

# **إشكاليات الإنفاق الصحي في مصر**

**تقرير حول أعمال مائدة مستديرة**

**برنامج الصحة وحقوق الإنسان  
المبادرة المصرية للحقوق الشخصية**

**إبريل 2009**

الكتاب: إشكاليات الإنفاق الصحي في مصر  
تقرير حول أعمال مائدة مستديرة  
الناشر: المبادرة المصرية للحقوق الشخصية  
8 ش محمد علي جناح (البرجاس سابقا)، جاردن سيتي  
تيلفاكس: 27962682 – 27943606 (202)+

الموقع الإلكتروني: [www.eipr.org](http://www.eipr.org)

البريد الإلكتروني: [eipr@eipr.org](mailto:eipr@eipr.org)

تصميم الغلاف: كيرلس ناجي

الطبعة الأولى: القاهرة إبريل 2009 م

حقوق الطبع: يجوز إعادة النشر أو الاقتباس بشرط الإشارة  
الواضحة للمصدر © المبادرة المصرية للحقوق الشخصية  
رقم الإيداع بدار الكتب: 9116 / 2009

## فريق التقرير

قام بصياغة وتحرير هذا التقرير مينا زكري، مسئول الإعلام والاتصال بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية. وقام بمراجعة التقرير وتنقيحه وكتابة مقدمته د. علاء غنام، مدير برنامج الصحة وحقوق الإنسان بالمبادرة المصرية. كما قام بمراجعة الصيغة النهائية كل من سهى عبد العاطي، المدير المساعد، وحسام بهجت، المدير التنفيذي. وقام بتسجيل أعمال المائدة المستديرة بشأن إشكاليات الإنفاق الصحي كل من نسيم هاشم وكوثر بشرى، المنسقتان الإداريتان بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

## المحتويات

2	فريق التقرير .....
3	المحتويات .....
4	قائمة بأسماء المشاركين في أعمال المائدة المستديرة .....
6	مقدمة .....
8	مدخل .....
11	تقديم وترحيب .....
12	كلمة الأستاذ عبد الفتاح الجبالي .....
15	كلمة الدكتور علاء غنام .....
20	مناقشات .....
20	تدني الإنفاق الصحي والدور المحوري للجماعات المطالبة بتحسين هذا الإنفاق .....
21	الأرقام ومؤشرات التنمية لا تعكس بالضرورة الحال على أرض الواقع .....
22	المبادئ والمعايير التي يجب أن تحدد مستوى الإنفاق العام والاستفادة من مستوى الإنفاق العام الحالي .....
23	مصدقية الأرقام الحكومية ونسبة الإنفاق الحكومي .....
25	لغة الموازنات وقراءتها .....
26	نسبة الإنفاق من الجيب التي كانت في 2002 لا تتجاوز 60 أو 63% قد تصل حاليا إلى أكثر من 70% بكثير .....
27	أولويات الدولة في الإنفاق في الموازنة العامة وإشكالية التباين الشديد وغياب العدالة في توزيع الخدمات الصحية .....
28	الأرقام وفاعلية الأداء .....
29	الإنفاق على الصحة والإنفاق على الخدمات الصحية .....
30	خاتمة .....

## قائمة بأسماء المشاركين في أعمال المائدة المستديرة

### • المتحدثان الرئيسيان:

1. الأستاذ عبد الفتاح الجبالي: رئيس وحدة البحوث الاقتصادية - مركز الأهرام للدراسات السياسية والإستراتيجية
2. د/ علاء غنام: مدير برنامج الصحة وحقوق الإنسان - المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

### • الخبراء:

1. د/ أحمد المتولي: جمعية التنمية الصحية والبيئية
2. د/ إسحق نجيب المنقبادي: صندوق صحة الأسرة - وزارة الصحة والسكان
3. د/ سامر سليمان: أستاذ م الاقتصاد السياسي - الجامعة الأمريكية بالقاهرة
4. أ/ حلمي الراوي: مرصد الموازنة العامة وحقوق الإنسان
5. أ/ عبد المولى إسماعيل محمد: جمعية التنمية الصحية والبيئية
6. د/ محمد حسن خليل: استشاري أمراض القلب - جمعية التنمية الصحية والبيئية
7. د/ محمد نور الدين: خبير وباحث اقتصادي
8. د/ محمود خيال: أستاذ العقاقير بكلية الطب - جامعة الأزهر
9. د/ يوسف وهيب: أستاذ بكلية الطب - جامعة قناة السويس

### • فريق عمل المبادرة المصرية للحقوق الشخصية:

1. أ/ حسام بهجت: مدير المبادرة المصرية لحقوق الشخصية
2. أ/ سهى عبد العاطي: المديرية المساعدة
3. د/ راجية الجرزاوي: مسئولة ملف الصحة والتميز
4. أ/ دينا اسكندر: باحثة في مجال الحق في الدواء
5. أ/ مدحت كمال: المسئول المالي والإداري
6. أ/ مينا زكري: مسئول الإعلام والاتصال
7. أ/ كوثر بشرى: منسقة إدارية
8. أ/ نسيم هاشم: منسقة إدارية

"لقد كشفت الأدلة عن أن المواطنين عندما يتاح لهم الحصول على المعلومات والمشاركة في عملية صنع الموازنة فإنهم يتمكنون من تحسين نوعية القرارات التي تتخذ حول مجالات إنفاق الأموال العامة، والنوعية والكيفية التي يتم بهما إنفاق الأموال فعلياً، ويعني ذلك بدوره أن يصبح تخصيص الموارد العامة أكثر فعالية وتوازناً."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> بيان صحفي صادر عن مشروع شراكة الموازنة الدولي (IBP) بمناسبة إصدار تقرير "مسح الموازنة المفتوحة لعام 2008".

## مقدمة

في أغسطس من عام 2008 نظمت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية في إطار أنشطة برنامج الصحة وحقوق الإنسان مائدة مستديرة للحوار وتبادل الرؤى بين مجموعة من الخبراء في مجالات السياسات والنظم الصحية حول إشكالية الإنفاق الصحي العام والكلي من حيث تأثيره على النظم الصحية وعلى صحة المواطن، واستشراف الرؤية المستقبلية لتحسين الحالة الصحية، وكفالة حق المواطن في رعاية وحماية صحية متكاملة وإنسانية.

وتتبنى المبادرة المصرية وبرنامج الصحة بها - بطبيعة الحال - مقاربة حقوقية تنطلق مما أكدته المواثيق الدولية بشأن الحق في الحياة، والحق في الصحة، كحقيقتين أصيلتين من حقوق الإنسان، يجب على الدول أن تحترمهما وتصورهما وتفي بهما. ولا يشمل الحق في الصحة فقط تقديم الخدمات العلاجية والوقائية، بل يمتد إلى كفالة حق كل شخص في مستوى من المعيشة يكفي لضمان الصحة والرفاه له ولأسرته. كما أنه التزام من الدول الأطراف الموقعة على تلك المواثيق والعهود بإطار من الاحترام والحماية والأداء لحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسدية والعقلية يمكن بلوغه.

وقد شهدت العقود الأخيرة جهود العديد من الحكومات في العالم من أجل إصلاح وإعادة تنظيم أنظمتها الصحية، فقامت بتطوير أنظمة جديدة للتأمين الصحي وطرق تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وفككت مركزية نظم إدارة تقديم الخدمات الصحية الحكومية، من أجل تحقيق أداء أفضل، وإنصاف أفضل. إلا أن العديد من هذه الجهود أفضى إلى نتائج مخيبة للآمال،<sup>2</sup> فمازال المرضى يشكون من سوء الخدمة المقدمة إليهم، ومازال الأطباء يشكون من ضعف الرواتب، ومازال القائمون على وضع الموازنات يشكون من نقص الموارد وارتفاع التكاليف في القطاع الصحي.

كما دخلت بعض البلدان ومنها مصر في جولات متتالية من محاولات الإصلاح بإصدار التشريعات، بينما كان البعض الآخر يصرع من أجل تنفيذ خطط على الأرض، والبعض الثالث يراوح في مكانه محتاراً بشأن الخطوة التالية.

وكان ما يشغل برنامج الصحة وحقوق الإنسان بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية - إضافة لدوره في تحليل ومتابعة السياسات الصحية المنفذة، والإجراءات التي تتخذ على الأرض (وبشكل متصاعد في العامين الماضيين في اتجاه ينحو إلى تخلي الدولة عن دورها الأساسي في إتاحة وتقديم وتمويل الرعاية الصحية التأمينية لكل المواطنين بإنصاف وعدالة) - هو قياس تأثير تلك السياسات على صحة المواطنين من منظور حقوقهم في الرعاية والحماية التأمينية المتكاملة.

لذلك كان لإشكالية الإنفاق على الرعاية الصحية في محورها العام (الحكومي) وفي محورها الكلي الاجتماعي، أهميتها الاستثنائية في مسار تقييم النظام الصحي والسياسات - الكبرى منها والصغرى - التي تعكس توجهات النظام بشكل عام. وتستلزم عملية مراجعة الإنفاق الحكومي العام على القطاعات المختلفة بما فيها الرعاية الصحية توفر قدرًا معقولاً من الشفافية

Marc Roberts, William Hsia, Peter Berman and Michael Reich. "Getting Health Reform Right: A<sup>2</sup> Guide to Improving Performance and Equity." (2004).

في المعلومات والبيانات. وكما هو معلوم فإن "الموازنة تعتبر خطة حكومية تحدد فيها الكيفية التي تستخدم بها الموارد العامة للارتقاء بحاجات المواطنين، كما تعني الشفافية أن تتوفر لكل سكان البلد المعنى إمكانية الوصول إلى المعلومات المتعلقة بحجم المبالغ التي يجري تخصيصها لكافة أشكال الإنفاق المختلفة، وأي عوائد يتم جمعها، والكيفية التي يتم بها صرفها، واستخدام الإيرادات العامة الأخرى."<sup>3</sup>

في هذا السياق نظمت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية المائدة المستديرة لمناقشة آليات الإنفاق الصحي العام والكلي ومصادره ومساراته ونتائجه، حيث نسعى لصياغة وبلورة اتجاه عام يصلح لأن يُطرح كبديل متكامل لما يحدث على أرض الواقع من انتهاكات لحق الإنسان المصري في الصحة، ويساعدنا على النظر إلى النظام الصحي بوصفه وسيلة من أجل تحقيق غاية، وأن نحاكم نظامنا الصحي على أساس النتائج المترتبة على سياساته، وتحديد المشاكل من خلال مفردات القصور في مؤشرات الإنصاف والإتاحة وكفاءة الأداء - وكلها مؤشرات كمية وكيفية للحق في الرعاية الصحية. فنحن نهدف بالحوار إلى فهم السياق السياسي للنظام الصحي لإصلاحه، ونفهم أن البدائل سوف تتضمن - لا محالة - اختيارات وتحديات حقوقية وأخلاقية.

ونظرا لما سبق، فقد شملت المائدة مداخلتين رئيسيتين: إحداهما عن الإنفاق العام على الرعاية الصحية قدمها أ. عبد الفتاح الجبالي، رئيس وحدة البحوث الاقتصادية بمركز الدراسات السياسية والاستراتيجية بالأهرام ومستشار وزير المالية السابق؛ والثانية عن الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية من واقع الحسابات القومية للصحة (National Health Accounts) قدمها د. علاء غنام مدير برنامج الصحة وحقوق الإنسان بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية، والذي سبق له العمل كمدير عام للسياسات والاستراتيجيات ببرنامج إصلاح القطاع الصحي في وزارة الصحة.

وبهدف تيسير متابعة المداخلتين والحوار - ووضعهم في سياقهم الأوسع - فقد رأينا إضافة مدخل يقدم مجموعة من المعطيات المعرفية والإحصائية حول مفاهيم الإنفاق الصحي.

<sup>3</sup> مشروع شراكة الموازنة الدولي، مصدر سابق.

## مدخل

دستورياً تعتبر وزارة الصحة والسكان مسؤولة عن صحة جميع المواطنين المصريين، بمعنى العمل على تحسين الحالة الصحية لهم جميعاً بلا تمييز ولا تفرقة، وخاصة الاتجاه لخفض معدل وفيات الأطفال والأمهات والحوامل والحد من آثار الزيادة السكانية غير الرشيدة وكذا الحد من مخاطر عبء المرض على المجتمع وإنتاجيته وتطوره.

وفي بداية عام 1996 قامت وزارة الصحة والسكان بإعادة تقييم للقطاع الصحي، اتضح من خلالها مدى الاحتياج لإصلاح صحي شامل. وخلال نفس العام جرت مناقشات واسعة بهذا الخصوص أخذة في الاعتبار مدى قدرة الحكومة على توفير رعاية صحية شاملة (وقائية وأولية وعلاجية لجميع المواطنين). وفي نوفمبر من عام 1996 قام وزير الصحة والسكان في ذلك الوقت بتشكيل لجنة عليا لقيادة الإصلاح الصحي وللتنسيق مع كافة الجهات المعنية لمناقشة كيفية البدء في عمليات الإصلاح الصحي.

وقدمت هذه اللجنة الوثيقة الأساسية المعتمدة لبرنامج الإصلاح الصحي والتي حددت الاستراتيجيات الآتية:

- تغطية السكان بالكامل تدريجياً بخدمات التأمين الصحي من خلال إنشاء صندوق قومي للتأمين الصحي.
- تنظيم تقديم الخدمة الصحية من خلال القطاعين العام والخاص بنظام يركز على نموذج صحة الأسرة.
- اللامركزية في تقديم الخدمات الصحية باستخدام منهجية التخطيط والإدارة على مستوى الإدارات الصحية في المحافظات.
- تقديم الخدمات الصحية الوقائية والأولية والعلاجية من خلال وحدات ومراكز صحة الأسرة والمستشفيات المركزية.
- التكامل في تقديم الخدمة الصحية على مستوى وحدات الرعاية الصحية الأولية من خلال طبيب الأسرة الذي يعمل كحارس لبوابة النظام الصحي.
- إمكانية الاختيار والمنافسة بين مقدمي الخدمة الصحية بالقطاعين العام والخاص.
- تطوير الهياكل والنظم الإدارية والتنظيمية الضرورية لتنفيذ عملية الإصلاح.
- التأكيد على توفير الأدوية الأساسية لكل المصريين بأسعار مقبولة.<sup>4</sup>

ولتوفير ما سبق – أو البدء في تنفيذه – كان من الضروري اضطلاع الوزارة بإجراء يتيح لها تنفيذ عملية التخطيط الإستراتيجي بناءً على معطيات واقعية لما ينفق على الرعاية الصحية. ومن ثم فقد طورت الوزارة ما يسمى بتقرير الحسابات القومية للصحة (NHA).<sup>5</sup> والحسابات القومية للصحة، إضافة لكونها أداة للتخطيط الاستراتيجي، فإنها تضع وصفاً شاملاً

<sup>4</sup> صدرت الوثيقة المعتمدة لبرنامج الإصلاح الصحي وعنوانها "تحليل القطاع الصحي واستراتيجياته المستقبلية في مصر" في عام

1996 وجرى تحديثها لاحقاً في عامي 2001 و2003.

<sup>5</sup> رغم عدم وجود تعريف عالمي متفق عليه لمحتويات الإنفاق الصحي، فإنه ولأهداف الدراسة يعتمد التعريف التالي من وثيقة الحسابات القومية للصحة عام 1995: "الإنفاق الصحي هو إجمالي الإنفاق على الوقاية والتهيئة والتأهيل والرعاية الصحية، بما فيها الأنشطة السكانية والتغذية وبرامج الطوارئ، بهدف تحسين الصحة وما يشمل صحة الأفراد وكل السكان، ولا يشمل هذا التقرير ما ينفق على التعليم الطبي والتدريب الجامعي ولكن يشمل التدريب في القطاع الصحي بوزارة الصحة والسكان."



لمصادر الإنفاق (العام والخاص) ومساراته داخل النظام، وجهات إدارته، والأدوار الوسيطة فيه؛ لذا فهي تشمل تحليلاً للإنفاق الكلي على الرعاية الصحية، والذي يتكون من كل من الإنفاق العام (الحكومي)، والإنفاق الخاص، والإنفاق التأميني.

ويتكون الإنفاق الخاص من:

1. الإنفاق الذاتي المباشر من الجيب أو ما يسمى (out of pocket spending (OOP)
2. جزء من الاشتراكات التأمينية الخاصة والعامة premiums
3. المدفوعات الإضافية في التأمين co-payments
4. رسوم الخدمة الصحية العامة والخاصة user fees
5. الإنفاق من الجيب على الدواء

أما الإنفاق العام (الحكومي) فهو يمثل ما تخصصه الخزنة العامة للخدمات والرعاية الصحية، ولذلك فهو يمثل نسبة من الموازنة العامة سنوياً.

بينما يشمل الإنفاق التأميني على الرعاية الصحية جزءاً يدفعه المواطنون (مما يعد إنفاقاً خاصاً) وهو الأغلب، وجزءاً تدفعه الخزنة العامة بنسب حددتها القوانين التأمينية المطبقة حتى الآن. وخير مثال لتفسير ما سبق هو قانون 99 لسنة 1992 للتأمين على طلاب المدارس، حيث يمثل اشتراك الطالب السنوي قيمة 4 جنيه مصري سنوياً (يمثل إنفاقاً خاصاً)، فضلاً عن دفع إضافي يمثل ثلث ثمن الدواء (إنفاق خاص أيضاً)، واشتراك حكومي بقيمة 12 جنيهًا لكل طالب سنوياً (إنفاق عام من الخزنة العامة).

وللانتهاج من وصف وتحليل الحسابات القومية، تستخدم الوزارة حزمة من بيانات الخزنة العامة ووزارة المالية المخصصة للرعاية الصحية عبر وزارة الصحة والوزارات الأخرى التي تقوم بتقديم خدمات صحية، كوزارتي التعليم العالي والدفاع. وتستند أيضاً إلى مسح الإنفاق الأسري على الرعاية الصحية Household Survey (وهو يمثل الإنفاق الخاص من خلال عينات مقننة) في تقدير حجم ونوعية الإنفاق الخاص، ومكونات الإنفاق الذاتي من الجيب.

ويقدم تقرير الحسابات القومية للصحة في نهايته التوصيات العامة التالية لصانع القرار والمخطط الاستراتيجي في قطاع الرعاية الصحية:

- ضرورة إصلاح القطاع الصحي
- أهمية إعادة هيكلة القطاع لتحقيق الاندماج والتكامل
- أهمية إعادة تنظيم الإنفاق الصحي وهياكله في إطار تأميني شامل
- إعادة توجيه الإنفاق العام والخاص على الرعاية الصحية في صندوق قومي موحد لتحمل مخاطر المرض

والجدير بالملاحظة أيضاً أن التقرير لم يشير إلى العناصر الأهم والتي تعد جوهر التحديات القائمة، ومنها أن ما ينفق على الرعاية الصحية من الموازنة العامة أقل من المتوسط المناسب مقارنة بالدول المثيلة في نفس الشريحة الاجتماعية والاقتصادية (المتوسط المناسب من 8% إلى 10% حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية). وأن ما ينفق على الرعاية الصحية من

مصادر الإنفاق الذاتي OOP يتصاعد بوتيرة مستمرة ليتجاوز المعدلات العالمية المقبولة، خاصة في خدمات العيادات الخاصة والصيدليات، مما يعكس ضعف كفاءة النظام الصحي وعشوائية السوق الطبي وانفلاته بما لا يحقق أهداف الإنصاف والإتاحة، ويؤدي إلى انتهاك الحق في الرعاية الصحية. فضلاً عن تباعد الفجوة في إتاحة الخدمة الصحية بين الريف والحضر وبين الشمال والجنوب.

في سياق ما سبق، فإن الحوار الذي تنشره المبادرة المصرية للحقوق الشخصية حول الإنفاق الصحي يطرح عدة تساؤلات في مواجهة الإجراءات والسياسات التي تتخذها وزارة الصحة ممثلة للحكومة فيما يتعلق بحق المواطن المصري في رعاية صحية تتوافر بها عناصر الجودة والكفاءة والإنصاف والإتاحة. كما يطرح تساؤلات إضافية حول مدى استفادة المخطط الاستراتيجي وصاحب القرار من نتائج الحسابات القومية الصحية المشار إليها. فمن الواضح أن نتائج تلك الدراسات يجري تجاهلها عند رسم مجمل السياسات التي تتخذ أو التي يتم تنفيذها بعد ما يزيد عن عشر سنوات من بداية تنفيذ برنامج إصلاح القطاع الصحي (1997) وبما يخل وينتهك الحق في الرعاية الصحية من منظور الإنصاف والإتاحة والشمول والتوافر.

وفيما يلي ملخص للحوار الذي دار بمقر المبادرة المصرية للحقوق الشخصية والذي أعده برنامج الصحة وحقوق الإنسان يوم الثلاثاء 26 أغسطس 2008 بعنوان "واقع وإشكاليات الإنفاق على الصحة في مصر"، وبمشاركة عدد من الخبراء في الصحة والاقتصاد بالإضافة إلى فريق العمل في المبادرة المصرية.

## تقديم وترحيب

استهل الأستاذ حسام بهجت، مدير المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، اللقاء بكلمة افتتاحية وترحيب بالمشاركين جاء فيها:

"نتحدث اليوم عن الإنفاق على الصحة في مصر من حيث واقعه الحالي ومن حيث الإشكاليات التي يثيرها. وهذا اللقاء سيكون بداية لسلسلة من الأنشطة التي سيقوم بها برنامج الصحة وحقوق الإنسان بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية بالتنسيق مع لجنة الدفاع عن الحق في الصحة.<sup>6</sup> والحقيقة أن مسألة الإنفاق العام على الصحة بالنسبة لنا هي مسألة قديمة وفي نفس الوقت متجددة.

فهي قديمة بالمعنى النسبي، من حيث اهتمامنا بها منذ عدة سنوات. وكنا على سبيل المثال قد أصدرنا بياناً في 2006 بمجرد تعيين وزير الصحة الحالي أعرينا فيه عن تأييدنا لمطلب كل من وزير الصحة ورئيس لجنة الصحة بمجلس الشعب بشأن زيادة الاعتمادات المخصصة للصحة في موازنة ذلك العام، إذ كان كلاهما يشكوان من تراجع الإنفاق على الصحة. وكنا من قبلها 2005 نسعى دائماً لتعلم المسائل الفنية المتعلقة بالموازنات وتحليلها وعلاقتها بالدفاع عن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية من خلال الاشتراك في عدة دورات تدريبية نظمها المشروع العالمي للموازنات والذي يعد من أوائل المؤسسات التي بدأت هذا النوع من العمل في مجال حقوق الإنسان.

ولكن مسألة الإنفاق العام على الصحة في مصر في نفس الوقت هي مسألة متجددة تلح علينا الآن بطبيعة الحال حيث قضية إصلاح القطاع الصحي مطروحة بقوة في السنتين الماضيتين. والواقع أننا لاحظنا أن الحديث عن الإصلاح الصحي في مصر وكذا الخطوات التي تتخذ على أرض الواقع أو من خلال الخطاب الرسمي لا يتطرق إلى مستوى الإنفاق العام على الصحة في مصر، بينما يتركز الحديث دائماً حول إعادة الهيكلة وإعادة التنظيم سواء على مستوى التشريع أو على مستوى السياسات. وحتى عند الحديث عن الإنفاق على الصحة عادة ما يقتصر الأمر على الإشارة إلى نسبة "الإنفاق من الجيب"، وليس عن تخفيضه وإنما في سياق إعادة الهيكلة أي إعادة تنظيمه.

ولذلك وجدنا الوقت الآن مناسباً لكي ما نحاول مواصلة النقاش حول مسألة الإنفاق على الصحة في مصر. وما يميز لقاء اليوم هو أن المتحدثين الرئيسيين معروف عنهما كونهما خبيرين في السياسات؛ فالأستاذ عبد الفتاح الجبالي خبير في السياسات المالية، والدكتور علاء غنام خبير في سياسات الصحة العامة. أيضاً نجد أن الاثنین اقتربا إلى حد كبير من السلطة التنفيذية وسلطة صناعة القرار: الأستاذ عبد الفتاح من خلال علاقته بوزارة المالية وعمله كاستشاري فيما يتعلق بالموازنة العامة للدولة، والدكتور علاء بوصفه مدير عام السياسات والاستراتيجيات في قطاع الإصلاح الصحي في وزارة الصحة والسكان حتى إبريل 2008 عندما شرفنا بانضمامه إلينا في المبادرة المصرية كمدیر لبرنامج الصحة وحقوق الإنسان.

<sup>6</sup> لجنة الدفاع عن الحق في الصحة تضم أكثر من 20 منظمة وهيئة من بينها المبادرة المصرية للحقوق الشخصية تشكلت في مايو 2007 فور صدور قرار رئيس الوزراء بشأن إنشاء الشركة القابضة للرعاية الصحية واستحواذها على كافة مستشفيات التأمين الصحي، من أجل التصدي لهذا القرار ومقاومة خطط خصخصة التأمين الصحي بشكل عام.

لذلك أظن أن ما لدى متحدثينا اليوم له أهمية كبيرة، إذ أنه ليس كلاماً على مستوى تحليل السياسات وحسب، بل هو حديث نابع من واقع خبرتيهما كذلك في العمل مع الأجهزة التنفيذية.

أتقدم بالشكر مرة ثانية لحضوركم جميعاً، وسنستمع أولاً للأستاذ عبد الفتاح ثم الدكتور علاء، وبعدها سيتم تخصيص المزيد من الوقت للحوار والنقاش.

## كلمة الأستاذ عبد الفتاح الجبالي

رئيس وحدة البحوث الاقتصادية - مركز الأهرام للدراسات السياسية والإستراتيجية

أود أولاً أن أشكر المبادرة المصرية للحقوق الشخصية والأستاذ حسام بهجت والدكتور علاء غنام على الدعوة الكريمة للمشاركة. أعتقد أن قضايا الصحة والتعليم في مصر هي من أهم الموضوعات الآن التي يجب أن نوليها أهمية قصوى فيما يتعلق بمتابعة التطورات الحادثة فيهما، وبالذات فيما يتعلق بتطور دور الدولة في هذين المجالين على وجه الخصوص، إذ يعتبران من أهم دعائم التنمية البشرية والتنمية بشكل عام. فالقضايا المتعلقة بالحالة الصحية للأفراد تؤثر مباشرة في كفاءة العملية الإنتاجية في المجتمع. ومن ثم فمسألة تحسين نوعية الحياة وغيرها من قضايا التنمية البشرية، ترتبط جميعها ارتباطاً وثيقاً بموضوع الإنفاق على الصحة.

وفي واقع الأمر يحقق الإنفاق على الصحة مجموعة من الأهداف التنموية الأساسية من خلال إيصال الخدمات الصحية لقرى ونجوع المجتمع المصري، مما يعود بالنفع بشكل عام على قطاعات أكبر من السكان. ويمكننا أن ندرك أن الإنفاق العام على الصحة بما ينعكس على برامج التطعيمات الوقائية ومعالجة انتشار الأوبئة والأمراض المستوطنة وغير ذلك من الأمور المتعلقة بالبرامج الصحية المختلفة، جنباً إلى جنب مع تعزيز قدرة الأسرة المصرية على التصدي لمسألة العلاج، كلها أمور تظهر كيف أن الإنفاق على الصحة من الأمور التي تلعب دوراً مهماً جداً في الإنفاق التنموي بشكل عام.

ولقد دار الجدل في المجتمع المصري في الفترة الأخيرة، فيما يتعلق بالسياسات الاقتصادية، حول أيهما الأفضل والأقدر على تقديم الخدمة الصحية، هل الحكومة أم القطاع الخاص؟ وكان ثمة وجهة نظر ترى أن القطاع الخاص هو الأقدر على تقديم الخدمة الصحية بشكل أو بآخر. ويدللون على ذلك بأنه إذا أرجعنا الأمر إلى معدل التنمية، فإذا ارتفع معدل النمو فهذا في حد ذاته سيحدث نوعاً من الآثار الإيجابية على مستوى المجتمع، ومن ثم يكون له تأثير إيجابي على قضية الصحة العامة بشكل عام.

وجهة النظر هذه نراها غير دقيقة أو ليست صحيحة على إطلاقها. فزيادة النمو في حد ذاتها لا تنعكس على جميع أفراد المجتمع بشكل عادل من حيث عدالة توزيع الدخل، وبالتالي تختلف آثار النمو بين شرائح المجتمع المختلفة. بمعنى أننا يمكن أن نحقق معدلات نمو مرتفعة ولكن دون حصول قطاع عريض من المواطنين على عائد وبالتالي لا ينعكس على قدرتهم على تحمل تكاليف العلاج. القضية الثانية فيما يتعلق بهذا الأمر أن زيادة معدل النمو لا تضمن بالضرورة التأثير الإيجابي على مستويات الصحة في المجتمع بشكل عام لأن هذا بدوره رهن لمجموعة السياسات الصحية بشكل عام.

من أجل ذلك ففي المالية العامة يطلقون علي الخدمات الصحية أنها من "السلع العامة." و"السلع العامة" هي ببساطة شديدة تلك التي لا بد أن يكون للحكومات والدولة دور أساسي في إدارتها، خاصة وأن كل برامج التنمية أثبتت أن الاعتماد على آليات السوق في حد ذاتها في هذا المجال يؤدي إلى آثار سلبية أكثر من أية آثار إيجابية محتملة. ومن ثم ففكرة أن تتخلى الدولة بشكل أو بآخر عن دورها في الإنفاق العام على الصحة، أو أن تقلله، هو أمر مردود عليه للأسباب التي سبق ذكرها. وبالتالي يتحتم أن يكون تحسين الحالة الصحية ووصول الخدمات الصحية لكافة المواطنين في المجتمع هدفا أساسيا لأي حكومة في أي مجتمع من المجتمعات، بغض النظر عن طبيعة النظام الاقتصادي القائم بهذا المجتمع.

من هنا حاولت نتبع الإنفاق العام في مجتمعنا، ومن ثم سأتكلم عن الإنفاق العام فقط، لن أتكلم عن الإنفاق المجتمعي بشكل عام على الصحة، وسأترك الفرصة للدكتور علاء غنام ليتحدث عنه. ما أقصده بالإنفاق العام هو الإنفاق في الموازنة العامة في الحسابات الختامية للدولة. وهذا تحديدا هو ما يعبر بشكل أو بآخر عن السياسة الصحية للدولة وأهدافها التنموية. وفيما يتعلق بالإنفاق العام على الصحة فثمة هدفان رئيسيان يجب تناولهما إذا كنا بصدد تقييم الإنفاق العام على الصحة في مصر: أولا، كيف نسهل الحصول على الحزمة الأساسية من الخدمات الصحية للمواطنين وفقا للحالة الصحية للمواطن، وثانيا، كيف نضمن الحماية الصحية للفقراء، وننشر الخدمات الصحية في كافة أرجاء المجتمع بما فيها القرى والنجوع وأقاصي البلاد.

من هنا في الحقيقة نجد أن الحجم الأمثل للإنفاق العام على الصحة مرتبط بمستوى التطور الاجتماعي في المجتمع، ومن ثم لا ينبغي مناقشته من منظور عجز الموازنة والعلاقة بينه وبين عجز الموازنة، ولكن من منظور العلاقة بينه وبين طبيعة الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع. موضوع عجز الموازنة له مجالات أخرى يمكن تناولها، ولكن في موضوع الإنفاق على مجال الصحة بالذات فالمسألة مرتبطة بمدى ملائمة مستوى الإنفاق لطبيعة المشكلات الصحية الموجودة وهيكل الإنفاق العام على الصحة ذاته. فقد يكون الإنفاق على الصحة مرتفعا ولكن هيكل الإنفاق لا يؤدي إلى تحسين ما نسميه "فاعلية الإنفاق العام على الصحة".

ونجد هنا عدة أسئلة يمكن طرحها للبحث في مجال الصحة: فما هي المبادئ والمعايير التي يتم الاسترشاد بها عندما نتحدث عن مستوى الإنفاق العام الذي تزمع الحكومة تطبيقه فيما يتعلق بالمجالات الصحية؟ ثم كيف يمكن تمويل هذا الإنفاق؟ وما هي الآثار التي تنجم عن برامج الاستثمار الحكومي في مجال الصحة؟ وأي فئات المجتمع ستستفيد من برامج الإنفاق الحكومي في مجال الصحة؟ وأخيرا كيف يمكن تحسين تخصيص الإنفاق العام على مجالات الصحة بشكل عام؟

ليست القضية أنه كلما زاد حجم الإنفاق العام على الصحة كلما كان المجتمع على مستوى صحي أفضل. لأنه على مستوى الواقع يمكن أن تكون الخدمات المقدمة أقل كفاءة وجودة بينما يوجد إهدار للموارد في الإنفاق بشكل كبير. العبرة هنا بهيكل وتطور الإنفاق وطبيعته.

في هذا السياق عندما ننظر للتطور فيما يخص الإنفاق العام على الصحة في مصر نجد أنه في آخر موازنة عامة والتي نطبقها حاليا بلغ الإنفاق العام على الصحة حوالي 12.1 مليار جنيه من إجمالي "المصروفات العامة". وعندما نتناول الإنفاق على الصحة فإننا سنتحدث عن المصروفات العامة لأجل الدقة. إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من المصروفات العامة في

الموازنة العامة للدولة لا يتجاوز 3.6% فقط من الإنفاق كنسبة من الموازنة العامة في عام 2008 - 2009، في حين أنها كانت 1.2% من الموازنة العامة في عام 2001 - 2002.

وعندما ننظر إلى هذا الرقم الذي نشر - 12.1 مليار جنيه - وهو حجم الإنفاق العام على قطاع الصحة، نجد أن معظمه يذهب إلى الأجور. فالأجور تأخذ النسبة الغالبة من مصروفات الصحة بنسبة تبلغ حوالي 50% من إجمالي الإنفاق في الصحة. المشكلة في هذا الجانب فيما يتعلق في موضوع زيادة الإنفاق على الأجور، أنه قد يبدو من هذه النسبة أن مستويات الأجور للعاملين في القطاع الصحي مرتفعة، وهي في الحقيقة ليست كذلك. فثمة مشكلتان في هذا السياق في واقع الأمر: أولاً، ارتفاع مستوى الإنفاق على الأجور كمكون داخل الإنفاق العام على الصحة من جانب، وثانياً، عدم كفاية هذا المستوى من الأجر لضمان حياة كريمة للعاملين في هذا المجال بما يؤثر بالسلب على مستوى الأداء الحكومي.

في قطاع الصحة نرى نسبة التغيب عن العمل في الوحدات الصحية خاصة في المناطق الريفية والنائية مرتفعة. كما نرى الجمع بين أكثر من وظيفة لتحقيق دخل ملائم. ونرى مشاكل كثيرة خاصة في الوحدات الصحية الريفية، كل هذا - في وجهة نظري - يرجع في معظمه إلى ضعف مستويات الدخل في هذا القطاع.

القضية الثانية تتمثل في حقيقة أنه بالرغم من أن الأجور تستحوذ على الجانب الأكبر من الإنفاق العام على قطاع الصحة إلا أن هذا البند أصلاً لا يكفي لاحتياجات العاملين في هذا القطاع، وفي الوقت ذاته نجد أن نسبة الإنفاق العام المخصص لشراء السلع والخدمات هو ما ينفق على كافة المستلزمات. فمثلاً المواد الخام لم تتجاوز تكلفتها في الإجمالي 1.6 مليار جنيه، والأدوية فقط 600 مليون جنيه في الإجمالي. وكذلك أغذية المرضى 200 مليون، بالإضافة إلى نسب ضئيلة للأمصال والطعوم. هذه المبالغ زهيدة ولا تتناسب بأي حال من الأحوال مع احتياجات هذه المؤسسات من الأدوية أو من الأمصال الضرورية للوحدات الصحية. وبالتالي نرى المريض عندما يذهب إلى المستشفى يطلب منه شراء "السرنجات" أو غيرها من الأساسيات. كل هذا مرتبط أيضاً ليس فقط بضعف البند المخصص لشراء الخامات والمستلزمات في الموازنة، ولكن الأكثر من هذا هو طريقة الشراء نفسها التي تؤدي إلى المغالاة في سعر شراء الخامات بشكل كبير، وأحياناً بتبديل الخامات بغيرها بسعر أقل (على حساب الجودة) في المناقصات الحكومية. وهذه النقطة من الممكن أن نعمل عليها بشكل كبير.

ثم نأتي إلى بند الاستثمارات العامة وهو ما يتناقص سنوياً نتيجة لعدة أمور مرتبطة بالتزام الحكومة بسداد مستحقاتها لقطاع المقاولين والشركات. وبالتالي نجد أن معظم الشركات تحجم عن الدخول في مناقصات وزارة الصحة أو تزيد من أسعارها بصورة كبيرة لكي تضمن تعويض الفرق بين عائد تأخير سداد المستحق على وزارة الصحة وحصولها على الأموال اللازمة، وهو بالتالي ما يزيد من تكلفة الحصول على الخدمة في النهاية.

أيضاً فيما يتعلق بتفاصيل الإنفاق العام نلاحظ تفاوت الإنفاق العام على الصحة بين الريف والحضر في مصر، رغم أننا نقول مثلاً أن صعيد مصر فيه أكثر حالات الفقر الصحي في المجتمع، إلا أنه لا يحصل على النسبة الغالبة من الإنفاق العام على الصحة، بل بالعكس تذهب النسبة الغالبة إلى حضر المجتمع المصري. والفارق بين الحضر والريف في الإنفاق العام على الصحة واضح حيث يقترب من 67%. كما لا تحصل الشريحة الدنيا من الدخل إلا

علي 16% من الإنفاق على الصحة بينما الشريحة الأعلى من مستوى الدخل في مصر تحصل على 24% من الإنفاق العام على الصحة. ولو أضفنا لهذه الشريحة (العليا) الإنفاق الخاص الموجه لها نكتشف أنها تحصل على معظم الإنفاق. ومن ثم فإن معظم الإنفاق العام في واقع الأمر يذهب إلى الإنفاق على الأجور، وبالتالي تصبح الخدمات العلاجية والطبية الوقائية وغيرها من الأمور التي تصنع السياسة الصحية غير قادرة على تحقيق الأهداف الخاصة بالسياسة الصحية وفقا للإنفاق العام للمجتمع ووفقا لتحليل الموازنة مثلما أوضحنا.

القضية الأساسية هنا تتلخص في نقطتين، أولهما كيف يمكن تحقيق ما يسمى "فاعلية الإنفاق العام"؟ بمعنى أنه كيف يعود مبلغ الـ 12 أو 13 مليارا هذا بالنفع على أكبر شريحة ممكنة في المجتمع؟ هذه هي النقطة الأولى، فالإنفاق العام لابد له وأن يذهب إلى حيثما تم تخصيصه له من أهداف.

النقطة الثانية هي كيف يمكن لمبلغ الإنفاق العام على الصحة أن يزيد في الموازنة العامة للدولة بحيث يصبح موضوع الإنفاق على الصحة واحدا من أولويات المجتمع، وذلك بالطبع مرتبط بقضية عامة هي كيفية صنع الموازنة العامة في المجتمع، وتأثير المجتمع المدني بشكل عام والجمعيات الأهلية - مثل المبادرة المصرية للحقوق الشخصية - في عملية صنع الموازنة العامة للدولة.

لدينا ميزة نتجت مؤخرا عن التعديلات الدستورية الأخيرة التي أصبح بمقتضاها من حق السلطة التشريعية - الممثلة في مجلس الشعب - أن تعدل الموازنة العامة بالكامل دون الرجوع إلى الحكومة. وبالتالي تعد هذه أداة مهمة جدا للمجتمع المدني والمنظمات الأهلية بحيث تصبح قادرة وواعية بكيفية التعامل مع الموازنة وتعرف تحديدا ما تريد تعديله في الموازنة العامة للدولة. وبالتالي، فحين تتم مناقشة الموازنة العامة للدولة، يمكن أن يمارس نوع من الضغط على السلطة التشريعية، من خلال مخاطبة البرلمان، أو من خلال لجان استماع داخل البرلمان، أو من خلال أمور كثيرة يمكن فعلها. وبالتالي يتمكن المجتمع المدني من أن يعيد هيكل الإنفاق، بحيث يطالب بتعديلات محددة لبعض البنود وهيكل الإنفاق العام بما يحقق الأهداف التي يراها المجتمع المدني ضرورية. ومن ثم يتم الضغط بشكل أو بآخر في هذا المجال.

## كلمة الدكتور علاء غنام

خبير السياسات الصحية ومدير برنامج الصحة وحقوق الإنسان بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية

يعد الإنفاق الكلي على الصحة في مصر بمثابة وجه العملة الآخر لما عرضه الأستاذ عبد الفتاح الجبالي في سياق حديثه عن الإنفاق العام على القطاع الصحي. ويشمل الإنفاق الكلي بالتأكيد الجزء الأكبر الذي تدور حوله كل الصراعات الحالية فيما يتعلق بسياسات تمويل الرعاية الصحية في المجتمع المصري في الوقت الحالي.

كان لدى وزارة الصحة منذ فترة طويلة إدارة للتخطيط، ولكن إدارة التخطيط هذه كانت تعمل على الخطة الاستثمارية بمعنى كيفية "تقسيم الكعكة". وكان المعتاد أن تخصص ميزانية ما هي نفسها ميزانية العام السابق مضافا إليها 5% أو 10% للإنفاق الاستثماري. وفي الأغلب كانت

تنفق هذه الميزانية على مشروعات مفتوحة من سنوات سابقة. أما التخطيط الاستراتيجي - وهو الأهم - فلم يكن في تقديري مطروحا على الإطلاق على أجندة وزارة الصحة منذ تأسيسها.

وعلى هذا النسق بدأ برنامج الإصلاح الصحي الذي كانت بدايته عام 1997 في صورة دراسات مبدئية ثم ما لبثت أن تحولت إلي تجربة استرشادية مع بداية سنة 1999. وبدأ البرنامج يطور أداتين في غاية الأهمية - من وجهة نظري - للتمهيد لما يسمى بالتخطيط الاستراتيجي في القطاع الصحي في مصر. الأداة الأولى هي الحسابات القومية للصحة في مصر، والثانية هي آلية مسح البيانات الخاصة بالإنفاق الأسري واستخدام الخدمة الصحية. وجدير بالذكر أن هاتين الأداتين بدأ استخدامهما منذ مطلع التسعينات ولكن تم تطويرهما والاستفادة منهما بعد إطلاق برنامج الإصلاح الصحي. ومن حسن الحظ أن مصر كانت من الدول القليلة في المنطقة التي طورت ثلاث دورات فعلية لما يسمى بالحسابات القومية للصحة (National Health Accounts). الدورة الأولى كانت في بداية التسعينات، والدورة الثانية كانت عامي 1994 و1995 والدورة الثالثة في عامي 2001 و2002 ونشرت في 2005.

كان ذلك كله يتم من خلال وزارة الصحة مع أحد بيوت الخبرة الدولية الذي ضم عددا من الخبراء الدوليين المتخصصين في مجال الإصلاح الصحي. وكانت المنهجية المستخدمة في هذا المسح الذي يعتبر أداة للتخطيط الاستراتيجي هي الوصف الشامل لمسار تمويل الرعاية الصحية، والجهات التي تقوم بالإنفاق، والوظائف التي يتم عليها هذا الإنفاق.

وقد طرحت الحسابات القومية للصحة عدة تساؤلات هامة، من ضمنها: هل تنفق مصر المبلغ الملائم على صحة مواطنيها؟ وهل مبلغ الإنفاق الكلي هذا يتم التصرف فيه بكفاءة وفاعلية وكفاية؟ وهل هذا المبلغ يوزع بعدالة اجتماعية بين شرائح المجتمع؟ وهل هذا المبلغ يوزع بشكل ملائم ما بين الجانب الوقائي والجانب العلاجي والصحة العامة بطريقة تضمن فاعلية ذلك الإنفاق؟ وغيرها من التساؤلات التي طرحها هذا التقرير الصادر بعنوان الحسابات القومية للصحة.

ويجب أن نشير هنا إلى أن بعض الخبراء في الحقيقة يشككون في المنهجية التي تستخدم في هذه التقارير باعتبارها منهجية وصفية، وأحيانا يكون فيها بعض الانحيازات. والتقرير المشار إليه متاح للجميع وقد أعدنا له تلخيصا مترجما كنوع من إعادة القراءة الموجزة لمحتواه، وإن كنا نوصي كل المهتمين بقضية الإنفاق على القطاع الصحي في مصر بدراسة التقرير الأصلي.

وبشكل موجز يكشف تقرير الحسابات القومية للصحة لعامي 2001 و2002 والذي نشر في 2005 أن الإنفاق الكلي على قطاع الصحة في مصر (مشملا على كل من الإنفاق العام والإنفاق الخاص) يبلغ نحو 6% من إجمالي الناتج المحلي. كانت النسبة في عامي 1994 و1995 تبلغ نحو 3.7% بمعنى أن ثمة زيادة في الإنفاق الكلي علي الصحة تصل إلى قرابة 200%. توجد زيادة بالفعل، والتقرير يرجع هذه الزيادة إلى عاملين رئيسيين: أولا، ارتفاع تكلفة الخدمة، وثانيا، زيادة الطلب على الخدمة، خاصة في القطاع الخاص.



مسارات التمويل لدينا تشمل التأمين الصحي بكل مشتملاته، وكذلك لدينا أنظمة متعددة (لرعاية الصحية) مثل الخدمات الصحية المقدمة من وزارتي الدفاع والداخلية، ولدينا خدمات وزارة الصحة والسكان التي من المفترض - نظريا على الأقل - أنها تغطي كل المواطنين في المجتمع - بموجب أحكام الدستور - في إطار ما يسمى بالرعاية الصحية بغض النظر عن مستوى دخل فئات المجتمع المختلفة. لدينا أيضا أنظمة رعاية صحية خاصة في النقابات والوزارات الأخرى، والتي من بينها المستشفيات الجامعية التي تتبع وزارة التعليم العالي، وكذلك قطاع التأمين الخاص. ثم يأتي بعد ذلك أهم بند من بنود الإنفاق على الصحة الآن وهو الإنفاق المباشر من جيب المواطن على الخدمة الصحية.

يجب أيضا ملاحظة أن البيانات المتاحة هنا هي عن عامي 2001 و 2002 والتي نشرت في 2005 وهو ما يعني أننا منذ عام 2005 وإلى الآن ليس لدينا أي تحديث للبيانات. ولكن بكل أسف لم يتم الاستفادة من تلك التقارير الهامة التي يوجد منها ثلاثة تقارير صدرت في عقد واحد من الزمن، في الفترة التي شهدت التمهيد لبداية ما يسمى بالإصلاح الصحي في مصر.

نلاحظ في التقرير أن جملة الإنفاق الاجتماعي أو الإنفاق الكلي على الصحة بلغ نحو 23 مليارا، في حين أنه في عامي 1994 و 1995 كان نحو 7 مليارات فقط. بحيث بلغت نسبة الزيادة نحو 200% تقريبا، في حين أن نسبة إنفاق وزارة الصحة بالنسبة إلى الموازنة الحكومية هي 4.4% كما أشار الأستاذ عبد الفتاح.

يبلغ حجم الإنفاق على الدواء ومستلزماته - من جملة الإنفاق الكلي على الصحة البالغ 23 مليارا - حوالي 8.5 مليارات تقريبا وهو ما يمثل نسبة ضخمة جدا من الإنفاق على الصحة - حوالي 37.2% - وهذه هي الصورة الكلية. الإنفاق الكلي من حيث المنهج بالطبع فيه قدر من "التقديرية" estimation، إذ أن الآلية التي تستخدم فيه تعتمد على ما يسمى بجمع البيانات المتاحة ثم بعدها عملية أخرى لمسح البيانات الخاصة بالإنفاق الأسري واستخدام الخدمة الصحية (Household Survey) وهو ما يقوم به ذوو الخبرة المتخصصون في هذه المجال على نحو دوري. ولكن على الرغم من أنه أحيانا تكون "التقديرات" مبالغاً فيها بالزيادة أو النقصان - بما يؤدي إلى قدر من الخطأ في العينة التي نبني عليها تصوراتنا العامة - إلا أنه في النهاية يعطي مؤشرا قويا لحجم الإنفاق الخاص كما يظهر في مصادر تمويل الرعاية الصحية في مصر من 2001 - 2002 مقارنة بـ 1994 - 1995.

وفي هذه المقارنة نجد أن مصادر الإنفاق العامة في 1994 - 1995 كانت تبلغ 46% (من إجمالي الإنفاق الكلي على الصحة) في حين أنها أصبحت في 2001 - 2002 فقط 31% وهو ما يعني أن الإنفاق العام يحدث له نوع من التقليل أو الخفض. في حين أن المصادر الخاصة كانت 51% وأصبحت في 2001 - 2002 تبلغ 68%. وبالإضافة إلى ذلك توجد جهات مانحة يبلغ تمويلها 3% في موازنة 1994-1995 انخفضت إلى 1% في 2001 - 2002.

تأتي الموارد من المصادر التالية: من الخزانة العامة بنسبة 29%، ومن أرباب الأسر بنسبة 61%، ومن شركات عامة 3%، وتشكيلات خاصة 6%.

جهات إدارة التمويل (financing agents) تتكون من الآتي: وزارة الصحة، التي تقوم بالإنفاق وإدارة هذه الموارد، بنسبة 21%، والتأمين الصحي بنسبة 10%. أما الإنفاق المباشر من جيب المواطنين فيبلغ نسبة 60% وهو ما يعني أن كلا من المواطنين ووزارة الصحة والتأمين الصحي مجتمعين يقومون بإدارة 90% من هذه الموارد. الوزارات الأخرى تدير نسبة 7% من الموارد، والشركات العامة 1%، والمؤسسات التعليمية 1%، والمؤسسة العلاجية (وهي هيئة تضم عددا من المستشفيات ذات الطبيعة الخاصة التي تدار ذاتيا وتقدم الخدمات العلاجية وتخضع لإشراف وزارة الصحة) بنسبة أقل من 1%، والنقابات بنسبة أقل من 1%، والمؤسسات الأهلية بنسبة أقل من 1%.

ولكن كيف تستخدم موارد الرعاية الصحية في مصر؟ على مرافق وزارة الصحة بنسبة 25% (أي أن ربع الإنفاق الكلي على الصحة يتم إنفاقه على مرافق وزارة الصحة)، وعلى مرافق التأمين الصحي 5%، والمستشفيات الخاصة 6%، والعيادات الخاصة 25%، والصيدليات الخاصة 23%.

توزيع الإنفاق من الجيب حسب نوع مقدمي الخدمة	
-	المستشفيات الخاصة والعيادات الخاصة وحدها تحصل على نحو 50% من الإنفاق من الجيب (العيادات الخاصة 41.9% والمستشفيات الخاصة 9%)
-	مستشفيات وزارة الصحة 3.5%
-	المستشفيات الجامعية 3.1%
-	المستشفيات العامة الأخرى 0.9%
-	مستشفيات التأمين الصحي 0.8%
-	مراكز وزارة الصحة 3.2%
-	الدواء 33%

وفي التقرير إشارة هامة إلى دور العيادات والصيدليات الخاصة فيما يتعلق بالإنفاق على الدواء. فالإنفاق الإجمالي على الدواء يمثل حوالي 37% من جملة الإنفاق الكلي على الصحة (8.5 مليار جنيه من إجمالي 23 مليار جنيه). في حين أن الإنفاق على الدواء من الجيب يصل إلى نحو 4.6 مليار جنيه مصري وهو يمثل 58% من إجمالي الإنفاق الكلي على الدواء. وهي بالطبع نسبة مرتفعة جدا ومقلقة للغاية خاصة في غياب أي تنظيم أو رقابة حقيقية على صرف الدواء من الصيدليات الخاصة.

البنية التحتية للرعاية الصحية تتكون من: 1250 مستشفى عام بقوة 116 ألف سرير تقريبا، بينما المستشفيات الخاصة عددها نحو 1200 وبها 23 ألف سرير.

نلاحظ أيضا من تلك الوثيقة / التقرير أن معدلات الزيارة للعيادات تمثل 3.7 زيارة سنوياً، في حين أن معدل الدخول للمستشفيات كان أقل من زيارة واحدة في السنة (تحديداً 0.89 زيارة سنوية). ومن المهم أن نلاحظ أن 84% من الزيارات الداخلية للمستشفيات تتم في المرافق العامة في وزارة الصحة والتأمين الصحي والمستشفيات التعليمية (أي المرافق العامة الحكومية)، في حين أنه 55% من زيارات العيادات تتم في العيادات الخاصة.

باختصار شديد، يمكن تلخيص إشكاليات الإنفاق على القطاع الصحي من واقع تقرير الحسابات القومية للصحة في الآتي:

1. مصر تتفق أقل من المتوسط على الرعاية الصحية مقارنة بالدول المماثلة في الشريحة الاجتماعية والاقتصادية.
2. التقرير الحالي والتقارير السابقة تظهر ارتفاع نسبة الإنفاق من جيوب أرباب الأسر على الرعاية الصحية، وخاصة في قطاع الدواء.
3. تمويل الرعاية الصحية في مصر مازال مبعثراً وغير موحد مما يؤدي إلى عدم كفاءة ونقص فاعلية استخدامه.
4. ثمة خلل في توزيع الإنفاق الصحي وإتاحة الخدمات الصحية خاصة في الريف مقارنة بالحضر، والجنوب مقارنة بالشمال.

الشيء المؤسف هو أن الوثيقة توصي في النهاية بمجرد إعادة تنظيم وهيكل الإنفاق على الصحة من الجيب – والذي يتجاوز 60% من جملة الإنفاق – في إطار تأميني (لتحمل مخاطر المرض) وتحقيق العدالة والشمول في التغطية، وكذا إعادة توجيه الإنفاق العام والخاص على الصحة إلى وعاء مالي تأميني قومي موحد قد يسمى الصندوق القومي للتأمين الصحي.

في الختام يوجد لدي ست ملاحظات أخيرة على هذه الوثيقة:

1. علينا أن نتساءل لماذا هذه الزيادة المستمرة في حجم الإنفاق من الجيب وبالذات في قطاع الدواء وفي العيادات الخاصة؟
2. نلاحظ من الدراسة تدني نسبة العلاج الوقائي مقارنة بالعلاجي. لماذا؟
3. نلاحظ نقص الإنفاق الكلي منسوبا للنتائج المحلي الإجمالي مقارنة بالمعايير الدولية. فبعض البلدان تتفق ما بين 9% و14% ، وتعهد أبوجا لعام 2001 التزم بموجبه أعضاء الاتحاد الإفريقي – ومن بينهم مصر – بالعمل نحو تخصيص 15% من الناتج المحلي الإجمالي للإنفاق الصحي.
4. للأسف ترجع الوثيقة الزيادة في الإنفاق الكلي إلى ارتفاع تكلفة الخدمة والى زيادة الطلب على الخدمة في القطاع الخاص، وهو موضوع يحتاج مناقشة لأسبابه المحتملة. هل التضخم أحد الأسباب؟ هل حركة السوق لدينا منفلثة؟ هل هناك ما يسمى بخلق طلب مزيف على احتياجات مزيفة فيما يتعلق بالرعاية الصحية في مصر؟ هل هناك شبهة ترباح في أنظمة وسيطة عديدة تدخل ضمن هذا النظام متعدد الأجنحة sub-systems؟ مجرد تساؤلات تحتاج إلى مناقشة.
5. عندما ترصد الوثيقة أن 84% من الدخول إلى المستشفيات يتم في المستشفيات العامة، إذن فإن أي مساس بهذه المستشفيات العامة يكون بمثابة جريمة في حق الشعب المصري.
6. أشارت الوثيقة إلى أهمية إعادة هيكلة الإنفاق من الجيب وحسب، بينما لم تذكر أهمية زيادة الإنفاق العام باعتباره من أهم أولويات الدولة كأحد ركائز التنمية الحقيقية والاستثمار في الصحة في مصر كما أشار الأستاذ عبد الفتاح الجبالي في عرضه.

## مناقشات

### تدني الإنفاق الصحي والدور المحوري للجماعات المطالبة بتحسين هذا الإنفاق

عند فتح الباب لطرح الأسئلة أشار الدكتور سامر سليمان<sup>7</sup> أن علماء الاقتصاد السياسي أو علماء السياسة عندما يتعاملون مع الموازنة العامة فإنهم ينظرون إليها باعتبارها وثيقة سياسية تشير إلى متغيرات وأرقام تفيد الباحث الاقتصادي الذي يتناول المالية العامة. واعتبر الدكتور سامر سليمان الموازنة بالنسبة لأي محلل سياسي بمثابة مرآة عاكسة للتوازنات السياسية القائمة في المجتمع.

واستطرد مضيفاً: "عندما نرى الموازنة المصرية في الثمانينات والتسعينات نرى أن ثمة ارتفاعاً شديداً في مخصصات وزارة الداخلية كانعكاس لطبيعة الصراع بين الجماعات الإسلامية والدولة في ذلك الوقت. والسؤال لماذا بات نصيب "الصحة" (في الموازنة) بهذا المستوى المتدني؟

القطاعات التي تحصل على النصيب الأكبر من الموازنة العامة هي إلى حد كبير القوى السياسية الأكبر، بمعنى أن نصيب قطاع ما من الموازنة العامة يتحدد تبعاً لأمرين أساسيين: أولاً، إرادة ورغبة القيادة السياسية ونظام الحكم والتي تتوقف على مدى استفادة النظام السياسي من القطاع المعني، وثانياً، قدرة هذا القطاع على الضغط وانتزاع المخصصات المطلوبة.

وبالنسبة للمستوى الصحي المتدني في مصر فهو ليس إلا انعكاساً للضعف الشديد جداً لجماعة الأطباء والجماعة التي تذهب إليها مخصصات الصحة. فعلى سبيل المثال لو نظرنا إلى ارتفاع الإنفاق الحكومي على مخصصات الجيش في مصر، فمن البديهي لأي محلل سياسي أن يقول إن الجيش مؤسسة قوية في مصر، وكذلك وزارة الداخلية، وغيرها من المؤسسات الأمنية في مصر.

عندما نرى المخصصات الصحية في مصر على هذا النحو من الانخفاض يتحتم علينا أن نتساءل عن النفوذ السياسي للجماعة التي تذهب إليها هذه المخصصات. ويمكننا القول إن الجماعة التي تذهب إليها مخصصات الإنفاق على الصحة في مصر هي العاملين في الحقل الصحي من أطباء وممرضين وممرضات وموظفين في المجال، بالإضافة قطعاً إلى المرضى - وهم المنتفع الرئيسي من مخصصات الإنفاق في هذا المجال - ومن هنا نقدر أن نقول إن القطاع المستفيد من زيادة الإنفاق الصحي هو الشعب كله.

ولكن حيث أن "الشعب" لم يكن يوماً جماعة ضغط سياسي، فالجماعة المؤهلة للدفاع عن مخصصات الصحة هي جماعة الأطباء والممرضين والعاملين في الحقل الصحي. لا بد إذن من التركيز على دور نقابة الأطباء ونقابة التمريض، فثمة ارتباط وثيق بين تحسين الإنفاق على الصحة وتحسين أوضاع العاملين في القطاع الصحي، بما يرفع من مستوى الأداء ويؤدي إلى تحسين الخدمة.

<sup>7</sup> أستاذ م الاقتصاد السياسي - الجامعة الأمريكية بالقاهرة.

في الوقت نفسه تعاني نقابة الأطباء - مثلها في ذلك مثل العديد من النقابات الأخرى - من استقطاب سياسي ومحاولات لإحكام السيطرة ما بين نظام الحكم والإخوان المسلمين، وهو ما يعوق في النهاية تفعيل دور النقابة كجماعة ضغط في اتجاه تحسين الإنفاق على الصحة ورفع كفاءة الخدمة الصحية.

من ثم فقد اختتم الدكتور سامر سليمان مداخلته بالتركيز على أهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه نقابة الأطباء وغيرها من الجماعات التي تمثل الأطباء (مثل حركة أطباء بلا حقوق مثلا) عندما نتكلم عن الإنفاق الصحي في مصر.

### الأرقام ومؤشرات التنمية لا تعكس بالضرورة الحال على أرض الواقع

أكد الأستاذ عبد المولى اسماعيل<sup>8</sup> على اتفاقه مع الطرح الخاص بكون الموازنة العامة وثيقة سياسية في المقام الأول قائلا: "عندما نتحدث عن الاقتصاد لابد من ربطه بالإطار والسياق السياسي الخاص به، وأيضا بالتوازنات الاجتماعية. هذا الأمر مهم جدا في قراءة أي رقم. من ثم، فلا بد لنا عندما نتحدث عن الموازنة، أن يكون لدينا منهج يحكم قراءة هذه الأرقام، ويحكم كذلك دلالات هذه الموازنة. التعامل مع الأرقام بشكل مجرد لا يعطي الدلالة المفترض أن يبحث فيها الاقتصادي أو السياسي."

وتوقف الأستاذ عبد المولى عند الجزئية التي أشار إليها الأستاذ عبد الفتاح الجبالي من أن معدلات النمو مهما بلغت ليست بالضرورة انعكاسا لتنمية حقيقية. "على سبيل المثال لو أن الحكومة المصرية تمكنت من تحقيق إنفاق عام نسبته 15% - وهو ما يمكن عمليا للحكومة بالفعل تحقيقه إن أرادت - كما توصي أهداف التنمية الخاصة بالألفية، فلن يكون ذلك بالضرورة معناه تحقيق تنمية حقيقية في قطاع الصحة."

وفي تعليق على ما ذكره الأستاذ عبد الفتاح الجبالي من أن نحو 50% من الإنفاق الحكومي يتم إنفاقها على بند الأجور، أوضح الأستاذ عبد المولى اسماعيل أن هذه النسبة الضخمة - في واقع الأمر - لا تصل إلى جموع العاملين في الهيكل الطبي. "ففي بيان صادر من لجنة الدفاع عن الحق في الصحة نجد أن ثمة تفاوتات ضخما في متوسطات الأجور بين الفئات الأدنى في الهيكل الوظيفي في القطاع الصحي وبين فئة محدودة للغاية من القيادات العليا بالقطاع وهو التفاوت الذي يقدر بنسبة 1 : 400 داخل الهيكل المتعلق بأجور العاملين في قطاع الصحة."

واختتم اسماعيل مداخلته بالتشكيك في التعامل مع الأرقام الرسمية - التي يمكن أن تكون كثيرا غير دقيقة أو غير صحيحة - وهو ما اعتبره معضلة تحتاج إلى البحث في دلالات الأرقام أكثر من مجرد التعامل معها بشكل مجرد.

<sup>8</sup> جمعية التنمية الصحية والبيئية.

## المبادئ والمعايير التي يجب أن تحدد مستوى الإنفاق العام والاستفادة من مستوى الإنفاق العام الحالي

في بداية مداخلتها طلبت الدكتورة راجية الجرزاوي<sup>9</sup> إيضاحا بخصوص مسألة الإنفاق على الدواء. فبحسب ما أشار إليه الأستاذ عبدالفتاح الجبالي يبلغ الإنفاق الحالي على الدواء نحو 600 مليون جنيه فقط (تحديدا 656 مليون جنيه) بينما حسب الوثيقة التي قدمها د. علاء وحسب ما يتردد كثيرا أن الإنفاق على الدواء يبلغ نحو 30% من الإنفاق على الصحة. وهناك دائما مطالب بترشيد استهلاك الدواء وتوصيات للأطباء بأن يصفوا صنفين فقط من الأدوية لكل مريض وتحديد عدد أقرص معين للمريض حسب الاحتياج الفعلي.

وقد أوضح الدكتور علاء غنام - ردا على هذه النقطة - أن ثمة فرقا بين الإنفاق الكلي على الدواء والإنفاق الحكومي (العام)، فالرقم الذي أشار إليه الأستاذ الجبالي (656 مليون جنيه) هو مبلغ الإنفاق الحكومي على الدواء وهو بالفعل ضئيل جدا، بينما تبلغ نسبة الإنفاق على الدواء 30% من الإنفاق الكلي على الصحة في مصر وأغلبها إنفاق من الجيب يدفعه المواطن.

وطرحت الدكتورة راجية الجرزاوي كذلك مجموعة من التساؤلات بشأن قضية الإنفاق على الصحة من بينها:

- لماذا لا يشار إلى علاقة التضخم بقياس الزيادة الرقمية للإنفاق العام، فمثلا قد يكون الإنفاق العام في أعوام سابقة رقما معيناً ويصل حالياً إلى رقم أعلى بكثير وهو ما يقرأه البعض باعتباره "زيادة" في الإنفاق العام بينما واقع الأمر - بسبب التضخم وانخفاض قيمة العملة - أن الإنفاق العام انخفض.
- ما هي المبادئ والمعايير التي يجب أن تحدد مستوى الإنفاق العام؟ وعلى أي أساس ينبغي أن نبني موقفنا المطالب بزيادة الإنفاق العام؟
- كيف يمكن تحقيق أكبر قدر من الاستفادة من مستوى الإنفاق العام الحالي؟ وأين تكمن الثغرات التي تتسبب في إهدار الإنفاق العام الحالي؟
- هذه المعلومات جيدة ولكن كيف نستخدمها بشكل عملي؟

وعلق الدكتور يوسف وهيب<sup>10</sup> على تساؤل الدكتورة راجية بالنسبة لعلاقة الأرقام بالتضخم المالي أن التضخم بالفعل يؤدي إلى ثبات نسب الإنفاق على الصحة عبر السنين مهما زادت ظاهريا قيمة المبالغ المخصصة للإنفاق. والأهم أنه في النهاية فإن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة ينخفض مع الوقت ولا يزيد.

وتساءل حسام بهجت عن المدى المتاح حالياً من مساحة للتحرك - في ظل الوضع الحالي واستمرار السياسات الحكومية الحالية، ومن دون تغيير جذري للتوجه السياسي للدولة - فهل ثمة إمكانية حقيقية للتغيير بشكل عملي؟ وتساءل أيضا عما إذا كانت الحكومة - بموجب الأرقام التي تم تناولها - مقيدة حقا بالأرقام الموجودة ولا تجد سبيلا للتعامل مع الأرقام ومع

<sup>9</sup> مسؤولة ملف الصحة والتميز، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية  
<sup>10</sup> أستاذ بكلية الطب - جامعة قناة السويس.

الأزمة إلي تمثلها أم أن الأمر بالأساس انعكاس لتوجه سياسي بالفعل وهو الذي يجعل الأرقام (ومن ثم أزمة الإنفاق الصحي عموماً) على هذا النحو.

### مصادقية الأرقام الحكومية ونسبة الإنفاق الحكومي

في بداية مداخلته أكد الدكتور محمد حسن خليل<sup>11</sup> على أهمية النقطة التي أثارها الدكتور سامر سليمان من أن ثمة أهمية خاصة لانخراط الأطباء والعاملين في القطاع الصحي باعتبارهم جماعة ضغط تستطيع أن تمارس دوراً محورياً في تحسين أوضاعهم المهنية وأيضاً في تحسين الخدمات الصحية والمطالبة بتحسين الإنفاق العام على الصحة. وقدم خليل مثالا على ذلك من نضال الأطباء في أواخر الخمسينات من القرن الماضي عندما اعتصم نحو 1200 طبيب في نقابة الأطباء عندما لم يكن هناك التزام حكومي بتعيين الأطباء حديثي التخرج، وهو الصدام الذي نتج عنه أثر لا يُنكر على مستقبل الصحة في مصر بما جعلها - ذات يوم - تخلق نموذجاً ريادياً غير مسبوق في العالم في الظروف المماثلة للمجتمعات الاستبدادية. وعندما ناضل الأطباء حينذاك، لم تكن مطالبهم مهنية أو مادية ضيقة، بل وحدوا مطلبهم الخاص بحق الشعب في العلاج مع المطلب الخاص بحق الأطباء في العمل.

وأضاف خليل أنه لا بد من ترسيخ مبدأ تفرغ الطبيب لمؤسسته، وفي نفس الوقت يجب مراعاة تحسين أوضاع الأطباء حتى يمكن تقليص التغول الحالي للقطاع الخاص في مجال الرعاية الصحية ومن ثم تقليل ما يتم إنفاقه من جيب المواطنين تحت مسميات مختلفة (من علاج اقتصادي، وعلاج فندي، إلى علاج خاص بالعيادات الخاصة إلخ). وهو أمر لا بد منه كخطوة رئيسية في مواجهة سياسات خصخصة خدمات الرعاية الصحية التي تجري على قدم وساق.

كما شكك خليل في سياق حديثه في مصداقية الأرقام الحكومية، إذ يتم تقدير الإنفاق العام باعتباره يبلغ نحو 29% من إجمالي الإنفاق على الصحة في مصر بينما هو يرى أن ما لا يقل عن 9 - 10% من هذه النسبة تعد إنفاقاً خاصاً وليس عاماً. وبرر الدكتور محمد حسن خليل هذا التباين الشديد بتوضيح ما يراه خطأً شائعاً ترتكبه الحكومة حينما تعتبر أن التأمين الصحي هو إنفاق عام بينما هو إنفاق خاص لأنه ممول من اشتراكات المنتفعين المؤمن عليهم. وأوضح أنه حتى بالنسبة للموظفين العاملين بالدولة فإن ما تدفعه الدولة من قيمة التأمين الصحي للعاملين لا يعد إنفاقاً عاماً لأنه جزء مخصص من الأجور وبالتالي يعد إنفاقاً خاصاً.

وقد عقب الأستاذ عبد الفتاح الجبالي على هذا الطرح بأن التأمين الصحي ليس محسوباً ضمن الإنفاق العام على الصحة في الموازنة، موضحاً أن الحسابات القومية (التي قدم الدكتور علاء غنام عرضاً لها) تختلف عن الموازنة العامة للدولة، لأن الحسابات القومية تتناول أرقام الإنفاق الكلي وليس فقط نسبة الإنفاق الحكومي أي العام الذي يعد جزءاً من الموازنة العامة.

كما أوضح الدكتور علاء غنام في هذا السياق أن الإنفاق المتعلق بالتأمين الصحي متنوع في مصادره بين مصادر عامة ومصادر خاصة، فجزء من التكلفة محسوب مما يدفعه المنتفعون

<sup>11</sup> استشاري أمراض القلب بالهيئة العامة للتأمين الصحي - جمعية التنمية الصحية والبيئية.

بالخدمة وجزء آخر من الموازنة العامة، فمثلا في التأمين الصحي على طلبة المدارس تدفع الدولة - من الموازنة العامة - عن كل طالب حوالي 12 جنيها، ويدفع الطالب 4 جنيهات كاشتراك (وهذا يعد ضمن الإنفاق الخاص على الصحة)، بينما يدفع الطالب كذلك ثلث ثمن الدواء وهو ما يعتبر إنفاقا من الجيب عند تلقي الخدمة (أي خاصاً أيضاً). وبالتالي فالنسبة التي أشار إليها الدكتور حسن خليل - وهي ملاحظة شديدة الأهمية - جزء منها مرصود داخل الموازنة العامة وجزء آخر منها مرصود داخل الإنفاق الكلي (خاص ومن الجيب).

وفي تعليق للدكتور يوسف وهيب في نفس السياق أشار إلى أن الهيئة العامة (كما هو الحال في التأمين الصحي) موازنتها لا تدخل ضمن الإنفاق العام (والذي ترصده الموازنة العامة). ولكن هناك نقطة مهمة وهي نسبة مبيعات "السجائر" والتي تبلغ 10 قروش عن كل علبة سجائر (20 سيجارة)، بما يمثل حوالي 300 مليون جنيه في السنة في صورة ضرائب غير مباشرة، بالإضافة إلى مبلغ الـ 12 جنيه التي تدفعها الدولة للطالب. ولا يدخل في الإنفاق العام الاشتراك الذي تدفعه الدولة عن العاملين لديها بوصفها صاحب عمل، حيث أن اشتراك الدولة كصاحب عمل ليس ضمن الإنفاق العام، ولكن ما يدخل في الإنفاق العام فقط هو النسبة المحصلة من مبيعات السجائر والـ 12 جنيها المدفوعة عن كل طالب في مرحلة الدراسة.

وقد عقب الأستاذ عبدالفتاح الجبالي هنا بقوله "إنه من المهم في تحليلنا للموازنة العامة للدولة أن نفرق بين نوعين من التقسيم: التقسيم الوظيفي والتقسيم الاقتصادي، وهذا التقسيم الاقتصادي هو ما يتناول ما عرضته أمامكم من أجور، ودعم واستثمارات وخلافه. بينما التقسيم الوظيفي مثلا في قطاع الصحة يتطلب تحليل التفاصيل بالنسبة لكل مستشفى وكل إدارة ومنطقة وهكذا.

وطرح الدكتور محمد حسن خليل أزمة توزيع الإنفاق الحالية بين الإنفاق من الجيب والإنفاق الحكومي العام موضحا أنه إذا كان الرقم الحالي لنسبة الإنفاق من الجيب قيمته 60% على الخدمات الصحية بينما بقية أوجه الإنفاق من إنفاق خاص وحكومي (عام) 40% وتصور الحكومة المشكلة أنه على المواطنين أن يقللوا الإنفاق من الجيب بحيث يصبح 40% فقط والباقي 60% من الحكومة، ويكون هذا هو الترشيح فإن هذا كلام يبدو منطقيا في ظاهره فقط. واستطرد خليل قائلاً: "إننا لو نظرنا للأمر بمنظور التحليل القطاعي سنجد أن الإنفاق من الجيب معظمه يذهب إلى العيادات الخاصة والصيدليات وهو الإنفاق الأقل تكلفة في الصحة. ولكن فلننظر إلى الرعاية الصحية الأكثر تكلفة، أي مستويات الرعاية الثانية والثالثة المتقدمة في المستشفيات، وسنجد - بحسب الأرقام المتاحة - أن 6% فقط من الجراحات هي التي تؤدي في المستشفيات الخاصة رغم أنها تملك 16% من الأسرة، وهذه نقطة مهمة جدا. ومن ثم فالنقطة الهامة هي من الذي يعالج المصريين؟ ومن الذي يتحمل العبء الأكبر في العلاج في مصر؟ في الحقيقة لو حللنا الأمر هكذا سنخلص إلى إخراج قطاعين من القطاعات العلاجية خارج المعادلة تماما وأقصد القطاع الخاص الذي لا يؤدي سوى 6% فقط من العلاج المتقدم الأكثر تكلفة، والقطاع الثاني هو القطاع الحكومي الذي يعد قطاعا منهارا بنسبة إشغال 20% فقط وبمستوي خدمات متدني جدا (مستشفيات وزارة الصحة)".

ومن ثم يخلص الدكتور محمد حسن خليل إلى أن من يتحمل العبء الرئيسي في علاج المصريين هم بالتحديد عدد من الهيئات غير الربحية وهي هيئة التأمين الصحي والمؤسسة العلاجية وهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية والجامعات المصرية. وهو ما يراه أمرا في



منتهى الخطورة لأن 16% من الأسرة في مصر والموجودة لدى القطاع الخاص نسبة إشغالها متدنية بسبب تدني نسبة القادرين. بالإضافة إلى أن 55% من الأسرة في مصر والموجودة لدى مرافق وزارة الصحة كفاعتها متدنية - باستثناءات نادرة - والإنفاق عليها شحيح للغاية.

ويربط الدكتور محمد حسن خليل هذا الواقع بسياسات الدولة الرامية إلى تحويل هذه الهيئات الصحية غير الربحية إلى هيئات اقتصادية ربحية مثل قرار رئيس الوزراء بتحويل هيئة التأمين الصحي إلى ما يسمى بالشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية، وهو الأمر بالغ الخطورة والذي يضر أشد الضرر بمصلحة ملايين المواطنين الذين تتحمل هذه الهيئات غير الربحية العبء الأكبر في علاجهم وتوفير الخدمات الصحية لهم.

### لغة الموازنات وقراءتها

وفي مداخلة للدكتور محمد نور الدين<sup>12</sup> عبر عن تخوفه من أن الحكومة في عرضها للموازنة العامة تعتمد أن تكون في ظاهرها معقدة على غير المتخصصين، مما يلقي بالمسئولية على المتخصصين في الموازنة العامة والحسابات القومية والخبراء في القطاعات المختلفة - كقطاع الصحة - لعمل دراسات موسعة وتوفير التحليلات والبيانات للآخرين لفهم الأمر على نحو دقيق، خصوصا في ظل غياب الأرقام والإحصائيات الدقيقة.

وأكد نور الدين أن ثمة احتياج لتحليلات ودراسات توضح لنا بأرقام دقيقة أوجه الإنفاق على الصحة في مصر سواء الإنفاق العام أو غير العام، مشيرا إلى أن "الكثير من الهيئات قد خرجت بالفعل من الموازنة العامة ولكن لا يزال لها دور محوري في تقديم الخدمات الصحية في مصر. كما أن هناك العديد من الخدمات المرتبطة بالصحة مثل توفير مياه الشرب والصرف الصحي وغيرها من الخدمات البيئية وثيقة الصلة بالصحة. فإلى أي مدى يمكن إدراج هذه البنود ضمن أوجه الإنفاق الصحي. وما هي المحددات التي تضع أولويات الإنفاق العام، وهل فقط الأجور والمستلزمات السلعية هي الأولوية التي يتم توجيه معظم الإنفاق العام على الصحة نحوها."

وطالب الدكتور محمود نور الدين المتخصصين بإعداد مثل هذه الدراسات التي تحدد نوعية الخدمات العلاجية التي يتم توجيه الإنفاق الصحي نحوها بالإضافة إلى نوعية العلاج ونسب الإنفاق على القطاع الوقائي وكيفية ربط كل هذه الأرقام بالموازنة العامة، ومتوسط نصيب الفرد ومقارنته بالمعايير الدولية لنصيب الفرد من الإنفاق على الخدمات الصحية، ونسبته كذلك إلى دخل الفرد.

وأشار كذلك إلى إشكالية هامة وهي دور المنظمات النقدية الدولية كصندوق النقد الدولي، وضرب مثلا على ذلك بتسجيل الصندوق للقروض الممنوحة من البنك للقطاع العام باعتبارها قروض مشروعات قطاع خاص، وهو ما قد يؤدي إلى أخطاء كبيرة في نتائج أي دراسة ما لم يتم اعتباره بدقة.

<sup>12</sup> خبير وباحث اقتصادي

وشكك أيضا نور الدين في الأرقام التي تقول بارتفاع مستوى الإنفاق الكلي على الصحة في مصر من عام 1994 إلى عام 2001 بنسبة 200%. واختتم مداخلته باعتبار المناقشة حول الإنفاق على الصحة في مصر وربطه بالموازنة العامة بداية لمزيد من الجهد والتحليل المنهجي في هذا الموضوع الهام. وهو ما أكده أيضا الدكتور علاء غنام مشيرا إلى أنه ينبغي عقد مزيد من الجلسات حول الموضوع.

**نسبة الإنفاق من الجيب التي كانت في 2002 لا تتجاوز 60 أو 63% قد تصل حاليا إلى أكثر من 70% بكثير**

وفي مداخلة للدكتور اسحق المنقبادي<sup>13</sup> أشار إلى بضع نقاط تتلخص في الآتي:

1. كيف نقرأ الأرقام؟ فمثلا فيما يخص التأمين الصحي والعلاج على نفقة الدولة لو قلنا إن الإنفاق في هذين القطاعين يبلغ 4.6 مليار (2.6 مليار للتأمين الصحي و2 مليار ميزانية العلاج على نفقة الدولة) وإن هذين القطاعين يؤديان معا نسبة 80% من العمليات الجراحية التي تجري في مصر، فإن هذا الكلام يكون غير دقيق. هناك إشكالية موجودة بسبب تبني نظام "تحويل المديونيات"، فمثلا لو أن التأمين الصحي يعالج إحدى الحالات التي تحتاج إلى عملية زرع نخاع بإحالتها إلى معهد ناصر ويدفع في المقابل 75 ألف جنيه، فهذه العملية كانت تكلفتها على وزارة الصحة عام 2002 تبلغ نحو 125 ألف جنيه ومن المتوقع أن تكون تكلفتها الحالية نحو 200 ألف جنيه، ومعنى ذلك أننا قمنا بتحويل مديونية التأمين الصحي من التأمين الصحي إلى وزارة الصحة. ونفس الشيء يتكرر في العلاج على نفقة الدولة فالأمر كله هو تحويل مديونيات. فعندما نتناول هذه الأرقام لا بد لنا من أن نعرف أن التكلفة الحقيقية لتقديم الخدمة هي أعلى بكثير.

2. عندما نتحدث عن آليات السوق لا بد من خلق دور قوي لما يسمى بـ "المنظم"، لأن السوق هو علاقة بين ثلاثة أطراف: مقدم الخدمة من ناحية، ومتلقي الخدمة أو المشتري من ناحية أخرى، ولا بد من وجود "المنظم" وهو الذي ينظم العمل في السوق ويضمن أن آلية السوق تعمل بسلاسة. مشكلتنا في مصر أننا نقوم بتطبيق آلية السوق دون خلق دور المنظم. يجب خلق دور قوي للمنظم وخصوصا في القطاع الصحي الذي لا يحتمل العشوائية في عملية تطبيق آليات السوق.

3. لا بد من عملية إعادة هيكلة وتنظيم للقطاع الصحي لضمان تحقيق الفاعلية والكفاءة في استخدام الموارد. وربما كان هذا هو أحد أهداف برنامج إصلاح القطاع الصحي وهو ما قطع فيه شوطا كبيرا حتى عام 2006، ولكن من بعد عام 2006 ونتيجة لغياب السياسة العملية الواضحة، فإن ثمة تزايد في التشتيت والتفتت الشديد جدا. على سبيل المثال منذ عام 2006 تم اتخاذ نحو 5 قرارات تهدف إلى تحسين دخول الأطباء لكنها جميعا في محصلتها أدت إلى مزيد من التشتت والتفكك في النظام الصحي وأفسدت عملية الإصلاح الصحي ككل وقللت - بل قضت - على كفاءة وسلامة الموارد تماما. فلا بد من وجود خطة عامة أو دراسة قبل إصدار أي قرارات.

<sup>13</sup> صندوق صحة الأسرة - وزارة الصحة والسكان.

4. لو أننا بصدد إصدار دورة جديدة من الحسابات القومية للصحة اليوم فكيف سيكون شكلها؟ الأرقام ستكون حقا مفرعة، فلو أننا كنا ننفق 23 مليارا على الصحة عام 2002 فيمكننا من خلال بعض التقديرات والتخمينات (ما يسمى بالـ guess-timation) أن الرقم لن يقل حاليا عن نحو 60 إلى 70 مليارا. ففي منتصف 2007 كنا نقول إن الإنفاق الصحي قد بلغ نحو 40 مليارا فبعد التضخم الحادث حاليا سنجد ببساطة شديدة أن الرقم لن يقل عن 60 مليارا. وحيث أن الإنفاق الحكومي ثابت والتأمين الصحي ثابت فمن الذي يدفع هذه القيمة؟ سنجد أننا نلقي بعبء المرض على "الناس" بحيث أن نسبة الإنفاق من الجيب التي كانت في 2002 لا تتجاوز 60 أو 63% ستصل حاليا إلى أكثر من 70% بكثير. وهنا يكون السؤال هل من المقبول أن يكون الإنفاق من الجيب على الصحة أكثر من 70% من الإنفاق الكلي على الصحة؟ علما بأن هذه النسبة في العالم كله لا تتجاوز 24% وفي دول شرقي المتوسط (أي المنطقة العربية) لا تزيد بأي حال عن 50%. هنا لابد من توجه سياسي واضح يحدد ما هو المستوى المقبول للإنفاق الصحي من الجيب في مصر، واضعين في الاعتبار إشكاليات الزيادة السكانية وزيادة الطلب على الإنجاب وضعف شبكة الضمان الاجتماعي.

#### أولويات الدولة في الإنفاق في الموازنة العامة وإشكالية التباين الشديد وغياب العدالة في توزيع الخدمات الصحية

وفي مداخلة للأستاذ حلمي الراوي<sup>14</sup> لخص رؤيته لطبيعة إشكاليات الإنفاق على القطاع الصحي في مصر في النقاط التالية:

1. أولويات الدولة في الإنفاق في الموازنة العامة ليست موجهة نحو التزامات الدولة القانونية والسياسية تجاه مواطنيها أو أمام المجتمع الدولي بموجب منظومة الحقوق الداخلية أو الخارجية ممثلة في الدستور المصري أو الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان. فتوزيع أولويات الإنفاق في الموازنة العامة يأتي كالتالي:

أ. النسبة الأكبر والتي تبلغ نحو 50% من الموازنة العامة يتم توجيهها إلى الخدمات العمومية العامة (رئاسة الجمهورية والمجالس النيابية ووزارة الخارجية) وأجهزة النظام العام لشئون الأمن العام والدفاع والأمن القومي ووزارة الداخلية. هذه هي الأولويات الرئيسية للحكومة في توجيه إنفاقها العام، والتي يتضح معها أن جل اهتمام الإنفاق العام هو تقوية شوكة النظام السياسي والحفاظ عليه من خلال المؤسسات التي تمثله في الخارج إضافة إلى المؤسسات التي تدافع عنه في الداخل.

ب. 25% من الإنفاق الحكومي في الموازنة العامة يتم استهلاكه في عبء مديونية الدولة وتسديد أقساط الديون المستحقة سواء الدين الخارجي أو الدين الداخلي.

ج. نسبة الـ 25% الباقية فقط هي ما يتم توجيهها إلى الإنفاق على الحقوق الاقتصادية والاجتماعية للمواطنين من صحة وتعليم وسكن وبيئة. وهو ما

<sup>14</sup> مرصد الموازنة العامة وحقوق الإنسان.

- يعكس تراجعاً شديداً جداً على مستوى الإنفاق الاجتماعي، وغياب أولويات التنمية الاجتماعية والرفاه الاجتماعي.
2. أزمة السياسات الحكومية وإصدار القوانين والتشريعات الجديدة الرامية إلى تحرير السوق وتعزيز دور القطاع الخاص، وهو ما يؤدي في النهاية إلى تحميل المواطنين العبء الأكبر من تكلفة الخدمات الصحية.
  3. سوء ترتيب أولويات الإنفاق داخل منظومة القطاع الصحي وتوجيه النسبة الأكبر من الإنفاق الصحي نحو الخدمات العلاجية أكثر من القطاع الوقائي.
  4. إشكالية تضخم نسبة الإنفاق الصحي في مصروفات الإدارة مع انخفاض كفاءة نظام الإدارة.
  5. وأخيراً إشكالية التباين الشديد وغياب العدالة في توزيع الخدمات الصحية على الفئات المختلفة في المجتمع:
- أ. أفقر 20% في المجتمع يستفيدون فقط بنسبة 19.3% من خدمات وزارة الصحة بينما أغنى 20% في المجتمع يستفيدون بنفس النسبة (19.3% أيضاً)
  - ب. أفقر 20% في المجتمع يستفيدون فقط بنسبة 17.5% من خدمات التأمين الصحي على طلاب المدارس، بينما أغنى 20% في المجتمع يستفيدون بنحو 20.5%
  - ج. أفقر 20% في المجتمع يستفيدون فقط بنسبة 14.5% من خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحي، بينما أغنى 20% في المجتمع يستفيدون بنحو 33.6%
  - د. أفقر 20% في المجتمع يستفيدون فقط بنسبة 13% من الخدمات الصحية المقدمة من وزارات وهيئات أخرى، بينما أغنى 20% في المجتمع يستفيدون بنسبة 25.3%.

وفيما يتعلق بأولويات توجيه الإنفاق العام في الموازنة عموماً، عقب الدكتور يوسف وهيب بالقول: يعتقد البعض أن مخصصات وزارة الدفاع والقوات المسلحة تحتل نصيباً ضخماً من الموازنة وهو تصور غير دقيق حيث تبلغ نسبة الإنفاق على هذا القطاع ما لا يزيد عن 7% من إجمالي الإنفاق الحكومي في الموازنة العامة، بالإضافة إلى أن هذا الإنفاق يقلص نسبياً من حجم البطالة، كما يشتمل - ضمناً - إنفاقاً على الصحة من خلال مرافق الخدمات الصحية للقوات المسلحة.

### الأرقام وفاعلية الأداء

وفي تعقيب من الدكتور محمود خيال<sup>15</sup> عبر عن انزعاجه الشديد من واقع الإنفاق الصحي في مصر والذي بلوره المتحدثون، وأكد أن الأمر مزعج للغاية حتى أنه يستدعي عقد المزيد والمزيد من الندوات وتوسيع دائرة النقاش على مستوى أوسع، مشيراً إلى أن "البلد بتضيع ولا يوجد - فيما يبدو - في السلطة الحاكمة من يهتم. وأننا نحتاج إلى العمل الدعوب والتعاون معا لوضع حلول".

<sup>15</sup> أستاذ العقاقير بكلية الطب - جامعة الأزهر.

وقد ركز خيال على عدة نقاط أساسية في إشكاليات الإنفاق الصحي جاء على رأسها التالي:

1. الحديث بالأرقام خطير جدا وينبغي قراءة دلالاته بعناية وخصوصا فيما يتعلق بالإنفاق على الدواء. وبوجه عام لابد من ربط الأرقام بالأداء الفعلي حتى لا تكون الأرقام مضللة.
2. فيما يتعلق بالعلاج الدوائي لابد من النظر ليس فقط إلى كم الإنفاق ولكن فاعلية الأداء فيما يتم إنفاقه، فهل المريض شفي عند معالجته بالدواء الذي أنفقت عليه هذه المبالغ أم أنه مات من جراء علاجات دوائية خاطئة؟ على سبيل المثال هناك 20% من مرضى الكبد في مصر تتم معالجتهم دوائيا بأدوية تضر الكبد ونجد أن أساتذة كبار في الطب هم من وصفوا لهم هذه الأدوية. وكذلك 18% من المصابين بالفشل الكلوي نتجت إصابتهم بالمرض بسبب علاجات دوائية خاطئة.
3. بالنسبة لدور نقابة الأطباء يجب ألا يقتصر دور النقابة على الدفاع عن مصالح الأطباء بل ومحاسبتهم مهنيا أيضا كجزء من الدفاع عن حق المواطنين في الصحة. "وكم من الأخطاء الخطيرة ترتكب يوميا بيد الأطباء" بسبب تدني مستواهم العلمي والمهني حتى أن العديد منهم لم يقرأ ورقة علمية واحدة منذ عشر سنوات.

### الإنفاق على الصحة والإنفاق على الخدمات الصحية

وفي مداخلة للدكتور يوسف وهيب عرض رؤيته لعدد من إشكاليات الإنفاق الصحي في مصر التي أكد فيها على النقاط التالية:

1. هناك فرق بين الإنفاق على الصحة والإنفاق على الخدمات الصحية ومن الخطأ تصور أن كل ما يصرف على الخدمات الصحية يعود في النهاية بتحسين ملموس في وضع الصحة في مصر.
2. ليس بالضرورة صحيحا أن ما يتصوره البعض كأمر بديهي من أن الإنفاق العام على الخدمات الصحية يستفيد منه الفقراء بينما الإنفاق الخاص للأغنياء في المجتمع. فواقع الأمر أن الأغنياء هم الفئة الأكثر استفادة من الخدمات التي يوجه لها الإنفاق العام وأن جانباً كبيراً من الإنفاق العام لا يذهب إلى مستحقيه من الفقراء.
3. هناك نقطة مهمة تتعلق بالإنفاق على الدواء فبينما تقول الحسابات القومية إن نحو 650 مليوناً تنفق على الدواء في مرافق وزارة الصحة، ومثلها ينفق على الدواء في هيئة التأمين الصحي، بإجمالي نحو 1300 مليون، فالمعلومات المؤكدة تشير إلى أن إجمالي الإنفاق على الدواء في مصر يصل إلى نحو 20 ملياراً. وسبب هذه الزيادة يرجعه الدكتور يوسف وهيب إلى عدم حساب ما يتم "تهريبه" أو إدخاله من الخارج من الأدوية من قبل الأفراد.
4. بالنسبة لعدد الأسرة سواء في المستشفيات الحكومية أو في القطاع الخاص الأرقام هنا دائماً ما تحمل مؤشرات غير دقيقة. فكثيراً ما نجد تقدير عدد الأسرة داخل المستشفيات الحكومية أو الخاصة مبالغاً فيه بنسبة كبيرة لأسباب متباينة. وفي النهاية غياب الدقة بشأن عدد الأسرة يؤدي إلى أخطاء واضحة بالأرقام والمؤشرات النهائية.

5. في النهاية بالنسبة لقضية الأداء وتوجيه النسبة الأكبر من الميزانية الخاصة بالصحة إلى الأجور، ليس بالضرورة أن كل زيادة في الإنفاق تؤدي إلى تحسين في الأداء. ونفس الأمر صحيح بالنسبة للأجور، فما يعمق المشكلة كما أشار الأستاذ عبد المولى من قبل هو أن النسبة الأكبر من الميزانية المخصصة للأجور يستأثر بها مجموعة من القيادات العليا داخل القطاع الصحي، بينما عموم الأطباء والعاملين في الحقل الصحي يحصلون على مستوى من أقل معدلات الأجور بين العاملين في الدولة.

## ختم

في نهاية الحوار اختتم المتحدثان الجلسة بمداخلتين جاء فيهما:

### الدكتور علاء غنام:

لقد كان حواراً مثمراً سوف نستفيد منه في المرحلة المقبلة. والواقع أن دراسات العبء المرضي هي دراسات هامة وأساسية في عمليات التخطيط الاستراتيجي للرعاية الصحية وبدونها سيكون مجهودنا كله حثا في البحر.

فتوزيع الموارد المحدودة أو ما يسمى بكفاءة استخدام الموارد المتاحة allocative efficiency ترتبط بدراسات العبء المرضي التي تعطينا فرصة لتحديد احتياجات المجتمع الحقيقية من الخدمات الصحية. ومخرجات الحالة الصحية في المجتمع بشكل عام هي مقياس علمي أساسي لتحديد ما نحتاجه بالفعل لزيادة الإنفاق الحكومي العام على الرعاية الصحية وتحديد كيفية إدارة هذا الإنفاق بكفاءة وبناء على أولويات صحيحة توافق احتياجات المجتمع.

### الأستاذ عبد الفتاح الجبالي:

إنني سعيد بكل التعليقات التي قيلت رغم اختلافي مع كثير منها وهذا لا ينفي استفادتي وتعلمي مما قيل. وأعتقد كما قال أ. حسام أن الهدف من المناقشة بالأساس كان فتح نقاط للحوار حول الموضوع. والواقع أن مناقشة الموازنة في الحكومة ليست معقدة كما قال صديقي د/ محمد نور الدين ولكنها مرتبطة فقط بأهمية الوعي بها وبمعطياتها وأخذها بالجدية اللازمة. ولذلك فمن أهم أسس عمل الموازنة الحكومية هي الشفافية، بمعنى نشرها بكافة وقائعها وبياناتها وأن نشرك المجتمع المدني بمؤسساته في مناقشتها.

والشفافية تعد من المؤشرات الدولية التي يحددها البنك الدولي في معايير تقييمه لموازنات الدول، وبالتالي مناقشة الموازنة أصبحت قضية مجتمع.

يبدو كذلك أنني لم أكن واضحاً بالقدر الكافي، لكن بالفعل الموازنة تعتبر وثيقة سياسية للدول وثمة ضرورة لتفعيل دور السلطة التشريعية في مناقشة الموازنة وتفنيد بنودها لأنها جزء أصيل مع المجتمع المدني في بناء القوى (power structure) وهو أمر مهم جداً لأجل إحداث التوازن في المجتمع كما أكد الدكتور سامر سليمان. وإن كنت أختلف مع د. سامر في

قضية تركيزه على الأطباء رغم أنهم ليسوا هم بالأساس "متلقي الخدمة" بينما المواطنون هم المتلقي الأساسي للخدمة الصحية. وكما قال د. محمد حسن خليل لا بد أن يصبح المجتمع كله مهتماً بقضيتي التعليم والصحة بشكل أو بآخر.

هنا يبرز دور المبادرة المصرية للحقوق الشخصية عندما تناقش قضية مثل الموازنة في مجال الصحة أو التعليم بشكل علمي وفني كما قال د. علاء غنام، وليس فقط بخطاب سياسي يُغيب الكثير من الحقائق الهامة.

وواقع أن الموازنة دائماً بها جانب تقديري يحتمل التفسير والاختلاف ولكن الحسابات الختامية للدولة وأيضاً البيانات النقدية الصادرة عن الجهاز المركزي للمحاسبات لا يأتيها الباطل أو ما أسماه البعض (اللعب في الأرقام) ولكن المهم دائماً هو كيف نقرأ هذه البيانات.

وفي معرض اختلافي مع د. خليل حول فهم تقسيم الموازنة: هناك تقسيم وظيفي وهناك حيازة للأصول المالية وهناك سداد القروض وهناك العجز الكلي. وحسب التقسيم الوظيفي وهو ما لا يقرأه الكثيرون: هناك تصنيف البنك الدولي المنقسم إلى عشرة تقسيمات وتحتها عدة تقسيمات أخرى فرعية وداخل هذا التقسيم الوظيفي سوف تجد تفاصيل الإنفاق. مثلاً، في مستشفى كالرمد هناك مخصصات للإنفاق على الدواء والبحث العلمي والأجور وخلافه.

ومن هنا فالاختلاف حول القضية واضح. فإذا بحثنا عن التأمين الصحي سوف نجده في تصنيف ما داخل الموازنة وهكذا. وبالنسبة لتقديرنا في مجال الشفافية لمصر فيما يتعلق بالموازنة العامة فتقديرنا تقريباً 54 من أصل 59.

هناك حقيقة أخرى اسمها وحدة الموازنة أو مبدأ وحدة الموازنة، وهو ما يعني أنه لا يجوز تخصيص مورد لنفقة ما، بمعنى أنني لا أستطيع أن أفرض ضريبة مبيعات للإنفاق على الصحة أو ضريبة عامة للإنفاق على الصحة. ولكن بداية يمكن جمع موارد الدولة في وعاء واحد يدخل الخزنة العامة ويخرج من الخزنة العامة وفقاً لترتيب أولويات الإنفاق العام التي يحددها المجتمع ومنها بطبيعة الحال الخدمة الصحية.

ولذلك كتبت مقالاً في الأهرام حول الموضوع في معرض مناقشة الدعم. وكان البعض يتحدث حول تمويل الدعم، وحذرت من خطورة النظرة الأحادية لأنها تضرب مبدأ وحدة الموازنة.

إذن هناك مبادئ أساسية للموازنة: أولاً، الشمولية وثانياً، وحدة الموازنة كما شرحت (لا يجوز تخصيص مورد لنفقة). وفي هذا السياق كان ثمة اختلاف مع بعض السادة الوزراء الذين كانوا يقولون "إننا بعنا كذا لكي نمول كذا" لأن الصحيح أن كل الموارد تدخل الخزينة العامة ثم تخرج على إنفاق عام مرتب حسب الأهمية.

ويتم صنع الموازنة العامة داخل البرلمان بتركيبته السياسية ومن خلال أدوات الضغط المختلفة لتلك القوى ومن خلال اللجان ولجنة الموازنة والخطة. والواقع أن هذا الدور لا يحدث بدقة في غياب جماعات الضغط وخاصة من مؤسسات المجتمع المدني وجماعات حقوق الإنسان. وبالتالي يتم تعديلها فقط وفقاً لاجتهادات بعض الخبراء بزيادة سنوية للإنفاق العام بمعدل 3 أو 4 مليارات وكفى المؤمنين شر القتال. وهذه النقطة تحديداً ودور المجتمع المدني في التأثير في عملية صناعة الموازنة العامة هو تحديداً ما أتيت من أجله لمائدة الحوار هذه.

وبمناسبة تعليق د. محمود خيال بالفعل هناك اتجاه لتعديل أسس عمل الموازنة من خلال موازنة البرامج وتقييم الأداء، ولكن مرت أربع سنوات على ذلك ولم نبدأ بعد في عمل موازنة أداء وبرامج. ويمكن بما هو موجود الآن تقييم فاعلية الإنفاق، بمعنى أننا "إذا أنفقنا كم جنيهاً، فسنصلح كم مستشفى، ولكن ما مدى تأثير ذلك على تحسين مخرجات الحالة الصحية". نحتاج بالطبع أن نعرف.

والواقع أن موازنة البرامج والأداء معقدة جداً وتحتاج لنظام كفاء لإدارتها وقد بدأنا في ذلك بالفعل ولكن توقفنا لأسباب ما. ولأن موازنة البرامج والأداء سوف تحقق فعالية الإنفاق وهو ما أظن أنه تحدٍّ هام ومستقبلي يمكن أن يحقق ما قلتموه في مداخلتكم.

هذه بعض القضايا الجوهرية وهناك قضية أخرى كبيرة جداً وأقصد بها قضية الأجور وهي قضية متعددة الأبعاد. أولاً هي مشكلة معقدة. أيضاً الإنفاق على الأجور مرتفع جداً وقد بلغ في السنة الحالية 76 مليار جنيه أجور من إجمالي 343 مليار جنيه وهو ما يزال رقماً ضخماً. كما أن الأجور لا تزال منخفضة رغم زيادتها في الموازنة. كذلك لدينا 6 مليون ونصف موظف حكومي، إضافة إلى أن لدينا تضخم. هي مشكلة لأبد من متابعة أبعادها والمقارنة تعتمد على الأسعار الجارية أو بالأسعار الثابتة وعلى مقياس معدل النمو والواقع أنه يجب مقارنة أسعار جارية بأسعار جارية أو أسعار ثابتة بأسعار ثابتة.

بمناسبة توزيع الإنفاق العام، وزارة الداخلية تحصل على 9 مليارات فقط حسب التقسيم الوظيفي للموازنة، في الوقت الذي يحصل فيه الدعم على 126 مليار ويتم تخصيص 35 ملياراً للتعليم.

بالنسبة للنفقات بين أقل أجر وأعلى أجر فمرجعه أموال من جهات أخرى غير الموازنة مثل الصناديق الخاصة وصرف حوافز وأرباح وكلها بقوانين وهذه هي بوابة تفاوت نسب الأجور وليست أموال الموازنة العامة. لذلك فإن أفضل ما تم أخيراً هو نظام الخزنة الموحد، وحساب الخزنة الموحد يتسم بالرقابة المالية على كل الموارد المتوقعة وتحت رقابة الجهاز المركزي للمحاسبات. لأن الجهاز المركزي نفسه لم يكن يعرف عدد الصناديق والحسابات الخاصة. وهذا النظام الجديد له ميزتان:

1. تحقيق ما يسمى بالأموال السائلة للدولة flat money
2. وثانياً وضع كل الموارد في الصناديق الخاصة في البنك المركزي مما يسمح لي بالاقتراض منها للمصاريف الجارية كالأجور مما يقلل الاقتراض ويحقق بعض المكاسب المالية للدولة.

وبالمناسبة ما قاله أستاذنا محمد حسنين هيكل عن الإنفاق العام وتم نقله على لسان آخرين في الصحافة والإعلام من حيث أن الإنفاق على الداخلية أكثر من الإنفاق على القوات المسلحة فهو غير صحيح. فالداخلية تأخذ 9 مليارات والدفاع حوالي 21 ملياراً وهذا ما كتبتة في الأهرام منذ فترة. المهم هو تدقيق المعلومة قبل نقلها وإذاعتها ومهم قراءتها وهذا ما كنت أقوله للأستاذ حسام والدكتور علاء من أن المهم بناء التحليل على معلومات صحيحة، والقدرة على التحليل، وبالطبع ليست هذه هي نهاية الحوار.