مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية
كلية التجارة
جامعة الإسكندرية

العدد الأول– المجلد الرابع والخمسون – يناير ٢٠١٧

الأثار الإقتصادية لتفعيل دور الإنفاق العام في تحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر

د / ياسر إبراهيم محمد داود

مدرس بقسم الاقتصاد والمالية العامة
كلية التجارة - جامعة مدينة السادات

The Economic Impact of Activating Public Expenditure role in Enhancing Health and Therapeutic Services for Public and Central Hospitals in Egypt

مخلص البحث

- تعتمد الرعاية الصحية الحديثة علي أسس معينة منها:
- توفيرها للمنتفع منها بالقرب من مكان معيشته وعمله.
- ملائمة تكاليف الخدمات الصحية مع قدرات المنتفع المالية .
- توفيرها بجودة ملائمة أو علي الأقل تحديد حد أدني معياري لجودة الخدمة الصحية والعلاجية – علي مستوي جميع التخصصات– حتى لو قدمت الخدمة مجانا .
- وأمام الإحتياجات المتزايدة سنويا علي الخدمات الصحية والعلاجية – مع إنخفاض المستوي المعيشي للمواطنين وبتزايد معدلات الفقر في مصر– يتجه المواطنين نحو العيادات والمستشفيات الحكومية المجانية – خاصة المستشفيات العامة والمركزية– طلبا للعلاج

وذلك بسبب:

- إرتفاع تكلفة الرعاية الصحية بسبب إرتفاع قيمة الأجهزة الطبية والإحتياج لتطويرها وتحديثها.
- إرتفاع أسعار الدواء والإجراءات التشخيصية.
- إرتفاع أسعارالمستلزمات الطبية المستخدمة في العمليات وذلك لإستيرادها بالعملة الأجنبية.
- ويؤدي توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية إلي تحقيق بعض الآثار الإجتماعية والاقتصادية على مستوى الفرد والمجتمع .

الكلمات الإفتتاحية

خدمات الرعاية الصحية – المستشفيات العامة والمركزية– المنتفع– الدواء والإجراءات التشخيصية العيادات والمستشفيات الحكومية المجانية الأثار الإجتماعية والاقتصادية

Abstract:

- Modern health care depends on specific principles among them:
- It should be close to the beneficiary's home and place of work.
- The suitability of the health service to the beneficiary's financial abilities.
- It should be provided with an appropriate quality or at least there should be a standard minimum for the quality of health and therapeutic services – in all the specialties- even if the service is for free.
- In front of the annual increase of the need for health and therapeutic services- with the decrease of the citizens' standard of living and the increase of poverty in Egypt- citizens go for medication to free governmental hospitals and clinics- especially public and central hospitals for the following reasons:
- The increase of the cost of health care because of the increase of the cost of medical equipments and the need for developing and modernizing them.
- The increase of the prices of medicine and the diagnostic procedures.
- The increase of the prices of medical supplies used in surgeries as they are imported with foreign currency.
- Providing and improving health and therapeutic services in public and central hospital lead to the achievement of some social and economic effects individually and all over the society.

Key Words

health care services -the public and central hospital - beneficial - medicines and diagnostic procedures. free governmental hospitals and clinics - social and economic impact

- إرتفاع أسعار المستلزمات الطبية المستخدمة في العمليات الجراحية وذلك لإستيرادها بالعملة الأجنبية.

١- مشكلة البحث:

تمثل الإختلالات الإقتصادية الجوهرية بقطاع الصحة في مصر مجموعة المشاكل الرئيسية التي يعاني منها قطاع الصحة **سواء المتعلق منها:**

أ- بتوافر الموارد المالية والبشرية والبنية الأساسية والمستلزمات السلعية والخدمية اللازمة لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية والعلاجية.

ب- بالتزايد المستمر للطلب علي الخدمات الصحية والعلاجية من كافة فئات المجتمع في مصر مع إنخفاض إمكانيات إنتاج وتقديم تلك الخدمات الصحية والعلاجية في مصر.

ويعالج البحث أحد المقومات الرئيسية لإقتصاديات الرعاية الصحية،المستشفيات العامة والمركزية، وتدور المشكلة البحثية **حول النقاط التالية:**

- إنخفاض المستوي الفعلي للخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر عما هو مستهدف ومخطط لها، وذلك بسبب:

أ- إنخفاض المتاح من الموارد المالية والمادية لتحقيق ذلك .

ب- إنخفاض كفاءة الموارد البشرية بها مما يسبب العديد من الضياعات الإقتصادية في مجال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية بتلك المستشفيات .

- تدني مستوي الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية، الأمر الذي يتولد عنه إتجاه الأسر المصرية، خاصة الفقيرة منها، للجهات الطبية والصحية الأخرى مما يزيد من

تقديم :

يشمل المفهوم الحديث للرعاية الصحية الخدمات التالية:

أ- الخدمات التشخيصية.

ب-الخدمات العلاجية والتأهيلية.

ت-الحفاظ علي الصحة العامة في إطار التنمية البشرية للمجتمع .

ث- الحفاظ علي حقوق الإنسان في العلاج والحصول عليه.

ج- عدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية علي جميع المواطنين.

كما تعتمد الرعاية الصحية الحديثة علي أسس معينة منها:

- توفيرها للمنتفع منها بالقرب من مكان معيشته وعمله.
- ملائمة تكاليف الخدمات الصحية مع قدرات المنتفع المالية.
- توفيرها بجودة ملائمة أو علي الأقل تحديد حد أدني معياري لجودة الخدمة الصحية والعلاجي
- علي مستوي جميع التخصصات – حتي لو قدمت الخدمة مجانا .

وأمام الإحتياجات المتزايدة سنويا علي الخدمات الصحية والعلاجية – مع إنخفاض المستوي المعيشي للمواطنين وبتزايد معدلات الفقر في مصر – يتجه المواطنين نحو العيادات والمستشفيات الحكومية المجانية خاصة المستشفيات العامة والمركزية ، طلبا للعلاج **وذلك بسبب:**

- إرتفاع تكلفة الرعاية الصحية بسبب إرتفاع قيمة الأجهزة الطبية والإحتياج لتطويرها وتحديثها .
- إرتفاع أسعار الدواء والإجراءات التشخيصية .

في مصر وعلي مستوي المستشفيات الحكومية والتخصصية.

- الأهمية المكانية والديموجرافية للمستشفيات العامة والمركزية في مصر.
- أوجه الإنفاق الحكومي علي قطاع الصحة في مصر خلال السنوات الأخيرة وخاصة الإنفاق علي خدمات المستشفيات ومنها المستشفيات العامة والمركزية .
- أهم العوائد الإقتصادية والإجتماعية من توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر.

٤- الدراسات السابقة:

من الدراسات السابقة في مجال إقتصاديات الرعاية الصحية الدراسات التالية :

٥-١: دراسة بكينام محمود محمد فكري أحمد عن: تمويل المستشفيات من خلال المشاركة بين القطاعين العام والخاص" دراسة الحالة المصرية ". ولقد كان من ضمن الأهداف الرئيسية لتلك الدراسة التعرف علي مدي إمكانية إستخدام نظام المشاركة بين القطاعين العام والخاص كأحد سبل تمويل المستشفيات من خلال إستعراض تجارب عدد من الدول المتقدمة والنامية في ذلك المجال والتعرف علي عوامل نجاح أو فشل تلك التجارب ومدي تطبيق ذلك النظام في قطاع الرعاية الصحية المصري(١).

ومن أهم توصيات تلك الدراسة " القضاء علي البيروقراطية الحكومية من خلال تيسير إجراءات إستخراج تراخيص البناء.

٥-٢: دراسة ياسمين فكري ياسين الخضري عن" الإنفاق الصحي العام في مصر: معاناة تلك الأسر الفقيرة لإرتفاع تكاليف العلاج بتلك الجهات الأخري .

- يمثل إنخفاض الإستثمارات الحكومية السنوية المخصصة لإنشاء وتجهيز المستشفيات العامة والمركزية العائق الرئيسي أمام توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بها .
- القصور الوظيفي في أساليب إدارة المستشفيات العامة والمركزية، الأمر الذي يؤثر سلبا في مدي جودة وملائمة وإتساق الخدمات الصحية والعلاجية بها بالمقارنة مع المعايير المحلية أو الدولية لها.

٢- فروض البحث:

يحاول البحث إختبار الفروض التالية:

أ- يعاني قطاع الصحة في مصر من قصور كمي ونوعي لكافة المقومات الاقتصادية لتحديثه وتطويره ، خاصة علي مستوي المستشفيات العامة والمركزية في مصر.

ب- مصادر التمويل الحكومية وحدها قاصرة عن توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر .

ت- يحقق توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر العديد من الوفورات الإقتصادية العامة والخاصة .

٣- أهداف البحث:

وفي ضوء الفروض البحثية يحاول البحث تحقيق مايلي :

- توضيح أوجه القصور المادي والوظيفي والمؤسسي في قطاع الصحة في مصر.
- تحليل الأهمية النسبية للمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي إجمالي المستشفيات

- التكامل بين شركات الدواء لإنتاج أدوية جديدة من النباتات الطبية .

٥-٤: تناولت سلسلة قضايا التخطيط والتنمية رقم (١٨١) عن: " تحديد الإحتياجات بقطاعات الصحة والتعليم ماقبل الجامعي والتعليم العالي في مصر" وأهم المشاكل التمويلية التي تعيق التنفيذ الفعلي لكافة الأهداف المقدرة بقطاع الصحة سنويا خاصة علي مستوي الإنفاق الإستثماري الحكومي وكان من أهم توصيات الدراسة (٤):

أ- الإهتمام بالتأمين الصحي في مصر، حيث أنه ضرورة إجتماعية لا يمكن للمجتمع المصري الإستغناء عنها ولابد من ضمان إستمرار ومواصلة تقديم خدماته مستقبلا ولكن بشكل أخر .

ب- إنشاء صندوق للصحة علي مستوي كل محافظة .

ج- إعادة النظر في التخطيط الصحي علي المستوي القومي .

٥-٥: دراسةA.LaFond: دعم الرعاية الصحية الأولية (٥):

إستهدفت تلك الدراسة تقييم القدرة علي إسترداد تكلفة خدمات الرعاية الصحية في٤٨ منشأة طبية تابعة لمنظمات غير حكومية في بنجلاديش، وقد خلصت الدراسة إلي ضرورة تقييم الفجوة بين التكاليف الفعلية وإسترداد التكاليف من الخدمات الصحية، وحساب نسبة إسترداد التكاليف والحاجة إلي تطبيق إستراتيجيات وأليات واقعية لتقليل هذه الفجوة . وبشكل أكثر تحديدا ، فقد دعت الدراسة إلي وضع إستراتيجية لتحسين كفاءة إستخدام المرافق الصحية وتعظيم الإستخدام الأمثل للموظفين، وتشجيع زيادة ترشيد إستخدام الأدوية . ولقد أكدت إمكانية تطبيق نهج التمويل القائم علي النتائج ". **ومن ضمن أهداف الدراسة مايلي (٢) :**

أ- إستعراض الإطار النظري لنهج التمويل القائم علي النتائج .

ب- دراسة الإنفاق الصحي العام في مصر وإتجاهات هذا الإنفاق .

وتوصلت الدراسة إلي مجموعة من النتائج منها:

- عدم كفاءة الإنفاق الصحي العام في مصر وعدم ربط الأجر بالأداء .
- الإعتماد علي الطرق التقليدية في التمويل .
- عدم الأخذ في الإعتبار مستوي الجودة والكفاءة .

وأظهرت الدراسة عدم توافر متطلبات نهج التمويل القائم علي النتائج في مصر، مما يستدعي بذل المزيد من الجهد من أجل إمكانية تطبيقه في مصر بنجاح .

٥-٣: إستهدفت دراسة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عن: قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر ما يلي(٣):

- التعرف علي المنظومة الصحية في مصر التي ينتمي إليها قطاع الدواء .
- إلقاء الضوء علي الإنتاج والإستيراد والتصدير والميزان التجاري في مصر والعالم .
- إبراز أهم التحديات التي تعيق قطاع الدواء وسبل مواجهتها.

وكان من أهم توصيات الدراسة في مجال الإستثمار في الدواء :

- دراسة أسباب عزوف القطاع الخاص عن الإستثمار في قطاع الدواء .

٥-٨: دراسة مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار: دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص (٨):

إستهدفت الورقة البحثية طرح النموذج الجديد المقترح لإصلاح منظومة الرعاية الصحية في مصر، وقد أوصت الدراسة بمرتكزات أساسية يمكن إيجاز بعضها فيما يلي :

- الفصل بين الجهة التي تمول النظام الصحي وبين مقدمي تلك الخدمات من ناحية، وبين الجهة الإشرافية والتقييمية من ناحية أخري.
- تفعيل نظم مشاركة الأفراد عند الحصول علي الخدمات الصحية تبعا لمستوي دخلهم .
- توحيد الجهة التي تقدم الرعاية الأولية للفرد .
- حرية الفرد في إختيار وتغيير جهة العلاج ، مما يخلق روح المنافسة تبعا لضوابط محددة .
- إدارة أفضل تعتمد علي تكنولوجيا المعلومات ، لترشيد الإنفاق العام علي الصحة ولتسهيل الحصول علي الخدمة، وحفظ المعلومات الطبية والمحاسبية .

٥-٩: دراسة مركز الدراسات الإستراتيجية بالأهرام عن"إقتصاديات الصحة في مصر في مرحلة الإنتقال وحتي الأن " (٩):

- إستهدفت هذه الدراسة تناول التغيرات فى السياسة الصحية وإقتصاديات الصحة التى حدثت خلال مرحلة الإنتقال إلى سياسة الإنفتاح الاقتصادى منذ عام ١٩٧٤ وحتي الأن في مصر، حيث كان لابد وأن يؤثر هذا التغيير فى السياسة الإقتصادية على الصحة واقتصادياتها.

الدراسة بوجه خاص علي زيادة الإستفادة من خدمات الأقسام الداخلية من خلال الخدمات الإضافية .

٥-٦ : دراسة Gilbert Cripps & Others: تصميم وإدارة خطط تمويل الصحة المجتمعية في شرق وجنوب أفريقيا (٦):

وقد إستهدفت الدراسة إلي إستعراض بعض أمثلة الأنشطة الإقتصادية لبعض المنظمات غير الحكومية ذات الصلة بالخدمات الصحية مثل: تصنيع الأدوية ، أو بيع أدوية بأسعار مدعمة بهامش ربح بسيط من إدارة صيدليات ، هذا بالإضافة إلي تقديم خدمات المساعدة الفنية ، والبحوث لمنظمات أخري.

٥-٧ : دراسة Nihal Hafez : التحليل المؤسسي لإصلاح السياسات الصحية في مصر(٧):

وقد إستعرضت تلك الدراسة الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة الحكومي في مصر، ومصادر تمويله، وأسباب تدني كفاءة المستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة ، وقد إنتهت الدراسة إلي إقتراح عدد من التوصيات :

- ضرورة إجراء تغيرات في الهيكل التنظيمي والسياسات الخاصة بإدارة الموارد البشرية، وتفعيل برامج التدريب، ووضع معايير لضبط جودة الأنشطة الطبية .
- تفعيل دور القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية في تمويل قطاع الصحة، نظرا لإنخفاض مستوي الإنفاق العام في مصر في مجال الرعاية الصحية .

ت- توجيه الدعم الحكومي إلى مستحقيه من الفقراء و محدودي الدخل.

ث- الإهتمام بالتعليم الطبي المستمر وتجديد تراخيص الممارسة الصحية على فترات.

ج- وبالنسبة للتأمين الصحي فكان من أهم توصيات الدراسة هو أهمية فصل تمويل الخدمة الصحية عن تقديمها.

ح- خصخصة هيكل تقديم الخدمات فى وزارة الصحة عن طريق جدولة بيع المستشفيات والعيادات إلى القطاع الخاص، أو تغيير طبيعتها كهيئات غير ربحية إلى هيئات ربحية يطلق عليها هيئات إقتصادية- وهذا ما تم فيما بعد عند إنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية- ويتسق هذا مع السياسات المعلنة من البنك الدولى حيث يطرح خصخصة المستشفيات الحكومية من خلال ثلاث مراحل(١٠):

- توسيع إختصاصات إدارة المستشفيات .
- تحويل المستشفيات إلى شركات.
- خصخصة الشركات.

٥-١٠: دراسة غني دحام الزبيدي، ورضا عبدالمنعم محمد حسن عن: العلاقة بين الرسمية والمركزية وتأثيرها في جودة الخدمات الصحية" دراسة إستطلاعية لأراء عينة من العاملين والمرضى في مستشفيات بغداد/الرصافة"(١١).

إستهدفت الدراسة تحديد طبيعة العلاقة بين الرسمية و المركزية ومدى تأثيرهما في جودة الخدمة الصحية المقدمة في خمسة مستشفيات حكومية في مدينة بغداد/الرصافة وشملت عينة الدراسة ١٠٠ فردا بواقع (٥٠) من العاملين في المستشفيات

- ولقد تناولت الدراسة أيضا مصادر تمويل الخدمات الصحية في مصر والتي تتلخص في المصادر التالية وحسب ترتيب الأهمية (وذلك عن العام المالي ٢٠٠٧/٢٠٠٨):

- الإنفاق من الجيب ٦٠%.
- تمويل من وزارة المالية يبلغ ٣٦% من الإجمالي .
- تمويل من أصحاب الأعمال ومن مشروعات قطاع عام بـ٢% لكل منهما.
- ويقتصر التمويل الأجنبي فى ذلك العام على ٠.٦% (والتمويل الأجنبى فى السنوات السابقة عن ٢٠٠٧/٢٠٠٨ تراوح بين حد أقصى ٣% وحد أدني٠.٦%، فضلا عن أنه صفر بالمائة في بعض السنوات).

- **كما أشارت الدراسة أن الرعاية الصحية تقسم عادة إلى ثلاثة مستويات:**

- **الرعاية الصحية الأولية:** وتضم الوقاية وخدمة العيادات الخارجية والأدوية.
- **الرعاية الصحية الثانوية:** ويقصد بها الرعاية الإكلينيكية العادية فى المستشفيات العامة والمركزية.
- **الرعاية الصحية الثالثية أو المهارية المتقدمة :** مثل الجراحات المتقدمة للقلب والمخ والعظام وعلاج الأورام والفشل الكلوى وقساطر القلب وغيرها.

- **ومن أهم توصيات تلك الدراسة :**

أ- التوسع في تطبيق إسترداد التكاليف في المستشفيات الحكومية أياً كانت تبعيتها.

ب- توفير الحوافز الملائمة لمقدمي الرعاية الصحية الأولية والوقاية وطب الأسرة.

الخاص علي تحمل تبعات خصخصة المستشفيات الحكومية.

- مدي تباين رؤية المرضي والمترددين علي مستشفيات القطاع العام (المستفيدين من الخدمات الصحية الحكومية) نحو قدرة القطاع الخاص علي تحمل تبعات خصخصة مستشفيات القطاع العام ، بتباين العوامل الديموجرافية المختلفة (الجنس، العمر ،المؤهل العلمي، معدل الدخل).

٦- أهمية البحث :

ترجع أهمية البحث لقلة الأبحاث العلمية التي تناولت إقتصاديات الرعاية الصحية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر. ولقد تم إختيار المستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية – من ضمن المؤسسات الصحية والعلاجية في مصر– **للأسباب التالية :**

أ- الإنتشار الجغرافي لتلك المستشفيات علي مستوي الجمهورية مما يعزز من أهمية توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بها وإنعكاس ذلك علي الفئات الدخلية المختلفة في المجتمع ، خاصة الفئات الفقيرة .

ب- تدني الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية، خاصة مع تطبيق سياسات برنامج الإصلاح الإقتصادي والتخفيض التدريجي للإنفاق الحكومي الإستثماري لإنشاء مستشفيات جديدة .

ت- ما تمثله تلك المستشفيات من رأس مال ثابت قائم بالفعل لقطاع الصحة في مصر، ومن ثم أهمية المحافظة عليه وتعظيم العائد الاجتماعي والاقتصادي من وجوده، متمثل ذلك في تعزيز

و(٥٠) من المرضى، وإعتمدت الدراسة علي الإستبيانات كأداة رئيسية لجمع البيانات والمعلومات، إذ تم تصميم إستبيانين، خصص الأول لعينة العاملين والثاني لعينة المرضى (الزبائن) . **وكان من نتائج الدراسة :**

- أن هناك تبني واضح للرسمية والمركزية في المستشفيات محل البحث.
- تدني في مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.
- أن هناك علاقة وتأثير سالبين لكل من الرسمية والمركزية في جودة الخدمة الصحية.

ولقد قدمت الدراسة عدد من التوصيات كان أهمها ضرورة ممارسة تفويض الصلاحيات وإتاحة المشاركة للعاملين، وتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

٥-١١: دراسة وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية وكلية الأعمال بجدة عن: خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها علي تحسين جودة الخدمات الطبية" دراسة تطبيقية علي مستشفيات القطاع العام في المملكة العربية السعودية وبالتطبيق علي مستشفيات محافظة جدة (١٢).

والهدف الرئيسي لتلك الدراسة هو التعرف علي أثر خصخصة مستشفيات القطاع العام في المملكة العربية السعودية علي تحسين جودة وزيادة جودة الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية) ، **وكان من أهداف الدراسة أيضا:**

- بيان مدي تباين رؤية العاملين في المستشفيات الحكومية في محافظة جدة نحو قدرة القطاع

المبحث الأول

تقييم وضع الخدمات الصحية والعلاجية في مصر

١- تمهيد:

الصحة هي حق من حقوق الإنسان، ومن الضروري إتاحة الرعاية الصحية أمام جميع الشرائح الإجتماعية في المجتمع وهي مسئولية الدولة. والرعاية الصحية الأساسية تتضمن (١٣):

- تقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية.
- الخدمات التعليمية الصحية والعلاجية.
- ويتضمن مفهوم الرعاية الصحية الأولية أيضا مشاركة المجتمع في توفير الخدمات الصحية والعلاجية.
- إستخدام أساليب تكنولوجية بسيطة ومؤثرة.
- المشاركة الفعالة للعمالة الطبية المساعدة.

والمكونات الأساسية للرعاية الصحية الأولية هي:

- التثقيف الصحي و الصحة البيئية.
- البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة.
- التطعيم وتنظيم الأسرة.
- الوقاية من الأمراض المتوطنة.
- العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة.
- توفير الأدوية الضرورية.
- نشر الوعي بأسس التغذية الصحية وطرق العلاج التقليدية.

وبناء علي ذلك فإن الرعاية الصحية يجب إعتبارها استثمارا في التنمية البشرية، ولكي يتحقق هذا الهدف يجب أن تعتمد الخطة الصحية على التركيز على البرامج الوقائية في مخطط صحي يهدف أساسا إلى الإرتقاء بالصحة عن طريق الوقاية الأثار الخارجية الموجبة منه مع تقليل التكاليف الاجتماعية المتولدة عنه.

٧- منهج البحث ومصادره :

يعتمد الباحث علي المنهج الإستقرائي بالإضافة إلى إستخدام الأسلوب التحليلي من خلال البيانات والمعلومات المتوافرة ، وكذلك الإستنتاج المنطقي لأبعاد المشكلة . ومن أهم مصادر المعلومات للبحث :

- التقارير والمنشورات المختلفة للجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء .
- وزارتي الصحة والمالية .
- منظمة الصحة العالمية(المركز الإقليمي لشرق المتوسط بالقاهرة).

٨- هيكل البحث:

سيتم تناول البحث حسب تسلسل المباحث الأربعة التالية :

المبحث الأول: تقييم وضع الخدمات الصحية والعلاجية في مصر.

المبحث الثاني: الأهمية المؤسسية والديموجرافية للمستشفيات العامة والمركزية في مصر.

المبحث الثالث : التمويل الحكومي للمستشفيات العامة والمركزية في مصر.

المبحث الرابع : سياسات وإجراءات تحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية وعائدها الإقتصادي والإجتماعي.

خاتمة: تتضمن نتائج وتوصيات البحث.

أسرة للعناية بصحة الأمهات والأطفال ووحدات متنقلة لتقديم العلاج .

وفي عام١٩٤٢ صدر القانون رقم ٦٤ والخاص بتحسين الصحة في الريف، وقد قرر القانون تأسيس إدارة للصحة والهندسة في كل مديرية (محافظة) من مديريات مصر. وعملت هذه الادارة علي تحسين الظروف الصحية العامة للقري في المناطق الريفية التابعة لكل مديرية، وقرر القانون أيضا إنشاء المجمعات الصحية (مجمع صحي واحد لكل ١٥٠٠٠٠ نسمة) .

وبعد ثورة يوليو١٩٥٢ عملت الدولة علي التوسع في الخدمات الصحية الحكومية ومدها خارج نطاق المدن والمناطق الحضرية ووصولها إلي الريف وأيضا إلي الوجه القبلي (١٤) .

٣-الملامح الرئيسية لأهم المؤشرات المؤسسية والوظيفية لتوفير الخدمات الصحية في مصر:

١/٣: الإنفاق العام علي الصحة في مصر:

تعتبر مصر من أقل دول العالم في الإنفاق العام علي الصحة، سواء كان ذلك الإنفاق إنفاق جاري أو إستثماري، وسوف نعتمد في بيان ذلك بالعديد من المؤشرات، نذكر منها:

١/١/٣: تعتبر مصر من أقل الدول إنفاقا علي الصحة، ويظهر الجدول التالي رقم (١) نسبة الإنفاق العام علي الصحة إلي إجمالي الانفاق العام للدولة في مصر طبقا للحساب الختامي للدولة (٢٠٠١/٢٠٠٢– ٢٠١١/٢٠١٢):

من الأمراض والإكتشاف المبكر لها والعلاج الكامل لها في توازن علمي يأخذ في الاعتبار أن الخدمات الصحية الوقائية هي المسئولية الأساسية لوزارة الصحة كإلتزام قومي دون المساس بالخدمات العلاجية، وهو نشاط تقوم به وزارة الصحة وتؤديه أيضا هيئات وأجهزة علمية متعددة أخرى .

وعلي ذلك فالخدمات الصحية المقدمة عن طريق المؤسسات العلاجية العامة والخاصة في مصر، وتشرف عليها وزارة الصحة، تشمل كل من:

- الخدمات الصحية الوقائية.
- الخدمات العلاجية التخصصية.

فالرعاية الصحية تهدف إلي رفع المستوي الصحي للأفراد والجماعات وعلي مستوي الجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية .

٢- التطور المعاصر للخدمات الصحية الحكومية في مصر:

بدأ تطوير الخدمات الصحية في مصر منذ عام ١٩٢٣ بإنشاء المستشفيات المركزية ، وتبع ذلك في عام ١٩٢٨ إنشاء المستشفيات الريفية كعيادات خارجية مع وجود سرير فقط للطوارىء. ولقد تم إستبدال تلك المستشفيات الريفية في عام ١٩٤٠ بالمكاتب الصحية الشاملة، وكانت أول خدمة صحية متخصصة تم تقديمها خارج نطاق المدن الكبيرة قد بدأت عام ١٩٠٤ من خلال عيادات العيون المتنقلة، وقد إستخدمت هذه العيادات المتنقلة أيضا في عام ١٩٢٨ لمكافحة الأمراض المتوطنة.

وفي عام ١٩٣٦ تم إنشاء وزارة الصحة، والتي كانت تحتوي علي قسم خاص بالصحة الريفية وكان من مهام هذا القسم إنشاء مكاتب الصحة للقيام بالإجراءات الوقائية، ولقد ألحقت بهذه المكاتب

جـــــدول رقم (١)

نسبة الإنفاق العام علي الصحة إلي إجمالي الإنفاق العام للدولة في مصر طبقا للحساب الختامي للدولة (نسب مئوية %)

العام المالي	نسبة الإنفاق العام علي الصحة إلي إجمالي الإنفاق العام للدولة %
٢٠٠٢/٢٠٠١	٣.٤١
٢٠٠٣/٢٠٠٢	٣.٧٧
٢٠٠٤/٢٠٠٣	٣.٩٨
٢٠٠٥/٢٠٠٤	٤.٥
٢٠٠٦/٢٠٠٥	٤.٦
٢٠٠٧/٢٠٠٦	٤.٧
٢٠٠٨/٢٠٠٧	٤.٧
٢٠٠٩/٢٠٠٨	٤.٥
٢٠١٠/٢٠٠٩	٤.٧
٢٠١١/٢٠١٠	٥
٢٠١٢/٢٠١١	٤.٧٨
المتوسط العام	٤.٤٢

المصدر : الفترة من عام ٢٠٠٢/٢٠٠١ ، ٢٠٠٣/٢٠٠٢ – الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – الكتاب الإحصائي السنوي٢٠٠٥– يوليو٢٠٠٦- ص ٣٢٦ أما باقي الفترة فمصدرها : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء – الكتاب الاحصائي السنوي – سبتمبر ٢٠١٣ – والمتوسط العام حسب بمعرفة الباحث .

ويظهر من الجدول أعلاه أن متوسط نسبة الإنفاق العام علي الصحة في مصر لإجمالي الإنفاق العام للدولة بلغ لفترة الإحدى عشر عاما من عام ٢٠٠٢/٢٠٠١ – ٢٠١٢/٢٠١١ ٤.٦ % هذا في حين أن بعض الدول في العالم والتي تتعايش مع حروب إقليمية وأهلية يزيد فيها الإنفاق علي الصحة عن نسبته في مصر، فقد بلغت تلك النسبة في أفغانستان ٧.٥%، وفي العراق ٨.٤%، وفي بوروندي١١.٧%، مع العلم أن المعدل الدولي الذي تم إقراره في قمة الألفية بالأمم المتحدة عام ٢٠٠٠هو١٥% من إجمالي الإنفاق العام للدولة (١٥).

٢/١/٣: أشار تقرير منظمة الصحة العالمية أن مصر تحتل المرتبة ٦٦ علي مستوي العالم بالنسبة لمستوي الصحة وذلك للأسباب التالية (١٦) :

تنفق مصر علي القطاع الصحي ٤.٨ % من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي وهو أقل من المعدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية وهو١٠ % من الناتج المحلي الإجمالي.

- أن الفئات الأكثر فقرا هي الأكثر معاناة من تكلفة الخدمات العلاجية، حيث ينفقون١٥% من دخلهم علي العلاج بينما يعتبر الأغنياء هم الأقل إنفاقا علي العلاج والأدوية حيث ينفقوا حوالي٧.٨% من دخلهم علي العلاج .
- أن أفقر فئات المجتمع في مصر هي أقلها في الحصول علي الدعم ، حيث يحصلون علي١٦% من الدعم مقابل ٢٨% للأغنياء، وهذا يعكس إفتقار خدمات الرعاية الصحية في مصر إلي العدالة والإتاحة بتكلفة مناسبة .

وتجدر الإشارة أن هناك علاقة طردية بين الفقر وزيادة معدل الإعتلال والمرض، فكلما إنخفض المستوي المعيشي للمواطن زادت فرص إصابته بالأمراض المختلفة، ومن ثم زادت نسبة إنفاقه علي العلاج، وتلك أحد الحلقات الرئيسية للتخلف في الدول والمجتمعات الفقيرة .

٣/١/٣: نسبة الإنفاق علي الصحة من الناتج المحلي الإجمالي لمصر مقارنة ببعض الدول عام ٢٠١١:

يوضح الجدول التالي رقم (٢) نسبة الإنفاق علي الصحة من الناتج المحلي الإجمالي لمصر مقارنة ببعض الدول عام ٢٠١١، ويظهر منه أن الهند ومصر أقل الدول إنفاقا علي الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي من بين الدول التي يشملها الجدول رقم (٢) التالي وبنسبة ١.٢% و١.٤% لكل من الهند ومصر علي الترتيب .

جـــــدول رقم (٢)

نسبة الإنفاق علي الصحة من الناتج المحلي الإجمالي لمصر مقارنة ببعض الدول عام ٢٠١١

البيـــــان / الـــــدول	الناتج المحلي الإجمالي بالمليار دولار معادل بالقوة الشرائية ٢٠٠٥	نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالدولار ومعادل بالقوة الشرائية ٢٠٠٥	نسبة الإنفاق علي الصحة من الناتج المحلي الإجمالي %
مصر	٤٥٧.٨	٥.٥	١.٤
النرويج	٢٣٢.٧	٤٧	٨
الولايات المتحدة الأمريكية	١٣٢٣٨.٣	٤٢.٥	٩.٥
اليابان	٣٩١٨.٩	٣٠.٧	٧.٨
كوريا	١٣٧١	٢٧.٥	٤.١
إسرائيل	٢٠٧.٥	٢٦.٧	٤.٦
إنجلترا	٢٠٣٤.٢	٣٢.٥	٨.١
البحرين	٢٦.٩	٢١.٣	٣.٦
روسيا	٢١٠١.٨	١٤.٨	٣.٢
السعودية	٦٠١.٨	٢١.٤	٢.٧
كوبا	-	-	٩.٧
البرازيل	٢٠٢١.٣	١٠.٣	٤.٢
تونس	٨٨.١	٨.٣	٣.٤
الأردن	٣٢.٦	٥.٣	٥.٤
الصين	٩٩٧٠.٦	٧.٤	٢.٧
جنوب أفريقيا	٤٨٩.٦	٩.٧	٣.٩
الهند	٣٩٧٦.٥	٣.٢	١.٢
كينيا	٦٢.٧	١.٦	٢.١

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر – رقم المرجع ٨٠-٢٣٤١٢/٢٠١٥ – إصدار مايو ٢٠١٥– ص ١٩.

٤/١/٣: ويوضح الجدول التالي رقم (٣) تطور الإنفاق العام الصحة طبقا للموازنة العامة للدولة خلال الفترة (٢٠٠٢/٢٠٠٣- ٢٠١٣/٢٠١٤) :

جـــــدول رقم (٣)

تطور الإنفاق العام علي الصحة طبقا للموازنة العامة للدولة

خلال الفترة (٢٠٠٢/٢٠٠٣- ٢٠١٣/٢٠١٤)

(الإنفاق بالمليون جنية)

البيـــان / السنة	الإنفاق العام (١)	الإنفاق العام علي الصحة (٢)	نسبة الإنفاق علي الصحة إلي الإنفاق العام (٣) = (٢) / (١) %	(٤) معدل النمو في (٣) %
٢٠٠٣/٢٠٠٢	١٤٣٠١٤	٥٧٧٧	٤.٠٤	-
٢٠٠٤/٢٠٠٣	١٥٩٦٠١	٥٩٦٤	٣.٧٤	٧.٤-
٢٠٠٥/٢٠٠٤	١٦٠١٠٤	٧٦٢٦	٤.٧٧	٢٧.٥
٢٠٠٦/٢٠٠٥	١٨٦٨١٧	٨٢١٠	٤.٣٧	٨.٤-
٢٠٠٧/٢٠٠٦	٢١٧٢٧٥	٩٣٤٥	٤.٣	١.٦-
٢٠٠٨/٢٠٠٧	٢٤٤٠٦١	١١٨٥٠	٤.٨٦	١٣
٢٠٠٩/٢٠٠٨	٣٤٣٩١٢	١٢٩٢٥	٣.٧٦	٢٢.٦-
٢٠١٠/٢٠٠٩	٣٢٣٩١٧	١٦٣٠٠	٥.٠٣	٣٣.٨
٢٠١١/٢٠١٠	٤٠٣١٦٨	٢٠٣٣٤	٥.٠٤	٠.٢
٢٠١٢/٢٠١١	٤٩٠٥٩٠	٢٣٧٨٣	٤.٩	٢.٨-
٢٠١٣/٢٠١٢	٥٣٣٧٨٥	٢٧٤١٣	٥.١٤	٤.٩
٢٠١٤/٢٠١٣	٦٨٩٣٢٧.٤	٣٢٧٣٦.٤	٤.٧٥	٧.٦-
المتوسط العام	**٣٢٤٦٣٠.٩٥**	**١٥١٨٨.٦**	**٤.٥٥**	**٢.٤**

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر – رقم المرجع ٨٠-٢٣٤١٢/٢٠١٥ – إصدار مايو ٢٠١٥ – ص٢٠- ومعدل النمو والمتوسط العام حسب بمعرفة الباحث.

ويظهر من الجدول أعلاه ما يلي:

أ- نسبة الإنفاق علي الصحة إلي الإنفاق العام لم تتجاوز ٥% طوال الـــ ١٢عاما ماعدا ثلاث سنوات فقط وبمتوسط عام عن تلك الفترة بلغ ٤.٥٥%.

ب- أن معدل النمو السنوي في نسبة الإنفاق العام علي الصحة من إجمالي الانفاق العام لم تحقق قيم موجبة لأكثر من عامين ماليين متتاليين، وبلغ المتوسط العام لها عن فترة الـــ١٢عاما ٢.٤% .

وتشير تلك الأرقام والنسب المذكورة مدي ضعف الإنفاق العام علي الصحة في مصر وهوما يعكس قصور في توفير وتحسين المنظومة الصحية في مصر بكافة مكوناتها، وهو ما يتطلب تدبير مصادر تمويل أخري مع ضرورة التزايد السنوي والمستمر في التمويل الحكومي للإنفاق علي الصحة في مصر.

٥/١/٣: تشير بيانات الدخل والإنفاق والاستهلاك أن نسبة الإنفاق الفعلي السنوي علي الخدمات الصحية في مصر بلغ ١٠% من الإنفاق الكلي للأسرة طبقا لأقسام الإنفاق الرئيسية عام ٢٠١٥، وبتلك النسبة جاء الإنفاق علي الخدمات الصحية في المرتبة الثالثة بعد الإنفاق علي الطعام والشراب والمسكن ومستلزماته في سلم أولويات الأسرة المصرية(١٧). وتعكس تلك النسبة مدي الأهمية النسبية للإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية والعلاجية للأسرة المصرية في حين تنخفض نسب الإنفاق الحكومي الحقيقي علي الإنفاق علي الصحة وذلك بأخذ نسب التضخم السنوية في الحسبان ، مما يعني تزايد معاناة الأسر المصرية –خاصة الفقيرة منها – في الحصول علي الخدمات الصحية والعلاجية في الوقت المناسب وبالجودة الملائمة وبإستمرار، الأمر الذي يؤثر بالسلب علي أحدالأبعاد الرئيسية للتنمية البشرية في مصر.

٦/١/٣ : تشير بيانات الجدول التالي رقم (٤) بعض المؤشرات عن الإنفاق علي الرعاية الصحية في مصر وبعض دول العالم بين عامي ١٩٩٥ –٢٠١٤ :

جـــدول رقم (٤)

بعض المؤشرات عن الإنفاق علي الرعاية الصحية في مصر وبعض دول العالم

بين عامي ١٩٩٥ –٢٠١٤ (النسب المئوية وبالدولار الأمريكي)

البيـــان / الـدولـة	الإنفاق الشخصي المباشر علي الصحة (% من إجمالي الإنفاق علي الرعاية الصحية)(١) (نسب منوية) %			الإنفاق العام علي الرعاية الصحية (% من إجمالي الإنفاق علي الرعاية الصحية)(٢) (نسب منوية) %			نصيب الفرد من الإنفاق علي الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي) (بالدولار الأمريكي)(٣)	
	١٩٩٥	٢٠١٤	إتجاه التغير وقيمته	١٩٩٥	٢٠١٤	إتجاه التغير وقيمته	١٩٩٥	٢٠١٤
ألمانيا	١٠	١٣.٢	+٣.٢	٨١.٤	٧٧	-٤.٤	٣١٢٩	٥٤١١
أسبانيا	٢٣.٥	٢٤	+٠.٥	٧٢.٢	٧٠.٩	-١.٣	١١٢٩	٢٦٥٨
إيطاليا	٢٦.٩	٢١.٢	-٥.٧	٧٠.٨	٧٥.٦	+٤.٨	١٤٦٢	٣٢٥٨
فرنسا	٧.٦	٦.٣	-١.٣	٧٩.٧	٧٨.٢	-١.٥	٢٧٤٥	٤٩٥٩
فنلندا	٢٢.٦	١٨.٢	-٤.٤	٧١.٧	٧٥.٣	+٣.٦	٢٠١٤	٤٦١٢
إسرائيل	٢٥.٧	٢٧	+١.٣	٦٧.٤	٦٠.٩	-٦.٥	١٣١٦	٢٩١٠
الأردن	٢٣.٨	٢٠.٩	-٢.٩	٦٢.٩	٦٩.٧	+٦.٨	١٣٢	٣٥٩
الإمارات العربية	١٤.٩١	١٧.٨	+٢.٨٩	٧٩	٧٢.٣	-٦.٧	٧٣٧	١٦١١
المغرب	٥١.٩	٥٨.٤	+٦.٥	٣٣.٣	٣٣.٩	+٠.٦	٤٨	١٩٠
السعودية	٣٤.٢	١٤.٣	-١٩.٩	٥٢.٦	٧٤.٩	+٢٢.٣	٢٢١	١١٤٧
مصر	٤٧.٩	٥٥.٧	+٧.٨	٤٦.٥	٣٨.٢	-٨.٣	٣٧	١٧٨
قطر	٣٤.٦	٦.٩	-٢٧.٧	٦٢.٦	٨٥.٧	+٢٣.١	٦٠٢	٢١٠٦
لبنان	٥٣.٥	٣٦.٤	-١٧.١	٣٣.٨	٤٦.٦	+١٢.٨	٤٦١	٥٦٩
إستراليا	١٦.١	١٨.٨	+٢.٧	٦٥.٨	٦٧	+١.٢	١٥٩١	٦٠٣١
أثيوبيا	٤٦.٥	٣٢.٢	-١٤.٣	٤٠.٦	٥٨.٧	+١٨.١	٤	٢٧
الأرجنتين	٢٨	٣٠.٧	+٢.٧	٥٩.٨	٥٥.٩	-٣.٩	٦١٣	٦٠٥
السلفادور	٦٠.٧	٢٨.٨	-٣١.٩	٣٨.٥	٦٦	+٢٧.٥	١٠٨	٢٨٠
الصين	٤٦.٤	٣٢	-١٤.٤	٥٠.٥	٥٥.٨	+٥.٣	٢١	٤٢٠
المملكة المتحدة	١٠.٩	٩.٧	-١.٢	٨٣.٩	٨٣.١	-٠.٨	١٣٦٤	٣٩٣٥
الولايات المتحدة	١٤.٤	١١	-٣.٤	٤٥.٢	٤٨.٣	+٣.١	٣٧٨٨	٩٤٠٣

المصدر : شبكة المعلومات الدولية في ٢١٦/١٢/٧ – موقع البنك الدولي : قاعدة بيانات الحسابات القومية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وإتجاه التغير وقيمه حسبت بمعرفة الباحث .

ويظهر من الجدول رقم (٤) ما يلي :

أ- تظهر النسب الواردة بالعمود رقم (١) أن نسبة الإنفاق الشخصي المباشر علي الصحة في مصر كنسبة من إجمالي الإنفاق علي الرعاية الصحية بلغت ٤٧.٩% عام ١٩٩٥ وزادت إلي ٥٥.٧% وهي ثاني أعلي نسبة في الجدول بعد المغرب، وكان إتجاه التغير إتجاها صعوديا وبأعي قيمة بين العامين المذكورين بلغت +٧.٨%، وهو أعلي قيمة للإتجاه الصعودي بالجدول (أي بين ٢٠ دولة من دول العالم) .

ب- تظهر النسب الواردة بالعمود رقم (٢) أن نسبة الإنفاق العام علي الرعاية الصحية في مصر من إجمالي الإنفاق علي الرعاية الصحية بلغت في عام ١٩٩٥ ٤٦.٥% وكانت سادس نسبة إنخفاضا بالجدول، وكانت تلك النسبة أعلي من مثيلتها بالولايات المتحدة الأمريكية والتي بلغت ٤٥.٢%عام ١٩٩٥، ولقد إنخفضت تلك النسبة في عام ٢٠١٤ محققة ٣٨.٢% وكانت ثاني أكثر نسبة إنخفاضا بعد نسبة المغرب والبالغة ٣٣.٩% عن عام ٢٠١٤. ولقد كان إتجاه التغير لتلك النسبة في مصر، بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠١٤، إتجاها نزوليا وبأعلي نسبة إنخفاض بين الدول العشرون التي يشملها الجدول وبنسبة – ٨.٣% .

ج- بالنظر للقيم الواردة بالعمود رقم (٣) بالجدول أعلاه نلاحظ ان نصيب الفرد من الإنفاق علي الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي) في مصر بلغت ٣٧ دولارا عام ١٩٩٥ وصلت إلي ١٧٨ دولار عام ٢٠١٤ وهي ثاني أقل قيمة بين الدول العشرون بعد دولة أثيوبيا (٤ دولار في عام ١٩٩٥ زادت إلي ٢٧ دولار في عام ٢٠١٤).

وتشير تلك النسب لما يلي :

- تحقق مصر ثاني أعلي نسبة للإنفاق الشخصي من جملة الإنفاق علي الرعاية الصحية بالمقارنة مع تسعة عشر دولة أخري بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠١٤، في حين أنها حققت سادس أقل نسبة إنخفاضا، لإجمالي الإنفاق العام علي الرعاية الصحية من جملة الإنفاق علي الرعاية الصحية، في عام ١٩٩٥ بنسبة٤٦.٥% وثاني أقل نسبة إنخفاضا في عام٢٠١٤ بنسبة ٣٨.٢% ، وأعلي قيمة للإتجاه النزولي له بلغت –٨.٣% بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠١٤ بين الدول العشرون التي يشملها الجدول، والتي تختلف الأيدلوجية الإقتصادية والسياسية لها، مما يشير أنه من المفترض أن لا ترفع الدولة تماما يدها عن دعم وتمويل الرعاية الصحية والعلاجية لمواطنيها .
- الإنخفاض الشديد لنصيب الفرد في مصر من الإنفاق علي الرعاية الصحية بالنسبة للدول الأخري ، والتي يزيد عدد السكان بها كثيرا عن مصر كما في حالة الصين، يؤكد تدني التمويل الرسمي وغير الرسمي للرعاية الصحية والعلاجية في مصروكذا قصور الجهود الحكومية وغير الحكومية عن توفير مقومات الرعاية الصحية والعلاجية للمواطن المصري، الأمر الذي يؤثر سلبا علي مستوي التنمية البشرية في مصر بالمقارنة بباقي دول العالم .

٢/٣:الاستثمارات المنفذة بقطاع الصحة في مصر ونسبة مساهمته في الناتج المحلي الإجمالي:

١/٢/٣: يظهر الجدول التالي رقم (٥) إجمالي الإستثمارات المنفذة في الخدمات الصحية في مصر(مقسم حسب القطاعات المنفذه له) ونسبته للإجمالي العام للإستثمارات المنفذة علي مستوي الأنشطة الاقتصادية المختلفة في مصر خلال الفترة من عام٢٠١١/٢٠١٢– ٢٠١٤/٢٠١٥، ويظهر منه أن المتوسط العام لنسبة الإستثمارات المنفذة بقطاع الخدمات الصحية للإجمالي العام للاستثمارات المنفذة في مختلف الأنشطة الاقتصادية في مصر بلغ للأربعة سنوات مالية ١.٩٧ %. ويظهر ذلك مدي تدني قيم الاستثمارات الموجهة لبناء مستشفيات جديدة في مصر سواء علي مستوي المستشفيات الحكومية أو الخاصة والهيئات الاقتصادية الأخري، وهو ما يشير إلي التدهور المستمر في البنية الأساسية بقطاع الخدمات الصحية في مصر بما لا يتوافق مع الإحتياجات المتزايدة علي الخدمات الصحية والعلاجية من مختلف الفئات في مصر وعلي مستوي الريف والحضر في نفس الوقت .

جـــــــدول رقم (٥)

إجمالي الإستثمارات المنفذة في الخدمات الصحية في مصر خلال الفترة

من عام ٢٠١١/٢٠١٢ – ٢٠١٤/٢٠١٥ (المبالغ بالمليون جنية والنسب مئوية)

البيـــان / السنة	الاستثمارات المنفذة في الخدمات الصحية				الإجمالي العام للاستثمارات المنفذة في الأنشطة الاقتصادية المختلفة (٢)	نسبة (١): (٢) % (٣)
	حكومي	خاص	هيئات اقتصادية	إجمالي (١)		
٢٠١٢/٢٠١١	٢٧٧٤.٢	١٨٥٠	١٢٢.٦	٤٧٤٦.٨	٢٤٦٠٦٨.٢	١.٩
٢٠١٣/٢٠١٢	١٥٩٩.٨	٢٤٠٠	١١١.٥	٤١١١.٣	٢٤١٦١٢.٢	١.٧
٢٠١٤/٢٠١٣	٢٢٤٧.٥	٣٠٠٠	٢٤٧.٢	٥٤٩٤.٧	٢٦٥٠٩١.٣	٢
٢٠١٥/٢٠١٤	٢٩٥٨	٣٩٥٠	٢٤٦	٧١٥٤	٣٣٣٧٠٩.٩	٢.١
المتوسط العام	٢٣٩٤.٨	٢٨٠٠	١٨١.٨	٥٣٧٦.٧	٢٧١٦٢٠.٤	١.٩٧

المصدر: البنك المركزي المصري – النشرة الاحصائية الشهرية والمتوسط العام والنسب المئوية حسبت بمعرفة الباحث .

٢/٢/٣: يشير الجدول التالي رقم (٦) تطور مساهمة قطاع الصحة في الناتج المحلي الإجمالي في مصر خلال الفترة من عام (٢٠٠٦/٢٠٠٧– ٢٠١٢/٢٠١٣) والذي بلغ المتوسط العام له عبر سبع سنوات ١.٣% من الناتج المحلي الإجمالي في مصر بالأسعار الثابتة . ويلاحظ أن أغلب تلك المساهمة لقطاع الصحة في الناتج المحلي الإجمالي تأتي من مساهمة القطاع الخاص والتي بلغت أكثر من ٩٣% من الناتج المحلي بتكلفة عوامل الإنتاج بقطاع الصحة وبالأسعار الثابتة عن عامي ٢٠١١/٢٠١٢، ٢٠١٢/٢٠١٣ في مقابل نسبة تقل عن٧% للقطاع الصحي الحكومي عن العامين المذكورين(١٨). وتشير تلك النسب إلي ضعف قدرات قطاع الصحة الحكومي علي التمويل الذاتي للنفقات التشغيلية والإستثمارية له.

جـــــدول رقم (٦)

تطور مساهمة قطاع الصحة في الناتج المحلي الإجمالي في مصر خلال الفترة

من عام (٢٠٠٦/٢٠٠٧ – ٢٠١٢/٢٠١٣)(القيم بالمليار جنية وبالأسعار الثابتة والنسب المئوية)

البيـــان / السنوات	الناتج المحلي بتكلفة عوامل الإنتاج	مساهمة قطاع الصحة	نسبة مساهمة قطاع الصحة في الناتج المحلي الإجمالي %
٢٠٠٧/٢٠٠٦	٧١٠.٤	٩.٦	%١.٤
٢٠٠٨/٢٠٠٧	٧٦١.٤	١٠.١	%١.٣
٢٠٠٩/٢٠٠٨	٧٩٦.٢	١٠.٦	%١.٣
٢٠١٠/٢٠٠٩	٨٣٧.٨	١١.١	%١.٣
٢٠١١/٢٠١٠	٨٥٤	١١.٤	%١.٣
٢٠١٢/٢٠١١	٨٧٣.١	١١.٧	%١.٣
٢٠١٣/٢٠١٢	١٤٠٤	١٦.٧	%١.٢
المتوسط العام	٨٩١	١١.٦	%١.٣

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر– رقم المرجع ٨٠-٢٣٤١٢/٢٠١٥ – إصدار مايو ٢٠١٥– ص٢٣- والمتوسط العام حسب بمعرفة الباحث .

٣/٢/٣: كما يوضح الجدول التالي رقم (٧) بيان بعدد المنشآت العلاجية عن عامي٢٠١٣، ٢٠١٤ حسب الملكية وأهميتها النسبية للإجمالي العام . وتظهر بيانات الجدول الأهمية النسبية الكبيرة للمنشآت العلاجية الحكومية من الإجمالي العام للمنشآت العلاجية في مصر، والتي تبلغ ٨٠.٧% خلال عامي٢٠١٣، ٢٠١٤، وهو ما يؤسس لكافة الإعتبارات الإقتصادية والإجتماعية لأهمية توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بتلك المنشأت العلاجية علي مستوي الجمهورية خاصة المستشفيات المركزية والعامة .

جـــــدول رقم (٧)

بيان عدد المنشأت العلاجية عن عامي٢٠١٣،٢٠١٤ حسب الملكية وأهميتها النسبية للإجمالي العام (بالعدد والنسب المئوية)

السنـــــة / بيـــــان	٢٠١٣	٢٠١٤
١- الإجمالي العام	٧٣٨١	٧٣٩٩
٢- القطاع الحكومي	٥٩٥٧	٥٩٧٣
٣- القطاع العام وقطاع الأعمال العام	٣٣	٣١
٤- القطاع الخاص.	١٣٩١	١٣٩٥
٥- نسبة ٢ : ١ %	٨٠.٧	٨٠.٧
٦- نسبة ٣ : ١ %	٠.٤٤	٠.٤٢
٧- نسبة ٤ : ١ %	١٨.٨٤	١٨.٨٥

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤ – إصدار ديسمبر ٢٠١٥ – مرجع رقم ٧١-١٢٤٢٢-٢٠١٤- ص ٨ – والنسب حسبت بمعرفة الباحث .

٣/٣ أهم مؤشرات الإختلالات الإقتصادية الجوهرية بقطاع الصحة في مصر:

تمثل الإختلالات الإقتصادية الجوهرية بقطاع الصحة في مصر مجموعة المشاكل الرئيسية التي يعاني منها قطاع الصحة **سواء المتعلق منها :**

أ- بتوافر الموارد المالية والبشرية والبنية الأساسية والمستلزمات السلعية والخدمية اللازمة لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية والعلاجية .

ب- بالتزايد المستمر للطلب علي الخدمات الصحية والعلاجية من كافة فئات المجتمع في مصر مع إنخفاض إمكانيات إنتاج وتقديم تلك الخدمات الصحية والعلاجية في مصر .

١/٣/٣: يلخص الجدول التالي رقم (٨) أهم مؤشرات الموارد البشرية والبنية الأساسية الصحية في مصر لعام ٢٠١٣ وعام ٢٠١٤، وتشير تلك المؤشرات إلي عدم القدرة علي توفير الحد الأدني من الخدمات الصحية والعلاجية في مصر وذلك حسب المؤشرات العالمية لكل مؤشر من المؤشرات الفرعية التي يشملها الجدول التالي. ومن خلال إستقراء بعض الأرقام والنسب الواردة بالجدول رقم (٨) يمكن إستخراج بعض المؤشرات التالية (وهي نسب تقريبية) :

- يوجد سرير لكل٢٠٠٠ مواطن.
- يتواجد١.٤ ممرض لكل١٠٠٠ مواطن .
- أن كل ١١٧٩ مواطن لهم طبيب واحد .
- يتواجد أخصائي لكل ٢٠٠٠ مواطن.

جـــدول رقم (٨)

أهم مؤشرات الموارد البشرية والبنية الأساسية الصحية في مصر عام ٢٠١٣ وعام ٢٠١٤

بيـــــان المؤشـــــر	قيـــــم المؤشر	
	٢٠١٣	٢٠١٤
متوسط عدد السكان /الأطباء البشريين (نسمة / طبيب)	١١٧٩	١٢١٩
متوسط عدد السكان /أطباء الأسنان (نسمة / طبيب)	٦٢٨٥	٥٩٣٧
متوسط عدد السكان /الأطباء الصيادلة (نسمة / طبيب)	٣٣٠٠	٣٠٦٦
متوسط عدد السكان / هيئة التمريض (نسمة / ممرض)	٧٠٠	٦٩٣
معدل الأطباء البشريين / ١٠ ألاف نسمة	٨.٥	٨
معدل أطباء الأسنان /١٠ ألاف نسمة	١.٦	١.٧
معدل الممرضات / طبيب بشري (ممرض / طبيب)	١.٧	١.٨
معدل الأطباء الصيادلة /١٠ ألاف نسمة	٣	٣.٣
معدل الأسرة / طبيب (سرير / طبيب)	٠.٦	٠.٦
متوسط عدد المرض / سرير (مريض / سرير)	٤٨	٥٢.٦
متوسط عدد السكان / سرير (نسمة / سرير)	٢٠٤٢	٢١١١
سرير/ ١٠٠٠ نسمة	٠.٥	٠.٥
سرير /١٠ ألاف نسمة	٤.٩	٤.٧
ممرض / ١٠ ألاف نسمة	١٤.٣	١٤.٤
ممارس عام / ١٠ ألاف نسمة	٠.١٨	-
أخصائي / ١٠ ألاف نسمة	٤.٩	-
متوسط عدد السكان / طبيب ممارس	٥٥٧٥٠	-

(-) غير متاح .

المصدر : بيانات ٢٠١٣ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء - الكتاب الاحصائي السنوي – سبتمبر ٢٠١٤ – ص ٧ – أما بيانات عام ٢٠١٤ فمصدرها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء – النشرة السنوية لاحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤ - إصدار ديسمبر ٢٠١٥ – مرجع رقم ٧١-١٢٤٢٢-٢٠١٤ – ص ٧ .

٢/٣/٣: كما يظهر الجدول التالي رقم (٩) بيان بعدد الأطباء وأعضاء هيئة التمريض بالمنشأت العلاجية عن عامي٢٠١٣،٢٠١٤ حسب الملكية وأهميتها النسبية للإجمالي العام ، وهو ما يعزز من تعاظم الأهمية النسبية للموارد البشرية في المنشأت العلاجية الحكومية بالنسبة للاجمالي العام لها فلقد بلغت تلك الأهمية نسبة تراوحت بين٨٣.٧ % – ٨٤.٥ % خلال عامي ٢٠١٣، ٢٠١٤، مما يدل على أهمية الاستغلال الأمثل لتلك الموارد البشرية من خلال رفع كفاءتها المهارية التخصصية والادارية في إستغلال وإدارة تلك الموارد البشرية في المجال الصحي المصري وعلي مختلف المستويات التنظيمية وبما يخدم متلقي الخدمة الصحية في مصر .

جـــدول رقم (٩)

بيان عدد الأطباء وأعضاء هيئة التمريض بالمنشآت العلاجية عن عامي ٢٠١٣، ٢٠١٤ حسب الملكية وأهميتها النسبية للإجمالي العام. (بالعدد والنسب المئوية)

السنـــة / بيـــــان	٢٠١٣		٢٠١٤	
	عدد الأطباء	عدد أعضاء هيئة التمريض	عدد الأطباء	عدد أعضاء هيئة التمريض
١-الإجمالي العام	١٢٣٩٠٥	١٨٩٥٧١	١٣٣٧٣١	١٩٦٦٨٧
٢-القطاع الحكومي	١٠٣٧٠٩	١٧٣١٤٢	١١٣١٣٣	١٧٩١٥٥
٣-قطاع عام وأعمال عام	٤٢٥	٩٢٢	٧٩٢	١٣٢٦
٤-قطاع خاص .	١٩٧٧١	١٥٥٠٧	١٩٨٠٦	١٦٢٠٦
٥-نسبة ٢ : ١ %	٨٣.٧	٩١.٣	٨٤.٥	٩١
٦-نسبة ٣ : ١ %	٠.٣٤	٠.٤٨٦	٠.٥٩٢	٠.٦٧
٧-نسبة ٤ : ١ %	١٦	٨.٢	١٤.٨	٨.٢

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤ - إصدار ديسمبر ٢٠١٥ – مرجع رقم ٧١-١٢٤٢٢-٢٠١٤ – ص ٩ – والنسب حسبت بمعرفة الباحث .

٣/٣/٣: يظهر الجدول التالي رقم (١٠)– عدد الأسرة بالمستشفيات طبقا لنوع الملكية عن الفترة من عام٢٠٠٢ : ٢٠١٣ – **مايلي :**

- إنخفاض الأهمية النسبية لعدد الأسرة بمستشفيات وزارة الصحة والسكان (بما فيها المستشفيات العامة والمركزية) للإجمالي العام لعدد الأسرة في مصر علي مدار فترة الـ ١٢ عاما، ولقد وصل المتوسط العام لها عن تلك الفترة ٤٥.٤%، ومع ذلك فمازالت تمثل تلك المستشفيات الركيزة الأساسية لتوفير الخدمات الصحية والعلاجية لأغلب فئات المجتمع في الريف والحضر، حيث أنها تقدم تلك الخدمات مجانا أو بأسعار منخفضة بالمقارنة مع أسعار

الخدمات الصحية المقدمة بمستشفيات القطاع الخاص.

- وعند إضافة الأهمية النسبية لعدد الأسرة للجهات التابعة لوزارة الصحة والجهات الأخري، يتجلي الدور الرئيسي للخدمات الصحية الرسمية، أي التي تلقي دعم حكومي بصورة كلية أو جزئية، علي مدار فترة الـ ١٢ عاما التي يشملها الجدول رقم (١٠). ولقد بلغ المتوسط العام لمجموع الأعمدة (٦) ، (٧) ، (٨) للـ ١٢ عاما ما يزيد عن٨٠% من إجمالي الأهمية النسبية لعدد الأسرة في مصر حسب نوع الملكية.
- ومع التزايد المستمر– علي مدار فترة الـ ١٢عاما التي يشملها الجدول – للنصيب النسبي لعدد الأسرة بمستشفيات القطاع الخاص للاجمالي العام لعدد الأسرة في مصر، والتي بلغ المتوسط العام لها ٢١ %، إلا أنها ما تزال قاصرة عن تلبية الطلب المستمر والمتزايد علي الخدمات الصحية والعلاجية في مصر– وبأسعار منخفضة – نظرا لأن إهتمام تلك المستشفيات بالربح المالي أو المحاسبي في المقام الأول.

جـــــدول رقم (١٠)

عدد الأسرة بالمستشفيات طبقا لنوع الملكية(حكومي/ خاص) عن الفترة من عام٢٠٠٢– ٢٠١٣

(بالعدد والنسب المئوية)

البيان / السنة	مستشفيات وزارة الصحة والسكان (١)	الجهات التابعة لوزارة الصحة والسكان * (٢)	جهات أخري * (٣)	القطاع الخاص (٤)	الاجمالي (٥)	نسبة١: ٥ % (٦)	نسبة ٢: ٥ % (٧)	نسبة ٣ : ٥ % (٨)	نسبة ٤ : ٥ % (٩)
٢٠٠٢	٨٠٥٣٥	١٦٢٦٣	٢٤٢٢٧	٢٣٤٩٤	١٤٤٥١٩	٥٥.٧	١١.٢	١٦.٧	١٦.٢
٢٠٠٣	٨٠٦٢١	١٦١٧٧	٢٤٧٧٠	٢٤١٣٤	١٤٥٧٠٣	٥٥.٣٣	١١.١	١٧	١٦.٥
٢٠٠٤	٨٠٣١١	١٦٥٢٨	٢٧٥٥٢	٢٥٥٧٤	١٤٩٩٦٥	٥٣.٥٥	١١	١٨.٤	١٧
٢٠٠٥	٨٠١٠٣	١٧٤١٨	٢٨٨٣١	٢٥٨٢١	١٥٢١٧٣	٥٢.٦	١١.٤	١٨.٩	١٦.٩
٢٠٠٦	٧٨٨٩٤	١٧٤٤٧	٢٩٤٨٦	٢٦٣٠٧	١٥٢١٣٤	٥١.٨٥	١١.٤	١٩.٤	١٧.٣
٢٠٠٧	٧٩٠٧٦	١٧٠٢١	٣٠٢٧٢	٢٦٠٥٥	١٥٢٤٢٤	٥١.٨٧	١١.٢	١٩.٨	١٧
٢٠٠٨	٦٣٠٠٦	١٧٢٠٧	٢٩٨٥٥	٢٦٨١٤	١٣٦٨٨٢	٤٦	١٢.٦	٢١.٨	١٩.٦
٢٠٠٩	٤٤٦٠٨	٢٦٨٥٧	٣١٢٨٨	٢٦٧١٩	١٢٩٤٧٢	٣٤.٤٥	٢٠.٧	٢٤.١	٢٠.٦
٢٠١٠	٤٢٧٩٢	٢٥٠٣٤	٣١٠٣٩	٢٨٨٦٨	١٢٧٧٣٣	٣٣.٥	١٩.٦	٢٤.٢	٢٢.٦
٢٠١١	٤١٦٤٧	٢٥٢٨٢	٣١٣٩٠	٢٩٣٩٣	١٢٧٧١٢	٣٢.٦	١٩.٨	٢٤.٥	٢٣
٢٠١٢	٤٠٨٠١	٢٤٤٢٤	٣١٥٩٥	٣١٦٥٣	١٢٨٤٧٣	٣١.٧	١٩	٢٤.٥	٢٤.٠٦
٢٠١٣	٤١٤٤٧	٢٤٩٨٢	٣١٨٦٢	٢٦٠٠٩	١٢٤٣٠٠	٣٣.٣	٢٠.١	٢٥.٦	٢٠.٩
المتوسط العام	٦٢٨٢٠	٢٠٣٨٦.٧	٢٩٣٤٧.٢٥	٢٦٧٣٦.٧٥	١٣٩٢٩٠.٧	٤٥.١	١٤.٦	٢١	١٩.٢

- الجهات الأخرى تشمل الجامعات والشرطة والسكة الحديد وجهات أخري .
- الجهات التابعة لوزارة الصحة تشمل : المراكز الطبية المتخصصة والمستشفيات النفسية والمستشفيات التعليمية والتأمين الصحي الحكومي والمؤسسات العلاجية .

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – الكتاب الإحصائي السنوي – سبتمبر ٢٠١٥ – مرجع رقم ٧١-٠١١١١-٢٠١٥ - ص ص ٤٠٠ : ٤٠٣ . والنسب حسبت بمعرفة الباحث .

٤/٣/٣: تشير بيانات الجدول التالي رقم (١١) بالنسبة لعدد الأسرة المتاحة علي مستوي الجمهورية وبمتوسط عام بلغ ما يقارب ٥٩٦ نسمة لكل سرير على مدار الفترة من عام ٢٠٠٤/٢٠٠٣ : ٢٠١٤/٢٠١٣ .

جـــدول رقم (١١)

عدد السكان / عدد الأسرة في مصر خلال الفترة من عام ٢٠٠٤/٢٠٠٣ : ٢٠١٤/٢٠١٣

(عدد السكان بالمليون وعدد الأسرة بالعدد والنسب المئوية)

بيـــان / العـــام	عدد السكان بالداخل في أول يوليو (١)	عدد الأسرة (٢)	عدد السكان/ عدد الأسرة ٣ = ١ /٢
٢٠٠٤/٢٠٠٣	٦٧.٩	١٤٥٧٠٣	٤٦٦
٢٠٠٥/٢٠٠٤	٦٩.٣	١٤٩٩٦٥	٤٦٢.١
٢٠٠٦/٢٠٠٥	٧٠.٧	١٥٢١٧٣	٤٦٤.٦
٢٠٠٧/٢٠٠٦	٧٢.٢	١٥٢١٣٤	٤٧٤.٦
٢٠٠٨/٢٠٠٧	٧٣.٦	١٥٢٤٢٤	٤٨٢.٩
٢٠٠٩/٢٠٠٨	٧٥.٢	١٣٦٨٨٢	٥٤٩.٤
٢٠١٠/٢٠٠٩	٧٦.٩	١٢٩٤٧٢	٥٩٣.٩
٢٠١١/٢٠١٠	٧٨.٧	١٢٧٧٣٣	٦١٦.١٢
٢٠١٢/٢٠١١	٨٠.٥	١٢٧٧١٢	٦٣٠.٣
٢٠١٣/٢٠١٢	٨٢.٥	١٢٨٤٧٣	٦٤٢.٢
٢٠١٤/٢٠١٣	٨٤.٦	١٢٤٣٠٠	٦٨٠.٦
المتوسط العام	٧٥.٦	١٢٦٨٩٤.٤	٥٩٥.٨

المصدر : العمود الأول : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء - الكتاب الإحصائي السنوي – سبتمبر ٢٠١٥ – مرجع رقم ٧١-٠١١١١-٢٠١٥ – العمود الثاني : مصدرة بيانات العمود رقم (٥) بالجدول رقم (١٠) أعلاه أما بيانات العمود رقم ٣ فحسبت بمعرفة الباحث .

المبحث الثاني

الأهمية المؤسسية والديموجرافية للمستشفيات العامة والمركزية في مصر

١-تمهيد:

تصنف وتعرف المستشفيات وفق العديد من المعايير الإقتصادية والوظيفية والتنظيمية والتخصصية إلا أنه – ووفقا لتقسيم وتعريف الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء– تعرف المستشفيات العامة والمركزية بأنها **(١٩)** :

- المستشفي العام وهي التي تقع في عاصمة المحافظة أو أي مركز إداري تعداد سكانه أكثر من ٥٠٠ ألف نسمة وأكثر من ٢٠٠ سرير .
- المستشفي المركزي (أ) والتي تقع في مركز إداري أو مدينة تعداد سكانها يتراوح بين (٢٠٠

– ٥٠٠ ألف نسمة) وعدد الأسرة به (١٠٠– ٢٠٠ سرير).

- المستشفي المركزي (ب) والتي تقع في مركز إداري أو مدينة تعداد سكانها يتراوح بين (١٠٠– ٢٠٠ ألف نسمة) وعددة الأسرة بها أقل من ١٠٠ سرير .

وكان إختيارنا للمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية – من ضمن المؤسسات الصحية والعلاجية في مصر– **للأسباب التالية :**

أ- الإنتشار الجغرافي لتلك المستشفيات علي مستوي الجمهورية مما يعزز من أهمية توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بها وإنعكاس ذلك علي الفئات الدخلية المختلفة في المجتمع ، خاصة الفئات الفقيرة .

ب- تدني الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية ، خاصة مع تطبيق سياسات برنامج الإصلاح الإقتصادي والتخفيض التدريجي للإنفاق الحكومي الإستثماري لإنشاء مستشفيات جديدة .

ت- ما تمثله تلك المستشفيات من رأس مال ثابت قائم بالفعل لقطاع الصحة في مصر ، ومن ثم أهمية المحافظة عليه وتعظيم العائد الاجتماعي والإقتصادي من وجوده ، متمثل ذلك في تعزيز الأثار الخارجية الموجبة منه مع تقليل التكاليف الإجتماعية المتولدة عنه .

ث- المحافظة علي موارد بشرية مدربة ومؤهلة بقطاع الصحة في مصر ، حيث تشتمل تلك المستشفيات علي موارد بشرية من أطباء وممرضين وممرضات وعمالة فنية في كافة التخصصات .

ج- ما تمثله تلك المستشفيات من مراكز للرعاية الصحية والعلاجية الثانوية في محافظة أو مدينة ما قبل الرعاية الصحية والعلاجية التخصصية (الرعاية الثالثية)(٢٠) .

٢- الأهمية النسبية للمستشفيات العامة والمركزية لإجمالي المستشفيات في مصر :

٢-١ : الأهمية النسبية لإجمالي المستشفيات العامة والمركزية لإجمالي عدد المستشفيات وعدد الأسرة علي مستوي الجمهورية عام ٢٠١٣ وعام ٢٠١٤:

- يوضح الجدول التالي رقم (١٢) نسبة إجمالي المستشفيات العامة والمركزية لإجمالي عدد المستشفيات وعدد الأسرة علي مستوي الجمهورية عامي ٢٠١٣ و ٢٠١٤ ، وكان التركيز علي عامي ٢٠١٣ و٢٠١٤ **لما يلي :**

- لتوافر الإحصاءات الحديثة والموثقة عنهما .
- عدم التغيير النسبي الكبير للإحصاءات الصحية في مصر خلال العشر سنوات الماضية.
- تركيز البحث في الأساس علي توضيح الأهمية النسبية الفعلية والحالية للمستشفيات العامة والمركزية سواء من ناحية العدد أو من ناحية الأسرة ، ومقارنتها بالجهات الصحية والعلاجية الأخري في مصر .

وبتحليل أرقام ونسب الجدول رقم (١٢) يتضح لنا ما يلي :

٢-١-١: علي مستوي الإجمالي العام للمستشفيات الحكومية في مصر بالنسبة لإجمالي المستشفيات في مصر يتضح لنا أن :

أ- أن نسبة المستشفيات الحكومية (كوحدات أو بالعدد) بلغ ٤٠% خلال عامي٢٠١٣ ، ٢٠١٤ في حين أن تلك النسبة بلغت بالنسبة

لعدد الأسرة خلال العامين المذكورين ٧٩%، وهو ما يظهر الأهمية النسبية للمستشفيات الحكومية كمؤسسات علاجية وصحية سواء علي مستوي الوحدات أو علي مستوي الأسرة بالنسبة لإجمالي المستشفيات في مصر.

ب- أن إرتفاع الأهمية النسبية لعدد الأسرة للمستشفيات الحكومية (٧٩%) بالمقارنة مع الأهمية النسبية لعدد المستشفيات (٤٠%) يدل علي **ما يلي :**

- تزايد الطلب علي خدماتها مع تدني القدرات الإقتصادية لتحقيق وتغطية ذلك الطلب عليها .
- عدم قدرة تلك المستشفيات علي تقديم خدمات صحية وعلاجية في الوقت المناسب (الفاعلية) وبجودة مناسبة (الملائمة) ولكل الناس (الإنصاف) بالمقارنة مع المستشفيات الخاصة والتخصصية أو التابعة لهيئات إقتصادية، أو بما يتماشي مع المعايير القومية و الدولية.

٢-١- ٢: علي مستوي جملة المستشفيات العامة والمركزية ونسبتها للإجمالي العام للمستشفيات في مصر يظهر لنا:

- تبلغ الأهمية النسبية للمستشفيات العامة والمركزية للإجمالي العام للمستشفيات في مصر نسبة تتعدي ١٦ % (لعدد المستشفيات)، ونسبة تقارب٢٤ % (لعدد الأسرة)، مما يمثل ما يقارب ربع عدد الأسرة في مصر، مع العلم أن تلك الأسرة تخدم في الغالب الفئات الفقيرة ومحدودة الدخل في مصر، وهو ما يظهر إنخفاض القدرات المؤسسية الصحية والعلاجية (المستشفيات العامة والمركزية) والتي تخدم الفئات الأكثر فقرا في المجتمع ، وهذا الإنخفاض يعكس إنخفاض في تمويل المخصصات التشغيلية والإستثمارية لتلك المستشفيات مما يقلل من تعظيم منفعة الإنتشار المكاني لها علي مستوي الجمهورية ووصولها للفئات الفقيرة.

٢-١- ٣: علي مستوي جملة المستشفيات العامة والمركزية ونسبتها للإجمالي العام للمستشفيات الحكومية في مصر:

أ- تبلغ الأهمية النسبية للمستشفيات العامة والمركزية لإجمالي المستشفيات الحكومية في مصر نسبة٤٠ % (لعدد المستشفيات) ، ونسبة ٣٠% (لعدد الأسرة)، مما يدل علي أن الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة في تلك المستشفيات تبلغ ثلث الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بالمؤسسات الحكومية ، مما يعني أن تطوير الخدمات الصحية والعلاجية بتلك المستشفيات سيزيد من المنافع الاجتماعية والخاصة للمجتمع والأفراد.

ب- أن نسبة المستشفيات العامة والمركزية لإجمالي المستشفيات الحكومية (لعدد المستشفيات) بلغ ٤٠% في حين أن تلك النسبة (لعدد الأسرة) بلغ ٣٠ %، مما يعني عدم تحقيق الاستغلال الكامل والرشيد لتلك المستشفيات في تقديم خدمات صحية وعلاجية أو تدني تلك الخدمات المقدمة بها بالنسبة للخدمات المقدمة بالمستشفيات الخاصة أو التابعة للهيئات الأخرى وهو ما سبق الإشارة إليه.

جـــــــدول رقم (١٢)

نسبة إجمالي المستشفيات العامة والمركزية لإجمالي عدد المستشفيات وعدد الأسرة علي مستوي الجمهورية عام ٢٠١٣ وعام ٢٠١٤ (بالعدد والنسب المئوية)

السنـــــة / البيـــــان	٢٠١٣		٢٠١٤	
	وحدات	أسرة	وحدات	أسرة
١- مستشفيات عامة	٦١	١١٢٨٠	٦١	١١٣٨٢
٢- مستشفيات مركزية (أ)	٨١	١٠٨١٧	٨١	١٠٨٦٩
٣- مستشفيات مركزية (ب)	١٢١	٧٤٣٩	١٢٠	٧٢٠٧
٤- جملة المستشفيات العامة والمركزية	٢٦٣	٢٩٥٣٦	٢٦٢	٢٩٤٥٨
٥- الإجمالي العام للمستشفيات الحكومية في مصر	٦٥٧	٩٨٢٩١	٦٥٩	٩٧٨٢٦
٦- الإجمالي العام للمستشفيات في مصر*	١٦١٠	١٢٤٣٠٠	١٦١٥	١٢٣٣٥٣
٧- نسبة ١ : ٥ %	٩.٣	١١.٥	٩.٢	١١.٥
٨- نسبة ٢ : ٥ %	١٢.٣	١١	١٢.٣	١١.١
٩- نسبة ٣ : ٥ %	١٨.٤	٧.٦	١٨.٢	٧.٤
١٠- نسبة ٤ : ٥ %	٤٠	٣٠	٣٩.٨	٣٠
١١- نسبة ١ : ٦ %	٣.٨	٩	٣.٨	٩.٢
١٢- نسبة ٢ : ٦ %	٥	٨.٧	٥	٨.٨
١٣- نسبة ٣ : ٦ %	٧.٥	٦	٧.٤	٥.٨
١٤- نسبة ٤ : ٦ %	١٦.٣	٢٣.٨	١٦.٢	٢٣.٨
١٥- نسبة ٥ : ٦ %	٤٠.٨	٧٩	٤٠.٨	٧٩.٣

- يشمل الإجمالي العام المستشفيات والأسرة الحكومية و القطاع العام والأعمال العام و القطاع الخاص .

المصدر: بيانات عام ٢٠١٣ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء - الكتاب الإحصائي السنوي – سبتمبر ٢٠١٤ – جدول (٣) ص١٧، وجدول (١) ص ١٥ – أما بيانات عام ٢٠١٤ فمصدرها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤ - إصدار ديسمبر ٢٠١٥ – مرجع رقم ٧١-١٢٤٢٢-٢٠١٤– ص ص ١٤ : ١٥ والنسب حسبت بمعرفة الباحث .

٢-٢: الأهميـــة النســبية للمستشــفيات العامة والمركزية لإجمالي مستشفيات الجهات التخصصية بوزارة الصحة :

وفـي هـذا السـياق تجـدر ملاحظـة مـدي تزايـد الأهمية النسبية للمستشفيات العامة والمركزية (سواء علـي مستوي العدد أو الأسرة) عند مقارنـة أهميتها بالنسبة لإجمالي الجهات التخصصية بوزارة الصحة (أي علـي مستوي التخصصـات المختلفـة) وهـو مـا يوضحه الجدول التالي رقم (١٣)، فلقد بلـغ المتوسط العـام لتلـك الأهميـة علـي مسـتوي التخصصـات المختلفـة وعلـي مـدار الفتـرة مـن عـام (٢٠٠٣-٢٠١٣) نسـبة ٥٥.٤ % بالنسـبة لعـدد الوحـدات، ونسبة ٥٨ % لعدد الأسرة ، مما يظهر مدي تحقيق تلـك المستشـفيات لمنـافع أكبـر بالنسـبة للجهـات الأخرى المقدمة للخدمات الصحية الحكومية .

جـــــــدول رقم (١٣)

عدد وحدات وأسرة المستشفيات العامة والمركزية ونسبتها لإجمالي وحدات وأسرة الجهات التخصصية التابعة لوزارة الصحة في مصر (٢٠٠٣ – ٢٠١٣)(بالعدد والنسب المئوية)

البيـــان / السنة	إجمالي الجهات التخصصية التابعة لوزارة الصحة (١)		جملة المستشفيات العامة والمركزية (٢)		(٣) = نسبة (٢) : (١) %	
	وحدات	أسرة	وحدات	أسرة	وحدات	أسرة
٢٠٠٣	٤٨٤	٦٨٣٩٧	٢٢٩	٣٥١٥٢	٤٧.٣	٥١.٤
٢٠٠٤	٤٨٥	٦٨٢٤٦	٢٣٠	٣٤٤٦٥	٤٧.٤	٥٠.٥
٢٠٠٥	٤٨٧	٦٨٢٣٠	٢٢٩	٣٤٥٤٢	٤٧	٥٠.٦
٢٠٠٦	٥٠٠	٦٧٥٥٥	٢٣٤	٣٤٧٩٤	٤٦.٨	٥١.٥
٢٠٠٧	٥٠٢	٦٧٥٠٤	٢٣٤	٣٤٧١٩	٤٦.٦	٥١.٤
٢٠٠٨	٤٤٩	٦٣٠٠٦	٢٤٨	٣٤٣٥٤	٥٥.٢	٥٤.٥
٢٠٠٩	٤٠٧	٤٤٦٠٨	٢٧٤	٣١٣٠٠	٦٧.٣	٧٠.١
٢٠١٠	٤٠٧	٤٢٧٩٢	٢٧٤	٣٠٠٩٨	٦٧.٣	٧٠.٣
٢٠١١	٣٨٨	٤١٦٤٧	٢٥٦	٢٩٢٧٨	٦٦	٧٠.٣
٢٠١٢	٣٨٦	٤٠٨٠١	٢٥٦	٢٨١٥٣	٦٦.٣	٦٩
٢٠١٣	٣٧٨	٤٢٣١٩	٢٣٦	٢٩٥٣٦	٦٢.٤	٧٠
المتوسط العام	٤٤٣	٥٥٩٢٠	٢٤٥.٥	٣٢٤٠٠	٥٥.٤	٥٨

المصدر: العمود الأول والعمود الثاني: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء - الكتاب الإحصائي السنوي – سبتمبر ٢٠١٥ – مرجع رقم ٧١-٠١١١١-٢٠١٥- ص ص ٤٠٢ : ٤٠٣ – والنسب حسبت بمعرفة الباحث.

٣: الأهميـــة النســـبية للطلـــب علـــي الخـــدمات الصـــحية والعلاجيـــة بالمستشـــفيات العامـــة والمركزيـــة والمستشفيات التخصصية:

تجدر ملاحظة أننا عندما نقارن بين الأهمية النسبية للخدمات الصحية والعلاجية بكل من المستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية في مصر لا نقارن بين مستوي واحد من الخدمات الصحية والعلاجية، لأنه يوجد إختلاف في المستوي الوظيفي ونوعية الخدمات الصحية بينهما، إلا أننا نقارن بينهما من أجل توضيح أن وجود المستشفيات العامة والمركزية في مدينة ما أو مكان ما هو البداية الموضوعية والوظيفية (الرعاية الصحية والعلاجية الثانوية) لبداية العلاج علي مستوي التخصصات الطبية المختلفة (الرعاية الصحية الثالثية) كما يجب أن نشير– وبغرض البحث والتحليل– أنه تم الإستعانة بما يلي لقياس الطلب علي الخدمات الصحية والعلاجية في كل من المستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية في مصر:

أ- عدد المترددين بالقسم الخارجي بالمستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية علي مستوي الجمهورية عام ٢٠١٤ .

ب- عدد المترددين وجملة أيام العلاج بالقسم الداخلي بالمستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية علي مستوي الجمهورية عام ٢٠١٤.

٣-١: يوضح الجدول التالي رقم (١٤) عدد المترددين بالقسم الخارجي بالمستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية علي مستوي الجمهورية والأهمية النسبية لكل منهما بالنسبة للإجمالي العام عام ٢٠١٤ :

جـــــــدول رقم (١٤)

عدد المترددين بالقسم الخارجي بالمستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية علي مستوي الجمهورية والأهمية النسبية لكل منهما بالنسبة للإجمالي العام عام٢٠١٤

(بالعدد والنسب المئوية)

البيـــان / إجماليات الجمهورية	عيادة خارجية	إستقبال	جملة القسم الخارجي
المستشفيات العامة والمركزية	٣٦٤٠٢٤٤٤	١٤٢٢٢٥٦٥	٥٠٦٢٥٠٠٩
المستشفيات التخصصية	١٠٧٢٩٨٩٤	١٦٨٦٣٩٠	١٢٤١٦٢٨٤
٣= جملة ١+٢= الإجمالي العام	٤٧١٣٢٣٣٨	١٥٩٠٨٩٥٥	٦٣٠٤١٢٩٣
نسبة ١ : ٣ %	٧٧.٢	٨٩.٤	٨٠.٣
نسبة ٢ : ٤ %	٢٢.٨	١٠.٦	١٩.٧

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء – النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤ جدول (١٢) ، (١٤) ص ٣١ ، ص ٣٣- النسب حسبت بمعرفة الباحث .

ويظهر من الجدول رقم (١٤) أعلاه الأهمية النسبية الكبيرة للمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي عدد المترددين بالقسم الخارجي ، حيث بلغت تلك النسبة ٨٠.٣% علي مستوي الجمهورية في مقابل ١٩.٧% للمستشفيات التخصصية علي مستوي الجمهورية .

٣-٢ : يوضح الجدول التالي رقم (١٥) عدد المترددين وجملة أيام العلاج بالقسم الداخلي بالمستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية علي مستوي الجمهورية والأهمية النسبية للمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي كافة الحالات العلاجية والصحية التي يشملها الجدول تتراوح بين ٧٥ %- ٨٦% في مقابل نسبة ٢٥% - ١٤ % للمستشفيات التخصصية علي مستوي الجمهورية .

جـــــدول رقم (١٥)

عدد المترددين وجملة أيام العلاج بالقسم الداخلي بالمستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات التخصصية علي مستوي الجمهورية عام٢٠١٤ (بالعدد والنسب المئوية)

البيـــــان / إجمالي الجمهورية	دخـــول	خـــروج أحياء	وفـــاة	إجمـــالي الخروج	عـــدد أيام العلاج	عـــدد الأسرة
المستشفيات العامة والمركزية	٢١٦١٩٦٠	٢٠٧٣٢٠٤	١٤٦٤٨	٢٠٨٧٨٥٢	٥٣١٢٣٤٠	٢٩٦٠٦
المستشفيات التخصصية	٣٥٤٥٣٩	٣٣٧٤٢١	٣٨٣٣	٣٤١٢٥٤	١٨٣١٧٠٨	١١٢٥٨
٣= جملة ١+٢= الإجمالي العام	٢٥١٦٤٩٩	٢٤١٠٦٢٥	١٨٤٨١	٢٤٢٩١٠٦	٧١٤٤٠٤٨	٤٠٨٦٤
نسبة ١ : ٣ %	٨٥.٩	٨٦	٧٩.٣	٨٥.٩	٧٤.٣	٧٢.٤
نسبة ٢ : ٤ %	١٤.١	١٤	٢٠.٧	١٤.١	٢٥.٧	١٧.٦

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤ جدول (١٣) ، (١٥) ص ٣٢ ، ص ٣٤ – النسب حسبت بمعرفة الباحث .

٤- التوزيـــع المكـــاني والـــديموجرافي للمستشفيات العامة والمركزية في مصر:

يوضح التوزيع المكاني للمستشفيات العامة والمركزية في مصر إلي عدم التناسق بينه وبين الكثافة السكانية علي مستوي محافظات الجمهورية. وننوه في هذا السياق لما يلي :

١/٤: يوضح الجدول التالي رقم (١٦) الملامح الرئيسية للتوزيع المكاني والديموجرافي للمستشفيات العامة والمركزية في مصر عام ٢٠١٤ .

جـــــدول رقم (١٦)

الملامح الرئيسية للتوزيع المكاني والديموغرافي للمستشفيات العامة والمركزية في مصرعام ٢٠١٤

(بالعدد والنسب المئوية وعدد السكان بالمليون والتزاحم بالألف نسمة للوحدات وبالعدد للأسرة)

البيـــــان / المحافظات	جملة المستشفيات العامة والمركزية (١)		عدد السكان(٢)		التزاحم السكاني (٣) = ١/٢	
	وحدات	أسرة	العدد	%	وحدات	أسرة
القاهرة	عدد ١٦	١٥٩٧	٩.١	١٠.٦	٥٦٨.٧	٥٦٩٨.٢
	% ٦.١	٥.٤				
الإسكندرية	عدد ٦	٥٣٨	٤.٧	٥.٥	٧٨٣.٣	٨٧٣٦
	% ٢.٣	١.٨				
بورسعيد	عدد ٤	٣٠٨	٠.٦٥	٠.٨	١٦٢.٥	٢١١٠.٤
	% ١.٥	١				
السويس	عدد ١	٢٢٣	٠.٦٠٧	٠.٧	٦٠٧	٢٧٢١.٩
	% ٠.٤	٠.٨				
الإسماعيلية	عدد ٦	٥٨٢	١.١	١.٣	١٨٣.٣	١٨٩٠
	% ٢.٣	١.٩٧				
دمياط	عدد ١١	١٤٧٤	١.٣	١.٥	١١٨.٢	٨٨٢
	% ٤.٢	٥				
الدقهلية	عدد ٢٤	٣١٩٥	٥.٨	٦.٨	٢٤١.٦	١٨١٥.٣

	%	٩.٢	١٠.٨				
الشرقية	عدد	٢١	٢١٨٢	٦.٣	٧.٤	٣٠٠	٢٨٨٧.٣
	%	٨	٧.٤				
القليوبية	عدد	١١	٧٦٥	٤.٩٨	٥.٨	٤٥٢.٧	٦٥٠٩.٨
	%	٤.٢	٢.٦				
كفرالشيخ	عدد	١٠	١٣٢٨	٣.١	٣.٦	٣١٠	٢٣٣٤.٣٣
	%	٣.٨	٤.٥				
الغربية	عدد	١٠	١٠٨٠	٤.٦	٥.٤	٤٦٠	٤٢٥٩.٣
	%	٣.٨	٣.٧				
المنوفية	عدد	١٠	١٦٢٨	٣.٨٥	٤.٥	٣٨٥	٢٣٦٤.٩
	%	٣.٨	٥.٥				
البحيرة	عدد	١٧	١٨١٧	٥.٦	٦.٦	٣٢٩.٤	٣٠٨٢
	%	٦.٥	٦.٢				
الجيزة	عدد	١٧	١٧٧٥	٧.٤	٨.٦	٤٣٥.٣	٤١٦٩
	%	٦.٥	٦				
بني سويف	عدد	٧	٨٨٧	٢.٧٧	٣.٢	٣٩٥.٧	٣١٢٢.٩
	%	٢.٦	٣				
الفيوم	عدد	٦	٧٩٣	٣.١	٣.٦	٥١٦.٧	٣٩٠٩.٢
	%	٢.٣	٢.٧				
المنيا	عدد	٩	١٦٦٦	٥	٥.٨	٥٥٥.٦	٣٠٠١.٢
	%	٣.٤	٥.٦				
اسيوط	عدد	١١	١٦٩٤	٤.١	٤.٨	٣٧٢.٧	٢٤٢٠.٣
	%	٤.٢	٥.٧				
سوهاج	عدد	١٣	١٥٤١	٤.٥	٥.٢	٣٤٦.١	٢٩٢٠.٢
	%	٤.٩	٥.٢				
قنا	عدد	٩	٩٢٦	٢.٩٥	٣.٤	٣٢٧.٨	٣١٨٥.٧
	%	٣.٤	٣.١				
أسوان	عدد	٦	٨٩٦	١.٤	١.٦	٢٣٣.٣	١٥٦٢.٥
	%	٢.٣	٣				
مطروح	عدد	١٠	٦٣٨	٠.٤٣	٠.٥	٤٣	٦٧٤
	%	٣.٨	٢.٢				
الوادي الجديد	عدد	٥	٤٦٧	٠.٢١٩	٠.٣٠	٤٣.٨	٤٦٩
	%	١.٩	١.٦				
البحر الأحمر	عدد	٥	٢٨٩	٠.٣٣٧	٠.٤	٦٧.٤	١١٦٦
	%	١.٩	٠.٩٨				
شمال سيناء	عدد	٥	٢٩٩	٠.٤٢١	٠.٥	٨٤.٢	١٤٠٨
	%	١.٩	١				
جنوب سيناء	عدد	٧	٢٩٤	٠.١٦٤	٠.٢	٢٣.٤	٥٥٨
	%	٢.٧	١				
الأقصر	عدد	٥	٥٧٦	١.١١	١.٣	٢٢٢	١٩٢٧
	%	١.٩	١.٩٥				
الإجمالي العام على مستوي الجمهورية	عدد	٢٦٢	٢٩٤٥٨	٨٥.٨	١٠٠	٣٢٧.٥	٢٩١٢.٥
	%	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

المصدر : بيانات العمود رقم (١) مصدرها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤ جدول رقم (٣) – ص ١٥ – أما بيانات العمود رقم (٢) فمصدرها : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – الكتاب الإحصائي السنوي سبتمبر ٢٠١٥ – السكان جدول (٢-١) وعدد السكان في ٢٠١٤/١/١ وتوزيعهم علي المحافظات – أما بيانات العمود الثالث فحسبت بمعرفة الباحث .

وبتحليل الأرقام والنسب الواردة بالجدول رقم (١٦) يظهر لنا ما يلي :

١- بلغ الإجمالي العام للكثافة السكانية أو التزاحم السكاني علي مستوي الجمهورية ٣٢٧.٥ ألف نسمة لكل مستشفي عامة ومركزية ، وذلك علي مستوي الوحدات أو المستشفيات (**والمفروض وفق القانون ٦٤ لسنة ١٩٤٢ أن يتم إنشاء مجمع صحي لكل ١٥٠٠٠٠نسمة وذلك بمعايير أربعينيات القرن الماضي)** أما علي مستوي عدد الأسرة فقد بلغ ٢٩١٢.٥ نسمة لكل سرير في المستشفيات العامة والمركزية في مصر . ويتضح من تلك النسب مدي التدني لمستوي الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بالمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية ، والسبب الرئيسي في ذلك التدني هو عدم القدرة (بل إستحالة توفير الخدمة) علي تقديم الخدمات الصحية والعلاجية المناسبة للكم الهائل من عدد السكان بسبب التزاحم الشديد من قبل طالبي الخدمات الصحية والعلاجية وإنخفاض المعروض من الإمكانيات العلاجية والصحية علي مستوي المستشفيات العامة والمركزية في مصر.

٢- أن مستوي التزاحم السكاني علي مستوي الوحدات أو الأسرة كبير جدا في غالبية محافظات مصر خاصة المحافظات كثيفة السكان كالقاهرة والأسكندرية والشرقية والجيزة والقليوبية والدقهلية والمنيا وأسيوط وسوهاج والبحيرة والغربية والمنوفية، مع إنخفاض التزاحم في المحافظات الحدودية ومنخفضة السكان .

٣- إنحفاض الأهمية النسبية علي مستوي الوحدات والأسرة للإجمالي العام علي مستوي الجمهورية لكل من محافظات القاهرة والأسكندرية والجيزة والغربية والقليوبية بالمقارنة مع إرتفاع الأهمية النسبية لعدد السكان بتلك المحافظات بالنسبة لإجمالي سكان الجمهورية ، وهو ما يوضح مدي التزاحم الشديد علي الخدمات العلاجية والصحية المتوفرة بالمستشفيات العامة والمركزية في تلك المحافظات الخمس والبالغ تعداد سكانهم ٣٣ مليون نسمة وبما يعادل ٣٨.٤ % من سكان الجمهورية ، في حين أن تلك المحافظات الأربع تحصل علي ٢٢.٩% و١٩.٥ % من الإجمالي العام علي مستوي الجمهورية بالنسبة للوحدات (المستشفيات العامة والمركزية) والأسرة علي التوالي.

٤- تأتي محافظات الصعيد خاصة المنيا وسوهاج وأسيوط وقنا وبني سويف بالإضافة للفيوم، وتلك المحافظات من أفقر محافظات مصر، في المرتبة الثانية بعد المحافظات الخمسة (القاهرة والأسكندرية والجيزة والغربية والقليوبية) من حيث الكثافة التزاحمية للسكان علي مستوي الوحدات أو عدد الأسرة علي التوالي، وهو ما يمكن ملاحظته من إستقراء النسب بالعمود الثالث بالجدول رقم (١٦) .

ويشير ذلك أيضا لما يلي:

- معاناة الفئات الأشد فقرا في الحصول علي الخدمات العلاجية والصحية بالمستشفيات العامة والمركزية بتلك المحافظات .
- عدم العدالة في توزيع المستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية وبما يخدم كل من الكثافات السكانية العالية أو الفئات الأكثر فقرا .

٢/٤: تظهر بيات الجدول التالي رقم (١٧) نسبة الفقراء وفقا للمحافظات في مصر خلال الفترة (٢٠٠٨/٢٠٠٩– ٢٠١٢/٢٠١٣) وترتيب المحافظات وفق نسبة الفقر ، ويتضح منه مايلي :

أ- أن نسب الفقر في مصر علي المستوي الإجمالي وعلي مستوي غالبية المحافظات في تزايد مستمر .

ب- أن أفقر محافظات مصر هي محافظات الصعيد خاصة أسيوط وقنا وسوهاج وأسوان والأقصر بالإضافة إلي الفيوم.

ت- أن محافظة الجيزة وهي محافظة حضرية ولكن تتزايد بها نسبة الفقر، نظرا لأنها تشمل عدد كبير من القري والمناطق العشوائية الفقيرة والمحرومة من الخدمات التعليمية والصحية .

ث- تتزايد نسب الفقر في محافظات أخري حدودية أو نائية كمطروح وشمال سيناء والوداي الجديد (وذلك يرجع في الغالب للإهمال الحكومي منذ عقود لتلك المحافظات خاصة فيما يختص بتوفير الخدمات الإجتماعية ومشروعات البنية الأساسية).

ويؤكد ما سبق إلي عدم تحقيق خطط التنمية الاقتصادية والبشرية في مصر للعدالة المكانية في توزيع منافع التنمية علي مستوي محافظات وأقاليم الجمهورية هذا من جانب وعلي الجانب الأخر سوء توزيع السكان وتركزهم بكثافة عالية في مساحة محدودة من مساحة مصر مما يخلق ضغطا علي طلب الخدمات الإجتماعية في تلك المناطق وفي مقدمتها الخدمات التعليمية والصحية مع عجز التمويل الحكومي وحده عن توفير تلك الخدمات وتقديمها بالجودة المناسبة .

جـــــــدول رقـــم (١٧)

نسبة الفقراء وفقا للمحافظات خلال الفترة (٢٠٠٨/٢٠٠٩ – ٢٠١٢/٢٠١٣)

وترتيب المحافظات وفق نسبة الفقر %

السنوات / المحافظات	السنوات			الترتيب حسب نسبة الفقر
	٢٠٠٨/٢٠٠٩	٢٠١٠/٢٠١١	٢٠١٢/٢٠١٣	
إجمالي الجمهورية	٢١.٦	٢٥	٢٦	---
القاهرة	٩.٦	١٠	١٨	١٦
الأسكندرية	١٠.٧	١١	١٢	٢٢
بورسعيد	٦.٢	٦	١٩	١٥
السويس	٣.٢	٣	٥	٢٥
دمياط	٣.٢	٣	١٠	٢٤
الدقهلية	١٢.٥	١٢	١٤	٢١
الشرقية	١١.٧	١٢	١٤	٢٠
القليوبية	٢٢.٤	٢٢	٢١	١٣
كفرالشيخ	١٤.٣	١٤	١٨	١٧
الغربية	٨.٢	٨	١١	٢٣
المنوفية	١٦.٢	١٦	١٥	١٩
البحيرة	٢٢.٦	٢٣	٢٠	١٤
الإسماعيلية	١٧.٨	١٨	١٥	١٨
الجيزة	١٨	١٨	٣٢	٩

بني سويف	٣٧.٨	٣٨	٣٩	٧
الفيوم	٤٠.٥	٤١	٣٦	٨
المنيا	٣٢.٣	٣٢	٣٠	١٠
أسيوط	٦٩.٥	٦٩	٦٠	١
سوهاج	٥٨.٦	٥٩	٥٥	٣
أسوان	٥٤.٤	٥٤	٣٩	٦
قنا	٥١.٥	٥١	٥٨	٢
الأقصر	٣٩.١	٣٩	٤٧	٤
البحر الأحمر	١.٨	٢	٢	٢٦
الوادي الجديد	٢١.٧	٢٢	٢٥	١١
مطروح	١١.٣	١١	٢٣	١٢
شمال سيناء	٢١.٢	٢١	٤٦	٥
جنوب سيناء	٧.٥	-	-	-

(-) غير متاح .

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – السكان بحوث ودراسات " مجلة نصف سنوية " – مرجع ٦٩- ١٣٠٠١-٢٠١٤- العدد ٨٨ – يوليو ٢٠١٤- ص ٣٠ - والترتيب حسب بمعرفة الباحث .

المبحث الثالث

التمويل الحكومي للمستشفيات العامة والمركزية في مصر

١ – تمهيد:

يتطلب توفير و تحسين الخدمات الصحية والعلاجية في المستشفيات العامة والمركزية في مصر توافر العديد من المقومات الإقتصادية والسياسية والقانونية والاجتماعية لتحقيق ذلك . ويركز المبحث علي التمويل الحكومي للخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بالمستشفيات العامة والمركزية **وذلك للإعتبارات التالية :**

١- أن مستوي تقديم الخدمات الصحية والعلاجية في المستشفيات العامة والمركزية في مصر وصل لمستوي من التدني لا يرقي أن يفهم منه أن الغرض هو تحسين جودة الخدمات الصحية والعلاجية، بل المقصود هو توافر الخدمة أو الحد الأدنى منها للمنتفعين بها أو طالبي تلك الخدمات.

٢- أن غالبية المنتفعين بتلك الخدمات الصحية والعلاجية هم الفئات الفقيرة أو المهمشة في المجتمع ، مما يتطلب معه دعم سياسي وقانوني وإقتصادي علي كافة المستويات التنفيذية في الدولة .

٣- المحافظة علي وجود المستشفيات العامة والمركزية وتوافر الخدمات الصحية والعلاجية بها هو أحد الأبعاد الرئيسية لتحقيق لتحقيق الأمن والاستقرار الإجتماعي ، وهو أيضا من أولويات الحاجات العامة والخاصة في المجتمع.

٤- الخدمات الصحية والعلاجية من أهم الخدمات الإجتماعية التي تعمل مختلف دول العالم علي تقديمها لمواطنيها مهما كانت الأيدلوجية السياسية والاقتصادية لتلك الحكومات.

وتوفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية لابد أن يتم في ضوء إقتصاديات الرعاية الصحية، **والتي تشمل:**

أ- المستشفيات أو الأبنية الصحية.

ب-الأطباء والهيئة المعاونة لهم .

ت-المعدات الطبية والعلاجية .

ث- الأدوية .

ج- السياسة الصحية والعلاجية علي المستوي القومي .

ح- التمويل المالي لتحسين وتحديث المنظومة الصحية في مصر .

ومعظم نظم الرعاية الصحية في دول العالم المختلفة هي مزيج معقد من نشاطي القطاعين العام والخاص، ومشاركة الحكومة في تمويل وتوفير الرعاية الصحية أمر شائع ، ومن الأسباب المهمة لذلك :

- عدم اليقين المتأصل في الصحة والرعاية الصحية والعلاجية(٢١).
- أن الصحة والرعاية الصحية تهم الأفراد والمجتمع في نفس الوقت.
- الرعاية الصحية هي إحدى الطرق المستخدمة لتعديل مدي حدوث وتأثير إعتلال الصحة والمرض.
- الرعاية الصحية محور رئيسي لتحديد جودة الحياة للمواطنين والمجتمع .

ويهتم هذا المبحث بتحليل بنود وأبواب الإنفاق علي الصحة في مصر خلال عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ وذلك لأن المستشفيات العامة والمركزية هي مستشفيات حكومية يتم تمويل مخصصاتها المختلفة من الموازنة العامة للدولة، وعلي إعتبار أن الملامح الرئيسية للإنفاق علي الخدمات الصحية في مصر لم تتغير كثيرا عبر العقود الثلاث الأخيرة علي مستوي البنود أو أبواب الإنفاق المختلفة ، وعلي ذلك تم الإستعانة بالبيانات المتوافرة عن الإنفاق الفعلي علي الصحة في مصر خلال العامين المذكورين .

٢- الملامح الأساسية للتمويل الحكومي للخدمات الصحية والعلاجية في مصر:

توجه الإيرادات العامة للدولة للإنفاق العام علي كافة قطاعات الدولة والتي تشمل وفق التصنيف الحكومي عشرة قطاعات رئيسية . وتواجه الحكومة في مصر، خلال السنوات الأخيرة ، بعجز الإيرادات العامة عن تغطية النفقات العامة أي بالعجز في الموازنة العامة للدولة – سواء عجز نقدي أو كلي أو أولي – وهو ما يدفع الحكومة للإستدانة الداخلية أو الخارجية لسد العجز، سواء المقدر أو الفعلي .

وتعتمد الحكومة علي الإستدانة الداخلية مما تولد معه تزايد الدين العام الداخلي في مصر ، وذلك لعدم كفاية الإيرادات العامة عن تلبية النفقات العامة في مصر، وهو ما يتولد عنه عبء جديد ومستمرعلي الموازنة العامة للدولة متمثل في أقساط الدين والفوائد السنوية ، حتي أنه وصل تقدير الفوائد المستحقة والأقساط (الباب الثالث) بموازنة العام المالي ٢٠١٧/٢٠١٦ ما يقارب ٣٧.٥% من إجمالي الإنفاق العام للدولة ، وهو ما يؤثر علي تمويل الخدمات الإجتماعية الرئيسية كالتعليم والصحة .

ويركز المبحث علي التمويل الحكومي للتمويل الإستثماري والتشغيلي للخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر، وهو ما نحاول توضيحه وتحليله من خلال **ما يلي:**

أ- عرض للأهمية النسبية لقطاعات وأبواب الحساب الختامي في مصر عن فترة أربعة سنوات مالية وهي ٢٠١١/٢٠١٠- ٢٠١٤/٢٠١٣ .

ب- التحليل النسبي لأبواب الإنفاق العام الإجمالي وعلي قطاع الصحة عامي ٢٠١٢/ ٢٠١٣ و ٢٠١٣/٢٠١٤ .

ت- التحليل النسبي للبنود الفرعية للإنفاق العام علي قطاع الصحة عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ : ٢٠١٣/٢٠١٤ .

٢-١: الأهمية النسبية لقطاعات وأبواب الحساب الختامي للدولة خلال السنوات ٢٠١٠/٢٠١١-٢٠١٣/ ٢٠١٤:

يظهر الجدول التالي رقم (١٨) تطور قطاعات الحساب الختامي للدولة طبقا للتصنيف الوظيفي للحكومة وأهميتها النسبية خلال الأعوام ٢٠١٠/٢٠١١-٢٠١٣/ ٢٠١٤:

جـــــــدول رقـــم (١٨)

تطور قطاعات الحساب الختامي للدولة طبقا للتصنيف الوظيفي للحكومة وأهميتها النسبية

خلال الأعوام ٢٠١٠/٢٠١١- ٢٠١٣/٢٠١٤ (القيم بالمليون جنية والنسب المئوية)

السنـــــة / القطـــاع	٢٠١١/٢٠١٠	٢٠١٢/٢٠١١	٢٠١٣/٢٠١٢	٢٠١٤/٢٠١٣
١- إجمالي القطاعات	٤٠١٨٦٦	٤٧٠٩٩٢	٥٨٨١٨٨	٧٠١٥١٥
٢- الخدمات العامة	١١٧٨٨١	١٣٨٨٥٣	١٨٣٤٢٤	٢١٨٨٢٦
٣- الدفاع والأمن القومي	٢٦٧٢٤	٢٦٢٤٤	٢٨٩٦٠	٣٢٣٥٧
٤- النظام العام وشئون السلامة العامة	٢٠٧٢٣	٢٧٥٨٤	٣٢٤٠٠	٤٠٧١٤
٥- الشئون الإقتصادية	٢٥٢٣٣	٢٦٤٥٧	٢٩٢١٢	٣٢٩٧٦
٦- حماية البيئة	١١٥٧	١١٤٤	١٤٤٠	١٥٥٣
٧- الإسكان والمرافق المجتمعية	١٢٨٠٢	١١٤٩٥	١١٩١٣	١٧٣٦٣
٨- الصحة	٢٠٢٧٨	٢٢٤٩٢	٢٦١٢٨	٣٠٧٥٩
٩- الشباب والثقافة والشئون الدينية	١٤٩٧٨	١٧٤٩٦	١٩٥٦٤	٢٤١١١
١٠-التعليم	٤٨٢١٤	٥٦٤٠٩	٦٦١٨٠	٨٤٠٦٧
١١-الحماية الإجتماعية	١١٣٨٥٦	١٤٢٥١٨	١٨٨٩٦٧	٢١٨٧٨٩
١٢-نسبة ٢ : ١%	٢٩.٣٣	٢٩.٤	٣١.٢	٣١.٢
١٣-نسبة ٣: ١ %	٦.٦	٥.٦	٤.٩	٤.٦
١٤-نسبة ٤ :١ %	٥.٢	٥.٨	٥.٥	٥.٨
١٥-نسبة ٥ : ١%	٦.٣	٥.٦	٤.٩٦	٤.٧
١٦-نسبة ٦ : ١ %	٠.٢٨	٠.٢٤	٠.٢٤	٠.٢٢
١٧-نسبة ٧ :١ %	٣.٢	٢.٤٤	٢	٢.٤٧
١٨-نسبة ٨ :١ %	٥	٤.٨	٤.٤٤	٤.٣٨
١٩-نسبة ٩ : ١%	٣.٧	٣.٧	٣.٣٢	٣.٤
٢٠-نسبة ١٠ : ١ %	١٢	١١.٩٧	١١.٢٥	١١.٩٨
٢١-نسبة ١١ :١ %	٢٨.٣٣	٣٠.٢٥	٣٢.١	٣١.١٨

المصدر : وزارة المالية – الحساب الختامي للدولة في سنوات متعاقبة – والنسب حسبت بمعرفة الباحث .

ويظهر من الجدول أعلاه مايلي :

١- أن نسق وأهمية كل قطاع بالنسبة للإجمالي العام للإنفاق الحكومي في مصر شبة ثابت خلال الفترة من عام ٢٠١١/٢٠١٠: ٢٠١٤/٢٠١٣.

٢- أن كل من قطاع الخدمات العامة والحماية الإجتماعية يحظيا علي مايقارب ثلث الإنفاق الفعلي للدولة لكل منهما خلال الفترة من عام ٢٠١١/٢٠١٠ : ٢٠١٤/٢٠١٣ . وفي هذا السياق يمكن توضيح ما يلي :

أ- بالنسبة لقطاع الحماية الإجتماعية فإن التزايد في أهميته النسبية ترجع لتزايد الإنفاق العام علي شهداء ثورة يناير وذوي الإعاقة .

ب- أما بالنسبة لقطاع الخدمات العامة والذي يشمل:

- الأجهزة التنفيذية والتشريعية والشئون المالية وشئون المالية العامة والشئون الخارجية .
- المعونة الإقتصادية الأجنبية .
- خدمات عامة .
- بحوث أساسية .
- خدمات عمومية غير مصنفة .
- معاملات الدين العام .
- تحويلات ذات طبيعة عامة .

وتجدر الإشارة أن التزايد في الأهمية النسبية لذلك القطاع يرجع إلي :

أ- الإنفاق علي بعض البنود غير المنتجة أو البذخية في الغالب، وهو ما يمثل إختلال مؤسسي ووظيفي في توزيع النفقات العامة في مصر وهذا الإختلال مستمر منذ فترة طويلة .

ب- نفقات خدمة الدين العام خاصة الباب الثالث (الفوائد) وهو ما يسبب التزايد في الأهمية النسبية لقطاع الخدمات العامة في مصر، وهو مايدل أن الأجيال القادمة هي ما تتحمل عبء ذلك الدين مما يقلل المنافع العامة والخاصة لها في الحاضر والمستقبل والمستقبل من التكاليف العامة والخاصة لها في الحاضر والمستقبل .

ويشير ما سبق إلي عدم القدرة الحكومية – في ظل قيد الإستدانة العامة الداخلية والخارجية – وحدها علي توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية وفي غيرها من الجهات الحكومية الصحية .

٢-٢ : التحليل النسبي لأبواب الإنفاق العام الإجمالي وعلي قطاع الصحة عامي ٢٠١٢/ ٢٠١٣ و ٢٠١٣/٢٠١٤ :

- يظهر الجدول التالي رقم (١٩) التوزيع النسبي للانفاق العام الإجمالي والإنفاق علي قطاع الصحة في مصر علي الأبواب الرئيسية للحساب الختامي عامي٢٠١٢/٢٠١٣ : ٢٠١٣/٢٠١٤. وتشير بيانات الجدول رقم (١٩) إلي ما يلي:

١- بالنسبة لإجمالي الإنفاق العام في مصر وتوزيعه علي أبواب الإنفاق الست خلال عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ و٢٠١٣/٢٠١٤ نلاحظ أن هناك إختلال هيكلي في نمط توزيع الإنفاق العام علي مستوي الدولة متمثل فيما يلي :

أ- يستحوذ الباب الأول (الأجور والتعويضات) علي حوالي ٢٥% من إجمالي الإنفاق العام للدولة .

ب- تستحوذ مدفوعات الفوائد (الباب الثالث) علي حوالي ٢٥% من إجمالي الإنفاق العام للدولة .

ت- تستأثر مخصصات الدعم (الباب الرابع) علي ما يقارب ثلث الإنفاق العام للدولة .

ث- لم تتعدي النسبة المخصصة للباب السادس (الاستثمار وشراء أصول غير مالية) نسبة ٨% من إجمالي الانفاق العام في مصر، ويوضح ذلك إنخفاض مخصصات الإستثمار الحكومي من إجمالي الإنفاق العام للدولة .

٢- بالنسبة لتوزيع الإنفاق العام علي الصحة علي الأبواب الست للإنفاق نلاحظ مايلي :

أ- أن الباب الأول "الأجور والتعويضات " يستأثر علي نسبة تقارب ٦٠% من إجمالي الانفاق العام المخصص للصحة وذلك علي مدار الفترة من عام ٢٠١٢/٢٠١٣ : ٢٠١٣/٢٠١٤ .

ب- أن بند شراء السلع والخدمات (الباب الثاني) يستأثر ما يتعدي خمس (٢٠%) الانفاق العام المخصص للصحة .

ت- أن الإنفاق علي الاستثمارات بقطاع الصحة (الباب السادس) خلال عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٢٠١٣/٢٠١٤ بلـــــغ ٨.٥% و١٠.٩٣ % علي التوالي ، مما يشير إلي ضألة التمويل الحكومي المخصص للتكوين الرأسمالي بقطاع الصحة في مصر .

جـــــدول رقم (١٩)

التوزيع النسبي للإنفاق العام الإجمالي والإنفاق علي قطاع الصحة في مصر علي الأبواب الرئيسية للحساب الختامي عامي٢٠١٢/٢٠١٣ : ٢٠١٣/٢٠١٤

(القيم بالألف جنية والنسب المئوية)

البيـــــان / أوجـــه الإنفاق	إجمالي الإنفاق العام		الإنفاق العام علي قطاع الصحة	
	٢٠١٢/٢٠١٣	٢٠١٣/٢٠١٤	٢٠١٢/٢٠١٣	٢٠١٣/٢٠١٤
١- باب أول : أجور وتعويضات للعاملين	١٤٢٩٥٦١١٤	١٧٨٥٨٨٩٢٢	١٤٨٨٧٦٤٣	١٨٥٠٨٤٣٩
٢- باب ثاني : شراء السلع والخدمات .	٢٦٦٥٢٣٦٨	٢٧٢٤٧٣٠٦	٥٨٧٢٢٩٥	٦٢٢٣٨٨٤
٣- باب ثالث : الفوائد .	١٤٦٩٩٥٢١٧	١٧٣١٤٩٧٩١	١٥٧٤١	١٩٢٠٠
٤- باب رابع : الدعم والمنح والمزايا الإجتماعية	١٩٧٠٩٣٣٣٨	٢٢٨٥٧٩٠٦٠	٢٦٤٢٥١٧	٢٢٤٩٣٠٤
٥- باب خامس: المصروفات الأخري.	٣٤٩٧٤٥٦٤	٤١٠٦٧٥٨٢	٤٧٨٢٥٢	٣٩٤١٣٣
٦- باب سادس: الإستثمارات	٣٩٥١٥٩١٦	٥٢٨٨١٥٠٢	٢٢٣١٧٩٤	٣٣٦٣٨٩٧
٧- إجمالي الأبواب .	٥٨٨١٨٧٥١٧	٧٠١٥١٤١٦٣	٢٦١٢٨٢٤٢	٣٠٧٥٨٨٥٧
٨- نسبة ١ : ٧ %	٢٤.٣	٢٥.٤٥	٥٦.٩٧	٦٠.٢
٩- نسبة ٢ : ٧ %	٤.٥	٣.٩	٢٢.٤٧	٢٠.٢٣
١٠- نسبة ٣ : ٧ %	٢٥	٢٤.٦٨	٠.٠٦	٠.٠٦
١١- نسبة ٤ : ٧ %	٣٣.٥	٣٢.٥٨	١٠.١١	٧.٣١
١٢- نسبة ٥ : ٧ %	٥.٩٤	٥.٨٥	١.٨٣	١.٢٨
١٣- نسبة ٦ : ٧ %	٦.٧	٧.٥٣	٨.٥	١٠.٩٣

المصدر : وزارة المالية – الحساب الختامي للدولة عامة ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٢٠١٣/٢٠١٤ والنسب حسبت بمعرفة الباحث .

٢-٣: التحليل النسبي للبنود الفرعية للإنفاق العام علي قطاع الصحة عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ .

يوضح الجدول التالي رقم (٢٠) البنود الرئيسية للإنفاق العام علي الصحة في مصر وتوزيعها النسبي وفق ختامي٢٠١٣/٢٠١٢ و ٢٠١٤/٢٠١٣.

ولتحليل الأرقام والنسب الواردة بجدول رقم (٢٠) – وبغرض التبسيط والتوضيح – سيتم ذلك بتحليل وتفسير الأرقام والنسب الواردة بالجدول علي مرحلتين :

أ- **المرحلة الأولي :** تحليل بيانات الجدول أفقيا حتى الصف السادس (الأهمية النسبية لكل باب من أبواب الإنفاق حسب بنود الإنفاق المختلفة علي الصحة ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣).

ب- **المرحلة الثانية :** تحليل بيانات الجدول رأسيا بدئا من الصف السادس بالجدول وحتى الصف الأخير(توضيح الأهمية النسبية لكل بند من بنود الإنفاق لإجمالي الإنفاق الفعلي لكل باب من بنود الإنفاق)

أ- **الأهمية النسبية لكل باب من أبواب الإنفاق حسب بنود الإنفاق المختلفة علي الصحة ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ :**

- تراوحت الأهمية النسبية للباب الأول (الأجور والتعويضات للعاملين) **لإجمالي قطاع الصحة** (بند١) لإجمالي الأبواب نسبة تراوحت بين ٥٦% : ٦٠ % خلال فترة العامين ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ ، في حين بلغت تلك النسبة من ٢٠% : ٢٢.٤٧% خلال عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ وذلك عن الباب الثاني (شراء السلع والخدمات)، أما علي مستوي الباب السادس(الإستثمار) فقد تراوحت أهميته النسبية لإجمالي أبواب الإنفاق العام علي الصحة عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ ٨.٥% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ وزاردت إلي ١٠.٩٣% عام ٢٠١٤/٢٠١٣ وهو ما يشير إلي إنخفاض نسبة الإستثمار الحكومي بقطاع الصحة علي مدار العامين المذكورين .
- بالنسبة للبند الثاني وهو خدمات المستشفيات والتي تشمل البنود الفرعية التالية :

٢-١ : خدمات مستشفيات جامعية مثل قنا الجامعي والفيوم الجامعي .

٢-٢: خدمات المستشفيات العامة مثل:

٢-٢-١: مستشفيات جامعة الأزهر.

٢-٢-٢: مستشفي دمياط الجامعي الجديدة .

٢-٢-٣: مستشفيات الصحة النفسية .

٢-٢-٤: مديريات الشئون الصحة (وهو ما يشار إليها بالجدول (٢٠) بالبند (٢-١) نظرا لأن المستشفيات العامة والمركزية يتم الإنفاق عليها من خلال مديريات الشئون الصحية بالمحافظات) .

٢-٢-٥ المستشفيات الجامعية .

٢-٣: خدمات المستشفيات المتخصصة .

٢-٤ : خدمات المراكز الطبية ومراكز الأمومة .

ولقد ساد نمط الإنفاق العام الإجمالي بقطاع الصحة علي بند خدمات المستشفيات أيضا حيث :

١- إستأثر الباب الأول الأجور علي ما تراوح بين ٧٠.٦% و٧٢.٨٦% من إجمالي الأبواب المخصصة لذلك البند خلال عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ .

٢- جاء الانفاق علي الباب الثاني (**شراء السلع والخدمات)** في المرتبة الثانية بنسبة تراوحت بين

٢٣% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ وإنخفضت إلي ٢٠% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ وجاء الإنفاق علي **الاستثمار** (الباب السادس) في المرتبة الثالثة بنسبة تراوحت بين ٤ % عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٥.٦% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ وهو ما يؤكد إنخفاض المخصصات الإستثمارية للمستشفيات الحكومية (التي تتلقي دعم كلي أو جزئي من الموازنة العامة للدولة) في مصر .

- نظرا للأهمية النسبية الكبيرة **لبند مديريات الشئون الصحية** (وهو ما يصرف منه علي المستشفيات العامة والمركزية علي مستوي محافظات الجمهورية) بالنسبة البند الرئيسي خدمات المستشفيات، فقد تم إدراجه بالجدول لإظهار مدي أهمية المستشفيات العامة والمركزية في المخصصات السنوية للإنفاق علي الصحة علي مستوي المحافظات أو علي مستوي الانفاق الإجمالي علي الصحة علي مستوي الجمهورية ومن تتبع أرقام ونسب الإنفاق خلال عامي٢٠١٢/٢٠١٣ : ٢٠١٣/٢٠١٤ لبند مديريات الشئون الصحية

(٢-١) نلاحظ مايلي:

١- بلغ النصيب النسبي **للأجور والتعويضات** نسبة تراوحت بين ٨٤.٩٦% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ من إجمالي الأبواب لذلك البند وإرتفعت إلي ٨٥.٢٥% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ . وتشير تلك النسب لمدي معاناة المستشفيات العامة والمركزية من تزايد عدد العاملين بها مع عدم الإستغلال الإقتصادي لتلك الطاقات البشرية في تحسين الخدمات الصحية بتلك المستشفيات، وهو ما يظهر من خلال إرتفاع رقم الأجور والتعويضات السنوية مع إنخفاض مستوي الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بتلك المستشفيات، مما يعني وجود بطالة مقنعة علي مستوي مديريات الشئون الصحية بالمحافظات أو علي مستوي الإدارات الصحية بالمراكز الإدارية المختلفة وعلي مستوي القري .

٢- جاء الانفاق علي شراء السلع والخدمات (الباب الثاني) في المرتبة الثانية لبند مديريات الشئون الصحية بنسبة تراوحت بين ١٤.٢٤% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ وإنخفضت إلي ١٢% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ من إجمالي الأبواب لبند مديريات الشئون الصحية .

٣- تراوحت النسبة المخصصة للباب السادس (الإستثمار) لمديريات الشئون الصحية بالمحافظات علي مدار عامي ٢٠١٢/٢٠١٣: ٢٠١٣/٢٠١٤ بين٠.٥٧% و ١.٩٢ % مما يعني عدم القدرة علي إحلال وتجديد المستشفيات العامة والمركزية بالمحافظات، ناهيك عن عدم القدرة علي التوسع الأفقي لتلك المستشفيات مع التوسع العمراني والسكني بالمحافظات والمدن المختلفة بالجمهورية ، نظرا لعجز الموارد الإستثمارية الحكومية وحدها عن تحقيق ذلك .

- **بالنسبة للبند الثالث (الخدمات الصحية العامة) والتي تشمل :**

٣-١: ديوان عام وزارة الصحة .

٣-٢: الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية.

ونلاحظ علي أبواب إنفاق ذلك البند مايلي :

١- زيادة الأهمية النسبية للباب الرابع (الدعم والمنح والمزايا الإجتماعية) بنسبة بلغت ٤٠.٥% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ وانخفضت إلي ٣١.٨% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ ، ويشمل ذلك البند قرارات

العلاج علي نفقة الدولة ، وهو ما يشير إلي عدم العدالة في توزيع وتخصيص الإنفاق علي الخدمات الصحية والعلاجية لكافة المواطنين في الدولة وكذا تفشي حالات الفساد والرشوة والمحسوبية والمعرفة في مجال الحصول علي خدمة صحية وعلاجية ملائمة ، مما يعني عدم إتصاف غالبية الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات الحكومية (أو الخاصة) في مصر خاصة المستشفيات العامة والمركزية بالملائمة والإنصاف والعدالة التي من المفترض أن تكون عليها الخدمات الصحية والعلاجية في المجتمع .

٢- جاء الإنفاق علي **باب الإستثمار**(الباب السادس) في المرتبة الثانية بالنسبة لبند الخدمات الصحية العامة بنسبة ١٩.٨% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ زادت إلي ٢٧.٨٥ % عام ٢٠١٤/٢٠١٣ وذلك لزيادة مخصصات الإستثمار بديوان عام وزارة الصحة .

- بالنسبة **للبند الرابع وهو البحوث والتطوير** في مجال الصحة والتي تشمل:
  - معهد تيودوربلهارس للأبحاث .
  - معهد بحوث أمراض العيون .
  - الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية .
  - الهيئة القومية للبحوث والرقابة علي المستحضرات الحيوية .
  - هيئة الإسعاف المصرية .

فقد إستمر نمط الإختلال الهيكلي في توزيع أبواب الانفاق العام علي نفس وتيرة غالبية البنود الأخري من إستئثار الباب الأول الأجور علي غالبية الإنفاق إلا أن الباب السادس(الإستثمار) في ذلك البند جاء ثانيا ثم الباب الثاني (شراء السلع والخدمات) وذلك لطبيعة مخصصات هذا البند علي البحث والتطوير .

- أما علي مستوي البند الخامس والذي يشمل شئون صحية غير مصنفة في مكان أخر، وهي قيم تعتبر قليلة بالنسبة للبنود الأخرى ، **فلقد جاء نمط الإنفاق عليه كما يلي :**
  - جاء الإنفاق علي الاستثمار (الباب السادس) في المرتبة الأولي ٤٤.٥% ثم الباب الخامس (المصروفات الأخرى) في المرتبة الثانية ٢٧.٦% ثم الباب الأول ١٩.١% وذلك عن عام ٢٠١٣/٢٠١٢ .
  - بلغ الإنفاق علي الباب الخامس (المصروفات الأخرى) في المرتبة الأولي بنسبة ٤٨.١١% ثم الباب السادس بنسبة ٣٢.١٢% ثم الباب الأول بنسبة ١٣.٩% عام ٢٠١٤/٢٠١٣.

ب- الأهمية النسبية لكل بند من بنود الإنفاق لإجمالي الإنفاق الفعلي لكل باب من بنود الإنفاق علي الصحة ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ :

وبتحليل الإنفاق علي الصحة في مصر حسب نسبة مساهمة كل بند من البنود الخمس بالجدول أعلاه من إجمالي الإنفاق علي الصحة وفق الأبواب الست نلاحظ ما يلي :

- بلغت نسبة بند **خدمة المستشفيات** (بند ٢) من إجمالي باب الأجور بقطاع الصحة في مصر نسبة ٨٨.٩٦% و ٨٩.٤% عن عامي ٢٠١٣/٢٠١٢: ٢٠١٤/٢٠١٣ علي التوالي يليه بند **خدمات صحية عامة** بنسبة ٧.١% و ٦.٢% عن العامين المذكورين أعلاه ثم بند **البحوث والتطوير** بنسبة ٤.٤% عن العامين وأخيرا بند **شئون صحية غير مصنفة** بنسبة

٠.٠٢٥% و ٠.٠٢٤عن عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ : ٢٠١٣/٢٠١٤.

- ونشير في هذا السياق، ولتوضيح مدي أهمية البند ٢- ١ وهو **مديريات الصحة** بالجدول رقم (٢٠) سواء علي مستوي جملة الإنفاق علي خدمات المستشفيات (إجمالي البند ٢) أو علي مستوي إجمالي الأبواب الست ، أن نسبة بند مديريات الصحة لإجمالي الباب الأول الأجور بقطاع الصحة ٦٤% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٦٦.٣% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ مما يعني أن العاملين بالمستشفيات العامة والمركزية والإدارات الصحية بالمراكز الإدارية والأرياف يحصلوا علي ما يقارب من ثلثي الأجور والتعويضات في قطاع الصحة ، هذا في حين أن جملة بند **مديريات الصحة لإجمالي البند** (خدمات المستشفيات) بلغ ٧٢.٣% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٧٤.١% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ مما يعني أن قطاع المستشفيات العامة والمركزية والإدارات الصحية بالمراكز والأرياف يحصلوا علي مايقارب ٧٥% من الأجور والتعويضات علي مستوي بند خدمة المستشفيات علي مستوي الجمهورية .
- بلغ الإنفاق علي الباب الثاني (شراء السلع والخدمات) **لبند خدمات المستشفيات** نسبة ٧٣.٥% عن عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٧٢.٢٢% عن عام ٢٠١٣/٢٠١٤ من إجمالي الباب الثاني بقطاع الصحة ثم بند خدمات صحية عامة بنسبة ٢٤% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٢٤.٩% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ **ثم بند البحوث والتطوير** بنسبة ٢.٤% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٢.٨% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ وأخيرا بند **شئون صحية غير مصنفة** بنسبة ٠.٠١% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٠.٠٢%عام ٢٠١٣/٢٠١٤.
- أما علي مستوي الأهمية النسبية **لمديريات الصحة** من إجمالي الإنفاق علي الباب الثاني (شراء السلع والخدمات) فقد بلغ ٢٧.٤% من إجمالي الباب الثاني و ٣٧.٢% من إجمالي بند خدمة المستشفيات لعام ٢٠١٢/٢٠١٣ و بنسبة ٢٧.٨% من إجمالي الباب الثاني و٣٨.٥% من إجمالي بند خدمة المستشفيات لعام ٢٠١٣/٢٠١٤ .
- بالنسبة للباب الثالث (الفوائد) نلاحظ عدم وجود بنود إنفاقية لهذا الباب بقطاع الصحة ماعدا البند الثالث الخدمات الصحية العامة وخاصة ما يخص ديوان عام وزارة الصحة والتي بلغت نسبته لإجمالي الباب الثالث بقطاع الصحة ٩٩.٧% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٩٧.٩٦% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ .
- أما علي مستوي البنود الإنفاقية للباب الرابع (الدعم والمنح والمزايا الإجتماعية) فنلاحظ ما يلي:
  - بلغت الأهمية النسبية **لبند خدمات المستشفيات** لإجمالي الباب الرابع بقطاع الصحة في مصر ١.٤% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٣.٣٥ % عام ٢٠١٣/٢١٤ ، أما علي مستوي **البند الثالث (الخدمات الصحية العامة)** فقد بلغت نسبته لإجمالي الباب الرابع بقطاع الصحة نسبة ٩٨.٥٥% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٩٦.٦% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ وهو ما يؤكد ما سبق الإشارة إليه من الأهمية النسبية لقرارات العلاج علي نفقة الدولة الصادرة سنويا علي **مستوي ديوان وزارة الصحة (مكتب وزير الصحة)** وهو

ما يشير في نفس الوقت إلي عدم توافر الخدمة العلاجية والصحية بصورة تلقائية للمواطن المصري مما يستدعي التدخل المؤسسي والوظيفي للحصول علي تلك الخدمات الصحية والعلاجية مما يخلق حالات كثيرة من الرشوة والمحسوبية في مجال القرارات العلاجية في مصر وعدم العدالة في توزيع مخصصات العلاج علي نفقة الدولة ، الأمر الذي يزيد من قائمة الإنتظار لطالبي الخدمات الصحية والعلاجية الحكومية .

- أما علي مستوي **بندي البحوث والتطوير والشئون الصحية غير المصنفة** وأهميتهم النسبية لإجمالي الباب الرابع للإنفاق الصحي في مصر فهي قليلة جدا لم تتعدي ٠.٥ % لكل منهما علي مدار عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ : ٢٠١٣/٢٠١٤ .
- وبالنسبة **للبند الفرعي مديريات الشئون الصحية بالمحافظات** وأهميته النسبية لإجمالي الباب الرابع للإنفاق الصحي في مصر فقد بلغ ٠.٥% عام٢٠١٢/٢٠١٣و ٠.٥٥%عام ٢١٣/٢٠١٤، أما بالنسبة لأهميته النسبية لإجمالي مخصصات بند خدمات المستشفيات علي الباب الرابع فقد بلغ ٣٥% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ١٦.٥% عام ٢٠١٣/٢٠١٤.

- وبتحليل بنود الإنفاق الصحي المخصصة **للباب الخامس** (المصروفات الأخرى) نلاحظ ما يلي:

- تراوحت الأهمية النسبية للبند الأول **خدمات المستشفيات** بالنسبة لجملة الباب الخامس بين ٨٣.٣٥% عن عام ٢٠١٢/٢٠١٣ إلي ٨١.٥% عن عام ٢٠١٣/٢٠١٤ ، وجاء **بند الخدمات الصحية العامة** بنسبة تراوحت بين ١٤.٧٦ % عن عام ٢٠١٢/٢٠١٣ إلي ١٢.٣% عن عام ٢٠١٣/٢٠١٤ من إجمالي مخصصات الباب الخامس، ثم **جاء بند البحوث والتطوير** بنسبة ٠.٠٥% عن عام ٢٠١٢/٢٠١٣ إلي ٢.٣٢% عن عام ٢٠١٣/٢٠١٤ من إجمالي الباب الخامس ، وأخيرا **بند شئون صحية غير مصنفة** بنسبة تراوحت بين ٠.٠٣% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٣.٩% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ من إجمالي الباب الخامس .
- أما علي مستوي البند الفرعي **مديريات الشئون الصحية** ونسبته لإجمالي الباب الخامس فقد بلغت ١.٢% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ وزادت بصورة ملحوظة إلي ٢٥.٩% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ ، اما علي مستوي نسبته لإجمالي **البند الرئيسي خدمات المستشفيات** فقد بلغت عام ٢٠١٢/٢٠١٣ ١.٤٦ % وزادت أيضا بصورة كبيرة إلي ٣١.٨٦% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ .

- أما علي مستوي تحليل البنود الإنفاقية المخصصة علي **الباب السادس** (الإستثمار) فيتضح لنا **ما يلي :**

- إستحوذ **البند الأول خدمات المستشفيات** علي نسبة تراوحت بين ٣٤% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ وزادت إلي ٣٧.٩% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ من إجمالي الباب السادس ، أما علي مستوي **بند الخدمات الصحية العامة** فكانت تلك النسب هي ٥٧.١% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٥٦.٥٥% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ وذلك لتزايد مخصصات الإستثمار بديوان عام وزارة الصحة وليس علي مستوي المستشفيات الجامعية أو التعليمية أو

المحليات (مديريات الصحة) عن عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ . وجاء **بند البحوث والتطوير** بنسبة ٨.٤٤% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ و ٥.٣% عام ٢٠١٤/٢٠١٣ من إجمالي الباب السادس ، ولم تتعدي نسبة **بند الشئون الصحية غير المصنفة** من إجمالي الباب السادس نسبة ٠.٣% خلال عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ :٢٠١٤/٢٠١٣ .

- كانت نسبة البند الفرعي **مديريات الشئون الصحية** بالمحافظات من إجمالي الباب السادس ٣.٢% زادت إلي ٨.٢٥ % وكانت تلك النسبة من إجمالي البند الرئيسي **خدمات المستشفيات** ٩.٣٢% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ زادت بشكل ملحوظ إلي ٢١.٨% عام ٢٠١٤/٢٠١٣ ، وهو ما يشير إلي تزايد مخصصات الإحلال والتجديد والتوسع علي مستوي المستشفيات العامة والمركزية عام ٢٠١٤/٢٠١٣ بالمقارنة مع عام ٢٠١٣/٢٠١٢ .

- وعند تحليل الأهمية النسبية لجملة **أبواب الإنفاق** لكل بند من البنود الخمس لجملة **الأبواب لقطاع الصحة** في مصر خلال عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ :٢٠١٤/٢٠١٣ نلاحظ مايلي :

- بلغت الأهمية النسبية لجملة أبواب البند رقم (٢) **خدمات المستشفيات** لإجمالي أبواب الإنفاق علي الصحة بند رقم (١) ٧١.٨% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ و ٧٣.٨% عام ٢٠١٤/٢٠١٣ ، ثم جاء البند رقم (٣) **خدمات صحية عامة** في المرتبة الثانية في الأهمية النسبية من إجمالي الإنفاق الكلي بقطاع الصحة بنسبة ٢٤.٦% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ و ٢٢.٢٢% عام ٢٠١٤/٢٠١٣ ، وجاء ثالثا البند الرابع **البحوث والتطوير** بنسبة ٣.٥% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ و ٣.٨١ % عام ٢٠١٤/٢٠١٣ وأخيرا جاء البند الخامس **شئون صحية غير مصنفة** بأهمية نسبية بلغت ٠.٠٧% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ و ٠.١% عام ٢٠١٤/٢٠١٣ من الإجمالي العام للإنفاق علي الصحة في مصر .
- أما علي مستوي الأهمية النسبية لإجمالي أبواب الإنفاق علي البند الفرعي (٢-١) **مديريات الشئون الصحية بالمحافظات** بالنسبة للإجمالي العام للإنفاق الصحي في مصر فقد بلغت ٤٣.١% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ و ٤٦.٨% عام ٢٠١٤/٢٠١٣ وبلغت بالنسبة لإجمالي البند الرئيسي (٢) خدمات المستشفيات ٦٠.١% عام ٢٠١٣/٢٠١٢ و ٦٣.٣%عام ٢٠١٤/٢٠١٣.

وبناء علي ما سبق يمكن إستنتاج بعض النتائج فيما يتعلق ببنود الإنفاق علي الصحة في مصر خلال عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ :

١- غالبية الإنفاق الحكومي علي الصحة في مصر يتجه إلي مخصصات الباب الأول الأجور والتعويضات بنسب تقارب٦٠% من إجمالي الإنفاق العام علي الصحة في مصر، هذا في حين أن الإنفاق الإستثماري الحكومي بقطاع الصحة (الباب السادس) تراوحت نسبته بين ٨.٥% و١٠.٩٣%خلال عامي٢٠١٣/٢٠١٢: ٢٠١٤/٢٠١٣.

٢- من أهم بنود الإنفاق بقطاع الصحة بند خدمات المستشفيات والذي يقع ضمن بنوده الرئيسية بند مديريات الشئون الصحية بالمحافظات (وهو جهة التمويل والصرف علي المستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية) والذي يلاحظ

أن نسبة الإنفاق الإستثماري الحكومي (الباب السادس) علي ذلك البند خلال عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ و٢٠١٣/٢٠١٤ بلغت ٠.٥٧% و ١.٩٢% علي التوالي ، الأمر الذي يعني أن مخصصات الإحلال والتوسع والتجديد للمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية لاتسمح بتحسين وتطوير الخدمات الصحية والعلاجية بها بما يتوافق مع تزايد الطلب اليومي علي الخدمات الصحية والعلاجية بها علي مستوي الجمهورية ، وبالإضافة إلي ذلك يلاحظ أن الأهمية النسبية للباب الثاني (شراء السلع والخدمات) – وهو ما يختص بالإنفاق علي المستلزمات التشغيلية لمديريات الشئون الصحية بالمحافظات كالأدوية والمستلزمات الطبية والغذاء وغيرها– إنخفضت من ١٤.٢٤% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ إلي١٢ % عام ٢٠١٣/٢٠١٤ الأمر الذي يؤثر سلبا علي كفاءة تقديم الخدمات التشغيلية والوظيفية اليومية بالمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية .

٣- أن تزايد الأهمية النسبية للباب الرابع (الدعم والمنح والمزايا الإجتماعية) لبند الخدمات الصحية العامة لإجمالي أبواب الانفاق علي مستوي هذا البند خلال عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٢٠١٣/٢٠١٤ والبالغة ٤٠.٥٥% و ٣١.٨% علي التوالي ، وهو ما يعني تزايد مخصصات قرارات العلاج علي نفقة الدولة هو إعتراف حكومي ضمني بتدني الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بالمستشفيات الحكومية علي مستوي الجمهورية وعلي رأسها المستشفيات العامة والمركزية ، وأن هذا الإختلال إختلال هيكلي بقطاع الصحة في مصر ولم تنجح السياسات الصحية والإجراءات التنظيمية والمؤسسية في مصر علي مواجهته حتي الأن ، والأمر الذي يؤكد ذلك التزايد الكبير جدا في نسبة الباب الرابع (الدعم والمنح والمزايا الإجتماعية) لبند الخدمات الصحية العامة لإجمالي الباب الرابع علي مستوي الإنفاق الكلي علي الصحة في مصر والتي بلغت ٩٨.٥٥% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٩٦.٦% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ .

المبحث الرابع

سياسات وإجراءات تحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية وعائدها الإقتصادي والإجتماعي

١. تمهيد:

حاول البحث في المباحث السابقة تقديم تحليل مبسط عن الأهمية الإستراتيجية والديموجرافية للمستشفيات العامة والمركزية في مصر، ولا ينقصنا بعد التحليل المالي والاقتصادي لأهم بنود الإنفاق الصحي في مصر علي مستوي أبواب الإنفاق المختلفة إلا إقتراح مجموعة من السياسات والإجراءات المؤسسية والوظيفية لتوفير وتحسين الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات الحكومية في مصر خاصة علي مستوي المستشفيات العامة والمركزية .

٢. السياسات والإجراءات المقترحة لتوفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر :

يشمل المفهوم الحديث للرعاية الصحية الخدمات التالية :

أ- الخدمات التشخيصية .

ب-الخدمات العلاجية والتأهيلية .

ت-الحفاظ علي الصحة العامة في إطار التنمية البشرية للمجتمع .

ث- الحفاظ علي حقوق الإنسان في العلاج والحصول عليه .

ج- عدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية علي جميع المواطنين .

كما تعتمد الرعاية الصحية الحديثة علي أسس معينة منها :

- توفيرها للمنتفع منها بالقرب من مكان معيشته وعمله .
- ملائمة تكاليف الخدمات الصحية مع قدرات المنتفع المالية .
- توفيرها بجودة ملائمة أو علي الأقل تحديد حد أدني معياري لجودة الخدمة الصحية والعلاجية – علي مستوي جميع التخصصات – حتي لوقدمت الخدمة مجانا .

وللحصول علي خدمات صحية متميزة فإن ذلك يضع الدولة أمام معادلة صعبة وهي توفير خدمة صحية جيدة تلبي طلب وإحتياجات المنتفعين منها وذلك في ظل (٢٢) :

- إنخفاض الموارد الحكومية المخصصة لذلك .
- الزيادة السكانية السنوية .
- الإرتفاع المستمر للتكلفة الصحية للمواطن من وقاية وعلاج وإعادة تأهيل .

وأمام هذه الإحتياجات المتزايدة سنويا علي الخدمات الصحية والعلاجية- مع إنخفاض المستوي المعيشي للمواطنين وبتزايد معدلات الفقر في مصر- يتجه المواطنين نحو العيادات والمستشفيات الحكومية المجانية – خاصة المستشفيات العامة والمركزية- طلبا للعلاج **وذلك بسبب :**

- إرتفاع تكلفة الرعاية الصحية بسبب إرتفاع قيمة الأجهزة الطبية والإحتياج لتطويرها وتحديثها .
- إرتفاع أسعار الدواء والإجراءات التشخيصية .
- إرتفاع أسعار المستلزمات الطبية المستخدمة في العمليات وذلك لإستيرادها بالعملات الأجنبية .

٢-١: المقومات المؤسسية والوظيفية والمالية لتوفير وتحسين الخدمات الصحة والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية :

يتطلب تحسين وتوفير الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية تضافر العديد من المقومات الإقتصادية والإجتماعية والمؤسسية. ونذكر من **تلك المقومات:**

١- إنشاء كيان مؤسسي يخطط ويشرف علي تنفيذ خطط التوسع والإحلال والتجديد والصيانة للأبنية الصحية عموما وللمستشفيات العامة والمركزية بصورة خاصة .

٢- تدبير مصادر غير حكومية لتمويل الأبنية الصحية مع زيادة التمويل الحكومي السنوي للإحلال والتجديد والتوسع للأبنية الصحية خاصة المستشفيات العامة والمركزية.

٣- تطوير نظم إدارة الموارد البشرية بالمستشفيات العامة والمركزية وتطبيق نظم للحوافز والمكافأت

لحث الأطباء والهيئة المعاونة لهم علي تحسين الخدمات الطبية والعلاجية بتلك المستشفيات.

أ- إنشاء هيئة للأبنية الصحية في مصر:

الطلب علي الرعاية الصحية والعلاجية هو طلب غير مباشر نابع من الطلب علي الصحة (العلاج والوقاية) من قبل المواطنين، وعلي ذلك فخدمات الرعاية الصحية والعلاجية هي أحد المحاور الرئيسية الثلاث لتحسين دليل التنمية البشرية علي المستوي المحلي أو المستوي الدولي، ولما كانت الرعاية الصحية والعلاجية لا تتم إلا بتضافر مقوماتها الخمسة التالية وهي:

- المستشفيات.
- الأطباء والهيئة المعاونة لهم .
- الدواء والأجهزة الطبية والتشخيصية .
- أساليب إدارة المؤسسات الصحية والعلاجية .
- التمويل اللازم للرعاية الصحية والعلاجية .

و المستشفيات عموما وخاصة المستشفيات العامة والمركزية لها دور هام في توفير وتحسين الرعاية الصحية والعلاجية في المجتمع المصري **بسبب :**

أ- الإنتشار الجغرافي لها علي مستوي محافظات ومدن الجمهورية .

ب- الميزة التاريخية لها والتي إكتسبتها علي مدار كافة الإدارات الإقتصادية في مصر علي إختلاف توجهاتها السياسية والإيدلوجية .

ت- أنها من أهم مؤسسات الشبكة الحكومية لتقديم الخدمات الصحية والعلاجية في الريف والحضر.

ث- تمثل البداية الأساسية والطبيعية للتشخيص والعلاج لكافة الأمراض التي تصيب المواطن في أي وقت وأي مكان في الجمهورية.

وعلي ذلك تعتبر الأبنية الصحية وخاصة المستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية بمثابة الكيان المؤسسي الرئيسي الذي تتم بداخله كافة مراحل ومستويات الرعاية الصحية والعلاجية للمواطن المصري ، ومن ثم فالإهتمام بالمستشفيات العامة والمركزية هو محور رئيسي لتوفير وتحسين الخدمات الصحية في مصر .

وتواجه المستشفيات في مصر عموما والمستشفيات العامة والمركزية من قصور في عمليات الإحلال والتجديد والتوسع لها علي مستوي الجمهورية ، وهو ما يمثل السبب الرئيسي في التزاحم الشديد علي الخدمات الصحية والعلاجية بها يوميا من قبل المنتفعين بتلك الخدمات علي مستوي الجمهورية .

ولقد حققت الإدارة الإقتصادية في مصر نجاح كبير في مجال توفير الأبنية التعليمية عندما واجهت مصر في بداية تسعينات القرن الماضي بأزمة في الأبنية التعليمية بعد زلزال عام ١٩٩٢ ، ونتج عن ذلك الإهتمام الحكومي إنشاء الهيئة العامة للأبنية التعليمية ، وعلي ذلك فلا ينتظر أن تحدث كارثة حتي تتخذ الإجراءات الفعلية لإنشاء هيئة عامة للأبنية الصحية تكون مسئوليتها التخطيط والإشراف علي تنفيذ عمليات الإحلال والتجديد والتوسع والصيانة للأبنية الصحية علي مستوي الجمهورية وأن تكون تلك الهيئة تابعة مباشرة لوزير الصحة.

ب- إنشاء صندوق لتنمية وتمويل الأبنية الصحية في مصر:

يعتبر إنشاء صندوق لتنمية وتمويل الأبنية الصحية في مصر حاليا ضروري نظرا لقصور التمويل الحكومي وحده لتمويل عمليات الإحلال

والتجديد والتوسع والصيانة للأبنية الصحية في مصر، ويمكن تنمية العديد من مصادر التمويل المحلية لهذا الصندوق **من خلال:**

- إقرار رسم بسيط علي شهادات الميلاد يخصص لصندوق تمويل الأبنية الصحية في مصر.
- تخصيص جزء بسيط من مصروفات الطلاب في كافة المراحلة التعليمية لهذا الصندوق .
- تخصيص مبلغ بسيط من الإشتراكات السنوية ورسوم العضوية الجديدة بالنقابات المهنية المختلفة لصالح هذا الصندوق .
- تخصيص جزء بسيط من الإشتراكات الحكومية أو عن قطاع الأعمال العام والقطاع العام أو القطاع الخاص للتأمين الصحي لصندوق تمويل الأبنية الصحية في مصر.
- تشجيع رجال الأعمال علي المساهمة في تمويل الصندوق.
- تشجيع ودعم الجمعيات الأهلية علي إنشاء وصيانة المستشفيات العامة والمركزية في مصر.

أما علي مستوي التمويل الحكومي لصندوق تمويل الأبنية الصحية فيكون من خلال الزيادة السنوية للمخصصات الإستثمارية لقطاع الصحة في مصر، ويمكن تعظيم كفاءة ذلك التمويل الحكومي من خلال تطبيق منهج التمويل القائم علي النتائج وذلك في ظل سعي عديد من الدول النامية من أجل تحقيق مستوي صحي أفضل ، فقد بدأت عديد من هذه الدول بتطبيق أساليب تمويل للرعاية الصحية تربط بين توافر التمويل وتحقيق نتائج ملموسة وقابلة للقياس(٢٣) .

ج- تطوير أساليب وطرق إدارة الموارد البشرية بالمستشفيات الحكومية في مصر:

تتحقق جميع مراحل الخدمات الصحية والعلاجية بواسطة الكوادر الطبية المختلفة بكافة المنشآت العلاجية والصحية، ومن هنا فتطوير أداء فرق العمل الطبية في مستشفي ما هو شرط ضروري وليس كافي لنجاح الخدمات الصحية والعلاجية بها . **ويكون ذلك من خلال:**

١- التركيز علي ضرورة حضور الأطباء علي مختلف تخصصاتهم ليوم واحد أو يومين في الأسبوع للعيادات الخارجية بتلك المستشفيات ومتابعة الحالات بالمستشفيات .
٢- تطوير نظم إدارة المستشفيات في مصر .
٣- تحديث وتطوير نظم تدريب الكودار الطبية في كافة التخصصات وبصورة دورية .
٤- عقد العديد من البروتوكولات الحكومية وغير الحكومية مع جهات دولية لتطوير منظومة الإدارة الصحية في مصر .
٥- محاولة مواجهة الفساد الإداري والمالي علي مستوي الإدارات المركزية بوزارة الصحة أو علي مستوي الإدارات المحلية بالمحافظات .
٦- تطبيق عقود تجريبية مع الأطباء المشهورين في كافة التخصصات وعلي نطاق المراكز الإدارية والمحافظات لمتابعة حالات معينة بالمستشفيات الحكومية وخاصة المستشفيات العامة والمركزية.
٧- التطوير المستمر لنظم الحوافز والمكافأت للفرق الطبية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر.
٨- العمل علي أن يكون للأطباء وأعضاء المهن الطبية كادر خاص ولو بصورة تدريجيةعلي مدار خطط سنوية.

٣- العائد الإقتصادي العام والخاص من توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر :

يؤدي توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية إلي تحقيق بعض الوفورات الإجتماعية والإقتصادية الإيجابية علي مستوي الفرد والمجتمع . **ومن تلك الوفورات :**

١- عدالة توزيع الخدمات الصحية بين المناطق الجغرافية في مصر وبين الريف والحضر .

٢- التخفيف من ضغط الطلب المتزايد علي الخدمات الطبية والعلاجية علي المراكز الصحية الكبري في المحافظات الحضرية والقاهرة .

٣- ضمان وصول الخدمات الصحية للفئات الفقيرة علي مستوي مراكز ومدن الجمهورية والقري التابعة لها .

٤- خلق سوق تنافسي للخدمات الصحية العامة والخاصة علي مستوي المراكز والمدن والقري التابعة لها ، مما يعود بالنفع علي متلقي الخدمات الطبية من خلال تقليل التكاليف وجودة الخدمة المقدمة وسرعة تقديمها (الإنصاف والعدالة والإتساق) .

٥- الاستفادة من رأسمال ثابت للخدمات الصحية والعلاجية موجود فعلا متمثل في مستشفيات مقامة فعلا ومعدات طبية وموارد بشرية مدربة ، ولكن ينقصها البيئة المؤسسية والتنظيمية الداعمة لها .

٦- التأثير الإيجابي علي ميزانية الأسرة ، وذلك بتوافر الخدمات الطبية والعلاجية في أماكن قريبة من إقامة الأسرة وسهولة الحصول عليها .

٧- تقليل معدلات الهجرة من الريف للحضر .

الخاتمة

أظهر البحث مدي تدني مستوي الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بالمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية ، والسبب الرئيسي في ذلك التدني هو عدم القدرة (بل إستحالة توفير الخدمة) علي تقديم الخدمات الصحية والعلاجية المناسبة للكم الهائل من عدد السكان بسبب التزاحم الشديد من قبل طالبي الخدمات الصحية والعلاجية وإنخفاض المعروض من الإمكانيات العلاجية والصحية علي مستوي المستشفيات العامة والمركزية في مصر.

ولقد توصل البحث إلي النتائج التالية :

١- أن متوسط نسبة الانفاق العام علي الصحة في مصر لإجمالي الإنفاق العام للدولة بلغ لفترة الإحدى عشر عاما من عام ٢٠٠١/٢٠٠٢ – ٢٠١١/٢٠١٢ ٤.٦ % هذا في حين أن بعض الدول في العالم والتي تتعايش مع حروب إقليمية وأهلية يزيد فيها الانفاق علي الصحة عن نسبته في مصر ، فقد بلغت تلك النسبة في أفغانستان ٧.٥% ، وفي العراق ٨.٤% ، وفي بوروندي ١١.٧% ، مع العلم أن المعدل الدولي الذي تم إقراره في قمة الألفية بالأمم المتحدة عام ٢٠٠٠ هو ١٥ % من إجمالي الإنفاق العام للدولة.

٢- الإنخفاض الشديد لنصيب الفرد في مصر من الإنفاق علي الرعاية الصحية بالنسبة للدول الأخرى ، والتي يزيد عدد السكان بها كثيرا عن مصر كما في حالة الصين ، يؤكد تدني التمويل الرسمي وغير الرسمي للرعاية الصحية والعلاجية في مصروكذا قصور الجهود الحكومية وغير الحكومية عن توفير مقومات الرعاية الصحية والعلاجية للمواطن المصري،

الأمر الذي يؤثر سلبا علي مستوي التنمية البشرية في مصر بالمقارنة بباقي دول العالم .

٣- الإنخفاض المستمر للنصيب النسبي لعدد الأسرة بمستشفيات وزارة الصحة والسكان (بما فيها المستشفيات العامة والمركزية) للإجمالي العام لعدد الأسرة في مصر علي مدار فترة الـ ١٢ عاما(٢٠٠٢- ٢٠١٣) ولقد وصل المتوسط العام لها عن تلك الفترة ٤٥.٤% ، ومع ذلك فمازالت تمثل تلك المستشفيات الركيزة الأساسية لتوفير الخدمات الصحية والعلاجية لأغلب فئات المجتمع في الريف والحضر، حيث أنها تقدم تلك الخدمات مجانا أو بأسعار منخفضة بالمقارنة مع أسعار الخدمات الصحية المقدمة بمستشفيات القطاع الخاص.

٤- بلغ المتوسط العام لعدد السكان بالنسبة لعدد الأسرة االمتاحة علي مستوي الجمهورية ما يقارب ٥٩٦ نسمة لكل سرير علي مدار الفترة من عام ٢٠٠٣/٢٠٠٤ : ٢٠١٣/٢٠١٤.

٥- أن إرتفاع الأهمية النسبية لعدد الأسرة للمستشفيات الحكومية (٧٩%) بالمقارنة مع الأهمية النسبية لعدد المستشفيات (٤٠%) يدل علي مايلي :

- تزايد الطلب علي خدماتها مع تدني قدراتها الإستيعابية والتشغيلية لمواجهة ذلك الطلب.
- عدم قدرة تلك المستشفيات علي تقديم خدمات صحية وعلاجية في الوقت المناسب (الفاعلية) وبجودة مناسبة (الملائمة) ولكل الناس (الإنصاف) بالمقارنة مع المستشفيات الخاصة والتخصصية أو التابعة لهيئات إقتصادية، أو بما يتماشي مع المعايير القومية و الدولية .

٦- بلغ الاجمالي العام للكثافة السكانية أو التزاحم السكاني علي مستوي الجمهورية ٣٢٧.٥ ألف نسمة لكل مستشفي عامة ومركزية، وذلك علي مستوي الوحدات أو المستشفيات (**والمفروض وفق القانون ٦٤ لسنة ١٩٤٢ أن يتم إنشاء مجمع صحي لكل ١٥٠٠٠٠ نسمة وذلك بمعايير أربعينيات القرن الماضي)** أما علي مستوي عدد الأسرة فقد بلغ ٢٩١٢.٥ نسمة لكل سرير في المستشفيات العامة والمركزية في مصر.

٧- عدم تحقيق خطط التنمية الاقتصادية والبشرية في مصر للعدالة المكانية في توزيع منافع التنمية علي مستوي محافظات وأقاليم الجمهورية هذا من جانب، وعلي الجانب الأخر سوء توزيع السكان وتركزهم بكثافة عالية في مساحة محدودة من مساحة مصر مما يخلق ضغطا علي طلب الخدمات الإجتماعية في تلك المناطق وفي مقدمتها الخدمات التعليمية والصحية مع عجز التمويل الحكومي وحده عن توفير تلك الخدمات وتقديمها بالجودة المناسبة .

٨- تعتمد الحكومة حاليا علي الإستدانة الداخلية مما تولد معه تزايد الدين العام الداخلي في مصر، وذلك لعدم كفاية الإيرادات العامة عن تلبية النفقات العامة في مصر، وهو ما يتولد عنه عبء جديد ومستمر علي الدولة متمثل في أقساط الدين والفوائد السنوية ، حتي أنه وصل تقدير الفوائد المستحقة والأقساط (الباب الثالث) بموازنة العام المالي ٢٠١٦/٢٠١٧ ما يقارب ٣٧.٥% من إجمالي الإنفاق العام للدولة ، وهو ما يؤثر علي تمويل الخدمات الإجتماعية الرئيسية كالتعليم والصحة .

٩- معاناة المستشفيات العامة والمركزية من تزايد عدد العاملين بها مع عدم الإستغلال الإقتصادي لتلك الطاقات البشرية في تحسين الخدمات الصحية بتلك المستشفيات، وهو ما يظهر من خلال إرتفاع رقم الأجور والتعويضات السنوية مع إنخفاض مستوي الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بتلك المستشفيات، مما يعني وجود بطالة مقنعة علي مستوي مديريات الشئون الصحية بالمحافظات أو علي مستوي الإدارات الصحية بالمراكز الإدارية المختلفة وعلي مستوي القري.

١٠- يمكن إستنتاج بعض النتائج فيما يتعلق ببنود الإنفاق علي الصحة في مصر خلال عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ : ٢٠١٣/٢٠١٤ :

أ- غالبية الإنفاق الحكومي علي الصحة في مصر يتجه إلي مخصصات الباب الأول الأجور والتعويضات بنسب تقارب ٦٠% من إجمالي الإنفاق العام علي الصحة في مصر ، هذا في حين أن الإنفاق الإستثماري الحكومي بقطاع الصحة (الباب السادس) تراوحت نسبته بين ٨.٥% و ١٠.٩٣% خلال عامي٢٠١٢ /٢٠١٣: ٢٠١٣/٢٠١٤.

ب- من بنود الإنفاق بقطاع الصحة "**بند خدمات المستشفيات** "والذي يقع ضمن بنوده الرئيسية بند مديريات الشئون الصحية بالمحافظات (وهو جهة التمويل المباشر والصرف علي المستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية) والذي يلاحظ أن نسبة الإنفاق الإستثماري الحكومي (الباب السادس) علي ذلك البند خلال عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ و٢٠١٣/٢٠١٤ بلغت ٠.٥٧% و١.٩٢% علي التوالي الأمر الذي يعني أن مخصصات الإحلال والتوسع والتجديد للمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية لاتسمح بتحسين وتطوير الخدمات الصحية والعلاجية بها بما يتوافق مع تزايد الطلب اليومي علي الخدمات الصحية والعلاجية بها علي مستوي الجمهورية، وبالإضافة إلي ذلك يلاحظ أن الأهمية النسبية للباب الثاني (شراء السلع والخدمات) - وهو ما يختص بالإنفاق علي المستلزمات التشغيلية لمديريات الشئون الصحية بالمحافظات كالأدوية والمستلزمات الطبية والغذاء وغيرها- إنخفضت من ١٤.٢٤% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ إلي ١٢ % عام ٢٠١٣/٢٠١٤ الأمر الذي يؤثر سلبا علي كفاءة تقديم الخدمات التشغيلية والوظيفية اليومية بالمستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية .

ت-أن تزايد الأهمية النسبية للباب الرابع (الدعم والمنح والمزايا الإجتماعية) لبند الخدمات الصحية العامة لإجمالي أبواب الإنفاق علي مستوي هذا البند خلال عامي ٢٠١٢/٢٠١٣ و ٢٠١٣/٢١٤ والبالغة ٤٠.٥٥% و ٣١.٨% علي التوالي، وهو ما يعني تزايد مخصصات قرارات العلاج علي نفقة الدولة هو إعتراف حكومي ضمني بتدني الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بالمستشفيات الحكومية علي مستوي الجمهورية وعلي رأسها المستشفيات العامة والمركزية، وأن هذا الإختلال إختلال هيكلي بقطاع الصحة في مصر ولم تنجح السياسات الصحية والإجراءات التنظيمية والمؤسسية في مصر علي مواجهته حتي الأن، والأمر الذي يؤكد ذلك التزايد الكبير جدا في

نسبة الباب الرابع (الدعم والمنح والمزايا الإجتماعية) لبند الخدمات الصحية العامة لإجمالي الباب الرابع علي مستوي الإنفاق الكلي علي الصحة في مصر والتي بلغت ٩٨.٥٥% عام ٢٠١٢/٢٠١٣ و٩٦.٦% عام ٢٠١٣/٢٠١٤ .

١١- يؤدي توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية إلي تحقيق بعض الأثار الإجتماعية والاقتصادية الإيجابية علي مستوي الفرد والمجتمع . **ومن تلك الأثار :**

أ- عدالة توزيع الخدمات الصحية بين المناطق الجغرافية في مصر وبين الريف والحضر .

ب-التخفيف من ضغط الطلب المتزايد علي الخدمات الطبية والعلاجية علي المراكز الصحية الكبرى في المحافظات الحضرية والقاهرة .

ت-ضمان وصول الخدمات الصحية للفئات الفقيرة علي مستوي مراكز ومدن الجمهورية والقري التابعة لها .

ث-خلق سوق تنافسي للخدمات الصحية العامة والخاصة علي مستوي المراكز و المدن والقرى التابعة لها ، مما يعود بالنفع علي متلقي الخدمات الطبية ومن خلال تقليل التكاليف وجودة الخدمة المقدمة وسرعة تقديمها الإنصاف والكفاءة والفاعلية) .

ج- الإستفادة من رأسمال ثابت للخدمات الصحية والعلاجية موجود فعلا متمثل في مستشفيات مقامة فعلا ومعدات طبية وموارد بشرية مدربة، ولكن ينقصها البيئة المؤسسية والتنظيمية الداعمة لها .

ح- التأثير الإيجابي علي ميزانية الأسرة ، وذلك بتوافر الخدمات الطبية والعلاجية في أماكن قريبة من إقامة الأسرة وسهولة الحصول عليها .

خ-تقليل معدلات الهجرة من الريف للحضر.

١٢- تطوير أداء فرق العمل الطبية في مستشفي ما هو شرط ضروري وليس كافي لنجاح الخدمات الصحية والعلاجية بها.

١٣- المحافظة علي وجود المستشفيات العامة والمركزية وتوافر الخدمات الصحية والعلاجية بها هو أحد الأبعاد الرئيسية لتحقيق لتحقيق الأمن والاستقرار الإجتماعي، وهو أيضا من أولويات الحاجات العامة والخاصة في المجتمع.

١٤- **علي مستوي مدي تحقق كل فرض من فروض البحث نود أن نشير لما يلي:**

أ- **بالنسبة للفرض الأول وهو : يعاني قطاع الصحة في مصر من قصور كمي ونوعي لكافة المقومات الاقتصادية لتحديثه وتطويره ، خاصة علي مستوي المستشفيات العامة والمركزية في مصر .**

وكان من أهم مبررات صياغة وتفسير مدي صحة هذا الفرض هو توضيح وتحليل جوانب القصور الكمي والنوعي لكافة المقومات الإقتصادية (لتطوير قطاع الرعاية الصحية والعلاجية في مصر، ومن أهم تلك المقومات مؤسسات تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والمتمثلة في المستشفيات عموما وأيا كانت ملكيتها والمستشفيات العامة والمركزية علي وجه الخصوص.

ولقد حاول البحث – **من خلال المبحث الأول** – إثبات مدي صحة هذا الفرض في بداية التناول المنهجي للبحث، حيث أن ذلك هو التسلسل المنطقي والمدخل الطبيعي لتصوير وتحليل

الأوضاع الحقيقية لمقومات إنتاج خدمات الرعاية الصحية في مصر خاصة المستشفيات العامة والمركزية في مصر .

ب- أما علي مستوى الفرض الثاني وهو : مصادر التمويل الحكومية وحدها قاصرة عن توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر .

وتم صياغة وإدراج هذا الفرض للدور الرئيسي للتمويل الحكومي في توفير المستشفيات العامة والمركزية في مصر ، سواء علي مستوي الإنشاءات الجديدة أو الإحلال والصيانة ، هذا بالإضافة لدور التمويل الحكومي في تطوير الدور المؤسسي لتلك المستشفيات في خلق سوق تنافسي للخدمات الصحية والعلاجية في مصر ومن ثم تقليل المعاناة اليومية للفقراء في مصر .

ولقد تناول البحث – في المبحث الثالث – تحليل أوجه تخصيص الإنفاق الحكومي علي الأبواب المختلفة بقطاع الصحة في مصر من خلال ختامي قطاع الصحة في مصر خلال عامي ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠١٤/٢٠١٣ ، ومع أن تلك الفترة تعتبر قصيرة إلا أن البحث نجح بصورة مقبولة في تقديم تحليل وافي لكافة أوجه القصور والإختلال الكمي والنوعي في تمويل الخدمات الصحية والعلاجية في مصر عموما وعلي مستوي المستشفيات العامة والمركزية خصوصا . وتركيز البحث علي عامين فقط كان مبرره هو أن نمط التوزيع الكمي والنوعي للإنفاق علي قطاع الصحة عموما في مصر وللمستشفيات العامة والمركزية خصوصا يكاد يكون ثابت علي مدار العقود الثلاث الماضية .

ج- وأخير تم إدراج والإستعانة بالفرض الثالث وهو : يحقق توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر العديد من الوفورات الإقتصادية العامة والخاصة .

ويعتبر هذا الفرض هو بمثابة الغاية الرئيسية للبحث والتي حاولنا من خلال المبحث الرابع الوصول إليها من خلال مجموعة السياسات الإجرائية المقترحة – علي المستوي المؤسسي والوظيفي والتمويلي– بغرض توفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية في مصر عموما وعلي مستوي المستشفيات العامة والمركزية خصوصا. هذا بالإضافة لأثارها ومنافعها الإقتصادية والإجتماعية المتعددة لطالبي الخدمات الصحية والعلاجية في قري ومدن مصر المختلفة .

ومن أهم التوصيات الإجرائية والعملية والتي يوصي بها البحث، لتوفير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية **ما يلي :**

أ- إنشاء هيئة عامة للأبنية الصحية تخطط وتشرف علي تنفيذ خطط التوسع والإحلال والتجديد والصيانة للأبنية الصحية عموما وللمستشفيات العامة والمركزية بصورة خاصة.

ب- تدبير مصادر غير حكومية لتمويل الأبنية الصحية مع زيادة التمويل الحكومي السنوي للإحلال والتجديد والتوسع للأبنية الصحية خاصة المستشفيات العامة والمركزية.

ت- تطبيق نظم للحوافز والمكافأت لحث الأطباء والهيئة المعاونة لهم علي تحسين الخدمات الطبية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية.

ث- محاولة تطبيق نماذج تجريبية من خصخصة الإدارة في بعض المستشفيات العامة والمركزية علي مستوي الجمهورية .

ج- تشجيع ودعم الجمعيات الأهلية – بالتمويل الكامل أو بالمشاركة – علي إنشاء المستشفيات العامة والمركزية في مصر وصيانتها الدورية .

وعلي وجه العموم ينبغي علي الدولة أن لا ترفع يدها تماما عن توفير الخدمات الصحية والعلاجية لمواطنيها، وهو ما تحققه المستشفيات العامة والمركزية، حيث أنها تعتبر مراكز لتقديم الخدمات الصحية في المدن والقري التابعة لها علي مستوي الجمهورية، مما يعمل علي **تحقيق الأتي :**

- توفير الحد الأدني من الخدمات الصحية والعلاجية خاصة للفئات الفقيرة بالمجتمع، وهو ما يعتبر بعدا أساسيا لتحقيق الأمان والإستقرار الإجتماعي .
- يعزز وجود تلك المستشفيات – من خلال دورها التنافسي للخدمات الصحية الخاصة – علي تقليل تكاليف العلاج للفئات الفقيرة بالمجتمع .

الهوامش

١- بكينام محمود محمد فكري أحمد – **تمويل المستشفيات من خلال المشاركة بين القطاعين العام والخاص : دراسة الحالة المصرية –** رسالة ماجستير غير منشورة – قسم الاقتصاد – كلية الاقتصاد والعلوم السياسية– القاهرة – ٢٠١٥ – ص ب & ص١١٤ .

٢- ياسمين فكري ياسين الخضري **– الإنفاق الصحي العام في مصر: إمكانية تطبيق نهج التمويل القائم علي النتائج** – رسالة ماجستير غير منشورة – كلية الإقتصاد والعلوم السياسية – قسم الإقتصاد– ٢٠١٦ – ص١.

٣- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – **دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر**– مرجع رقم ٨٠– ٢٠١٥/٢٣٤١٢ – إصدار مايو ٢٠١٥ – ص ٣ و ص ٧٦.

٤- معهد التخطيط القومي– **سلسلة قضايا التخطيط والتنمية رقم (١٨١) عدد خاص – تحديد الإحتياجات(بقطاعات الصحة – التعليم ماقبل الجامعي – التعليم العالي)**– يوليو ٢٠٠٤– ص٤ و ص ص٥٠: ٥١.

5- A.LaFond-**Sustaining Primary Health Care**- London:EarthscanLtd-.,1995,pp.23-30.

6- Gilbert Cripps, Janet Edmond , Richard Killan and Stephan Musan – **Guide to Designing and Managing Community Based Health Financing Schemes in East and Southern Africa**- Retrieved March 25th - 2004 from the World Wide Web-:http:/www.phrpplus.porgstate2streng.htm.

7- Nihal Hafez – **Analysis of the Institutional Capacity for Health policy Reform in Egypt** – Retrieved April 19th,2009 from the World Wide web: http:/www.phrplus.org/-pus/te5v6fin.pdf.

٨- مجلس الوزراء – مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار– **دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص** – القاهرة – إبريل ٢٠٠٥ – ص ص ٢٨ :٣٠.

٩- تقرير الإتجاهات الإقتصادية الإستراتيجية ٢٠١٣– **إقتصاديات الصحة في مصر في مرحلة الإنتقال وحتى الآن " الفصل التاسع"**–

مركز الدراسات الإستراتيجية بالأهرام– القاهرة – ٢٠١٣.

10–Preker and Harding, editors, **innovations in Health Services Delivery, The Corporatization of Public Hospitals**, World Bank Publication,2003.

١١– غني دحام الزبيدي، رضا عبد المنعم محمد حسن– **العلاقة بين الرسمية والمركزية وتأثيرها في جودة الخدمات الصحية " دراسة إستطلاعية لأراء عينة من العاملين والمرضي في مستشفيات بغداد/ الرصافة** "– مجلة كلية بغداد للعلوم الإقتصادية الجامعة – العدد الرابع والعشرون– ٢٠١٠– ص ١٠٧.

١٢– شبكة المعلومات الدولية – موقع جريدة الجزيرة السعودية في٢٠١٦/٢/٩–**www.aljazirah.com**/2016/20160209/**fe**8.**htm**.

١٣– نجوي خلاف وأخرون **– إستراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية–** " **الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر** "**– دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤي مستقبلية –** برنامج السياسات والنظم الصحية – جمعية التنمية الصحية – القاهرة – ٢٠٠٥– ص١١ .

١٤– قاعدة بيانات المقر الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالقاهرة – ٢٠١٦

١٥– المرجع السابق .

١٦– المنظمة العربية لحقوق الإنسان " أرواح بلا ثمن "– **تقرير المنظمة المصرية لحقوق الإنسان حول الوضع الصحي لمصر**_– فبراير – ٢٠٠٧ – ص٤٤ .

١٧– الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – **أهم مؤشرات بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠١٥**– يوليو ٢٠١٥– ص ٢.

١٨– البنك المركزي المصري – **النشرة الإحصائية الشهرية** – العدد رقم (٢٠٨)– يوليو ٢٠١٤ – ص ١٢٣.

١٩– الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – **الكتاب الإحصائي السنوي**– سبتمبر ٢٠١٤– ص٨ .

٢٠– مجلس الوزراء – مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار– " **دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص** – مرجع سبق ذكره – ص٣١ .

٢١– ستيفن موريس ، نانسي ديفلن ، ديفد باركن – **التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية** – ترجمة د. عبدالمحسن صالح الحيدر، راجع الترجمة د. فؤاد بن عبدالعزيز المبارك – معهد الإدارة العامة – المملكة العربية السعودية – رقم الإيداع ٢٣١١ /١٤٣٤ هـ– ص ص ٤٢–٤٣.

٢٢– الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – **دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر**_– مرجع سبق ذكره – ص ٧ .

٢٣– روبرت هيخت ، امي باتسون ، ولوجان برينزل– **جعل الرعاية الصحية موضع مسائلة –** مجلة التمويل والتنمية – العدد الأول – صندوق النقد الدولي – مارس ٢٠٠٤– (النسخة العربية) .

المـــراجـــــع

أولا : المراجع العربية

أ- الكتب :

١- ستيفن موريس، نانسي ديفلن، ديفد باركن – **التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية** – ترجمة د. عبدالمحسن صالح الحيدر ، راجع الترجمة د. فؤاد بن عبدالعزيز المبارك – معهد الإدارة العامة – المملكة العربية السعودية – رقم الإيداع ١٤٣٤/ ٢٣١١ هـ.

ب- الدوريات والمقالات :

١- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – **دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر** – مرجع رقم ٨٠-٢٠١٥/٢٣٤١٢ – إصدار مايو ٢٠١٥.

٢- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – **أهم مؤشرات بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠١٥**- يوليو ٢٠١٥.

٣- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – **الكتاب الإحصائي السنوي ٢٠٠٥** – يوليو ٢٠٠٦.

٤- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء – **الكتاب الاحصائي السنوي**- سبتمبر ٢٠١٣

٥- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء – **الكتاب الاحصائي السنوي**- سبتمبر ٢٠١٤.

٦- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء – **النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤** – إصدار ديسمبر ٢٠١٥ – مرجع رقم ٧١-١٢٤٢٢-٢٠١٤

٧- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – **النشرة السنوية للحساب الختامي للدولة طبقا للتصنيف الوظيفي للحكومة عام ٢٠١٤/٢٠١٣** – أغسطس ٢٠١٥ .

٨- البنك المركزي المصري – **النشرة الإحصائية الشهرية** – العدد رقم (٢٠٨)- يوليو ٢٠١٤.

٩- روبرت هيخت ، امي باتسون ، ولوجان برينزل- **جعل الرعاية الصحية موضع مسائلة** – مجلة التمويل والتنمية – العدد الأول – صندوق النقد الدولي – مارس ٢٠٠٤- (النسخة العربية) .

١٠- غني دحام الزبيدي ، رضا عبد المنعم محمد حسن – **العلاقة بين الرسمية والمركزية وتأثيرها في جودة الخدمات الصحية " دراسة إستطلاعية لأراء عينة من العاملين والمرضي في مستشفيات بغداد / الرصافة** "- مجلة كلية بغداد للعلوم الإقتصادية الجامعة – العدد الرابع والعشرون – ٢٠١٠.

١١- معهد التخطيط القومي – **سلسلة قضايا التخطيط والتنمية رقم (١٨١) عدد خاص – تحديد الإحتياجات(بقطاعات الصحة – التعليم ماقبل الجامعي – التعليم العالي)**- يوليو ٢٠٠٤.

١٢- وزارة المالية – ختامي عام ٢٠١٢/٢٠١٣.

ج- الرسائل والأبحاث العلمية:

١- بكينام محمود محمد فكري أحمد – **تمويل المستشفيات من خلال المشاركة بين القطاعين العام والخاص : دراسة الحالة المصرية** – رسالة ماجستير غير منشورة – قسم الاقتصاد – كلية الاقتصاد والعلوم السياسية – القاهرة – ٢٠١٥ .

٢- مجلس الوزراء –مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار – **دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات**

الصحية من القطاع الخاص– القاهرة – إبريل ٢٠٠٥.

٣- نجوي خلاف **وأخرون – إستراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية**– " **الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر**"– **دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤي مستقبلية** –برنامج السياسات والنظم الصحية– جمعية التنمية الصحية – القاهرة– ٢٠٠٥.

٤- ياسمين فكري ياسين الخضري – **الإنفاق الصحي العام في مصر : إمكانية تطبيق نهج التمويل القائم علي النتائج** – رسالة ماجستير غير منشورة – كلية الإقتصاد والعلوم السياسية – قسم الإقتصاد – ٢٠١٦.

د- تقارير ونشرات وإحصاءات وقواعد معلومات وبيانات :

١- المنظمة العربية لحقوق الإنسان " أرواح بلا ثمن"–**تقرير المنظمة المصرية لحقوق الإنسان حول الوضع الصحي لمصر** – فبراير – ٢٠٠٧.

٢- تقرير الإتجاهات الإقتصادية الإستراتيجية ٢٠١٣– **إقتصاديات الصحة في مصر في مرحلة الإنتقال وحتي الآن** " **الفصل التاسع** "– مركز الدراسات الإستراتيجية بالأهرام– القاهرة – ٢٠١٣ .

٣- قاعدة بيانات المقر الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالقاهرة – ٢٠١٦.

هـ- شبكة المعلومات الدولية:

١- شبكة المعلومات الدولية – موقع جريدة الجزيرة السعودية في ٢٠١٦/٢/٩ –
www.al-jazirah.com/2016/20160-209/**fe**8.**htm**.

٢- شبكة المعلومات الدولية في ٢١٦/١٢/٧ – موقع البنك الدولي : قاعدة بيانات الحسابات القومية التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

ثانيا المراجع الأجنبية

1-A.LaFond-**Sustaining Primary Health Care**- London: Earthscan-Ltd.,-1995, pp.23-30.

2- Gilbert Cripps , Janet Edmond , Richard Killan and Stephan Musan – **Guide to Designing and Managing Community Based Health Financing Schemes in East and Southern Africa**- Retrieved March 25th -2004 from the World Wide Web :http :/www.phrpplus.porgstate2s-treng.htm.

3- Preker and Harding , editors**, innovations in Health Services Delivery , The Corporatization of Public Hospitals,** World Bank Publication,2003.

4- Nihal Hafez – **Analysis of the Institutional Capacity for Health policy Reform in Egypt** – Retrieved April 19th, 2009 from the World Wide Web: http:/www.phrplus.org-/pus/te5v6fin.pdf.