

بحث بعنوان

التمويل كمتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية

بالقرية المصرية

Funding as a variable in planning for the development of health care services in the Egyptian village

(دراسة مطبقة على الوحدات التنفيذية ومديرية الصحة والسكان بمحافظة أسيوط)

إعداد الدكتورة

أمنية صلاح زكي عبدالرازق

خبير اجتماعي بوزارة العدل

دكتورة الفلسفة في الخدمة الاجتماعية - كلية الخدمة الاجتماعية

جامعة حلوان - قسم التخطيط الاجتماعي

ملخص الدراسة :

يرتبط تطوير خدمات الرعاية الصحية بالتمويل كمتغير هام ورئيسي في التخطيط الاجتماعي وتعتبر القرية المصرية احد مكونات المجتمع المهمة التي تحتاج لتطوير خدمات الرعاية الصحية بها ، وهدفت هذه الدراسة الي تحديد مصادر التمويل لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية ، وطبقت الاستمارة علي الوحدات التنفيذية بمحافظة اسيوط ومديرية الصحة وعددهم (١٧٠) .

ومن اهم نتائج الدراسة عدم قبول فرض الدراسة الاول مستوى التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية التي لها اولويات التطوير في خطة المحافظة كافي بدرجة مرتفعة.

قبول الفرض الثاني والثالث والرابع للدراسة وبالتالي وجد ان:

- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كفاية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.
- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استمرارية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.
- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مصادر التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.

الكلمات المفتاحية :

التمويل - التطوير - خدمات الرعاية الصحية - القرية المصرية

اولا :- مشكلة الدراسة

يعتبر العنصر البشري مورد هام لاي دولة تسعى للتنمية ، وبه يمكن الاستفادة من كافة الموارد المادية لاقصي درجة ممكنة ولهذا يرجع عدم تحقيق البرامج والمشروعات التنموية لاهدافها المنشودة لعدم توافر الموارد المادية بقدر ما يرجع الي انعدام كفاءة واستثمار الطاقات البشرية بالمجتمع (محمود، ٢٠٠٣، ص ٧٩) فالعنصر البشري يمثل قوة الدفع الحقيقية لعملية التنمية ، ومن هنا كان الاهتمام بمفهوم التنمية البشرية علي اساس انها موجهة الي الانسان باعتباره العنصر البشري الذي يساهم في تنمية المجتمع وتقدمه ومن جهة اخري تهدف الي الارتقاء بنوعية حياته (التابعي ، ٢٠٠٧، ص ١٠٦)

هذا ويعني أن الرعاية الاجتماعية لم تعد منحة أو هبة تقدمها الحكومات لأفرادها أو الهيئات التي يسيطر عليها في الغالب الأغنياء ولكنها أصبحت حقاً لجميع المواطنين يمكنهم الحصول عليه ولهم الحق في المطالبة بتوفير برامجها خاصة بعد أن أقرت المواثيق العالمية أحقية المواطنين في أي مجتمع من الحصول على خدمات الرعاية الاجتماعية

والرعاية الصحية كغيرها من ألوان الرعاية ضرورة اساسية ومطلب ملح بل انها عنصر لا غني عنه لبقائها وللتنمية والنمو والانتاجية والاستمتاع بالحياة (عمران ، ٢٠٠٢، ص ٥)، وخدمات الرعاية الصحية في معناها العام هي التدابير التي تقوم بها الدولة لصالح افراد المجتمع ومما لا شك فيه ان انتشار الامراض وانخفاض مستوي الرعاية الصحية للفقراء يعكس امرا سيئا علي كل جهود التنمية ويعرقل التقدم الاقتصادي والاجتماعي ومن المستحيل ان تخطط للرعاية الصحية متجاهلين التفاعل المستمر بين الصحة والبيئة الاجتماعية (الصديقي ، ٢٠٠٧، ص ٩) وتتنوع ميادين الرعاية الصحية في مصر

فمنها ميدان رعاية الامومة والطفولة والذي يهتم بتوفير الرعاية الصحية للأم والطفل بهدف رفع مستوى الصحة للامهات وخاصة التغذية الكافية وتجنب الاخطار الصحية والكشف الدوري الي جانب الرعاية الصحية للأطفال الرضع .

وهناك الوحدات الصحية وهي المؤسسات التي تقدم خدمات طبية وبعضها يتبع الحكومة مثل الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة والوحدات التي تتبع بعض الوزارات كمستشفيات السكة الحديد او الوحدات الصحية الريفية التي توجد في القرى الصغيرة وغالبا لا يوجد بها قسم داخلي .

وايضا ميدان التأمين الصحي الذي يهدف الي تطوير الخدمات الصحية والارتقاء بها بحيث تكون خدمة مقبولة بما يتناسب مع الدخل المحدود للأفراد لتحقيق المشاركة والتكامل الاجتماعي والصحي بين الافراد ، ويوجد في مصر انماط مختلفة للتأمين الصحي اهمها واكثرها تغطية وتنظيما التأمين الصحي الحكومي الذي تشرف عليه الهيئة العامة للتأمين الصحي بالاضافة الي بعض نظم التأمين التي تتولاها النقابات والشركات وصناديق العلاج الخاص (بشير وآخرون ، ٢٠٠٥ ، ص ١٣٣) واتسمت برامج وانظمة الرعاية الصحية في مصر والتي تقوم عليها وزارة الصحة والسكان بمراعاة تلك الخصائص والظروف الخاصة بطبيعة المجتمع (حلمي ، ٢٠٠٧ ، ص ٧) إن سياسة الرعاية الصحية في مصر ترتكز حول مجموعة من السياسات الفرعية تتمثل في (الرعاية الصحية الاولية- الرعاية الصحية الوقائية- الرعاية الصحية العلاجية - الدواء والسكان - التأمين الصحي - العلاج الخاص - تنمية القوي البشرية- الاعلام الصحي) .

فالرعاية الصحية إذن في مصر كما هي في كل الدول هي مسئولية وزارة الصحة في المقام الاول ، وقد تكفل الدستور والقانون للوزارة بالسلطة التنفيذية في اصدار كافة النظم واللوائح التي تكفل لها تقديم الخدمة الصحية علي الوجه الامثل وبالمستوي اللائق ، الا ان الوزارة قد تراجع دورها من حيث انحسار الخدمة الصحية في كثير من المناطق في مصر وخاصة المناطق الريفية وتفتشي الامراض بصورة لم تكن في الماضي ، لذلك فان الخدمات الصحية في مصر يشارك فيها ايضا وزارات وهيئات ومؤسسات اخري تساهم بتقديم الخدمات الصحية للعاملين بداخلها كالشرطة والبتروال والعدل من خلال مراكز طبية اهلية خاصة الا ان النقطة الاساسية والتي تحول دون توفر تلك الخدمة للجميع هي التكلفة وعدم قدرة الناس علي تغطيتها (وزارة الصحة والسكان ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٢٩ : ٣٩)

والجدول التالي رقم (١) يوضح نسبة الانفاق علي القطاع الصحي بمصر بالنسبة للدخل القومي مقارنة ببعض الدول (منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٢)

الدولة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
البرازيل	٧.٢	٧.٤	٧.٥	٧.٥	٧.٩	٨.٣
مصر	٣.٧	٣.٨	٣.٩	٤	٣.٩	٣.٨
السعودية	٥.٣	٥.١	٥.١	٥.٧	٥.٤	٥.٣
جنوب افريقيا	٨.٤	٩.٢	٩	٨.٧	٨.٨	٨.٨
الولايات المتحدة	١٣.٣	١٣.٢	١٣	١٢.٩	١٣	١٣

من خلال ما سبق نجد ان الخدمة الصحية والرعاية الطبية في مصر تحتاج الي الكثير حتي تستطيع ان تؤكد ونقول انها متوفرة وفي متناول كافة دون تفریق

والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية ضرورة من الضرورات التي لم يعد هناك غنى عنها للنهوض بحياة المجتمع المعاصر ، فعن طريقها يمكن معالجة مشكلات التخلف وتحقيق معدلات سريعة للتنمية في أقصر وقت ممكن و بأقل تكلفة وبأدنى قدر من انصياح الموارد المادية والبشرية . (عويس ، الأفندي ، ١٩٩٤ ، ص ٢١)

حيث يعد التخطيط من الأدوات اللازمة لدعم عملية تطوير وتنمية الخدمات، فالتخطيط الاجتماعي هو الوجه التنفيذي لسياسات الرعاية الاجتماعية وتحقيق الغايات والأهداف باستخدام الأسلوب العلمي ، ومن ثم فإن سياسات الرعاية الاجتماعية توجه الخطط المجتمعية والبرامج والمشروعات لتحقيق الأهداف. (National statistical system, 2001, p 2)

إذن فالتخطيط هو الوسيلة التنظيمية لأداء برامج ومشروعات الرعاية الاجتماعية وتنفيذها على جميع المستويات والأجهزة اللازمة ، والبرامج سواء أكانت حكومية أو أهلية والتمويل المطلوب أو الخدمات التي يحتاجها الأفراد والجماعات ، كل هذا لا

يمكن أن يتم في فراغ إنما يتعين أن يتم إعداده وتشكيله بناءً على خطة واضحة مرسومة داخل إطار تخطيطي محدد واضح المعالم. (بدوي ، ٢٠٠٣ ، ص ٤٢)

حيث يعتبر التخطيط عملية تعاونية تهدف إلى الإسراع في تحقيق التغيير الاجتماعي لحياة أفضل لأنه عبارة عن مشاركة فعالة بين المخطط والأفراد الذين توضع الخطط من أجلهم فالتخطيط يستلزم إثارة الوعي التخطيطي بين أفراد يشاركون في خطوات العملية التخطيطية كما يستلزم العمل على الموازنة بين الموارد والحاجات بصورة تعمل على النهوض والتقدم. (الجوهري ، رشوان ، ١٩٩٤ ، ص ١٠)

وللتخطيط أهميته الخاصة في عصرنا الحالي في جميع المجتمعات وبخاصة في مجتمعنا المصري باعتباره الوسيلة الأولى والحقيقية لرسم برامج المستقبل على أسس علمية محسوبة تشمل الدراسة لفهم الظروف والأوضاع المجتمعية وكذلك مدى قابلية تنفيذ وتحقيق الأهداف في المجتمع من خلال حشد الموارد والإمكانات المتاحة والتي يمكن إتاحتها. (السروجي ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٩)

وإذا كانت مصر تتطلع اليوم لغد أفضل تحقق منه مستوى أرفع من الحياة لأبنائها ، فلا بد من الإقرار أن تحقيق هذا التقدم التخطيطي التام لن يبدأ إلا من القرية المصرية التي هي حجر الأساس والنواة الصلبة للمجتمع المصري ، فالريف المصري كان ولا يزال عصب الحياة في المجتمع المصري ، حيث يمثل سكان القطاع الريفي ٧٥.٥ من مجموع سكان الجمهورية من واقع النتائج النهائية لتعداد عام ٢٠١٠ . (الدجوي ، ٢٠٠٠ ، ص ١٩٥)

وإذا كان لهذه النسبة من دلالات فهي أنّ أعلى إستراتيجية للتطوير والتنمية لابد وأن توجه إلى القاعدة العريضة في المجتمع ، بمعنى ضرورة البدء بالقرية المصرية وذلك إذا أردنا إحداث تقدم حقيقي في البنيان الاجتماعي والإقتصادي للمجتمع ككل بحيث يعكس آثار إيجابية ونتائج ملموسة يمكن بها ومعها تحقيق فاعلية البرامج والسياسات والإستراتيجيات القومية. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، ٢٠١١ ، ص ٢٠)

كما أن الخدمات التي تُقدّم للريف ترتبط ارتباط وثيق بالسياسة التي تقوم عليها الدولة والفلسفة التي يبنيناها النظام الحاكم وترتبط أيضاً بالموارد والإمكانات المادية للدولة والتي هي العنصر الأول من عناصر تحقيق وتطوير خدمات الرعاية الاجتماعية ، ولذلك فإنه لابد من وضع وسائل تمويلية كافية في أيدي السلطات التي تقوم على تقديم هذه الخدمات حيث أن للرعاية الاجتماعية أجهزة ومؤسسات تعمل على تخطيط خدماتها سواء كانت هذه المؤسسات حكومية أو أهلية أو دولية وهي مؤسسات لها فلسفتها ولوائحها ولها برامجها وأهدافها. (فهيم ، ٢٠٠٥ ، ص ٣٠)

ويأتي ذلك إستجابة لطبيعة العصر الذي نعيش فيه حيث أن الدول في العصر الحديث أصبح لديها العديد من المشكلات والمهام الكثيرة مما يرغمها على أن لا تتبع أسلوب تركيز الأمور في يد الحكومة المركزية ولكنها تستطيع الاحتفاظ بما يخص الشؤون القومية مثل التخطيط القومي والدفاع والأمن ، أما الأمور المتعلقة بالخدمات فأصبحت الدولة تتركها جزئياً للإدارات المحلية إيماناً منها بأن ذلك وسيلتها لإشباع إحتياجات مواطنيها. (شوقي ، العزازي ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٥٧)

ولقد تحول إهتمام السلطة المحلية مثلها مثل الحكومات المركزية من مجرد حفظ النظام وتطبيق القانون إلى تحقيق الرفاهية والرخاء للمجتمع بصفة عامة ، فضلاً عن ذلك فقد أصبحت الإدارة المحلية شريكة للحكومة المركزية في تحقيق التنمية الإقتصادية والاجتماعية بصفة عامة نظراً لزيادة أعداد المنفعين بالإدارة المحلية حتى تشمل جميع المواطنين في المجتمع .

ولما كان التمويل هو العنصر الأول من عناصر تحقيق العمل وما يرتبط به من مجموعة من الحقائق والأسس العلمية والنظريات التي تتعلق بالحصول على الأموال من مصادرها المختلفة وحسن إستخدامها من جانب إدارات التخطيط المحلية والمركزية. (ويستون ، برجام ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٠)

ومع ندرة مصادر التمويل وعدم وفرتها والتي تقف حائلاً دون إتمام المشروعات أو دون التوسع في أنشطتها بل ودون إقامتها أصلاً ، فإنه لابد من وضع وسائل تمويلية كافية في أيدي سلطات الإدارة المحلية لتستطيع السير في طريق تطوير وتنمية الخدمات وإشباع الإحتياجات. (الخضيري ، ٢٠٠١ ، ص ٣٢)

حيث أن مجرد المقارنة بين الأرقام والمعدلات الطموحة بالمخططات وتلك التي نفذت بالفعل تشير إلى وجود قصور في أداء السياسات المتبعة في قطاع الخدمات ، ويرجع هذا القصور إلى عدد من المشاكل التمويلية والإدارية والتخطيطية والتنفيذية التي تواجه الأجهزة المحلية بالمدن المصرية. (المعهد العربي لإنماء المدن، ١٩٩٣، ص ٢٣٥)

ولذا فإنه لا بد من إيجاد نظام مرن يكفل عدم إيجاد عراقيل أمام سلطات الإدارة المحلية عند العمل على تخطيط وتطوير خدمات الرعاية الصحية (ناجي، ٢٠٠٧، ص ٢٢٠) حيث تشكل الخدمات الصحية حلقة مهمة في النظام العام للخدمات بإعتبارها حق كفله الدستور من خلال الخدمات الصحية المجانية أو الخدمات المدعومة في العلاج الإقتصادي ومع ذلك فإن الخدمات الصحية في المجتمع المصري بصفة عامة وفي الريف بصفة خاصة تواجهها كثير من المشكلات والمعوقات التي من أهمها نقص الإعتمادات المالية المخصصة للرعاية الصحية خاصة تلك الموجهة إلى المراكز الصحية في الريف مما يؤدي إلى قصور في عمليات الإحلال والصيانة وإمدادات الأدوية والمعدات الأساسية وبنوك الدم وإنخفاض أجور العاملين في تقديم تلك الخدمات مما يؤدي إلى سوء تقديم الخدمة .

وتعتبر القرية المصرية الدعامة الأساسية للبناء الإقتصادي والإجتماعي والسياسي للتنمية القومية بل إن جذور التنمية القومية تبدأ من تربة الريف فالريف هو العمود الفقري للمجتمع المصري فهو الأصل الذي تكونت منه حضارة مصر القديمة وبتماسكه و صلابته قامت الدولة المصرية وحافظت على استمرار بقائها وبسواعد أبناء الريف شيدت مصر أمجادها العريقة . (الجوهري وآخرون ، ١٩٩٨، ص ١١)

وتشير دراسات البنك الدولي إلى أن محصلة برامج الإصلاح والخدمات الإجتماعية وبرامج تنمية المجتمع المحلي المنتشرة في معظم القرى جاءت سلبية إلى حد كبير أو على الأقل غير مرضية فما زالت أوضاع سكان القرى كما هي فلا هم ظلوا على أسلوب حياتهم ورضاهم عنه كما كانوا ولا هم إستقادوا من التنمية ودعواتها لتحديث زراعتهم وحياتهم حيث تعرضت المجتمعات الريفية في العالم النامي للإهمال الشديد الذي تجسد في عجز الخدمات والمشروعات سواء مشروعات الصحة والتعليم أو المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي وإرتبط ذلك بمناخ التخلف وظروف التبعية والإستعمار والإستغلال على مستوى الفكر والواقع كما إرتبطت السياسات التنموية في الريف بالإطار الخارجي وإنفصلت عن توجيه مسار التغيير على المستوى الداخلي المؤثر في حياة القرية . (رشوان، ٢٠٠٥، ص ٢٢٩)

وقدت أكدت كل الموانيق العالمية على ضرورة وضع القرية المصرية في موضعها الصحيح وتأكيد دورها في عملية الإنتاج والمشاركة في إنجاز الخطط القومية وتقرير حقها العادل في التقدم وللحاق بركب الحضارة كحق مقرر لها والمساهمة في التنمية الإجتماعية و الإقتصادية والعمرانية كواجب مفروض عليها وتقريب ما بينها وبين المدينة من مسافات .

والمجتمعات الريفية هي أكثر المجتمعات التي تفتقر إلى هذه الخدمات حيث تكشف المناطق الريفية عن خصوصية تميزها عن غيرها من المناطق السكنية (حضرية كانت أو صحراوية) وتنعكس هذه الخصوصية على نوعية وطبيعة الإحتياجات والمشكلات والقضايا التي يعاني منها سكان المجتمع الريفي الأمر الذي يحتاج إلى التدخل المدروس والمحسوب والمقصود في معالجة هذه المشكلات وإشباع تلك الإحتياجات

و يشير الواقع المصري إلى وجود العديد من المشكلات الإجتماعية والاقتصادية التي تقف حجر عثرة أمام تنمية وتطوير الخدمات والتي منها انخفاض مستوى الدخل القومي وزيادة أعداد الفقراء وضعف العملية التعليمية وإنتشار الأمية وزيادة نسبة البطالة وغيرها من المشكلات التي يقابلها ضعف الإنفاق الحكومي على الخدمات التي نجمت عن إتساع رقعة المشاكل السابقة ومن هنا تأتي الأهمية القصوى للتخطيط في مجتمعنا المصري والتي تمثلت في أن التخطيط يساعد على التنبؤ وتقدير الإحتياجات والتعرف على المشكلات وتحديد الأولويات لأن الموارد دائماً محدودة في مقابلة الإحتياجات المتعددة ، فالموارد متوفرة وليست نادرة الوجود ولكن نظراً لزيادة الحاجات فإن هذه الموارد تصبح نادرة بالنسبة للحاجة إليها ولذلك نجد أن الأنظمة تحاول أن تعالج مسألة الندرة بالتخطيط السليم وزيادة الموارد بإستغلال المتاح منها .

ولمزيد من التحديد لمشكلة الدراسة سيتم استعراض البحوث المتصلة بموضوع الدراسة

أ) الدراسات المتصلة بمتغير التمويل

هدفت دراسة غارى Garyare (١٩٨٣) إلى التعرف على مدى تنفيذ البرامج التنموية بولاية ديلاوير ومدى إلتزامها بمبدأ المساواة في التمويل المخصص للمشروعات ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن التمويل متغير هام في تنفيذ البرامج التنموية وأنه لا بد من أن يراعى عند تحديد قيمة التمويل للمشروعات مجموعة من المتغيرات مثل حجم السكان والثروة

والمستوى المهني للسكان حتى تتحقق العدالة في توزيع التمويل الذي يؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة. **وهدف** دراسة **المجالس القومية المتخصصة (١٩٨٦)** إلى التعرف على تشكيل المجالس المحلية وإختصاصاتها كما تهدف إلى التعرف على مصادر التمويل الخاصة بواحدات الحكم المحلي ، وأهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج أن المجالس المحلية تقوم بتقديم الكثير من الخدمات الصحية والتعليمية والإسكانية والبيئية وأن هذه الخدمات تتأثر بضعف التمويل الممنوح للمجالس المحلية كما تتأثر بعدم وجود سياسة مالية مستقرة واضحة المعالم تستطيع من خلالها الوحدات المحلية تلبية إحتياجات المواطنين. وأشارت دراسة **كارول Carol (١٩٨٦)** إلى تقييم الإختلافات في تقديم وتمويل خدمات وبرامج الرعاية الإجتماعية داخل ولاية نبراسكا ، وتوصلت الدراسة إلى أن خدمات وبرامج الرعاية الإجتماعية لا تُدار بشكل موحد بين المحافظات وأنها تمول بصورة غير عادلة مما يؤثر بصورة سلبية على السياسات الإجتماعية والإقتصادية والسياسية على المجتمع بصفة عامة. كما ان دراسة **جوزيف Joseph (١٩٨٨)** هدفت إلى دراسة آثار الخصائص التركيبية والديموغرافية للسكان والخصائص الهيكلية للنظم التعليمية العامة على سياسات الدولة المالية وكذلك تباين أداء الدولة في تقديم الخدمات وإشباع الإحتياجات وتم التطبيق على الخدمات التعليمية ، وأثبتت نتائج الدراسة أن الإنفاق المخطط على الخدمات التعليمية للفئات الفقيرة أو المحرومة يعطى تأثيراً إيجابياً في تحقيق وزيادة الرفاه الإجتماعي . وكذلك دراسة **مون إلى Moon Ailee (١٩٨٩)** والذي كان عنوانها نفقات ضريبة الدخل الإتحادية كأدوات لتمويل الرعاية الإجتماعية هدفت إلى التعرف على أهمية السياسات الضريبية للرعاية الإجتماعية لتحقيق أهدافها ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه لتحقيق أهداف سياسات الرعاية الإجتماعية يجب الإستفادة من تصميم النفقات الضريبية والنفقات المباشرة المستخدمة في الميزانية. ودراسة **بركات (١٩٩٢)** حاولت التعرف على دور الوحدة المحلية فيما يتعلق بعملية تمويل وتصميم وتخطيط البرامج والمشروعات وأشارت نتائج الدراسة إلى أن دور الوحدة المحلية محدود فيما يتعلق بعملية تمويل البرامج والمشروعات وذلك لنقص الموارد المالية الذاتية للمحليات ودراسة **ستيفن Steven (١٩٩٨)** وعنوانها نفقات القطاع العام والخاص في الرعاية الإجتماعية ، والتي كانت تهدف إلى دراسة تأثير إنفاق القطاعين العام والخاص على الرعاية الإجتماعية وتحقيق العدالة في ذلك ، وأهم ما توصلت إليه الدراسة أن هناك علاقة سلبية بين مساهمات القطاعين العام والخاص في تحقيق الرفاه الإجتماعي وإنجاح برامج الرعاية الإجتماعية ، كما توصلت إلى أن مقدار المساهمات الخاصة تجاه الرعاية الإجتماعية سوف يتضائل إن لم يتحقق التكامل أو التوافق بين القطاعين العام والخاص وكذلك بين الدولة المركزية والحكومة المحلية في تمويل برامج وخدمات الرعاية الإجتماعية. وتأتي دراسة **الصاوي (٢٠٠٢)** لتلقي الضوء علي نظرة المشرع إلى الحكم المحلي في مصر **وهدف** الدراسة إلى التعرف على آليات التنسيق والتعاون بين السلطات المحلية والمجتمع المدني في مجال رسم خطط التنمية ، ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج أن هناك جوانب اقتصادية تدور حول محدودية الموارد المالية المتاحة للمحليات من أجل تنفيذ وتحقيق طموحاتها التنموية. ودراسة **عبد الرحيم (٢٠٠٢)** تهدف إلى تقييم واقع التمويل المحلي بصفة عامة والقروض المحلية بمصادرها بصفة خاصة ، وأهم ما توصلت إليه الدراسة انعدام سلطة المحليات في تقرير مواردها المالية الذاتية وكذلك إتساع الفجوة التمويلية المحلية ونموها بمعدل يفوق معدل نمو الإنفاق المحلي وكذلك ضعف وجمود عناصر التمويل المحلي الذاتي وأكدت على أنه لا بد من إعطاء المحليات السلطة في الإعتماد على القروض كمورد مالى من الممكن أن يحقق أهداف التنمية المنشودة . كما ان دراسة **عبد الوهاب (٢٠٠٢)** اتجهت إلى التعرف على العلاقة بين مصادر التمويل المحلي وأنماط العلاقات بين الحكومة المركزية والوحدات المحلية . وأهم ما توصلت إليه الدراسة أن هناك اهتمام عالمياً متزايد باللامركزية المالية في ظل التحولات الديمقراطية و تبنّى سياسات الخصخصة وفشل الحكومات في تقديم الخدمات التنموية إلى المواطنين المحليين كما توصلت إلى أنه كلما توافرت المالية الذاتية لدى الوحدات المحلية كانت أكثر قدرة على تحديد أولويات التنمية وإحتياجات المواطنين . و دراسة **زعزوع (٢٠٠٤)** والتي هدفت إلى التعرف على الدور الذي تقوم به المنح والمساعدات الأجنبية في تحقيق التنمية الريفية في مصر . وأوضحت نتائج الدراسة بأنه لا بد من توزيع الإعتمادات المالية على الوحدات المحلية بناءً على الإحتياجات الفعلية والخطط الموضوعة لكل وحدة ، مع الأخذ في الإعتبار وجود تفاوت بين هذه الوحدات من حيث الظروف الإقتصادية والإجتماعية كما أوصت بضرورة التحديد الدقيق والواضح للأهداف المرجوة من المشروعات التنموية بحيث تنفق مع السياسات العامة للدولة والخطط الموضوعة. ودراسة **الخياط (٢٠٠٥)** هدفت إلى التعرف على الموارد المالية المحلية وأساليب تنميتها ، وأهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج هو عدم وجود سياسة مالية مستقرة وواضحة لإعانة المحليات على تحقيق أهدافها التنموية مع ضعف الموارد الذاتية لوحدات الإدارة المحلية والحكم المحلي . كما هدفت أيضاً دراسة **أمين (٢٠٠٨)** إلى التعرف على المداخل المختلفة التي يمكن إنتاجها لتطوير منظومة التمويل المحلي في مصر ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هيكل ونظام التمويل المحلي في مصر في حاجة حقيقية إلى إحداث تطوير وذلك لضالة حجم التمويل المحلي والإعتمادية الكبيرة على الحكومة المركزية لتمويل الإحتياجات الأساسية للمواطنين . و دراسة **ريبيكا Rebecca (٢٠٠٩)** والتي تهدف الي تأكيد أهمية الشراكة في تحقيق العملية التنموية في المناطق الريفية وتوصلت الدراسة إلى أن هناك الكثير من الموارد والإمكانات غير المستغلة في المناطق الريفية وأنه لا بد من تفويض السلطة المحلية

وإيجاد شركاء لدفع العملية التنموية وأكدت على أن التمويل الخارجي عنصر هام في تنفيذ المشروعات التنموية .
وإضافة لنيكولا Nicolas ، (٢٠٠٩) والتي تهدف إلى التعرف على دور التمويل الدولي في تحقيق التنمية وتقييم آراء
المتخصصين العاملين في المشروعات التنموية بالمناطق الريفية ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن التنمية تحتاج إلى تمويل
فعال وأن تأمين التمويل للمشروعات التنموية هو عامل النجاح الأول في تحقيق التنمية الريفية.

(ب) الدراسات المتصلة بمتغير التخطيط لخدمات الرعاية ، وخدمات الرعاية الصحية

هدفت دراسة السروجي (١٩٨٨) إلى التعرف على شكل ونمط القوة وأثر ذلك في تطور خدمات الرعاية الاجتماعية في
الريف وإنعكاسه على سياسات التنمية الريفية ، وكان من أهم نتائج الدراسة أن الإعتماد على التمويل الذاتي في تطوير
خدمات الرعاية الاجتماعية في الريف يحقق لها الإستمرار والتطوير على أن يكون هذا التطوير وفق أولويات محددته وأن
يكون موجها ومخططا ومستقرا نسبياً ، وكذلك ضرورة ربط خدمات البنية الأساسية في القرية بخطة محلية تشترك فيها
الجهود الأهلية لتوفيرها بالمستوى اللائق في القرية، ودراسة تيري Terry (١٩٩٠) وعنوانها الحكومة المحلية في
المناطق الريفية والتخطيط لإستخدام الأراضي ، وتهدف الدراسة إلى التعرف على تطوير عمليات التخطيط في المناطق
الريفية ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أهمية تعديل التشريعات القائمة من أجل زيادة تبسيط عملية التخطيط وذلك من أجل
السعي لعملية تخطيطية أكثر مرونة وإستجابة لإشباع وتطوير الخدمات ، ودراسة إيبوس Oboes (١٩٩٢) والتي كان
عنوانها الحكومة المحلية والتنمية الريفية والقيود المفروضة على فعالية المشاركة المحلية في ولاية بندل وتهدف الدراسة إلى
فحص القيود المفروضة على جهود السلطات المحلية في التنمية الريفية ، وتوصلت الدراسة إلى فشل معظم السلطات
المحلية في إشراك الناس في تخطيط المشاريع وتنفيذها وأكدت الدراسة أن سيطرة الحكومات المركزية يعرقل جهود التنمية
ويسبب عجز سياسات السلطات المحلية . كما هدفت دراسة سلامة، (١٩٩٩) بعنوان "إدارة الجودة الشاملة في قطاع
الخدمات الصحية دراسة حالة مستشفى الجامعة الأردنية". هدفت إلى دراسة الفجوة القائمة بين الخدمات الإدارية المتوقعة وبين
الخدمات الإدارية الفعلية المقدمة في مستشفى الجامعة الأردنية من قبل المرضى من خلال دراسة مدى رضاهم عن الخدمات
المقدمة لهم. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك رضا ضعيف عن الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المراجعين لمستشفى
الجامعة الأردنية، وبناء على النتائج أوصى الباحث بزيادة الإهتمام بالمرضى والحرص على رضاهم والسعي لتحسين
مستوى الخدمات المقدمة لهم في كافة المجالات، وإيجاد قسم خاص للمعلومات في المستشفى يتولى مهمة جمع المعلومات
وتصنيفها، ويقوم بالمسوحات الميدانية الدورية للتعرف على احتياجات المراجعين وتقديم المعلومات التي تؤدي إلى تحسين
مستوي الخدمة المقدمة. وكذلك دراسة مطايد (١٩٩٩) بعنوان "تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الإستثمارية
في منطقة المعادي في مصر". هدفت إلى تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الإستثمارية وتنمية
مقياس موضوعي لقياس عناصر جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العملاء والعمل على التخلص من فجوات الجودة
بإقتراح إستراتيجيات العلاج المناسبة بغية تحسين رضا العملاء عن هذه الخدمات في الأجل الطويل. وقد توصلت هذه
الدراسة إلى أن نموذج فجوات جودة الخدمة وأداة القياس المنبثقة عنه SERVQUAL من أفضل النماذج لدراسة الجودة
المقدمة، وإنخفاض مستوى الجودة الوظيفية للخدمات الصحية المقدمة وخاصة إفتقارها لعناصر الجودة . كما هدفت دراسة

Lam & Tang, (٢٠٠٠) بعنوان "A study of Patients Expectations and satisfaction in Singapore hospitals." هدفت الي تحديد توقعات ورضا المرضى من خلال استخدام مقياس

SERVQUAL.. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، أبرزها أن هناك فجوة بين توقعات وتصورات المرضى لجودة
الخدمة الكلية وأن التحسين متطلب ضروري لكافة أبعاد جودة الخدمة والتي حددت بستة أبعاد رئيسة، وهي الملموسية،
والثقة، والاستجابة، والأمان، ، والتعاطف، وأخيرا إمكانية الوصول. إلى العديد من النتائج، أبرزها أن هناك فجوة بين توقعات
وتصورات المرضى لجودة الخدمة الكلية وأن التحسين متطلب ضروري لكافة أبعاد جودة الخدمة والتي حددت بستة أبعاد
رئيسة، وهي الملموسية، والثقة، والاستجابة، والأمان، ، والتعاطف، وأخيرا إمكانية الوصول. ودراسة Andaleeb (٢٠٠١)
بعنوان: "Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: Study of Hospitals in a Developing Country." هدفت إلى تحديد عوامل جودة الخدمة والتي لها أهمية

للمرضى. بالإضافة إلى إختبار علاقة هذه العوامل برضا المرضى في مستشفيات بنغلادش. وقد تم اعتماد الأبعاد التالية لقياس
جودة الخدمة، وهي: الاستجابة؛ والأمان؛ والاتصالات؛ والإنضباط؛ والكرم وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين عوامل
جودة الخدمة وبين رضا المرضى. كما هدفت دراسة عبد الحليم (٢٠٠٢) إلى التعرف على المشكلات الواقعية للمجتمع
الريفي من مشكلات صحية وتعليمية وبيئية واجتماعية وسياسية وزراعية ، وأهم ما توصلت إليه الدراسة أنه من أهم الأدوار
التي يقوم بها المجلس الشعبي المحلي عند مواجهة مشكلات المجتمع الريفي هي الأدوار التخطيطية والإشرافية والتنموية
والدفاعية ، وتوصى الدراسة بالتطوير في أداء هذه الأدوار لتطوير تقديم الخدمات. وكذلك دراسة أبوهجه (٢٠٠٢)
استهدفت التعرف على مدى إستقلالية الإدارة المحلية ومدى تأثير السلطات المركزية على الإدارة المحلية ، وأهم ما توصلت

إليه الدراسة من نتائج أن هناك عدد من العوامل التي تؤثر على إستقلالية قرارات المجلس الشعبي المحلي للقرية ، أهمها سلطة المستويات العليا للمجالس الشعبية المحلية على المستوى الأدنى كعدم إعتداد التمويل اللازم لتنفيذ قرارات المجلس وعدم التصديق على بعض القرارات وتعطيل البعض الآخر حتى تخرج لحيز التنفيذ ، وكذلك عدم قدرة المجلس على مباشرة مسؤوليته كجهاز تخطيطي . ودراسة كريستوفر Christopher (٢٠٠٦) وعنوانها ديناميكية التعاون بين الحكومات المحلية والمنظمات غير الحكومية من أجل التنمية الريفية ، وتهدف الدراسة إلى التعرف على ديناميكيات التعاون بين المنظمات غير الحكومية والحكومات المحلية من أجل التنمية و تحديد السبل التي يمكن بها تحسين فعالية كلا منهما في مجال التنمية الريفية ، وتوصلت نتائج الدراسة الي أن التخطيط لمشاركة الحكومات المركزية للحكومات المحلية في مجال التنمية الريفية وتقديم الخدمات على أحسن صورة فإن ذلك يزيد من فعاليتها في بناء القدرات وتقديم الخدمات وإشباع الإحتياجات . و دراسة Ramsaran-Fowdar (٢٠٠٨) بعنوان "The Relative Importance of Service Dimensions

in a Healthcare Setting" هدفت إلى التركيز على استخدام مقياس SERVQUAL لقياس توقعات وتصورات المرضى نحو مستوى الخدمات المقدمة لهم. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك آلية جديدة لجودة الخدمة تسمى PRIVHEALTHQUAL، بالإستناد إلى التحليل العاملي والثبات. بالإضافة إلى أن الثقة والعدالة والمعاملة الحسنة هي العوامل الأكثر أهمية لجودة خدمة الرعاية الصحية

دراسة Teng, et..al, (٢٠٠٩) بعنوان "Professional Commitment, Patient Safety, and Patient-Perceived Care Quality" وهدفت لإستبيان كيف أن الإلتزام المهني يؤثر على سلامة المريض وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمريض.. وقد توصلت الدراسة إلى أن الإلتزام المهني يؤثر بشكل إيجابي على مستوى سلامة المريض بشكل عام، بالإضافة إلى تأثيره على جودة الرعاية الصحية المقدمة.

دراسة Chowdhury (٢٠٠٩) بعنوان "Customer Expectations and Management in HealthCare Perceptions Services of Bangladesh: An Overview". هدفت إلى بيان أثرالعوامل الاجتماعية الاقتصادية على جودة الرعاية الصحية وفق التوقعات وإدراكات العملاء في المستشفيات العامة والخاصة ببنجلادش. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أبرزها وجود أثر للعوامل الاجتماعية الاقتصادية على جودة الرعاية الصحية وفقا لتوقعات العملاء في المستشفيات العامة والخاصة ببنجلادش ودراسة "بوعباس(٢٠١٠) عن اثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات علي رضا المرضى استهدفت الدراسة التعرف على الجودة المدركة و رضا المرضى المتلقين للعلاج في المستشفيات الحكومية والخاصة في دولة الكويت كما أنها سعت إلى التعرف على الدور الذي تلعبه الاتصالات والمعلومات كمتغير وسيط مابين الجودة والرضا، وتوصلت الدراسة الي ارتفاع جودة خدمة الرعاية الصحية وبصفه خاصة في المستشفى الخاص مقارنة بالمستشفى الحكومي ، وقد بينت الدراسة أيضا أن متغيرالاتصالات والمعلومات في كلا المستشفيين عينة الدراسة هي بشكل عام مرتفع.أما على مستوى فئة المستشفى فقد كان مستشفى الخاص هو الأكثر تقديرا بالمقارنة مع المستشفى الحكومي

موقف الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

- ١- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد مشكلة الدراسة - صياغة الفروض - تحديد متغيرات الدراسة والتي تتمثل في (التمويل - خدمات الرعاية الصحية)
- ٢- اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في انها تهدف الي استخدام التمويل بمصادره المختلفة في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية
- ٣- تشير نتائج الدراسات إلى أن التمويل عنصر هام في تحديد رسم السياسات الخاصة بخدمات الرعاية الاجتماعية حيث يحدد حجم ونوع ومصادر التمويل كفاءة البرامج والخدمات التي تقدم وهذا ما أكدت عليه دراسة كلا من (أمين ٢٠٠٨ ، السروجي ١٩٨٨ ، غارى ١٩٨٣ ، مون إلى ١٩٨٩ ، ، ستيفن ١٩٩٨ ، كارول ١٩٨٦) .
- ٤- تشير بعض الدراسات أن الأجهزة المحلية هي المسؤولة عن تخطيط و تنفيذ برامج ومشروعات الرعاية الاجتماعية في الريف وهذا ما أكدت عليه دراسة كلا من (أبو هرجه(٢٠٠٢) ، ، دراسة المجالس القوميه المتخصصه (١٩٨٥)) .
- ٥- أفادت العديد من الدراسات أن هناك العديد من المعوقات التي تعوق المجالس المحلية عن تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية والتي من أهمها عنصر التمويل وهذا ما أكدت عليه دراسة كلا من (عبد الوهاب (٢٠٠٢) ، الخياط (٢٠٠٥) ، عبد الرحيم (٢٠٠٢) ، على الصاوى ، المجالس القوميه المتخصصه (١٩٨٦)) .

- ٦- تشير بعض الدراسات أن الريف يعاني من نقص وتدني الخدمات كما أنه يوجد موارد وإمكانيات غير مستغلة في المناطق الريفية وأنه يجب التخطيط لإستغلالها وهذا ما أكدت عليه دراسة كلا من (دراسة ربيكا (٢٠٠٩)
- ٧- أكدت دراسة السروجي (١٩٨٨) علي ان الاعتماد على التمويل الذاتي في تطوير خدمات الرعاية الاجتماعية في الريف يحقق لها الإستمرار والتطوير
- ٨- وأكدت دراسة إبوس Oboes (١٩٩٢) ودراسة تيرى Terry (١٩٩٠) علي ان سيطرة الحكومات المركزية يعرقل جهود التنمية ويجب تعديل التشريعات القائمة
- ٩- اتفقت دراسة سلامة، (١٩٩٩)، دراسة مطاريد (١٩٩٩)، Lam & Tang (٢٠٠٠) دراسة Andaleeb (٢٠٠١) Teng, et..al, (٢٠٠٩) ودراسة Chowdhury (٢٠٠٩) بوعباس (٢٠١٠) علي ضرورة الإهتمام بالمرضى و تحديد توقعاتهم ، تقييم جودة الخدمات الصحية بصفة مستمرة ، وأن الإلتزام المهني يؤثر بشكل إيجابي على مستوى سلامة المريض بشكل عام، بالإضافة إلى تأثيره على جودة الرعاية الصحية المقدمة.
- ١٠- اتفقت دراسة أبوهرجه (٢٠٠٢) دراسة عبد الحليم (٢٠٠٢) ودراسة كريستوفر Christopher (٢٠٠٦) علي ان من أهم الأدوار التي يقوم بها المجلس الشعبي المحلي عند مواجهة مشكلات المجتمع الريفي هي الأدوار التخطيطية ويجب دراسة العوامل التي تؤثر على إستقلالية قرارات المجلس الشعبي المحلي للقرية ، بالإضافة الي اهمية مشاركة الحكومات المركزية للحكومات المحلية في مجال التنمية الريفية

ثانياً : تحديد مشكلة الدراسة :

في ضوء ماتم عرضه من كتابات ودراسات تتعلق بضرورة الحاجة الي التركيز علي التمويل الموجه لخدمات الرعاية الصحية ، ويتطلب ذلك البحث عن اليات جديدة للتمويل لتطوير خدمات الرعاية الصحية.

لذلك يتحدد موضوع الدراسة في " التمويل كمتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية"

ثالثاً : أهمية الدراسة :

١. استراتيجية الرعاية الصحية في مصر تقوم علي التأكيد علي مفهوم ان الانفاق الصحي هو استثمار ذو عائد كبير بكل المقاييس وأنه من الضروري زيادة نصيب القطاع الصحي في الموازنة العامة للدولة للوفاء بالإحتياجات الصحية الاساسية للمواطن المصري ، والتأكيد علي عدالة الخدمات الصحية العلاجية المتخصصة علي اقاليم الجمهورية وتوفير الخدمات الصحية للمناطق المحرومة تيسيراً علي المواطن ، وتنفيذا لتوجيهات الدولة ، والاتفاقيات الدولية لدعم الخدمات الصحية المقارنة بين الأرقام والمعدلات الطموحة بالمخططات وتلك التي نفذت بالفعل تشير إلى وجود قصور في أداء السياسات المتبعة في قطاع الخدمات الصحية ، ويرجع هذا القصور إلى عدد من المشاكل التمويلية والإدارية والتخطيطية والتنفيذية التي تواجه الأجهزة المحلية بالمدن المصرية
٢. الدولة المصرية تواجه مشكلة القصور في الموارد و الإمكانيات وعدم التخطيط الجيد لاستثمارها الإستثمار الأمثل وعدم قدرتها علي اشباع احتياجات سكان المجتمع المتجددة بشكل جيد ، ، وخاصة في المجال الصحي وما يرتبط به من اوبئة وجائحات تحتاج لتدخل بطرق مختلفة وغير تقليدية
٣. أن بناء مجتمع صحي يتوافر به كافة مقومات الرعاية الصحية يظل أحد أهم ركائز الرؤية الوطنية للتنمية المستدامة وبعداً استراتيجياً تسعى القيادة السياسية لتحقيقه في أسرع وقت ممكن، وهو الأمر الذي عكسته العديد من المبادرات الصحية التي أطلقها السيد الرئيس واستمرت على الرغم من تداعيات أزمة كورونا .
٤. الإهتمام العالمي بالرعاية الصحية كإحدى الدعائم الرئيسية لدعم المكون الإجتماعي حيث أصبحت الرعاية الصحية على المستوى الدولي ضرورة تحتمها ظروف وملابسات العصر .
٥. أصبحت الرعاية الصحية من الواجبات الأساسية لأي دولة والتي تلتزم بها تجاه رعاياها وهي بمثابة المسؤولية الأساسية التي تحاول الحكومات جاهدة توفيرها لمواطنيها.
٦. تعتبر قضية التطوير في الدول النامية من أهم القضايا في عالمنا المعاصر ذلك لأن أكثر من نصف سكان العالم يعيشون في الدول النامية التي تعاني من الفقر كما تعاني من نقص الرعاية الطبية.
٧. كثرة التحولات والأزمات الإقتصادية والمالية العالمية والمحلية التي تفرز العديد من المشكلات في نظم التمويل العالمية والمحلية مما يؤدي إلى عدم الإستقرار الإجتماعي والسياسي ويقف حجر عثرة أمام تنفيذ البرامج والمشروعات بل والتخطيط لإعداد برامج تطوير خدمات الرعاية الاجتماعية.

رابعاً : أهداف الدراسة

١. تحديد كيفية التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية
٢. تحديد مدى كفاية التمويل كعنصر من عناصر التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية :

٣. تحديد أهم مصادر التمويل وإمكانية الاعتماد عليها في الوصول إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.
٤. تحديد معوقات التمويل المرتبطة بالنواحي المالية كمدخل لتطوير خدمات الرعاية الصحية.
٥. محاولة التوصل إلى تصور مقترح لزيادة فاعلية التمويل كأحد العناصر الأساسية في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية .

خامسا : فروض الدراسة

تحدد فروض الدراسة في الأتي :

١. الفرض الأول للدراسة: من المتوقع أن يكون مستوى التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية التي لها أولويات التطوير في خطة المحافظة كافي بدرجة مرتفعة.
٢. الفرض الثاني للدراسة: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كفاية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.
٣. الفرض الثالث للدراسة: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استمرارية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.
٤. الفرض الرابع للدراسة: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مصادر التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.

سادسا: مفاهيم الدراسة

١- مفهوم التمويل : FINANCING

التمويل بمعناه الحديث بيان أوجه النشاط العامة أو الخاصة التي تتطلب الحصول على الأموال وإدارتها في نواح متعددة (الأنصاري وآخرون، ١٩٩٩، ص ١٣) . ويعرفه معجم المصطلحات الإقتصادية والإسلامية بأنه توفير المستلزمات المالية للخدمات والخطط . وينقسم التمويل إلى : (تمويل قصير الأجل ، و تمويل طويل الأجل) ، والمصدر الرئيسي للتمويل طويل الأجل هي المدخرات المحلية ويمكن أن يكون (اختياريا) يقوم به الأفراد عن طريق الهيئات المالية المتخصصة في تجميع هذه المدخرات مثل صناديق التوفير التابعه للسلطات العامة أو البنوك (أو شبه إجباري) كما هو الحال بالنسبة للمعاشات والتأمينات الإجتماعية ، كما يمكن أن يكون التمويل من مصادر أجنبية بشكل مباشر كالإسهام في المشروعات الإنتاجية أو يتخذ شكل قروض من المؤسسات المالية الأجنبية أما التمويل قصير الأجل فهو الطريقة العملية التي تلجأ إليها الحكومات لتدبير احتياجاتها المؤقتة وأهم مصادره البنوك التجارية ومؤسسات إقراض الأموال والدول. (الجمعة، ٢٠٠٠، ص ص) ويؤكد هذا التعريف على أهمية التمويل في نجاح العملية التخطيطية كما يؤكد على سير العمليات التمويلية والتخطيطية جنباً إلى جنب في كافة مراحلها بما ينتج خدمات رعاية اجتماعية قوية وفعالة. كما يقصد بالتمويل تزويد الهيئات والمؤسسات الإجتماعية بالأموال لتحقيق أغراضها التي قامت من أجلها أو ما تحصل عليه من مال خاص أو مال عام لتحقيق أهدافها في مجالات الرعاية الإجتماعية والتنمية الإجتماعية . ويعرف التمويل بأنه أحد وظائف الإدارة التي تختص بجميع الأعمال المرتبطة بتزويد المنظمة بالأموال اللازمة لتحقيق أغراضها التي قامت من أجلها أو بحركة هذه الأموال في المنظمة. (علي ، ١٩٩٨ ، ص ٢٨) كما يعرف التمويل المحلي بأنه كل الموارد المالية المتاحة والتي يمكن توفيرها من مصادر مختلفة لتمويل التنمية المحلية على مستوى الوحدات المحلية بالصور التي تحقق أكبر معدلات لتلك التنمية عبر الزمن وتعظم استقلالية المحليات عن الحكومة المركزية في تحقيق التنمية المحلية المنشودة . فالتمويل المحلي بمفهومه الإيجابي هو العامل القادر على تحديد دور النظام المحلي في التنمية من زاوية أن التنمية في حد ذاتها إنما تعبر عن تفاعل يومي تتضافر من خلاله الجهود المبذولة لتحقيق الأهداف التي يتعارف عليها المجتمع . يؤكد هذا التعريف على أهمية التمويل المحلي بالنسبة للتنمية المحلية كما يشير إلى ضرورة تعبئة كل الموارد المحلية والجهود الشعبية في تنمية وتطوير الخدمات وذلك عن طريق اللامركزية المحلية . كما يعرف التمويل المحلي على أنه حجم الموارد المالية للمجالس المحلية بقدر ما يتضمنه التشريع من مصادر وإيرادات تخص هذه المجالس ، ويجب أن تتناسب الموارد المالية للمجالس المحلية والسلطات المالية الممنوحة لها مع الإختصاصات التي تمارسها والمسؤوليات التي تضطلع بها ويقدر ما يتوافر للمجالس المحلية من مرونة في مواردها وفي استخدامها بقدر ما يتحقق لها من فاعلية في خدمة المجتمع المحلي (عبد الحميد، ٢٠٠١، ص ٢٢) ويشير هذا التعريف إلى أن المجالس المحلية هي المسؤولة عن تنمية وتطوير مجتمعاتها المحلية في الريف أو الحضر وأن هذه الوحدات لا بد أن تتمتع بقدر من اللامركزية المالية لكي تستطيع

أن تقوم بالتنمية المنشودة . ويعرف التمويل المحلي بأنه مجموعة الموارد المتاحة للحكومة المحلية لتلبية الإحتياجات المحلية وتحقيق الأهداف التنموية التي تؤدي إلى تحسين نوعية حياة المواطنين ولا يشترط أن تكون هذه الموارد عبارة عن نقود فقط ولكنها تشمل الموارد المالية والمباني والأراضي الحكومية والأسواق التجارية والأدوات التخطيطية والصلات الدولية ومجتمع المانحين والمؤسسات المالية. (DIRIE, 2005, p . 15)

ومن خلال ما سبق يمكن للباحثة وضع تعريف إجرائي للتمويل يتفق مع الدراسة الراهنة فيما يلي :

- الإنفاق المخصص من أجل تحقيق أهداف صحية تمس إشباع إحتياجات سكان القرية المصرية
- الموارد المالية المتاحة والتي يمكن إتاحتها للإدارات المحلية لتخطيط تطوير خدمات الرعاية الصحية .
- أن تتناسب هذه الموارد كميًا وكيفيًا مع خطط تطوير خدمات الرعاية الصحية .

٢- مفهوم التخطيط : planning

- يعرفه قاموس باركر للخدمة الاجتماعية بأنه " إجراءات منظمه لتحقيق وتحديد أنماط منظمه من البناءات الإقتصادية والإجتماعية وإدارة وتنظيم التغيير الإجتماعي بطريقه عقلانيه وهذه الإجراءات تشمل تنظيم بعض الأفراد أو المنظمات لجمع الحقائق والإختيار من بين البدائل والتخطيط أحد الطرق المستخدمة فى ممارسة الخدمة الإجتماعية . (barker.1999,p 453) كما يعرف التخطيط الإجتماعي بأنه "عملية مقصوده يشترك فيها الفرد والجماعه والمجتمع ويتضمن إحداث حاله من التوازن بين عناصر ثلاثة (الهدف-الموارد-الزمن) عن طريق محاولة الوصول إلى أقصى درجات الهدف بأفضل إستخدام للموارد المتاحة وفى أقصر وقت مستطاع بهدف تنمية المجتمع والتحكم فى التغييرات الإجتماعية والهيكلية. (السروجي وآخرون ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٩) ويعرفه كلا من نيل جلبرت ، هارى سبكت neil gilbert, harry specht بأنه المحاوله الواعيه لحل المشكلات والتحكم فى مسار أحداث المستقبل عن طريق التنبؤ والتفكير المنظم والإستقصاء وممارسة تمثيل أداء القيم فى إختيار البديل الأمثل من بين مسارات الأفعال البديله. (gilbert and specht, 1977, p 1) ويعرف التخطيط بأنه " مجموعة من الجهود التي يمكن عن طريقها التحكم فى أنشطة المجتمع المتعدده حتى يمكن حصر الموارد والإمكانات المتاحة أو التي يمكن إتاحتها وتحديد الإحتياجات والمشكلات ثم تصميم البرامج والمشروعات التي تعمل على مقابلتها تحقيقاً للأهداف. (minnery, 1989, p. 56) ويعرف التخطيط أيضاً على أنه "عملية مستمره وليست عرضيه لحل مشكله محدده ولكنه يتميز بالبحث والتشاور والتعاون وتعد هذه عناصر حاسمه فى كل مرحله من مراحل العملية التخطيطية وإتاحة الفرصه للمواطنين لتحديد إحتياجاتهم والتأثير فى إتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتهم. (bowe, 1999, p 2)

ويعرف التخطيط إجرائيا فى هذه الدراسه على أنه :

١. سلسله من الخطوات العلمية التي تهدف إلى إشباع الإحتياجات الصحية بالقرية المصرية.
٢. تتم هذه الخطوات العلمية فى إطار الخطط القومية والإقليمية.
٣. يعتمد هذا التخطيط على مجموعة من الموارد المتاحة والتي يمكن إتاحتها.
٤. يهدف هذا التخطيط إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية .

٣- مفهوم خدمات الرعاية الصحية Health care services-

الرعاية الصحية الأولية هي نهج للصحة والرفاهة يشمل كل المجتمع ويتمحور حول إحتياجات وأولويات الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية .وهي تتناول الصحة والرفاهة بجوانبهما البدنية والنفسية والاجتماعية الشاملة والمترابطة(الكردي ٢٠١٨، ص ١٠١)

ووضعت منظمة الصحة العالمية تعريفاً متماسكاً يستند إلى ثلاثة عناصر وهي:

١- تلبية حاجات الناس الصحية من خلال رعاية شاملة إرشادية وحمائية ووقائية وعلاجية وتأهيلية وملطفة طوال فترة الحياة، تحدّد على أساس استراتيجي أولويات المهام الأساسية لخدمات الرعاية الصحية التي تستهدف الأفراد والأسر من خلال الرعاية الأولية وتستهدف السكان من خلال الصحة العمومية كعناصر مركزية لتقديم الخدمات الصحية المتكاملة؛

٢- التعامل بمنهجية مع المحدّدات الأوسع للصحة (بما في ذلك الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، وكذلك خصائص وسلوكيات الناس) من خلال سياسات وإجراءات عامة مستندة إلى أدلة في جميع القطاعات

٣- تمكين الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية من تحسين صحتهم على النحو الأمثل، كمدافعين عن سياسات تعزز وتحمي الصحة والرفاهية، وكمشاركين في تطوير الخدمات الصحية والاجتماعية، وكمقدمين للرعاية لذاتهم وللآخرين (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ٤٦) لقد تم وضع تعريف دقيق لهذه الرعاية، وجاء هذا التعريف على هذا النحو:-

هي مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية الأساسية التي تقدم من قبل المراكز الخاصة بالصحة، والتي تهدف إلى إتاحة عدد لا يحصر له من العقاقير الطبية التي تستخدم في علاج العديد من الأمراض (وزارة الصحة والسكان ، ٢٠١٥، ص ٨) اختلف مفهوم الرعاية الصحية الأولية اختلافا كبيرا عما كان عليه قبل ثلاثين عاما ، اذ لم تعد الرعاية الصحية تهتم بالدرجة الاولى بعلاج المرضى فالرعاية العلاجية لا تتضمن بعض التحصينات ضد الامراض وبعض المعارف الصحية التي تنتقل الي الناس، وانما اصبحت تعتمد الرعاية الصحية الاولية علي مشاركة المجتمع (فرت أباد وروزماري ماكماهون ، ١٩٨٩، ص ١١) ويقصد بخدمات الرعاية الصحية في معناها العام تلك التدابير التي تقوم بها الدولة لصالح أفراد المجتمع وتشمل الصحة والتعليم والاعانات الحكومية وسياسات الدعم لبعض السلع الاستهلاكية والتأمين الاجتماعي والخدمات الثقافية وخدمات الاسكان والبيئة (لطي ، ١٩٨٣ ، ص ٣٩٥) ومما لا شك فيه ان انتشار الامراض وانخفاض مستوي الرعاية الصحية للفقراء يعكس امرا سيئا علي كل جهود التنمية ويعرقل التقدم الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع ومن المستحيل ان نخطط للرعاية الصحية متجاهلين التفاعل المستمر بين الصحة وبين البيئة الاجتماعية (الصدقي ، ٢٠٠٧ ، ص ٩)

٤- مفهوم التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية

"عملية ارادية منظمة لاتخاذ قرارات علمية تسهم في اختيار افضل البرامج الممكنة لاشباع الاحتياجات او الاسهام في مواجهة المشكلات باستخدام افضل الوسائل لإستثمار الموارد والامكانيات المتاحة او التي يمكن اتاحتها لتحقيق الاهداف في ضوء المحددات الداخلية والخارجية المؤثرة علي التنفيذ (حسن، ٢٠١٤ ، ص ٤٧٣)

ويقصد بالتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية في هذه الدراسة أنه :

عملية ارادية منظمة تعتمد علي سلسله من الخطوات العلمية التي تهدف إلى إشباع الاحتياجات الصحية لسكان القرية المصرية. تتم هذه الخطوات العلمية في إطار الخطط القومية والإقليمية. يعتمد هذا التخطيط على مجموعة من الموارد المتاحة والتي يمكن إتاحتها ويهدف هذا التخطيط إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية للقرية المصرية .

٥- مفهوم التطوير

يقصد بالتطوير في اللغة " مصدرها طور اي انتقل من طور الي طور ومن مرحلة الي مرحلة (أبو العزم ، ٢٠١١، ص ١٠٢) أما التطوير اصطلاحا فيعني التحسن وصولا الي تحقيق الأهداف المرجوة في صورة أكثر كفاءة (دودين ، ٢٠١٢، ص ١٤) ويقصد بالتطوير ان يكون موجها نحو تحقيق أهداف ايجابية وعليه يكون هدفا من أهداف التخطيط (الأفندي ، ١٩٩٦، ص ٣٢)

ويقصد بالتطوير في الدراسة الحالية :

التحديث في خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية في ضوء المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتكنولوجية التي يمر بها المجتمع وتنوع مصادر التمويل لمواكبة هذه الخدمات لعصر المعرفة والتكنولوجيا نحو قري خالية من الأمراض

٦- مفهوم القرية المصرية Egyptian village

ويمكن تعريف المناطق الريفية أو القروية بأنهم أولئك الريفيين الذين لا يستطيعون الحياة دون الإتصال والإعتماد على الأسواق والمراكز الحضرية ، فالقرية ليست وحدة قائمة بذاتها وإنما هي تمثل مجتمعا جزئيا ذا ثقافة جزئية (p. 42 southern regional education, 1976)

- ويمكن تعريف المجتمع الريفي بأنه ذلك المجتمع الصغير الذي يعمل معظم سكانه بالزراعة ويتميز بخصائص معينة متمثلة في إفتقاره إلى الخدمات ووسائل الترفيه والمتاحف والطرق السريعة والخدمات التعليمية والصحية والخدمات الغير رسمية . (همام ، ٢٠٠٣، ص ١٦)

ويمكن تعريف القرية المصرية إجرائياً في هذه الدراسة على أنه :

تجمع سكاني يقيم في منطقته جغرافية وتحكمهم صلات وروابط قرابه أولية . ويمارسون أعمال وأنشطه يرتبط معظمها بالزراعة . وتجمعهم روابط وأهداف أوليه مشتركة . ينقصهم الكثير من الخدمات التي تشبع إحتياجاتهم.

سابعاً :- الأطار النظري للدراسة

أ- ماهية التمويل

مر الفكر التمويلي في تطوره بمنهجين أساسيين هما : المدخل التقليدي للإدارة المالية والمنهج الحديث . ثم استعمل بعد ذلك إصطلاح (الحصول على الأموال) بمفهومه الواسع ليعبر عن كيفية تدبير الأموال من المصادر الخارجية المتعددة علاوة على المصادر الداخلية للمشروع ، وعليه فإن دراسة الإدارة المالية أصبحت تتكون من ثلاثة عناصر متداخلة ، هي :

- عمليات تدبير الأموال من المصادر المختلفه . - الأدوات المالية المستخدمة لتدبير هذه الأموال .

- العلاقات القانونية/ التشريعية / والمحاسبية التي تربط المشروع بالمصادر الممولة له. (Sarnat,1990,p.10)

(العوامل المؤثرة في تطور وظيفة التمويل

هناك عدة عوامل أثرت في تطور وظيفة التمويل منها :

- تنوع حاجات ورغبات أفراد المجتمع .
 - درجة التطور والتقدم الإقتصادي في مجالات أنشطة الصناعة والزراعة والتجارة والأنشطة الخدمية وغيرها من الأنشطة .
 - تقدم وتطور المجتمعات مثلاً من مجتمع بدائي بسيط إلى مجتمع قبلي ، ففي المجتمع البدائي رغبات وحاجات الأفراد محدودة ويتم إشباعها ذاتياً حيث كان الإنتاج للإستهلاك المباشر ولم يكن للأموال والبحث عنها فائدة ولكن بتطور المجتمع من بدائي إلى مجتمع قبلي تطورت وتنوعت حاجات الأفراد وظهرت الحاجة إلى الأموال وظهر نظام التخصص وتقسيم العمل .
 - تطور الدول اقتصادياً واجتماعياً وظهر التكتلات السياسية والاقتصادية .
 - تنوع النشاط الإنساني من أجل تحصيل الأموال واستثمارها والسعي إليها عن طرق مزاوله كل الأنشطة التجارية والزراعية والصناعية والبنوك والتأمين . (عبدالله، ١٩٨٨، ص ١)
- أهمية الإنفاق على الخدمات الاجتماعية وتمويلها :

تقوم الدولة بالإنفاق على كافة أوجه القطاعات فيها سواء كانت قطاعات سلعية أو منتجة أو قطاعات الخدمات الاجتماعية وتستطيع الدولة توفير الخدمات على أن يكون تمويل الخدمه من خلال الضرائب ، ويمكنها أيضاً توفيرها عن طريق رسوم المستخدمين فيدفع طالب الخدمه رسماً مقابل الإستفاده بها إلا أن قاعدة الإنفاق العام في الدولة الرأس مالية تتسع أو تضيق حسب دور الدولة ، وبعد الإنفاق على الخدمات الاجتماعية سواء كان في ظل دولة حارسة أو متدخلة نوعاً من الإنفاق الحقيقي حيث تنقسم النفقات العامة من الناحية الاقتصادية إلى إنفاق حقيقي وإنفاق ناقل طبقاً للتقسيم الشهير الذي اقترحه PIGOU . (زيتون ، ١٩٩٨ ، ص ٩)

مجالات التمويل :

تتحدد مجالات التمويل في مجالين أساسيين هما :

- التمويل العام **public finance** : وهو نوع من التمويل يختص بمجال المالية - التمويل الخاص **private finance** : ويشمل هذا النوع كافة العمليات المالية والنقدية التي تتعلق بالتمويل الفردي وتمويل الشركات في مجال الأعمال التي تهدف إلى تحقيق الربح سواء كانت شركات خدمية أو صناعية أو زراعية أو استخراجية أو مؤسسات مالية (حميد ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢ : ١٥)
- هنا نجد أن أهم وظائف الإدارة المالية تتمثل في الآتي :

١. التخطيط المالي : وهذا يتعلق بدراسة وتقدير حركة الأموال المنظرة ووضع الخطط التي سوف تسير عليها الإدارة في المستقبل لسد احتياجات البرامج والمشروعات من المعدات والمواد والمهمات والمصاريف الجارية .

٢. التمويل : أي الحصول على الأموال المطلوبة التي لا يمكن الحصول عليها من الإيرادات اليومية والتي ستستخدم في تنفيذ البرامج والمشروعات .

٣. الرقابة المالية : ويقصد بذلك دراسة وتتبع الأعمال الماضية والحالية للتأكد من أن حركة الأموال تسير طبقاً لما سبق وضعه من تخطيط مالي
الإدارة المالية في مصر :

تعتبر الإدارة المالية من أهم الإدارات في المؤسسات والمنظمات فلا يمكن لأي مؤسسة أو منظمة أن تقوم بنشاطها من إنتاج أو تسويق أو غيره بدون توافر الأموال اللازمة حيث يعتبر رأس المال بالنسبة للمنظمات والمؤسسات جميعها كالدعم بالنسبة لجسم الإنسان .

• اولاً : مصادر التمويل الداخلية (الذاتية) : الضرائب (تعتبر الضرائب من أهم مصادر إيرادات الدولة في العصر الحديث)

(أنواع الضرائب المحلية (ضريبة الأطنان : و) تُفرض على الأرض الزراعية) - ضريبة العقارات المبنية و) تُفرض تلك الضريبة على المباني الكائنة داخل كردون الوحدة المحلية) - ضريبة المواشي - ضريبة النخيل - ضريبة الدخل

الرسوم: يعتبر الرسم أحد مصادر الإيرادات العامة التي تعتمد عليها الدولة ويتم الإسناد إليها في كافة الدول بمختلف اتجاهاتها السياسية والاقتصادية لتمويل نفقاتها العامة

ثانياً : مصادر التمويل الخارجي :

القروض - الإعانات الإعانات هي أموال تمنحها الحكومات المركزية للمحليات للقيام بتنفيذ الأعباء الملقاه عليها خاصة في مجالات الإشباع الأساسية وصولاً للتنمية وتطوير الخدمات عن طريق النهوض بالتعليم والإهتمام بالصحة العامة ومواجهة الأوبئة

تمويل المحليات في مصر: إن أكثر المشاكل تعقيداً هي المتعلقة بتوفير الموارد المالية للوحدات المحلية للقيام بتنفيذ خططها التنموية (الموارد المالية للمحافظات - الموارد المالية للمراكز - الموارد المالية للمدينة - الموارد المالية للقرية - الجهات الأجنبية المانحة)

الرعاية الاجتماعية في الريف المصري:

وتشير دراسات البنك الدولي إلى أن محصلة برامج الإصلاح والخدمات الاجتماعية وبرامج تنمية المجتمع المحلي المنتشرة في معظم القرى جاءت سلبية إلى حد كبير أو على الأقل غير مرضية فما زالت أوضاع سكان القرى كما هي فلا هم ظلوا على أسلوب حياتهم ورضاهم عنه كما كانوا ولا هم إستفادوا من التنمية ودعواتها لتحديث زراعتهم وحياتهم حيث تعرضت المجتمعات الريفية في العالم النامي للإهمال الشديد الذي تجسد في عجز الخدمات والمشروعات سواء مشروعات الصحة والتعليم أو المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي وإرتبط ذلك بمناخ التخلف وظروف التنعيب والإستعمار والإستغلال على مستوى الفكر والواقع كما إرتبطت السياسات التنموية في الريف بالإطار الخارجي وإنفصلت عن توجيه مسار التغيير على المستوى الداخلي المؤثر في حياة القرية. (رشوان ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٢٩)

وقدت أكدت كل الموثيق العالمية على ضرورة وضع القرية المصرية في موضعها الصحيح وتأكيد دورها في عملية الإنتاج والمشاركة في إنجاز الخطط القومية وتقرير حقها العادل في التقدم وللحاق بركب الحضارة كحق مقرر لها والمساهمة في التنمية الاجتماعية و الإقتصادية والعمرانية كواجب مفروض عليها وتقريب ما بينها وبين المدينة من مسافات .

مراحل التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية :

هناك العديد من وجهات النظر حول مراحل العملية التخطيطية ، ويتفق معظم المتخصصين علي ان العملية التخطيطية تتضمن :

أ- مرحلة تحديد الأهداف : وذلك في ضوء الاطر العامة للسياسة الاجتماعية وتوجيهاتها ومراعاة السياق المجتمعي والمشاركة الشعبية في تحديد الاهداف (dooley ,1984,p.308)

- ب- **مرحلة وضع اطار الخطة** : وتبدأ في هذه المرحلة بداية الاجراءات التنفيذية لتحقيق الاهداف ومقابلة الاحتياجات والمشكلات حيث يتم ذلك في ضوء الاختيار والتفضيلات من بين هذه الاهداف ووسائل تحقيقها (Boogh and Higin, 1984,p.4)
- ت- **مرحلة تنفيذ الخطة** : ويتم فيها تنفيذ البرامج والمشروعات بإطار الخطة وفق المسؤوليات التي تم تحديدها مسبقا ، وفق الاطار الزمني المحدد للتنفيذ ، ومن عوامل نجاح الخطة (وجود سياسة جيدة - ادارة ذات كفاءة- وضوح المسؤوليات - المرونة في التنفيذ) (Taylor and I . Williams , 1982,p.338)
- ث- **مرحلة متابعة وتقييم الخطة** : للتحقق من مدي تحقيق الخطة لأهدافها وسيرها في الطريق المرسوم لها ومن العوامل الاساسية لنجاح متابعة الخطة وتقييمها (التحليل الدوري والمستمر علي فترات زمنية - القياس الدوري لمعدل ما تم انجازه ومايجب انجازه - التوزيع والتحديد الدقيق لمسئوليات المتابعة والتقييم - المشاركة الشعبية في المتابعة والتقييم- قياس وتحديد التغذية العكسية) (شفيق ، ٢٠٠٦ ، ص ٣٤٦٧)

ثامنا: الاجراءات المنهجية للدراسة

- نوع الدراسة: تنتمي هذه الدراسة الي الدراسات الوصفية والتي تعتمد علي وصف الظاهرة وهو المدخل الحقيقي لتفسيرها
- المنهج المستخدم: منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بالوحدات التنفيذية(ادارة التخطيط والمتابعة) بمحافظة أسيوط ومديرية الصحة وعددهم (١٧٠)

مجالات الدراسة :

- أ) المجال المكاني : تمثل المجال المكاني للدراسة في محافظة أسيوط البالغ تعداد سكانها حوالي ٤.٥٢٥.٩٦٥ نسمة** (تتقسم محافظة أسيوط الي (١١) مركزا إداريا)
- وقد تم اختيار ادارة التخطيط والمتابعة بديوان محافظة اسيوط وكذلك مديريةية الصحة والسكان بأسيوط للاسباب الاتية:
- موافقة ادارة التخطيط والمتابعة بديوان محافظة اسيوط وكذلك مديريةية الصحة والسكان بأسيوط علي تطبيق الدراسة
 - تعتبر محافظة أسيوط اكبر محافظات الصعيد من حيث المساحة وعدد السكان فتضم ٥٥ وحدة محلية ، و ٢٣٥ قرية ، و ٩٠٨ كفر ونجع
 - تشير الاحصاءات الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء الي ان اسيوط تحتل المركز الاول في الفقر وبلغت نسبة الفقر فيها ٦٦.٧% من السكان ، ونتيجة لذلك كانت المحافظة من المحافظات التي لها اولوية الدخول ضمن مبادرة حياة كريمة وذلك من خلال تطوير واحلال وتجديد عدد ٢٧ وحدة صحية بقيمة ٣٨٤ مليون جنيه بمدة تنفيذ سبعة اشهر
 - تختص مديريات الصحة والسكان بالمحافظات بالعمل علي تحقيق أهداف السياسة الصحية لوزارة الصحة والسكان في مجال الرعاية الصحية الأساسية وتطبيق برامج صحة الأسرة التي تبنتها الوزارة كمدخل أساسي للإصلاح الصحي في مصر وكنموذج لتكامل الخدمات الصحية الذي يضمن التغطية الشاملة لكل مواطن- خاصة الفقراء وغير القادرين - بخدمات صحية أساسية ذات جودة، حيث تعتبر صحة الأسرة المستوى الأول للخدمات الصحية لنظام التأمين الصحي الشامل التي تسعى الدولة جاهدة لتنفيذه
- يقوم القطاع بوضع الخطط وبرامج العمل في مجال الرعاية الصحية الأساسية بالريف والحضر والرعاية المتكاملة لرعاية أطفال السن المدرسي ورعاية الأمومة والطفولة وأمراض الطفولة والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- كما يقوم بمتابعة تنفيذ خطط وبرامج الخدمات التمريضية في مجال الرعاية الصحية الأساسية بما يكفل رفع مستوى جودة أداء الخدمات التمريضية.
- **وتختص ادارة التخطيط والمتابعة بالديوان العام لمحافظة اسيوط** بالمشاركة في مراجعة وتحديث استراتيجية التنمية المستدامة للدولة، وكذلك التأكد من ربط استراتيجية المحافظة بالاستراتيجية الدولية ككل.
 - إعداد الإطار العام للخطة الاستثمارية قصيرة الأجل ومتوسطة الأجل وطويلة الأجل مع تحديد المراحل والمدى الزمني لتنفيذها وذلك بالتنسيق مع الجهات التابعة للمحافظة.

- المشاركة في إعداد برامج ومشروعات الخطة وتحديد آليات تنفيذها وذلك بالتنسيق مع جميع الجهات التابعة للمحافظة أو الوزارات المختلفة.
- العمل علي تطوير مؤشرات الأداء الكمية والنوعية وتحديثها بشكل مستمر .
- وضع سياسات لتنفيذ الخطط وتحديد توقيتات زمنية لكل مرحلة من مراحلها وابلاغ الجهات التابعة للمحافظة بذلك .
- ربط منظومة التخطيط بالمحافظة لضمان اتساق الأهداف والمشروعات مع تحديد مؤشرات كمية ونوعية كمرجات لتلك المشروعات.
- وضع سيناريوهات مختلفة للخطط المرحلية بالمشروعات وتحديد أولوياتها وتحديد مدة كل مرحلة وأهدافها وتحديد تكاليفها ومصادر تمويلها .
- إجراء التعديلات الضرورية علي مسار الخطط والمشروعات في ضوء تقارير المتابعة والتقييم والمشكلات التي تعترض التنفيذ.
- العمل علي توفير التمويل اللازم لمشروعات الخطة سنويًا سواء من الموازنة العامة للدولة أو من خارجها (تمويل ذاتي منح)
- **المجال البشري:** تمثل المجال البشري في المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بوحدة التنفيذ (ادارة التخطيط والمتابعة) وبلغ عددهم (٦٣) بديوان محافظة أسيوط ومديرية الصحة والسكان وعددهم (١٠٧) مفردة
- **المجال الزمني:** - حيث تم جمع البيانات من مجتمع الدراسة في الفترة من ٢٠٢١/٣/٢ حتى ٢٠٢١/٤/٢٨
- **أدوات الدراسة:-**
- استمارة استبيان للمسؤولين بالوحدات التنفيذية (ادارة التخطيط والمتابعة) بديوان محافظة أسيوط ومديرية الصحة والسكان
- حول التمويل كمتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية
- **تمثلت ادوات جمع البيانات في :-**

الصدق الظاهري:

اعتمدت الباحث علي الصدق الظاهري لأداة الدراسة من خلال عرض اداة الدراسة علي ٨ محكمين من اعضاء هيئة التدريس بكليتي الخدمة الاجتماعية بجامعة حلوان وأسيوط لإبداء الرأي في مدي صلاحية اداة الدراسة ، ومن حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية ارتباطها بمتغيرات الدراسة من ناحية اخري ، وبناء علي ذلك تم حذف وازافة بعض العبارات وتعديل البعض الاخر وفقا لدرجة اتفاق لا تقل عن ٨٢% حتي اصبحت اداة الدراسة في صورتها النهائية .

صدق الاتساق الداخلي :

اعتمدت الباحثة في حساب صدق الاتساق الداخلي لاستمارة استبيان المسؤولين علي معامل ارتباط كل بعد في الاداة بالدرجة الكلية ، وذلك بتطبيقها علي عينة قوامها (٢٥) مفردة من المسؤولين مجتمع الدراسة ،وتبين انها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها ، وان معامل الصدق مقبول

١. **ثبات الأداة :** تم حساب ثبات الأداة باستخدام معامل ثبات (ألفا . كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية لاستبيان المسؤولين بالوحدات التنفيذية ومديرية الصحة بمحافظة أسيوط حول التمويل كمتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية، وذلك لعينة قوامها (٢٥) مفردات من المسؤولين مجتمع الدراسة.
- وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (٢) نتائج الثبات باستخدام معامل (ألفا . كرونباخ) (ن=٢٥)

م	المتغير	معامل (ألفا . كرونباخ)
١	ثبات استمارة استبيان المسؤولين بالوحدات التنفيذية ككل.	٠.٨١

وتعتبر هذه المستويات مقبولة ويمكن الاعتماد على النتائج التي تتوصل إليها الأداة، وللوصول إلى نتائج أكثر صدقاً وموضوعية لاستمارة الاستبيان فقد تم استخدام طريقة ثانية لحساب ثبات الاستمارة وذلك باستخدام معادلة سبيرمان - براون **Brown - Spearman** للتجزئة النصفية **Split - half** ، حيث تم تقسيم عبارات كل متغير إلى نصفين ، يضم القسم الأول القيم التي تم الحصول عليها من الاستجابة للعبارة الفردية ، ويضم القسم الثاني القيم المعبرة عن العبارات الزوجية وجاءت نتائج الاختبار كالتالي :

جدول (٣) نتائج الثبات باستخدام معادلة سبيرمان براون للتجزئة النصفية : (ن=٢٥)

م	المتغير	معادلة سبيرمان براون
١	ثبات استمارة استبيان المسؤولين بالوحدات التنفيذية ككل.	٠.٨٤

ويتضح من الجدول السابق أن معظم معاملات الارتباط للمتغيرات تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها وبذلك أصبحت الأداة في صورتها النهائية .

• أساليب التحليل الإحصائي:

(SPSS .V. 17.0) الحزم

تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية :

١. التكرارات والنسب المئوية.
٢. المتوسط الحسابي : وتم حسابه للمقياس الثلاثي عن طريق:
المتوسط الحسابي = ك (نعم) $3 \times$ + ك (إلى حد ما) $2 \times$ + ك (لا) $1 \times$ / ن

كيفية الحكم على مستوى التمويل كمتغير التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية :

يمكن الحكم على مستوى التمويل كمتغير التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية باستخدام المتوسط الحسابي حيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي نعم (ثلاث درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (٣ - ١ = ٢)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس الثلاثي للحصول على طول الخلية المصحح (٣/٢ = ٠.٦٧) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ١ - ١.٦٧
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ١.٦٧ - ٢.٣٥
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ٢.٣٥ - ٣

٣. الانحراف المعياري: ويفيد في معرفة مدى تشتت أو عدم تشتت استجابات المبحوثين، كما يساعد في ترتيب العبارات مع المتوسط الحسابي، حيث أنه في حالة تساوى العبارات في المتوسط الحسابي فإن العبارة التي انحرافها المعياري أقل تأخذ الترتيب الأول.

٤. معامل ثبات (ألفا . كرونباخ) : لقيم الثبات التقديرية لأدوات الدراسة .

٥. معادلة سبيرمان - براون Spearman - Brown للتجزئة النصفية Split - half : لحساب ثبات أدوات الدراسة.

٦. معامل ارتباط بيرسون : وذلك لاختبار فروض الدراسة.

ثامنا :- عرض ومناقشة وتحليل نتائج الدراسة الميدانية من خلال:

المحور الاول :- وصف عينة الدراسة

(١) النوع :

جدول (٤) توزيع المسئولين بالوحدات التنفيذية حسب النوع (ن=١٧٠)

م	النوع	ك	%
١	ذكر	٦٢	٣٦.٤٧
٢	أنثى	١٠٨	٦٣.٥٢
المجموع		١٧٠	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

نسبة الذكور من المسئولين بالوحدات التنفيذية ومديرية الصحة (٣٦.٤٧%)، بينما نسبة الإناث (٦٣.٥٢%).

(٢) المتغيرات الكمية :

جدول (٥) توزيع المسؤولين بالوحدات التنفيذية حسب المتغيرات الكمية (ن=١٧٠)

م	المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	السن	٤٣	٨
٢	مدة الإقامة بالموطن الحالي	٣٢	١٤
٣	الخبرة في مجال العمل	١٣	٥

يوضح الجدول السابق أن : متوسط سن المسؤولين بالوحدات التنفيذية (٤٣) سنة تقريباً، بانحراف معياري (٨) سنوات تقريباً. و متوسط مدة إقامة المسؤولين بالوحدات التنفيذية بالموطن الحالي (٣٢) سنة تقريباً، بانحراف معياري (١٤) سنة تقريباً.

- متوسط خبرة المسؤولين بالوحدات التنفيذية في مجال العمل (١٣) سنة تقريباً، بانحراف معياري (٥) سنوات تقريباً.

(٣) الحالة الإجتماعية :

جدول (٦) توزيع المسؤولين بالوحدات التنفيذية حسب الحالة الإجتماعية (ن=١٧٠)

م	الحالة الإجتماعية	ك	%
١	أعزب	١٠	٥.٨٨
٢	متزوج	١٣٨	٨١.١٧
٤	مطلق	١٥	٨.٨٢
٥	أرمل	٧	٤.١١

يوضح الجدول السابق أن : أكبر نسبة من المسؤولين بالوحدات التنفيذية الحالة الإجتماعية لهم متزوج بنسبة (٨١.١٧%)، يليها مطلق بنسبة (٨.٨٢%)، ثم أعزب بنسبة (٥.٨٨%)، يليها أرمل بنسبة (٤.١١%).

(٤) محل الإقامة :

جدول (٧) توزيع المسؤولين بالوحدات التنفيذية حسب محل الإقامة (ن=١٧٠)

م	محل الإقامة	ك	%
١	قرية	٤٨	٢٨.٢٣
٢	مدينة	١٢٢	٧١.٧٦

يوضح الجدول السابق أن : نسبة المسؤولين بالوحدات التنفيذية ومديرية الصحة والذي يقع محل بالقرية (٢٨.٢٣) بينما جاءت النسبة الأكبر لمن يسكنون المدن فبلغت (٧١.٧٦). مما يوضح ان اغلب المسؤولين يسكنون داخل مدن وذلك لان المجتمعات الريفية اصبحت ذات طبيعة طاردة لسكانها نظرا لغياب الكثير من الخدمات التي يحتاجها الافراد وخاصة اذا كانوا يعملون في اجهزة مهمة كالاجهزة التخطيطية كما انهم يتمتعون بمستوي علمي مرتفع .

(٥) المؤهل الدراسي :

جدول (٨) توزيع المسؤولين بالوحدات التنفيذية حسب المؤهل الدراسي (ن=١٧٠)

م	المؤهل الدراسي	ك	%
١	جامعي	٩٢	٥٤.١١
٢	ماجستير ودكتوراة	٧٨	٤٥.٨٨

يوضح الجدول السابق أن : أكبر نسبة من المسؤولين بالوحدات التنفيذية ومديرية الصحة حاصلين علي مؤهل علي (٥٤.١١%)، يليها الحاصلين علي ماجستير ودكتوراة بنسبة (٤٥.٨٨%)، مما يوضح لنا ان غالبية المسؤولين علي درجة كبيرة من العلم والثقافة لارتفاع المستوي التعليمي وأيضاً يعكس اهمية وضع المسؤولين المناسبين في هذه الاجهزة التخطيطية .

٦- وسائل اتصال العاملين بالمحافظة برؤسائهم :

جدول (٩) وسائل اتصال العاملين بالمحافظة برؤسائهم (ن=١٧٠)

م	وسائل اتصال العاملين بالمحافظة برؤسائهم	ك	%
١	مكاتبات رسمية	١٥٠	٨٨.٢
٢	التليفون	١٣٥	٧٩.٤
٣	فاكس	٧٥	٤٤.١
٤	رسائل نصية SMS	-	-
٥	البريد الإلكتروني	١٣	٧.٦
٦	اتصال شفوي غير رسمي	٩٥	٥٥.٩

يوضح الجدول السابق أن: وسائل اتصال العاملين بالمحافظة ومديرية الصحة برؤسائهم، تمثلت فيما يلي :

جاء في الترتيب الأول مكاتبات رسمية بنسبة (٨٨.٢%)، وجاء بالترتيب الثاني التليفون بنسبة (٧٩.٤%)، ثم جاء في الترتيب الثالث اتصال شفوي غير رسمي بنسبة (٥٥.٩%)، وجاء بالترتيب الرابع فاكس بنسبة (٤٤.١%)، ثم جاء في الترتيب الخامس البريد الإلكتروني بنسبة (٧.٦%)، وقد يعكس ذلك الوسيلة الرسمية للمكاتبات بين الجهات الحكومية حيث يكون هناك حرصاً دائماً من المسؤولين ان تكون المكاتبات الرسمية بين الجهات الحكومية كتابية ورقية حفاظاً علي الحقوق وتأمين من المسؤولية .

٧- وسائل اتصال الرؤساء بمروؤسيهم بالمحافظة:

جدول (١٠) وسائل اتصال الرؤساء بمروؤسيهم بالمحافظة (ن=١٧٠)

م	وسائل اتصال الرؤساء بمروؤسيهم بالمحافظة	ك	%
١	مكاتبات رسمية	١٣٩	٨١.٨
٢	التليفون	١٤٣	٨٤.١
٣	فاكس	٧٣	٤٢.٩
٤	رسائل نصية SMS	-	-
٥	البريد الإلكتروني	٩	٥.٣
٦	اتصال شفوي غير رسمي	٩١	٥٣.٥

يوضح الجدول السابق أن : وسائل اتصال الرؤساء بمروؤسيهم بالمحافظة ، تمثلت فيما يلي:

جاء في الترتيب الأول مكاتبات رسمية بنسبة (٨١.٨%)، وجاء بالترتيب الثاني التليفون بنسبة (٨٤.١%)، ثم جاء في الترتيب الثالث اتصال شفوي غير رسمي بنسبة (٥٣.٥%)، وجاء بالترتيب الرابع فاكس بنسبة (٤٢.٩%)، ثم جاء في الترتيب الخامس البريد الإلكتروني بنسبة (٥.٣%)، وقد يوضح ذلك أن الاتصال الرسمي بين الرؤساء ومرؤوسيه يعتمد اعتمادا أكبر علي التليفونان بنسبة أكبر قليلاً من المكاتبات الرسمية حيث ان العلاقات دائما تكون قوية فتكون هناك اموراً كثيرة يتم حلها عن طريق استخدام التليفون وهو وسيلة أسرع لتنفيذ الاعمال .

٨- الدورات التدريبية:

جدول (١١) الدورات التدريبية (ن=١٧٠)

م	الدورات التدريبية	ك	%
١	دورة في تنمية مهارات العاملين في التخطيط والمتابعة	٧٨	٤٥.٨٨
٢	دورة في إعداد خطط استراتيجية	٨٩	٥٢.٣٥
٣	دورات في الحاسب الآلي و ICDL	١٧٠	١٠٠
٤	دورة في إعداد الموازنة	٢٥	١٤.٧٠
٥	دورة إعداد موظفين جدد	٩١	٥٣.٥٢
٦	دورة في نظام تطبيق اللامركزية	١٩	١١.١٧
٧	دورة في المخازن والمشتريات	٤٢	٢٤.٧٠
٨	دورات مرتبطة بالمجال الصحي	٩٧	٥٧.٠٥
٩	دورة في التنمية الريفية	٦٣	٣٧.٠٥
١٠	دورة في إدارة الأزمات واتخاذ القرار	٣٥	٢٠.٥٨

يوضح الجدول السابق أن : جميع المبحوثين قد تلقوا دوراتاً تدريبية علي اختلاف أنواعها وجاء في الترتيب الاول من تلقوا دورات للحاسب الالي بنسبة جاء في الترتيب الأول دورات في الحاسب الآلي ودورة ICDL بنسبة (١٠٠) وجاء بالترتيب الثاني دورات مرتبطة بالمجال الصحي بنسبة (٥٧.٠٥)، وجاء بالترتيب الرابع دورة إعداد موظفين جدد بنسبة (٥٣.٥٢) ثم جاء في الترتيب العاشر دورة في نظام تطبيق اللامركزية بنسبة (١١.١٧)

المحور الثاني : مدى كفاية التمويل كعنصر من عناصر التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية :

(١) عملية التمويل وتحقيق درجة الكفاية:

جدول (١٢) عميلة التمويل وتحقيق درجة الكفاية (ن=١٧٠)

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
١٥	١.٨٧	٣١٨	١٨.٢	٣١	٧٦.٥	١٣٠	٥.٣	٩	الموازنة المقترحة كافية لتفعيل الخطط داخل المحافظة	١
١٤	١.٩٨	٣٣٧	٩.٤	١٦	٨٢.٩	١٤١	٧.٦	١٣	الموازنة المقترحة تساهم فى التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالمحافظة	٢
١	٢.٧١	٤٦١	٣.٥	٦	٢١.٨	٣٧	٧٤.٧	١٢٧	توضع الخطط فى ضوء الموارد المالية المتاحة	٣
٢	٢.٧	٤٥٩	٢.٩	٥	٢٤.١	٤١	٧٢.٩	١٢٤	مركزية القرار تؤثر فى وضع الموازنة المقترحة لتطوير برامج وخدمات الرعاية الصحية	٤
١٩	١.٦٢	٢٧٥	٤٠.٦	٦٩	٥٧.١	٩٧	٢.٤	٤	يتم مواجهة عجز الميزانية لتقديم الخدمات بالمحافظة	٥
١٠	٢.٠٦	٣٥١	٩.٤	١٦	٧٤.٧	١٢٧	١٥.٩	٢٧	تساعد الموارد المتاحة للمحافظة فيما تقدمه من خدمات الرعاية الصحية	٦
٢٠	١.٥٢	٢٥٩	٥٧.١	٩٧	٣٣.٥	٥٧	٩.٤	١٦	تتوافر بالمحافظة القدرة على استثمار الموارد والإمكانيات	٧
٩	٢.١	٣٥٧	٤.١	٧	٨١.٨	١٣٩	١٤.١	٢٤	تحقق الموازنة المقترحة الأهداف الموضوعه لها	٨
٨	٢.١٥	٣٦٦	٣.٥	٦	٧٧.٦	١٣٢	١٨.٨	٣٢	تتميز خطة الموازنة المقترحة بالمرونة	٩
٥	٢.٤٥	٤١٦	٦.٥	١١	٤٢.٤	٧٢	٥١.٢	٨٧	عادة ما تختلف خطة الموازنة المقترحة عن التقديرات الموضوعه عند التنفيذ	١٠
٦	٢.٢٦	٣٨٥	٧.٦	١٣	٥٨.٢	٩٩	٣٤.١	٥٨	تنشأ صعوبات يمكن مواجهتها أثناء التنفيذ نظراً لعدم تحقيق التوازن	١١
١٦	١.٦٩	٢٨٧	٣٤.١	٥٨	٦٢.٩	١٠٧	٢.٩	٥	عجز الموازنة لا يؤدي إلى إلغاء تنفيذ بعض برامج خدمات الرعاية الصحية بالمحافظة	١٢
١٨	١.٦٤	٢٧٨	٥٦.٥	٩٦	٢٣.٥	٤٠	٢٠	٣٤	تتجه المحافظة إلى تحويل المخصصات المالية بين بنود المشروعات المختلفة لتغطية العجز	١٣
١٧	١.٦٤	٢٤٩	٦٤.٧	١١٠	٢٤.١	٤١	١١.٢	١٩	يتم تحويل المخصصات المالية بين بنود المشروعات المختلفة لتغطية العجز	١٤
٧	٢.١٥	٣٦٦	١.٨	٣	٨١.٢	١٣٨	١٧.١	٢٩	تهتم المستويات الإدارية العليا بمتابعة تنفيذ بنود الموازنة المقترحة	١٥

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
١٢	١.٩٩	٣٣٨	١١.٢	١٩	٧٨.٨	١٣٤	١٠	١٧	الإجراءات الرقابية فى متابعة خطط الموازنة كافية وفعاله	١٦
٤	٢.٦٥	٤٥٠	٧.١	١٢	٢١.٢	٣٦	٧١.٨	١٢٢	تتم متابعة تنفيذ الموازنة المقترحة بشكل دوري	١٧
٣	٢.٦٨	٤٥٦	٤.١	٧	٢٣.٥	٤٠	٧٢.٤	١٢٣	يتم عمل تقارير دورية عن التنفيذ بهدف توضيح الفروق بين خطط الموازنة والأداء الفعلي	١٨
١١	٢.٠٥	٣٤٩	٧.٦	١٣	٧٩.٤	١٣٥	١٢.٩	٢٢	تضع الجهات المعنية خطط الموازنة الجديدة فى ضوء نتائج تقييم الخطط السابقة	١٩
١٣	١.٩٩	٣٣٨	١٢.٤	٢١	٧٦.٥	١٣٠	١١.٢	١٩	تستخدم الخطط التمويلية السابقة كوسيلة رقابية على دقة تقديرات الخطط الحالية	٢٠
مستوى متوسط	٢.٠٩								المتغير ككل	

يوضح الجدول السابق أن :

عميلة التمويل وتحقيق درجة الكافية، تمثلت فيما يلي:

- حيث جاء في الترتيب الأول توضع الخطط فى ضوء الموارد المالية المتاحة بمتوسط حسابي (٢.٧١) وجاء بالترتيب الثاني تأثير عملية مركزية القرار على وضع الموازنة المقترحة لتطوير برامج وخدمات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (٢.٧) في الترتيب الثالث يتم عمل تقارير دورية عن التنفيذ بهدف توضيح الفروق بين خطط الموازنة والأداء الفعلي بمتوسط حسابي (٢.٦٨)، وجاء بالترتيب الرابع تتم متابعة تنفيذ الموازنة المقترحة بشكل دوري بمتوسط حسابي (٢.٦٥)، وجاء في الترتيب الثامن عشر نتجه المحافظة إلى تحويل المخصصات المالية بين بنود المشروعات المختلفة لتغطية العجز بمتوسط حسابي (١.٦٤)، ثم جاء في الترتيب التاسع عشر يتم مواجهة عجز الميزانية لتقديم الخدمات بالمحافظة بمتوسط حسابي (١.٦٢)، وجاء بالترتيب العشرين والآخر تتوافر بالمحافظة القدرة على استثمار الموارد والإمكانيات المتاحة بمتوسط حسابي (١.٥٢)

- وبالنظر للجدول نجد أن نتاجه تشير إلى أن المتوسط العام عميلة التمويل وتحقيق درجة الكافية بلغ (٢.٠٩)، وهو معدل متوسط مما يعكس ان هناك جوانب قصور في وضع وتنفيذ الخطط والموازنة المقترحة لذلك حيث يكون هناك عادة اختلاف بين الموازنة المقترحة والتقدير الموضوع عند التنفيذ، وان مركزية القرار تؤثر في وضع خطط الموازنة المقترحة مع اختلاف حاجات المجتمع التي يتم علي اساسها تحديد أولويات المشروعات . وهذا ما اكدته دراسة المجالس القومية المتخصصة (١٩٨٦) أن المجالس المحلية تقوم بتقديم الكثير من الخدمات الصحية والتعليمية والإسكانية والبيئية وأن هذه الخدمات تتأثر بضعف التمويل الممنوح للمجالس المحلية كما تتأثر بعدم وجود سياسة مالية مستقرة واضحة المعالم ، ودراسة بركات (١٩٩٢) ودراسة الصاوي (٢٠٠٢) وعبدالوهاب (٢٠٠٢) والخياط (٢٠٠٥) والتي اكدت علي عدم وجود

سياسة مالية مستقرة وواضحة لإعانة المحليات على تحقيق أهدافها ومحدودية دور الوحدة المحلية فيما يتعلق بعملية تمويل البرامج والمشروعات وذلك لنقص الموارد المالية الذاتية للمحليات ، أنه كلما توافرت المالية الذاتية لدى الوحدات المحلية كانت أكثر قدرة على تحديد أولويات التنمية واحتياجات المواطنين

(٢) التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية :

جدول (١٣) التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية (ن=١٧٠)

م	العبارات	الاستجابات						المجموع المرجح	المتوسط الحسابي	الترتيب
		لا		إلى حد ما		نعم				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	يتم اقتراح خطط خدمات الرعاية الصحية بعد دراسة الاحتياجات الفعلية للمجتمع	١٣٠.٥	٢٣	٣٤.١	٥٨	٥٢.٤	٨٩	٢.٣٩	١٥	
٢	يتم اقتراح الخطط بعد تحديد الأهداف تحديداً دقيقاً	١٣٠.٥	٢٣	٧٤.٧	١٢٧	١١.٨	٢٠	١.٩٨	٢٥	
٣	يتم اقتراح الخطط في ضوء ما هو متاح من موارد وإمكانات	٢.٩	٥	٢٧.١	٤٦	٧٠	١١٩	٢.٦٧	٢	
٤	اقتراح الخطط يكون في ضوء توافر معلومات كافيته عن احتياجات السكان الفعلية	١١.٢	١٩	٢٥.٣	٤٣	٦٣.٥	١٠٨	٢.٥٢	١١	
٥	يتوافر بالمحافظة جهاز على درجة عالية من الكفاءة في جمع المعلومات	١١.٨	٢٠	٧٢.٤	١٢٣	١٥.٩	٢٧	٢.٠٤	٢٣	
٦	يقوم بوضع الخطة متخصصون في المجال الصحي	١٠	١٧	٢٦.٥	٤٥	٦٣.٥	١٠٨	٢.٥٤	٩	
٧	القائمون على إعداد الخطط في حاجه إلى بعض الدورات التدريبية التي تساعد على التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية	٢.٩	٥	١٧.١	٢٩	٨٠	١٣٦	٢.٧٧	١	
٨	تصمم المشروعات في ضوء احتياجات الواقع	٣.٥	٦	٣٨.٨	٦٦	٥٧.٦	٩٨	٢.٥٤	٨	
٩	يتم تحديد أولويات المشروعات في ضوء احتياجات المجتمع الفعلية	٢.٤	٤	٣٨.٨	٦٦	٥٨.٨	١٠٠	٢.٥٦	٦	
١٠	يتم وضع الخطط في إطار زمني محدد	٢.٩	٥	٣٢.٤	٥٥	٦٤.٧	١١٠	٢.٦٢	٥	
١١	يتم تنفيذ المشروعات وفق مجموعه من الإجراءات المحددة مسبقاً	١٠	١٧	٦١.٢	١٠٤	٢٨.٨	٤٩	٢.١٩	٢١	
١٢	توجد خطة لتنفيذ المشروعات	٨.٨	١٥	١٦.٥	٢٨	٧٤.٧	١٢٧	٢.٦٦	٤	
١٣	توضع أولويات لتنفيذ المشروعات حسب درجة احتياجات السكان	١٠.٦	١٨	٣١.٨	٥٤	٥٧.٦	٩٨	٢.٤٧	١٣	
١٤	تتم عملية تنفيذ المشروعات بسهولة بناء على الخطة الموضوعه	٤.٧	٨	٦٤.١	١٠٩	٣١.٢	٥٣	٢.٢٦	١٧	

م	العبارات	الاستجابات						المجموع المرجح	المتوسط الحسابي	الترتيب
		نعم		إلى حد ما		لا				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١٥	غالبًا ما تواجه عملية تنفيذ البرامج والمشروعات عقبات مالية	١١٥	٦٧.٦	٣٤	٢٠	٢١	١٢.٤	٤٣٤	٢.٥٥	٧
١٦	يتم التجاوز في مرحلة التنفيذ عن التكلفة المادية التي تم تحديدها في الخطة مسبقًا	١٩	١١.٢	٥٢	٣٠.٦	٩٩	٥٨.٢	٢٦٠	١.٥٣	٢٦
١٧	يتم الربط بين المشروعات التي تنفذ حاليا والتي تم تنفيذها مسبقًا	٤٥	٢٦.٥	١١٧	٦٨.٨	٨	٤.٧	٣٧٧	٢.٢٢	١٨
١٨	يتم تنفيذ المشروعات باستخدام وسائل وأدوات تتناسب مع الأهداف المحددة	٣٩	٢٢.٩	١٢٦	٧٤.١	٥	٢.٩	٣٧٤	٢.٢	٢٠
١٩	تتم متابعة المشروعات على المستوى المحلي أولاً بأول	١١٧	٦٨.٨	٤٩	٢٨.٨	٤	٢.٤	٤٥٣	٢.٦٦	٣
٢٠	يتم جمع المعلومات والبيانات عن ما تم تنفيذه وفق البرنامج الزمني المحدد للتأكد من تحقيق الأهداف	٩٠	٥٢.٩	٧٩	٤٦.٥	١	٠.٦	٤٢٩	٢.٥٢	١٠
٢١	يتم تحليل البيانات والمعلومات للتأكد من سلامة التنفيذ	٩٧	٥٧.١	٦٠	٣٥.٣	١٣	٧.٦	٤٢٤	٢.٤٩	١٢
٢٢	يهتم المسؤولون بالتعرف على المعوقات التي تحول دون تحقيق الأهداف	٨٥	٥٠	٧٠	٤١.٢	١٥	٨.٨	٤١٠	٢.٤١	١٤
٢٣	يجد المسؤولون صعوبة في تذليل عقبات تنفيذ البرامج والمشروعات	٦٨	٤٠	٩٣	٥٤.٧	٩	٥.٣	٣٩٩	٢.٣٥	١٦
٢٤	يقوم المسؤولون بتقويم المشروعات والبرامج بناء على أسس علمية	٥٢	٣٠.٦	١٠١	٥٩.٤	١٧	١٠	٣٧٥	٢.٢١	١٩
٢٥	يتم الاستفادة من تقويم البرامج والمشروعات في وضع الخطط المستقبلية	٣٦	٢١.٢	١٢٢	٧١.٨	١٢	٧.١	٣٦٤	٢.١٤	٢٢
٢٦	تتعاون الجهات المسؤولة عن وضع وتنفيذ خطط وبرامج المشروعات	٢٠	١١.٨	١٣٣	٧٨.٢	١٧	١٠	٣٤٣	٢.٠٢	٢٤
متوسط	المتغير ككل								٢.٣٧	مستوى متوسط

يوضح الجدول السابق أن: التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية، متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٣٧) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول القائمون على إعداد الخطط في حاجة إلى بعض الدورات التدريبية التي تساعدهم على التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (٢.٧٧)، وجاء بالترتيب الثاني يتم اقتراح الخطط في ضوء ما هو متاح من موارد وإمكانيات بمتوسط حسابي (٢.٦٧)، ثم جاء في الترتيب الثالث تتم متابعة المشروعات على المستوى المحلي أولاً بأول بمتوسط حسابي (٢.٦٦)، وجاء بالترتيب الرابع توجد خطة لتنفيذ المشروعات بمتوسط حسابي (٢.٦٦)، وجاء في النهاية الترتيب الرابع والعشرون تتعاون الجهات المسؤولة عن

وضع وتنفيذ خطط وبرامج المشروعات بمتوسط حسابي (٢٠٠٢)، وجاء بالترتيب الخامس والعشرون يتم اقتراح الخطط بعد تحديد الأهداف تحديدا دقيقا بمتوسط حسابي (١٠٩٨)، ثم جاء في الترتيب السادس والعشرون والآخر يتم التجاوز في مرحلة التنفيذ عن التكلفة المادية التي تم تحديدها في الخطة مسبقا بمتوسط حسابي (١٠٥٣)

- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلى أن المتوسط العام للتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية بلغ (٢٠٣٧)، وهو معدل متوسط مما يعكس جوانب القصور الموجه للمجتمعات القروية وأشارت دراسة ستيفن Steven (١٩٩٨) أن مقدار المساهمات الخاصة تجاه الرعاية الاجتماعية سوف يتضائل إن لم يتحقق التكامل أو التوافق بين القطاعين العام والخاص وكذلك بين الدولة المركزية والحكومة المحلية في تمويل برامج وخدمات الرعاية الاجتماعية. وتأتي دراسة زعزوع (٢٠٠٤) لتؤكد علي أن توزيع الإعتمادات المالية على الوحدات المحلية يجب ان يتم بناءً على الإحتياجات الفعلية والخطط الموضوعه لكل وحده ، مع الأخذ في الإعتبار وجود تفاوت بين هذه الوحدات من حيث الظروف الإقتصادية والإجتماعية كما أوصت بضرورة التحديد الدقيق والواضح للأهداف المرجوة من المشروعات التتموية بحيث تتفق مع السياسات العامة للدولة والخطط الموضوعه.

(٣) مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية التي لها أولويات التطوير في خطة المحافظة

(أ) مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية الأولية:

جدول (١٤) مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية الأولية (ن=١٧٠)

م	العبارات	الاستجابات					
		كاف تماماً		إلى حد ما		غير كاف	
		ك	%	ك	%	ك	%
١	التمويل المخصص لبحوث النظم الصحية وبعوث العمليات والبحوث التطبيقية للاستفادة من نتائجها في التطوير	٢٣	١٣.٥٢	٦٧	٣٩.٤١	٨٠	٤٧.٠٥
٢	التمويل المخصص للتوسع في اساليب الاستقصاء ومؤشرات التنبؤ بالأمراض خاصة بين الفئات المعرضة للخطر	٤٠	٢٣.٥٢	٥٤	٣١.٧٦	٧٦	٤٤.٧٠
٣	التمويل المخصص لتحسين اسلوب تخطيط تنمية القوي البشرية العاملة بالقطاع الصحي	٢٢	١٢.٩٤	٨٨	٥١.٧٦	٦٠	٣٥.٢٩
٤	التمويل المخصص لمكافحة وعلاج الامراض المعدية	٦٤	٣٧.٦٤	٥٥	٣٢.٣٥	٥١	٣٠
٥	التمويل المخصص لمكافحة الدرن والامراض المتوطنة	٧٧	٤٥.٢٩	٥٣	٣١.١٧	٤٠	٢٣.٥٢
٦	التمويل المخصص لإكتشاف وعلاج عدوي الجهاز التناسلي والامراض المنقولة جنسيا	٥٣	٣١.١٧	٦٤	٣٧.٦٤	٥٣	٣١.١٧
٧	التمويل المخصص للجراحات الصغيرة الطارئة	٤٠	٢٣.٥٢	٥٣	٣١.١٧	٧٧	٤٥.٢٩

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			غير كاف		إلى حد ما		كاف تماماً			
			%	ك	%	ك	%	ك		
٩	١.٥٢	٢٦٠	٦٠.٥٨	١٠٣	٢٥.٨٨	٤٤	١٣.٥٢	٢٣	التوسع في مشروعات وحدات طب الأسرة (طبيب الأسرة)	٨
٢	٢.١٩	٣٧٣	١١.٧٦	٢٠	٥٧.٠٥	٩٧	٣١.١٧	٥٣	التمويل المخصص لتجديد المنشآت الصحية وتوفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية	٩
٧	١.٦٨	٢٨٧	٤٧.٠٥	٨٠	٣٧.٠٥	٦٣	١٥.٨٨	٢٧	التمويل المخصص لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة	١٠
١٠	١.٤٢	٢٤٢	٦٧.٠٥	١١٤	٢٣.٥٢	٤٠	٩.٤١	١٦	التمويل المخصص لعمل بعثات خارجية للتدريب علي كيفية تطبيق نظام طب الأسرة	١١
مستوي توسط	٢.٠٠								المستوي ككل	

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية الأولية جاءت مؤشراته كالتالي وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص لمكافحة الدرن والأمراض المتوطنة بمتوسط حسابي (٢.٢١) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص لتجديد المنشآت الصحية وتوفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية بمتوسط حسابي (٢.١٩) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص لمكافحة وعلاج الأمراض المعدية بمتوسط حسابي (٢.٠٧) يليها في الترتيب العاشر والأخير التمويل المخصص لعمل بعثات خارجية للتدريب علي كيفية تطبيق نظام طب الأسرة بمتوسط حسابي (١.٤٢)

وتقدم هذه الخدمات من خلال شبكة ممتدة من وحدات الرعاية الصحية الأولية في الريف والحضر يقرب عددها من ٤٠٠٠ وحدة وتشمل الوحدات الصحية الريفية والمجموعات الصحية ومستشفيات التكامل الصحي (المستشفيات القروية سابقاً) والمراكز الصحية الحضرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومكاتب الصحة.

مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات التثقيف الصحي:

جدول (١٥) مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات التثقيف الصحي (ن=١٧٠)

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارة	م
			غير كاف		إلى حد ما		كاف تماماً			
			%	ك	%	ك	%	ك		
١	٢.٢٧	٣٨٧	١٩.٤١	٣٣	٣٣.٥٢	٥٧	٤٧.٠٥	٨٠	التمويل المخصص لتوعية المجتمع بدوره الايجابي في الحفاظ علي صحة افراده واصحاب البيئة	١
٢	٢.٢٣	٣٨٠	١١.٧٦	٢٠	٣٧.٠٥	٦٣	٥١.١٧	٨٧	التمويل المخصص دعم كفاءة برنامج الاعلام والاتصال والتنسيق مع الاجهزة الاعلامية لتنفيذ برامج التثقيف الصحي	٢
٤	٢.٠٨	٣٥٤	٢٣.٥٢	٤٠	٤٤.٧٠	٧٦	٣١.٧٦	٥٤	التمويل المخصص لبرنامج التحكم في مصادر التلوث البيئي	٣
٣	٢.٢٠	٣٧٥	١٦.٤٧	٢٨	٤٦.٤٧	٧٩	٣٧.٠٥	٦٣	التمويل المخصص لمراقبة الاغذية المحلية والمستوردة	٤
٦	١.٩٥	٣٣٣	٣٢.٣٥	٥٥	٣٩.٤١	٦٧	٢٨.٢٣	٤٨	التمويل المخصص لرفع كفاءة الرعاية العلاجية للأمراض الحادة والمزمنة	٥
٥	٢.٠٠	٣٤١	٢٥.٨٨	٤٤	٤٧.٦٤	٨١	٢٦.٤٧	٤٥	التمويل المخصص لحمات التوعية الصحية لتغيير السلوكيات المتعلقة ببعض الممارسات	٦
٩	١.٥٤	٢٦٣	٥٧.٠٥	٩٧	٣١.١٧	٥٣	١١.٧٦	٢٠	التمويل المخصص وضع خطة قومية للتدريب لتحديث مهارات الاطباء والمرمضات	٧
١٠	١.٤٥	٢٤٧	٦٣.٥٢	١٠٨	٢٧.٦٤	٤٧	٨.٨٢	١٥	التمويل المخصص لوضع منهج تعليمي طبي يتيح للفريق الطبي تقديم خدمات الرعاية الاولية بكفاءة	٨
١٠	١.٤٥	٢٤٨	٦٠.٥٨	١٠٣	٣٢.٩٤	٥٦	٦.٤٧	١١	التمويل المخصص لاعداد برنامج اعلامي لتوعية المواطنين بأهمية الملف العائلي ودور طبيب الاسرة	١٠
٧	١.٩٣	٣٢٩	٢٧.٦٤	٤٧	٥١.١٧	٨٧	٢١.١٧	٣٦	التمويل المخصص لعقد بروتوكولات تعاون مع الهيئات والوزارات ذات العلاقة بصحة المواطنين	١١
٨	١.٨٦	٣١٧	٤١.١٧	٧٠	٣١.١٧	٥٣	٢٧.٦٤	٤٧	التمويل المخصص لتصميم برنامج حاسب الي علي مستوي الادارات الصحية لجمع وتحليل البيانات واستخراج المعلومات	١٢
مستوي	٠.١١٤								المستوي ككل	

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات التثقيف الصحي جاءت مؤشرات كالتالي وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص لتوعية المجتمع بدوره الايجابي في الحفاظ علي صحة افراده واصحاب البيئة بمتوسط حسابي (٢.٢٧) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص دعم كفاءة برنامج الاعلام والاتصال والتنسيق مع الاجهزة الاعلامية لتنفيذ برامج التثقيف الصحي بمتوسط حسابي (٢.٢٣) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص لمراقبة الاغذية المحلية والمستوردة بمتوسط حسابي (٢.٢٠) وجاء في الترتيب الثامن التمويل

المخصص لتصميم برنامج حاسب الي علي مستوي الادارات الصحية لجمع وتحليل البيانات واستخراج المعلومات بمتوسط حسابي (١.٨٦) وهذا ما تؤكد عليه دراسة سلامة (١٩٩٩) من اهمية إيجاد قسم خاص للمعلومات في المستشفى يتولى مهمة جمع المعلومات وتصنيفها، ويقوم بالمسوحات الميدانية الدورية للتعرف على احتياجات المراجعين وتقديم المعلومات التي تؤدي إلى تحسين مستوي الخدمة المقدمة يليها في الترتيب العاشر والأخير التمويل المخصص لوضع منهج تعليمي طبي يتيح للفريق الطبي تقديم خدمات الرعاية الأولية بكفاءة ، التمويل المخصص لاعداد برنامج اعلامي لتوعية المواطنين بأهمية الملف العائلي ودور طبيب الاسرة بمتوسط حسابي (١.٤٥)

مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات قطاع الدواء

جدول (١٦) مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات قطاع الدواء (ن=١٧٠)

م	العبارات	الاستجابات						المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الترتيب
		كاف تماماً		إلى حد ما		غير كاف				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	التمويل المخصص لدعم قطاع الدواء والاهتمام بقائمة الادوية الاساسية	٥٤	٣١.٧٦	٦٣	٣٧.٠٥	٥٣	٣١.١٧	٣٤١	٢.٠٠	١
٢	التمويل المخصص لتطوير ودعم معامل وزارة الصحة	٤٣	٢٥.٢٩	٦٧	٣٩.٤١	٦٠	٣٥.٢٩	٣٢٣	١.٩	٥
٣	التمويل المخصص رفع كفاءة قطاع الصيدلة والرقابة والبحوث الدوائية	٥٧	٣٣.٥٢	٤٨	٢٨.٢٣	٦٥	٣٨.٢٣	٣٣٢	١.٩٥	٢
٤	التمويل المخصص للتحكم في رقابة جودة المستحضرات الدوائية والحيوية وتسجيل الادوية وتسعيرها	٥٥	٣٢.٣٥	٥٢	٣٠.٥٨	٦٣	٣٧.٠٥	٣٣٢	١.٩٥	٢
٥	التمويل المخصص لحسن استخدام الدواء وترشيد استهلاكه	٥٣	٣١.١٧	٤٤	٢٥.٨٨	٧٣	٤٢.٩٤	٣٢٠	١.٨٨	٣
٦	التمويل المخصص لوضع سياسة قومية للدواء	٢٣	١٣.٥٢	٣٧	٢١.٧٦	١١٠	٦٤.٧٠	٢٥٣	١.٤٨	٤
	المستوي ككل								٠.٠٦٥	مستوي منخفض

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات قطاع الدواء جاءت مؤشرات كالتالي وفقا لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص لدعم قطاع الدواء والاهتمام بقائمة الادوية الاساسية بمتوسط حسابي (٢.٠٠) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص رفع كفاءة قطاع الصيدلة والرقابة والبحوث الدوائية ، التمويل المخصص للتحكم في رقابة جودة المستحضرات الدوائية والحيوية وتسجيل الادوية وتسعيرها بمتوسط حسابي (١.٩٥) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص لحسن استخدام الدواء وترشيد استهلاكه بمتوسط حسابي (١.٨٨) يليها في الترتيب الخامس والأخير التمويل المخصص لتطوير ودعم معامل وزارة الصحة بمتوسط حسابي (١.٩)

وتأتي اهمية قطاع الدواء من انه مرتبط باحتياجات تنموية مباشرة، من أبرزها الاحتياجات البشرية (من خلال مكانة الدواء في الرعاية الصحية)، والاحتياجات الاقتصادية (عبر القيمة المضافة العالية)، ذلك فضلاً عن احتياجات اجتماعية سياسية (من منظور الدور الرئيسي لتلبية الحاجات في صنع الاستقرار الاجتماعي والحفاظ على إمكانات الحس الديمقراطي وتساعد الاهتمام بأمر سياسات الدواء بانعقاد

مؤتمر خبراء الاستخدام لسليم للدواء في نيروبي عام ١٩٨٥، والذي اعتمدت توصياته في العام التالي بواسطة مجلس الصحة العالمية .

إن الملامح الحقيقية للأوضاع الدوائية الوطنية تتضمن مؤشرات ضعف تدفع إلى ضرورة الدعوة لعمل سياسة دوائية "حقيقية" إننا هنا نكتفي فقط بالإشارة بقدر من التفصيل إلى مثال واحد لنماذج مؤشرات الضعف، والذي يتعلق بالتفاوت الضخم في توزيع قيم استهلاك الدواء في محافظات مصر، حيث نجد أن التفاوت في متوسط نصيب الفرد بين محافظة وأخرى يصل إلى قدر يزيد على الأربعة أمثال، وأن هناك تفاوتات كبيرة بين توزيع قيم استهلاك الدواء على مستوى محافظات مصر، مقارنة بتوزيع السكان. من الأمثلة الصارخة على التفاوتات نجد أن متوسط نصيب الفرد يبلغ في محافظات دمياط والقاهرة (بالجنيه) ٩٩، و ٩٠، على الترتيب بينما هو في حدود ٢١ إلى ٢٥ جنيهاً في محافظات أسيوط والوادي الجديد، والفيوم وبنى سويف، والمنيا، وسوهاج، والبحيرة (الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر ، ٢٠٠٥)

مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الوحدات الصحية:

جدول (١٧) مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الوحدات الصحية: (ن=١٧٠)

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			غير كاف		إلى حد ما		كاف تماماً			
			%	ك	%	ك	%	ك		
٣	٢.١٣	٣٦٣	١٧.٦٤	٣٠	٥١.١٧	٨٧	٣١.١٧	٥٣	التمويل المخصص للفحص الطبي بالعيادات الخارجية	١
٦	١.٨٦	٣١٧	٣٨.٢٣	٦٥	٣٧.٠٥	٦٣	٢٤.٧٠	٤٢	التمويل المخصص لتقديم الخدمة للأمهات الحوامل	٢
٨	١.٧٧	٣٠٢	٤٤.١١	٧٥	٣٤.١١	٥٨	٢١.٧٦	٣٧	التمويل المخصص لصرف بعض الادوية بالمجان	٣
٢	٢.٢٧	٣٨٧	١٧.٦٤	٣٠	٣٧.٠٥	٦٣	٤٥.٢٩	٧٧	التمويل المخصص للخدمات الإسعافية	٤
١	٢.٢٨	٣٨٨	٢٠.٠٥	٣٥	٣٠.٥٨	٥٢	٤٨.٨٢	٨٣	التمويل المخصص لتسجيل المواليد والوفيات	٥
٥	١.٩٤	٣٣٠	٤٠.٥٨	٦٩	٢٤.٧٠	٤٢	٣٤.٧٠	٥٩	التمويل المخصص للرقابة على الطعام	٦
٤	٢.٠٦	٣٥١	٣١.١٧	٥٣	٣١.١٧	٥٣	٣٧.٦٤	٦٤	التمويل المخصص للتطعيم ضد الامراض المعدية وشلل الاطفال	٧
٧	١.٨٣	٣١٢	٤٢.٩٤	٧٣	٣٠.٥٨	٥٢	٢٦.٤٧	٤٥	التمويل المخصص لزيادة نسبة التغطية بالتطعيمات الاجبارية الي ٩٧%	٨
مستوي	٠.٠٠٩								المستوي ككل	

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الوحدات الصحية جاءت مؤشراته كالتالي وفقا لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص لتسجيل المواليد والوفيات بمتوسط حسابي (٢.٢٨) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص للخدمات الاسعافية بمتوسط حسابي (٢.٢٧) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص للفحص الطبي بالعيادات الخارجية بمتوسط حسابي (٢.١٣) يليها في الترتيب الثامن والأخير التمويل المخصص لصرف بعض الادوية بالمجان بمتوسط حسابي (١.٧٧)

مدى كفاية التمويل المخصص لمشروعات رعاية الأمومة والطفولة :

جدول (١٨) مدى كفاية التمويل المخصص لمشروعات رعاية الأمومة والطفولة (ن=١٧٠)

م	العبارة	الاستجابات						الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح
		كاف تماما		إلى حد ما		غير كاف				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	التمويل المخصص لمشروعات إنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة	٦٧	٣٩.٤١	٦٠	٣٥.٢٩	٤٣	٢٥.٢٩	٣٦٤	٢.١٤	٢
٢	التمويل المخصص لمشروعات وبرامج توعية الأمهات وتنقيفهم	٥٩	٣٤.٧٠	٦٨	٤٠	٤٣	٢٥.٢٩	٣٥٦	٢.٠٩	٣
٣	التمويل المخصص لمشروعات المستشفيات المركزية والعيادات الشاملة	٤١	٢٤.١١	٣٢	١٨.٨٢	٩٧	٥٧.٠٥	٢٨٤	١.٦٧	٦
٤	التمويل المخصص لرعاية الامهات فترة ما قبل الولادة وأثنائها	٥٧	٣٣.٥٢	٤٢	٢٤.٧٠	٧١	٤١.٧٦	٣٢٦	١.٩١	٤
٥	التمويل المخصص لرعاية الأم اثناء فترة النفاس	٤٣	٢٥.٢٩	٦٧	٣٩.٤١	٦٠	٣٥.٢٩	٣٢٣	١.٩	٥
٦	التمويل المخصص لخدمات تنظيم الأسرة	٨٣	٤٨.٨٢	٥٢	٣٠.٥٨	٣٥	٢٠.٠٥	٣٨٨	٢.٢٨	١
٧	التمويل المخصص للتوسع في انشاء وحدات رعاية صحة المرأة بالقري والنجوع	٣٢	١٨.٨٢	٤٧	٢٧.٦٤	٩١	٥٣.٥٢	٢٨١	١.٦٥	٧
٨	التمويل المخصص لخدمات العيادات المتنقلة والقوافل الطبية لتقديم خدمات الصحة الانجابية في القري والمناطق المحرومة	٦٢	٣٦.٤٧	٥٩	٣٤.٧٠	٤٩	٢٨.٨٢	٣٥٣	٢.٠٧	٤
٩	التمويل المخصص للتوسع في انشاء نوادي المرأة بالمراكز والوحدات الصحية	٣٤	٢٠	٢٥	١٤.٧٠	١١١	٦٥.٢٩	٢٦٣	١.٥٤	٨
	المتغير ككل								١.٩١	مستوي

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات رعاية الامومة والطفولة جاءت مؤشراته كالتالي وفقا لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص لخدمات تنظيم الاسرة بمتوسط حسابي (٢.٢٨) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص لمشروعات إنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة بمتوسط حسابي (٢.١٤) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص لمشروعات وبرامج توعية الأمهات

وتتقيفهم بمتوسط حسابي (٢٠٠٩) يليها في الترتيب الثامن والأخير التمويل المخصص للتوسع في انشاء نوادي المرأة بالمراكز والوحدات الصحية بمتوسط حسابي (١٠٥٤)

مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات التأمين الصحي :

جدول (١٩) مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات التأمين الصحي (ن=١٧٠)

م	العبارات	الاستجابات								
		كاف تماماً		إلى حد ما		غير كاف				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	التمويل المخصص لرفع كفاءة وجودة الخدمات المقدمة	٤١	٢٤.١١	٣٢	١٨.٨٢	٩٧	٥٧.٠٥	٢٨٤	١.٦٧	٢
٢	التمويل المخصص لإضافة امكانيات خدمية جديدة	٢٣	١٣.٥٢	٣١	١٨.٢٣	١١٦	٦٨.٢٣	٢٤٧	١.٤٥	٥
٣	التمويل المخصص لإجراء الفحص الطبي الدوري للعاملين المعرضين للإصابة بالامراض المهنية	٢٧	١٥.٨٨	٣٦	٢١.١٧	١٠٧	٦٢.٩٤	٢٦٠	١.٥٢	٤
٤	التمويل المخصص لبرنامج تنفيذ تأمين المرض لمن يرغب من المحالين للمعاش ومن ارامل المؤمن عليهم	٢٣	١٣.٥٢	٤٧	٢٧.٦٤	١٠٠	٥٨.٨٢	٢٦٣	١.٥٤	٣
٥	التمويل المخصص للتمويل المخصص للجان الطبية المسئولة عن تحديد سبب العجز في بعض انواع المعاشات الاستثنائية	٤٣	٢٥.٢٩	٥٢	٣٠.٥٨	٧٥	٤٤.١١	٣٠٨	١.٨١	١
	المتغير ككل								١.٦	مستوي

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات التأمين الصحي جاءت مؤشراتته كالتالي وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص للتمويل المخصص للجان الطبية المسئولة عن تحديد سبب العجز في بعض انواع المعاشات الاستثنائية بمتوسط حسابي (١.٨١) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص لرفع كفاءة وجودة الخدمات المقدمة بمتوسط حسابي (١.٦٧) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص لبرنامج تنفيذ تأمين المرض لمن يرغب من المحالين للمعاش ومن ارامل المؤمن عليهم بمتوسط حسابي (١.٥٤) يليها في الترتيب الخامس والأخير التمويل المخصص لإضافة امكانيات خدمية جديدة بمتوسط حسابي (١.٤٥)

وعلى ذلك يجب التوسع في خدمات التأمين الصحي: إن الأشخاص المتمتعين بالتأمين الصحي هم أكثر من يطلبون الرعاية الصحية عن هؤلاء الذين لا يتمتعون بذلك التأمين. وعلى الأخص فإن عدد زيارات المرضى للعيادات الخارجية للفرد الواحد في السنة الواحدة في تقرير الإنفاق الصحي كانت أعلى بنسبة ٢٨% ضمن الأفراد المؤمن عليهم عن هؤلاء غير المؤمن عليهم (٤,٨٣ ضد ٣,٧٧)

Berman (1995) وتوفير التغطية العامة يجب أن يقلل الفجوة في استغلال الرعاية الصحية، خاصة الرعاية الداخلية ما بين الفقراء والأيسر حالاً وبين قاطني الريف والحضر وبين النساء والرجال ويتم تأميناً فعالية خدمات هيئة التأمين الصحي عن طريق تقليل العجز، وعن طريق التعاقد والسماح للمستفيدين أن يختاروا ممولهم

مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الصحة المدرسية والرعاية الصحية للنشء (صحة المراهقين):

جدول (٢٠) مدى كفاية التمويل المخصص

للصحة المدرسية والرعاية الصحية للنشء (صحة المراهقين) (ن=١٧٠)

م	العبارات	الاستجابات						الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح
		كاف تماماً		إلى حد ما		غير كاف				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	التمويل المخصص لمشروعات إنشاء وتجهيز المستشفيات والوحدات الصحية	٥١	٣٠	٤٢	٢٤.٧٠	٧٧	٤٥.٢٩	١.٨٤	٣١٤	
٢	التمويل المخصص لمشروعات مراكز ووحدات الإسعاف الطبي	٥٩	٣٤.٧٠	٥١	٣٠	٦٠	٣٥.٢٩	١.٩٩	٣٣٩	
٣	التمويل المخصص لمشروعات التأمين الصحي والعلاج على نفقة الدولة	٥٤	٣١.٧٦	٨٦	٥٠.٥٨	٣٠	١٧.٦٤	٢.١٤١	٣٦٤	
٤	التمويل المخصص لمشروعات تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من قطاعات (التأمين علي طلاب المدارس - العيادات الجامعية	٦٢	٣٦.٤٧	٥٧	٣٣.٥٢	٥١	٣٠	٢.٠٦	٣٥١	
٥	التمويل المخصص لنشر الوعي الصحي الخاص بفترة البلوغ ومشاركة الزوج في الصحة الانجابية والاهتمام بتطبيق مفهوم الولادة الآمنة	٧١	٤١.٧٦	٥٣	٣١.١٧	٤٦	٢٧.٠٥	٢.١٤	٣٦٥	
٦	التمويل المخصص لحماية المراهقين من العنف بين افراد الاسرة كوسيلة للعقاب	٦٤	٣٧.٦٤	٤٨	٢٨.٢٣	٥٨	٣٤.١١	٢.٠٣	٣٤٦	
٧	التمويل المخصص لمنع جرائم العنف الاسري كختان الإناث	٨٠	٤٧.٠٥	٦١	٣٥.٨٨	٢٩	١٧.٠٥	٢.٣	٣٩١	
٨	التمويل المخصص لبرنامج التأمين الصحي لطلاب المدارس وبرنامج مكافحة أنيميا نقص الحديد بين المراهقين	٤٦	٢٧.٠٥	٦٧	٣٩.٤١	٥٧	٣٣.٥٢	١.٩٣	٣٢٩	
	المتغير ككل							٢.٠٥٣	مستوي	

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص للصحة المدرسية والرعاية الصحية للنشء (صحة المراهقين) جاءت مؤشرات كالتالي وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص لمنع جرائم العنف الاسري كختان الإناث بمتوسط حسابي (٢.٣) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص لنشر الوعي الصحي الخاص بفترة البلوغ ومشاركة الزوج في الصحة الانجابية والاهتمام بتطبيق مفهوم الولادة الآمنة بمتوسط حسابي (٢.١٤) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص لمشروعات التأمين الصحي والعلاج على نفقة الدولة بمتوسط حسابي (٢.٠٦) يليها في الترتيب الثامن والأخير التمويل المخصص لمشروعات إنشاء وتجهيز المستشفيات والوحدات الصحية بمتوسط حسابي (١.٨٤)

وهذا يوضح لنا ضرورة الاهتمام بالنشء وقد طلب مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل إلى جميع الشعوب أن تسترشد بمبدأ "الأطفال أولاً"، الذي ينادي بضرورة إعطاء احتياجات الأطفال الأساسية أولوية عليا عند تخصيص الموارد، سواء في أوقات الرخاء أو الشدة

مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الارشاد الوراثي وفحص حديثي الولادة:

جدول (٢١) مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الارشاد الوراثي وفحص حديثي الولادة: (ن=١٧٠)

م	العبارات	الاستجابات					
		كاف تماماً		إلى حد ما		غير كاف	
		ك	%	ك	%	ك	%
١	التمويل المخصص اعداد عيادات للارشاد الوراثي	٤٣	٢٥.٢٩	٣٢	١٨.٨٢	٩٥	٥٥.٨٨
٢	التمويل المخصص اعداد الكوادر الفنية اللازمة لعيادات الارشاد الوراثي وتدريبها	٢٧	١٥.٨٨	٤١	٢٤.١١	١٠٢	٦٠
٣	التمويل المخصص لفحص راغبي الزواج	٤٧	٢٧.٦٤	٥٢	٣٠.٥٨	٧١	٤١.٧٦
	المتغير ككل						
مستوي			١.٦٩				

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات الارشاد الوراثي وفحص حديثي الولادة: جاءت مؤشرات كالتالي وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص لفحص راغبي الزواج بمتوسط حسابي (١.٨٥) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص اعداد عيادات للارشاد الوراثي بمتوسط حسابي (١.٦٩) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص اعداد الكوادر الفنية اللازمة لعيادات الارشاد الوراثي وتدريبها بمتوسط حسابي (١.٥٥) يليها في الترتيب الثالث والأخير التمويل المخصص عمل بعثات خارجية للتدريب علي كيفية تطبيق نظام طب الأسرة بمتوسط حسابي (١.٤٢)

مدى كفاية التمويل المخصص لبرنامج الحد من الإعاقة ورعاية ذوى الاحتياجات الخاصة والأطفال المعثر عليهم

جدول (٢٢) مدى كفاية التمويل المخصص لبرنامج الحد من الإعاقة ورعاية نوى الاحتياجات الخاصة والأطفال المعثر عليهم (ن=١٧٠)

م	العبارات	الاستجابات						المرتبط	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح
		كاف تماماً		إلى حد ما		غير كاف				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	التمويل المخصص لإعداد استراتيجية قومية للحد من الإعاقة	٥٣	٣١.١٧	٤١	٢٤.١١	٧٦	٤٤.٧٠	٣١٧	١.٨٦	٣
٢	التمويل المخصص لتنفيذ برامج تدريبية للاخصائيين الاجتماعيين للعمل علي اعدادهم كهمزة وصل بين الفريق الطبي والمترددات علي وحدات الرعاية الاساسية	٢٣	١٣.٥٢	٣١	١٨.٢٣	١١٦	٦٨.٢٣	٢٤٧	١.٤٥	٤
٣	التمويل المخصص لإنشاء لجنة قومية للإعاقة عن الإعاقة تشمل ممثلين من كافة الوزارات لعمل دمج للمعاقين بالمدارس	٦٦	٣٨.٨٢	٤١	٢٤.١١	٦٣	٣٧.٠٥	٣٤٣	٢.٠١	١
٤	التمويل المخصص لإنشاء ورش لتصنيع الاجهزة التعويضية	٥٢	٣٠.٥٨	٤٧	٢٧.٦٤	٧١	٤١.٧٦	٣٢١	١.٨٨	٢
٥	التمويل المخصص اعداد كوادر واقسام بالمستشفيات العامة للتأهيل	٢١	١٢.٣٥	١٩	١١.١٧	١٣٠	٧٦.٤٧	٢٣١	١.٣٥	٥
٦	التمويل المخصص لوضع نظام احالة (المعاهد - رمد - سمع - شلل الاطفال)	٢٧	١٥.٨٨	٣١	١٨.٢٣	١١٢	٦٥.٨٨	٢٥٥	١.٥	٦
	المتغير ككل								١.٦٧	مستوي

يوضح الجدول السابق أن : مدى كفاية التمويل المخصص لخدمات برنامج الحد من الإعاقة ورعاية نوى الاحتياجات الخاصة والأطفال المعثر عليهم جاءت مؤشرات كالتالي وفقا لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التمويل المخصص لإنشاء لجنة قومية للإعاقة عن الإعاقة تشمل ممثلين من كافة الوزارات لعمل دمج للمعاقين بالمدارس بمتوسط حسابي (٢.٠١) يليه الترتيب الثاني التمويل المخصص لإنشاء ورش لتصنيع الاجهزة التعويضية بمتوسط حسابي (١.٨٨) يليها في الترتيب الثالث التمويل المخصص لإعداد استراتيجية قومية للحد من الإعاقة بمتوسط حسابي (١.٨٦) وتأتي أهمية هذه الاستراتيجية من تزايد اعداد المعاقين في مصر وتعدد العوامل المرتبطة بها فالأمراض المعدية والحوادث لا تزال تشكل الأسباب الأكثر شيوعا، وهي بطبيعتها أسباب مرتبطة بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ويمكن التغلب عليها وتجنبها من خلال تطبيق برامج وقائية وبتنمية المجتمع وتحسين الظروف المعيشية والبيئية بشكل عام.

ثم جاء في الترتيب السادس والأخير التمويل المخصص لوضع نظام احالة (المعاهد - رمد - سمع - شلل الاطفال) بمتوسط حسابي (١.٥)

ثالثا : مدى استمرار تمويل التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية :

جدول (٢٣) مدى استمرار تمويل التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية (ن=١٧٠)

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
٦	٢.٠٦	٣٥١	٥.٩	١٠	٨١.٨	١٣٩	١٢.٤	٢١	خطة الموازنة المقترحة تؤدي إلى زيادة فاعلية التخطيط داخل المحافظة	١
٨	١.٩٩	٣٣٩	١٢.٩	٢٢	٧٤.٧	١٢٧	١٢.٤	٢١	خطة الموازنة المقترحة تؤدي إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية	٢
١٢	١.٧٤	٢٩٥	٣٨.٢	٦٥	٥٠	٨٥	١١.٨	٢٠	تساعد الموارد المتاحة بالمحليات على تحقيق استقلاليتها فيما تنفذه من برامج ومشروعات	٣
٢	٢.٦٣	٤٤٧	١٤.١	٢٤	٨.٨	١٥	٧٧.١	١٣١	يوجد لدى المجتمع المحلي موارد وإمكانات غير مستثمرة يمكن استثمارها	٤
١٤	١.٣١	٢٢٣	٧٥.٩	١٢٩	١٧.١	٢٩	٧.١	١٢	توجد زيادة مستمرة في الموارد التمويلية بما يؤدي إلى زيادة تطوير الخدمات	٥
١٣	١.٤	٢٣٨	٧٠.٦	١٢٠	١٨.٨	٣٢	١٠.٦	١٨	تؤثر مركزية القرار بالإيجاب في إعداد تمويل البرامج والخدمات داخل المحافظة	٦
١٠	١.٩٥	٣٣١	٣٢.٩	٥٦	٣٩.٤	٦٧	٢٧.٦	٤٧	يعتبر التخطيط لتطوير الخدمات مسؤولية الحكومة المركزية مسؤولية كاملة	٧
٣	٢.٢٨	٣٨٧	٨.٣	٩	٦١.٨	١٠٥	٣٢.٩	٥٦	يعتبر التخطيط لتطوير الخدمات مسؤولية الأجهزة المحلية	٨
١	٢.٦٥	٤٥١	٢.٤	٤	٣٠	٥١	٦٧.٦	١١٥	تتشارك كلا من الحكومة المركزية مع الإدارات المحلية في التخطيط لتطوير الخدمات	٩
١١	١.٩٢	٣٢٧	١٨.٢	٣١	٧١.٢	١٢١	١٠.٦	١٨	يحدد الدور التخطيطي للإدارة المحلية بأنها جهاز تنسيقي	١٠
٤	٢.١٦	٣٦٧	٥.٩	١٠	٧٢.٤	١٢٣	٢١.٨	٣٧	تتشارك كل المستويات الإدارية على مستوى المحافظة في التخطيط لتطوير الخدمات	١١
٩	١.٩٦	٣٣٤	١٢.٩	٢٢	٧٧.٦	١٣٢	٩.٤	١٦	يتوفر بالأجهزة الإدارية الإمكانيات اللازمة للتخطيط داخل المحافظة	١٢
٧	٢.٠٥	٣٣٢	١٦.٥	٢٨	٧١.٨	١٢٢	١١.٨	٢٠	يوجد تنسيق بين الأجهزة المخططة والأجهزة المنفذة داخل المحافظة	١٣
٥	٢.٠٨	٣٥٣	١٨.٨	٣٢	٥٤.٧	٩٣	٢٦.٥	٤٥	تهتم الجهات المسؤولة بتدريب القائمين على وضع الخطط داخل المحافظة	١٤
مستوى متوسط	٢.٠١								المتغير ككل	

يوضح الجدول السابق أن :

مدى استمرار تمويل التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية، تمثلت فيما يلي:

حيث جاء في الترتيب الأول تتشارك كلا من الحكومة المركزية مع الإدارات المحلية في التخطيط لتطوير الخدمات بمتوسط حسابي (٢.٦٥)، وهذا ما تؤكدته دراسة كريستوفر Christopher (٢٠٠٦) من أن التخطيط لمشاركة الحكومات المركزية للحكومات المحلية في مجال التنمية الريفية وتقديم الخدمات على أحسن صورة فإن ذلك يزيد من فعاليتها في بناء القدرات وتقديم الخدمات وإشباع الإحتياجات وهذا ما توصلت إليه دراسة ابوهجة (٢٠٠٢) من أن هناك عدد من العوامل التي تؤثر على إستقلالية قرارات المجلس الشعبي المحلي للقرية ، وكذلك عدم قدرة المجلس على مباشرة مسؤوليته كجهاز تخطيطي .

وجاء بالترتيب الثاني يوجد لدى المجتمع المحلى موارد وإمكانيات غير مستثمرة يمكن استثمارها بمتوسط حسابي (٢.٦٣)، ثم جاء في الترتيب الثالث يعتبر التخطيط لتطوير الخدمات مسئولية الأجهزة المحلية بمتوسط حسابي (٢.٢٨)، وجاء بالترتيب الرابع تتشارك كل المستويات الإدارية على مستوى المحافظة فى التخطيط لتطوير الخدمات بمتوسط حسابي (٢.١٦). وجاء بالترتيب الرابع عشر والآخر توجد زيادة مستمرة فى الموارد التمويلية بما يؤدي إلى زيادة تطوير الخدمات بمتوسط حسابي (١.٣١) .

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لمدى استمرار تمويل التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية بلغ (٢.٠٧)، وهو معدل متوسط مما يعكس ان هناك اهتمام بالتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية حيث ان هناك خطة موازنة مقترحة حيث ان هذه الموارد تساعد المحليات علي استقلالها في تنفيذ البرامج والمشروعات الخاصة بها .

رابعا : تنوع وتجدد المصادر التمويلية فى سبيل التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية :

(١) مصادر التمويل الذاتية التي يتم الاعتماد عليها فى تطوير خدمات الرعاية الصحية:

جدول (٢٤) مصادر التمويل الذاتية التي يتم الاعتماد عليها في تطوير خدمات الرعاية الصحية (ن=١٧٠)

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
٦	٢.٠٥	٣٤٩	٣٢.٩٤	٥٦	٢٨.٨٢	٤٩	٣٨.٢٣	٦٥	الضرائب	١
٨	١.٨١	٣٠٩	٤١.٧٦	٧١	٣٤.٧٠	٥٩	٢٣.٥٢	٤٠	الرسوم (رسم النقل والمواصلات - ممارسة المهنة التجارية والصناعية - دخول المتاحف، الحدائق ، أماكن الترفيه - استعمال الطرق والقناطر - الإعلانات - المناقصات - المكاييل والموازن والمزايدات - التعليم	٢
٥	٢.١٢	٣٦٢	٢٧.٠٥	٤٦	٣٢.٩٤	٥٦	٤٠	٦٨	ضريبة الدخل والتي تفرض على دخول الأفراد تبعاً لشرائح الدخل	٣
٩	١.٨٠	٣٠٧	٤٤.٧٠	٧٦	٣٠	٥١	٢٥.٢٩	٤٣	إيرادات تشغيل واستثمار المرافق المحلية	٤
٣	٢.٥٤	٤٣٣	٥.٨٨	١٠	٣٣.٥٢	٥٧	٦٠.٥٨	١٠٣	حساب صندوق تحسين الخدمات الصحية	٥
٧	٢.٠٣	٣٤٦	٣٥.٨٨	٦١	٢٤.٧٠	٤٢	٣٩.٤١	٦٧	حساب صندوق الطرق (صندوق النظافة	٦
١	٢.٦١	٤٤٥	١٢.٩٤	٢٢	١٢.٣٥	٢١	٧٤.٧٠	١٢٧	التأمين الصحي القومي	٧
١٠	١.٦٧	٢٨٥	٥٧.٠٥	٩٧	١٨.٢٣	٣١	٢٤.٧٠	٤٢	الشركات	٨
٤	٢.٣٤	٣٩٨	١٩.٤١	٣٣	٢٧.٠٥	٤٦	٥٣.٥٢	٩١	القطاع العائلي	٩
٢	٢.٥٨	٤٤٠	١١.٧٦	٢٠	١٧.٦٤	٣٠	٧٠.٥٨	١٢٠	المؤسسة العلاجية	١٠
مستوي متوسط	٢.١٥								المتغير ككل	

يوضح الجدول السابق أن : مصادر التمويل الذاتية التي يتم الاعتماد عليها في تطوير خدمات الرعاية الصحية جاءت مؤشرات كالتالي وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول التأمين الصحي القومي بمتوسط حسابي (٢.٦١) يليه الترتيب الثاني المؤسسة العلاجية بمتوسط حسابي (٢.٥٨) يليها في الترتيب الثالث حساب صندوق تحسين الخدمات الصحية بمتوسط حسابي (٢.٥٤) يليها في الترتيب العاشر والأخير الشركات بمتوسط حسابي (١.٦٧) وهذا ما جاء بنتائج دراسة دراسة مون إلى Moon Ailee (١٩٨٩) لتحقيق أهداف سياسات الرعاية الصحية يجب الاستفادة من تصميم النفقات الضريبية والنفقات المباشرة المستخدمة في الميزانية .

(٢) مصادر التمويل غير الذاتية التي يتم الاعتماد عليها في تطوير خدمات الرعاية الصحية:

جدول (٢٥) مصادر التمويل غير الذاتية التي يتم الاعتماد عليها في تطوير خدمات الرعاية الصحية (ن=١٧٠)

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
٤	١.٦٣	٢٧٧	٥٨.٨	١٠٠	١٩.٤	٣٣	٢١.٨	٣٧	القروض الأجنبية من صندوق النقد الدولي والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية والاتحاد الأوروبي	١
٢	٢.٤٨	٤٢١	١١.٢	١٩	٣٠	٥١	٥٨.٨	١٠٠	مؤسسات الإقراض المحلية المتخصصة	٢
٥	١.٦	٢٧٢	٥٧.٦	٩٨	٢٤.٧	٤٢	١٧.٦	٣٠	مؤسسات الائتمان والتأمين	٢
١	٢.٥٥	٤٣٣	٨.٨	١٥	٢٧.٦	٤٧	٦٣.٥	١٠٨	الإعانات التي تمنحها الحكومات المركزية للمحليات	٤
٣	٢.٢٢	٣٧٧	١٠.٦	١٨	٥٧.١	٩٧	٣٢.٤	٥٥	الإعانات التي تقدمها الأفراد والمؤسسات الخاصة من هيئات ووصايا وجهود ذاتية وتبرعات	٥
مستوى متوسط	٢.٠٤	المتغير ككل								

يوضح الجدول السابق أن : مصادر التمويل غير الذاتية التي يتم الاعتماد عليها في تطوير خدمات الرعاية الصحية جاءت مؤشراته كالتالي وفقا لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول الإعانات التي تمنحها الحكومات المركزية للمحليات بمتوسط حسابي (٢.٥٥) يليه الترتيب الثاني مؤسسات الإقراض المحلية المتخصصة بمتوسط حسابي (٢.٤٨) يليها في الترتيب الثالث الإعانات التي تقدمها الأفراد والمؤسسات الخاصة من هيئات ووصايا وجهود ذاتية وتبرعات بمتوسط حسابي (٢.٢٢) يليها في الترتيب الأخير مؤسسات الائتمان والتأمين بمتوسط حسابي (١.٦) وهذا ما تؤكد دراسة عبد الرحيم (٢٠٠٢) التي توصلت انعدام سلطة المحليات في تقرير مواردها المالية الذاتية وعلى ذلك أكدت على أنه لا بد من إعطاء المحليات السلطة في الاعتماد على القروض كمورد مالي من الممكن أن يحقق أهداف التنمية المنشودة .

وعلى ذلك نرى أهمية التمويل الخارجي في تحقيق اهداف الرعاية الصحية والتي لم يعد التمويل الذاتي كافيا لتطويرها وهذا ما اكدت عليه دراسة ريبكا Rebecca (٢٠٠٩) من انه لا بد من تفويض السلطة المحلية وإيجاد شركاء لدفع العملية التنموية وأكدت على أن التمويل الخارجي عنصر هام في تنفيذ المشروعات التنموية . ودراسة نيكولا Nicolas , (٢٠٠٩) التي أشارت نتائجها إلى أن التنمية تحتاج إلى تمويل فعال وأن تأمين التمويل للمشروعات التنموية هو عامل النجاح الأول في تحقيق التنمية الريفية. ودراسة امين (٢٠٠٨) والتي اكدت على أن نظام التمويل المحلي في مصر في حاجة حقيقية إلى إحداث تطوير وذلك لضعف حجم التمويل المحلي والإعتمادية الكبيرة على الحكومة المركزية لتمويل الإحتياجات الأساسية للمواطنين .

ترتيب مصادر التمويل التي يتم الاعتماد عليها في تطوير خدمات الرعاية الصحية :

جدول (٢٦) ترتيب مصادر التمويل التي يتم الاعتماد عليها في تطوير خدمات الرعاية الصحية (ن=١٧٠)

م	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١	مصادر التمويل الذاتية	٢.٤٣	٠.٤٦	١
٢	مصادر التمويل غير الذاتية	٢.٠٤	٠.٣٨	٢
	المتغير ككل	٢.٢٤	٠.٣١	مستوى متوسط

يوضح الجدول السابق أن : ترتيب مصادر التمويل التي يتم الاعتماد عليها في تطوير خدمات الرعاية الصحية، تمثلت فيما يلي:

- الترتيب الأول مصادر التمويل الذاتية بمتوسط حسابي (٢.٤٣) . الترتيب الثاني مصادر التمويل غير الذاتية بمتوسط حسابي (٢.٠٤) . وهذا يعكس لنا ان الاعتماد الاكبر علي التمويل لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالمحافظة يكون علي التمويل الذاتي حيث ان اغلبها تتحصل من ضرائب تفرض علي الممتلكات وعلي الافراد وبالتالي تتميز بنوع من الثبات النسبي حيث انه يتم تحصيلها في اوقات معينة من السنة بنسب أيضاً ثابتة كذلك ما يتم تحصيله من ايرادات وصناديق خاصة ، وهذا ما اكدته دراسة السروجي (١٩٨٨) من أن الإعتدال على التمويل الذاتي في تطوير خدمات الرعاية الاجتماعية في الريف يحقق لها الإستمرار والتطوير على أن يكون هذا التطوير وفق أولويات محددة وأن يكون موجها ومخططا ومستقرا نسبياً ، علي عكس التمويل غير الذاتي والتي يكون اغلبها اعانات وقروض ومنح اجنبية تأتي في اوقات معينة وليست بصفة دائمة ومستمرة وهذا ما جاء في دراسة الصاوى (٢٠٠٢) ودراسة عبد الرحيم (٢٠٠٢) والتي توصلت الي أن هناك جوانب اقتصاديه تدور حول محدودية الموارد المالية المتاحة للمليات من أجل تنفيذ وتحقيق طموحاتها التنموية .

المؤسسات الرئيسية التي لها دور أساسي في القروض والمنح لتطوير خدمات الرعاية الصحية:

جدول (٢٧) (المؤسسات الرئيسية التي لها دور أساسي فى القروض والمنح لتطوير خدمات الرعاية الصحية (ن=١٧٠))

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
٢	٢.١٢	٣٦٠	١٨.٢	٣١	٥١.٨	٨٨	٣٠	٥١	مؤسسات إقراض دولية	١
١	٢.٦٥	٤٥١	٧.١	١٢	٢٠.٦	٣٥	٧٢.٤	١٢٣	مؤسسات إقراض محلية	٢
مستوى متوسط		٢.٣٩	المتغير ككل							

يوضح الجدول السابق أن :

المؤسسات الرئيسية التي لها دور أساسي فى القروض والمنح لتطوير خدمات الرعاية الصحية، تمثلت فيما يلي:

حيث جاء في الترتيب الأول مؤسسات إقراض محلية بمتوسط حسابي (٢.٦٥)، وجاء بالترتيب الثاني مؤسسات إقراض دولية بمتوسط حسابي (٢.١٢) وهذا ما توصلت اليه دراسة تيرى Terry (١٩٩٠) من ضرورة تعديل التشريعات القائمة من أجل زيادة تبسيط عملية التخطيط وذلك من أجل السعي لعملية تخطيطية أكثر مرونة ودراسة إبوس Oboes (١٩٩٢) التي رأيت ان سيطرة الحكومات المركزية يعرقل جهود التنمية ويسبب عجز سياسات السلطات المحلية .

خامسا :- معوقات التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية

جدول (٢٨) (معوقات التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية (ن=١٧٠))

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
١٠	٢.٥٩	٤٤٠	٤.٧	٨	٣١.٨	٥٤	٦٣.٥	١٠٨	الإجراءات المعقدة التي تمر بها خطط الموازن المالية	١
١٧	٢.٤٩	٤٢٤	١.٨	٣	٤٧.١	٨٠	٥١.٢	٨٧	عدم مرونة النظام المالي على مستوى الدولة ككل	٢
١٨	٢.٤٨	٤٢٢	٢.٤	٤	٤٧.١	٨٠	٥٠.٦	٨٦	ضعف التشريعات اللازمة لتطوير الموازنات المالية	٣
١٠	٢.٥٩	٤٤٠	١.٨	٣	٣٧.٦	٦٤	٦٠.٦	١٠٣	اختلال هيكل الموارد المالية الجارية	٤
٤	٢.٨٣	٤٨١	-	-	١٧.١	٢٩	٨٢.٩	١٤١	عدم تناسب هيكل الموارد المالية مع أوجه الإنفاق المختلفة وضعف الانفاق الصحي	٥

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
١	٢.٨٨	٤٩٠	١.٢	٢	٩.٤	١٦	٨٩.٤	١٥٢	عدم دعم سياسات اللامركزية المالية داخل الدولة	٦
١	٢.٨٨	٤٩١	٠.٦	١	١٠	١٧	٨٩.٤	١٥٢	عدم وجود أجهزة مالية تعمل على التسويق المحلي مثل بنوك الادخار المحلي	٧
٢	٢.٨٦	٤٨٧	١.٢	٢	١١.٢	١٩	٨٧.٦	١٤٩	غياب الرؤية الواضحة والشاملة والمتكاملة للتمويل المحلي	٨
٣	٢.٨٥	٤٨٥	٠.٦	١	١٣.٥	٢٣	٨٥.٩	١٤٦	القيود المفروضة على حرية الوحدات المحلية في الاقتراض	٩
٦	٢.٧٨	٤٧٢	-	-	٢٢.٤	٣٨	٧٧.٦	١٣٢	كثرة أعباء الإدارة المحلية مع قلة التمويل المخصص لها	١٠
١٩	٢.٤٧	٤٢٠	٠.٦	١	٥١.٨	٨٨	٤٧.٦	٨١	الفوارق الاقتصادية والاجتماعية و المعوقات الهيكلية بين الأقاليم التخطيطية	١١
١٣	٢.٥٦	٤٣٦	٠.٦	١	٤٢.٤	٧٢	٥٧.١	٩٧	التوزيع النسبي للسكان وكثافتهم والهجرة بين الأقاليم	١٢
١٤	٢.٥٤	٤٣٢	٢.٤	٤	٤١.٢	٧٠	٥٦.٥	٩٦	العجز الإداري وقلة المعلومات الدقيقة والبيانات الإحصائية اللازمة للتخطيط	١٣
١١	٢.٥٨	٤٣٨	٢.٩	٥	٣٦.٥	٦٢	٦٠.٦	١٠٣	غياب الوعي التنموي مما يعوق فعالية المشاركة في العمليات التخطيطية	١٤
٥	٢.٧٩	٤٧٥	-	-	٢٠.٦	٣٥	٧٩.٤	١٣٥	اعتماد التخطيط على موارد المجتمع القائمة وعدم الاهتمام بموارد المجتمع الكامنة	١٥
١٢	٢.٥٧	٤٣٧	١٠.٦	١٨	٢١.٨	٣٧	٦٧.٦	١١٥	المركزية وتعقيداتها الإدارية	١٦
٦	٢.٧٨	٤٧٣	١.٨	٣	١٨.٢	٣١	٨٠	١٣٦	عدم كفاءة ادارة الموارد ونقص التخطيط وهو ما يؤدي الي خسارة يصعب تقديرها	١٧
١٥	٢.٥١	٤٢٨	١٠	١٧	٢٨.٢٣	٤٨	٦١.٧٦	١٠٥	التقدم الواضح في التكنولوجيا الطبية مما ادي لارتفاع التكاليف التشخيصية عن طريق التكنولوجيا الحديثة	١٨
٨	٢.٦٤	٤٤٩	٧.٦٤	١٣	٢٠.٥٨	٣٥	٧١.٧٦	١٢٢	الارتفاع الحاد في الاسعار بشكل واضح في المجال الطبي حيث نجد ان التضخم المالي الصحي يزيد علي ضعف التضخم المالي العام في اغلب الدول	١٩
١٦	٢.٥٠	٤٢٦	٦.٤٧	١١	٣٦.٤٧	٦٢	٥٧.٠٥	٩٧	عدم التنسيق بين الجهات التي تقوم بتقديم الخدمة الصحية	٢٠
٢٢	١.٨٨	٣٢٠	٣٨.٨٢	٦٦	٣٤.١١	٥٨	٢٧.٠٥	٤٦	اعداد موازنات القطاع الصحي الحكومي وفقا لموازنة البنود	٢١
٩	٢.٦١	٤٤٥	٢.٩٤	٥	٣٢.٣٥	٥٥	٦٤.٧٠	١١٠	المركزية المالية في ادارة الخدمات الصحية	٢٢
٧	٢.٦٧	٤٥٤	٤.١١	٧	٢٤.٧٠	٤٢	٧١.١٧	١٢١	عدم وجود عدالية في توزيع الخدمات الصحية بين المحافظات	٢٣

م	العبارات	الاستجابات						المجموع المرجح	المتوسط الحسابي	الترتيب
		لا		إلى حد ما		نعم				
		%	ك	%	ك	%	ك			
٢٤	خلل في توزيع مصروفات القطاع الصحي بسبب استحواذ الاجور علي الجانب الاكبر من المصروفات في القطاع الصحي	٣٢	١٨.٨٢	٤٥	٢٦.٤٧	٩٣	٥٤.٧٠	٢٧٩	١.٦٤	٢٣
٢٥	توقف بعض الانشطة بمجرد انتهاء التمويل الخارجي المخصص لها نظرا لعدم وجود بنود للاتفاق عليها من الوزارة	٨٨	٥١.٧٦	٣٦	٢١.١٧	٤٦	٢٧.٠٥	٣٨٢	٢.٢٤	٢١
٢٦	ضعف دور البحوث الصحية لمساعدة متخذي القرار والاعتماد فقط علي الدعم الاجنبي لتنفيذ بعض البحوث والسوح الصحية التي تلبى اتجاهات الجهات الممولة	٩١	٥٣.٥٢	٥٣	٢٠.٥٨	٢٦	١٥.٢٩	٤٠٥	٢.٣٨	٢٠
	المتغير ككل								١.٨٤	مستوي منخفض

يوضح الجدول السابق أن : معوقات التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية جاءت مؤشرات كالتالي وفقا لترتيب المتوسط الحسابي : الترتيب الأول عدم دعم سياسات اللامركزية المالية داخل الدولة، عدم وجود أجهزة مالية تعمل على التسويق المحلي مثل بنوك الادخار المحلي بمتوسط حسابي (٢.٨٨) يليه الترتيب الثاني غياب الرؤية الواضحة والشاملة والمتكاملة للتمويل المحلي بمتوسط حسابي (٢.٨٦) يليها في الترتيب الثالث القيود المفروضة على حرية الوحدات المحلية في الاقتراض وتبرعات بمتوسط حسابي (٢.٨٥)، وهذا ما اكدته دراسة الخياط (٢٠٠٠) من عدم وجود سياسة مالية مستقرة واضحة لإعانة المحليات على تحقيق أهدافها التنموية مع ضعف الموارد الذاتية لوحدات الإدارة المحلية والحكم المحلي ودراسة أمين (٢٠٠٨) التي اكدت ان هيكل ونظام التمويل المحلي في مصر في حاجة حقيقية إلى إحداث تطور وذلك لضعف حجم التمويل المحلي والإعتمادية الكبيرة على الحكومة المركزية لتمويل الاحتياجات الأساسية للمواطنين

وجاء في الترتيب السابع عدم وجود عدالية في توزيع الخدمات الصحية بين المحافظات بمتوسط حسابي (٢.٦٧) وهذا ما اكدته دراسة ماستون

غارى Mattson Garyare (١٩٨٣)

إن التمويل متغير هام في تنفيذ البرامج التنموية وأنه لابد من أن يراعى عند تحديد قيمة التمويل للمشروعات مجموعة من المتغيرات مثل حجم السكان والثروة والمستوى المهني للسكان حتى تتحقق العدالة في توزيع التمويل الذي يؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة .و دراسة بيترسن كارول Petersen Carol (١٩٨٦) التي توصلت إلى أن خدمات وبرامج الرعاية الاجتماعية لا تُدار بشكل موحد بين المحافظات وأنها تمول بصورة غير عادله مما يؤثر بصورة سلبية على السياسات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وعلى المجتمع بصفة عامة.

الي جانب أن هناك جمودا مازال يسود الانظمة القائمة يحتاج لتغيير كامل يتناسب ومستوي العصر الذي نعيشه والذي اصبح ملئ بالعديد من المشكلات العميقة الجذور والتي تحتاج لتحرك سريع لمعالجتها .

يليه في الترتيب الثالث والعشرين والآخر خلل في توزيع مصروفات القطاع الصحي بسبب استحواذ الاجور علي الجانب الاكبر من المصروفات في القطاع الصحي (١.٦٤) وهذا يؤكد من ان العاملين في القطاع الصحي مازالوا يعانون من قلة الاجور المدفوعة لهم مقارنة بتكلفة الخدمات الصحية العالية .

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لمعوقات التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية مرتفع مما يعكس أن النظام الصحي الحالي، نظام رأسي يحد من فرص الاستفادة بأفضل الممارسات الطبية الحديثة التي تعمل على تحقيق الكفاءة والجودة، إذ أن الرعاية الصحية ليست متاحة جغرافياً أو مالياً، بشكل عادل ومنصف بين فئات المواطنين ذوي الدخل المتفاوتة في مختلف المحافظات، برغم زيادة أعداد الأطباء وأسرة المستشفيات المخصصة للرعاية العلاجية من المستوى الثاني والثالث في المدن والمناطق الحضرية، فإن الريف والمناطق الفقيرة تعاني من نقص الرعاية الصحية وزيادة تكلفتها، مما يؤكد ضرورة وضع إستراتيجية تعمل على تحقيق أفضل قيمة للخدمات الصحية مقابل الأموال التي تنفق عليها من ميزانية الدولة

سادسا : مقترحات تنمية المصادر التمويلية في سبيل تطوير خدمات الرعاية الصحية

جدول (٢٩) مقترحات تنمية المصادر التمويلية في سبيل تطوير خدمات الرعاية الصحية (ن=١٧٠)

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
٩	٢.٧٩	٤٧٤	٢.٤	٤	١٦.٥	٢٨	٨١.٢	١٣٨	١	تدعيم الاستقلال المالي للمحليات
١٢	٢.٤٩	٤٢٣	٩.٤	١٦	٣٢.٤	٥٥	٥٨.٢	٩٩	٢	رسم خريطة استثمارية واضحة للفرص الاستثمارية بكافة مناطقها المحلية التابعة لها
٨	٢.٨٣	٤٨١	٢.٤	٤	١٢.٤	٢١	٨٥.٣	١٤٥	٣	توافر نظم حديثة للمعلومات
٦	٢.٨٦	٤٨٦	٢.٤	٤	٩.٤	١٦	٨٨.٢	١٥٠	٤	تفعيل المشاركة المجتمعية من خلال تنشيط الاستثمار المحلي
٤	٢.٩٢	٤٩٧	٠.٦	١	٦.٥	١١	٩٢.٩	١٥٨	٥	توفير دورات تدريبية للمسؤولين المحليين
١٠	٢.٦	٤٤٢	٥.٩	١٠	٢٨.٢	٤٨	٦٥.٩	١١٢	٦	ترشيد الإنفاق المحلي والعام
٢	٢.٩٤	٥٠٠	٠.٦	١	٤.٧	٨	٩٤.٧	١٦١	٧	تشجيع الجهود الذاتية
٥	٢.٩١	٤٩٤	-	-	٩.٤	١٦	٩٠.٦	١٥٤	٨	دعم أجهزة التحصيل وتطوير الأنظمة المالية بالمحليات
٤	٢.٩٢	٤٩٧	١.٢	٢	٥.٣	٩	٩٣.٥	١٥٩	٩	توفير قاعدة بيانات عن المفاهيم الحديثة في مجال الموازنات والمحاسبية
٨	٢.٢٤	٣٨١	١٩.٤١	٣٣	٣٧.٠٥	٦٣	٤٣.٥٢	٧٤	١٠	التخلص من المشقة المالية التي تحدث في فواتير العلاج
١٥	٢.٣٦	٤٠٢	١٤.٧٠	٢٥	٣٤.١١	٥٨	٥١.١٧	٨٧	١١	حل المشكلات الصحية بتقديم الرعاية الطبية متكاملة العناصر فتشمل خدمات الممارسين والأطباء الاخصائيين ، الرعاية الصحية المنزلية
١٤	٢.٤٥	٤١٨	٧.٦٤	١٣	٣٨.٨٢	٦٦	٥٣.٥٢	٩١	١٢	تطوير وتعديل القوانين المنظمة للتأمين الصحي والقرارات الوزارية

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
									التي من شأنها ضم فئة جديدة للمنتفعين	
١٣	٢.٤٨	٤٢٢	١١.١٧	١٩	٢٩.٤١	٥٠	٥٩.٤١	١٠١	زيادة الاتفاق الحكومي علي القطاع الصحي مع توجيه هذه الزيادة الي شراء السلع والخدمات والاستثمارات المرتبطان بتقديم الخدمة الصحية للمرضي	١٣
١٨	١.٩٤	٣٣٠	٣٨.٨٢	٦٦	٢٨.٢٣	٤٨	٣٢.٩٤	٥٦	يجب ان يكون هناك دعم سياسي من السلطة التنفيذية ممثلة في الحكومة والسلطة التشريعية للتحويل من موازنة البنود الي موازنة البرامج والأداء	١٤
١١	٢.٥٤	٤٣٢	١٠.٥٨	١٨	٢٤.٧٠	٤٢	٦٤.٧٠	١١٠	يجب ان يعاد هيكلة التأمين الصحي علي اساس مراقبة الجودة الشاملة حسب الخطط	١٥
١٧	٢.١	٣٥٧	٢٩.٤١	٥٠	٣١.١٧	٥٣	٣٩.٤١	٦٧	تشجيع رؤوس الاموال الراغبة في الاستثمار في المجال الصحي واختيار افضل العروض التي تقدم للمؤمن عليه بأقل تكلفة	١٦
١	٢.٩٥	٥٠٢	-	-	٤.٧٠	٨	٥٩.٢٩	١٦٢	يجب علي حكومات الدول التي تطبق برامج التثبيث والتكيف الهيكلي ان تأخذ في اعتبارها المشاكل التي يعاني منها الفقراء وخاصة في المجتمعات التي يشكل الفقراء فيها الغالبية العظمي من السكان	١٧
٧	٢.٨٤	٤٨٣	٤.١١	٧	٧.٦٤	١٣	٨٨.٢٣	١٥٠	توسيع قاعدة المشاركة في التكاليف المتزايدة للرعاية الطبية	١٨
١٠	٢.٧٨	٤٧٣	٤.٧٠	٨	١٢.٣٥	٢١	٨٢.٩٤	١٤١	تشجيع الانتاج المحلي لتلبية احتياجات المواطنين من الدواء والطعوم والامصال ووسائل تنظيم الاسرة	١٩
٥	٢.٩٠	٤٩٤	٢.٩٤	٥	٣.٥٢	٦	٩٣.٥٢	١٥٩	التأكيد علي ان مفهوم الاتفاق الصحي هو استثمار ذو عائد كبير بكل المقاييس وانه يجب زيادة نصب القطاع الصحي في الموازنة العامة للدولة	٢٠
١٦	٢.٣٣	٣٩٧	٢٣.٥٢	٤٠	١٩.٤١	٣٣	٥٧.٠٥	٩٧	العمل علي التنسيق والتكامل بين الوزارات التي ترتبط انشطتها بالصحة العامة	٢١
٧	٢.٨٤	٤٨٣	٠.٥٨	١	١٤.٧٠	٢٥	٨٤.٧٠	١٤٤	زيادة الموارد المالية لتوفير وتطوير الخدمات الصحية وتوجيه الموارد المتاحة من خلال الاتفاقيات الدولية لدعم الخدمات الوقائية ومواجهة المشكلات الصحية ذات الاولوية	٢٢
٣	٢.٩٣	٤٩٩	٢.٣٥	٤	١.٧٦	٣	٩٥.٨٨	١٦٣	دعم وتطوير المعامل الاقليمية بالمحافظات لمواكبة التقنيات الحديثة للاكتشاف المبكر للمخاطر الصحية وتقوية القدرات الذاتية المعملية	٢٣

الترتيب	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
									اقليمي	
مستوي مرتفع	٢.٦٤								المتغير ككل	

يوضح الجدول السابق أن : مقترحات تنمية المصادر التمويلية في سبيل تطوير خدمات الرعاية الصحية: **الترتيب الأول** يجب علي حكومات الدول التي تطبق برامج التثبيت والتكيف الهيكلي ان تأخذ في اعتبارها المشاكل التي يعاني منها الفقراء وخاصة في المجتمعات التي يشكل الفقراء فيها الغالبية العظمى من السكان بمتوسط حسابي (٢.٩٥) يليه **الترتيب الثاني** تشجيع الجهود الذاتية (٢.٩٤) يليها في الترتيب الثالث دعم وتطوير المعامل الاقليمية بالمحافظات لمواكبة التقنيات الحديثة للاكتشاف المبكر للمخاطر الصحية وتقوية القدرات الذاتية العملية اقليميا بمتوسط حسابي (٢.٩٣) يليها في الترتيب الرابع توفير قاعدة بيانات عن المفاهيم الحديثة في مجال الموازنات والمحاسبة بمتوسط حسابي (٢.٩٢)

وجاء في الترتيب الثامن عشر والأخير يجب ان يكون هناك دعم سياسي من السلطة التنفيذية ممثلة في الحكومة والسلطة التشريعية للتحويل من موازنة البنود الي موازنة البرامج والأداء بمتوسط حسابي (١.٩٤)

وهذا يؤكد لنا بأن برنامج الإصلاح الصحي عملية متشابكة ومستمرة تحتاج إلى قيادة حكومية وتعاون بين القطاع الصحي الحكومي(العام)والخاص ومشاركة المجتمع ، يكون الهدف منه هو تمويل ودفع مقابل خدمات الرعاية الصحية من خلال كيان تأميني موحد يجمع بين الإنفاق الصحي العام والخاص.

وهذه الطريقة للتمويل من المتوقع أن تتيح حسن استخدام الأموال المتاحة، وتجعلها أكثر فاعلية وتخفف إنفاق ذوي الدخل الصغيرة من الفقراء على الرعاية الصحية. وقد وجد أنه من الضروري تحسين الرقابة على جودة وفاعلية الرعاية الصحية والتعرف على رأى المنتفعين بالخدمة، وأن فصل التمويل عن تقديم الخدمات يعطى المنتفعين حق اختيار مقدم الخبرة ولا يلزمهم بمقدم خدمة صحية معين أو بجهة محددة، ويكون لدى مقدمي الخدمات من القطاع العام والخاص حافز أكبر لتحسين جودة خدمات واجتذاب المرضى ، ورضاء كل من مقدمي الخدمة الصحية والمنتفعين وفصل مهام التمويل عن تقديم الرعاية الصحية الأساسية سيسمح لكل جهاز صحي بتنمية موارده والتركيز على تطوير الخدمات. تمشيا مع الأهداف والمبادئ الأساسية لبرنامج إصلاح القطاع الصحي بجمهورية مصر العربية، فإن الهدف هو إيجاد خدمات رعاية أولية فعالة وذات جودة عالية تستطيع الدولة أن تتحمل تكلفتها، وتقدم مستوى جيدا من المكاسب الصحية للمواطنين، وتوزع تلك المكاسب وما يصاحبها من تكلفة بعدالة على الأفراد حسب احتياجاتهم وقدراتهم على دفع التكلفة.

النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة:

ثامناً : اختبار فروض الدراسة

(١) اختبار الفرض الأول للدراسة: من المتوقع أن يكون مستوى التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية التي لها أولويات التطوير في خطة المحافظة كافي بدرجة منخفضة .

جدول (٣٠) مستوى التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية التي لها أولويات التطوير في خطة المحافظة (ن=١٧٠)

م	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الترتيب
١	التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية الأولية	٢.٠٠	٢
٢	التمويل المخصص لخدمات التنقيف الصحي:	٠.١١٤	٧
٣	التمويل المخصص لخدمات قطاع الدواء	٠.٠٦٥	٨
٤	التمويل المخصص لخدمات الوحدات الصحية	٠.٠٠٩	٩
٥	التمويل المخصص لخدمات رعاية الأمومة والطفولة	١.٩١	٣
٦	التمويل المخصص لخدمات التأمين الصحي	١.٦	٦
٧	التمويل المخصص لخدمات الصحة المدرسية والرعاية الصحية للنشء (صحة المراهقين)	٢.٠٥٣	١
٨	التمويل المخصص لخدمات الإرشاد الوراثي وفحص حديثي الولادة	١.٦٩	٤
٩	التمويل المخصص لبرنامج الحد من الإعاقة ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال المعثر عليهم	١.٦٧	٥
	المتغير ككل	١.٢٣	مستوى منخفض

يوضح الجدول السابق أن :

مستوى التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية التي لها أولويات التطوير في خطة المحافظة، تمثلت فيما يلي:

- الترتيب الأول التمويل المخصص لخدمات **لخدمات الصحة المدرسية والرعاية الصحية للنشء (صحة المراهقين)** بمتوسط حسابي (٢.٠٥٣).
- الترتيب الثاني التمويل المخصص لخدمات **الرعاية الصحية الأولية** بمتوسط حسابي (٢.٠٠).
- الترتيب الثالث التمويل المخصص لخدمات **رعاية الأمومة والطفولة** بمتوسط حسابي (١.٩١).
- الترتيب الرابع التمويل المخصص **لخدمات الإرشاد الوراثي وفحص حديثي الولادة** بمتوسط حسابي (١.٦٩).
- الترتيب الخامس التمويل المخصص **لبرنامج الحد من الإعاقة ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال المعثر عليهم** بمتوسط حسابي (١.٦٧).
- الترتيب السادس التمويل المخصص **لخدمات التأمين الصحي المخصص لخدمات التأمين الصحي** بمتوسط حسابي (١.٦).
- الترتيب السابع التمويل المخصص **لخدمات التنقيف الصحي** بمتوسط حسابي (٠.١١٤).
- الترتيب الثامن التمويل المخصص **لخدمات قطاع الدواء** بمتوسط حسابي (٠.٠٦٥).
- الترتيب التاسع التمويل المخصص **لخدمات الوحدات الصحية** بمتوسط حسابي (٠.٠٠٩).
- ويانظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لترتيب كفاية التمويل المخصص لخدمات الرعاية الصحية بلغ (١.٢٣)، وهو معدل منخفض مما يعكس ان هناك عدم كفاية للتمويل المخصص لكافة الخدمات حتي وإن اختلف الترتيب فهناك تقارب كبير بين المتوسط الحسابي لكافة الخدمات وهو ما يعكس صحة الفرض الأول .

(٢) اختبار الفرض الثاني للدراسة : توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كفاية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.

جدول (٣١) العلاقة بين كفاية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية (ن=١٧٠)

التخطيط التخطيط لتطوير الخدمات	م	التمويل
**٠.٤٤٢	١	كفاية التمويل

* معنوي عند (٠.٠٥)

** معنوي عند (٠.٠١)

يوضح الجدول السابق أنه: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠.٠١) بين كفاية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية، وقد يرجع ذلك إلى وجود ارتباط قوي بين هذه المتغيرات وإنها جاءت معبرة عن ما تهدف الدراسة الي تحقيقه. مما يجعلنا نقبل الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كفاية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية".

(٣) اختبار الفرض الثالث للدراسة : توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استمرارية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية.

جدول (٣٢) العلاقة بين استمرارية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية (ن=١٧٠)

التخطيط التخطيط لتطوير الخدمات	م	التمويل
**٠.٥٥٠	١	استمرارية التمويل

* معنوي عند (٠.٠٥)

** معنوي عند (٠.٠١)

يوضح الجدول السابق أنه : توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠.٠١) بين استمرارية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الاجتماعية بالريف المصري، وقد يرجع ذلك إلى وجود ارتباط قوي بين هذه المتغيرات وإنها جاءت معبرة عن ما تهدف الدراسة تحقيقه. مما يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه "توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استمرارية التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية".

(٤) اختبار الفرض الرابع للدراسة : توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مصادر التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية

جدول (٣٣) العلاقة بين مصادر التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية (ن=١٧٠)

م	التمويل	التخطيط	التخطيط لتطوير الخدمات
١	مصادر التمويل الذاتية		٠.٠٥١
٢	مصادر التمويل غير الذاتية		**٠.٣٥٥
٣	مصادر التمويل ككل		**٠.٣٩١

* معنوي عند (٠.٠٥)

** معنوي عند (٠.٠١)

يوضح الجدول السابق أنه : توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠.٠١) بين مصادر التمويل ككل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية ، وقد يرجع ذلك إلي وجود ارتباط قوي بين هذه المتغيرات وإنها جاءت معبرة عن ما تهدف الدراسة تحقيقه. مما يجعلنا نقبل الفرض الرابع للدراسة جزئياً والذي مؤداه توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مصادر التمويل والتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية".

• تاسعا : النتائج الخاصة بمعوقات التخطيط لتطوير مستوى خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية

جاء في الترتيب الاول عدم وجود أجهزة مالية تعمل على التسويق المحلي مثل بنوك الادخار المحلي ، عدم دعم سياسات اللامركزية المالية داخل الدولة بمتوسط حسابي (٢.٩٥) وفي الترتيب الثاني غياب الرؤية الواضحة والشاملة والمتكاملة للتمويل المحلي بمتوسط حسابي (٢.٩٤) ، وفي الترتيب الثالث القيود المفروضة على حرية الوحدات المحلية في الاقتراض بمتوسط حسابي (٢.٩٣) وجاء في الترتيب الرابع عدم تناسب هيكل الموارد المالية مع أوجه الإنفاق المختلفة وضعف الإنفاق الصحي بمتوسط حسابي (٢.٩٢)

عاشرا : النتائج الخاصة بمقترحات تنمية المصادر التمويلية في سبيل تطوير خدمات الرعاية الصحية

جاء في الترتيب الاول يجب علي حكومات الدول التي تطبق برامج التثبيت والتكيف الهيكلي ان تأخذ في اعتبارها المشاكل التي يعاني منها الفقراء وخاصة في المجتمعات التي يشكل الفقراء فيها الغالبية العظمى من السكان بمتوسط حسابي (٢.٨٨) وفي الترتيب الثاني تشجيع الجهود الذاتية بمتوسط حسابي (٢.٨٦) ، وفي الترتيب الثالث دعم وتطوير المعامل الاقليمية بالمحافظات لمواكبة التقنيات الحديثة لاكتشاف المبكر للمخاطر الصحية وتقوية القدرات الذاتية المعملية اقليميا بمتوسط حسابي (٢.٨٥) وجاء في الترتيب الرابع توفير قاعدة بيانات عن المفاهيم الحديثة في مجال الموازنات والمحاسبة بمتوسط حسابي (٢.٨٣) وجاء في الترتيب الثامن عشر والأخير يجب ان يكون هناك دعم سياسي من السلطة التنفيذية ممثلة في الحكومة والسلطة التشريعية للتحويل من موازنة البنود الي موازنة البرامج والأداء بمتوسط حسابي (١.٩٤)

تصور مقترح لزيادة فاعلية التمويل كمتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية

إن التمويل وظيفة أساسية و هامة لأي مؤسسة حكومية كانت أو أهلية ، و هناك إتفاقا على أن التمويل هو توفير الأموال اللازمة لدفع و تطوير المؤسسات ،ويكون ذلك باحتفاظ المؤسسات بالأموال اللازمة لاستعمالها في أوقات الحاجة إليها . وإنطلاقاً من ذلك ومن خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة تحاول الباحثة أن تصل جاهدة لتصور مقترح لزيادة فاعلية التمويل كمتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية ويتضمن هذا التصور :

أولاً : الأسس التي يعتمد عليها التصور المقترح :

١. التراث النظري لمهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وللتخطيط الاجتماعي بصفة خاصة .
٢. الدراسات السابقة وما انتهت إليه من نتائج وتوصيات .
٣. نتائج الدراسة الحالية .

ثانياً : الأهداف التي يسعى الي تحقيقها التصور المقترح :

يهدف هذا التصور إلي زيادة فاعلية التمويل كمتغير في التخطيط بما يسهم في تطوير خدمات الرعاية الاجتماعية بالريف المصري

ثالثاً : الإعتبارات التي يجب مراعاتها عند تنفيذ التصور المقترح :

١. التأكد بصفة دورية من أن التصور المقترح يشبع رغبات وإحتياجات المجتمع القروي الصحية من خلال دراسات علمية وذلك لأن الحاجات بطبيعتها متجددة ومتطورة .
٢. مراعاة أن يتناسب التصور المقترح مع طبيعة القرية المصرية من حيث ظروفها وسمات سكانها.
٣. عند تنفيذ التصور يجب أن يكون هناك جو من الديمقراطية بحيث تتشارك الإدارة المحلية مع الإدارة المركزية في تنفيذ التصور المقترح.
٤. توفير إمكانية التغيير في التصور المقترح بمعنى الحفاظ علي مرونة التنفيذ حتي تتلائم مع المواقف الطارئة والحاجات المتغيرة .
٥. توعية القائمين على تنفيذ التصور المقترح بأهميته وأهمية مشاركتهم في تنفيذه وتقييمه .
٦. مراعاة أن يرتبط التصور بإمكانية التنفيذ في ضوء اللوائح والقوانين

رابعا : الفئات المستهدفة في التصور المقترح :

الوحدات التنفيذية بمحافظة أسيوط ومديرية الصحة

خامسا : وسائل وإجراءات تحقيق التصور المقترح :

لكي تحقق خدمات الرعاية الصحية أهدافها وتصبح ذات فاعلية في القرية المصرية ولكي يكون هناك إقبال للحصول علي هذه الخدمات ولكي تعمل هذه الخدمات علي إشباع الحاجات المتعددة والمتجددة لسكان القرية المصرية ويكون هناك رضا وقبول لهذه الخدمات لا بد أن تتعدد المشروعات والبرامج التي تستخدم لتحقيق ذلك متضمنةً النواحي التخطيطية والتنفيذية والتقييمية فيما يتعلق بهذه الخدمات ولا بد أن يتوافر التمويل المناسب لتنفيذ هذه البرامج والمشروعات وتتضمن هذه الإجراءات تنمية وتطوير الموارد المالية للوحدات التنفيذية من خلال :

١. ترشيد الإنفاق المحلي و الإنفاق العام .
٢. البحث عن مصادر متجددة للموارد المالية .
٣. تشجيع الجهود الذاتية الخاصة بالأفراد ورجال الأعمال والمنظمات غير الحكومية .
٤. دعم المالية الذاتية للمحليات من خلال نقل الموارد المالية ذات الطابع المحلي السلطة المركزية إلى المحليات .
٥. وإيجاد مؤسسات للإقتراض المحلي مثل بنوك للإدخار المحلي تقوم بتعبئة المدخرات المحلية وإستثمارها داخل المحليات .
٦. تطوير وتحصيل الضرائب والرسوم من خلال تدريب العاملين بالإيرادات المالية وإيرادات التحصيل .
٧. تطوير التشريعات الخاصة بالموازنات والموارد المالية .
٨. دعم سياسات اللامركزية المالية داخل الدولة .

سادساً : الإستراتيجيات المستخدمة في التصور المقترح :

● التمكين	المدافعة	العدالة	الديمقراطية	التفاعل
● التنمية	الإستثارة	القوة السياسية	الدعم	التعليم
والتدريب				

سابعاً : تكتيكات العمل :

١. العمل من خلال بناء القوة المؤثرة في المجتمع
٢. المساعدة الذاتية .
٣. التغيير الجذري
٤. العمل الجماهيري الشعبي

ثامنا : أدوار المخطط الاجتماعي :

- دوره كممكن - دوره كجامع ومحلل للبيانات - دوره كمخطط - دوره كمقدم خدمات - دوره كمعالج - دوره كمقوم - دوره كمساعد - دوره كمنسق - دوره كمستشار - دوره كمنشط - دوره كمدافع - دوره كإداري

تاسعا : مهارات التصور المقترح :

يعتمد هذا التصور على بعض المهارات اللازمة لزيادة فاعلية التمويل المتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالقرية المصرية

ومن هذه المهارات :

- التفاعل الإيجابي - مهارة حل المشكلات وتحديد الاحتياجات - المهارة في التقييم المستمر لبرامج الرعاية الصحية. - المهارة في الاتصال بالهيئات التي يمكنها أن تساعد في زيادة تمويل خدمات الرعاية الصحية.

عاشرا : أدوات التصور المقترح :

يعتمد على مجموعة من الأدوات التي تعتبر مجالاً لتدعيم خدمات الرعاية الصحية ولزيادة فاعليتها مثل :

١. الندوات والمحاضرات .
٢. المناقشة الجماعية لفتح باب الحوار والمناقشة الحرة لإعطاء العاملين الفرصة للتعبير عن آرائهم واحتياجاتهم ومشكلاتهم وفتح باب الحوار لتبادل الخبرات والمهارات .
٣. المقابلات المختلفة مع الخبراء والمسؤولين عن كيفية دعم تمويل خدمات الرعاية الصحية وكيفية تطويرها.
٤. النشرات والتقارير التي تهتم بالمجال التمويلي .

حادى عشر : عوامل نجاح التصور المقترح

١. العمل على وضع خطة شاملة تبني على أسس علمية من قبل صانعي ومتخذي القرار تراعي فيه احتياجات مواطنى القرى المصرية.
٢. ضرورة مشاركة كافة الأجهزة والهيئات في وضعها وتنفيذها .
٣. ضرورة التنسيق بين هذه الخطة والخطط الأخرى بما يتفق مع ظروف المجتمع الاقتصادية والاجتماعية.
٤. تنظيم برنامج أكاديمي لإعداد وتدريب العاملين في الوحدات التنفيذية ومديريات الصحة بتنظيم الدورات لتجديد المعلومات ورفع الأداء المهني.
٥. تشجيع إجراء البحوث والدراسات العلمية والميدانية في مجال تمويل خدمات الرعاية الصحية وتحقيق التعاون والتنسيق بين المراكز المهمة بهذا المجال.
٦. المشاركة في اتخاذ القرارات وخاصة في ظل التطورات التي يمر بها مجتمعنا وذلك بتوفير بيانات سليمة لمتخذي القرار حتى تكون أكثر فاعلية .
٧. الاهتمام من قبل الدولة بتطوير التشريعات الخاصة بتمويل خدمات الرعاية الصحية .
٨. دراسة الواقع المجتمعي بأبعاده الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية وتشخيص هذا الواقع .
٩. إدراك ودراية تامة بأهداف سياسات الرعاية الصحية والقيم والقضايا الصحية التي تنتبهاها

مراجع الدراسة

أولا المراجع العربية

- أباد فرت ماکماھون ، روزماري (١٩٨٩) : ترجمة عبدالله ، علي ، تطوير اساليب تعلم العاملين في الرعاية الصحية ، نيقوسيا ، دلمون للنشر .

- أبو هرجه ، محمد إبراهيم على (٢٠٠٢): العوامل المؤثرة على إستقلالية قرارات المجلس الشعبي المحلى ، رسالة ماجستير ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ،
- أحمد رشوان، حسين عبد الحميد (٢٠٠٥): علم الإجتماع الريفي ، الأسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة ، ٢٠٠٥ .
- اسماعيل، محمد عثمان (٢٠٠٠) : التمويل والإدارة المالية في منظمات الأعمال ، القاهرة ، دار النهضة العربية
- أمين ، خالد زكريا (٢٠٠٨): التمويل المحلى فى مصر (تحليل الوضع الراهن ومداخل التطوير) ، بحث منشور فى مجلة النهضة ، المجلد العاشر ، العدد الثانى ، كلية الإقتصاد والعلوم السياسية ، جامعة القاهرة .
- البرنامج القومي للتنمية الريفية المتكاملة (١٩٩٦) : شروق وزارة الادارة المحلية جهاز بناء وتنمية القرية
- التابعي، كمال (٢٠٠٧): التنمية البشرية، دراسة لحالة مصر، القاهرة ، دار الفكر العربي
- الجوهري محمد ، شكري عليا (١٩٩٥) : البيئة والمجتمع- دراسات اجتماعية وانثروبولوجية ميدانية لقضايا البيئة والمجتمع- الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ،
- الجوهري ، عبد الهادي وأخرون (١٩٩٨): قضايا التنمية الريفيه المعاصره ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية
- الجوهري ، عبد الهادي ، رشوان ، حسين (١٩٩٤): علم الاجتماع الحضري " مفاهيم وقضايا " ، القاهرة ، مكتبة نهضة الشرق
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠١٠): الكتاب الإحصائي السنوي لعام ٢٠١٠ ، ٢٠١١ ، القاهرة
- الجمعة ، علي بن محمد (٢٠٠٠): معجم المصطلحات الإقتصادية والإسلامية ، الأردن ، مكتبة العبيكات ، ط١ .
- الخضيرى، محسن أحمد (٢٠٠١): التمويل بدون نقود ، القاهرة ، مجموعة النيل العربية ، ٢٠٠١ ، ط١ .
- الدجوي، علي (٢٠٠٠) : التنمية والمستقبل في المجتمع المصري (الطفولة ، الشباب ، المرأة): القاهرة ، دار النشر
- السروجي، طلعت مصطفى (١٩٨٨): تغيير بناء القوه وتطور خدمات الرعايه الإجتماعية فى الريف ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان
- السروجي ، طلعت مصطفى وأخرون (٢٠٠٢) : التخطيط لخدمات الرعايه الإجتماعيه ، حلوان ، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي
- السروجي، طلعت مصطفى (٢٠٠٠): التخطيط الاجتماعى والسياسة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي
- المعهد العربي لإنماء المدن (١٩٩٣): تكامل الخدمات البلدية والإجتماعية ووسائل تمويلها ، الجزء الثانى
- الصديقي، سلوي عثمان (٢٠٠٧) : مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية ، البحيرة، مطبعة البحيرة .
- الصاوى ، على أحمد (٢٠٠٢) : نظرة المشرع إلى الحكم المحلى ، بحث منشور بمجلة النهضة ، العدد الثالث عشر ، أكتوبر ٢٠٠٢ ، كلية الإقتصاد والعلوم السياسية ، جامعة القاهرة .
- الأنصاري ، أسامة عبد الخالق وأخرون (٢٠١٩) : التمويل والادارة المالية ، كلية التجارة، جامعة القاهرة
- الكردي ، محمود محمد (٢٠١٨) : التخطيط للبيئة الصحية ، الاسكندرية، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر
- بدوي ، هناء حافظ (٢٠٠٣) التخطيط الاجتماعى والسياسة الاجتماعية فى مهنة الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث
- بدوي ، هناء حافظ (٢٠٠٣) : إدارة وتنظيم المؤسسات الاجتماعية فى الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث
- بركات، وحدى محمد (١٩٩٢) : دراسته تقويميه لدور الوحدة المحليه فى تحقيق التنمية الريفيه، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان
- بشير ، اقبال محمد وأخرون (٢٠٠٥) : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبي والتأهيلي ، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث
- بوعباس ، عباس يوسف (٢٠١٠): عن اثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات علي رضا المرضى دراسة تحليلية مقارنة فى مستشفى الأميرى الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص فى دولة الكويت، جامعة الشرق الاوسط، كلية ادارة الاعمال
- حلمي ، هناء جمال (٢٠٠٧) : تقييم فعالية خدمات الرعاية الاجتماعية بوحدات طب الاسرة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان
- رئاسة الجمهورية (١٩٨٦): المجالس القومية المتخصصة ، تشكيل المجالس المحلية وإختصاصاتها ، الدورة السادسة
- رشوان، حسين عبد الحميد (٢٠٠٥): علم الإجتماع الريفي ، الأسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة.

- زعزوع ، زينب عباس (٢٠٠٤): ادارة مشروعات التنمية المحلية الممولة بمنح أجنبية في مصر ، رسالة ماجستير ، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية ، جامعة القاهرة
- زيتون، محيا (١٩٩٨): الإنفاق الإجتماعي ومدى إستفادة الفقراء "التطورات والآثار" ، القاهرة ، الأهرام الإقتصادي ، العدد ١٣٠ .
- سمير محمد (٢٠٠٢) : مصادر التمويل المحلي وطبيعة العلاقات بين الحكومه المركزية والوحدات المحلية فى الدول العربية ، بحث منشور فى مؤتمر علاقه بين الإدارة المركزية والإدارة المحلية، القاهرة ، المعهد العربى لإنماء المدن
- شوقي، محمد شوقي، العزازى ، محمد (٢٠٠٢): الإدارة العامة المعاصرة ، القاهرة ، مكتبة الجامعة الحديثة
- عبد الحليم، غاده محمد أحمد (٢٠٠٩) : الدور الدفاعى للمجلس الشعبى المحلى فى مواجهة مشكلات المجتمع الرفيى ، رسالة ماجستير ، كلية الخدمة الإجتماعية ، جامعة حلوان
- عمران ، نصر خليل (٢٠٠٢) : تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهتها ، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، العدد السادس ، كلية الخدمة الاجتماعية،
- عويس منى ، الأفندي عبلة (١٩٩٤): التخطيط الإجتماعي والسياسة الإجتماعية بين النظرية والتطبيق ، القاهرة ، دار الفكر العربى .
- عماد فرج الخياط (٢٠٠٥) : نظام التمويل فى الإدارة المحلية (دراسه مقارنة) ، رسالة دكتوراه ، القاهرة ، كلية الحقوق ، جامعة عين شمس
- علي ، ماهر أبو المعاطي (١٩٩٨) : إدارة المؤسسات الاجتماعية ، الفيوم ، مكتبة الصفوة ، ١٩٩٨ ، ط١
- عبد الحميد ، عبد المطلب (٢٠٠١): التمويل المحلي والتنمية المحلية ، الإسكندرية ، الدار الجامعية
- عودة محمود ، الحسيني السيد (١٩٩٧):مجتمع القرية فى الدول النامية اتجاهات نظرية وبحوث واقعية دار المعرفة الجامعية الاسكندرية
- عبد الله ، شوقي حسين (١٩٨٨) : التمويل والإدارة المالية فى منظمات الأموال ، القاهرة ، دار النهضة العربية
- فهمي، محمد سيد (٢٠٠٥) : الرعاية الاجتماعية وخصخصة الخدمات ، الاسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث
- كمال ، رأفت (٢٠٠٢): القروض المحلية كأداة للتمويل فى المحليات ، درجة الزمالة ، أكاديمية السادات للعلوم الإداريه ،المعهد القومى للإدارة العليا
- لطفي ، علي (١٩٨٣) : التخطيط الاقتصادي ، القاهرة ، دار المعارف
- محمود ، محمد محمود (٢٠٠٣) دور منظمات المجتمع المدني فى اشباع احتياجات المرأة الفقيرة بالمجتمعات العشوائية ، بحث منشور فى المؤتمر العلمي السادس عشر لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) : طب المجتمع ، الكتاب الطبى الجامعي ، المكتب الاقليمي للشرق الاوسط
- ناجي ، أحمد عبد الفتاح (٢٠٠٧):تحديث الإدارة المحليه فى مصر، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق
- وزارة الصحة والسكان (٢٠٠٢) الاصلاح الصحي بين النظرية والتطبيق ، القاهرة ، الادارة المركزية للدعم الفني والمشروعات .
- همام ، حسن (٢٠٠٣): علم الاجتماع الرفيى والحضري ، القاهرة ، مطبعة الموسكى
- ويستون ، فرد، بروجام يوجين،ترجمة بيله ، عبد الرحمن دعاله وآخرون (٢٠٠٣): التمويل الإداري ، الرياض ، دار المريخ للنشر
- منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢) تقرير الصحة فى العالم
- وزارة الصحة والسكان (٢٠١٥) :رسم ملامح السياسة الصحية فى جمهورية مصر العربية ، مصر

المراجع الاجنبية

- Ailee ,Moon(1989): federal income tax expenditures as instruments of social welfare financing, Ph.D. university of California, Berkeley, 1989.

-Bowe ,Penelope m.(1999); community services council, new found randand labrador, Virginia

Bryant ,Battle, Rebecca (2009): come to table community partnerships for rural economic development ,).
PhD university south Carolina ,.

– Berman, Peter. (1995): The Financing of Health Services in Egypt, DDM

–Carol ,Petersen(1986):intra–state inequalities in the financing and delivery of on educational social services to children and youth : an assessment of the state of Nebraska (Welfare , Medicaid , AFD , outreach programs , food stamps) , PHD the university of Texas at Austin ,.

– C Johnston ,Terry (1990): local government rural land planning , British Columbia , M.A , the university of British Columbia (Canada) ,

– Christopher ,Enns(2006): the dynamics of NGO–local government collaboration for rura ldevelopment with cases from Bangladesh, M.SC. , university of Guelph (Canada), .

–Christopher ,Enns(2006): the dynamics of NGO–local government collaboration for rura ldevelopment with cases from Bangladesh, M.SC. , university of Guelph (Canada), .

Ramsaran–Fowdar "The Relative Importance of Service Dimensions Fowdar in a Healthcare Setting

–Chowdhury(2009) Customer Expectations and Management Perceptions, in HealthCare Services of Bangladesh Data for Decision Making. Egypt: Strategies for Health Sector, Change, Harvard University, USAID.

–Dirie ,LLIAS(2005): "Innovative resourcing for municipal infrastruct and service provision" ,)
London , queens house .

–Joseph ,Frank (1988) : an analysis of state and local expenditures for education and social welfare as determinants of state variation in scholastic aptitude tats (sat) performance ED.D, state university of new York at Albany

– Lam & Tang, (2000) "A study of Patients Expectations and satisfaction in Singapore hospitals."

–Levy, H. and Sarnat ,M.(1990): Capital Investment and Financial Decisions N.J. : Prentice – Hall,

–Mattson Garyarmes : newpedeerallsm and local community development

– Minnery ,John(1989): conflict management in urban planning, Englewood Go w.publishing company, .

Moon ,Ailee (1989),: federal income tax expenditures as instruments of social welfare financing, Ph.D.
university of California, Berkeley,.

–National statistical system(2001): challenges and trends in the Modernization: the statistical conference of the Americas Santiago

–Nicolas ,Depetris (2009): essays on international finance and development , PhD. , Chauvin , Nicolas
Princeton university.

–Nicolas ,Depetris (2009): essays on international finance and development , PhD. , Chauvin , Nicolas)
Princeton university ,

–oboes (1992): local government and rural development in bendel state (constraints on local involvement and effectiveness , PhD , university of Southampton (united kingdom) .

-Petersen Carol(1986) :intra-state inequalities in the financing and delivery of on educational social) services to children and youth : an assessment of the state of Nebraska (Welfare , Medicaid , AFD , outreach programs , food stamps) , PHD the university of Texas at Austin . analysis of HUD community) .

-Rebecca ,Battle Bryant (2009): come to table community partnerships for rural economic development , PhD university south Carolina.

-Steven ,Cuellar(1998): private and public sector expenditures on social welfare , PhD ,Texas university. southern regional education board manpower education and training project rural task force educational assumptions for rural social work , social work in rural communities abook of readings, council of social work education new York,

-Steven ,Cuellar(1998): private and public sector expenditures on social welfare , PhD ,Texas university ,

-Terry ,Johnston(1990): local government rural land planning , British Columbia , M.A , the university of British Columbia (Canada) ,

-Teng, et..al(2009) "Professional Commitment, Patient Safety, and Patient Perceived Care Quality
