

إطار مقترح لتطوير موازنة البرامج والأداء بقطاع الصحة في مصر

” دراسة تحليلية على مؤسسة افتراضية بقطاع الصحة في مصر في ضوء أهداف التنمية
المستدامة ٢٠٣٠ ”

إعداد

أ.م.د/ ياسر إبراهيم محمد داود
أستاذ مساعد الاقتصاد – قسم الاقتصاد والمالية
العامّة – ووكيل كلية التجارة لشئون التعليم والطلاب
كلية التجارة – جامعة مدينة السادات

أ.د/ رمضان عبدالحميد الميهي
أستاذ المحاسبة والمراجعة المتفرغ – قسم
المحاسبة والمراجعة
كلية التجارة – جامعة مدينة السادات

A proposed framework for implementing program and performance budgeting in the health sector in Egypt

"An analytical study on a hypothetical institution in the health
sector in Egypt in light of the 2030 Sustainable Development
Goals"

By:

Dr. Yasser Ebraheem Mohamed Dawoud

**Associate Professor of Economics and Public Finance at Faculty
of Commerce**

Vic Dean for Education and Student Affairs

University of Sadat City

Prof. Ramadan Abdel-Hameed El-Mehy

Emeritus Professor of Accounting

Faculty of Commerce, University of Sadat City

المستخلص:

تعد موازنة البرامج والأداء أداة لتبويب الموازنة العامة للدولة بحيث يعطى الإهتمام الأساسى لما تقوم به الدولة من أعمال وليس لما تشتريه من سلع أو خدمات ، والبرنامج يعنى بالتوقعات فى المستقبل وبما له من آثار اقتصادية واجتماعية ، بينما يهتم الأداء بما تم فعلا .

يعتبر تضافر المقومات المادية والبشرية للخدمات الصحية والعلاجية مجتمعة شرط ضرورى لإتاحتها وتقديمها للمواطنين فى مصر بما يتوافق مع إعتبارات المكان الملائم والزمان المناسب لإتاحتها فى أى مكان على مستوى الجمهورية ، وبدون تمييز بين مكان وآخر ومن يملك القدرة على الدفع ومن لا يملك القدرة على الدفع، كما تعتبر برامج الصحة الإنجابية والطفولة والأمومة هى المركز الرئيسى لتحقيق الغايتين الأولى والثانية من الغايات الثلاثة عشرة المتصلة بالصحة على المستوى العالمى (الغايتين الثانية والثالثة من غايات الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة) .

كلمات افتتاحية :

- ١ . موازنة البرامج والأداء .
- ٢ . وحدة الأداء .
- ٣ . الخدمات الصحية والعلاجية .
- ٤ . أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ .

Abstract

The program and performance budget is a tool for classifying the state's public budget so that primary focus is on what the state perform and not for the goods or services it purchase. The program is concerned with expectations in the future and its economic and social effects, while performance is concerned with what has actually been performed.

The combination of the material and human components of health and treatment services is a necessary condition for providing them to citizens in Egypt in the appropriate place and time, and to make them available anywhere in the state, without discrimination between one place and another, who has the ability to pay and who does not have the ability to pay. Reproductive health, childhood and motherhood programs are the main focus for achieving the first and second goals of the thirteen health-related goals at the global level (The second and the third purposes for the first goal of health goals on the national level) .

Key words:

1. Programs and performance budgeting.
2. Performance unit.
3. Health and treatment services.
4. Sustainable Development Goals 2030.

الإطار العام للبحث

١. تقديم :

تركز الأهداف الأربعة الأولى من أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ "السبعة عشر"، على إتاحة وتعظيم القدرات التمكينية المادية والكيفية لتحقيق التنمية المستدامة ، على المستوى الجزئى والكلية وذلك من خلال القضاء على الفقر والجوع وإتاحة وتوفير الخدمات الصحية والتعليمية ، ومن ثم تساهم تلك الأهداف الأربعة فى خلق البيئة المواتية والضرورية للتغلب والخروج من حلقة التخلف الاقتصادى والاجتماعى .

ومع تبني الحكومات المختلفة فى دول العالم المتقدم والنامى لخططها القومية لتحقيق التنمية المستدامة لديها ، ظهرت الحاجة لآليات وطرق وبرامج جديدة لتنفيذ ومتابعة تنفيذ أهداف التنمية المستدامة بغاياتها المختلفة والمتعددة وعلى نطاق كل هدف وكل قطاع اقتصادى فى المجتمع . ومن ضمن تلك الآليات الهامة نظام الموازنة العامة فى البلاد المعنى بتحقيق تلك الأهداف .

ومن الجدير بالذكر فى هذا السياق أن نظام الموازنة العامة الحالى فى مصر يعانى من إختلال هيكلى يكمن فى بنية ذلك النظام المعروف بنظام موازنة البنود والاعتمادات أو موازنة الرقابة ، ويأتى ذلك الإختلال كنتيجة مباشرة لعدد من السلبيات التى يمكن تلخيص بعض منها فيما يلى (شبكة المعلومات الدولية ، ٢٠٢٠) :

- صعوبة التعرف على برامج العمل والمشروعات التى تنوى الحكومة القيام بها أو تطوراتها ، وكذلك صعوبة قياس كفاءة الوحدات الحكومية المختلفة ، حيث تقتصر موازنة الرقابة على توزيع الاعتمادات المالية على مختلف الأجهزة الحكومية ، ثم تقوم بالرقابة عليها لتحديد مسؤوليتها عن أى إنحراف أو تجاوز فى تنفيذ الأعمال دون الاهتمام بالأعمال التى تنجزها الحكومة ، وكأن تنفيذ الموازنة يستهدف صرف كميات مالية على بنود محددة فى قطاعات الدولة المختلفة بغض النظر عن مخرجات أو منجزات ذلك الإنفاق ، وهو ما يؤدي إلى إهدار الأموال العامة دون تحقيق إنجازات ملموسة ، أو إعادة الصرف على نفس البنود فى سنوات متتالية .

- تقتصر الرقابة فى ظل هذا النوع من الموازونات على الرقابة الحسابية ، التى تهدف إلى التأكد من عدم تجاوز الاعتمادات مع تلك الواردة بالموازنة دون الاهتمام بالأهداف والغايات لتلك الاعتمادات الأمر الذى يعطى مساحة واسعة لنمو الفساد من خلال تأمين مستندات قانونية للنفقات دون أن يقابلها إنجازات متحققة.

- إعداد تقديرات الموازنة على أساس متوسط تقديرات عدد من السنوات المالية ، وفى ضوء الإنفاق الفعلى للسنة المالية السابقة ، فلا تعبر هذه التقديرات عن الاحتياجات الفعلية أو الإنتاجية المرجوه من الإنفاق أو الإطار الزمنى لهذه الإنتاجية ، وعلى ذلك تمثل اعتمادات المصروفات العامة قيда على حرية الجهات بعدم تجاوز المدرج فى الموازنة وإلا تعرضت للمساءلة .

- تفنقر هذه الموازنة إلى وسائل لمتابعة تنفيذ الأعمال والمشروعات وتكلفتها ومدى تحقيق أهداف الإنفاق ، إذ أن الموازنة غالبا ما تنفصل عن خطة التنمية ، حيث لا توجد آلية لضمان ربط أجهزة الموازنة بأهداف التخطيط ، مع عدم وجود معايير لقياس الأداء وتحليل التكاليف والعوائد عند توزيع الاعتمادات بين أوجه الإنفاق الحكومى ، فلا يتكامل الجهاز الحكومى للدولة ، وتعمل

الأجهزة بمعزل عن بعضها البعض ، فلا تتحقق التنمية التي استهدفتها خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

- إختلاف الوحدة التنظيمية التي تعد كل من الخطة والموازنة ، وعدم مراعاة السياسة المالية لأهداف الخطة ، وبذلك تفشل الموازنة بعد تنفيذها في إنجاز هذه الاهداف .
- إن أسلوب موازنة الرقابة يعيق تقدير الإنفاق الكلى لأغلب وظائف قطاعات الدولة ، حيث لا يمكن معرفة حجم الإنفاق الكلى على مشروع واحد تشترك في تنفيذه جهات متعددة لكل منها اعتماداتها الخاصة ، وهو ما ينتج عنه تزايد تقديرات الإنفاق العام من سنة لأخرى بما يمثل إهدارا مستمرا للموارد الدولة .

٢. الدراسات السابقة :

١-٢ : دراسة (مخدوم ، ٢٠١٩) عن : دور القيادة التحويلية في التنمية البشرية بالتطبيق على القطاع الصحى بالمملكة العربية السعودية : تناولت الدراسة مفهوم القيادة التحويلية ودورها في التنمية البشرية في القطاع الصحى بالمملكة العربية السعودية ، وهدفت الدراسة إلى :

- التعرف على الأهمية التنموية للقطاع الصحى السعودى .
- دور القيادة التحويلية في مجال التنمية البشرية في هذا القطاع .
- إبراز أهم مراحل تطور القطاع الصحى ودوره في الاقتصاد السعودى .

وتوصلت الدراسة إلى وجود تأثير إيجابى للإنفاق الحكومى على القطاع الصحى بالمملكة مع وجود دور فاعل للقيادة التحويلية في تحقيق التنمية البشرية في هذا القطاع . ولقد أوصت الدراسة بأهمية التزام بين نمو الاستثمار الكثيف في القطاع الصحى وتفعيل دور القيادة التحويلية لتنمية الموارد البشرية في القطاع الصحى بالمملكة العربية السعودية من خلال :

- تحسين كفاءة المزيد من حجم الاستثمار السعودى في القطاع الصحى وتفعيل دور القيادة التحويلية في تحقيق التنمية الاجتماعية بالمجتمع السعودى .
- ضرورة توجيه مزيد من الجهود لترسيخ القيادة التحويلية في جميع مجالات الانفاق أو الاستثمار وفي كل قطاعات التنمية .

٢-٢ : دراسة (عباس ، ٢٠١٩) عن : أثر إدراك العاملين في القطاع الصحى الحكومى لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بلوغ الأهداف " دراسة ميدانية بوادى الدواسر بالمملكة العربية السعودية " : ولقد استهدفت الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في القطاع الصحى الحكومى بوادى الدواسر لأهمية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة من أجل بلوغ الأهداف المنشودة ، كما حاولت الدراسة من خلال استبيانات الرأى تقويم التحولات التي تجربها إدارة المستشفى لإعتماد مدخل إدارة الجودة الشاملة على مستوى كافة التخصصات الوظيفية والمهنية بالمستشفى .

٢-٣ : استهدف بحث (الخولى ، ٢٠١٩) عن : نظرة تحليلية في الموازنة المصرية عام ٢٠٢٠/٢٠١٩ فى ظل خطة الدولة : الوقوف على مرتكزات أساسية تتعلق بطبيعة الموازنة العامة ، ومدى تعبيرها عن أداء

وبرامج الحكومة وأهمية توافقها مع الخطة العامة للدولة لتحقيق أهداف الخطة الرئيسية في النظم الاقتصادية المختلفة مثل:

- زيادة معدل النمو الاقتصادي .
- تخفيض العجز في الموازنة العامة للدولة وتخفيض معدل البطالة والتضخم .
- زيادة تنافسية الصادرات المصرية .
- زيادة فاعلية النشاط الحكومي وترشيد الإنفاق العام .

ولقد اقترحت الدراسة وسائل لتحسين صورة الموازنة العامة وأسلوب ربطها بالخطة ، ومن تلك الوسائل ضم الاقتصاد غير الرسمي بالاقتصاد الرسمي ، خاصة في قطاعي الدروس الخصوصية ومخالفات البناء والتشبيد وأهمية الأخذ بمفهوم الشمول المالي على نطاق واسع .

٢-٤: تناولت دراسة (الحماقي وآخرون ، ٢٠٢٠) موازنة البرامج والأداء كأحد أدوات التخطيط للنوع الاجتماعي تعريف موازنة البرامج والأداء بأنها خطة تهدف إلى تحقيق مجموعة الأهداف سواء طويلة أم قصيرة الأجل من خلال ربط تلك الأهداف بالهيكل التنظيمي للوحدة التنظيمية ، حيث يتم تقسيمها إلى اختصاصات وبرامج وأنشطة ومشروعات في ضوء التحديد الدقيق للتكاليف والعوائد المتوقعة بهدف تحقيق أقصى كفاءة ممكنة لتخصيص الموارد المتاحة . ومن هذا المنطلق تظهر حتمية تحديد مفهوم الكفاءة ، فالمقصود بالكفاءة هي القدرة على تحقيق الهدف المطلوب بأقل تكلفة ممكنة .

٢-٥: استهدفت دراسة (مشكور وآخرون ، ٢٠٢٠) عن : استخدام موازنة البرامج والأداء "أداة للتخطيط والرقابة في الوحدات الحكومية " (دراسة تطبيقية في جامعة المثني - العراق) تطوير نظام الموازنة في الوحدات الحكومية من خلال استخدام نظام موازنة البرامج والأداء بوصفها أداة للتخطيط والرقابة على الفعاليات والأنشطة وإجراء التطبيقات الضرورية لتنفيذ تلك الموازنة ، ومن ثم التقليل من الهدر في المال العام عن طريق تخفيض النفقات العامة غير الضرورية .

ولقد أظهرت نتائج الدراسة من خلال التحليل الإحصائي أن هناك قبول تام من قبل أفراد العينة لأهمية تبنى وتطبيق نظام موازنة البرامج والأداء ، كذلك أظهرت الدراسة التطبيقية بأن هناك فائدة كبيرة تحصل عليها الوحدات الحكومية الفرعية من خلال استخدام نظام موازنة البرامج والأداء لأغراض التخطيط والرقابة على استخدام الموارد المتاحة .

٢-٦: تناولت دراسة (عبدالدايم ، ٢٠١٦) : الحوكمة في الموازنة وتطبيقاتها لتحقيق التنمية المستدامة بمصر " دراسة تحليلية ٢٠٠٠-٢٠١٤ " تحليل العلاقة بين الحوكمة والموازنة العامة للدولة وبيان ما أضافه مفهوم الحوكمة من معايير من شأنها إحداث النقلة النوعية المطلوبة في أداء المؤسسات على النحو الذي يدفع مسار التنمية المستدامة في المجتمع ، كما استهدف البحث أيضا تفعيل معايير حوكمة مؤسسات الدولة القائمة على إعداد الموازنة . وكان من توصيات الدراسة إدخال تحسينات على معايير إبلاغ بيانات المالية العامة وتفعيل مبدأ الشفافية والمساءلة عن طريق الهيئات التشريعية والأجهزة الرقابية ومجالس الموازنة للهيئات المختلفة طبقا لمدخل صندوق النقد الدولي القائم على مبادئ رئيسية وهي وضوح الأدوار والمسئوليات وعلانية عملية إعداد الموازنة وإتاحة المعلومات للإطلاع أمام الرأي العام .

٧-٢: استهدفت دراسة (الحلو ، ٢٠١٧) عن : مدى توافر مقومات تطبيق موازنة البرامج والأداء في الجامعات الحكومية في فلسطين (دراسة حالة جامعة الأقصى) التعرف على مدى توفر مقومات تطبيق نظام موازنة البرامج والأداء في جامعة الأقصى ، حيث تم تحليل الأبعاد العلمية ومناقشتها والتي يتم في ضوءها إعداد الموازنة ، كما تناولت الدراسة متطلبات النظام المحاسبي والإطار التنظيمي والوظيفي اللازم لأغراض التطبيق العملي لتلك الموازنة . ولقد كان من أهم توصيات الدراسة ضرورة توجه الجامعات نحو تطبيق منهج موازنة البرامج والأداء والبدء في تطبيق هذا النوع من الموازنات في المراكز الأكاديمية أولاً (كالعمدات والكليات والأقسام) والتي تتوافر لها بيئة مهيأة للإصلاح الشامل .

٨-٢: استهدفت دراسة (عبد الفتاح وآخرون ، ٢٠١٩) عن إطار مقترح لإعداد الموازنة البيئية في الوحدات الإدارية الحكومية لتحقيق الرقابة المالية وترشيد الإنفاق : وضع إطار مقترح لإعداد موازنة البرامج والأداء البيئية وذلك بعد دراسة معوقات ومشاكل الإنفاق في الموازنة العامة وتفايدها في موازنة البرامج والأداء البيئية مع استنتاج المقومات الأساسية اللازمة لتطبيق موازنة البرامج والأداء البيئية على جهاز تنمية مدينة بدر وتحليل المعوقات التي قد تحول دون تطبيق موازنة البرامج والأداء البيئية وسبل التغلب عليها ، هذا بالإضافة لتوفير أنظمة محاسبية لتحقيق التطبيق السليم لموازنة البرامج والأداء .

وقد أوصت الدراسة بأهمية تطبيق أسلوب موازنة البرامج والأداء في الوحدات الإدارية الحكومية لأن الأسلوب المتبع حالياً (موازنة البنود والإعمادات) لا يعطي الفرصة المناسبة للاختيار والمفاضلة بين البدائل عند إعداد الموازنة ولا يعطي الفرصة المناسبة للابتكار والتجديد وإيجاد الفرص الجديدة للإرتقاء والإستدامة ، كما أوصت الدراسة بأهمية توفير الموارد المالية لتطبيق أسلوب موازنة البرامج والأداء والإستفادة من البرامج الإلكترونية المتخصصة في تخطيط الموارد الحكومية والتي تتيح الإستخدام الأمثل للموارد المتاحة وتحقيق التكامل على مستوى كافة الوحدات الإدارية الحكومية .

٩-٢: تناولت دراسة (عبد العزيز ، ٢٠٢١) تأثير تحول القطاع الحكومي من تطبيق موازنة البنود إلى تطبيق موازنة البرامج والأداء على توزيع الموارد المتاحة : فلقد أوضحت الدراسة أن تطبيق موازنة البرامج والأداء يعد تحولاً كبيراً في نظام الإدارة المالية الحكومية بما يساعد في رفع كفاءة الإنفاق الحكومي ومراقبة فاعلية الأداء وذلك بالإستغلال الأمثل لموارد الدولة وفق الأولويات المحددة من أجل تحسين معيشة المواطنين وتطوير الخدمات المقدمة إليهم وتحقيق التنمية الشاملة المستدامة .

١٠-٢: دراسة (Abewe, et.al, 2021) بشأن التحول الى موازنة البرامج في أوغندا في إطار الإصلاح لقطاع الصحة، استهدفت هذه الدراسة تقييم حالة تنفيذ موازنة البرامج PBB في قطاع الصحة في أوغندا ، بهدف تقديم اقتراحات لتعزيز تنفيذها. وقد تناولت الدراسة عملية الانتقال من موازنة المخرجات OOB إلى موازنة البرامج PBB كما قامت بتحليل هيكل الموازنة الحالي بغرض فهم الروابط بين مختلف تصنيفات الموازنة وآليات التمويل وقت توصلت الدراسة إلى مقومات الإصلاح في قطاع الصحة من خلال موازنة البرامج ، كما أشارت الدراسة الى التوافق بين تطبيق موازنة البرامج وأهداف خطة التنمية القومية في أوغندا.

١١-٢: دراسة (Dubrow, 2020) عن: موازنة الأداء "مبادرة الحكومة بأكملها"، وتناولت هذه الدراسة عملية تطور موازنة الأداء وكيفية دمج موازنة الأداء من خلال كافة الإدارات في الحكومة ومقومات نجاح هذا النوع من الموازنات، وقد استخلصت الدراسة أن الدعم المقدم من وزارة المالية والخزانة يعد أمراً حاسماً للتنفيذ الناجح لبرنامج موازنة الأداء PBB. كما أشارت الدراسة الى أن أول تأثير واضح لموازنة الأداء PBB هو في مرحلة صياغة الموازنة، ومع ذلك، تحتاج موازنة الأداء PBB إلى أن تمتد إلى مرحلة التنفيذ أيضاً حتى تتمكن الحكومة من تتبع النفقات حسب النتيجة. ويعد أفضل سيناريو هو أن تقرير نهاية العام أو

التقرير النهائي خلال العام يعرض النفقات حسب البرنامج في شكل يتوافق مع وثائق الموازنة السنوية حيث يسمح هذا بإجراء مقارنة واضحة بين النتائج المتوقعة والفعلية. وقد أشارت الدراسة أنه على الرغم من اعتماد موازنة الأداء، لا تزال بعض البلدان، مثل ماليزيا، تعاني من سوء الإدارة المالية، وقد يرجع ذلك إلى سببين هما: إما أن هناك قيود متصلة على ما يمكن أن يحققه **PBB**، أو أن هذه الحالات تعكس التنفيذ غير الكامل لـ **PBB**.

١٢-٢: دراسة (Ssekitoleko, 2020) عن: تعزيز الموازنة من أجل التنمية المستدامة: انتقال أوغندا من الموازنة القائمة على المخرجات إلى الموازنة القائمة على البرامج، استهدفت الدراسة تسليط الضوء على فوائد وتحديات تطبيق موازنة البرامج في أوغندا، وقد استنتجت الدراسة أن تطبيق نهج الميزانية الجديد القائم على البرامج واجه العديد من التحديات، بما في ذلك البنية التحتية غير الملائمة، فضلاً عن الإنترنت غير المستقر والطاقة، وخلصت الدراسة إلى أن تطبيق موازنة البرامج أدى إلى تعاون أفضل بين وزارة المالية والتخطيط والتنمية الاقتصادية والوكالات والوزارات والحكومات المحلية الأخرى التي تنفذ نفقات الميزانية. بالإضافة إلى ذلك، تعمل أنظمة الوظائف على تقليل عبء العمل على المستخدمين. كما عمل النظام الجديد على مواعمة الموازنات مع الأهداف الاستراتيجية الوطنية بشكل أوثق وزيادة تحسين تقديرات الموازنة.

١٣-٢: دراسة (Malagy, Alian, 2017) نظام ميزانية البرامج والأداء في مؤسسات القطاع العام: دراسة تحليلية في سياق المملكة العربية السعودية، تعد الدراسة امتداداً للأبحاث التي أجريت في البلدان النامية فيما يتعلق بتنفيذ "نهج الموازنة الواحدة" المعروف باسم "نظام موازنة البرنامج والأداء PPBS". تركز الدراسة على الدعم الذي قد تجده في حالة اعتماد "شكل الموازنة" من قبل "مؤسسات القطاع العام" في المملكة العربية السعودية، وتستكشف الدراسة العديد من الأبعاد مثل الإلمام والقبول وقابلية اعتماد **PPBS**، و "درجة مساهمة نظام المحاسبة الذي تتبعه مؤسسات القطاع العام" لاعتماد **PPBS**، والفوائد التي يمكن تحقيقها والعقبات التي ربما يمكن مواجهتها إذا تم هذا المنهج للموازنة المعتمدة من قبل مؤسسات القطاع العام "بمنطقة الخرج. توصلت الدراسة إلى النتائج الرئيسية التالية، هناك معرفة وفهم عادل لـ **PPBS** من قبل المديرين الماليين والمحاسبين العاملين في مؤسسات القطاع العام"، نظام المحاسبة الذي تتبعه "مؤسسات القطاع العام" يساهم في اعتماد **PPBS** بنجاح، وهنا يمكن الحصول على بعض الفوائد أثناء اعتماد **PPBS** من قبل مؤسسات القطاع العام وأخيراً تم اكتشاف بعض العقبات التي تقف حجرة عثرة لاعتماد **PPBS** في مؤسسات القطاع العام "في منطقة الخرج بشكل فعال.

١٤-٢: دراسة (Liwaul, Ninik, 2017) تحليل تنفيذ نظام الموازنة على أساس الأداء في تحسين الفعالية التنظيمية، هدفت هذه الدراسة إلى:

- ١) دراسة وتحليل تنفيذ نظام الموازنة على أساس الأداء في الأمانة العامة الإقليمية لمقاطعة واكاتوبي.
- ٢) تحليل الفعالية التنظيمية في الأمانة الإقليمية لمنطقة واكاتوبي.

وتمثل مجتمع الدراسة في جميع الموظفين في الأمانة الإقليمية لولاية واكاتوبي، وتم تحديد المتغيرات من خلال طريقة أخذ العينات الهادفة باستخدام المعايير التالية:

- معرفة سياسة المشاركة في أداء الموازنة القائمة على الأداء.
- التعرف على سياسة الموازنة على أساس الأداء.
- المشاركة بشكل مباشر في تنفيذ الميزانية على أساس الأداء.

وتم جمع البيانات باستخدام أساليب المقابلة والتوثيق، كما تم تحليل بيانات البحث وصفيًا ونوعيًا. وأظهرت النتائج ما يلي:

- تم تطبيق الموازنة القائمة على الأداء في الأمانة الإقليمية لمنطقة واكتوبى بشكل متنسق وفقًا لقواعد الحكومة المركزية ولوائح وزارة المالية، والتي تشمل كل شيء من تحديد الرؤية والرسالة وتحديد البرامج والأنشطة، وصياغة مؤشرات الأداء، وتحديد معايير التكلفة والإنفاق على الأنشطة وإعداد التقارير.

- أكدت الدراسة أن إنجاز الأداء في الأمانة العامة الإقليمية لمنطقة واكتوبى فعالاً للغاية.

٣. مشكلة البحث : تتبلور المشكلة البحثية في النقاط التالية :

أ. يعاني نظام الموازنة العامة في مصر من إختلال هيكله يكمن في بنية ذلك النظام المعروف بنظام موازنة البنود والاعتمادات أو موازنة الرقابة ، ويأتي ذلك الإختلال كنتيجة مباشرة لعدد من السلبيات في التقدير للبنود الإيرادات والنققات والتنفيذ والرقابة .

ب. تعتبر الإختلالات الهيكلية والمؤسسية والوظيفية بقطاع الصحة المصرى على مدار العقود السبعة الماضية أهم الأسباب الرئيسية لتلك العقبات والتحديات التي تواجه الإتاحة الدائمة والفاعلة للخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين .

ج. توجد صعوبة عملية لقياس فعالية الخدمات الصحية والعلاجية المتاحة للمواطنين في المؤسسات الصحية والعلاجية العامة والخاصة على مستوى الجمهورية ، وذلك في ظل تطبيق نظام موازنة البنود والاعتمادات ، حيث أن فعالية الخدمات الصحية والعلاجية ترتبط بالمكان والزمان والكيفية التي يتم بها إتاحة تلك الخدمات للمواطنين .

د. صعوبة تحديد وحدة الأداء التي تقاس بها إنجازات البرامج الحكومية ، في قطاع الخدمات الإجتماعية المقدمة للمواطنين ومنها الخدمات الصحية والتعليمية ، تحديداً دقيقاً وذلك للحكم على كفاءة الأداء وتحقيق الأهداف .

٤. فروض البحث : يحاول البحث إختبار الفروض التالية :

أ. موازنة البرامج والأداء ليست مجرد أداة تخطيطية وإنما هي أيضا أداة رقابة إيجابية يمكن عن طريقها بيان مدى الكفاءة في تحقيق الإنجازات خلال الفترات المختلفة .

ب. الخدمات الصحية والعلاجية على المستوى القومى والعالمى مساهم رئيسى فى تحقيق أهداف التنمية المستدامة الأخرى ، كما أن الصحة تستفيد من التقدم المحقق فى الأهداف الأخرى .

ج. تتطلب الإتاحة الدائمة للخدمات الصحية والعلاجية فى دولة ما تضافر العديد من المقومات المادية والبشرية.

د. برامج الصحة الإنجابية والطفولة والأمومة هى المرتكز الرئيسى لتحقيق الغايتين الأولى والثانية من الغايات الثلاثة عشرة المتصلة بالصحة على المستوى القومى والعالمى .

٥. أهداف البحث : في ضوء الفروض البحثية يحاول البحث تحقيق الأهداف التالية :

- تناول ماهية موازنة البرامج والأداء والمراحل التاريخية لتطبيقها ومقومات التطوير ومزايا ومشاكل التطبيق .
- مظاهر الإهتمام العالمى والقومى بالخدمات الصحية والعلاجية فى إطار أهداف التنمية المستدامة .
- أهم الإختلالات الجوهريّة بقطاع الصحة المصرى .
- نموذج مقترح لتطبيق موازنة البرامج والأداء بالتركيز على برامج وأنشطة الطفولة والأمومة .

٦. أهمية البحث : ترجع أهمية البحث للنقاط التالية :

- أن تحديد البرامج والأنشطة يمكن الحكومة من توزيع الموارد المتاحة على الاستخدامات البديلة بطريقة تكفل التوصل إلى أقصى درجة ممكنة من الكفاءة والفعالية .
- يركز البحث على قطاع الصحة فى مصر ، ومن ثم يركز على مرتكز رئيسى لتحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة وخاصة الغائتين الأولى والثانية المتعلقتين بالأمومة والطفولة .
- يقدم البحث تصور مقترح لخطوات إعداد موازنة البرامج والأداء بالتطبيق على إحلال وتجديد مستشفى مركزى.
- يحاول البحث تقديم مقترح لتطبيق موازنة البرامج والأداء لتحقيق أهداف وبرامج الصحة الانجابية والطفولة والأمومة ، ومن ثم الوصول للتكلفة المتوقعة لوحدة الأداء وهى الأم (عدد الأمهات) .

٧. منهج البحث ومصادر بياناته :

- يعتمد البحث على المنهج الاستقرائى بالإضافة إلى استخدام الأسلوب التحليلى من خلال البيانات والمعلومات المتوافرة ، وكذلك الاستنتاج المنطقى لأبعاد المشكلة . وتم الاعتماد على مصادر البيانات من :
- التقارير والمنشورات المختلفة للجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء .
 - وزارة المالية .
 - وزارة التخطيط .
 - معهد التخطيط القومى .
 - الفرع الإقليمى بالقاهرة لمنظمة الصحة العالمية .
 - شبكة المعلومات الدولية .

٨. هيكل البحث : سيتم تناول البحث حسب التسلسل التالى :

- أولا : موازنة البرامج والأداء " الماهية ... المقومات مزايا ومشاكل التطبيق " .
- ثانيا : الغايات الرئيسية لقطاع الصحة فى أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ على المستوى الدولى والقومى .

ثالثا : الملامح الرئيسية للقدرات المادية والبشرية للخدمات الصحية والعلاجية في مصر .

رابعا : مقترح لإعداد الموازنة الإستثمارية (الباب السادس) في ظل موازنة البرامج والأداء بالتطبيق على إحلال وتجديد مستشفى مركزى .

خامسا : مقترح لإعداد الموازنة الجارية في ظل موازنة البرامج والأداء (دراسة حالة).

سادسا : الخاتمة وتشمل النتائج والتوصيات .

أولا : موازنة البرامج والأداء " الماهية ... المقومات مزايا ومشاكل التطبيق "

١. ماهية موازنة البرامج والأداء:

يسعى تبويب الموازنة بالشكل التقليدى (موازنة البنود) إلى تبويب المصروفات بحسب نوعها والجهات القائمة بالتنفيذ ، أى اهتمامه بالبعد الرقابى بشكل واضح ، ولكنه لا يركز على الأهداف المطلوبة من وراء الإنفاق الحكومى ولا يعبر عن البرامج والأنشطة الحكومية وهو البعد الإدارى للموازنة . وعندما تزايدت المشاكل التى تواجهها الحكومات أثناء أدائها وخصوصا فى أثناء الحرب العالمية الثانية وما بعدها ، أصبح من الأفضل الاهتمام بتحديد البرامج وإتباع منهج يوضح الخدمات وكيفية توزيعها بطريقة عادلة وبشكل يمنع الإسراف والضياع ويربط تكاليف كل خدمة بالمنافع التى تعود على المجتمع من ورائها ، ولقد استحدث منهج البرامج والأداء لتحقيق هذه الأهداف ، وبدأت الدول أوروبا الغربية فى استخدامه فى بداية أربعينيات القرن الماضى وما بعدها مع تطويره باستمرار ليتلائم مع تطور الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية لتلك الدول .

وتعد موازنة البرامج والأداء أداة لتبويب الموازنة العامة للدولة بحيث يعطى الاهتمام الأساسى لما تقوم به الدولة من أعمال وليس لما تشتريه من سلع أو خدمات ، وبمعنى آخر فهى تحول اهتمام المسؤولين من مجرد وسائل العمل وأنماط الإنفاق الواجب الإلتزام بها إلى العمل المطلوب تنفيذه ، وبذلك فإن تبويب الموازنة يصبح تبويبا طبقا للبرامج والمشروعات والأنشطة المسندة للوحدات الإدارية بالدولة وليس بالضرورة تبويبا حسب نوع المصروف مثل الإنفاق على الأجور والمستلزمات السلعية والمستلزمات الخدمية وشراء المعدات . ويقصد بتبويب الأداء : تجميع مشتريات الحكومة ليس فقط حسب نوعها ولكن حسب أوجه النشاط التى تخدمها المشتريات ، أى أنه يعتمد على طريقة التبويب الوظيفى فينظر إلى المشتريات على أنها عوامل فى أوجه النشاط تربط المشتريات بالأهداف المنجزة وذلك فى إطار برنامج محدد .

ويتطلب هذا المنهج تحويل النشاط الحكومى إلى برامج تشمل أوجه النشاط المختلفة ، فتعد كل وزارة برامج تتعلق بنشاطها وقد تشارك مع وزارات أخرى فى إعداد برامج مشتركة ، وتقوم وحدات الأداء التابعة للوزارة بالتنفيذ وتعتبر مسئولة عن ذلك الجزء المنوط بها ، وتحدد تكاليف ذلك الجزء الخاص بكل وحدة أداء وذلك من خلال الفترات المتعاقبة والمقترح بتنفيذ البرنامج خلالها ، وقد تطول هذه الفترات إلى عدد من السنوات وبذلك فإن البرنامج يعنى بالتوقعات فى المستقبل وبما له من آثار اقتصادية واجتماعية ، بينما يهتم الأداء بما تم فعلا (الميهى ، ٢٠١٩) .

ولاشك أن تحديد البرامج والأنشطة يمكن الحكومة من توزيع الموارد المتاحة على الاستخدامات البديلة بطريقة تكفل التوصل إلى أقصى درجة ممكنة من الكفاءة ، ومن ناحية أخرى نجد أن تحديد الأهداف المزمع تحقيقها خلال فترة معينة أمر ضرورى لتحديد الاحتياجات على أساس علمى سليم ودون حاجة إلى الاجتهاد والتقدير الجزافى ، الأمر الذى يجعل من تقدير الموازنة أساسا سليما يمكن الاعتماد عليه فى الحكم على كفاءة الأداء ومن ثم ترشيد الإدارة الحكومية ، وعلى ذلك نجد أن موازنة البرامج والأداء ليست مجرد أداة تخطيطية وإنما هى أيضا أداة رقابية إيجابية يمكن عن طريقها بيان مدى الكفاءة فى تحقيق الإنجازات خلال الفترات المختلفة.

٢. مقومات موازنة البرامج والأداء :

- يعتمد هذا المنهج في إعداد الموازنة على ضرورة توافر المقومات الآتية :
- أ. تحديد وظائف الدولة وترجمتها في شكل أهداف محددة يرتبط تحقيقها بفترات زمنية .
 - ب. تحديد وحدات المنتج النهائي للخدمات حتى يمكن إجراء القياس السليم ومحاسبة المسؤولين .
 - ت. تحديد مراكز الأداء والتكلفة التي يمكن أن تنسب إليها عنصر التكلفة .
 - ث. تصميم نظام محاسبي للتكاليف واتباع أساس الاستحقاق في معالجة المصروفات .
 - ج. وضع معايير ومقاييس للأداء قد تكون معايير اقتصادية توضح الاستخدام الأمثل للموارد ، وقد تكون معايير كمية أو معايير مالية ، وقد تكون معايير اجتماعية تقيس مدى قيام الوحدة بمسئوليتها الاجتماعية مثل مدى إحساس الجماهير بالخدمات التي تؤديها الحكومة وقد تتميز بصعوبة التحديد .
 - ح. وضع نظام للتقارير الدورية للمراحل التي يتم تنفيذها وتكلفة كل مرحلة .
 - خ. وضع نظام لتحليل التكاليف وربطها مع المنفعة للمساعدة على تقييم الأداء .

٣. الفرق بين موازنة البرامج وموازنة الأداء :

هناك فروق واضحة بين موازنة البرامج وموازنة الأداء يمكن بلورتها من خلال الأمرين التاليين :

الامر الأول : الارتباط بالمستوى الإداري :

يتعلق البرنامج عادة بمستوى إداري أعلى من المستوى الذي تتطلبه موازنة الأداء ويلزم تنفيذه عادة تشغيل أكثر من وحدة من وحدات الأداء ، ويعني ذلك أن البرنامج الواحد يحتوى على عدد معين من وحدات الأداء ، فمثلا كل وظيفة مسؤولة عن برنامج معين ، يتبعها عدد من وحدات الأداء ، هذه الوحدات هي المسؤولة عن تنفيذ البرنامج ، أى أن مراكز الأداء وسيلة إدارية بحته للرقابة على مستوى الوحدات التي تقوم بالتنفيذ الفعلى.

الأمر الثانى : الارتباط بالعنصر الزمنى :

ترتبط موازنة البرامج عادة بالمستقبل ، ذلك لأنها بطبيعتها نتجة نحو المستقبل وموضوعها هو السياسة الاقتصادية والاجتماعية للدولة ، اما موازنة الأداء فترتبط بالماضى وما تم فيه من انجاز (أداء) مع الاستناد على الانجاز الماضى فى إعداد التقديرات المستقبلية ، وفى نفس الوقت يتم اتخاذ معدلات الأداء التي حدثت فى الماضى كأساس فى إعداد أو تقدير معدلات الأداء المستقبلية ، وكذلك من حيث أسبقية أو أولوية الإعداد حيث أن موازنة البرامج يجب أن تكون أسبق فى الإعداد من موازنة الأداء ، إذ أن تحديد البرامج يعتبر بمثابة الهيكل أو الإطار الذى يتم قياس الأداء تبعاً له.

وبناء عليه يتم التمييز بين موازنة البرامج وموازنة الأداء يقوم على أساس أن الأولى تمثل اداة تخطيطية فى حين أن الثانية تمثل أداة لتنفيذ البرنامج من خلال تحديد وحدات الأداء وتكلفة الأداء فى محاولة لتحقيق الكفاءة الإنتاجية للاستخدامات ، ومن ثم تعد موازنة البرامج وتشمل بداخلها موازنة الأداء .

٤. أسس تبويب موازنة البرامج والأداء :

يعتمد التبويب الواجب اتباعه على أساس تحديد الوظائف والبرامج والأنشطة التي تؤدي إلى تجميع العمليات المختلفة بحسب مساهمتها فى الناتج النهائى لأعمال الحكومة ، ولذلك فإن هيكل التبويب فى موازنة البرامج والأداء يقوم على تحديد كلا من :

٤-١: **الوظائف** : فالتبويب بحسب الوظائف هو بيان الأعمال أو الأهداف الرئيسية التي تسعى الحكومة لتحقيقها مثل التعليم والصحة والزراعة وغيرها من الأهداف والأنشطة الإقتصادية والاجتماعية والسياسية بالمجتمع .

٤-٢: **البرامج** : والتبويب بحسب البرامج يسعى لتوضيح الخطوط العريضة للبرامج والمشروعات الرئيسية تحت كل وظيفة من الوظائف ، وتبين البرامج المنتج النهائي للعمل الحكومي وقد يقسم كل برنامج رئيسي إلى عدد من البرامج الفرعية وتمثل هذه البرامج الفرعية مجموعة الأعمال الرئيسية التي تشارك في تحقيق البرنامج الرئيسي وقد يحدد هذا التفريع للبرنامج الرئيسي على أساس نوع النشاط المنجز أو التوزيع الجغرافي أو طبيعة وصفة العمل أو نوع الخدمة أو المستفيدين أو ماشابه ذلك بما يتلائم مع طبيعة كل برنامج فرعي ، فمثلا برنامج زيادة الرقعة الزراعية يمكن أن يقسم إلى البرامج الفرعية التالية :

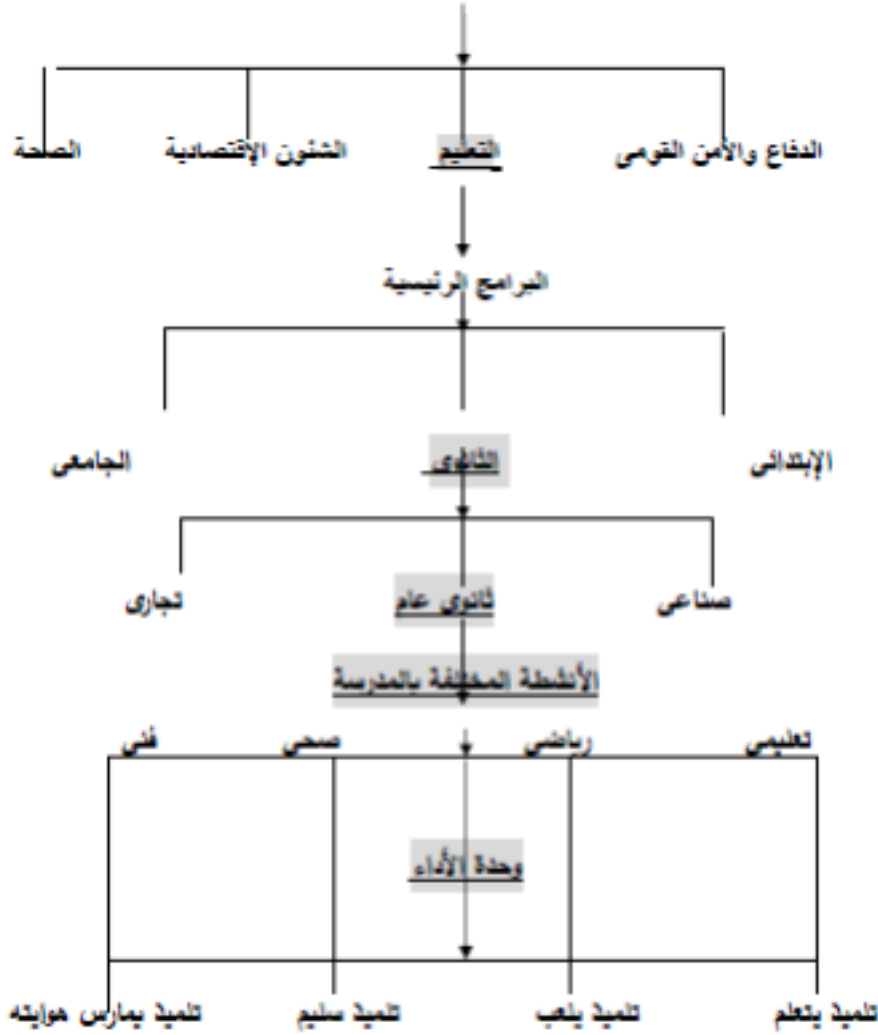
استصلاح الأراضي ، تحسين التربة ، التشجير ،إلخ .

٤-٣: **الأنشطة** : يقسم كل برنامج رئيسي أو فرعي إلى مجموعة من الأنشطة حيث يعبر كل نشاط عن نوع متجانس من الأعمال الهدف منه هو المساهمة في تحقيق المنتج النهائي للبرنامج ، وهذا التقسيم للبرامج يساعد على توضيح المهام المحددة للوحدات التنفيذية في الإدارة الحكومية والتي يطلق عليها مراكز النشاط ، الأمر الذي يساعد على إتخاذ القرارات الإدارية وتقييم الأداء لكل مركز من مراكز النشاط .

والشكل التوضيحي التالي رقم (١) يبين هيكل التبويب في موازنة البرامج والأداء :

شكل (١)

الوظائف



المصدر: العبدى، رمضان (٢٠١٩) - المجلة الحكومية "المناظر... التطلعات" - كلية التجارة - جامعة مدينة السادات - مطبعة أكتوبر الهندسية - ص ٥٩.

٥. مزايا ومشاكل تطبيق موازنة البرامج والأداء :

١/٥ : مزايا استخدام موازنة البرامج والأداء : يتيح تطبيق موازنة البرامج والأداء العديد من المزايا نذكر منها :

- أ. تعطى الموظفين والعاملين فى مختلف الوحدات الإدارية الحكومية الفرصة لتفسير وتبرير جهوداتهم نحو المجتمع الذين يعملون فيه بشكل واضح .
- ب. تعظيم جودة الخدمات العامة التى تؤديها الحكومة والهيئات العامة ويتبع ذلك رفع فاعلية وجدوى الموارد المستخدمة (على ، ٢٠٢٠) .
- ت. أن تقديم موازنة تعرض على مجلس النواب فى صورة برامج مختلفة وتكاليف لإعتمادها خير من تقديم موازنة مقسمة على اعتمادات موزعة على أبواب الصرف حسب الغرض .
- ث. تقدم موازنة البرامج والأداء مبررا لطلب اعتمادات إضافية أو فرض ضرائب جديدة طالما أن كل برنامج موضوع له تكاليفه الخاصة والتى يشترط توافرها حتى يمكن تنفيذ البرنامج ، وبالتالي تشعر السلطة التشريعية بإطمئنان أكثر متى قدم لها مبرر لفرض ضرائب إضافية فى شكل برنامج أو نشاط أو عمل محدد تقوم به الحكومة بدلا من الاقتصار على بيان للمصروفات تحت الأبواب المختلفة ، أى أن موازنة البرامج والأداء تحاول تفسير طلب الأموال الإضافية .
- ج. يؤدى تطبيق موازنة البرامج والأداء إلى تغيير مفهوم الرقابة ، وتصبح عملية الرقابة والمتابعة عملية فعالة حيث تركز اهتمامها على ما تم انجازه من أعمال وأهداف للبرامج المنفذه ، وليس على ماتم صرفه من نفقات .
- ح. يمكن أن يؤدى إتباع موازنة البرامج والأداء إلى خفض فى تكاليف إنجاز العمليات الحكومية ، ذلك لأن تكاليف الإنجاز ستكون مرتبطة ببرنامج له أهداف محددة ومحسوبة مقدما ، وبالتالي يمكن التغلب على أى نواحي للاسراف أو الضياع عند القيام بالتنفيذ الفعلى .

٢/٥ : مشاكل تطبيق موازنة البرامج والأداء :

حتى تطبق موازنة البرامج والأداء تطبيقا سليما يجب توافر المرتكزات الثلاثة التالية :

- أ. تحديد وحدات الأداء التى تقاس بها إنجازات البرامج الحكومية تحديدا دقيقا وذلك للحكم على كفاءة الأداء وتحقيق الأهداف .
- ب. تحديد أولويات التنفيذ للبرامج الموضوعه طبقا للموارد المتاحة .
- ت. توافر العناصر البشرية والأصول البشرية للوحدات الإدارية ، التى تستطيع وضع البرامج وبالتالي تستطيع تنفيذ البرامج بالكفاءة المقدره .

وتمثل تلك المرتكزات الثلاث مشكلة وعقبة عند تطبيق موازنة البرامج والأداء وذلك لما يلى :

- بالنسبة للمركز الأول : نجد أن بعض أوجه النشاط الحكومى ، إن لم يكن أغلبها ، لا تتوافر فيها مقاييس مادية ملموسة يمكن قياسها كميا أو ماليا ، فكيف يمكن وضع مقاييس لها لقياس كفاءة الأداء فيها ، وبناء على ذلك فقياس إنجازات البرامج الحكومية يصبح أمر صعب المنال فى كثير من الأحوال.

- بالنسبة للمركز الثاني : يواجه القائم بإعداد خطة الموازنة طبقا لمنهج البرامج والأداء مشكلة تحديد أولويات التنفيذ للبرامج المختلفة لأن ذلك يتطلب الموازنة بين :
 - أثر البرامج المنفذة على المستوى الاقتصادي والاجتماعي .
 - مجموع الأثار الكلية لمجموعة البرامج على المستوى الاقتصادي والاجتماعي .

فقد يكون هناك برنامج ذو أثر فعال على الناحية الاقتصادية والاجتماعية لكن الأثر الكلي لهذا البرنامج قد يكون معوقا لتنفيذ برامج أخرى ، فمثلا وضع برنامج لإنشاء طريق جديد أو تعبيد طرق قائمة لرفع كفاءة النقل قد يكون معوقا لبرنامج يهدف إلى خفض معدلات الحوادث على الطرق .

- بالنسبة للمركز الثالث : نجد أن البرامج المختلفة حتى نستطيع تنفيذها وتحقيق أهدافها ، يتطلب ذلك توافر نوعيات وكفاءات بشرية قد لا تتوافر لدى جميع الوحدات الإدارية ، وهذا يشكل معوق في سبيل تطبيق موازنة البرامج والأداء ، وبالتالي فإن الأمر يتطلب القيام بدورات تدريبية للقائمين على تنفيذ البرامج المختلفة ومن ثم فإن تكاليف التدريب يجب أخذها في الاعتبار عند قياس تكاليف البرامج المختلفة حتى نستطيع قياس تكاليف البرامج قياسا سليما .

ثانيا : الغايات الرئيسية لقطاع الصحة في أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ على المستوى الدولي والقومي

١. تمهيد :

توفير وإتاحة الخدمات الصحية والعلاجية لمواطني دولة ما من المهام الرئيسية للحكومات المركزية والفيدرالية في غالبية دول العالم ، المتقدم منها والنامي أو على مستوى الدول الأقل نموا ، كما تعتنى كافة الوحدات التنظيمية والوظيفية في دولة ما بتوفير وإتاحة الخدمات الصحية والعلاجية لمواطنيها سواء على مستوى الحكومة المركزية أو المحافظات والمدن والقرى بالدولة المعنية . ولقد واجهت وتواجه حكومات الدول النامية ومن بينها مصر بعجز مصادر التمويل المحلية عن تلبية الاحتياجات المتزايدة لمواطنيها من الخدمات الصحية والعلاجية ، على مدار تجربتها التنموية منذ منتصف القرن العشرين وحتى الآن ، سواء ارتبط هذا العجز بالنفقات التشغيلية والجارية أو النفقات الاستثمارية اللازمة والضرورية لاستدامة تقديم الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين في ظل :

- التزايد المستمر لعدد السكان .
- نقص الإمكانيات المادية والرأسمالية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية والعلاجية بالطريقة الملائمة وفي الوقت المناسب .
- ضعف الإمكانيات التكنولوجية المحلية عن متابعة ومواكبة التطورات العلاجية والإستشفائية العالمية
- ضآلة الإعتمادات الحكومية المخصصة لقطاع الصحة ، واستحواذ الأجور والمكافآت على ما يقارب من ٦٠٪ من تلك الإعتمادات الحكومية (وزارة المالية - الحساب الختامة للدولة في سنوات متعاقبة) .

٢. الاهتمام العالمي بتوفير الخدمات الصحية والعلاجية :

جاء الاهتمام العالمي بالخدمات الصحية والعلاجية في مركز متقدم ضمن أهداف التنمية المستدامة ، ٢٠٣٠ السبعة عشرة ، فقد جاء الهدف الثالث من ضمن تلك الأهداف " الصحة الجيدة والرفاه " و غاياته الثلاثة عشرة على النحو الذى يوضحه الجدول التالى رقم (١) :

جدول رقم (١)

الغايات الثلاثة عشرة المتصلة بالصحة فى ظل الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة

البنء	الغاية
١-٣	خفض النسبة العالمية لوفيات الأمهات إلى أقل من ٧٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠٠٠ مولود حى بحلول عام ٢٠٣٠
٢-٣	وضح حد لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التى يمكن تفاديها بحلول عام ٢٠٣٠ ، بسعى جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى ١٢ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حى ، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى ٢٥ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حى .
٣-٣	وضح حد لأوبئة الايدز والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض السارية الأخرى بحلول عام ٢٠٣٠ .
٤-٣	تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول عام ٢٠٣٠ .
٥-٣	تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد ، بما يشمل تعاطى مواد الإدمان وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك .
٦-٣	خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على المستوى العالمى إلى النصف بحلول عام ٢٠٢٠ .
٧-٣	ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية ، بما فى ذلك خدمات تنظيم الأسرة والمعلومات وأنشطة التوعية الخاصة بتنظيم الأسرة ، وإدماج الصحة الإنجابية فى الإستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام ٢٠٣٠ .
٨-٣	تحقيق التغطية الصحية الشاملة ، بما فى ذلك الحماية من المخاطر المالية ، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية الجيدة والمأمونة والفعالة والميسورة التكلفة .
٩-٣	الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلويث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام ٢٠٣٠ .
١٠-٣	تعزيز تنفيذ الإتفاقيه الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ فى جميع البلدان ، حسب الإقتضاء .
١١-٣	دعم البحث والتطوير فى مجال اللقاحات والأدوية الخاصة بالأمراض السارية وغير السارية التى تتأثر بها البلدان النامية فى المقام الأول ، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة ، وفقا لإعلان الدوحة بشأن الإتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة ، الذى يؤكد حق الدول النامية فى الإستفادة بالكامل من الأحكام التى ترد فى الإتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية وتتعلق بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العمومية ، ولاسيما العمل من أجل حصول الجميع على الأدوية .

١٢-٣	زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية ، وبخاصة في أقل البلدان نموا والدول الجزرية الصغيرة النامية ، زيادة كبيرة .
١٣-٣	تعزيز قدرات جميع البلدان ، ولاسيما البلدان النامية ، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية .

المصدر : شبكة المعلومات الدولية في ٢٠٢٠/٩/١٦ : موقع منظمة الصحة العالمية – المجلس التنفيذي – الدورة الثامنة والثلاثون بعد المائة – البند (٧-٢) من جدول الأعمال المؤقت " الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ " – تقرير الأمانة – م ت ١٤/١٣٨ - ١١ كانون الأول / ديسمبر ٢٠١٥ ص ١٣.

وغايات قطاع الصحة المرتبطة بأهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ لا تنظر إلى الصحة على أنها، ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار ، بل أن الصحة ومحدداتها تؤثر بموجبه في الأهداف والغايات الأخرى وتتأثر بها ، نظرا لكونها جزءا لا يتجزأ من التنمية المستدامة ، وفي هذا السياق نود أن ننوه أن بعض المعلقين أشاروا إلى أن الصحة قد "منيت بخسارة" أو أن مكانتها قد تراجعت مقارنة بما كانت عليه في الأهداف الإنمائية للألفية ، حيث كانت ثلاثة أهداف من أصل ثمانية معنية بالصحة ، إلا أن الرد على ذلك فحواه كالتالي (شبكة المعلومات الدولية، ٢٠٢١) :

"قد صممت أهداف التنمية المستدامة كافة لتكون شاملة ، وتكتسب الروابط المتبادلة والشبكات التي تنطوي عليها الأهداف الأهمية نفسها التي يكتسبها كل هدف على حدة ، وعلاوة على ذلك ، فإن أهمية الحد من عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينها قد أقر به صراحة كهدف في حد ذاته من أهداف التنمية المستدامة (الهدف ١٠) وهو ينطبق على جميع الأهداف الأخرى بما فيها الصحة ، وجود هدف واحد خاص بالصحة هو أمر منطقي ولا يقلل من أهميتها فقد وضعت الصحة كمساهم رئيسي في أهداف التنمية المستدامة الأخرى ، فمن دون الصحة يتعذر تحقيق العديد من تلك الأهداف كما أن الصحة تستفيد من التقدم المحقق في الأهداف الأخرى" .

والجدول التالي رقم (٢) يوضح الغايات المدرجة في الهدف الثالث الخاص بالصحة على نحو يميز بين الغايات التي عززت ورحلت من الأهداف الإنمائية للألفية وتلك التي أضيفت وتلك التي يشار إليها بوصفها " وسيلة تنفيذ " محددة والهدف ١٧ هو هدف شامل يعنى بوسائل التنفيذ التي تتعلق بجميع الأهداف الأخرى وهو يغطي التمويل ، والشراكة وتقييم التكنولوجيا والبيانات الخاصة بها والرصد والمسائلة ، ومن النقاط السلبية في أهداف التنمية المستدامة الخاصة بقطاع الصحة هو خلوها من إحدى الأولويات القيادية لمنظمة الصحة العالمية وهي مقاومة مضادات الميكروبات :

جدول (٢)

إطار الأهداف والغايات الصحية فى خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠

ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية فى جميع الأعمار		
الغاية ٣-٨ : تحقيق التغطية الصحية الشاملة ، بما فى ذلك الحماية من المخاطر المالية ، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة		
أ. البرنامج غير المكتمل للأهداف الإنمائية للألفية	ب. الغايات الجديدة فى أهداف التنمية المستدامة	ج. الغايات التى تعد وسائل تنفيذ فى أهداف التنمية المستدامة
<p>٣-١: خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية</p> <p>٣-٢: وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال التى يمكن تفاديها .</p> <p>٣-٣: وضع نهاية لأوبئة الأيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبدى الوبائى والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى .</p> <p>٣-٧: ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية</p>	<p>٣-٤: تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض المعدية وتعزيز الصحة والسلامة العقلية</p> <p>٣-٥: تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد وعلاجها .</p> <p>٣-٦: خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف .</p> <p>٣-٩: الحد من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلوث وتلوث الهواء والماء والتربة</p>	<p>٣-أ: تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ .</p> <p>٣-ب: توفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية للجميع ، ودعم البحث والتطوير فى مجال اللقاحات والأدوية</p> <p>٣-ج: زيادة التمويل فى قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة فى هذا القطاع فى البلدان النامية .</p> <p>٣-د: تعزيز القدرات فى مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية .</p>
التفاعلات مع أهداف التنمية المستدامة الاقتصادية وسائر الأهداف الإجتماعية والبيئية والهدف ١٧ المعنى بوسائل التنفيذ		

المصدر : شبكة المعلومات الدولية فى ١٦/٩/٢٠٢٠ : موقع منظمة الصحة العالمية – المجلس التنفيذى – الدورة الثامنة والثلاثون بعد المائة – البند (٧-٢) من جدول الأعمال الموقت " الصحة فى خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ " – تقرير الأمانة – م ت ١٣٨/١٤-١١ كانون الأول / ديسمبر ٢٠١٥ ص ٥ .

٣. الاهتمام القومى بالصحة فى إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ :

تضمنت أهداف القطاع الصحى ، ضمن المحور الاجتماعى ، على المستوى القومى فى إطار التنمية المستدامة ٢٠٣٠ ، الأهداف والغايات التالية (وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإدارى ٢٠١٥ – رؤية مصر ٢٠٣٠) :

- تحقيق نتائج صحية أفضل وأكثر إنصافاً من أجل زيادة الرفاهية ودفع التنمية الاقتصادية ، وتشمل الغايات الرئيسية لذلك الهدف ما يلى :
- تمديد سنوات الحياة الصحية بحيث يمكن للجميع التمتع بحالة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية (حتى سن التاسعة والسبعون) .
- خفض معدل وفيات حديثى الولادة والرضع والأطفال تحت سن خمس سنوات بنسبة ٥٠٪ .
- خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠٪ .
- خفض التفاوت الملحوظ فى النتائج الصحية للنصف .

- أن تكون صحة السكان قوة دافعة للنمو الاقتصادي .
- إدراج المحددات الاجتماعية فى السياسات والاستراتيجيات الصحية .
- إنهاء جميع أشكال سوء التغذية فى مصر وتلبية الاحتياجات الغذائية للفئات الأكثر تعرضا للمخاطر .
- تحقيق التغطية الصحية الشاملة حتى يتسنى لجميع المصريين الحصول على ما يلزمهم من الخدمات الصحية الأمنة ذات الجودة عند الحاجة دون معاناة مالية لدفع تكاليف هذه الخدمات الصحية ، ومن غايات ذلك الهدف مايلى :
- خفض العبء المالى الناتج عن الإنفاق الشخصى المباشر على الخدمات الصحية .
- تحقيق وصول منصف إلى كافة المواطنين إلى ٨٠٪ من التدخلات الصحية اللازمة لهم .
- ضمان توافر الأدوية الأساسية والمستلزمات والتجهيزات الطبية .
- تغطية جميع المصريين بآليات تأمين صحى رسمية والتأمين الصحى الخاص ، والذى يتضمن الخدمات الصحية والعلاجية اللازمة ، مع ضمان الإنصاف والتدرج فى تمويل الرعاية الصحية .
- الدخول فى شراكة استراتيجية مع القطاع الخاص والأهلى ، بما فى ذلك التعاقد على الخدمات والتتقيف الصحى للمواطنين .
- تحسين توظيف وتطوير وتدريب واستيفاء القوى العاملة فى مجال الصحة والأطر التنظيمية الحاكمة لها .
- زيادة الاستثمار فى الصحة مع ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة ، وتشمل غايات ذلك الهدف مايلى :
- إعادة توجيه التمويل إلى التدخلات عالية المردود والأقل تكلفة .
- استخدام تقييم تكنولوجيا الصحة كأداة قياسية لإدخال واستخدام الأجهزة والأدوية والتدخلات .
- تطوير آليات الدفع لمقدمى الخدمة من أجل تعزيز الكفاءة والإنتاجية .
- الوصول بالإنفاق الحكومى على الصحة إلى ٥٪ من إجمالى الناتج المحلى .
- تطوير وتقوية برامج الصحة العامة التى تعزز وتحمى الصحة ، ومن غايات ذلك الهدف مايلى :
- خفض انتشار التهاب الكبد ب إلى أقل من ١٪ بين الأطفال حديثى الولادة .
- خفض انتشار التهاب الكبد سى إلى ١٪ من السكان .
- خفض ثلث الوفيات المبكرة التى تنتج عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسى المزمنة .
- خفض ارتفاع ضغط الدم بنسبة ٢٥٪ .
- خفض استخدام التبغ بين الأشخاص من ١٥ سنة وأكثر إلى أقل من ٢٠٪ .
- القضاء على ظاهرة الإدمان .
- تعزيز آليات الترصد والتأهب للأوبئة والأمراض السارية الحالية والمستجدة والاستجابة لتعليمات اللوائح الصحية الدولية .
- الاستخدام الرشيد للأدوية والحد من عوامل المقاومة للمضادات الحيوية والمخاطر المسببة لها .

- ضمان تلبية احتياجات جميع النساء من خدمات تنظيم الأسرة .
- التغطية الكاملة لخدمات رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة .
- زيادة معدل اكتشاف حالات السل الجديدة والمنتكسة إلى أكثر من ٨٠٪ .
- خفض الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث الطرق إلى النصف .
- القضاء على الأمراض الإستوائية (المناطق الحارة) المهمة الرئيسية .
- ضمان التغطية بنسبة ١٠٠٪ لكل تطعيم فى الجدول القومى وتوسيع نطاق جدول التطعيمات القومى .

- الحفاظ على مصر خالية من مرض شلل الأطفال .

• **ضمان جودة وسلامة الخدمات الصحية ، ويحتوى ذلك الهدف تحقيق الغايات التالية :**

- اشتراط الاعتماد كشرط للتعاقد مع المنشآت الصحية لتقديم الخدمات الصحية للمواطنين .
- خفض نسبة وفيات الأمهات فى المنشآت الصحية بنسبة ٥٠٪ .
- خفض عدوى جروح العمليات بنسبة ٥٠٪ .
- خفض نسبة العدوى المكتسبة من المستشفيات بنسبة ٥٠٪ .
- خفض مضاعفات الاجهاز فى المنشآت الصحية بنسبة ٥٠٪ .
- مراجعة جميع حالات وفيات الأمهات .
- رفع نسبة علاج حالات الدرن إلى ١٠٠٪ .
- التخلص الأمن من النفايات الطبية .
- **تحسين حوكمة القطاع الصحى بما يضمن إدارة القطاع الصحى بفعالية ومسئولية وشفافية على جميع المستويات، ومن أهم غايات ذلك الهدف ما يلى :**
- إحياء دور المجلس الأعلى للصحة للتعامل مع الحوكمة والتخطيط والتفتت وتعدد الجهات الفاعلة فى القطاع الصحى .
- وضع السياسات والاستراتيجيات الصحية والخطط التنفيذية قصيرة ومتوسطة الأجل بشكل روتينى وبمشاركة مختلف الجهات المعنية من الحكومة وخارجها ، بما فى ذلك منظمات المجتمع المدنى .
- تطوير نظام المعلومات الصحية ونظم التقييم والمتابعة ، وإنشاء خريطة صحية قومية للمرضى والخدمات الصحية واستخدام تطبيقات العلاج عن بعد Telemedicine .
- زيادة دعم وتمويل البحوث الصحية .

ثالثا : الملامح الرئيسية للقدرات المادية والبشرية للخدمات الصحية والعلاجية فى مصر

١. تمهيد :

- تتطلب الإتاحة الدائمة للخدمات الصحية والعلاجية فى دولة ما تضافر العديد من المقومات المادية والبشرية ، ومن أهمها:
- أ. الموارد البشرية متمثلة فى الأطعم الطبية على إختلاف مستوياتها التخصصية والوظيفية والقطاعية ، وكذلك الكوادر الإدارية على المستوى المركزى أو بالمحافظات أو على مستوى المدن والمراكز والقرى .
- ب. الإمكانيات المادية ومن أهمها أماكن تقديم وإتاحة الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين وتمثله فى :

- عدد المستشفيات والمراكز الطبية والوحدات الصحية والعلاجية والإستشفائية .
 - عدد الأسرة المتاحة بكافة المؤسسات الطبية والعلاجية الرسمية وغير الرسمية .
 - مدى توافر الأجهزة الطبية والعلاجية على مستوى كافة التخصصات .
 - التكنولوجيا الطبية والبروتوكولات العلاجية والصحية على مستوى كافة التخصصات الطبية والعلاجية .
 - غرف العمليات القائمة وتجهيزاتها الطبية والعلاجية .
 - ج. مجموعة الإجراءات المؤسسية والوظيفية المتبعة في المؤسسات الصحية والعلاجية الرسمية وغير الرسمية .
 - د. التمويل الرسمي وغير الرسمي للرعاية الصحية والعلاجية على المستوى القومي والقطاعي والجزئي .
- ويعتبر تضايف تلك المقومات مجتمعة شرط ضروري لإتاحة وتقديم الخدمات الطبية والعلاجية لمواطنيها بما يتوافق مع إعتبارات المكان الملائم والزمان المناسب لإتاحة الخدمات الطبية والعلاجية في أى مكان على مستوى الجمهورية ، وبدون تمييز بين مكان وآخر ومن يملك القدرة على الدفع ومن لا يملك القدرة على الدفع .
- وعلى المستوى العملى ، وعلى مدار التجربة التنموية للعديد من الدول النامية ، ومن بينها مصر ، واجهت خطط التنمية بتلك الدول العديد من العقبات والتحديات للبعد الكيفى للتنمية الاقتصادية ، وعلى وجه الخصوص الخدمات التعليمية والصحية ، وتمثل الاختلالات الهيكلية والمؤسسية والوظيفية بقطاع الصحة المصرى على مدار العقود السبعة الماضية أهم الأسباب الرئيسية لتلك العقبات والتحديات التى تواجه الإتاحة الدائمة والفاعلة للخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين.

٢. أهم مؤشرات الإختلالات الإقتصادية الجوهريّة بقطاع الصحة في مصر:

٢-١: تشير بيانات الجدول التالى رقم (٣) لنسبة الإنفاق العام على الصحة إلى الإنفاق العام للدولة خلال الفترة من عام ٢٠١٣/٢٠١٢ : ٢٠٢٠/٢٠١٩ والتي لم يتعدى المتوسط العام لها خلال تلك الفترة عن ٤,٨٥% وهى نسبة ضئيلة جدا للإنفاق الحكومى المخصص على الخدمات الصحية والعلاجية إذا ما قورن ذلك بالتزايد المستمر للطلب على الخدمات الصحية والعلاجية الحكومية من قبل المواطنين ، وعلى ذلك يعتبر ذلك الإختلال اختلال هيكلى بقطاع الصحة بسبب عدم القدرة المستمرة على تحسين حجم وجودة الخدمات الصحية والعلاجية المتاحة للمواطنين فى مصر .

جدول رقم (٣)

نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى الإنفاق العام للدولة (٢٠١٣/٢٠١٢ - ٢٠٢٠/٢٠١٩) (نسب مئوية)

السنة	البيان
٢٠١٣/٢٠١٢	٥,١٤
٢٠١٤/٢٠١٣	٤,٧٥
٢٠١٥/٢٠١٤	٥,٣٧
٢٠١٦/٢٠١٥	٥,٢
٢٠١٧/٢٠١٦	٥
٢٠١٨/٢٠١٧	٤,٥
٢٠١٩/٢٠١٨	٤,٣
٢٠٢٠/٢٠١٩	٤,٦
المتوسط العام	٤,٨٥

المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء - مصر فى أرقام ٢٠٢٠ - ص ١٧٧ - والمتوسط العام حسب معرفة الباحثين.

٢-٢: تشير بيانات الجدول التالي رقم (٤) بعض المؤشرات عن الإنفاق على الرعاية الصحية في مصر وبعض دول العالم بين عامي ١٩٩٥ - ٢٠١٤:

جدول رقم (٤)
بعض المؤشرات عن الإنفاق على الرعاية الصحية في مصر وبعض دول العالم بين عامي ١٩٩٥ - ٢٠١٤
(نسب مئوية وبالـدولار الأمريكي)

الدولة	الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة (١) % من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية (١) (نسب مئوية)		الإنفاق العام على الرعاية الصحية (٢) % من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية (٢) (نسب مئوية)		نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي) (٣) (بالدولار الأمريكي)		البيان
	١٩٩٥	٢٠١٤	١٩٩٥	٢٠١٤	١٩٩٥	٢٠١٤	
ألمانيا	١٠	١٣,٢	٣,٢+	٣,٢+	٧٧	٨١,٤	
أسبانيا	٢٣,٥	٢٤	٠,٥+	٠,٥+	٧٠,٩	٧٢,٢	
إيطاليا	٢٦,٩	٢١,٢	٥,٧-	٥,٧-	٧٥,٦	٧٠,٨	
فرنسا	٧,٦	٦,٣	١,٣-	١,٣-	٧٨,٢	٧٩,٧	
فنلندا	٢٢,٦	١٨,٢	٤,٤-	٤,٤-	٧٥,٣	٧١,٧	
إسرائيل	٢٥,٧	٢٧	١,٣+	١,٣+	٦٠,٩	٦٧,٤	
الأردن	٢٣,٨	٢٠,٩	٢,٩-	٢,٩-	٦٩,٧	٦٢,٩	
الإمارات العربية	١٤,٩١	١٧,٨	٢,٨٩+	٢,٨٩+	٧٢,٣	٧٩	
المغرب	٥١,٩	٥٨,٤	٦,٥+	٦,٥+	٣٣,٩	٣٣,٣	
السعودية	٣٤,٢	١٤,٣	١٩,٩-	١٩,٩-	٧٤,٩	٥٢,٦	
مصر	٤٧,٩	٥٥,٧	٧,٨+	٧,٨+	٣٨,٢	٤٦,٥	
قطر	٣٤,٦	٦,٩	٢٧,٧-	٢٧,٧-	٨٥,٧	٦٢,٦	
لبنان	٥٣,٥	٣٦,٤	١٧,١-	١٧,١-	٤٦,٦	٣٣,٨	
إستراليا	١٦,١	١٨,٨	٢,٧+	٢,٧+	٦٧	٦٥,٨	
أثيوبيا	٤٦,٥	٣٢,٢	١٤,٣-	١٤,٣-	٥٨,٧	٤٠,٦	
الأرجنتين	٢٨	٣٠,٧	٢,٧+	٢,٧+	٥٥,٩	٥٩,٨	
السلفادور	٦٠,٧	٢٨,٨	٣١,٩-	٣١,٩-	٦٦	٣٨,٥	
الصين	٤٦,٤	٣٢	١٤,٤-	١٤,٤-	٥٥,٨	٥٠,٥	
المملكة المتحدة	١٠,٩	٩,٧	١,٢-	١,٢-	٨٣,١	٨٣,٩	
الولايات المتحدة	١٤,٤	١١	٣,٤-	٣,٤-	٤٨,٣	٤٥,٢	

المصدر: شبكة المعلومات الدولية في ٢٠٢٠/١٢/٧ - موقع البنك الدولي: قاعدة بيانات الحسابات القومية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وإتجاه التغير وقيمه حسب معرفه الباحثين.

ويظهر من الجدول رقم (٤) ما يلي :

أ- تظهر النسب الواردة بالعمود رقم (١) أن نسبة الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة في مصر كنسبة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية بلغت ٤٧,٩٪ عام ١٩٩٥ وزادت إلى ٥٥,٧٪ وهي ثانی أعلى نسبة في الجدول بعد المغرب ، وكان إتجاه التغير إتجاها صعوديا وبأعلى قيمة بين العامين المذكورين بلغت +٧,٨٪ ، وهو أعلى قيمة للإتجاه الصعودي بالجدول (أي بين ٢٠ دولة من دول العالم) .

ب- تظهر النسب الواردة بالعمود رقم (٢) أن نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية في مصر من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية بلغت في عام ١٩٩٥ ٤٦,٥٪ وكانت سادس نسبة إنخفاضا بالجدول ، وكانت تلك النسبة أعلى من مثلتها بالولايات المتحدة الأمريكية والتي بلغت ٤٥,٢٪ عام ١٩٩٥ ، ولقد إنخفضت تلك النسبة في عام ٢٠١٤ محققة ٣٨,٢٪ وكانت ثانی أكثر نسبة إنخفاضا بعد نسبة المغرب والبالغة ٣٣,٩٪ عن عام ٢٠١٤ . ولقد كان إتجاه التغير لتلك النسبة في مصر ، بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠١٤ إتجاها نزوليا وبأعلى نسبة إنخفاضا بين الدول العشرين التي يشملها الجدول ونسبة - ٨,٣٪ .

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

وتشير تلك النسب لما يلي :

- تحقق مصر ثانی أعلى نسبة للإنفاق الشخصي من جملة الإنفاق على الرعاية الصحية بالمقارنة مع تسعة عشر دولة أخرى بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠١٤ ، في حين أنها حققت سادس أقل نسبة إنخفاضا ، لإجمالي الإنفاق العام على الرعاية الصحية من جملة الإنفاق على الرعاية الصحية ، في عام ١٩٩٥ بنسبة ٤٦,٥٪ وثنانی أقل نسبة إنخفاضا في عام ٢٠١٤ بنسبة ٣٨,٢٪ ، وأعلى قيمة للإتجاه النزولي له بلغت - ٨,٣٪ بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠١٤ بين الدول العشرين التي يشملها الجدول ، والتي تختلف الأيدولوجية الإقتصادية والسياسية لها ، مما يشير أنه من المفترض أن لا ترفع الدولة تماما يدها عن دعم وتمويل الرعاية الصحية والعلاجية لمواطنيها .

- الإنخفاضا الشديد لنصيب الفرد في مصر من الإنفاق علي الرعاية الصحية بالنسبة للدول الأخرى ، والتي يزيد عدد السكان بها كثيرا عن مصر كما في حالة الصين يؤكد تدني التمويل الرسمي وغير الرسمي للرعاية الصحية والعلاجية في مصروكذا قصور الجهود الحكومية وغير الحكومية عن توفير مقومات الرعاية الصحية والعلاجية للمواطن المصري ، الأمر الذي يؤثر سلبا على مستوى التنمية البشرية في مصر بالمقارنة بباقي دول العالم .

٣-٢: تشير بيانات الجدولين التاليين رقم (٥) ، (٦) إلى ما يلي بالترتيب :

- الوحدات الصحية بأسرة طبقا للقطاع خلال الفترة من عام ٢٠٠٨/٢٠١٨ .

- عدد الأسرة طبقا للقطاع خلال الفترة من عام ٢٠٠٨/٢٠١٨ .

جدول رقم (٥)

الوحدات الصحية بأسرة طبقا للقطاع خلال الفترة من عام ٢٠٠٨/٢٠١٨ (الوحدة بالعدد ونسب مئوية)

السنة	القطاع الحكومي	القطاع الخاص	الإجمالي	% القطاع الحكومي للإجمالي	% القطاع الخاص للإجمالي
٢٠٠٨	١١٤٦	٦٨٦	١٨٣٢	٦٢,٥٥	٣٧,٤٥
٢٠٠٩	٦٥٨	٩٤١	١٥٩٩	٤١,١	٥٨,٩
٢٠١٠	٦٦٠	٩٢٧	١٥٨٧	٤١,٦	٥٨,٤
٢٠١١	٦٤٣	٩٢٦	١٥٦٩	٤١	٥٩
٢٠١٢	٦٤٦	٩٢٠	١٥٦٦	٤١,٢	٥٨,٨

٥٨,٨	٤١,٢	١٥٩٤	٩٣٧	٦٥٧	٢٠١٣
٥٨,٢	٤١,٢	١٦٠٠	٩٤١	٦٥٩	٢٠١٤
٦٠,٣	٣٩,٧	١٦٦٢	١٠٠٢	٦٦٠	٢٠١٥
٦٠,٦	٣٩,٤	١٦٧٩	١٠١٧	٦٦٢	٢٠١٦
٦١,٨	٣٨,٢	١٧٧٠	١٠٩٤	٦٧٦	٢٠١٧
٦٢,٦	٣٧,٤	١٨٤٨	١١٥٧	٦٩١	٢٠١٨
٥٧,٦	٤٢,٤	١٦٦٤	٩٥٩	٧٠٥	المتوسط العام

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء – مصر في أرقام ٢٠٢٠ – القاهرة – مارس ٢٠٢٠ - ص ١٦٦ – والنسب والمتوسط العام حسب معرفة الباحثين

جدول رقم (٦)

عدد الأسرة طبقا للقطاع خلال الفترة من عام ٢٠٠٨ - ٢٠١٨ (الوحدة بالعدد ونسب مئوية)

السنة	القطاع الحكومي	القطاع الخاص	الإجمالي	% القطاع الحكومي للإجمالي	% القطاع الخاص للإجمالي
٢٠٠٨	١٠٨٩٦٦٦	١٩٨٠٢	١٢٨٧٦٨	٨٤,٦	١٥,٤
٢٠٠٩	١٠٣٤٣٢	٢١٢٥٤	١٢٤٦٨٦	٨٣	١٧
٢٠١٠	٩٩٢٧٠	٢٥٨٥٣	١٢٥١٢٣	٧٩,٣	٢٠,٧
٢٠١١	٩٨٣١٩	٢٥٨٢٧	١٢٤١٤٦	٧٩,٢	٢٠,٨
٢٠١٢	٩٦٨٢٠	٢٥٤٤٧	١٢٢٢٦٧	٧٩,٢	٢٠,٨
٢٠١٣	٩٨٢٩١	٢٦٠٠٩	١٢٤٣٠٠	٧٩	٢١
٢٠١٤	٩٧٨٢٦	٢٤٦٤٧	١٢٢٤٧٣	٧٩,٩	٢٠,١
٢٠١٥	٩٣٢٦٧	٣١٠٩٤	١٢٤٣٦١	٧٥	٢٥
٢٠١٦	٩٣٨٩٧	٣٢٦٩٨	١٢٦٥٩٥	٧٤,٢	٢٥,٨
٢٠١٧	٩٦١١١	٣٥٩٨١	١٣٢٠٩٢	٧٢,٨	٢٧,٢
٢٠١٨	٩٥٦٨٣	٣٥٣٢٠	١٣١٠٠٣	٧٣	٢٧
المتوسط العام	٩٨٣٥٣	٢٧٦٣٠	١٢٥٩٨٣	٧٨	٢٢

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء – مصر في أرقام ٢٠٢٠ – القاهرة – مارس ٢٠٢٠ - ص ١٦٦ – والنسب والمتوسط العام حسب معرفة الباحثين

وتشير بيانات الجدولين (٥) ، (٦) إلى ما يلي :

- يوضح جدول رقم (٥) أعلاه : أنه بدأ من عام ٢٠٠٨ بدأ الإنخفاض التدريجي لعدد الوحدات الصحية الحكومية بالنسبة للإجمالي العام للوحدات الصحية على مستوى الجمهورية ، حتى أنه وصل المتوسط العام لنسبة الوحدات الصحية الحكومية للإجمالي العام من الوحدات الصحية على مستوى الجمهورية خلال الفترة من عام ٢٠٠٨ - ٢٠١٨ نسبة ٤٢,٤% في مقابل ٥٧,٦% للوحدات الصحية الخاصة ، مما يشير أن نسبة ضئيلة من التمويل الحكومي لقطاع الصحة في مصر يخصص للإنفاق الإستثماري مما يمثل تحديا كبيرا نحو إتاحة الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين ، خاصة الفئات الأشد فقرا في المجتمع .

- ويظهر الجدول رقم (٦) أعلاه : أنه مع انخفاض عدد الوحدات الصحية الحكومية بالنسبة للإجمالي العام للوحدات الصحية على مستوى الجمهورية ، كما يظهر ذلك جدول رقم (٥) أعلاه ، إلا أن الجدول رقم (٦) يظهر أيضا

الإنخفاض التدريجي لعدد الأسرة الحكومية بالنسبة لإجمالي عدد الأسرة على مستوى الجمهورية ، ومع ذلك وصل المتوسط العام لنسبة عدد الأسرة الحكومية بالنسبة للإجمالي العام لعدد الأسرة في مصر خلال الفترة من عام ٢٠٠٨ : ٢٠١٨ نسبة ٧٨٪ في مقابل نسبة ٢٢٪ لعدد أسرة القطاع الخاص ، وهو الأمر الذي يشير إلى أهمية الوحدات الصحية الحكومية ، بما تملكه من إمكانيات مادية تمكنها من إتاحة الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين ، وهو الأمر الذي يعنى أيضا عدم القدرة على مزاحمة الوحدات الصحية الخاصة لإمكانيات وقدرات الوحدات الصحية الحكومية ، حتى لو كان مستوى ونوعية الخدمات الصحية والعلاجية المتاحة بالوحدات الصحية الحكومية (في الكثير منها أقل جودة) أقل فاعلية ، ولكن تبقى تلك الوحدات الصحية الحكومية هي المقوم الرئيسى لتحسين الخدمات الصحية والعلاجية على مستوى الجمهورية وذلك بسبب :

- الطلب الشديد على الخدمات الصحية والعلاجية بالوحدات الصحية والعلاجية الحكومية من غالبية المواطنين بريف وحضر الجمهورية .
- قدرة الوحدات الصحية الحكومية ، إذا تم إعادة هيكلتها وظيفيا ومؤسسيا ، على منافسة الوحدات الصحية الخاصة ، وهو ما سيعود بالنفع الإجتماعى للمواطنين المتلقين لتلك الخدمات من حيث جودة الخدمة المقدمة وبسعر تنافسى ، وذلك من خلال توسيع قاعدة برامج التأمين الصحى العام والخاص .

رابعا : مقترح لإعداد الموازنة الإستثمارية (الباب السادس) فى ظل موازنة البرامج والأداء بالتطبيق على إحلال وتجديد مستشفى مركزى

١. تمهيد:

تعرف موازنة البرامج والأداء بأنها خطة تهدف إلى تحقيق مجموعة الأهداف طويلة الأجل أو قصيرة الأجل من خلال ربط تلك الأهداف بالهيكل التنظيمى للوحدة التنظيمية ، حيث يتم تقسيمها إلى اختصاصات وبرامج وأنشطة ومشروعات فى ضوء التحديد الدقيق للتكاليف والعوائد المتوقعة بهدف تحقيق أقصى كفاءة ممكنة لتخصيص الموارد المتاحة . ومن هذا التعريف يمكننا تحديد أهم جوانب موازنة البرامج والأداء فيما يلى(الحماقي وآخرون ، ٢٠٢٠) :

- حتمية دراسة وتحليل الهيكل التنظيمى للوحدة وتحديد مراكز المسؤولية لكل مستوى .
 - تحديد الأهداف العامة وربطها بالإختصاصات .
 - تحديد الأهداف الفرعية التى تخدم الهدف العام ويتم تقسيمها إلى برامج .
 - يتم تقسيم هذه البرامج إلى مشروعات : وهى ترتبط بتكاليف رأسمالية وأنشطة ومن ثم مصروفات جارية .
 - تحديد التكاليف وكذا العوائد المتوقعة لكل مشروع ونشاط وتحديد مصادر التمويل المرتبطة .
 - وجود نظام للمتابعة والتقييم المستمر لدراسة وتعديل أى انحراف قد يحدث ، سواء كان انحراف ناتج عن التقدير أو الأداء ويرتبط بذلك وجود مؤشرات لتقييم الأداء .
- وفى هذا السياق نشير إلى أمرين هامين هما :
- أ. تعتبر العلاقة بين موازنة البرامج والأداء والهيكل التنظيمى ذات أهمية كبيرة لإمكانية تحديد المسؤولية وإقرار مبدأ الثواب والعقاب وذلك من خلال ما يلى :
- تحديد الاختصاصات ، وهذا الأمر يرتبط بالمستويات الإدارية العليا بالوحدة التنظيمية (القطاع) .
 - يتم تقسيم هذه الاختصاصات إلى برامج وذلك على المستويات الإدارية الأقل (الإدارة المركزية مثلا).
 - يتم تقسيم تلك البرامج إلى أنشطة ومشروعات بالمستويات الإدارية الأدنى (الإدارة العامة مثلا)

ويتم في هذا المجال تحديد التكلفة والعائد لكل مشروع ونشاط وهذا الأمر يتطلب إعداد دراسات جدوى وإجراء تحليل للتكلفة والعائد في ضوء تحديد أولويات التنفيذ .
ب. يعتبر تحديد مفهوم الكفاءة والفرق بينه وبين مفهوم الفعالية في غاية الأهمية :

حيث تعنى الفعالية القدرة على تحقيق الهدف في حد ذاته ، فبالرغم من تحقيق الهدف المنشود إلا أنه قد ينطوى تحقيقه على أوجه إسراف وإهدار للموارد المتاحة (بصرف النظر عن العلاقة بين التكلفة والعائد وتقاس بالمخرجات الفعلية/المخرجات المخططة) ، أما الكفاءة فتعنى القدرة على تحقيق الهدف بأقل تكلفة ممكنة ومن ثم تقاس بالمخرجات/المدخلات).

وبالتطبيق على دراسة الحالة التى سيتناولها البحث وهى إحلال وتجديد مستشفى مركزى فى أحد مراكز الجمهورية ، وبفرض أنه تم بناء تلك المستشفى فإن التساؤلات التى تطرح نفسها فى هذا السياق هى :

- هل هناك رشد فى الإنفاق على بناء تلك المستشفى ؟ وهل تمت عملية البناء فى الوقت المحدد لها مسبقاً؟

- هل تم دراسة الطلب على خدماتها بصورة جيدة؟

- هل تم بناء على دراسة الطلب تحديد مساحة المستشفى والأقسام التخصصية بها؟

ومن هذا المنطلق وفى ضوء تحديد مفهوم الكفاءة بأنها : القدرة على تحقيق أفضل مخرجات إنتاجية بأقل تكلفة ممكنة ، وهذا الأمر يستوجب :

- الدراسة الدقيقة للأهداف المنشودة من بناء مستشفى مركزى .
- تحديد التكاليف اللازمة لتحقيق تلك الأهداف ووضع معايير لها ومؤشرات لتقييم الأداء .
- ضرورة الربط بين التكاليف والعائد المتوقع مع تحديد تكلفة الفرصة البديلة لضمان الاستخدام الكفاء للموارد المتاحة .
- المتابعة الدائمة والمستمرة للتنفيذ .

وبناء على ذلك فإن مفهوم موازنة البرامج والأداء يرتبط ارتباط وثيق بمفهوم الكفاءة ، وسنحاول على الترتيب تطبيق تلك الخطوات على دراسة حالة بناء مستشفى مركزى بأحد مراكز إحدى المحافظات بجمهورية مصر العربية .

٢. الأهداف المتوقعة من بناء مستشفى مركزى فى ضوء الأهداف القومية للتنمية المستدامة ٢٠٣٠ :

يركز البحث فى هذا الجزء على كيفية تطبيق موازنة البرامج والأداء بغرض تحقيق :

- الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة ، وخاصة الغائتين الثانية والثالثة له ، فالهدف الأول من الأهداف القومية للصحة كما سبق الإشارة له هو : تحقيق نتائج صحية أفضل وأكثر إنصافاً من أجل زيادة الرفاهية ودفع التنمية الاقتصادية . وترتكز الغائتين الثانية والثالثة على :
 - خفض معدل وفيات حديثى الولادة والرضع والأطفال تحت سن خمس سنوات بنسبة ٥٠٪ .
 - خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠٪ .

وبناء على ذلك سنحاول صياغة الأهداف الرئيسية لإحلال وتجديد مستشفى مركزى فى أحد مراكز محافظة من محافظات الجمهورية، مع التركيز على الهدفين المذكورين أعلاه ، مع الأخذ فى الاعتبار ما يلى :

- عدد السكان المخطط أن تقدم لهم المستشفى الخدمات الصحية والعلاجية يبلغ ٥٠٠٠٠٠ مواطن.
- أن المستشفى تقدم كافة الخدمات العلاجية والصحية الضرورية للمواطن على نطاق كافة التخصصات ، عدا العمليات الحرجة .
- العمر الافتراضى للمستشفى ٧٥ عاما .
- مساحة المستشفى ٤٠ فدان .
- سيقدم المقترح فى سياق تحديد كل من (توقع البنود الإنفاقية لكل من) :
 - التكاليف الاستثمارية(المتوقعة) للمستشفى .
 - التكاليف الجارية(المتوقعة) للمستشفى .
 - العوائد المتوقعة من الخدمات الصحية والعلاجية التى تقدمها المستشفى .
- المستشفى تقدم برامج وأنشطة ، على مستوى الإدارة العامة بمركز المدينة ، ووفق التعليمات وبالاختصاصات المحددة من الجهة الإدارية الأعلى وهى وكيل وزارة الصحة بالمحافظة وفى إطار الأهداف المحددة سلفا لكل قطاع وتخصص علاجي ووقائى على مستوى الوزارة (الإدارة المركزية).
- من المستهدف للمستشفى أن يكون مؤهل ماديا ووظيفيا وتكنولوجيا ومؤسسيا على تقديم كافة الخدمات الطبية والعلاجية لطالبيها ، عدا الحالات الحرجة والعمليات الدقيقة .

وبناء على ذلك سيعمل مدير المستشفى ومعه رؤساء الأقسام التخصصية والعلاجية بالمستشفى وبمساعدة الكادر الإدارى والوظيفى بالمستشفى على نطاق كافة المستويات الإدارية بالمستشفى على تنفيذ البرامج والأنشطة التالية :

- تقديم الرعاية الطبية ، العلاجية أو الدورية ، لطالبي تلك الخدمات من المواطنين فى الوقت المناسب وبالطريقة الفاعلة للتعامل مع مختلف الحالات المرضية .
- إتاحة الخدمات الطبية والعلاجية بالمستشفى لمن يحتاجها من مواطنى وقاطنى وغير قاطنى المركز والقرى التابعة له ، فى أى وقت وبدون النظر للمقابل المادى المدفوع عاجلا أم آجلا .
- تقدم المستشفى خدماتها الصحية والعلاجية لطالبيها بالمجان أو بأجر رمزى ، ويمكن تقديم تلك الخدمات من خلال برامج متعددة للتأمين الصحى الشامل أو على مستوى التعاقد الفردى والجماعى مع جهات حكومية وغير حكومية لتقديم الخدمات العلاجية والطبية لمنتسبيها من خلال المستشفى .
- تعمل المستشفى على التواصل مع مؤسسات المجتمع المدنى الرسمية وغير الرسمية وذلك بغرض:
 - حصر الفئات الأشد فقرا ، ومن ثم تقديم الخدمات العلاجية والصحية المجانية لتلك الفئات باستمرار ، وعلى ذلك تعتبر تلك الفئات المستحقة للدعم الكلى للخدمات العلاجية والطبية المقدمه لها(الكوتة أو الحزمة المجانية) .

- تشجيع مؤسسات المجتمع المدني الرسمية وغير الرسمية على الدخول في شراكة مع المستشفى للاستفادة من الخدمات العلاجية والطبية بالمستشفى ، وعلى الجانب الآخر يمكن لتلك المؤسسات أن تقدم للمستشفى معلومات مرتجعة عن مستوى خدماتها العلاجية والطبية في المجتمع الذي تخدمه المستشفى ، على مستوى مركز المدينة أو القرى والنجوع التابعة لمركز المدينة .
- خلق بيئة مواتية للتواصل المستمر بين المستشفى ومؤسسات المجتمع المدني ، يمكن الاستفادة من خلاله في الاعلان والتنقيف الطبى والعلاجى للمواطنين .

١-٢ : الخطوة الأولى : تحديد المشكلة وما يرتبط بها من أهداف :

تحقيق الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة بغايتيه اللتان يهتم بهما البحث وهما بالترتيب :

- خفض معدل وفيات حديثى الولادة والرضع والأطفال تحت سن خمس سنوات بنسبة ٥٠٪ .
- خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠٪ .

يتطلب ذلك تناول المشكلات المرتبطة بصحة المرأة أثناء الحمل وما بعد الولادة وأثناء الحمل ، ومن أهم تلك المشكلات على سبيل المثال وليس الحصر :

- انخفاض عدد وحدات رعاية الطفولة والأمومة بريف وحضر الجمهورية .
- انخفاض كفاء وفعالية التجهيزات الطبية والمعامل بوحدات رعاية الطفولة والأمومة بريف وحضر الجمهورية
- عدم وجود بروتوكولات للمتابعة والحصر للنساء الحوامل أثناء الحمل ولأطفالهن بعد الولادة .
- قلة الكوادر الطبية على مستوى كافة التخصصات الوظيفية بوحدات رعاية الطفولة والأمومة بريف وحضر الجمهورية .
- انخفاض الاعتمادات الحكومية المخصصة سنويا لوحدات رعاية الطفولة والأمومة على مستوى الريف والحضر .
- انخفاض مرتبات وحوافز ومكافآت الكوادر الطبية على مختلف التخصصات الوظيفية والمهنية ، مما يمثل تحديا لتطوير الخدمات الطبية والعلاجية المقدمه لمستفيديها .

٢-٢ : الخطوة الثانية : قياس حجم المشكلة والأهداف :

أما فيما يختص بقياس حجم المشكلة التى يعالجها الهدف الأول بغايتيه الثانية والثالثة ، فيكون ذلك من خلال مؤشرات نوعية ويتم استخدامها فيما بعد فى عمليات المتابعة وتقييم الأداء . ومن تلك المؤشرات ما يلى :

- معدل وفيات حديثى الولادة .
- معدل وفيات الأمهات .
- معدل وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات
- التقزم والهزال بين الأطفال أقل من خمس سنوات .

٣-٢: الخطوة الثالثة : تحديد المشاركة المجتمعية فى ترتيب الأولويات الخاصة بالأهداف :

يوضح الجدول التالى رقم (٧) نموذج مقترح لترتيب الأولويات الخاصة بالهدف الأول من الأهداف القومية للصحة بغايتيه الثانية والثالثة كما سبق الإشارة إليهما :

جدول رقم (٧)

نموذج تحديد الأولويات للجهات المرتبطة بتحقيق الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة

(نتائج صحية أفضل وأكثر إنصافا من أجل زيادة الرفاهية ودفع التنمية الاقتصادية) *

الجهة المعنية	وزارة التخطيط	الجمعيات الأهلية	المحليات	وزارة المالية	بنك الاستثمار القومى	المحافظات	ممثلى مجلسى النواب والشورى	مديرات الصحة	هيئة الأبنية الصحية **
غايته الهدف محور البحث	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية
خفض معدل وفيات حديثى الولادة والرضع والأطفال تحت سن خمس سنوات بنسبة ٥٠٪	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية
خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠٪	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية	ترتيب الأولوية

• الجدول من إعداد الباحثين.

** افتراضا أن هناك وجود ودور فاعل وعملى لهيئة الأبنية الصحية .

٤-٢ : الخطوة الرابعة : تحديد السياسات البديلة :

وفى تلك الخطوة يتم طرح السياسات البديلة لتحقيق غايته الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة فعلى سبيل المثال يمكن أن تشمل السياسات البديلة بعض من السياسات التالية :

- تشجيع القطاع الخاص والأهلى على تطوير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية الحكومية ، مع حق الملكية أو الإدارة أو كليهما ، مع وجود الدور الإشرافى والرقابى لوزارة الصحة بما يضمن الإتاحة العادلة والفاعلة لتلك الخدمات لكافة المواطنين .
- تشجيع مجموعة من الأطباء والكوادر الطبية المتواجده بالوحدات الصحية والعلاجية الحكومية على تملك أو إدارة تلك الوحدات ، مع وضع كافة الاعتبارات الداعمة والمحقة للنفع الإجتماعى الدائم والمستمر من تلك الخدمات .
- تقديم دعم نقدى للمواطنين عوضا عن تملك وإدارة الحكومة للوحدات الصحية والعلاجية الحكومية.
- استمرار الحكومة فى تقديم ودعم الخدمات الصحية والعلاجية لكافة المواطنين كليا أو جزئيا .
- إنشاء مجموعة من الشراكات بين الحكومة والقطاع الخاص والأهلى والتعاونى لتوفير الخدمات الصحية والعلاجية المختلفة للمواطنين بشكل مباشر أو غير مباشر .

٥-٢: الخطوة الخامسة : اختيار السياسة المناسبة :

وفي هذه الخطوة سنركز على اختيار السياستين التاليتين :

- استمرار الحكومة في تقديم ودعم الخدمات الصحية والعلاجية لكافة المواطنين كليا أو جزئيا .
- إنشاء مجموعة من الشراكات بين الحكومة والقطاع الخاص والقطاع الأهلى والتعاونى لتوفير الخدمات الصحية والعلاجية المختلفة للمواطنين بشكل مباشر أو غير مباشر .

وعلى ذلك سنعتمد على مفهوم التكلفة والعائد ، حيث يتم اختيار السياسة فى ضوء الإمكانيات والتكاليف المتاحة والأهداف المرجو تحقيقها .

٦-٢: الخطوة السادسة : ربط الاستثمارات بالأهداف وألوياتها :

يظهر الجدول التالى رقم (٨) عرض للنموذج الخاص بالاستثمارات لتحقيق الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة من خلال إنشاء مستشفى مركزى :

جدول رقم (٨)

نموذج مقترح لربط الاستثمارات بغايتي الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة*

مقياس تحقيق الهدف في ظل الاستثمار المتاح	حجم الاستثمار المتاح	مقياس تحقيق الهدف في ظل الاستثمار المطلوب	حجم الاستثمارات لتحقيق غايتي الهدف			ترتيب الأولويات طبقاً للمؤشرات	البيان
			حجم الاستثمار المطلوب لتحقيق غايتي الهدف	التكلفة المعيارية للوحدة الواحدة (مستشفى)	حجم الاستثمار المطلوب على مستوى الوحدة الواحدة (مستشفى)		
التوسع الرأسى والأفقى فى بناء المستشفيات العامة والمركزية والوحدات الصحية الريفية بما يحقق توافر الخدمات الصحية والعلاجية المتعلقة ببرامج الأمومة والطفولة فى أى مكان وأى زمان وبا يحقق المساواة والفعالية فى كم ونوع الخدمات المقدمة .		مستشفى وحدة صحية حضانة برامج علاجية ولقاحات					أولاً : التوسع فى إتاحة الخدمات الصحية والعلاجية المتعلقة ببرامج رعاية الطفولة والأمومة من خلال : - المستشفيات العامة والمركزية. - الوحدات الصحية بالريف والحضر . - تطوير وحدات الحضانات ومراكز الولادة . - تطوير مراكز التطعيم وبروتوكولات العلاج والمتابعة للأمهات والأطفال الرضع
عدد البرامج والبروتوكولات العلاجية المطبقة . عدد الوحدات الصحية اللازمة لمواجهة تدنى الخدمات الصحية والعلاجية للأمهات أثناء الحمل وما بعد الولادة		مركز تنظيم أسرة . وحدة صحية برامج ودورات تدريبية وبروتوكولات علاجية					ثانياً : إقامة مركز متخصصة لدعم الأمومة والطفولة والاهتمام بصحة المرأة من خلال : - مراكز تنظيم الأسرة . - وحدات صحية للطفولة والأمومة . - برامج للتطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة

• الجدول من إعداد الباحثين.

٧-٢: تنفيذ الخطة : ويتم تنفيذ الخطة وفق أولويات تحقيق غايتي الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة وهو :

- تحقيق نتائج صحية أفضل وأكثر إنصافاً من أجل زيادة الرفاهية ودفع التنمية الاقتصادية . وتركز الغايتين الثانية والثالثة على :
- خفض معدل وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال تحت سن خمس سنوات بنسبة ٥٠٪ .
- خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠٪ .
- المدخلات : الاعتمادات المالية الموجهة لبرامج الأمومة والطفولة والصحة الإنجابية .

- **الأنشطة :** الوحدات الصحية على مستوى الريف والحضر المتخصصة فى الصحة الانجابية والطفولة والأمومة ، سواء كانت تلك الوحدات مؤسسات قائمة بذاتها أو وحدات تنظيمية ومؤسسية تابعة للمستشفيات المركزية والعامة والوحدات الصحية الريفية ، وأهم أنشطة تلك الوحدات :
 - الإتاحة الفورية والعادلة والفاعلة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة .
 - برامج التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة .
 - المتابعة المستمرة لصحة المرأة فى الريف والحضر .
 - البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات .
- **المخرجات :** عدد المستفيدين سنويا من خدمات وبرامج الصحة الانجابية والطفولة والأمومة على مستوى ريف وحضر الجمهورية (وفى حالة البحث المستشفى المركزى) .
- **النواتج :** عدد المستشفيات العامة والمركزية والوحدات الصحية الريفية التى تتيح برامج وخدمات الصحة الإنجابية ورعاية الطفولة والأمومة بطريقة مستدامة وفاعلة وفى الزمان والمكان المناسب ودون معاناة مالية لمتلقى تلك الخدمات . ويرتبط بالنواتج الأثر (علاقة إرتباطية) من خلال :
 - انخفاض معدل وفيات حديثى الولادة .
 - انخفاض معدل وفيات الأمهات .
 - انخفاض معدل وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات
 - انخفاض حالات التقزم والهزال بين الأطفال أقل من خمس سنوات .

٢-٨: الخطوة الثامنة : المتابعة :

عملية المتابعة هى عملية مستمرة داخل إطار إعداد الخطة وبالتالى فإن الأمر يتطلب مايلى :

- تحديد توقيتات محددة لعملية المتابعة .
- سهولة انتقال المعلومات والنتائج داخل الهيكل الوظيفى .
- وجود مؤشرات دقيقة يتم استخدامها فى كافة المراحل من واقع بيانات واحصاءات تتمتع بالمصداقية والشفافية لكل مرحلة من مراحل التنفيذ .
- وجود نظام يضمن تطبيق مبدأ الثواب والعقاب .

٣. دراسة حالة بناء مستشفى مركزى وتطبيق موازنة البرامج والأداء :

تقام المستشفيات المركزية فى مراكز مدن المحافظات ، لتقديم الخدمات الصحية والعلاجية المجانية لمواطنى المدينة المقيمين فى مركز المدينة أو القرى التابعة للمدينة ، وفق التقسيم الإدارى للمحافظة المعنية والمدينة التابعة لها . وبناء على ذلك تعتبر المستشفيات المركزية من أهم المراكز الطبية والصحية الموجودة فى حيز أى مدينة على مستوى الجمهورية ، ومن هنا يظهر أهمية تركيز البحث بالمستشفيات المركزية على مستوى المدن وذلك لأن تطوير تلك المستشفيات والتحسين المستمر للخدمات الطبية والعلاجية بها ، على مستوى كافة التخصصات الطبية والعلاجية ، يمثل القاطرة الرئيسية لتحسين وتطوير الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة للمواطنين ، خاصة الفئات الفقيرة والأشد احتياجا .

١-٣ : الأهداف المقترحة لإحلال وتجديد وتطوير مستشفى مركزى فى مدينة ما :

من الأهداف الرئيسية لتمويل الإستثمارات الحكومية لإحلال وتجديد وتطوير مستشفى مركزى ما
يلى :

- أ. تقديم الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين مجانا أو بمقابل ، وفق عقود فردية أو جماعية .
- ب. استهداف الوصول إلى الإتاحة المستمرة للخدمات الصحية والعلاجية لغالبية المواطنين ، خاصة الفئات الأكثر فقرا .
- ت. المساهمة فى إتاحة الرعاية الصحية والعلاجية للمواطنين بسعر تنافسى ، عن طريق تعظيم الإمكانيات والقدرات المؤسسية والتكنولوجية والوظيفية للمؤسسات العلاجية والصحية الحكومية للتنافس مع غيرها من المؤسسات والوحدات الصحية الخاصة .
- ث. تعظيم القدرات والمساهمات الحكومية فى تحقيق الأهداف الصحية القومية فى إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ .
- ج. الدخول فى العديد من الشراكات مع القطاع الخاص والأهلى والتعاونى ، وذلك من أجل الغطاء الكامل لمنظومة التأمين الصحى للمواطنين على المستوى المحلى والإقليمى والقومى .

٢-٣ : التكاليف الضرورية لتحقيق أهداف المستشفى المركزى :

تشمل تكاليف إنشاء المستشفى المركزى التكاليف التالية :

- التكاليف الاستثمارية لإنشاء المستشفى وتجهيزها بكافة المعدات والتجهيزات الطبية والعلاجية بكافة التخصصات المهنية والأقسام العلاجية بالمستشفى .
- التكاليف الجارية : وتشمل الأجور والمكافآت وتكاليف الصيانة الدورية للمباني والتجهيزات بالمستشفى .

يوضح الجدول التالى رقم (٩) تصور مقترح لتكاليف الأراضى ، مع الأخذ فى الاعتبار ما يلى :

- أ. متوسط سعر الأراضى المطروح من الإدارة الهندسية بمجلس المدينة وهيئة الأبنية الصحية بالمحافظة بالتوافق مع استشارى المشروع .
- ب. متوسط تكلفة المتر المربع من الإنشاءات فى الوقت الحالى .
- ت. متوسط أسعار المثل للمستشفيات المماثلة المنشأة حديثا بالنسبة للمعامل والمطابخ والتجهيزات وغرف العمليات .

جدول رقم (٩)

المساحات المتوقعة للهيكمل الإنشائى للمستشفى ومكوناتها

التكلفة المتوقعة للإتشاءات (٤) ****	المساحة المغطاه من الأرض ٢٠٪ من المساحة الاجمالية : (٣) = ٢٠٪ (٢م) (١)	التكلفة المتوقعة للأرض (٢)	مساحة الأرض (فدان) (١)	البيان
****١٨٦٦٦٦٦٩٠	*** ٤٢٠٠	**٥٢٥٧٠٠٩٠	* ٥	١. المبنى الادارى للمستشفى
١٤٩٣٣٣٣٥٢	٣٣٦٠	٤٢٠٥٦٠٧٢	٤	٢. العيادات الخارجية
٧٤٦٦٦٦٧٦	١٦٨٠	٢١٠٢٨٠٣٦	٢	٣. غرف العمليات
٧٤٦٦٦٦٧٦	١٦٨٠	٢١٠٢٨٠٣٦	٢	٤. غرف المرضى والكوادر الطبية
٣٧٣٣٣٣٣٨	٨٤٠	١٠٥١٤٠١٨	١	٥. المعامل الرئيسية
١٨٦٦٦٦٦٩	٤٢٠	٥٢٥٧٠٠٩	٠,٥	٦. المطابخ
١٥٠٠٠٠٠٠٠	٠	٠	٠	٧. البنية التحتية ****
٦٩١٣٣٣٤٠١	١٢١٨٠	١٥٢٤٥٣٢٦١	١٠,٥	٨. الإجمالى

- تم إعداد الجدول والقيم المدرجة به بمعرفة الباحثين بناء على الملاحظات التالية :

*الفدان ٢٤ قيراط والقيراط = ١٧٥ متر إذن الفدان = ٢٤ × ١٧٥ = ٤٢٠٠ متر .

** التكلفة المتوقعة للأرض حسب على أساس الأسعار السوقية (لأسعار عام ٢٠٢٠) والمحددة من الإدارة الهندسية بمجلس المدينة المعنى وهينة الأبنية الصحية بالمحافظة (بإفتراض وجودها العملى وتفعيل دورها التخطيطى والرقابى على التنفيذ والتسليم للأبنية الصحية على مستوى المحافظة) ، وهنا تم تحديد سعر لفدان المبانى بـ ١٠٥١٤٠١٨ جنية مصرى أى أن المتر = ١٠٥١٤٠١٨ ÷ ٤٢٠٠ = ٢٥٠٣,٣٤ جنية للمتر .

*** المساحة المغطاة بالمبانى تمثل ٢٠٪ من المساحة الإجمالية البالغة ٥ فدان × ٤٢٠٠ = ٢١٠٠٠ متر مربع إذن المساحة المغطاة = ٢٠٪ × ٢١٠٠٠ = ٤٢٠٠ متر (واحد فدان) .

**** التكلفة المتوقعة للإتشاءات حسب على أساس أن تكلفة إنشاء المتر المربع من المبنى الإدارى = ٤٤٤٤٤,٤٥ جنية مصرى (وفق القيم المحدده من إستشارى المشروع بالتوافق مع الإدارة الهندسية بمجلس المدينة المعنية وهينة الأبنية الصحية بالمحافظة) إذن التكلفة المتوقعة للإتشاءات = ٤٤٤٤٤,٤٥ × ٢٠٠ = ٨٨٨٨٨٨٩٠ جنية مصرى . (سيتم الحساب لباقى أقسام المستشفى بنفس السياق فى الحساب) .

***** تم حساب تكلفة البنية الأساسية وفق المخططات المعروضة من استشارى المشروع على الإدارة الهندسية بمجلس المدينة وهينة الأبنية الصحية بالمحافظة .

والجدول التالي رقم (١٠) يوضح التكاليف المتوقعة للتجهيزات والمعدات المتعلقة بالأقسام المختلفة للمستشفى:

جدول رقم (١٠)

التكاليف المتعلقة بالتجهيزات والمعدات

التكاليف المتوقعة للمعدات والتجهيزات	أقسام المستشفى الرئيسية
٧٠٠٠٠٠٠	١. المبنى الإدارى للمستشفى
١٨٠٠٠٠٠٠	٢. العيادات الخارجية
٧٠٠٠٠٠٠٠	٣. غرف العمليات
٢٥٠٠٠٠٠٠	٤. غرف المرضى والكوادر الطبية
٦٠٠٠٠٠٠٠	٥. المعامل الرئيسية
٢٠٠٠٠٠٠٠	٦. المطابخ
٢٠٠٠٠٠٠٠٠	٧. الإجمالى

تم إعداد الجدول والقيم المدرجة به بمعرفة الباحثين وعلى أساس أن تكلفة التجهيزات والمعدات تتراوح نسبتها من ١٥ : ٢٠٪ من تكلفة الانشاءات والأرض.

خامساً: مقترح لإعداد الموازنة الجارية فى ظل موازنة البرامج والأداء (دراسة حالة):

فى هذا الجزء من البحث سوف يقوم الباحثين بافتراض حالة لإعداد موازنة البرامج والأداء لبرامج الصحة الإنجابية والطفولة والأمومة فى وزارة الصحة المصرية طبقاً لخطة الدولة ويمكننا العمل على موازنة البرامج والأداء لبرامج الصحة الإنجابية والطفولة والأمومة ، وذلك بافتراض أن بنود المصروفات تنفق بالنسب التالية على الأبواب الأربعة من إجمالى المصروفات المتوقعة وهى :

- ٦٠٪ على الأجور وتعويضات العاملين.
- ٧٪ على شراء السلع والخدمات .
- ٢٠٪ على المصروفات الأخرى .
- ١٢٪ على شراء الأصول الغير مالية .
- و تستهدف الدولة تقديم هذه الخدمات من خلال ثلاثة برامج طبقاً للخطة وهى :
- برنامج مراكز تنظيم الأسرة .
- برنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة .
- برنامج للتطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة
- وبافتراض أن المعلومات المتوافرة عن هذه البرامج هى :
- ١. برنامج مراكز تنظيم الأسرة يخدم ٥٠٠ مركز على مستوى الجمهورية تشمل على ٢٠٠٠٠ وحدة صحية ساعة الوحدة الصحية ٥٠ أم مع استكمال متطلبات هذه الوحدات الصحية الجديدة من معدات وأجهزة علمية لازمة لها .

٢. برنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة يخدم ٤٠٠ مركز على مستوى الجمهورية تشتمل ١٠٠٠٠ وحدة صحية سعة الوحدة الصحية ٥٠ أم مع استكمال متطلبات هذه الوحدات الصحية من معدات وأجهزة علمية لازمة لها .
 ٣. برنامج للتطوير المستمر للصحة الانجابية والأمومة والطفولة يخدم ١٠٠ مركز على مستوى الجمهورية تشتمل ٥٠٠٠ وحدة صحية سعة الوحدة ٤٠ أم مع استكمال متطلباتها .
 ٤. تشمل البرامج على الأنشطة التالية :
 - أ. الإتاحة الفورية والعادلة والفاعلة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة .
 - ب. برامج التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة .
 - ت. المتابعة المستمرة لصحة المرأة فى الريف والحضر .
 - ث. البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات .
 ٥. تكلفة الأنشطة لكل برنامج :
- وبافتراض أن تكلفة الأنشطة ستنفق وفق النسبة ٥ : ٤ : ١ : لمراكز تنظيم الأسرة فى المراكز الصحية الرئيسية ثم المراكز الريفية فى القرى الرئيسية والأحياء الرئيسية ثم البروتوكولات العلاجية بالترتيب وبافتراض أن جملة المصروفات المخططة للبرنامج مليار جنية :

جدول ١/١ - إعداد الموازنة لبرنامج مراكز تنظيم الأسرة : (القيم بالألف بالجنية المصرى)

البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات	المتابعة المستمرة لصحة المرأة فى الريف والحضر	التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة	الإتاحة الفورية والعادلة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة	جملة التكلفة	أبواب المصروفات
٤٠٠٠٠	٦٠٠٠٠	٨٠٠٠٠	١٢٠٠٠٠	٣٠٠٠٠٠	الباب الأول : الأجور وتعويضات العاملين
٦٠٠٠	٦٠٠٠	٨٠٠٠	١٥٠٠٠	٣٥٠٠٠	الباب الثانى : شراء السلع والخدمات
١٣٠٠٠	١٢٠٠٠	٢٥٠٠٠	٥٠٠٠٠	١٠٠٠٠٠	الباب الخامس: المصروفات الأخرى
١٠٠٠٠	١٠٠٠٠	٢٠٠٠٠	٢٥٠٠٠	٦٥٠٠٠	الباب السادس: شراء الأصول الغير مالية
٦٩٠٠٠	٨٨٠٠٠	١٣٣٠٠٠	٢١٠٠٠٠	٥٠٠٠٠٠	الإجمالى

المصدر : قيم تقديرية بمعرفة الباحثين .

جدول ٢/١١ - إعداد الموازنة لبرنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة: (القيم بالآلاف بالجنية المصرى) :

أبواب المصروفات	جملة التكلفة	الإتاحة الفورية والعدالة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة	التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة	المتابعة المستمرة لصحة المرأة فى الريف والحضر	البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات
الباب الأول : الأجور وتعويضات العاملين	٢٤٠٠٠٠	١٢٠٠٠٠	٦٠٠٠٠	٣٠٠٠٠	٣٠٠٠٠
الباب الثانى : شراء السلع والخدمات	٣٠٠٠٠	١٤٠٠٠	٨٠٠٠	٤٠٠٠	٤٠٠٠
الباب الخامس: المصروفات الأخرى	٨٠٠٠٠	٤٠٠٠٠	٢٠٠٠٠	١٠٠٠٠	١٠٠٠٠
الباب السادس:شراء الأصول الغير مالية	٥٠٠٠٠	١٨٠٠٠	١٢٠٠٠	١٠٠٠٠	١٠٠٠٠
الإجمالى	٤٠٠٠٠٠	١٩٢٠٠٠	١٠٠٠٠٠	٥٤٠٠٠٠	٥٤٠٠٠٠

المصدر : قيم تقديرية بمعرفة الباحثين .

جدول ٣/١١ - إعداد الموازنة لبرنامج التطوير المستمر للصحة الانجابية والأمومة والطفولة: (القيم بالآلاف بالجنية المصرى) :

أبواب المصروفات	جملة التكلفة	الإتاحة الفورية والعدالة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة	التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة	المتابعة المستمرة لصحة المرأة فى الريف والحضر	البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات
الباب الأول : الأجور وتعويضات العاملين	٦٠٠٠٠	٣٠٠٠٠	١٠٠٠٠	١٠٠٠٠	١٠٠٠٠
الباب الثانى : شراء السلع والخدمات	٧٠٠٠	٤٠٠٠	١٠٠٠	١٠٠٠	١٠٠٠
الباب الخامس: المصروفات الأخرى	٢٠٠٠٠	٨٠٠٠	٤٠٠٠	٤٠٠٠	٤٠٠٠
الباب السادس:شراء الأصول الغير مالية	١٣٠٠٠	٥٠٠٠	٢٠٠٠	٢٠٠٠	٢٠٠٠
الإجمالى	١٠٠٠٠٠	٤٩٠٠٠	١٧٠٠٠	١٧٠٠٠	١٧٠٠٠

المصدر : قيم تقديرية بمعرفة الباحثين .

جدول (١٢) : تحديد تكلفة المركز/الوحدة في كل برنامج :
(القيم بالألف جنية مصرى) :

أبواب المصروفات	جملة التكلفة	الإتاحة الفورية والعدالة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة	التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة	المتابعة المستمرة لصحة المرأة في الريف والحضر	البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات
١. تكلفة برنامج مراكز تنظيم الأسرة (إجماليات الجدول ١/١١)	٥٠٠٠٠٠	٢١٠٠٠٠	١٣٣٠٠٠	٨٨٠٠٠	٦٩٠٠٠
٢. تكلفة الوحدة (التكلفة/عدد الوحدات)	٥٠٠/٥٠٠٠٠٠ ١٠٠٠=	٥٠٠/٢١٠٠٠٠ ٤٢٠	٥٠٠/١٣٣٠٠٠ ٢٦٦=	٥٠٠/٨٨٠٠٠ ١٧٦=	٥٠٠/٦٩٠٠٠ ١٣٨=
٣. تكلفة برنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة (إجماليات الجدول ٢/١١)	٤٠٠٠٠٠	١٩٢٠٠٠	١٠٠٠٠٠	٥٤٠٠٠	٥٤٠٠٠
٤. تكلفة الوحدة (التكلفة/عدد الوحدات)	٤٠٠/٤٠٠٠٠٠ ١٠٠٠=	٤٠٠/١٩٢٠٠٠ ٤٨٠	٤٠٠/١٠٠٠٠٠ ٢٥٠=	٤٠٠/٥٤٠٠٠ ١٣٥=	٤٠٠/٥٤٠٠٠ ١٣٥=
٥. تكلفة برنامج التطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة (إجماليات الجدول ٣/١١)	١٠٠٠٠٠	٤٩٠٠٠	١٧٠٠٠	١٧٠٠٠	١٧٠٠٠
٦. تكلفة الوحدة (التكلفة/عدد الوحدات)	١٠٠/١٠٠٠٠٠ ١٠٠٠=	٤=١٠٠/٤٩٠٠٠ ٩٠	١٠٠/١٧٠٠٠ ١٧٠	١٠٠/١٧٠٠٠ ١٧٠=	١٠٠/١٧٠٠٠ ١٧٠=

المصدر : قيم تقديرية بمعرفة الباحثين وبناء على القيم الواردة بالجدول ١/١١ ، ٢/١١ ، ٣/١١ ، على الترتيب وعلى إعتبار أن عدد مراكز تنظيم الأسرة ٥٠٠ وعدد الوحدات الصحية للطفولة والأمومة ٤٠٠ وعدد وحدات الصحة الإنجابية والأمومة والطفولة ١٠٠ بالترتيب على مستوى الجمهورية .

جدول (١٣) : تحديد تكلفة الأم/الطفل في كل برنامج : (القيم بالألف جنية مصرى) :

أبواب المصروفات	جملة التكلفة	الإتاحة الفورية والعدالة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة	التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة	المتابعة المستمرة لصحة المرأة في الريف والحضر	البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات
تكلفة برنامج مراكز تنظيم الأسرة (إجماليات الجدول ١/١١)	٥٠٠٠٠٠	٢١٠٠٠٠	١٣٣٠٠٠	٨٨٠٠٠	٦٩٠٠٠
تكلفة الوحدة (التكلفة/عدد الوحدات) الصف الثانى جدول ١٢	٥٠٠/٥٠٠٠٠٠ ١٠٠٠=	٥٠٠/٢١٠٠٠٠ ٤٢٠=	٥٠٠/١٣٣٠٠٠ ٢٦٦=	٥٠٠/٨٨٠٠٠ ١٧٦=	٥٠٠/٦٩٠٠٠ ١٣٨=

٢,٧٦=٥٠/١٣٨	٣,٥٢=٥٠/١٧٦	=٥٠/٢٦٦ ٥,٣٢	٨,٤=٥٠/٤٢٠	٢٠ =٥٠/١٠٠٠	تكلفة الأم (تكلفة الوحدة / العدد) سعة المركز ٥٠ أم
٥٤٠٠٠	٥٤٠٠٠	١٠٠٠٠٠	١٩٢٠٠٠	٤٠٠٠٠٠	تكلفة برنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة (إجماليات الجدول ٢/١١)
١٣٥=٤٠٠/٥٤٠٠٠	٤٠٠/٥٤٠٠٠ ١٣٥=	٤٠٠/١٠٠٠٠٠ ٢٥٠=	٤٠٠/١٩٢٠٠٠ ٤٨٠=	٤٠٠/٤٠٠٠٠٠ ١٠٠٠=	تكلفة الوحدة (التكلفة/ عدد الوحدات) الصف الرابع جدول ١٢
٢,٧=٥٠/١٣٥	٢,٧=٥٠/١٣٥	٥=٥٠/٢٥٠	٩,٦=٥٠/٤٨٠	٢٠=٥٠/١٠٠٠	تكلفة الأم (تكلفة الوحدة / العدد) سعة الوحدة الصحية ٥٠ أم
١٧٠٠٠	١٧٠٠٠	١٧٠٠٠	٤٩٠٠٠	١٠٠٠٠٠	تكلفة برنامج التطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة (إجماليات الجدول ٣/١١)
١٠٠/١٧٠٠٠ ١٧٠=	١٠٠/١٧٠٠٠ ١٧٠=	=١٠٠/١٧٠٠٠ ١٧٠	=١٠٠/٤٩٠٠٠ ٤٩٠	١٠٠/١٠٠٠٠٠ ١٠٠٠=	تكلفة الوحدة (التكلفة/ عدد الوحدات) الصف السادس جدول ١٢
٤,٢٥=٤٠/١٧٠	٤,٢٥=٤٠/١٧٠	٤٠/١٧٠ ٤,٢٥=	/٤٩٠ ١٢,٢٥=٤٠	٢٥ = ٤٠/١٠٠٠	تكلفة الأم (تكلفة الوحدة / العدد) سعة الوحدة ٤٠ أم

المصدر : قيم تقديرية بمعرفة الباحثين وبناء على القيم الواردة بالجدول ١/١١ ، ٢/١١ ، ٣/١١ على الترتيب وعلى إعتبار أن عدد مراكز تنظيم الأسرة ٥٠٠ وعدد الوحدات الصحية للطفولة والأمومة ٤٠٠ وعدد وحدات الصحة الإنجابية والأمومة والطفولة ١٠٠ بالترتيب على مستوى الجمهورية .

ويظهر من الجدول رقم (١٣) أعلاه ما يلي :

- فى برنامج مراكز تنظيم الأسرة وبرنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة وبرنامج التطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة (وعلى مستوى تكلفة المركز أو تكلفة وحدة الأداء وهي الأم) تراوحت نسبة أنشطة الإتاحة الفورية والعادلة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة بين ٤٢٪ و ٤٨٪ و ٤٩٪ من إجمالي التكلفة المتوقعة لمركز تنظيم الأسرة وبرنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة وبرنامج التطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة والبالغة ٥٠٠٠٠٠٠ جنية مصرى و ٤٠٠٠٠٠٠ جنية مصرى و ١٠٠٠٠٠٠٠ جنية مصرى على الترتيب ، فى حين بلغت نسبة أنشطة التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة نسبة تراوحت بين ٢٦,٦% و ٢٥% و ١٧٪ من إجمالي التكلفة المتوقعة لتلك البرامج الثلاث على الترتيب ، كما بلغت نسبة أنشطة المتابعة المستمرة لصحة المرأة فى الريف والحضر نسبة تراوحت بين ١٧,٦٪ و ١٣,٥٪ و ١٧٪ من إجمالي التكلفة المتوقعة لتلك البرامج الثلاث على الترتيب ، فى حين بلغت نسبة أنشطة البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات نسبة تراوحت بين ١٣,٨٪ و ١٣,٥٪ و ١٧٪ لتلك البرامج الثلاث على الترتيب . وتشير تلك النسب فى توزيع النفقات المتوقعة للواقع الفعلى لمراكز تنظيم الأسرة والوحدات الصحية للطفولة والأمومة وبرنامج التطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة فى مصر مما يدل على انخفاض مستويات الإتاحة للأنشطة الضرورية على مستوى تلك المراكز والوحدات الصحية والبرامج العلاجية والصحية ، الأمر الذى يتطلب مزيدا

من الدعم الحكومي وغير الحكومي لتوفير الإتاحة الدائمة لكافة الأنشطة المنوط بها مراكز تنظيم الأسرة والوحدات الصحية وكافة البرامج والبروتوكولات العلاجية المتاحة لديها على مستوى محافظات ومدن الجمهورية المختلفة .

• بلغت التكلفة المتوقعة لوحدة الأداء وهي الأم على مستوى برنامج مراكز تنظيم الأسرة وبرنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة وبرنامج التطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة ٢٠٠٠٠ و ٢٠٠٠٠ و ٢٥٠٠٠٠ جنية مصرية لها على الترتيب مما يشير للإرتفاع النسبي فى تكلفة وحدة الأداء فى برنامج التطوير المستمر للصحة الإنجابية للطفولة والأمومة بالنسبة لبرنامجى مراكز تنظيم الأسرة والوحدات الصحية للطفولة والأمومة ، مما يشير لأهمية الدعم المؤسسى والوظيفى لبرامج البحوث والتطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة .

١٤ . موازنة وزارة الصحة طبقاً لمنهج البرمج والأداء لكل من :

- برنامج مراكز تنظيم الأسرة .
 - برنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة .
 - برنامج للتطوير المستمر للصحة الإنجابية والأمومة والطفولة .
- والجدول التالى رقم (١٤) يوضح تبويب المصروفات بالموازنة العامة للدولة (القيم بالآلاف جنية) :

جدول (١٤)

المبلغ	أبواب المصروفات
٦٠٠٠٠٠ (جملة الباب الأول بالجداول ١/١١ و ٢/١١ و ٣/١١)	الباب الأول : الأجور وتعويضات العاملين الباب الثانى : شراء السلع والخدمات
٧٢٠٠٠ (جملة الباب الثانى بالجداول ١/١١ و ٢/١١ و ٣/١١)	الباب الخامس: المصروفات الأخرى الباب السادس: شراء الأصول الغير مالية
٢٠٠٠٠٠ (جملة الباب الخامس بالجداول ١/١١ و ٢/١١ و ٣/١١)	
١٢٨٠٠٠ (جملة الباب السادس بالجداول ١/١١ و ٢/١١ و ٣/١١)	
١٠٠٠٠٠٠	الإجمالى

المصدر : قيم تقديرية بمعرفة الباحثين .

سادسا : الخاتمة

حاول البحث تناول ماهية موازنة البرامج والأداء والمراحل التاريخية لتطبيقها ومقومات التطوير ومزايا ومشاكل التطبيق ، وكان اهتمام البحث الرئيسى على قطاع الصحة ، وذلك من خلال مظاهر الإهتمام العالمى والقومى بالخدمات الصحية والعلاجية فى إطار أهداف التنمية المستدامة مع التركيز على أهم الإختلالات الجوهرية بقطاع الصحة المصرى ، مع تقديم إطار مقترح لتطبيق موازنة البرامج والأداء مع التركيز على برامج وأنشطة الطفولة والأمومة. ومن أهم النتائج التى توصل لها البحث ما يلى :

- ١ . يقصد بتبويب الأداء : تجميع مشتريات الحكومة ليس فقط حسب نوعها ولكن حسب أوجه النشاط التى تخدمها المشتريات ، أى أنه يعتمد على طريقة التبويب الوظيفى فينظر إلى المشتريات على أنها عوامل فى أوجه النشاط تربط المشتريات بالأهداف المنجزة وذلك فى إطار برنامج محدد .

٢. يتم التمييز بين موازنة البرامج وموازنة الأداء على أساس أن الأولى تمثل أداة تخطيطية في حين أن الثانية تمثل أداة لتنفيذ البرنامج من خلال تحديد وحدات الأداء وتكلفة الأداء في محاولة لتحقيق الكفاءة الإنتاجية للاستخدامات ، ومن ثم تعد موازنة البرامج وتشمل بداخلها موازنة الأداء .
٣. يعتبر تضايف المقومات المادية والبشرية للخدمات الصحية والعلاجية شرط ضروري لإتاحة وتقديم الخدمات الطبية والعلاجية للمواطنين بما يتوافق مع إعتبارات المكان الملائم والزمان المناسب لإتاحة الخدمات الطبية والعلاجية في أى مكان على مستوى الجمهورية ، وبدون تمييز بين مكان وآخر ومن يملك القدرة على الدفع ومن لا يملك القدرة على الدفع .
٤. على المستوى العملي ، وعلى مدار التجربة التنموية للعديد من الدول النامية ، ومن بينها مصر ، واجهت خطط التنمية بتلك الدول العديد من العقبات والتحديات للبعد الكيفي للتنمية الاقتصادية ، وعلى وجه الخصوص الخدمات التعليمية والصحية ، وتمثل الاختلالات الهيكلية والمؤسسية والوظيفية بقطاع الصحة المصرى على مدار العقود السبعة الماضية أهم الأسباب الرئيسية لتلك العقبات والتحديات التى تواجه الإتاحة الدائمة والفاعلة للخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين .
٥. أهمية الوحدات الصحية الحكومية ، بما تملكه من إمكانيات مادية تمكنها من إتاحة الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين ، وهو الأمر الذى يعنى أيضا عدم القدرة على مزاحمة الوحدات الصحية الخاصة لإمكانيات وقدرات الوحدات الصحية الحكومية ، حتى لو كان مستوى ونوعية الخدمات الصحية والعلاجية المتاحة بالوحدات الصحية الحكومية (فى الكثير منها أقل جودة) أقل فاعلية ، ولكن تبقى تلك الوحدات الصحية الحكومية هى المقوم الرئيسى لتحسين الخدمات الصحية والعلاجية على مستوى الجمهورية وذلك بسبب :
 - الطاب الشديد على الخدمات الصحية والعلاجية بالوحدات الصحية والعلاجية الحكومية من غالبية المواطنين بريف وحضر الجمهورية .
 - قدرة الوحدات الصحية الحكومية ، إذا تم إعادة هيكلتها وظيفيا ومؤسسيا ، على منافسة الوحدات الصحية الخاصة ، وهو ما سيعود بالنفع الإجتماعى للمواطنين المتلقين لتلك الخدمات من حيث جودة الخدمة المقدمة وبسعر تنافسى وتوسيع قاعدة برامج التأمين الصحى العام والخاص .
٦. يعتبر تحديد مفهوم الكفاءة والفرق بينه وبين مفهوم الفعالية فى غاية الأهمية وفق منهج البرامج والأداء ، حيث تعنى الفعالية القدرة على تحقيق الهدف فى حد ذاته ، فبالرغم من تحقيق الهدف المنشود إلا أنه قد ينطوى تحقيقه على أوجه إسراف وإهدار للموارد المتاحة (بصرف النظر عن العلاقة بين التكلفة والعائد وتقااس بالمخرجات الفعلية/المخرجات المخططة) ، أما الكفاءة فتعنى القدرة على تحقيق الهدف بأقل تكلفة ممكنة ومن ثم تقاس بالمخرجات/المدخلات).
٧. التمويل الحكومى لقطاع الصحة فى مصر المخصص للإنفاق الإستثمارى يمثل نسبة ضئيلة من إجمالى الإنفاق الحكومى السنوى على قطاع الصحة ، مما يمثل تحديا كبيرا نحو إتاحة الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين ، خاصة الفئات الأشد فقرا فى المجتمع .
٨. تقام المستشفيات المركزية فى مراكز مدن المحافظات المختلفة ، لتقديم الخدمات الصحية والعلاجية المجانية لمواطنى المدينة المقيمين فى مركز المدينة أو القرى التابعة للمدينة ، وفق التقسيم الإدارى للمحافظة المعنية والمدينة التابعة لها . وبناء على ذلك تعتبر المستشفيات المركزية من أهم المراكز الطبية والصحية الموجودة فى حيز أى مدينة على مستوى الجمهورية .
٩. تركيز البحث بالمستشفيات المركزية على مستوى المدن وذلك لأن تطوير تلك المستشفيات والتحسين المستمر للخدمات الطبية والعلاجية بها ، على مستوى كافة التخصصات الطبية والعلاجية ، يمثل القاطرة الرئيسية لتحسين وتطوير الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة للمواطنين ، خاصة الفئات الفقيرة والأشد احتياجا .

١٠. من الأهداف الرئيسية لتمويل الإستثمارات الحكومية لإحلال وتجديد وتطوير مؤسسة صحية حكومية ، على مستوى الإقليم أو المحافظة أو المركز أو المدينة ، وفي حالة البحث مستشفى مركزى ما يلى :
- تقديم الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين مجانا أو بمقابل ، وفق عقود فردية أو جماعية .
 - استهداف الوصول إلى الإتاحة المستمرة للخدمات الصحية والعلاجية لغالبية المواطنين ، خاصة الفئات الأكثر فقرا .
 - المساهمة فى اتاحة الرعاية الصحية والعلاجية للمواطنين بسعر تنافسى ، عن طريق تعظيم الامكانيات والقدرات المؤسسية والتكنولوجية والوظيفية للمؤسسات العلاجية والصحية الحكومية للتتنافس مع غيرها من المؤسسات والوحدات الصحية الخاصة .
 - تعظيم القدرات والمساهمات الحكومية فى تحقيق الأهداف الصحية القومية فى إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ .
 - الدخول فى العديد من الشراكات مع القطاع الخاص والأهلى والتعاونى ، وذلك من أجل الغطاء الكامل لمنظومة التأمين الصحى للمواطنين على المستوى المحلى والإقليمى والقومى .
١١. فى برنامج مراكز تنظيم الأسرة وبرنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة وبرنامج التطوير المستمر للصحة الانجابية والأمومة والطفولة (وعلى مستوى تكلفة المركز أو تكلفة وحدة الأداء وهى الأم) تراوحت نسبة أنشطة الإتاحة الفورية والعادلة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة بين ٤٢٪ و ٤٨٪ و ٤٩٪ من إجمالى التكلفة المتوقعة لمركز تنظيم الأسرة وبرنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة وبرنامج التطوير المستمر للصحة الانجابية والأمومة والطفولة والبالغة ٥٠٠٠٠٠٠ جنية مصرى و ٤٠٠٠٠٠٠ جنية مصرى و ١٠٠٠٠٠٠ جنية مصرى على الترتيب ، فى حين بلغت نسبة أنشطة التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة نسبة تراوحت بين ٢٦,٦% و ٢٥% و ١٧٪ من إجمالى التكلفة المتوقعة لتلك البرامج الثلاث على الترتيب ، كما بلغت نسبة أنشطة المتابعة المستمرة لصحة المرأة فى الريف والحضر نسبة تراوحت بين ١٧,٦٪ و ١٣,٥٪ و ١٧٪ من إجمالى التكلفة المتوقعة لتلك البرامج الثلاث على الترتيب ، فى حين بلغت نسبة أنشطة البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات نسبة تراوحت بين ١٣,٨٪ و ١٣,٥٪ و ١٧٪ لتلك البرامج الثلاث على الترتيب . وتشير تلك النسب فى توزيع النفقات المتوقعة للواقع الفعلى لمراكز تنظيم الأسرة والوحدات الصحية للطفولة والأمومة وبرنامج التطوير المستمر للصحة الانجابية والأمومة والطفولة فى مصر مما يدل على انخفاض مستويات الإتاحة للأنشطة الضرورية على مستوى تلك المراكز والوحدات الصحية والبرامج العلاجية والصحية ، الأمر الذى يتطلب مزيدا من الدعم الحكومى وغير الحكومى لتوفير الإتاحة الدائمة لكافة الأنشطة المنوط بها مراكز تنظيم الأسرة والوحدات الصحية وكافة البرامج والبروتوكولات العلاجية المتاحة لديها على مستوى محافظات ومدن الجمهورية المختلفة .
١٢. بلغت التكلفة المتوقعة لوحدة الأداء وهى الأم على مستوى برنامج مراكز تنظيم الأسرة وبرنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة وبرنامج التطوير المستمر للصحة الانجابية والأمومة والطفولة ٢٠٠٠٠ و ٢٥٠٠٠ و ٢٥٠٠٠٠ جنية مصرى لها على الترتيب مما يشير للإرتفاع النسبى فى تكلفة وحدة الأداء فى برنامج التطوير المستمر للصحة الانجابية للطفولة والأمومة بالنسبة لبرنامجى مراكز تنظيم الأسرة والوحدات الصحية للطفولة والأمومة ، مما يشير لأهمية الدعم المؤسسى والوظيفى لبرامج البحوث والتطوير المستمر للصحة الانجابية والأمومة والطفولة .

١٣. أما على مستوى مدى تحقق الفروض البحثية : ، فنشير لما يلي :

١-١٣ : بالنسبة للفرض الأول وهو : موازنة البرامج والأداء ليست مجرد أداة تخطيطية وإنما هي أيضا أداة رقابية إيجابية يمكن عن طريقها بيان مدى الكفاءة في تحقيق الإنجازات خلال الفترات المختلفة . تناول البحث في الجزء النظرى منه (فى أولا) موازنة البرامج والأداء " الماهية ...المقوماتمزايا ومشاكل التطبيق " كما ركز البحث في الجزء الأخير منه (فى رابعا) وهو مقترح لإعداد الموازنة الاستثمارية (الباب السادس) فى ظل موازنة البرامج والأداء بالتطبيق على إحلال وتجديد مستشفى مركزى ، وذلك فى إطار محاولة تحقيق الأهداف الرئيسية لإحلال وتجديد مستشفى مركزى فى أحد مراكز محافظة من محافظات الجمهورية، مع التركيز على الهدف الأول من الأهداف القومية للصحة ، وخاصة الغائتين الثانية والثالثة له ، فالهدف الأول من الأهداف القومية للصحة هو : تحقيق نتائج صحية أفضل وأكثر إنصافا من أجل زيادة الرفاهية ودفع التنمية الاقتصادية . وتركز الغائتين الثانية والثالثة على :

- خفض معدل وفيات حديثى الولادة والرضع والأطفال تحت سن خمس سنوات بنسبة ٥٠٪ .
- خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠٪ .

٢-١٣ : بالنسبة للفرض الثانى وهو : الخدمات الصحية والعلاجية على المستوى القومى والعالمى مساهم رئيسى فى تحقيق أهداف التنمية المستدامة الأخرى ، كما أن الصحة تستفيد من التقدم المحقق فى الأهداف الأخرى . ولقد حاول البحث (فى ثانيا) توضيح مظاهر الإهتمام العالمى والقومى بقطاع الصحة وإتاحة الخدمات الصحية والعلاجية للمواطنين فى إطار أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر والأهداف القومية للتنمية المستدامة كما ركز البحث فى الجزء الأخير منه (فى خامسا) وهو مقترح لإعداد الموازنة الجارية فى ظل موازنة البرامج والأداء (دراسة حالة) لتحقيق أهداف وبرامج الصحة الانجابية والطفولة والأمومة وذلك فى محاولة لتطبيق منهجية البرامج والأداء على بعض البرامج الصحية التى يصعب القياس الكمى للأنشطة المختلفة لها .

٣-١٣ : بالنسبة للفرض الثالث وهو : تتطلب الإتاحة الدائمة للخدمات الصحية والعلاجية فى دولة ما تضافر العديد من المقومات المادية والبشرية . ولقد حاول البحث (فى ثالثا) توضيح الملامح الرئيسية للقدرة المادية والبشرية للخدمات الصحية والعلاجية فى مصر مع التركيز على أهم الإختلالات الرئيسية بقطاع الصحة فى مصر .

٤-١٣ : بالنسبة للفرض الرابع وهو : برامج الصحة الانجابية والطفولة والأمومة هى المرتكز الرئيسى لتحقيق الغائتين الأولى والثانية من الغايات الثلاثة عشرة المتصلة بالصحة على المستوى العالمى والقومى . وفى هذا السياق ركز البحث فى الجزء التطبيقى منه (فى خامسا) على ثلاثة برامج رئيسية لتطبيق موازنة البرامج والأداء وهى :

- برنامج مراكز تنظيم الأسرة .
- برنامج الوحدات الصحية للطفولة والأمومة .
- برنامج للتطوير المستمر للصحة الانجابية والأمومة والطفولة .
- مع توضيح توزيع النفقات المتوقعة على أربعة أنشطة رئيسية لكل برنامج وهى :
- الإتاحة الفورية والعادلة للخدمات الصحية والعلاجية للطفولة والأمومة .
- التطعيمات المختلفة ما قبل الولادة وما بعد الولادة .

- المتابعة المستمرة لصحة المرأة في الريف والحضر .
- البروتوكولات العلاجية المتبعة بتلك الوحدات .

وبناء على ذلك ، من أهم التوصيات التي يوصى بها البحث مايلي :

1. أهمية تحديد وحدات الأداء تحديدا دقيقا ، خاصة في قطاعات الخدمات الإجتماعية كقطاع التعليم والصحة ، وذلك لنجاح التطبيق العملي لنظام موازنة البرامج والأداء الأمر الذي يتطلب توافر القدرات الوظيفية والبشرية على مستوى كافة المستويات التنظيمية بالمؤسسات المختلفة المعنية بتطبيق نظام موازنة البرامج والأداء ، وذلك من أجل القياس الكمي أو المردود المادي للأنشطة المختلفة لوحدات الأداء على مستوى كافة المستويات التنظيمية بها .
2. تشجيع القطاع الخاص والأهلي والتعاوني على تطوير وتحسين الخدمات الصحية والعلاجية الحكومية مع حق الملكية أو الإدارة أو كليهما ، مع وجود الدور الإشرافي والرقابي لوزارة الصحة بما يضمن الإتاحة العادلة والفاعلة لتلك الخدمات لكافة المواطنين .
3. العمل على تعظيم قدرة الوحدات الصحية الحكومية ، إذا تم إعادة هيكلتها وظيفيا ومؤسسيا على منافسة الوحدات الصحية الخاصة ، وهو ما سيعود بالنفع الإجتماعي للمواطنين المتلقين لتلك الخدمات من حيث جودة الخدمة المقدمة وبسعر تنافسي ، وذلك من خلال توسيع قاعدة برامج التأمين الصحي العام والخاص
4. تشجيع مجموعة من الأطباء والكوادر الطبية العاملين بالوحدات الصحية والعلاجية الحكومية على تملك أو إدارة تلك الوحدات ، مع وضع كافة الاعتبارات الداعمة والمحقة للنفع الإجتماعي الدائم والمستمر من تلك الخدمات .
5. تقديم دعم نقدي للمواطنين عوضا عن تملك وإدارة الحكومة للوحدات الصحية والعلاجية الحكومية .
6. استمرار الحكومة في تقديم ودعم الخدمات الصحية والعلاجية لكافة المواطنين كليا أو جزئيا .
7. إنشاء مجموعة من الشراكات بين الحكومة والقطاع الخاص والقطاع الأهلي والتعاوني لتوفير الخدمات الصحية والعلاجية المختلفة للمواطنين بشكل مباشر أو غير مباشر .
8. تحقيق أهداف وبرامج الصحة الإنجابية والطفولة والأمومة على مستوى محافظات ومدن وقرى الجمهورية هي نقطة البداية الرئيسية لتحقيق الغاية الثانية والثالثة للهدف الأول من الأهداف القومية للصحة في مصر ، وهما بالترتيب :
 - خفض معدل وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال تحت سن خمس سنوات بنسبة ٥٠٪ .
 - خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠٪ .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

أ. الوثائق :

١. وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإدارى ٢٠١٥ – رؤية مصر ٢٠٣٠ .

ب. الكتب :

١. الميهى ، رمضان (٢٠١٩) – المحاسبة الحكومية " المفاهيم التطبيقات " – كلية التجارة – جامعة مدينة السادات – مطبعة أكتوبر الهندسية – ص ص ٥٤ : ٥٢ .
٢. على ، شريف (٢٠٢٠) - المالية العامة – كلية التجارة – جامعة مدينة السادات – مطبعة أكتوبر الهندسية – ص ٢٦٠ .

ج. الدوريات والمقالات :

١. الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء – مصر فى أرقام ٢٠٢٠ – القاهرة – مارس ٢٠٢٠ .
٢. عباس ، أنس (٢٠١٩) – أثر إدراك العاملين فى القطاع الصحى الحكومى لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بلوغ الأهداف " دراسة ميدانية بوادى الدواسر بالمملكة العربية السعودية " – المجلة العربية للإدارة – المجلد ٣٩ – العدد الأول – مارس (آذار) ٢٠١٩ – ص ٣٩ .
٣. عبدالدايم ، أحمد (٢٠١٦) – الحوكمة فى الموازنة وتطبيقاتها لتحقيق التنمية المستدامة بمصر " دراسة تحليلية ٢٠٠٠-٢٠١٤ " – المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية – كلية التجارة بالإسماعيلية – المجلد السابع – ملحق العدد الرابع – ٢٠١٦ – ص ٢٥٦ : ٢٨٠ .
٤. عبدالفتاح ، منى وآخرون (٢٠١٩) – إطار مقترح لإعداد الموازنة البيئية فى الوحدات الإدارية الحكومية لتحقيق الرقابة المالية وترشيد الإنفاق – مجلة العلوم البيئية – معهد الدراسات والبحوث البيئية – جامعة عين شمس – ص ص ٤٨٩ : ٤٩٠ .
٥. مخدوم ، هند (٢٠١٩) – دور القيادة التحويلية فى التنمية البشرية بالتطبيق على القطاع الصحى بالمملكة العربية السعودية – المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والإدارية – المجلد الرابع – فبراير ٢٠١٩ – ص ص ٢٣٧ : ٢٦٧ .
٦. وزارة المالية – الحساب الختامى للدولة فى سنوات متعاقبة .

٧. الخولى ، محمد (٢٠١٩) – نظرة تحليلية فى الموازنة المصرية عام ٢٠١٩/٢٠٢٠ فى ظل خطة الدولة – مجلة جامعة الإسكندرية للعلوم الإدارية – المجلد ٥٦ – الموضوع الرابع – ص ص ١٦١ : ٢٠٢ .

د. الرسائل والأبحاث العلمية والمؤتمرات والندوات :

١. الحلو ، علاء الدين (٢٠١٧) – مدى توافر تطبيق موازنة البرامج والأداء فى الجامعات الحكومية فى فلسطين (دراسة حالة جامعة الأقصى) – رسالة ماجستير غير منشورة – الجامعة الإسلامية بغزة – عمادة البحث العلمى والدراسات العليا – كلية التجارة – ص ب .
٢. عبدالعزيز ، محمود (٢٠٢١) – تأثير تحول القطاع الحكومى من تطبيق موازنة البنود إلى تطبيق موازنة البرامج والأداء على توزيع الموارد المتاحة – رسالة دكتوراة غير منشورة – كلية التجارة – جامعة عين شمس – ص أ .

هـ. شبكة المعلومات الدولية :

١. شبكة المعلومات الدولية في ٢٠٢٠/١٢/١٥ – موقع مرصد الموازنة العامة وحقوق الإنسان " الموازنة العامة وتحديات التحول " – أوراق السياسات ١٢- مارس ٢٠١٥.
٢. شبكة المعلومات الدولية في ٢٠٢١/١/١٦ : موقع منظمة الصحة العالمية .
٣. يمن الحماقى وآخرون (٢٠٢٠) – محاضرات عن : موازنة البرامج والأداء كأحد أدوات التخطيط للنوع الاجتماعي – شبكة المعلومات الدولية في ٢٠٢٠/١٢/٢٥.
٤. مشكور ، سعود وآخرون (٢٠٢٠) – استخدام موازنة البرامج والأداء " أداة للتخطيط والرقابة في الوحدات الحكومية " (دراسة تطبيقية في جامعة المنى – العراق) – شبكة المعلومات الدولية في ٢٠٢٠/١٢/١٥.

ثانيا : المراجع الأجنبية:

1. Abewe C, Margini F, Mwami E, Mwoga J, Kwesiga B(2021) . **Transition to programme budgeting in Uganda: status of the reform and preliminary lessons for health. Geneva: World Health Organization;** (Health financing case study; no. 20. Budgeting in health). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Dubrow, Geoff,(2020) " **Performance-Based Budgeting: A 'Whole of Government' Initiative**", 2020.
3. Ssekitoleko, Joseph,(2020) " **Strengthening Budgeting for Sustainable Development: Uganda's Transition from Output-Based Budgeting to ProgramBased Budgeting**", <https://www.effectivecooperation.org>.
4. Malagy, Magdy ; Alain, Alaa ,(2017) " **Program and Performance Budgeting System in Public Sector Organizations: An Analytical Study in Saudi Arabian Context**", **International Business Research**; Vol. 10, No. 4.
5. Liwaul, Rosika, Hj. Ninik Endang Purwati, Hamryati (2017), "**Analysis of Performance-Based Budgeting System Implementation in Improving Organizational Effectiveness**", IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM), Volume 19, Issue 6. Ver. II.