلمين، ومستشفى الزراعيين. غير أن البيانات المتاحة عن تلك المشروعات والمستشفيات، في حاجة إلي دراسات ميدانية.

٤-١٤-١٢ تمويل القطاع العائلي:

يمكن حساب الإنفاق العائلي بأحد طريقتين: تجميع المعلومات عن إيرادات مقدمي الخدمة الصحية، أو من المسوح الخاصة بإنفاق مستهلكي الخدمة الصحية بالدفع من جيوبهم، وهكذا نجد أنه من الصعب تحديد حجم الإنفاق العائلي، من بيانات التردد علي الوحدات والمستشفيات، العامة والخاصة، وبالتحديد المرتبطة بالقطاع الخاص، كما أنه يتعذر الفصل بين التمويل من الجيب، والتمويل من المصادر الحكومية، ومصادر أصحاب الأعمال والنقابات، وما إليها، كما أسلفنا. ويصبح السبيل الوحيد الممكن هو بيانات المسوح الإحصائية التي أشرنا إليها من قبل وهي مسوح EHHUES في عام ١٩٩٥. فتلك النتائج، هي التي مكنت من تحديد تقريبي لحجم إنفاق ذلك القطاع، علي حين أن نتائج الدراسات السابقة علي ذلك المسح، مثل الدراسة المقدمة من التعبئة في عام ١٩٩٠، كان يعيبها أنها قدرت قيمة الإنفاق بأقل من الواقع الذي قدرته مسوح EHHUES بحوالي ٢٠% إلي ٣٠%. والأخرى المقدمة من كمبريكوس وأولدهام في عام ١٩٩٢ عن الجزء الحضري فقط من محافظة الجيزة، ويمكن استبعادها، لمحدودية المسح باقتصاره عل حضر الجيزة، ويتضح من الجدول "١١٢" التالي تباين الأرقام بين المسحيين

القوميين بما لا يمكن تفسيره، بإرجاع قيم مسوح "الإنتفاع والتقييم للرعاية الصحية للقطاع العائلي - ١٩٩٥"، إلي القيم الفعلية للجنيه المصرى في عام اجراء مسوح الجهاز المركزى للتعبئة والإحصاء عن الإنفاق العائلي للقطاع العائلي - ١٩٩١.

جدول رقم "١١٢" تقديرات المسوح الثلاثة الحديثة للإنفاق العائلي

البند	التعبئة	كمبريكوس...	EHHUES
حدود العينة	مستوى قومى	حضر الجيزة	مستوى قومى
سنة الإحصاء	١٩٩١/١٩٩٠	١٩٩٢	١٩٩٥/١٩٩٤
الإنفاق السنوي بالجنيه للأسرة بالحضر بالقيمة الإسمية	٢٤٣	٣٧٥	٧٤٤
الإنفاق السنوى بالجنيه للأسرة بالريف بالقيمة الإسمية	١٤٨	...	٤٠٠
معدل الإنفاق للفرد بالجنيه على المستوى القومى (قيمة إسمية)	٣٣	٧٣	١٠٨
معدل الإنفاق للفرد بالجنيه على المستوى القومى (قيمة ثابتة للعام المالى ١٩٩٠)	٣٣	٣٩	٦٣

المصدر: حسابات الصحة القومية - ١٩٩٥ - NHA.

وقد قام مشروع "توفير المعلومات لصناعة القرار DDM" المساند من جامعة هارفارد بتمويل من هيئة المعونة الأمريكية، بمحاولة للتقريب بين نتائج البحثين كما يوضحه تقرير حسابات الصحة القومية في الجدول "١٠٩" والذي يوضح أنه بمقارنة الإنفاق الدوائى الفعلي المجمع بمعرفة إدارة التخطيط بوزارة الصحة لمشروع توفير المعلومات لصناعة القرار DDM"، في العام المالى ١٩٩٠، بالإنفاق المبين في مسوح التعبئة للعام المالى ١٩٩٠، يتضح ضرورة تصحيح أرقام التعبئة عن الإنفاق الدوائى، من ١٠٠١ مليون جنيه في العام المالى ١٩٩٠ إلي ١٢٤٥ مليون جنيه، وأيضا، بما يعدل قيمة الدفع من جيوب المواطنين كعلاج بأجر "اقتصادى" في المستشفيات الحكومية من ٤٣ مليون إلي ٦٣ مليون جنيه. ويلاحظ

أن التعديل يتم بواقع ٢٠% فقط في جميع البنود في الجدول "١١٣"، استنادا إلي أن الزيادة في استهلاك الدواء هي التي أستخدمت لأغرض التعديل في بنود ذلك الجدول.

جدول رقم ١١٣ مقارنة بين الإنفاق المقدم من التعبئة والبيانات المجمعة في وزارة الصحة (في البنود ١، ٢، ١٢ من الجدول التالي)

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

بيانات تقديرية محسوبة عن العام المالي ١٩٩٠، حسابات الصحة القومية عام ١٩٩٥

وبما يترتب عليه تعديل بنود الإنفاق طبقا للجدول "١١٤" التالي، والجدول يوضح ما يتم من خدمة وأدوية مشتراة، بما يصل بقيمة الإنفاق الصحي بعد التعديل إلي ٢٣٧٠ مليون جنيه بدلا من ١٨٩٦ مليون جنيه (بما فيها إنفاق اشتراكات التأمين الصحي).

جدول رقم "١١٤" التقدير المصحح للإنفاق العائلي في الصحة في الدراسة المقدمة من التعبئة

الرقم	السلعة أو الخدمة المشتراة	الإنفاق القومي قبل التعديل	الإنفاق القومي بعد التعديل
١	الأدوية المنتظمة التعاطي	٤٨٨	٦١٠
٢	الأدوية الغير منظمه	٥١٣	٦٤١
٣	أتعاب الأطباء	٢٩٣	٣٦٦
٤	أتعاب الاختبارات الطبية	٧٨	٩٨
٥	أتعاب الفحوص الإشعاعية	٣٠	٣٨
٦	المناظير والقساظر	٣	٤
٧	أتعاب رسم القلب	٨	١٠
٨	المساعدات الطبية (عدسات/ سماعات ..)	٣١	٣٩

تابع جدول رقم " ١١٤ " التقدير المصحح للإفاق العائلى

فى الصحة فى الدراسة المقدمة من التبعنة

الرقم	السلعة أو الخدمة المشتراة	الإفاق القومى قبل التعديل	الإفاق القومى بعد التعديل
٩	أتعاب الغسيل الكلوى	١٧	٢٢
١٠	المستلزمات (القطن/ الشاش/ الحقن ..)	٤٦	٥٨
١١	أتعاب أطباء الأسنان	٢٤	٢٩
١٢	أنفاق فى المستشفيات الحكومية	٤٤	٥٤
١٣	إنفاق فى المستشفيات الاستثمارية	١٠٥	١٣١
١٤	إنفاق فى مستشفيات التأمين الصحى	٩	١٢
١٥	أتعاب الولادة (طب شعبى-لقابلة)	١٠	١٢
١٦	إنفاقات خدمات طبية أخرى	٣٣	٤١
١٧	اشتراكات التأمين الصحى	١٦٤	٢٠٥
١٨	إجمالى الإنفاق العائلى	١,٨٩٦	٢٣٧٠
١٩	إجمالى الإنفاق العائلى بدون اشتراكات التأمين الصحى	١,٧٣٢	٢١٦٥

المصدر: حسابات الصحة القومية فى مصر - ١٩٩٥.

وبتعديل ثمن الخدمات المقدمة (غير الدواء والمستلزمات) برفعها بما يعادل ١٥% عما ورد بدراسة التبعنة، فإن قيمة إنفاق القطاع العائلى فى عام ١٩٩٠ تصل إلى ٢٣٠٢ مليون، أى ٤٤ جنية إنفاق فى القطاع العائلى للفرد الواحد فى عام ١٩٩٠ كما يتضح من الجدول التالى:

جدول "١١٥" التقدير النهائى المعدل لحسابات التبعنة للإفاق الصحى العائلى فى العام المالى

١٩٩٠

النسبة المئوية	القيمة	البند
٥٤%	١٢٥١	مفردات الأكلوية
٣٦%	٨٢١	حصة العيادات الخارجية
١٠%	٢٣٠	حصة القسم الداخلى
١٠٠%	٢٣٠٢	الإفاق الإجمالى

DDM

وبحسابات تقييم مسوح الانتفاع فى الإنفاق فى الرعاية الصحية EHHUES بالقطاع العائلى - عام ١٩٩٥ يتضح الآتى: أن الأنفاق العائلى للأسرة يصل إلى ٥٠٤ جنية سنوياً أى بواقع ٩٨,٣ جنية للفرد الواحد سنوياً، ويمكن تقسيمها طبقاً لتلك المسوح إلى ٣٦% إنفاق العيادات الخارجية، حوالى ٥٤% إنفاق دوائى يشترى ذاتياً ، ١٠% إنفاق القسم الداخلى، وتلك الأرقام تمثل إنفاقاً من الجيب ولا يشمل التغطية الخاصة بصاحب العمل أو بالعلاج المجانى، وبالطبع فإن تلك الأرقام تختلف كثيراً عن أرقام دراسات التعبئة التى أشرنا إليها فى العام ٩١/٩٠ والنسبة توضح أن تلك الأرقام قبل التعديل تصل إلى ٢٤٣ جنية فى المناطق الحضرية كما تصل إلى ١٥٨ جنية فقط فى المناطق الريفية.

ويشير الجدول التالى ١١٦ إلى الإنفاق العائلى السنوى لحصول الفرد على الخدمات الصحية.

وبدراسة التفاوتات طبقاً للمناطق الجغرافية نلاحظ أن الإنفاق العائلى للفرد يتزايد فى المناطق الحضرية ليصل إلى ١٣٢,٣ جنية (٤٥ جنية للعيادات الخارجية، ٤٠ جنية للدواء، ٨ جنية للأقسام الداخلية)، بينما يصل بالمقابل فى المناطق الريفية إلى ٧٢ جنية (٤٤,٥ جنية للعيادات الخارجية ، ٢٢,٥ جنية للأدوية، ٣ جنية للأقسام الداخلية)، أما فى المحافظات الحضرية فيصل التزايد إلى أقصاه بواقع ١٥١ جنية للفرد، وفى المدن الحضرية بالوجه البحرى يصل إلى ١٣٧ جنية للفرد، وفى المدن الحضرية بالوجه القبلى يصل إلى ٩٩ جنية للفرد، أما المناطق الريفية بالوجه القبلى فيصل إنفاق الفرد إلى ٨٦ جنية فى العام الواحد، بينما فى أرياف الوجه القبلى يتدنّى إلى ٥٥ جنية للفرد الواحد فى العام.

ءءول "١١٦" الإئفاق العائلي السنوي بالءنيه للفرء على الءءماء الصفيه
إءماليا، وموزعا "ءءرافيا، وءسب السن، والءءل، ومرءلة الءءم" "

أءمالي	أءوية	ءاءللى	ءارءى	
٩٨,٣	٢٩,٩٨	٥,١٥	٦٣,٢٢	الءينة الكلية
١٣٢,٣	٣٩,٦٩	٧,٧٦	٨٤,٨١	ءضر
٧٢,٠٠	٢٢,٤٤	٣,١١	٤٦,٤٣	ريف
ءسب المناطق				
١٥١,١٠	٤١,٣٦	١٠,٩٢	٩٨,٧٩	المءافظاء الءضرية
١٣٢,٦٠	٤٦,٢٤	٤,٩٧	٨١,٣٥	ءضر مصر العليا
٨٦,٣٤	٣٠,٣٥	٣,٨٦	٥٢,١٤	ريف مصر العليا
٩٩,٥٠	٣٠,٣٨	٥,٠٥	٦٤,٠٦	ءضر الوءه البءري
٥٤,٨٠	١٢,٩٥	٢,٢٢	٣٩,٥٨	ريف الوءه البءري
الءنس				
٩٠,٠٣	٢٦,٨٧	٥,٣٥	٥٧,٨١	نءر
١٠٦,٤٥	٣٣,٠٢	٤,٩٥	٦٨,٤٩	أنثى
شريحة الءءل				
٤١,٢٤	١١,٨٥	١,٨٧	٢٧,٥٣	Q1 > ٥٦٠ ءنيه
٥٩,٢٢	١٨,٢٥	١,٩٣	٣٩,٠٤	Q2 ٨٠٤-٥٦٠
٧١,٤٤	٢١,٢٠	١,٨٨	٤٨,٣٦	Q3 ١١١٣-٨٠٤
٩٨,١٣	٣٢,٧٦	٥,٣٣	٦٠,٠٥	Q4 ١٧٠٤-١١١٤
٢٢١,٧٠	٦٥,٨٧	١٤,٣٧	١٤١,١٠	Q5 < ١٧٠٤
ءسب السن				
٧٠,٧٠	٦,٩٣	١,٩٧	٦١,٧٩	٤-٠
٣٥,٣٠	٦,٢١	١,٧٥	٢٧,٣٦	١٥-٥
٦٤,١٠	١٠,٣٦	٥,٠٠	٤٨,٧٩	٢٩-١٦
١١٩,٩٠	٣٥,٠١	٩,٦١	٧٥,٣١	٣٩-٣٠
١٩٠,٤٠	٦٤,٤٠	٨,٨٨	١١٧,١٢	٤٩-٤٠
٢٤٢,٤٠	١٠٧,٦٧	١٣,٩٢	١٢٠,٨٢	٥٩-٥٠
٢٨٦,٨٠	١٣٥,٤٨	٧,٤	١٤٣,٩٠	+٦٠

تابع جدول "١١٦" الإنفاق العائلي السنوي للفرد على الخدمات الصحية
إجماليًا وموزعًا جغرافياً وحسب السن والدخل مرحلة التعليم

مستوى التعليم	خارجي	داخلي	أبوية	أجمالي
حضانة	١٧,٣٣	٠,٠٠	٥٦,٠٠	٧٣,٣٣
ابتدائي	٨٧,٦٤	١٠,٧٣	٥٤,٧٣	١٥٣,١٠
إعدادي	٦٤,٤٦	٧,١٩	٣٥,٧٥	١٠٧,٤٠
ثانوي	٩٩,٠٤	٩,٥٢	٣٩,٠٠	١٤٧,٥٦
فوق متوسط	١٢٥,٧٩	٢,٤٩	١١,٥٨	١٣٩,٨٦
جامعي	١٢٠,٢٣	٣,٠٤	١,٣٥	١٢٤,٦٢
غير متعلمين	٦١,٢٨	٢,٣٠	٣٢,٩٢	٩٦,٥٠

المصدر: EHHUES 1995

أما التفاوت بالنسبة للذكر والأنثى فمحدود، يصل إلى ٩٠ جنية للذكر في العلم وإلى ١٠٦ جنية للأنثى في العام، بسبب الزيادة الضئيلة في الأدوية والتردد على العيادات الخارجية.

وبالنسبة للتفاوت حسب الشريحة السنوية فيلاحظ: أن الإنفاق العائلي للفرد في العام أقل ما يمكن في الشريحة السنوية من ٥ أعوام إلى ١٥ عاماً، حيث يتدنى إلى ٣٥ جنية للفرد، ويزداد تدريجياً مع التزايد السنوي حتى يصل أقصاه في الشريحة السنوية ٦٠ عاماً فما فوق، حيث يصل إلى ٢٨٦,٨ جنية في العام.

أما التفاوت بالنسبة للمرحلة التعليمية: فإنه يصل أدناه بالنسبة لمن لم يدخلوا التعليم نهائياً، بواقع ٩٦ جنية إنفاق للفرد الواحد في السنة الواحدة، ويزداد إلى ١٣٥ اللاحقة إلى ١٠٧,٥ جنية، ثم يتردد إلى ١٤٧ جنية لمن حصلوا على التعليم الثانوي، ليتناقص مرة أخرى إلى ١٢٥ أنها مرحلة التعليم الجامعي.

٤-١٤-١٣ أسعار الخدمات الصحية

والأرقام التي أشرنا إليها مسبقاً في الإنفاق العائلي، تستبعد تماماً أي إنفاقات أخرى خاصة بالإنقال، أو نفقات نثرية، وإنما تمثل فقط الإنفاق العائلي المباشر المتعلق بالعلاج. ويتضح من أرقام الجدولين اللاحقين "١١٧" و"١١٨"، أن الأفراد ينفقون أكثر، عندما يتعاملون مع القطاع الخاص، من إنفاقهم عندما يتعاملون مع

القطاع الحكومي والعام، سواء فيما يتعلق بخدمات العيادات الخارجية، أو بخدمات الأقسام الداخلية، وخاصة فيما يتعلق بإنفاق العيادات الخارجية، والتي تتفاوت بدورها مع تعدد أنماط المناطق الجغرافية، كما يتضح من الجدولين التاليين.

جدول رقم "١١٧" قيمة زيارة المريض للقسم الخارجي بالجنيه، حسب جهات تقديم الخدمة، وحسب الحضر والريف.

البند	وزارة الصحة	القطاع العام	الحكومي	الخاص	المساجد	أخرى
الكلية "المتوسط العام"	٨,٧٨	٧,٣٧	٤,٧٩	٢٣,٨٧	١٣,٢٢	٢١,٢٨
الحضر	٩,٠٥	٧,١٢	٥,٣٧	٢٥,٦٥	١٤,٥٠	١٨,٩٦
الأرياف	٨,٥٧	٧,٥٦	٤,٣٤	٢٢,٤٩	٢٢,٢٣	٢٣,٠٩
محافظات حضرية	١٠,٢١	٨,١٩	٥,٠٣	٢٦,٩٢	١٤,٨٧	٢٧,٠٠
حضر الوجه البحري	٧,٦٢	٤,٠٧	٥,٦٧	٢٤,٥	١٣,٩٥	١٢,٠٩
ريف وجه بحري	٨,٩٤	٧,٦٨	٤,٩٧	٢٣,٤٢	١٥,٥٣	١٦,٥٥
حضر وجه قبلي	٧,٨٠	٧,٠١	٦,٤١	٢٤,٦٣	١٣,٣٧	١٥,٢٦
ريف وجه قبلي	٨,١٤	٧,٤٢	٣,٥٩	٢١,١٠	٩,٦٨	٤٥,١٣

المصدر: EHHUES

جدول رقم "١١٨" تكلفة الفترة العلاجية للمريض الواحد بالجنيه في القسم الداخلي (طوال مدة الإقامة)، حسب جهات تقديم الخدمة، بالمناطق الجغرافية المختلفة

البند	وزارة الصحة	القطاع العام	الحكومي	الخاص	شركات
الكلية "المتوسط العام"	١٢٣,٦٠	٧٢,٢٥	١١٥,٦١	٦٧٣,٧٣	٣١٠,٨٩
الحضر	٧٠,٦٥	٩٧,٨٨	١٤٣,٢٣	٨٠٥,٩٦	٢٢٣,٦٧
الأرياف	١٦٤,٧٧	٥٢,٣٣	١٠١,٤٤	٥٧٠,٩٥	٣٧٨,٦٩
محافظات حضرية	٦٩,٦٣	١٥٠,٦٢	١٦٠,٩٩	٧٢٩,٩٢	١٩٤,٦٢
حضر الوجه البحري	٥٤,٥٦	٥٣,٣٧	٦,٩٥	١٢٦١,٣٣٤	٣٠٢,٢٥
ريف وجه بحري	٢٤٥,٠١	٣٢,٩٤	٣٦,٩١	٢٨٢,٥٠	٤٨٦,٢٩
حضر وجه قبلي	٨٣,٥٢	٤,٨٥	٩٢,٠٠	٧٥١,٢٥	٢٨٢,٨٠
ريف وجه قبلي	٥٣,٥٩	٩٤,٧٢	١٦٢,٤٥	١٢٥٢,٧٢	٢٥٣,١٧

المصدر: EHHUES

٤-١٤-١٤ موجز إجمالي التمويل، والأداء المالي في القطاع الصحي:

٤-١٤-١٤ إجمالي تمويل الرعاية الصحية "رؤية تقديرية في نهاية التسعينات":

يستدل من تزايد الميزانية الحكومية (المنصرفه من التخطيط والمالية) المخصصة لقطاع الصحة والسكان (وزارة الصحة والسكان)، والمستشفيات الجامعية التابعة للتعليم العالي، وغيرها من المستشفيات المدنية (وزارة الكهرباء - المواصلات ..)، إن التقدير المجمع لكل تلك الموازنات، الواردة من الدولة، أو من العاملين وأصحاب الأعمال، أو من قطاع الأعمال، والمحصل بمعرفة هيئتي المعاشات والتأمينات الاجتماعية. وإذا أخذنا في الاعتبار ما يحدث من تجاوزات في الإنفاق الفعلي للمنظمات والوحدات الصحية، وبما فيها موازنات وزارات الدفاع والداخلية، وإنفاقاتها الختامية غير الواردة في الدراسة الحالية، وهذا يجعلنا نقدر وبتحفظ، أن كل ذلك يصل بالإنفاق الحكومي الوارد في الدراسة، إلى أكثر من ٥ مليار جنيه، بخلاف الموازنات التقديرية، وتجاوزات الإنفاق في جهتين:

- داخل شركات القطاع الصناعي.

- داخل الخدمات الطبية للقوات المسلحة (وزارة الدفاع)، والخدمات الطبية في الداخلية (الشرطة - السجون).

بما يجعل الإجمالي، كإنفاق حكومي متزايد سنويا، يقترب من ٦ مليار جنيه في العام المالي ١٩٩٩/٢٠٠٠.

أما الإنفاق الصحي العائلي (من جيوب المواطنين): فقد أوضح الإحصاء الواسع النطاق الذي أجرى في عام ١٩٩٥ "تقييم مسوح الانتفاع والإنفاق للرعاية الصحية في القطاع العائلي EHHUES"، أن الإنفاق للأسرة الواحدة وصل إلى ٥٠٤ جنيهات سنويا، بما يجعل متوسط إنفاق الفرد يزيد عن ١٠٠ جنيه في العام، وبما يصل بميزانية الإنفاق العائلي الإجمالية إلى أكثر من ٧ مليار أيضا في العام المالي ١٩٩٩/٢٠٠٠.

ويشمل هذا الإنفاق ما تنفقه الأسرة من جيبها، سواء بالدفع في الجهات الحكومية، مثل: الصحة، والجامعات (علاج اقتصادي، علاج بأجر)، وما تنفقه في الهيئات (هيئات وزارة الصحة، التأمين الصحي، المؤسسات العلاجية، وغيرها)، أو في غيرها من الوزارات، وهو ما يشكل موارد إضافية لتلك الجهات الحكومية، التي تقدم العلاج، بمقابل قيمي للمواطنين والهيئات. وكذلك ما تقدمه تلك الأسر إلى القطاع الخاص في العيادات الإكلينيكية الخاصة، ومراكز الفحوص والتدخلات السريعة، المنتشرة في المدن حالياً، والمستوصفات الأهلية والدينية، ومستشفيات القطاع الخاص الصغيرة والاستثمارية، ومشتريات الأفراد للأدوية والمستلزمات الطبية.

ومن هذا التقدير، يتضح أن الموارد في العام المالي ١٩٩٩ / ٢٠٠٠ تصل إلى أكثر قليلاً من ثلاثة عشر ملياراً من الجنيئات المصرية، وأن نصيب الفرد من الإنفاق الصحي قد قارب ٢٠٠ جنيهاً للفرد، أكثر من نصفها حوالي ٥٥ % ينفقه الفرد من جيبه الخاص، وأقل من النصف حوالي ٤٥ % تنفقه الدولة، وأصحاب الأعمال، في قطاع الأعمال والقطاع الخاص.

٤-١٤-١٤-٢ وصف نظم التمويل (الدفع) لمقدمي الخدمة الصحية: (PPS)

يتم تمويل مقدمي الخدمات الصحية بمرتببات، من خلال قانون العاملين في الدولة: في الحكومة، وفي القطاع العام، مضافاً إليها أجور إضافية، وحوافز، وما إليها، تحسباً لمرتببات بطرق تحد من دفع التأمينات لتلك الأجور الإضافية والحوافز، بحد أقصى لا يصح تجاوزه. وأياً كانت الأجور المدفوعة في الحكومة، والقطاع العام، فهي لا تتفق مع متطلبات الحياة، مما عظم الهجرة، والانتقال إلى العمل في الدول البترولية، وأدى إلى تعاظم الوقت المقتطع للعمل في القطاع الخاص، المجزى دخلاً (عيادات، ومراكز، ومستوصفات، ومستشفيات خاصة)، على حساب تناقص الوقت والإنجاز، في العمل الحكومي، والقطاع العام. وأصبح للطبيب، والصيدلي، وطبيب الأسنان، وأخصائي العلاج الطبيعي، وغيرهم، عمليين: أحدهما صباحي، والآخر مسائي. وكثيراً ما يكون العمالان الاثنان في وقت واحد،

على حساب العمل الحكومي، وينصرف هذا إلى أكثر من ٩٠% من المهنيين، العاملين في القطاعات الحكومية (الصحة/الجامعات/القوات المسلحة...).

وحدثاً، حدث في القطاع الحكومي تحول خاص للمهنيين، ذوى التخصصات المهنية، أو المهنيين الذين تحتاجهم الوحدات، وذلك باللجوء إلى التعاقدات، لأداء الخدمات الصحية المتخصصة، وأحياناً خدمات الرعاية الصحية الأساسية، استناداً للتعامل بالحالة، بدلاً من التعامل بالمرتب، وتزايد هذا التحول في التأمين الصحي، والمؤسسات العلاجية الحكومية، وحتى في وزارة الصحة، بالتعاقد بالحالة، أو بالفترة، مع العاملين المهنيين في الجامعات.

ففي التأمين الصحي: تزايدت التعاقدات لتغطية احتياجات مشروع علاج تلاميذ المدارس (SHIP)، وعلاج الأطفال قبل السن المدرسي (IHIP)، بالإضافة إلى نظم التعاقد القائمة لعلاج العمال، والموظفين، وذوى المعاشات والأرامل. ويقتضى هذا النظام أن يتم التسجيل للراغبين في التعاقد، وتحديد أجور التعاقد، من خلال توافق تفاوضي، مع مقدمي الخدمة التعاقدية، وحتى الآن لا يوجد نظام لمتابعة ولتقييم أعمالهم، وليس لهم حتى الآن فترات محددة منظمة.

وفى المؤسسات العلاجية الحكومية، وحتى في المستشفيات الجامعية الجديدة (مستشفى عين الشمس التخصصي، ومستشفى القصر العيني التعليمي، وغيرهما من المستشفيات الجامعية بالقاهرة والأقاليم)، وفى المستشفيات التابعة لوزارات أخرى، تتم تعاقدات مع مقدمي الخدمة، على أسس أعمال مؤداة بالحالة، ولكل حالة سعر يدفعه المريض أو جهة إحالته، وقيمة مستحقة (عادة نصف السعر) تدفع للطبيب المتابع للحالة. ولذلك للنظام عيوب كثيرة، مما جعل كثيراً من الدول تنتقل منه إلى التعاقد مع مستهلكي الخدمات، بنظم متعددة، بخلاف نظم الفاتورة، ودفع مستحقات الأطباء والمهنيين بنسب، تتناسب مع أجور السوق، دون تحكم من الوحدات وتنظيماتها الإدارية.

وأخيراً، فإن القطاع الخاص يحصل مقدمو الخدمة فيه على أتعابهم، عن خدمة مؤداة بالقيمة التي يحددونها، في إطار قيم مهنية، وتنظيمات نقابية، وأسعار السوق المحلي. ولا تزال تلك الخدمة تودى بدون جداول لتقييم وتسعير التدخلات

الطبية، تنظيمياً للسوق. وأصبح ملحاً ظهور أنماط تسعيرة، تراعى نوعية التدخل، ومستوى مقدم الخدمة. وهناك عدد قليل من الشركات التأمينية، يشترك فيها عدد محدود جداً من المواطنين، ولها تعاقدات، وأسعار للتعاقد، مع مقدمي الخدمة، في وحداتهم الخاصة.

ولا تزال مصر فقيرة في الدراسات، وخطط البديلة لينتقي منها المنتفع ما يلائمه، والخيارات المنظمة لمثل تلك العلاقة بين مشغري الخدمة (مستهلك / منتفع)، وبين بائع الخدمة (الطبيب / المهني / الصيدلي...)، مع الإسترشاد بما يتم في دول متقدمة والإستفادة من الخبرات الجينية المحدودة، التي أشرنا إلى أغلبها.

٤-١٤-١٤-٣ موجز الأداء المالي للنظام الصحي في مصر:

ومن الضروري أن يتم عرض ثلاثة موضوعات عن التمويل الصحي وهي: الموارد - تنظيم وإدارة الموارد - وكيفية شراء الخدمة الصحية. ويدار ذلك العرض من خلال ثلاثة معايير وهي: معيار العدالة - معيار الكفاءة - معيار الجودة.

أولاً: بالنسبة للموارد:

معيار العدالة:

إن تضخم حصة الإنفاق الصحي من جيوب المواطنين (حوالي ٥٧-٦٠%)؛ إنما يدل دلالة واضحة على ضعف وجود ممول مساند للأفراد (الدافع الثالث) كأصحاب الأعمال، أو الشركات، والهيئات، والمنظمات، والنقابات، حيث أن الدفع بمعرفة تلك الجهات غير منظم ومنتدمج مع تمويل الدولة، وليس كدافع ثالث مساند، بما يؤدي إلى تنظيم الأدوار، لتقاسم مخاطر التمويل.

كما أن تعدد آليات التمويل يؤدي إلى:

- تجزئة السكان إلي شرائح متفاوت في الحصول علي الرعاية الصحية.
- وعدم توجيه الأموال إلي السكان الأكثر احتياجاً.

معيار الكفاءة:

إن تصميم وتنفيذ أنظمة الموارد الصحية (الدولة/ هيئات/ القطاع العام) غير فاعلة، في ضمان تحريك موارد مستقرة، ومستمرة التدفق، لتحقيق رعاية صحية عالية الجودة. ويؤدي ذلك إلي أن جهات التمويل وهيئاته، تنتهي إلي إحدى نهايتين، إما: إمداد الوحدات بتمويل غير كاف مسببة بذلك نتائج ضارة تتعلق بكفاءة الأداء وتأكيد الجودة، وإما بمعاناة هذه الوحدات لعجز تمويلي، يغطي بين الحين والآخر، بتدخلات عشوائية، لسداد العجز، بواسطة الحكومة المركزية.

معيار جودة الرعاية:

إن عدم كفاية الموارد من ناحية، وغيبة نظام لترشيد إنفاق الموارد، يؤديان إلي إنعكاس نتائج الأداء المحدود، بأضرار علي الجودة، وذلك ما يؤدي إلي الوضع المرضي المزمن، الذي تعاني منه وزارة الصحة المصرية علي وجه التحديد، وهو المشكلة المزدوجة: نقص التمويل الجاري من ناحية، وتزايد مباني وتجهيزات الخدمات من ناحية ثانية.

ثانيا: بالنسبة للتنظيم وإدارة الموارد المالية:

معيار عدالة الرعاية الصحية:

- إن تعدد تقسيم الشرائح السكانية، ذات الموارد المتباينة، يؤدي إلي تفاوت ولوج السكان، للحصول علي الخدمة الصحية، منتجا للتفاوتات طبقا لـ:
- التقسيمات الجغرافية، (حضر- ريف/ محافظات حضرية - وأخرى غير حضرية).
- التقسيم السكاني، طبقا للظروف الاقتصادية والاجتماعية، بما يؤدي إلي خدمة منخفضة للبعض، وصعوبة الإتاحة والولوج للخدمة للبعض الآخر.
- التقسيم العمري، حيث تصبح الإتاحة متفاوتة للحصول علي الخدمة بين الصغار والحوامل من ناحية، وبالغين والعاملين من ناحية ثانية، وكبار السن ومن يعانون من أمراض مزمنة أو عاهات من ناحية ثالثة.

معيار كفاءة الرعاية الصحية:

إن تمويل معظم المنظمات والمعاهد الصحية، أيا كانت جهات تبعيتها الإدارية، تمول من خلال وزارات وهيئات، تحصل علي الأموال من الموازنة المركزية الحكومية. وتدار تلك الموارد بتلك الهيئات، والمنظمات الحكومية، الخاضعة للقواعد والتعليمات الحكومية، إدارة مالية وتنظيمية غير كفئة، وذات تكاليف مرتفعة، للإففاق علي تلك المنظمات العلوية والوسيطه.

وفي ذات الوقت فإن تلك الوزارات والهيئات والمنظمات، التي تدير، وتقدم الخدمات الصحية، بواسطة حلقة متكاملة، من مقدمي الخدمات الصحية، تعقد وتحد من إمكانية ظهور نظم حافزة للكفاءة، حافزة لسلوك صحي إيجابي، ومشجعة علي شراء حزم خدمية أخرى أكثر كفاءة من غيرها في تقديم الخدمة، وباختصار فالنظام القائم ممول غير كفاء، كما أنه مقدم خدمة غير كفاء (صاحب بالين).

معيار جودة الرعاية الصحية:

إن وجود العيبين: العيب الأول: هو غيبة مؤشرات الجودة. والعيب الثاني: هو تجزئة تمويل شرائح سكانية، مغلقة، علي مقدمي خدمة بعينهم، لكل شريحة، لا يؤدي إلي مستوي جيد، وجودة مرتفعة، وإنما يؤدي إلي ظهور قطاعات ذات مستويات متباينة (نقصا وجودة).

ثالثا: بالنسبة لشراء تقديم الخدمة:

معيار عدالة الرعاية الصحية:

إن النظام التمويلي الحالي مصمم، بحيث لا يسمح لمقدمي الرعاية الصحية، بالانتقال إلي المناطق ذات الخدمة الطبية المتدنية.

معيار الكفاءة الرعاية الصحية:

إن نظام الدفع الحالي لمقدمي الرعاية الصحية، قد نما بالمحاولة والخطأ، وأصبح نظاما عشوائيا، ليس له علاقة بالإنتاجية، وليس قادرا علي إحتواء ارتفاع

الأسعار، ولا هو قادر علي تشجيع المرضى للإستخدام الرشيد، والفاعل، والكفاء، للخدمات الصحية.

معيار جودة الرعاية الصحية:

إن نظام الدفع الحالي لمقدمي الرعاية الصحية، غير مرتبط بمعايير الجودة، كما أن الجهات الحكومية الإدارية بالمنظمات الصحية، ليس لديها القدرة ولا النظام الصحي، الذي يمكنها من متابعة جودة الرعاية الصحية، ولا القدرة علي ربط الأجر بجودة الرعاية الصحية.