بحث بعنوان

قياس أثر الإنفاق في قطاع الخدمات الصحية علي النمو الاقتصادي في مصر

إعداد

السيد أحمد صادق إسماعيل

مدرس الاقتصاد

معهد طيبة العالي لتكنولوجيا الإدارة والمعلومات

2018

بحث بعنوان: قياس أثر الإنفاق فى قطاع الخدمات الصحية على النمو الاقتصادي في مصر

إعداد: السيد أحمد صادق

ملخص

يعتبر حصول الانسان علي خدمة صحة جيدة من أحد أهم حقوقه الطبيعية فى الحياة، فلا يستطيع الانسان أن يحيا بدون صحة جيدة. والصحة أيضا هامة من وجهة النظر الاجتماعية الانمائية، حيث أنها تحقق منافع اقتصادية كبيرة، فالصحة الجيدة والتغذية السليمة يزيدان من إنتاجية الفرد. وتكمن أهمية ذلك العنصر في كونه مدخلاً أساسياً في عمليات الإنتاج، وإذا ما كان الحديث عن رأس المال البشري وأهمية الاستثمار فيه، فالصحة تعتبر أحد أهم محددات رأس المال البشري عموماً ، فالعامل المتعلم صحيح البنية، أفضل من العامل الجاهل أو المعتل- ولكل حقه في الرعاية الاجتماعية.

وتتمثل مشكلة البحث في الاجابة عن السؤال: هل هناك أثر إيجابي للانفاق فى قطاع الخدمات الصحية علي النمو الاقتصادي في مصر؟. وتتمثل أهمية البحث في محاولة جذب انتباه الباحثين نحو أهمية الاستثمار في مجال التنمية البشرية، لكون العنصر البشري هو سبب التنمية، بيان أثر الصحة والتعليم في التنمية البشرية، وذلك من خلال ضمان سلامة الأفراد صحياً وعلمياً ، ويقوم البحث على اختبار صحة الفرضية: **هناك أثر إيجابي للانفاق في قطاع الخدمات الصحية علي النمو الاقتصادي في مصر.**

وتتمثل **أهداف** البحث، في محاولة الاجابة عن السؤال السابق لمشكلة البحث، وتحليل دور الصحة في النمو الاقتصادي في مصر، ودراسة الخطط الاقتصادية في مصر ، بهدف تقييم سياسات تنمية الموارد البشرية، المقارنة بين إهتمام كل من مصر بالصحة وبالتعليم، تفعيل جهود التنمية البشرية في مصر عن طريق زيادة الانفاق على خدمات الرعاية الصحية.

واتضح من نتائج التحليل الاحصائي **عدم صحة هذه الفرضية البحثية** لبعض المتغيرات المتعلقة بالانفاق علي الصحة، **مثل الانفاق العام علي الصحة، والانفاق الخاص علي الصحة، واجمالي الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية (عام+ خاص)**، فقد جاءت إشارة كل المعاملات سالبة، مما يعني أن هناك علاقة عكسية بين هذه المتغيرات وبين النمو الاقتصادي، **وصحة الفرضية بالنسبة لمتغيرات أخري** كإجمالي نصيب الفرد من الانفاق علي الصحة، فقد جاءت إشارة المعامل موجبة، **ويعني أن هناك** علاقة طردية بين إجمالي نصيب الفرد من الانفاق علي الصحة وبين النمو الاقتصادي.

وأوصت الدراسة بضرورة الإهتمام بالإستثمار فى رأس المال البشرى عن طريق الصحة كمطلب أساسى لتحقيق تنمية متوازنة، التركيز على عدالة توزيع الخدمات الصحية، وضرورة إمتداد مظلة التأمين في مصر لتغطي فئات كثيرة لا تستطيع تحمل نفقات الرعاية الصحية، وهم الشريحة التي تقع أسفل خط الفقر ، ضرورة زيادة الانفاق علي التعليم والبحث العلمي، وذلك لدوره الفعال في الارتقاء بقطاع الخدمات الصحية، وذلك بتخصيص نسبة لا تقل عن ٢% من ميزانيات وزارة الصحة للبحوث، وتوظيف ٥% على الأقل من أموال المساعدة الإنمائية المخصصة للقطاع الصحى فى مجال البحوث، ضرورة إنشاء قاعدة للمعلومات المختلفة.

Abstract

A person's health is one of his most important natural rights in life, and he can not live without good health. Health is also important from a social and developmental point of view, as it generates significant economic benefits. Good health and proper nutrition increase individual productivity. The importance of this element is that it is an essential input in the production processes. If it is about human capital and the importance of investing in it, health is one of the most important determinants of human capital in general. The educated worker is well structured, better than the ignorant or the average worker. Social.

The problem of research is to answer the question: Is there a positive impact of spending in the health services sector on economic growth in Egypt ?, The importance of research in trying to attract the attention of researchers to the importance of investment in human development, because the human element is the nerve of development, And education in human development, by ensuring the safety of individuals healthily and scientifically, and the research is based on the validity of the hypothesis: there is a positive impact of spending in the health services sector on the economic growth in Egypt.

The objectives of the research are to try to answer the previous question of the research problem, to analyze the role of health in economic growth in Egypt, and to study economic plans in Egypt, with a view to evaluating human resource development policies, comparing Egypt's interest in health and education, activating human development efforts in Egypt By increasing spending on health care services.

The results of the statistical analysis showed that this hypothesis is incorrect for some variables related to health expenditure, such as public expenditure on health, private expenditure on health, and total expenditure on health services (general + private). There is an inverse relationship between these variables and economic growth, and the validity of the hypothesis for other variables, such as the total per capita expenditure on health. The coefficient is positive, meaning that there is a positive relationship between total expenditure per capita on health and economic growth.

The study recommended the importance of investing in human capital through health as a basic requirement for balanced development, focusing on the equitable distribution of health services, and the need to extend the insurance umbrella in Egypt to cover many categories that can not afford health care, Increase the expenditure on education and scientific research for the effective role of upgrading the health services sector by allocating at least 2% of the budgets of the Ministry of Health to research and employing at least 5% of development assistance funds allocated to the health sector in research. Different.

١ – مقدمة:

يعتبر حصول الانسان علي خدمة صحة جيدة من أحد أهم حقوقه الطبيعية فى الحياة، فلا يستطيع الانسان أن يحيا بدون صحة جيدة. والصحة أيضا هامة من وجهة النظر الاجتماعية الانمائية، حيث أنها تحقق منافع إقتصادية كبيرة، فالصحة الجيدة والتغذية السليمة يزيدان من إنتاجية الفرد، كما أن الصحة أمر مرغوب فيه كهدف فى حد ذاته[١].

ويلعب رأس المال البشري دوراً حيوياً على المستوى الاقتصادي والإداري والاجتماعي، وتكمن أهمية ذلك العنصر من عناصر الإنتاج في كون رأس المال البشري مدخلاً أساسياً في عمليات الإنتاج كأحد عناصر الإنتاج، وإذا ما كان الحديث عن رأس المال البشري وأهمية الاستثمار فيه بمعني دراسة تكاليف الإنفاق على الصحة والتعليم، والصحة كأحد أهم محددات رأس المال البشري عموماً، فالعامل المتعلم صحيح البنية، أفضل من العامل الجاهل أو المعتل- ولكل حقه في الرعاية الاجتماعية [١].

وتعتبر التنمية البشرية محور الارتكاز الرئيسى لأى جهود تنمية، ولهذا تعتبر تنمية العنصر البشرى هى تنمية حقيقية للاقتصاد القومى لكون الإنسان هو غاية التنمية، وهو الوسيلة، ولذلك لابد من الاهتمام بتنمية قدراته، ومهاراته الإنتاجية، وثقافته[٣].

والاستثمار في الصحة والتعليم أمراً أجدر بالاهتمام، بالاضافة إلى أن منافع الصحة الجيدة تمتد إلى المستقبل، فصحة الأم الجيدة تؤثر بصورة قوية على التطور البدني والعقلى المبكر لأبنائها[٤].

وهناك نظريات ونماذج اقتصادية حديثة عن التنمية بصفة عامة والنمو الاقتصادي بصفة خاصة، قائمة على أساس الأثر الكبير لرأس المال البشري في بنائها واستدامتها كماً ونوعاً وخاصة فيما يتعلق بالصحة والتعليم، وذلك لأن العنصر البشري محدد جوهري من محددات الإنتاج[٥]:

٢ – مشكلة البحث:

يسعى البحث إلي رفع معدلات التنمية الاقتصادية، وذلك من خلال زيادة الإهتمام بالعنصر البشري، لأنه الركيزة الأساسية لعملية التنمية، ويتم ذلك من خلال رفع المستوي الصحي والتعليمي له.

وعلي ذلك تتمثل مشكلة البحث في محاولة الاجابة عن السؤال التالي:

هل هناك أثر إيجابي للانفاق في قطاع الخدمات الصحية علي النمو الاقتصادي في مصر؟.

٣ – أهمية البحث: تتمثل أهمية البحث في النقاط الأتية:

أ- استكمال القصور في الدراسات السابقة المتعلقة بعلاقة الصحة بالنمو الإقتصادي، فرغم الأهمية المتزايدة للاستثمار في الخدمات الصحية والتعليم والدور الذي يلعباه في التنمية البشرية والنمو الاقتصادي إلا أنه لا يوجد سوى عدد محدود من الدراسات في هذا المجال.

ب- محاولة جذب انتباه الباحثين وتوجيه الاهتمام نحو أهمية الاستثمار في مجال التنمية البشرية، خاصة في مجال الصحة والتعليم، لكون العنصر البشري هو عصب التنمية الاقتصادية.

---

(١) حامد عمار، التنمية البشرية فى الوطن العربى، ٢٠٠٤، ص ١٢٥.

(2) Roger, S. and Nawaz, S.,(2007)." Understanding and Acquiring Technology Assets for Global Competition", Technovation, Vol.27,Iss.11,Nov,p.p.643-649.

(٣) إسماعيل صبرى عبد الله، التنمية البشرية، المفهوم، القياس، الدلالة. كراسات بحوث اقتصادية عربية، الجمعية العربية للبحث الاقتصادى اغسطس ٢٠٠٣، ص ص ٨ – ١٠.

(4) World Bank, "World Development Report", New York: Oxford University Press, 2001, P. 16.

(٥) سعيد بن حمد الربيعي، التعليم العالي في عصر المعرفة، (عمان: دار الشروق ، ٢٠٠٨)ص ١٦٩.

ج- بيان أثر الصحة والتعليم في التنمية البشرية خاصة وفي النمو الاقتصادي عامة، وذلك من خلال ضمان سلامة الأفراد صحياًوعلمياً ، ومن ثم رفع إنتاجية الفرد وحسن استغلال العنصر البشري.

د- يعتبر قطاع الخدمات عامة وقطاع الصحة خاصة أحد القطاعات الاقتصادية الهامة التى تساهم في دفع النمو الاقتصادي. فكلما زادت معدلات النمو الاقتصادي زاد متوسط دخل الفرد ومن ثم يزيد طلب الأفراد على الخدمات بوجه عام، والخدمات الصحية والتعليمية بوجه خاص.

٤- فروض البحث: يقوم البحث علي الفرضية الرئيسية التالية:

هناك أثر إيجابي للانفاق في قطاع الخدمات الصحية علي النمو الاقتصادي في مصر

٥- أهداف البحث: تتمثل أهداف البحث، في الأتي:

أ- محاولة الاجابة عن السؤال السابق لمشكلة البحث.

ب- تحليل دور الصحة في النمو الاقتصادي في مصر.

ج- دراسة الخطط الاقتصادية فى مصر ، بهدف تقييم سياسات تنمية الموارد البشرية.

د- المقارنة بين إهتمام كل من مصر بالصحة وبالتعليم.

هـ- تفعيل جهود التنمية البشرية في مصر عن طريق زيادة الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية.

٦- منهج البحث: ارتكز منهج البحث فى هذا البحث على جانبين، هما:

الأول : الجانب النظري:

يعتمد على منهج البحث العلمى الاستقرائى والاستنباطى معاً فى جانبي البحث النظرى، وكذلك تم الاعتماد على البيانات الصادرة من الجهات المختصة، وذلك لاستنباط مجموعة من الدروس المستفادة ومحاولة تطبيق ذلك علي مصر لرفع كفاءة العنصر البشري من خلال الإهتمام بالصحة.

الثانى: الجانب التطبيقى:

استخدم الباحث الأسلوب القياسي لتقدير العلاقة بين الانفاق علي الخدمات الصحية وبين النمو الاقتصادي، وذلك من خلال معرفة مكونات الخدمات الصحية (مدخلاتهما ومخرجاتهما) ودورهما فى دعم التنمية الاقتصادية بوجه عام والتنمية البشرية بوجه خاص.

كما استخدم الباحث الأسلوب التحليلي لتحليل البيانات، واستخدم الأساليب الكمية لقياس العلاقة بين المتغيرات الخاضعة للدراسة، حيث تم استخدام نموذج الانحدار المتعدد لتقدير المعلمات، وبيان أثر الصحة علي النمو الاقتصادي، والذي تم صياغته في الصورة التالية:

$$Y = a_0 + a_1X_1 + a_2 X_2 + \ldots\ldots\ldots\ldots + a_{14} X_{14}$$

٧- خطة البحث: تم تناول هذا البحث من خلال المحاور الخمسة التالية:

المحور الأول: الصحة والتنمية البشرية ومؤشراتها في مصر.

المحور الثاني: مصادر تمويل الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية في مصر.

المحور الثالث: الاستثمار علي خدمات الرعاية الصحية في مصر.

المحور الرابع: تحليل الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية في مصر.

المحور الخامس: قياس أثر الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية في النمو الإقتصادي في مصر.

المحور الأول

الصحة والتنمية البشرية ومؤشراتها في مصر

يعتبر " آدم سميث ١٧٧٦"، أول من أكد أن العامل المتعلم هو الأفضل في التعامل مع الآلة، فكلما زادت مهارة العامل وتدريبه كلما زادت إنتاجيته وزادت فرص حصوله على فرصة عمل ملائمة، وكلما قلت مهارته كلما أدى ذلك إلى سرعة خروجه من سوق العمل، خاصة بسبب زيادة معدلات التقدم التقني التي تؤدي إلى زيادة معدلات التقادم[١].

وسيتم تناول هذا المحور من خلال النقطتين التاليتين:

- علاقة الصحة بالتنمية البشرية.
- واقع مؤشرات التنمية البشرية لقطاع الصحة في مصر.

١- علاقة الصحة بالتنمية البشرية:

أشارت دراسة البنك الدولي في عام ١٩٩٣عن معجزة دول شرق أسيا إلى أن الشئ الوحيد الذى ميز هذه البلدان – التى حققت معدلات نمو عالية جدا – عن غيرها من البلدان النامية الأخرى كان هو التراكم الهائل لرأس المال البشرى والمادى، والقدرة العالية على توجه هذه القدرات البشرية والمادية إلى الاستثمارات عالية الانتاجية[٢].

١-١- مفهوم التنمية البشرية:

تعددت مفاهيم التنمية البشرية، ومنها: بأنها توسيع الخيارات المتاحة لكافة البشر فى المجتمع، وهذا يعنى أنها تركز على الرجال والنساء وبخاصة الفقراء والفئات الضعيفة، كما أنها تعنى حماية فرص الحياة للأجيال المقبلة والنظرة الطبيعية التى تعتمد عليها الحياة[٣].

١-٢: دور الصحة فى النمو الاقتصادى:

يؤدى تحسن مستوى التغذية والمسكن والتحكم فى الأمراض المعدية إلى الارتقاء بنوعية الحياة، وعندما نجحت هذه التحسينات فى الحد من المرض فإنها زادت من طاقة الناس على التعلم وقدرتهم على مواجهة الحياة والاستمتاع بها، وجعلت من الاستثمار فى المعرفة والمهارة أمراً مهماً.

وتساهم الصحة الجيدة تساهم فى النمو الاقتصادى بأربعة طرق، وهى[٤]:

أ- تقلل الخسائر الناتجة عن تعرض العمال للاصابة بالمرض حيث أن برامج الصحة العامة تساهم فى عملية التنمية بمدها باحتياجاتها من الأيدى العاملة كما ونوعا، كما أن الاهتمام بالصحة سيؤدى إلى تحسن إنتاجية الأيدى العاملة من خلال تأثيرها على رأس المال البشرى.

ب- الاهتمام بصحة الأطفال، حيث يؤدى إلى انخفاض معدل الوفيات بين الأطفال الرضع الأمر الذى يؤدى إلى إمكانية وصول الأطفال لعمر الانتاج، وتوفر أيضا الحياة الأكثر إمتداداً للفرد وحافزا له للحصول على مزيد من التعليم، باعتبارها استثمارا بغرض تحقيق مكاسب للمستقبل.

ج- الاهتمام بالصحة يسمح باستخدام الموارد الطبيعية التى كان الوصول إليها متعذرا تماماً بسبب المرض، خاصة فى الدول النامية التى تكون موبوءة بالأمراض.

---

(١) طه عبد الله منصور، عبد العظيم مصطفى، إقتصاديات التنمية، (الرياض: دار المريخ،١٩٩٥)، ص٢٦٢.

(٢) World Bank, 'The East Asian Miracle, New York', Oxford Universily Press, 1993, p.p. 8 -12.

(٣) انظر في ذلك: - برنامج الأمم المتحدة الأنمائي، إدارة الحكم لخدمة التنمية البشرية المستدامة، ١٩٩٧، ص ٦٥.
أشرف السيد العربى، التنمية البشرية فى مصر، دراسة واتعكاسات الوضع الحالى ولمكانية تطويره مع التركيز على التعليم، رسالة ماجستير،(جامعة القاهرة: كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، ٢٠٠٥)، ص ٥.

(٤) World Bank, 'World Development Report', New York: Oxford Universily Press, 2001, P. 16.

د- تحويل الموارد التى كانت من المقرر أن تنفق على علاج الأمراض إلى الانتفاع بها فى استخدامات بديلة، حيث أن الاهتمام بالصحة الوقائية أفضل كثيرا من الاهتمام بالصحة العلاجية.

ومن أكثر المنتفعين بالاهتمام بالصحة والتغذية هم الفقراء لأنهم يعتمدون على صحتهم كمصدر لكسب قوتهم، وعندما يفقد فرد من أسر الفقراء صحته، فإن الأفراد الآخرين فى أسرة المريض يعملون عملا أشق وأطول فى سبيل تعويض الخسارة فى الدخل الناتجة عن تعطل الفرد المصاب بالمرض، ويظهر ذلك بصورة أوضح فى الدول النامية التى لا يوجد بها تأمين ضد العجز أو البطالة[1].

وهناك أدلة توضح أن معظم الدول التى حققت تقدما كبيرا فى مجالات مختلفة، قد اعتمدت على الاستثمار البشرى لدفع عجلة التنمية بها، فدولة كاليابان استطاعت أن تحقق التقدم الاقتصادى فى سنوات قليلة من هزيمتها فى الحرب العالمية الثانية معتمدة على الاستثمار البشرى، خاصة وأن اليابان لا تمتلك أى موارد أخرى غير مواردها البشرية[2].

وأدي الإدراك بأهمية الاستثمار فى رأس المال البشرى ولاسيما في التعليم بالنسبة للنمو الاقتصادى ورخاء الأسر فى كافة جوانبه المعيشية إلي زيادة عالمية لم يسبق لها مثيل فى الالتحاق بالمدارس فى العقود الأخيرة[3].

١-٣: أثر التنمية البشرية علي التنمية الاقتصادية:

ل الأفراد الأصحاء المتعلمين جيداً يجعلون الاقتصاد أكثر إنتاجا، ولكن هذا ليس معناه أن الهدف الوحيد للاستثمارات فى الصحة والتعليم هو تحسين الانتاجية، وأنه لا ينبغى توظيف استثمارات لا تؤدى إلى تحسين الانتاجية، فلا يستطيع أحد أن يقترح عدم الاستثمار فى الصحة والتعليم، حتى إذا أثبتت التحليلات الاقتصادية أن هذا الاستثمار له عائد اقتصادى ضعيف [4].

والعلاقة بين الأفراد هامة للنمو الاقتصادى، فعندما يعيش الأفراد معا لفترة طويلة يكتسبون عادات واحدة، تثرى طريقة حياتهم وعملهم وتجعلهم يمتلكون رأس مال اجتماعى وهذا يكمل رأس المال المادى والبشرى، مما يتيح استخدامهما وإدارتهما بمزيد من الكفاءة، حيث أن إيجاد مناخ من الثقة والتعاون يقلل من تكاليف المعاملات التجارية ويهيئ بيئة يمكن أن ينمو فيها الاستثمار والادخار والعمالة[5].

كما أن رأس المال الاجتماعى له تأثير أوسع نطاقا، إذ يؤثر فى عملية الحكم بأكملها. فعندما تكون المؤسسات المحلية والوطنية راسخة الجذور فى عادات وقيم مشتركة، فإنها تدار بطريق واضحة وذات شفافية، مما يقلل من فرص عدم الكفاءة والفساد[6].

١-٤- أثر النمو الاقتصادي علي التنمية البشرية:

يعتبر النمو الاقتصادى الجيد هو الذى يعزز التنمية البشرية، حيث أن الكثير من البلدان استطاعت تحقيق نموا اقتصاديا عالياً، ولكنه لم يوجه إلى التنمية البشرية، وتتوقف العلاقة بين النمو الاقتصادى وحدوث زيادة فى مستوى التنمية البشرية على عدة عوامل، من أهمها[7]:

---

(1) هبة أحمد نصار، اثر سياسات التحرير الاقتصادى على الصحة فى مصر، بحث مقدم فى مؤتمر تحرير الاقتصاد المصرى، القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاقتصادية والمالية، ١١ - ١٣ مايو ٢٠٠٦، ص ص ١١ - ١٤.

(2) اسماعيل صبرى عبد الله، قضايا اساسية فى السياسة الاقتصادية،(القاهرة: مكتب الشرق الأوسط، منتدى العالم الثالث، ٢٠٠٥)، ص ١٥

(3) Robert j. Barro, "Determinants of Economic Growth: A Cross- Country Empirical Study , (Cambridge, Massachusetts), (2005). P.P. 88 - 90.

(4) حمدى الحناوى، رأس المال البشرى، (الاسكندرية: مطبوعات بيت الخبرة الوطنى، ٢٠٠٣)، ص ص ١١ - ١٤.

(5) منير بشور، التنمية البشرية والقيم الاجتماعية والثقافية، (القاهرة، الجمعية العربية للبحوث الاقتصادية، ٢٠٠٤)، ص ص ٥ - ٧.

(6) المرجع السابق، ص ٩.

(7) UNDP, Human Development Report 2006, Op. cit., p.p. 70 73.

أ- العدالة فى توزيع الدخل:

فكلما كانت هناك عدالة فى توزيع الموارد إنعكس ذلك على تحسين مستوى المعيشة المجتمع.

ب- الإنفاق الاجتماعى:

ذلك بتوجيه نسبة عالية من الإنفاق العام إلى الانفاق الاجتماعى (علي التعليم والصحة)..

ج فرص العمل:

يجب أن يتحول النمو الاقتصادى إلى زيادة فرص العمل داخل المجتمع، لرفع مستوى التنمية البشرية.

ويتضح مما سبق أن العلاقة بين التنمية البشرية والنمو الاقتصادى علاقة متشابكة ويجب أن يتحركا معا بوجه عام، نظرا لأن غياب أحدهما يعوق الأخر والعلاقة غير المتوازنة هى نتاج التنمية البشرية السريعة فى ظل ضآلة النمو، أو نتاج النمو السريع مع بطء التنمية البشرية.

٢- واقع مؤشرات التنمية البشرية لقطاع الصحة في مصر:

كان ترتيب مصر فى عام ٢٠٠٤ رقم ١٢٠ ورقم ١١٩ عام ٢٠٠٥ ورقم ١١٠ في عام ٢٠١٠ لتتقدم ١٩ نقطة فى مؤشر التنمية البشرية وتكون من الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة[١].

ويوضح الجدول التالي أن هذا المؤشر قد عرف تحسناً ضئيلاً على مدى عشرة أعوام:

جدول (٢): مؤشر التنمية البشرية في مصر خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٠)

السنة	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠٠٩	٢٠١٠
مؤشر التنمية البشرية	٠.٥٦٦	٠.٥٨٧	٠.٦١٤	٠.٦٢٠

وتوضح تلك البيانات أن مؤشر التنمية البشرية قد حدث فيه تحسن على مدى عشرة أعوام، وأن مصر تحتاج إلى تحسين ترتيبها على خريطة التنمية البشرية التى تضم ١٧٧دولة.

كما يوضح الجدول التالى أن ترتيب مصر فى تقرير التنمية البشرية في عام ٢٠٠٤ كان ١٢٠رغم التحسن المحقق فى السنوات التالية، حيث وضح تقرير ٢٠٠٧ أن مصر إحتلت المرتبة ١١٢ بعد أن كانت ١١١ فى العام ٢٠٠٦، ولكن حدث تراجع حتى وصلت إلى الترتيب ١٢٣ في عام ٢٠٠٩، ويعكس هذا الوضع إخفاق الإنفاق الحكومى فى تحقيق أهداف التنمية وخاصة في الخدمات الصحية.

وتعتبر تقارير التنمية البشرية التى يصدرها البرنامج الإنمائى للأمم المتحدة UNDP من أهم الآليات لتقييم كل دولة من دول العالم[٢].

ويوضح الجدول التالي ترتيب مصر حسب المؤشر العالمي خلال الفترة(٢٠٠٤-٢٠٠٩):

جدول(٣): ترتيب مصر بحسب المؤشر العالمى خلال الفترة (٢٠٠٤-٢٠٠٩)

السنة	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨	٢٠٠٩
الترتيب	١٢٠	١١٩	١١١	١١٢	١١٢	١٢٣

المصدر: علاء حامد، مذكرة التنمية البشرية بالشرق الأوسط، تحسين صحة الفقراء فى مصر ٢٠١٠، ص٤٤.

٢-٣- بعض المؤشرات الصحية في بمصرHealth Related Indicator:

وهى مقاييس تستخدم فى أى مجمع لتحديد مستوى تغذية أفراد المجتمع والأمراض المنتشرة به وتوقع الحياة عند الميلاد ونسب الوفيات بين الكبار والصغار والملامح الأساسية للحالة الصحية[٣].

---

(١) المرجع السابق، ص ٣٣.

(٢) تقرر التنمية البشرية للعام ٢٠١٠ / ٢٠١١.

(٣) عزة عبد العزيز سليمان، دراسة تحليلية لمستوى الخدمات الصحية فى محافظات جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٦، ص ٤.

وتتحدد هذه المؤشرات ومنها علي سبيل المثال، كما يبينها الجدول التالي:

جدول (٤): بعض المؤشرات الصحية في مصر خلال الفترة من (١٩٩٥-٢٠١٦)

سنة	العمر المتوقع	معدل الخصوبة	معدل وفيات المواليد لكل ١٠٠٠ مولود حي	عدد الأطباء لكل (١٠٠٠) من السكان	عدد الممرضات لكل (١٠٠٠) من السكان	عدد الأسرة لكل (١٠٠٠) من السكان	معدل انتشار سوء التغذية بين الاطفال دون الخامسة (%)
١٩٩٥	٦٧.٢	٣.٦	٢٧.١	٢.٠٢	٣	٢.١	١٠.٣
١٩٩٦	٦٧.٧	٣.٥	٢٦	١.٦		٢.١	١٠.٢
١٩٩٧	٦٨	٣.٤	٢٥	١.٨		٢	٩.٤
١٩٩٨	٦٨.٣	٣.٤	٢٤.١	٢		٢	
١٩٩٩	٦٨.٦	٣.٣	٢٣.٢	٢.١١		٢.١	٤.٣
٢٠٠٠	٦٨.٨	٣.٢	٢٢.٤	٢.١		٢	
٢٠٠١	٦٩	٣.٢	٢١.٦	٢.١		٢.١	
٢٠٠٢	٦٩.١	٣.١	٢٠.٩	٢.١	٣.٣	٢.٢	٨.٧
٢٠٠٣	٦٩.٣	٣.١	٢٠.٢	٢.٢		٢	
٢٠٠٤	٦٩.٤	٣.١	١٩.٥	٢.٤٣	٣.٣٥	٢.٢	٥.٤
٢٠٠٥	٦٩.٦	٣	١٨.٩	٢.٥		٢.١	
٢٠٠٦	٦٩.٨	٣	١٨.٣	٢.٦		٢.١	
٢٠٠٧	٧٠	٣	١٧.٧	٢.٧		١.٩	٦.٨
٢٠٠٨	٧٠.٢	٢.٩	١٧.١	٢.٧٥	٣.٥٢	١.٧	
٢٠٠٩	٧٠.٥	٢.٩	١٦.٤	٢.٨	٣.٥٢	١.٧	
٢٠١٠	٧٠.٦	٢.٨	١٥.٨	٢.٨٢	٣.٥٢	١.٧	
٢٠١١	٧٠.٧	٢.٧	١٥.٢			١.٥	
٢٠١٢	٧٠.٨	٢.٧	١٤.٧			٠.٥	٦.٩
٢٠١٣	٧٠.٩	٢.٧	١٤.١			٠.٥	
٢٠١٤	٧١.١	٢.٨	١٣.٦	٠.٨١٤	١.٤	٠.٤	٧
٢٠١٥	٧١.٣	٢.٦	١٣.٢	٠.٨	١.٣	٠.٤	٧.٢
٢٠١٦	٧١.٤	٢.٦	١٢.٨	٠.٨	١.٣	٠.٤	٧.٣

المصدر: احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة.

ويتضح من تحليل بيانات الجدول السابق، ما يلي:

أ- **مؤشر العمر المتوقع:** ارتفع من ٦٧.٢ سنة في عام ١٩٩٢ الي ٧١.٤ سنة في عام ٢٠١٦، مما يؤكد علي تحسن الوضع الصحي في مصر.

ب- **مؤشر معدل الخصوبة:** انخفض هذا المؤشر من ٣.٦ طفل عام ١٩٩٥ إلي ٢.٦ طفل في عام ٢٠١٦، ويؤكد ذلك علي تنامي الوعي الصحي والثقافي ومدي التزام المرأة بوسائل تنظيم الأسرة.

ج- **مؤشر معدل وفيات المواليد لكل (١٠٠٠) مولود حي:** انخفض المؤشر من ٢٧.١ في عام ١٩٩٥إلي ١٢.٨ في عام ٢٠١٦، ويؤكد ذلك علي مقدار تحسن مستوي الخدمات الصحية.

د- **مؤشر عدد الأطباء لكل (١٠٠٠) من السكان:** تراجع من ٢.٠٢ في عام ١٩٩٥ الي ٠.٨ في عام ٢٠١٦، ويؤكد ذلك علي مقدار التدهور في مستوي الخدمات الصحية بالنسبة لهذا المعيار.

هـ- **مؤشر عدد الممرضات لكل (١٠٠٠) من السكان:** تراجع هذا المؤشر من ٣ في عام ١٩٩٥ الي ١.٣ في عام ٢٠١٦، ويؤكد ذلك علي تدهور مستوي الخدمات الصحية بالنسبة لهذا المعيار.

و- **مؤشر عدد أسرة المستشفيات لكل (١٠٠٠) من السكان:** انخفض هذا المؤشر من ٢.١ في عام ١٩٩٥ الي ٠.٤ في عام ٢٠١٦، وقد يرجع ذلك الي ارتفاع عد السكان في مصر.

ز- **مؤشر معدل انتشار سوء التغذية بين الاطفال دون الخامسة (%):** انخفض هذا المؤشر من ١٠.٣ في عام ١٩٩٥ الي ٧.٣ في عام ٢٠١٦، مما يؤكد علي تحسن الوضع الصحي والاقتصادي في مصر خلال هذه الفترة.

المحور الثاني
مصادر تمويل الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية فى مصر

تعتبر مصر من الدول ذات الدخل المتوسط، وهي ذات تاريخ في تقديم خدمات الرعاية الصحية، حيث تم إضفاء الطابع المؤسسى على خدمات الرعاية الصحية بإنشاء وزارة الصحة في عام ١٩٢٠، حيث بدأت في تطوير الخدمات الصحية بإنشاء المستشفيات المركزية والريفية فى عام ١٩٣٦(١).

وسجلت الحالة الصحية إختلافا واضحا بين الدول حيث كان العمر المتوقع للسكان فى مصر أقل مقارنة بالدول ذات الدخل المماثل، وبالمقارنة مع المناطق الإقليمية المأخوذة كأساس للمقارنة(٢).

وتعاني مصر من ضعف مستوي الخدمات الصحية، وذلك بالرغم من أن مصر من الدول النامية ذات الدخل المتوسط، فهناك دول أخرى نامية متوسطة الدخل ولكن مستوي جودة الخدمات الصحية بها افضل حالاً من مصر كالأردن علي سبيل المثال(٣).

وعليه سيتم تناول هذا المحور من خلال النقاط التالية:

١ - خدمات الرعاية الصحية فى مصر:

بدأت في مصر المشروع التجريبى لإصلاح القطاع الصحى في عام ٢٠٠٣، ٢٠٠٤ والذى قدم فى تقرير ٢٠٠٤ تحت عنوان إستعراض تمويل إصلاح القطاع الصحى فى مصر، Egypt's Health Sector Reform And Financing Rove، ويهدف هذا المشروع إلي جعل مصر مركزاً عالميا للرعاية الصحية(٤).

وسيؤدي هذا المشروع إلي إنعاش الصناعات المغذية والخدمات المرتبطة به، بجانب إنعاش صناعة الأدوية وتوطين صناعة الأجهزة الطبية، ومما يستلزم عمل تطوير كمى وكيفى لهذا القطاع، فمع التوسع الكمى لابد من تحقيق مستويات للجودة تتفق مع المعايير المطلوبة فى هذا القطاع، وعلي أن تراعى مصر آليات مطلوبة لإحداث هذا التطوير، وهى(٥):

أ- تطبيق نظام الجودة الشاملة وتعطى الحكومة فترة سنتين لجميع المستشفيات والمراكز الطبية للحصول على شهادة الجودة الشاملة.

ب- تشجيع النقابات وشركات التأمين لعمل مظلات للتأمين الصحى الجماعى للعاملين وأسرهم.

ج- إنشاء الأكاديمية العربية للعلوم الطبية التى تتولى نشر الدوريات العلمية المحكمة وتقوم بنشرها عن طريق الانترنت(٦).

د- عمل الشبكة الموحدة لربط المشتشفيات والحودات الصحية والمراكز البحثية عن طريق الإنترنت وضمان وصولها للأماكن البعيدة.

هـ- تسجيل جميع العمليات بالفيديو والتى ستجرى فى المستشفيات التعليمية ويوضع نموذج منها لدى مكتبات الجامعات، حتى يمكن للجيل الجديد من الأطباء الإستفادة من خبرات الأساتذة.

---

(1) Health care system in Transition,Turkey,savas,karahan ve saka-2002,p.p.20, 21

(2) Hertzw,Herbert JR,London J.sociland eneironmentd factors and lige expectancy, in lantmortality, and maternal mortality vates:result of across National compoarsion.cci Med l994, p. 119.

(3) World Bank . World Development Indicators dalbase,washigton,Dc:W.B.2002.

(4) sowrce : www.cairo21.org.eg.healthCare-htm

(٥) استراتيجية تطوير ادارة الرعاية الصحية، ادارة الرعاية ال صحية، التقرير النهائى، شركة هانز - أون للإستشارات الادارية مصر، من ص ١٦- ٤٤.

(6) www.Cairo21.org-eg.Health care-htm.

و- تشجيع الاستثمار المحلى والعربى فى المستشفيات الخاصة والمراكز الطبية السياحية، كما توسعت مصر فى تصنيع الأدوية التى لا تحتاج إلى ترخيص من الشركات العالمية التى إنتهت فترة حمايتها القانونية على أن تنتج طبقا للمواصفات العالمية لتوفير الدواء وبأقل الأسعار والتوسع فى تصديره لأفريقيا والدول النامية[٥].

٢- مصادر تمويل الانفاق علي أنظمة خدمات الرعاية الصحية في العالم:

يبين الجدول التالي المصادر الرئيسية لإجمالى النفقات الصحية:

جدول (٥): المصادر الرئيسية لإجمالى النفقات الصحية فى عامي (٢٠٠٠، ٢٠١١) %

	الضرائب		الضمان الاجتماعى		مصادر خارجية		التأمين الخاص		نفقة الجيب الخاص		أخرى	
	٢٠٠٠	٢٠١١	٢٠٠٠	٢٠١١	٢٠٠٠	٢٠١١	٢٠٠٠	٢٠١١	٢٠٠٠	٢٠١١	٢٠٠٠	٢٠١١
دول منظمة المؤتمرالإسلامى	٢٦.١	١٥.٢	١١.٤	١١.٣	١.٩	١.٩	٣.٤	٣	٩٣.٥	٣٩.٥	١٧.٧	٣٢.١
دول نامية اخرى	٢٧.١	٢٦.٥	٢٠.٢	٢٢	٠.٨	٠.٨	٨	٨.٦	٢٢.٤	٣٧.١	٩.٥	٠.٠
الدول المتقدمة	٢٥.٥	٤٠.٥	٢٨.٨	٢٨.٩	٠.٠	٠.٠	٢٠.٢	١٥.١	١٥.٢	١٥.٢	١٠.٢	٠.٨
العالم	٠.٠	٣٥.٥	٢٦.٤	٢٦.٤	٠.١	٠.٣	١٢.٩	١٢.٧	١٨.٤	٢١.٤	٩.٦	٣.٤

Source: table A.2% In the statistical APP index

كما هو مبين بالجدول السابق: فقد ساهم التأمين الصحى الخاص بنحو ١٢.٧% من مجموع النفقات الصحية فى العالم عام ٢٠١١، وبشكل عام تستخدم خطط التأمين الصحى الخاص فى البلدان المتقدمة والبلدان النامية على حد سواء.

ومع ذلك هناك إختلافات فى الثروة والتنمية المؤسسية فى كلا المجموعتين، ووفقاً لأحدث التقديرات فإن التأمين الصحى الخاص أكثر إنتشاراً فى البلدان المتقدمة عنه فى البلدان النامية، حيث ساهم التأمين الصحى الخاص بحوالى ١٥.١% من إجمالى النفقات الصحية فى البلدان المتقدمة مقارنة بنحو ٨.٦% فقط فى البلدان النامية، نحو ٣% فى دول منظمة المؤتمر الإسلامى في عام ٢٠١١.

ولنفقات الجيب الخاص التي يدفعها الناس مباشرة آثار مالية ضارة، خاصة على أصحاب الدخول المنخفضة والأسر الفقيرة، كما ورد في تقارير منظمة الصحة العالمية أن نفقات الجيب الخاص تقود نحو ١٠٠مليون شخص تحت خط الفقر وتسبب مشاكل مالية خطيرة لأكثر من ١٥٠ مليون شخص آخر فى جميع أنحاء العالم، وبالرغم من ذلك فهو الإسلوب الأكثر شيوعاً على الصعيد العالمى خاصة فى البلدان النامية والتى تعتمد بشكل كبير على النفقات الخاصة حتى عام ٢٠١١، حتى أنها وصلت إلى ٣٧.٤% من إجمالى النفقات الصحية مقابل ١٥.٢ % فقط فى الدول المتقدمة.

ولا يختلف الحال كثيراً بالنسبة للدول الأعضاء فى منظمة المؤتمر الإسلامى؛ حيث تشكل نسبة الانفاق الصحى من الجيب الخاص ٣٩.٥% من إجمالى النفقات الصحية في عام ٢٠١١.

وبعد العرض السابق للإنفاق العام والخاص على الصحة تأكد أن الإنفاق العام لدى بلدان المنظمة – والتى تتضمن مصر كدولة من الأعضاء – يقل بكثير عن متوسطه لدى المجموعات الأخرى.

ملحوظة :أما البيانات الخاصة بالدول الصناعية فهى لم تكن متوفرة.

---

(٥) استراتيجية تطوير إدارة الرعاية الصحية ،التقرير النهائى، مرجع سابق، ص ٥٧.

٣ – مصادر تمويل الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية فى مصر:

تتصف مصر بأن لديها نظام تعددى لتمويل الرعاية الصحية يتمثل فى أربعة مصادر تمويلية، هى القطاع الحكومى والقطاع العام والذى يتألف من منظمات مستقلة مالياً مملوكة للحكومة وأكبرها منظمة التأمين الصحى، ومنظمات الرعاية العلاجية مثل شركات التأمين الخاصة والنقابات والمنظمات المهنية والمنظمات غير الهادفة للربح، والأسر (النفقات الخاصة)[١].

وإذا ما تم تتبع الإنفاق على الصحة يلاحظ أنه فى عام ١٩٩٥ بلغ مجموع النفقات الصحية ٧,٥ مليار جنيه أى ٣,٧% من الناتج المحلى الإجمالى أى ما يعادل ٣٧ دولار للفرد[٢].

ويبين الجدول التالي مصادر تمويل الانفاق علي الرعاية الصحية في مصر:

جدول (٦): مصادر تمويل الانفاق على الرعاية الصحية في مصر في عام ٢٠٠٦

البيان	أصحاب الأعمال الخاصة	الانفاق الخاص	جهات مانحة	من الضرائب	الشركات العامة	الإجمالى
%	٦	٥٦	٣	٣٠	٥	١٠٠

Source :NHA,2006.

ويتضح من الجدول السابق: أن أرباب الأعمال الخاصة يدفعون نسبة ٦% مضافاً إليهم مساهمات الشركات الخاصة وشركات التأمين الخاصة والنقابات أما الإنفاق الخاص من الأسر فيمثل ٥٦%، وتمثل مساهمات الجهات المانحة ٣% من تمويل النفقات الصحية، وتساعد إيرادات الضرائب فى مساهمات وزارة المالية بنسبة ٣٠% لتمويل نفقات الرعاية الصحية.

كما يلاحظ أن أكثر من ٩٠% من نفقات الأسر تتألف من النفقات الشخصية المباشرة لمقدمى الخدمات الصحية والصيدليات[٣].

وتوجد في مصر ثلاث قنوات تمويل رئيسية، هي (وزارة المالية من خلال ميزانية وزارة الصحة، من التأمينات الاجتماعية، من نفقات الأسر الخاصة إلى الجهات الخاصة والصيدليات).

جدول (٧): قنوات تمويل نفقات الرعاية الصحية في مصر في عام ٢٠٠٦

صناديق وزارة المالية		القطاع الخاص	
البيان	%	البيان	%
مرافق وزارة الصحة	١٩	شراء أدوية	٧٣
التعليم والمستشفيات الجامعية	٤٠	رعاية اسعافية	١٧
رعاية المرضى	٤١	رعاية المرضى بالمستشفيات	١٠
المجموع	١٠٠	المجموع	١٠٠

Source :NHA,2006.

ويتضح من الجدول السابق: أن الأموال المنفقة من خلال صناديق وزارة المالية كانت موزعة، كما يلي: ١٩% على مرافق وزارة الصحة، ونسبة ٤٠% على التعليم والمستشفيات الجامعية، ونسبة ٤١% علي رعاية المرضي.

---

(١) RalehN.Private health Insurance in Egypt. in schieber Gj.ed in novation in health care fimancing'. Washinglorn,DC:world bank Discussion on paper No3, 1997,p.p.115- 125

(٢) Ramon-Elya RP,Berman P,Eli iganiEE,de Silva I,Somanathen A,sumathiratneV,'Expendatures for reproductive health andfamily planning services in Egypt and srilanka',woshington,DC:The policy project.

(3) RafhN.Private health insurance in Egypt,inschiebnes Gj.ed,' Inovation In health care financing', washiagton,DC:World Bank Discussion on paper No3,1997,pp.115- 125.

وأما نفقات القطاع الخاص فكانت موزعة، كما يلي: ٧٣% لشراء الأدوية، ونسبة تكاليف للرعاية الإسعافية ١٧%، ونسبة ١٠% استخدمت للرعاية الصحية للمرضى بالمستشفيات.

وبعد عرض تمويل النفقات الصحية لعام ١٩٩٩، وعلى الرغم من التحولات الجذرية في السياسة الاقتصادية إلا أن التغيرات في التمويل العام وهيكل النظام الصحي كانت طفيفة حتى عام ٢٠١٢، وكانت التغيرات الملحوظة تقتصر على تغطية التأمين الصحي لنحو ٧٠% من السكان (١).

ويتم تمويل نفقات الرعاية الصحية لوزارة الصحة من قبل وزارة المالية في المقام الأول حيث تمولها بما يقارب ٩٣%، يليها التمويل الذاتي ٤% وتمويل من الجهات المانحة الخارجية بنسبة ٣%.

ويوضح الجدول التالي تمويل نفقات الرعاية الصحية من عام ١٩٩٠حتي٢٠٠٩:

جدول (٨): تمويل نفقات الرعاية الصحية في مصر خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٩)

البيان	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠٠٧	٢٠٠٩
نسبة نفقات وزارة المالية الي اجمالي الانفاق علي الرعاية الصحية	%٢٦	%٣٤	%٣١	%٣٨	%٣٦.٩	%٣٤.٤
نسبة نفقات المؤسسات العامة علي الصحة الي اجمالي الانفاق علي الرعاية الصحية	%١.٥	%٢	%٢	%٢.٧	%١.٧	%١.٢
نسبةانفاق القطاع الخاص علي الصحة الي اجمالي الانفاق علي الرعاية الصحية	%٢.٥	%١	%٦	%٢.٣	%٢.٢	%٢.٢
نسبة نفقات الأسر علي الصحة الي اجمالي الانفاق علي الرعاية الصحية	%٥٦	%٦٠	%٦٠	%٥٧	%٥٨	%٦١
نسبة نفقات المتبرعين للصحة الي اجمالي الانفاق علي الرعاية الصحية	%٤	%٣	%١	٠.٠	%٠.٦	%٠.٦

Source :National Health accounts,1990- 2009.

ويتضح من الجدول السابق: انخفاض نسبة الانفاق الحكومي علي الرعاية الصحية، فتراوحت نسبته (٣١%- ٣٨%)، مما انعكس ذلك بتعويض هذا النقص في الانفاق الحكومي بزيادة الانفاق الخاص علي الصحة والتي تراوحت نسبته الي اجمالي الانفاق علي الصحية من (٥٦%-٦١%).

(1) Regional health system observey,2006. p.26.

المحور الثالث

الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية في مصر

يقدم قطاع الرعاية الصحية الرعاية العلاجية أو الوقائية أو التاهيلية، كما يعتمد علي فرق متعددة التخصصات من الاخصائيين المدربين والمهنيين المساعدين لتلبية الاحتياجات الصحية، ويمثل قطاع الرعاية الصحية واحدا من أكبر القطاعات وأكثرها نموا علي مستوي العالم[1].

ونظراً لأن هذا القطاع ينفق أكثر من ١٠% من الناتج المحلي لمعظم الدول المتقدمة فإنه يشكل جزءاً هائلا من إقتصاد أي دولة، ولأغراض التمويل والادارة والاستثمار فإنه عادة ما يتم تقسيم قطاع الرعاية الصحية إلي عدة أقسام، وكإطار عام أساسي لتعريف قطاع الرعاية الصحية فإنه وفقاً لتصنيف الأمم المتحدة يتكون هذا القطاع بوجة عام من الفئات التالية[2]:

- أنشطة المستشفيات.
- أنشطة العيادات الطبية وعيادات الأسنان.

ووفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية فهناك علي مستوي العالم ما يقرب من ٩,٢ مليون طبيب و١٩,٤ مليون فرد تمريض وقابلة و١,٩ مليون طبيب أسنان ومساعدين لأطباء الأسنان و٦,٢ مليون صيدلي وعامل في قطاع الأدوية وأكثر من ٣ مليون عامل في الصحة المجتمعية، مما يجعل الرعاية الصحية من أكبر القطاعات من حيث عدد عاملين بها[3].

وفي عام ٢٠٠٣ كانت تكاليف الرعاية الصحية تبلغ ١٥,٣% من إجمالي الناتج المحلي في الولايات المتحدة الأمريكية وهي أعلي ميزانية إنفاق في العالم علي هذا القطاع وظل الإنفاق علي هذا ثابتاً حتي عام ٢٠٠٦ ومع استمراره في الصعود بعد ذلك ليشهد زيادة تاريخية فوصل إلي ١٩,٦% من الناتج المحلي الاجمالي بحلول عام ٢٠١٦.

وبالنسبة لدول التعاون الاقتصادي فكان متوسط الإنفاق ذاته هو ٨,٤% في عام ٢٠٠١، بينما كان في الولايات المتحدة ١٣,٩%، وسويسرا ١٠,٩% والمانيا ١٠,٧ [4].

وقد يختلف هيكل توزيع نفقات الرعاية الصحية من دولة لأخري، فمثلاً انخفضت نسبة نفقات الحكومة الصينية علي الصحية من ٣٦% إلي ١٥%، وذلك بسبب تغير الفلسفة الاقتصادية المتبعة من نهاية الثمانينات، حيث تمت خصخصة معظم المستشفيات التابعة للدولة وتم تشجيع الاستثمار في المستشفيات من خلال تقديم نسبة تصل إلي ٧٠% من رأس المال كحافز علي الخصخصة[5].

أما عن تقديم خدمات الرعاية الصحية فهناك الكثير من طرق تقديم الرعاية الصحية، حيث من الممكن أن يكون مكان تقديم الخدمة هو المنزل أو المنظمة أو مكان العمل أو في مرفق الرعاية الصحية ومن أكثر الطرق شيوعاً تقديم الخدمة بشكل مباشر من مقدم الرعاية الصحية إلي المريض، وهذا ما يحدث في معظم الدول في مجالات الطب عامة[6].

---

(1) Princeton university , 2007health profession retrieved june 17, 2007 from http :// word net .Princeton . edu / perl / webwn ? health % 20 profession.

(2) Evans RG (1997) going fro gold , the redistributive agenda market – based health care perform . j health polite policy law 22.

(3) World health organization 2011 . table 6 : health work force . infrastructure and essential medicines .21 july. 2011.

(4) The not so short . introduvtion to health care by naihil .cheda . published in februbury . 2007 .

(5) China cultivates its health care industry ' gentic engineering fo biotechnology news MRY Arm liebel . ing subtitle . the risk and opportunities society under along explosion.

(6) World health organization . 2011 . health service delivery.

وعليه سيتم تناول هذا المحور من خلال النقاط التالية:

١ - الإطار العالمى للبحث والتطوير فى المجال الطبى:

قامت منظمة الصحة العالمية بوضع إطار دولى متكامل بهدف دعم أعمال البحث والتطوير ذات الأولوية فى المجال الطبى والمخصصه لعلاج الأمراض المنتشرة فى البدان النامية ويتضمن تلبية الاحتياجات وسد الثغرات فى مجال البحث والتطوير وتحديد الأولويات وزيادة الأموال اللازمة لتعزيز جهود البحث والتطوير الملائمة للظروف القائمة فى البلدان النامية، مع جمع الأموال اللازمة على المستوى العالمى من مساهمات الدول الأعضاء وغيرها من مصادر التمويل المخصصة.

واعتمد الإطار العلمى على الآتي[١]:

أ- إزالة الخلفيات التى تؤثر بشكل سلبى على حوافز الابتكار فى مجال علاج الأمراض لأن ذلك سيساهم فى خفض أسعار الأدوية.

ب-بناء القدرات ونقل التكنولوجيا بشأن الأبحاث فى المجال الصحى، ويتضمن صندوق الابتكار تدابير ترمى إلى تعزيز بناء القدرات ونقل التكنولوجيا وحلقات وصل بالجامعات والمؤسسات العامة للبحوث، وتناول مسائل إدارة الملكية الفكرية كجزء من هذا التطوير.

ج-حسن إدارة الملكية الفكرية[*] وتشجيع الترخيص الطوعى للتكنولجيات وتشجيع أصحاب البراءات، بغية تدعيم البحث والتطوير.

٢ - الاستثمار في البحث والتطوير لتلبية الاحتياجات الصحية:

إتضح خلال السنوات الماضية أن الاستثمار فى أنشطة البحث والتطوير فى مجال الأمراض التى تنتشر فى البلدان النامية قليل جداً. ويعنى ذلك أن الفقراء يعانون ويموتون بسبب عدم توافر التكنولوجيات الصحية الفعالة مثل الأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص، لأن الإستثمارات العامة تخضع لهيمنة العالم الغنى والإحتياجات الصحية الخاصة به [٢].

وكان البحث عن مصادر تمويل جديدة وابتكارية ومستدامة واستخدام الموارد الحالية لأنشطة البحث والتطوير فى مجال الاحتياجات الصحية في البلدان النامية على نحو أفضل هو جدول الأعمال وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة والإبتكار والملكية الفكرية التى تم الإتفاق بشأنها فى عام ٢٠٠٨ [٣].

وكانت تلك المفاوضات إستجابة من الدول الأعضاء فى منظمة الصحية العالمية فى عام ٢٠٠٦ من قبل اللجنة المعنية بحقوق الملكية الفكرية والصحية والتى تأسست في عام ٢٠٠٣[٤].

---

(١) http:// www. Who.Int/phl/news/Cewg.Call-for-proposals.pdf

(*)الملكية الفكرية: هي حقوق امتلاك جهة ما والرموز والأسماء والصور والنماذج والرسوم الصناعية، التي تقوم بتأليفها أو إنتاجها أو تنتقل إلى ملكيتها لاحقا . وتنقسم الملكية الفكرية إلى فئتين هما الملكية الصناعية التي تشمل الاختراعات (البراءات) والعلامات التجارية والرسوم والنماذج الصناعية والعلامات المميزة للمنشأ(البيانات الجغرافي، تسميات المنشأ) من جهة وحق المؤلف الذي يضم المصنفات الأدبية والفنية كالروايات والقصائد والمسرحيات والأفلام والألحان الموسيقية والرسوم واللوحات والصور الشمسية والتماثيل والتصميمات الهندسية من جهة أخرى . وتتضمن الحقوق المجاورة لحق المؤلف حقوق فناني الأداء المتعلقة بأدائهم وحقوق منتجي التسجيلات الصوتية المرتبطة بتسجيلاتهم وحقوق هيئات الإذاعة المتصلة ببرامج الراديو والتلفزيون.

(٢) Global Strategy and Plan of action on public Health,innovation and Intellectual property.

(٣) SIXTY First World Health Assembly 19-29 May, .2008,Resolvlion WHA 610210 in document WHA 61/2008/REC/1.

(٤) Look at: - C Resolutions,decisions and annexes.

- https://apps.Who.Int/gb/ebwha/pdf-files/A61/A61-R21-En.pdf,accessed 5 March 2012 .

٣- مصادر تمويل عمليات البحث والتطوير فى مجال الصحة:

لا يعتمد العمل العالمى فى مجال البحث والتطوير لتلبية إحتياجات البلدان النامية على المساهمات الطوعية فقط بل يتم تحديد نسبة من الناتج المحلى للبحث والتطوير فى مجال الصحة، وتشير تقارير خبراء منظمة الصحة العالمية إلى أنه يمكن الحصول علي مبالغ سنوية تصل إلى ٤٤٠ مليون دولار كنفقات يتم استثمارها فى مجال البحث والتطوير فى الصحة.

وأشارت منظمة التعاون والتنمية إلى أنه على الرغم من أن المساعدات الإنمائية شهدت إرتفاعاً كبيراً، ولكن مازال هناك نقص فى الموارد المالية المطلوبة ويبلغ هذا النقص فى مجموعه نحو ١٩ مليار دولار. مما أدي الى نقص المبالغ المحددة للدول الأفريقية بنحو ١.٤ مليار دولار عام ٢٠١٠[1].

وقد تؤدي الأزمة الإقتصادية الحادة التى تمر بها العديد من الدول المانحة إلى أن المساعدات الإنمائية لن تشهد فى المدى المتوسط سوى القليل من النمو، وتقدم وكالات التنمية نسبة ٨% تقريباً من إجمالى التمويل المخصص للبحث والتطوير، وتأتى النسبة الأكبر من الإدارات الحكومية ومجالس البحث والتطوير الطبى، فضلاً عن مساهمة قطاع الصناعة، ومساهمة عائدات ضرائب الأرباح التى تحققها الصناعات الدوائية والتي تقدر بنحو ١%أيضا[2].

وتساهم الأعمال الخيرية في تمويل برامج البحث والتطوير عامة، وبما فيها الصحة، ولا تتوافر تقديرات محددة سوى فى الولايات المتحدة الأمريكية، وتشير هذه التقديرات إلى أن مبلغاً يصل إلى نحو ٢.٧ مليار دولار نقل عبر قنوات المنظمات غير الحكومية فى الولايات المتحدة لصالح قطاع الصحة فى البلدان النامية، وساهمت الولايات المتحدة منها بنحو ١.٣ مليار دولار[3].

وعلى هذا تعتبر آليات التمويل القائمة على فرض الضرائب المباشرة وغير المباشرة أكثر قابلية للتجانس من آليات التمويل الإبتكارية والتى تتسم بقدرة غير مؤكدة وغير مستقرة على التمويل، وفى عام ٢٠٠٩ رصدت منظمة الصحة العالمية ٢٨ بلدا خصص جزءا من إيرادات الضرائب المفروضة على السلع الضارة لأغراض متعلقة بالصحة كما أن هناك ضريبة واحده على الأقل تجبى خصيصاً لتمويل البحث والتمويل فى مجال الصحة[4].

ويفيد المنتدى العالمى للبحث فى مجال الصحة أن الإنفاق الإجمالى العالمى على البحث فى مجال الصحة بلغ ١٦٠ مليار دولار في عام ٢٠٠٥، ووصلت مساهمة القطاع العام فيه إلى ٦٦ مليار دولار ومساهمة القطاع الخاص إلى ٩٤ مليار دولار وبالمقابل تم تقدير المبلغ الذى أنفقه القطاع العام فى البلدان النامية بثلاثة مليارات دولار كما وفرت المساعدات الانمائية نحو ٠,٦ مليار دولار منها.

وأشارت الأرقام التى نشرتها منظمة التعاون والتنمية فى عام ٢٠٠٨ إلي أن الدول الأعضاء فيها تنفق نسبة ٢.٣% من الناتج المحلى على البحث والتطوير فى القطاعين العام والخاص، ويمول ثلث أنشطة البحث والتطوير من المال العام.

وتشير التقديرات إلى أن ١٨% من بلدان منظمة التعاون والتنمية ينفق على أنشطة البحث والتطوير فى مجال الصحة الممولة من المال العام ما يعادل ٢٥%، كما تنفق البلدان ذات الدخل المرتفع بشكل عام نسبة تصل إلى ٧% من الناتج المحلى الإجمالى على الرعاية الصحية[5]. وتبلغ نسبة الانفاق على البحث والتطوير فى مجال الصحة في مصر ٠,٢٩% من الناتج المحلى[6].

---

(1) http://www.OECD.org/document135/0,3746,En,2649,34445t-47515235-1-1-1-1,oo.h/ml
(2) http://www.Joimed.com/Red//impact .
(3) http://www.blglotry fund.org.uk/pub-Corp-plan 11-12pdl..health/health/airune.pdl .
(4) http://www.agen ziafar maco.gov.lt/En/content/independent.Research Drugs.
(5) OECD,R&D expenditure by performing sectors,2009, (GRD).
(6) http://www.OECD.l library.org/sites/sti-scorboard-2011-en/0205/index.html.content tybe=/NS/Chpler.ins.

المحور الرابع

تحليل الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية في مصر خلال الفترة (١٩٩٥-٢٠١٦)

وسيتم تناول هذا المحور ، من خلال النقاط التالية:

١ - مكونات الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية:

يتكون الإنفاق العام على خدمات الرعاية الصحية من ثلاثة عناصر، هى: الإنفاق العام (الحكومي)، والإنفاق الخاص، والإنفاق التأميني[١].

العنصر الأول: الإنفاق العام (الحكومي):

هو نسبة ما يتم تخصيصه من الموازنة العامة سنوياً لخدمات والرعاية الصحية.

العنصر الثاني: الإنفاق الخاص:

ويتكون من العناصر التالية:

أ- الإنفاق الذاتي المباشر من الجيب أو ما يسمى (Out Of Pocket Spending (OOPS.

ب- جزء من الاشتراكات التأمينية الخاصة والعامة premiums.

ج- المدفوعات الإضافية في التأمين co-payments.

د- رسوم الخدمة الصحية العامة والخاصة user fees.

العنصر الثالث: الإنفاق التأميني :

هو جزء يدفعه المواطنون (مما يعد إنفاقاً خاصاً) وهو الأغلب، وجزء تدفعه الخزانة العامة بنسب حددتها القوانين التأمينية المطبقة حتى الآن.

٢ - الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية وعلاقته بالانفاق العام فى مصر(١٩٩٥-٢٠١٦):

يهدف الإنفاق العام على خدمات الرعاية الصحية إلي تحسين الحالة الصحية للفرد من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية العلاجية والوقائية، بدون أن يتحمل مستهلكو تلك الخدمات لأية تكاليف مباشرة أو قد يتحملون تكلفة مباشرة تقل كثيراً عن إجمالي تكلفة الخدمات[٢].

ويبين ذلك الجدول التالي:

---

(١) مينا زكريا، إشكاليات الإنفاق الصحى فى مصر، تقرير حول أعمال مائدة مستديرة، (القاهرة: المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، برنامج الصحة وحقوق الإنسان، ابريل ٢٠٠٩، ط١)، ص ص ٨-٩.

(٢) طلعت الدمرداش ابراهيم، مرجع سبق ذكره، ص٣٣٩.

جدول (٩)

اجمالي الانفاق العام على الصحة ومتوسط نصيب الفرد من الانفاق العام علي الصحة في مصر خلال (١٩٩٥-٢٠١٦)

السنة	عدد السكان مليون	الانفاق العام "مليار دولار"	نسبة الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية الي الانفاق العام %	اجمالي الانفاق العام علي الخدمات الصحة مليار دولار	نصيب الفرد من الانفاق العام علي الصحة دولار	نسبة المساعدات الخارجية للصحة الي اجمالي الانفاق علي الصحة %
١٩٩٥	٦٣.٧	١٨.٥	٥.٣	١.٠	١٥.٥	٢.٧
١٩٩٦	٦٤.٩	٢٠.١	٥.٥	١.١	١٦.٩	٢.١
١٩٩٧	٦٦.٢	٢٢.٣	٦.٣	١.٤	٢١.١	١.٦
١٩٩٨	٦٧.٤	٢٠.٧	٨.١	١.٧	٢٤.٨	١.٤
١٩٩٩	٦٨.٦	٢٦.٨	٧.٢	١.٩	٢٨.١	١.٢
٢٠٠٠	٦٩.٩	٣٠.٦	٧.٣	٢.٢	٣٢.١	١.٠
٢٠٠١	٧١.٢	٢٩.٥	٧.٧	٢.٣	٣١.٩	٠.٩
٢٠٠٢	٧٢.٦	٣١.٤	٦.٧	٢.١	٢٩.١	٠.٨
٢٠٠٣	٧٤.٠	٢٨.١	٦.١	١.٧	٢٣.٢	٠.٦
٢٠٠٤	٧٥.٤	٢٦.٤	٥.٩	١.٦	٢٠.٨	١.٠
٢٠٠٥	٧٦.٨	٢٩.٤	٦.١	١.٨	٢٣.٢	١.٥
٢٠٠٦	٧٨.٢	٤٠.٦	٦.١	٢.٥	٣١.٥	١.٥
٢٠٠٧	٧٩.٥	٤٦.٠	٥.٨	٢.٧	٣٣.٦	٢.٠
٢٠٠٨	٨١.٠	٥٨.٦	٥.٦	٣.٣	٤٠.٨	١.٤
٢٠٠٩	٨٢.٥	٦٥.٤	٦.٠	٣.٩	٤٧.٢	١.٥
٢٠١٠	٨٤.١	٧٣.٢	٥.٦	٤.١	٤٨.٨	٠.٦
٢٠١١	٨٥.٩	٧٥.١	٦.٣	٤.٧	٥٤.٧	٠.٥
٢٠١٢	٨٧.٨	٩١.٣	٥.٨	٥.٣	٦٠.٧	٠.٤
٢٠١٣	٨٩.٨	١٠٧.١	٥.٥	٥.٩	٦٦.١	٠.١
٢٠١٤	٩١.٨	١١٧.٨	٥.٦	٦.٦	٧١.٧	١.٣
٢٠١٥	٩٣.٨	١٢٦.٨	٥.٥	٧.٠	٧٤.٣	١.٢
٢٠١٦	٩٥.٧	١٢٦.٥	٥.٥	٧.٠	٧٢.٧	١.٢

المصدر :- احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة. - وزارة المالية، الحسابات الختامية، سنوات مختلفة.

ويتضح من تحليل بيانات الجدول السابق:

أ- تراوح نصيب الفرد من الانفاق العام علي الخدمات الصحية من (١٥.٥-٧٤.٣) دولار.

ب- تراوح حجم الانفاق العام في مصر من (١٨.٥- ١٢٦.٨) مليار دولار خلال (١٩٩٥-٢٠١٦).

ج- تراوح حجم الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية في مصر من (١- ٧) مليار دولار.

د- تراوحت نسبة الانفاق علي الخدمات الصحية إلي الانفاق العام في مصر من(٥.٣%- ٨.١%).

٣- علاقة الانفاق علي الخدمات الصحة ببعض جوانب التنمية الاقتصادية (معدل البطالة، ومعدل التضخم، والاستثمار العام) في مصر خلال (١٩٩٥-٢٠١٦):

تم أخذ هذه الجوانب من جوانب التنمية الاقتصادية، لعلاقتها المباشرة بجوانب التنمية البشرية، كالأتي:

أ- معدل البطالة: فهو يرتبط مباشرة بالتنمية البشرية، لأن التوظف هو مصدر الدخل الذي به ينفق الفرد علي جوانب الانفاق المختلفة، ومنها بطبيعة الحال الخدمات الصحية.

ب- معدل التضخم: فهو يرتبط أيضا بالتنمية البشرية، لأنه يؤثر علي الدخل الحقيقي للفرد والذي به يحصل علي حجم السلع والخدمات.

ج- الاستثمار العام: فهو يرتبط أيضاً بالتنمية البشرية، لأنه يوزع علي كافة القطاعات الاقتصادية والخدمية، ومنها بطبيعة الحال قطاع الصحة.

ويوضح ذلك الجدول التالي:

جدول (١٠)

علاقة الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية بمجمل الناتج المحلي فى مصر خلال(١٩٩٥-٢٠١٦) "مليار دولار"

السنة	معدل النمو الاقتصادي %	مجمل الناتج المحلي مليار دولار	الانفاق العام علي الخدمات الصحية "مليار دولار"	نسبة الانفاق العام على خدمات الرعاية الصحية الى إجمالي الناتج المحلي %	الاستثمار العام "مليار دولار"	معدل التضخم %	معدل البطالة %
١٩٩٥	٤.٦	٦٠.٢	١.٠	١.٦	٦.٩	١٥.٧	١١.٣
١٩٩٦	٥.٠	٦٧.٦	١.١	١.٦	٦.٣	٧.٢	٩
١٩٩٧	٥.٥	٧٨.٤	١.٤	١.٨	٧.٢	٤.٦	٨.٤
١٩٩٨	٤.٠	٨٤.٨	١.٧	٢.٠	٦.٨	٣.٩	٨
١٩٩٩	٦.١	٩٠.٧	١.٩	٢.١	٩.٩	٣.١	٨
٢٠٠٠	٥.٤	٩٩.٨	٢.١	٢.٢	٨.٩	٢.٧	٩
٢٠٠١	٣.٥	٩٧.٦	٢.٣	٢.٣	٧.١	٢.٣	٩.٣
٢٠٠٢	٢.٤	٨٧.٩	٢.١	٢.٤	٧.٨	٢.٧	١٠
٢٠٠٣	٣.٢	٨٢.٩	١.٧	٢.١	٧.٠	٤.٥	١١
٢٠٠٤	٤.١	٧٨.٨	١.٦	٢.٠	٧.٧	١١.٣	١٠.٣
٢٠٠٥	٤.٥	٨٩.٧	١.٨	٢.٠	٨.٥	٤.٩	١١.٢
٢٠٠٦	٦.٩	١٠٧.٥	٢.٥	٢.٣	١٠.١	٧.٦	١٠.٥
٢٠٠٧	٧.١	١٢٠.٥	٢.٧	٢.٠	١٢.٤	٩.٣	٨.٨
٢٠٠٨	٧.٢	١٦٢.٨	٣.٣	٢.٠	١٤.٠	١٨.٣	٨.٧
٢٠٠٩	٤.٧	١٨٩.٠	٣.٩	٢.١	١٥.٢	١١.٨	٩.٤
٢٠١٠	٥.١	٢١٨.٩	٤.١	١.٩	١٧.٧	١١.٣	٩
٢٠١١	١.٨	٢٣٦.٠	٤.٧	٢.٠	١٥.٠	١٠.١	١٢
٢٠١٢	٢.٢	٢٧٩.٤	٥.٣	١.٩	١٥.٤	٧.١	١٢.٧
٢٠١٣	٢.٢	٢٨٨.٦	٥.٩	٢.١	١٦	٩.٤	١٣.٢
٢٠١٤	٢.٩	٣٠٥.٥	٦.٩	٢.٢	١٦.٣	١٠.١	١٣.٢
٢٠١٥	٤.٤	٣٣٢.٧	٧.٠	٢	١٦.٩	١٠.٤	١٢.٨
٢٠١٦	٤.٣	٣٣٢.٨	٧.٠	٢	١٧	١٣.٨	١٢.١

المصدر: - احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة، البنك الأهلي، النشرة الاقتصادية، سنوات مختلفة.

ويتضح من تحليل بيانات الجدول السابق، ما يلي:

أ- تراوح مجمل الناتج المحلي في مصر من (٦٠.٢- ٣٣٢.٨) مليار دولار خلال المذكورة.

ب- تراوحت نسبة الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية إلي مجمل الناتج المحلي في مصر من(١.٦%-٢.٤%).

ج- معدل البطالة: تراوح معدل البطالة في مصر من (٨%- ١٢.٢%) خلال الفترة المذكورة.

د- معدل التضخم: تراوح معدل التضخم في مصر من (٢.٣%- ١٨.٣%) خلال الفترة المذكورة.

هـ- الاستثمار العام: تراوح حجم الاستثمار العام في مصر من (٦.٣- ١٧.٧) مليار دولار.

٤- الانفاق العام والخاص علي الخدمات الصحية إلي إجمالي الناتج المحلي والي إجمالي الانفاق العام:
ويبين ذلك الجدول التالي:

جدول(١١)

قيمة ونسب الانفاق العام والخاص علي الصحية إلي إجمالي الناتج المحلي والانفاق العام خلال (١٩٩٥-٢٠١٦)

السنة	نسبة إجمالي الانفاق على الرعاية الصحية الى اجمالي الناتج المحلى %	نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية الى اجمالى الناتج المحلى %	نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية إلى الانفاق الحكومى %	نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية إلي إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية %	نسبة الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية إلي إجمالي الناتج المحلي %	إجمالي نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية دولار	الانفاق العام مليار دولار
١٩٩٥	٣.٥	١.٦	٥.٣	٤٦.٥	١.٩	٣٣.٤	١٨.٥
١٩٩٦	٣.٩	١.٦	٥.٥	٤١.٦	٢.٣	٤٠.٦	٢٠.١
١٩٩٧	٤.٦	١.٨	٦.٣	٣٨.٧	٢.٨	٥٤.٦	٢٢.٣
١٩٩٨	٤.٩	٢.٠	٨.١	٤٠.٠	٣.٠	٦٢.٠	٢٠.٧
١٩٩٩	٥.٣	٢.١	٧.٢	٤٠.٤	٣.١	٦٩.٥	٢٦.٨
٢٠٠٠	٥.٦	٢.٢	٧.٣	٤٠.٥	٣.٣	٧٩.٢	٣٠.٦
٢٠٠١	٥.٨	٢.٣	٧.٧	٤٠.٥	٣.٤	٧٨.٨	٢٩.٥
٢٠٠٢	٦.٠	٢.٤	٦.٧	٤٠.٣	٣.٦	٧٢.٣	٢١.٤
٢٠٠٣	٥.٤	٢.١	٦.١	٣٨.٢	٣.٣	٦٠.٦	٢٨.١
٢٠٠٤	٥.٢	٢.٠	٥.٩	٣٨.١	٣.٢	٥٤.٥	٢٦.٤
٢٠٠٥	٥.١	٢.٠	٦.١	٣٩.٢	٣.١	٥٩.١	٢٩.٤
٢٠٠٦	٥.٢	٢.٣	٦.١	٤٣.٧	٣.٠	٧٢.١	٤٠.٦
٢٠٠٧	٥.٠	٢.٠	٥.٨	٤١.٣	٢.٩	٨١.٢	٤٦.٠
٢٠٠٨	٤.٨	٢.٠	٥.٦	٤٢.١	٢.٨	٩٦.٩	٥٨.٦
٢٠٠٩	٥.٠	٢.١	٦.٠	٤١.١	٣.٠	١١٤.٨	٦٥.٤
٢٠١٠	٤.٨	١.٩	٥.٦	٣٩.٠	٢.٩	١٢٤.٩	٧٣.٢
٢٠١١	٥.٠	٢.٠	٦.٣	٣٩.٥	٣.٠	١٣٨.٥	٧٥.١
٢٠١٢	٥.٣	١.٩	٥.٨	٣٦.١	٣.٤	١٦٨.٤	٩١.٣
٢٠١٣	٥.٥	٢.١	٥.٥	٣٧.٧	٣.٤	١٧٥.٥	١٠٧.١
٢٠١٤	٥.٦	٢.٢	٥.٦	٣٨.٢	٣.٥	١٨٧.٧	١١٧.٨
٢٠١٥	٥.٦	٢	٥.٥	٣٨.١	٣.٦	١٩٥.١	١٢٦.٨
٢٠١٦	٥.٧	٢	٥.٥	٣٨.٠	٣.٧	١٩١.٣	١٢٦.٥

المصدر: الباحث بالاعتماد علي احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة.

ويتضح من الجدول السابق، ما يلي:

أ- **نسبة إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية إلي إجمالي الناتج المحلي:** تراوحت هذه النسبة من (٣.٥% - ٥.٨%)، كما يلاحظ أن حجم الانفاق علي الصحة الي إجمالي الناتج المحلي قد ارتفع من ٣.٥% عام ١٩٩٥ إلي ٥.٧% في عام ٢٠١٦، ليدل علي زيادة إهتمام الدولة بالرعاية الصحية.

ب- **نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية إلي إجمالي الناتج المحلي:** تراوحت هذه من (١.٦% - ٢.٤%)، كما يلاحظ أنه حجم الانفاق العام علي الصحة إلي إجمالي الناتج المحلي قد ارتفع من ١.٦% في عام ١٩٩٥ الي ٢% في عام ٢٠١٦، ليدل علي زيادة إهتمام الدولة بالرعاية الصحية.

ج- نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية إلي الإنفاق الحكومي: تراوحت هذه النسبة من (٥.٣% - ٨.١%)، كما يلاحظ أنه حجم الانفاق العام علي الصحة الي الإنفاق الحكومي قد ارتفع من ٥.٣% عام ١٩٩٥ الي ٥.٥% عام ٢٠١٦، ليدل علي زيادة إهتمام الدولة بالرعاية الصحية من سنة لأخري.

د- نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية إلي إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية: تراوحت هذه النسبة من (٣٦.١% - ٤٦.٥%)، كما يلاحظ أنه حجم الانفاق العام علي الصحة الي إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية قد تراجع من ٤٦.٥% في عام ١٩٩٥ الي ٣٨% في عام ٢٠١٦، ليدل علي تراجع دور الدولة، وهذا يتماشي مع سياسة الإصلاح الاقتصادي والتي تبنتها الدولة من بداية التسعينيات، والتي من أهم سماتها الحد من تدخل الدولة في كافة المجالات الخدمية والاقتصادية.

هـ- نسبة الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية إلي إجمالي الناتج المحلي: تراوحت نسبة الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية إلي إجمالي الناتج المحلي من (١.٩% - ٣.٧%)، كما يلاحظ أنه حجم الانفاق الخاص علي الصحة الي اجمالي الناتج المحلي قد ارتفع من ١.٩% في عام ١٩٩٥ الي ٣.٧% في عام ٢٠١٦، ويتماشي ذلك مع تبني سياسة الاصلاح الاقتصادي من بداية التسعينيات، والتي تشجع القطاع الخاص بالتدخل في كافة المجالات الانتاجية والخدمية.

و- إجمالي نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية: تراوح من (٣٣.٤- ١٩٥.١) دولار، كما يلاحظ أن نصيب الفرد من إجمالي الانفاق علي الصحة قد تزايد من سنة لأخري، فبلغ ٣٣.٤ دولار في عام ١٩٩٥، واستمر في الزيادة إلي أن وصل إلي ١٩١.٣ دولار في عام ٢٠١٦، ولا ترجع هذه الزيادة إلي زيادة الانفاق الحكومي علي الرعاية الصحية بل إلي زيادة الانفاق الخاص، بسب تبني الحكومة إلي سياسة الاصلاح الاقتصادي والتي تعتبر الخصخصة أحد ركائزها الأساسية.

٥- الانفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية في مصر خلال(١٩٩٥-٢٠١٦):

يعكس حجم الانفاق الخاص مقدار النقص في الانفاق العام علي الخدمات الصحية، حيث يقوم الأفراد بتعويض هذا النقص من الدخل الشخصي لهم.

وكما اتضح مما سبق بأن الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية في مصر صغير، فهل يعوض المصريون هذا النقص في الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية بالانفاق عليها من دخولهم الخاصة، وهذا ما سيبينه الجدول التالي:

جدول (١٢): الانفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية في مصر خلال الفترة (١٩٩٥-٢٠١٦)

السنة	اجمالي الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية (عام+ خاص) مليار دولار	اجمالي نصيب الفرد من الانفاق (العام + الخاص) علي الخدمات الصحية دولار	الانفاق العام علي الخدمات الصحية			الانفاق الخاص علي الخدمات الصحية		
			الانفاق العام علي الخدمات الصحية مليار دولار	نصيب الفرد من الانفاق العام علي الخدمات الصحية دولار	نسبة الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية الي اجمالي الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية ٪	الانفاق الخاص (الشخصي) علي الخدمات الصحية مليار دولار	نصيب الفرد من الانفاق الخاص (الشخصي) علي الخدمات الصحية دولار	نسبة الانفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية الي اجمالي الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية ٪
١٩٩٥	٢.١	٣٣.٤	١.٠	١٥.٥	٤٦.٥	١.١	١٧.٩	٥٣.٥
١٩٩٦	٢.٦	٤٠.٦	١.١	١٦.٩	٤١.٦	١.٥	٢٣.٧	٥٨.٤
١٩٩٧	٣.٦	٥٤.٦	١.٤	٢١.١	٣٨.٧	٢.٢	٣٣.٥	٦١.٣
١٩٩٨	٤.٢	٦٢.٠	١.٧	٢٤.٨	٤٠.٠	٢.٥	٣٧.٢	٦٠.٠
١٩٩٩	٤.٨	٦٩.٥	١.٩	٢٨.١	٤٠.١	٢.٨	٤١.٤	٥٩.٦
٢٠٠٠	٥.٥	٧٩.٢	٢.٢	٣٢.١	٤٠.٥	٣.٣	٤٧.١	٥٩.٥
٢٠٠١	٥.٦	٧٨.٨	٢.٣	٣١.٩	٤٠.٥	٣.٣	٤٦.٩	٥٩.٥
٢٠٠٢	٥.٢	٧٢.٣	٢.١	٢٩.١	٤٠.٣	٣.١	٤٣.٢	٥٩.٧
٢٠٠٣	٤.٥	٦٠.٦	١.٧	٢٣.٢	٣٨.٢	٢.٨	٣٧.٤	٦١.٨
٢٠٠٤	٤.١	٥٤.٥	١.٦	٢٠.٨	٣٨.١	٢.٥	٣٣.٧	٦١.٩
٢٠٠٥	٤.٥	٥٩.١	١.٨	٢٣.٢	٣٩.٢	٢.٨	٣٥.٩	٦٠.٨
٢٠٠٦	٥.٦	٧٢.١	٢.٥	٣١.٥	٤٣.٧	٣.٢	٤٠.٦	٥٦.٣
٢٠٠٧	٦.٥	٨١.٢	٢.٧	٣٣.٦	٤١.٣	٣.٨	٤٧.٦	٥٨.٧
٢٠٠٨	٧.٨	٩٦.٩	٣.٣	٤٠.٨	٤٢.١	٤.٥	٥٦.١	٥٧.٩
٢٠٠٩	٩.٥	١١٤.٨	٣.٩	٤٧.٢	٤١.١	٥.٦	٦٧.٦	٥٨.٩
٢٠١٠	١٠.٥	١٢٤.٩	٤.١	٤٨.٨	٣٩.٠	٦.٤	٧٦.١	٦١.٠
٢٠١١	١١.٩	١٣٨.٥	٤.٧	٥٤.٧	٣٩.٥	٧.٢	٨٣.٨	٦٠.٥
٢٠١٢	١٤.٨	١٦٨.٤	٥.٣	٦٠.٧	٣٦.١	٩.٥	١٠٧.٧	٦٣.٩
٢٠١٣	١٥.٨	١٧٥.٥	٥.٩	٦٦.١	٣٧.٧	٩.٨	١٠٩.٤	٦٢.٣
٢٠١٤	١٧.٢	١٨٧.٧	٦.٦	٧١.٧	٣٨.٢	١٠.٧	١١٦.٠	٦١.٨
٢٠١٥	١٨.٣	١٩٥.١	٧.٠	٧٤.٣	٣٨.١	١١.٣	١٢٠.٨	٦١.٩
٢٠١٦	١٨.٣	١٩١.٣	٧.٠	٧٢.٧	٣٨.٠	١١.٣	١١٨.٦	٦٢.٠

المصدر: - احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة.

- جدول (١٠)، (١١) السابقان.

ويتضح من تحليل بيانات الجدول السابق: فيما يلي:

أ- بالنسبة للقيم المطلقة:

- اجمالي الانفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية: تراوح في مصر من (٢.٢- ١٨.٣) مليار دولار خلال الفترة من (١٩٩٥-٢٠١٦).
- اجمالي الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية: تراوح في مصر من (١- ٧) مليار دولار.
- اجمالي الانفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية:تراوح في مصر(١.١- ١١.٣) مليار دولار
- اجمالي نصيب الفرد من الانفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية:

تراوح في مصر من (٣٣.٤- ١٩٥.١) دولار خلال الفترة من (١٩٩٥-٢٠١٦).

- اجمالي نصيب الفرد من الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية:

تراوح في مصر(١٥.٥- ٧٤.٣) دولار .

- اجمالي نصيب الفرد من الانفاق الخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية:

تراوح في مصر من (١٧.٩- ١٢٠.٨) دولار خلال الفترة من (١٩٩٥-٢٠١٦).

ب- بالنسبة للقيم النسبية:

- نسبة الانفاق العام على خدمات الرعاية الصحية الي اجمالي الانفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية:

تراوحت في مصر من (٣٦.١%- ٤٦.٥%) خلال الفترة من (١٩٩٥-٢٠١٦).

- نسبة الانفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية الي اجمالي الانفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية خلال الفترة (١٩٩٥-٢٠١٦):

تراوح في مصر من (٥٣.٥%- ٦٣.٩%) خلال الفترة من (١٩٩٥-٢٠١٦)، ويرجع هذا الي انخفاض الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية في مصر، مما دفع بالأفراد إلي تعويض ذلك عن طريق زيادة الانفاق الخاص (الشخصي).

المحور الخامس

قياس أثر الإنفاق علي الخدمات الصحية في النمو الإقتصادي في مصر

تبين من نتائج التحليل الإحصائي، ما يلي:

١- نتائج اختبار الفرضية البحثية، القائلة:

هناك أثر إيجابي للانفاق في قطاع الخدمات الصحية علي النمو الاقتصادي في مصر

اتضح من التحليل الاحصائي عدم صحة هذه الفرضية لبعض المتغيرات المتعلقة بالانفاق علي الصحة، وصحتها للبعض الأخر، وذلك كما في معادلة الإنحدار (Multiple regression) التالية[1]:

$$Y = -195.9 - 0.329\ X_1 - 0.970\ X_2 + 0.007\ X_4 + 2.635\ X_5 + 3.311\ X_6 + 0.432\ X_7 + 0.009\ X_8 + 0.045\ X9 + 0.253\ X_{10} - 0.304\ X_{13} + 0.272\ X_{14}$$

وبالنظر إلي معادلة الإنحدار السابقة، يلاحظ الأتي:

أ- عدم صحة الفرضية بالنسبة لمتغيرات الانفاق علي قطاع الصحة التالية (X_1, X_2):

حيث X_1 تمثل الانفاق العام علي الصحة، X_2 تمثل الانفاق الخاص علي الصحة، X_3 يمثل اجمالي الانفاق (العام+ الخاص) علي الصحة، فقد جاءت إشارة كل المعاملات سالبة، مما يعني أن هناك علاقة عكسية بين هذه المتغيرات وبين النمو الاقتصادي، وربما لا يتماشي ذلك مع افتراضات النظرية الاقتصادية، وقد يرجع ذلك إلي العديد من العوامل، أهمها عدم الاستقرار السياسي وخاصة بعد أحداث ٢٠١١، مما أدي إلي

ب- صحة الفرضية بالنسبة للانفاق علي قطاع الصحة التالي (X_4):

حيث X_4 تمثل إجمالي نصيب الفرد من الانفاق علي الصحة، فقد جاءت إشارة المعامل موجبة، ويعني أن هناك علاقة طردية بين إجمالي نصيب الفرد من الانفاق علي الصحة وبين النمو الاقتصادي، وهذا يتفق مع افتراضات النظرية الاقتصادية.

ج- تم استبعاد كل من (X_3, X_{11} X_{12}):

X_3 وهو يمثل اجمالي الانفاق (العام + الخاص) علي الصحة، X_{11} وهو يمثل الايرادات النفطية، X_{12} وهو الاستثمر الاجنبي المباشر، وذلك لعدم وجود تأثير لهما.

د- أما بالنسبة لباقي المتغيرات (X_5, X_6, X_7, X_8, X_9, X_{10}, X_{14})، فكانت العلاقة طردية، كالأتي:

X_5 وهي تمثل العمر المتوقع، جاءت إشارة المعامل بالموجب، مما يعني وجود علاقة طردية، وهذا يتماشي مع فروض النظرية الاقتصادي.

X_6: معدل الخصوبة، جاءت إشارة المعامل بالموجب، مما يعني وجود علاقة طردية، وهذا يتماشي مع فروض النظرية الاقتصادي، لأنه ينخفض من سنة لأخري.

X_7: معدل وفيات المواليد لكل (١٠٠٠) مولود حي، جاءت إشارة المعامل بالموجب، مما يعني وجود علاقة طردية، ويرجع هذا إلي تراجع هذا المعدل من سنة لأخري.

---

(1) الملحق، ص ص ١- ٩.

X_8: صافي الميزانية، جاءت إشارة المعامل بالموجب، مما يعني وجود علاقة طردية، ولن كان هذا لا يتماشي مع فروض النظرية الاقتصادي، لأن هذا العجز يتزايد من سنة لأخري.

X_9: الديون الخارجية، جاءت إشارة المعامل بالموجب، مما يعني وجود علاقة طردية، ولا يتماشي هذا مع فروض النظرية الاقتصادي لأن الديون الخارجية تتزايد باستمرار.

X_{10}: صافي الميزان التجاري، جاءت إشارة المعامل بالموجب، مما يعني وجود علاقة طردية، ولا يتماشي هذا مع فروض النظرية الاقتصادي، لأن هذا العجز يتزايد من سنة لأخري.

X_{14}: التكوين الرأسمالي. جاءت إشارة المعامل بالموجب، مما يعني وجود علاقة طردية، وهذا يتماشي هذا مع فروض النظرية الاقتصادي.

٢ – لمعرفة أكثر المتغيرات المستقلة تأثيراً علي النمو الاقتصادي (Stepwise regression):

اتضح أن المتغير (X_5) العمر المتوقع، وكذلك المتغير (X_7) وهو يمثل معدل وفيات المواليد لكل (١٠٠٠) مولود حي، والمتغير (X_{10}) صافي الميزان التجاري، هي أكثر المتغيرات المستقلة تأثيراً علي النمو الاقتصادي، ويتمثل ذلك في معادلة الإنحدار التالية:

$$Y = -309.8 + 4.09\ X_5 + 1.452\ X_7 + 0.449\ X_{10}$$

- النتائج:

أولاً: نتائج الفرضية البحثية:

١- إختبار صحة الفرضية البحثية:

تبين من البحث صحة الفرضية البحثية القائلة:

هناك أثر إيجابي للانفاق في قطاع الخدمات الصحية على النمو الاقتصادي في مصر:

اتضح من التحليل الاحصائي عدم صحة هذه الفرضية لبعض المتغيرات المتعلقة بالانفاق على الصحة، وصحتها للبعض الأخر، وذلك كما في معادلة الإنحدار (Multiple regression) التالية[1]:

$$Y_o = -195.9 - 0.329\ X_1 - 0.970\ X_2 + 0.007\ X_4 + 2.635\ X_5 + 3.311\ X_6 + 0.432\ X_7 + 0.009\ X_8 + 0.045\ X9 + 0.253\ X_{10} - 0.304\ X_{13} + 0.272\ X_{14}$$

وبالنظر إلي معادلة الإنحدار السابقة، يلاحظ الأتي:

أ- عدم صحة الفرضية بالنسبة لمتغيرات الانفاق علي قطاع الصحة التالية ($X_1, X_2, ...$):

حيث X_1 تمثل الانفاق العام علي الصحة، X_2 تمثل الانفاق الخاص علي الصحة، X_3 تمثل اجمالي الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية (عام+ خاص)، فقد جاءت إشارة كل المعاملات سالبة، مما يعني أن هناك علاقة عكسية بين هذه المتغيرات وبين النمو الاقتصادي، وربما لا يتماشي ذلك مع افتراضات النظرية الاقتصادية، وقد يرجع ذلك إلي العديد من العوامل، أهمها عدم الاستقرار السياسي وخاصة بعد أحداث ٢٠١١، مما أدي إلي تراجع الانفاق علي كافة القطاعات الخدمية، ومنها الصحة.

ب- صحة الفرضية بالنسبة للانفاق على قطاع الصحة التالي (X_4):

حيث X_4 تمثل إجمالي نصيب الفرد من الانفاق علي الصحة، فقد جاءت إشارة المعامل موجبة، ويعني أن هناك علاقة طردية بين إجمالي نصيب الفرد من الانفاق علي الصحة وبين النمو الاقتصادي، وهذا يتفق مع افتراضات النظرية الاقتصادية.

٢- دور قطاع الخدمات الصحية في رفع معدلات التنمية البشرية والاقتصادية في مصر:

فقد تبين من خلال البحث أن قطاع الخدمات الصحية قد ساهم بدور ملموس في رفع معدلات التنمية البشرية والاقتصادية، وذلك من خلال الأتي:

أ- زيادة الانفاق على الصحة والتنمية البشرية في مصر:

أدت زيادة الانفاق علي الصحة والمتمثلة في زيادة نصيب الفرد من الانفاق علي الصحة من سنة لأخري، فقد بلغ ٣٣.٤ دولار في عام ١٩٩٥ ثم ارتفع إلي ١٩١.٣ دولار في عام ٢٠١٦ إلي تحسن مؤشرات التنمية البشرية، حيث يعتبر العنصر البشري أهم عناصر الإنتاج الأربع بجانب رأس المال والتنظيم والأرض، كما يلي:

- ✓ ارتفع معدل العمر المتوقع من ٦٧.٢ سنة في عام ١٩٩٥ إلي ٧١.٤ في عام ٢٠١٦.
- ✓ انخفض معدل الخصوبة من ٣.٦ في عام ١٩٩٥ إلي ٢.٦ في عام ٢٠١٦.

---

(١) الباحث، ص ص ١-٩.

المراجع

أولاً : المراجع العربية:

١. استراتيجية تطوير ادارة الرعاية الصحية، ادارة الرعاية الصحية، التقرير النهائى، شركة هانز – أون للإستشارات الادارية مصر.

٢. إسماعيل صبرى عبد الله، التنمية البشرية، المفهوم، القياس، الدلالة. كراسات بحوث اقتصادية عربية، الجمعية العربية للبحث الاقتصادى أغسطس ٢٠٠٣.

٣. اسماعيل صبرى عبد الله، قضايا اساسية فى السياسة الاقتصادية،(القاهرة: مكتب الشرق الأوسط، منتدى الدالم الثالث، ٢٠٠٥).

٤. أشرف السيد العربى، التنمية البشرية فى مصر، دراسة وانعكاسات الوضع الحالى وامكانية تطويره مع التركيز على التعليم، رسالة ماجستير ،(جامعة القاهرة: كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، ٢٠٠٥).

٥. برنامج الأمم المتحدة الأنمائى، إدارة الحكم لخدمة التنمية البشرية المستدامة، ١٩٩٧.

٦. الحالة الصحية والخدمات في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن،٢٠٠٥.

٧. حامد عمار، التنمية البشرية فى الوطن العربى، ٢٠٠٤.

٨. حمدى الحناوى، رأس المال البشرى، (الاسكندرية: مطبوعات بيت الخبرة الوطنى، ٢٠٠٣).

٩. سامى خليل، نظرية الاقتصاد الكلى، (الكويت: الطبعة الأولى ، ١٩٩٤).

١٠.سعيد بن حمد الربيعي، التعليم العالي في عصر المعرفة، (عمان: دار الشروق ، ٢٠٠٨).

١١.طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، (الزقازيق، مكتبة القدس، ٢٠١٠).

١٢.طه عبد الله منصور ، عبد العظيم مصطفي، إقتصاديات التنمية، (الرياض: دار المريخ،١٩٩٥).

١٣. عبد الفتاح ناصف: دائرة حول التنمية البشرية، (القاهرة: المعهد القومى للتخطيط)، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، المجلد ٣، العدد الأول، ٢٠٠٦.

١٤.عزة عبد العزيز سليمان، دراسة تحليلية لمستوى الخدمات الصحية فى محافظات جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٦

١٥.على لطفى، فلسفة التنمية البشرية، بحدث مقدم فى مؤتمر مصر والقرن الواحد والعشرون.

١٦.منير بشور ،التنمية البشرية والقيم الاجتماعية والثقافية،(القاهرة، الجمعية العربية للبحوث الاقتصادية، ٢٠٠٤).

١٧.مينا زكريا، إشكاليات الإنفاق الصحى فى مصر، تقرير حول أعمال مائدة مستديرة، (القاهرة: المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، برنامج الصحة وحقوق الإنسان، ابريل ٢٠٠٩، ط١).

١٨.هبة أحمد نصار، اثر سياسات التحرير الاقتصادى على الصحة فى مصر، بحث مقدم فى مؤتمر تحرير الاقتصاد المصرى، القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاقتصادية والمالية، ١١ – ١٣ مايو ٢٠٠٦.

١٩.ويكيبديا" موسوعة علمية متاحة من خلال .http//www.wikpidia.com/ adam smith/wealth of nation .

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. China cultivates its health care industry ' gentic engineering fo biotechnology news MRY Arm liebel , ing subtitle , the risk and opportunities society under along explosion.
2. Evans RG (1997) going fro gold , the redistributive agenda market – based health care perform . j health polite policy law 22.
3. Global Strategy and Plan of action on public Health,innovation and Intcllectual property.
4. Health care system in Transition,Turkey,savas,karahan ve saka–2002.
5. Hertzw,Herbert JR,London J.sociland eneironmentd factors and lige expectancy, in fantmortality, and maternal mortality vates:result of across National compoarsion.cci Med 1994.
6. http:// www. Who.Int/phl/ news/ Cewg. Call-for- proposals. Pdf.
7. http://www.agen ziafar maco.gov.lt/En/content/indepondent.Research Drugs.
8. http://www.blglotry fund.org.uk/pub–Corp–plan 11–12pdf..health/health/airune.pdf .
9. http://www.easac.eu/file admin/pdf–reports–statments/the.pdf.
10. http://www.Joined.com/Red//impact
11. http://www.OECD.I library.org/sites/sti–scorboard–2011–en/0205// Index. html. content tybe= /NS/ Chpler,Ins.
12. https://apps.Who.Int/gb/ebwha/pdf–files/A61/A61–R21–En.pdf,accessed 5 March 2012 .
13. OECD.R&D expenditure by performing sectors,2009, (GRD).
14. Princeton university , 2007health profession retrieved june 17, 2007 from http :// word net .Princeton . edu / perl / webwn ? health % 20 profession.
15. RafehN,'Private **health Insurance in Egypt, in schieber Gj.ed in novation in health care fimancing'**, Washingtom,DC:world bank Discussion on paper No3, 1997.
16. Rannan–Eliya RP,Berman P,Elt iganiEE,de Silva1, Somanathen A,sumathiralneV, **'Expendatures for reproductive health andfamily planning services in Egypt and srilanka'**, woshington,DC: The policy project.
17. Regional health system observey,2006.
18. Robert j. Barro, **"Determinants of Economic Growth: A Cross– Country Empirical Study"**, (Cambridge, Massachusetts), (2005).
19. Roger, S. and Nawaz, S.,(2007)," **Understanding and Acquiring Technology Assets for Global Competition"**, Technovation, Vol.27,Iss.11,Nov.
20. SIXTY First World Health Assembly 19–29 May, .2008,Resolvtion WHA 610210 in document WHA 61/2008/REC/1.
21. the medical tourism, travel guide , sunrise river press , 2008.
22. The not so short , introduvtion to health care by nailnil .cheda , published in februbury , 2007 .
23. United Nations Development program (UNDP), 'Human Develoipment', **report** ,2002.
24. World Bank . World Development Indicators dalbase,washigton,Dc:W.B.2002.
25. World Bank, 'The East Asian Miracle, New York', Oxford University Press1, 1993.
26. World Bank, **'World Development Report'**, New York: Oxford University Press, 2001.
27. World health organization 2011 . table 6 : health work force , infrastructure and essential medicines ,21 july, 2011.
28. www.cairo21.org.eg.health Care–htm