



WORLD BANK GROUP
Macroeconomics, Trade & Investment

جمهورية مصر العربية مراجعة الإنفاق العام على قطاعات التنمية البشرية

المجلد الثاني

التعليم، التعليم العالي والصحة

سبتمبر ٢٠٢٢



إخلاء مسؤولية:

هذا التقرير من إنتاج موظفي البنك الدولي للإنشاء والتعمير/البنك الدولي. النتائج والتفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذه الورقة لا تعكس بالضرورة آراء المديرين التنفيذيين للبنك الدولي أو الحكومات التي يمثلونها. ولا يضمن البنك الدولي دقة البيانات الواردة في هذا العمل. لا تشير الحدود والألوان والطوائف والمعلومات الأخرى الموضحة على أي خريطة في هذا العمل إلى أي حكم من جانب البنك الدولي فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي إقليم أو الموافقة على هذه الحدود أو قبولها.

بيان حقوق النشر:

المواد في هذا المنشور محمية بحقوق النشر. قد يشكل نسخ و/أو نقل أجزاء أو كل هذا العمل دون إذن انتهاكًا للقانون المعمول به. البنك الدولي للإنشاء والتعمير/البنك الدولي يشجع نشر أعماله وسيمنح عادة الإذن لإعادة نسخ أجزاء من العمل على الفور. للحصول على إذن لنسخ أو إعادة طباعة أي جزء من هذا العمل ، يرجى إرسال طلب مع المعلومات الكاملة إلى:

Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA,

Telephone 978-750-8400, fax 978-750-4470, <http://www.copyright.com>

توجه جميع الاستفسارات الأخرى حول الحقوق والتراخيص، بما في ذلك الحقوق الفرعية، إلى مكتب ناشر البنك الدولي:

Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA,

Fax 202-522-2422, e-mail: pubrights@worldbank.org

تصميم الغلاف: [Shades](#)

شكر وتقدير

أعد تقرير مراجعة الإنفاق العام على قطاعات التنمية البشرية في مصر فريق بقيادة هدى يوسف الخبيرة الاقتصادية الأولى ورئيسة فريق العمل. وقدم مارك أهيرن (كبير الخبراء الاقتصاديين بمكتب البنك الدولي بمصر) الدعم العام والتوجيه الإستراتيجي لإعداد التقرير. وتولت هدى يوسف وفاطمة العشماوي (استشارية) وجالا يوسف (استشارية) عملية تحليل سياق الاقتصاد الكلي والمالية العامة. وقام بإجراء التحليل الفني لقطاعات التنمية البشرية كل من جويل بنكستن (خبير اقتصادي)، ونهله زيتون (أخصائية أولى الحماية الاجتماعية)، ونيشتا سينها (خبيرة اقتصادية أولى)، وفريدريك أوبيري (استشاري) ومحمد يحيى (أخصائي أول الإدارة المالية)، وحسام ضياء (أخصائي أول الإدارة المالية)، وفاطمة العشماوي، وثريا الأسيوطي (أخصائية الحماية الاجتماعية) ونازلي إسماعيل (استشارية) وذلك للفصل الخاص بالمساعدات الاجتماعية؛ ومحمد عودة (خبير اقتصادي)، وأميرة كاظم (مسؤولة عمليات أولى)، وفرح قداح (استشارية)، وفضيلة كابو (كبيرة خبراء اقتصاديين) للفصل الخاص بالتعليم؛ ومحمود السيد (خبير اقتصادي) للفصل الخاص بالتعليم العالي؛ ودي دونغ (خبير اقتصادي أول)، وعمرو الشواربي (مسؤول عمليات)، وعمرو الشلفاني (أخصائي أول الشؤون الصحية)، وإيرينا بوستولوقسكا (اقتصادي أول) للفصل الخاص بالصحة؛ وأوليكسي سلوشينسكي (أخصائي أول الحماية الاجتماعية)، ومونتسيرات بالاريس - ميراليس (أخصائية أولى الحماية الاجتماعية)، وثريا الأسيوطي لفصل المعاشات التقاعدية. وقدمت إيناس شعبان (مساعدة إدارية للبرنامج) دعماً إدارياً ولوجستياً. ويعبر الفريق عن تقديره وشكره على المعرفة والتحليلات المتعمقة التي قدمتها هبة الليثي (استشارية).

ويعرب الفريق عن شكره وامتنانه للزملاء الذين قاموا بمراجعة هذا العمل في مختلف مراحلها ولما قدموه من ملاحظات وتعليقات قيمة، وهم: غوستافو ديماركو (كبير خبراء اقتصاديين)، وكريستيان ألونسو (خبير اقتصادي، صندوق النقد الدولي)، وإيفجينيا نايدوف (خبير اقتصادي أول)، ورسلان ج. يمتسوف (رئيس برنامج)، وأشلي تابلور (مستشارة اقتصادية)، ولوك شيكبير (مستشار أول)، وهارون أوندر (خبير اقتصادي أول)، وكريستيان هيريرا (أخصائي أول الشؤون الصحية)، وبيدرو سيردان - إنفانتس (خبير اقتصادي أول)، وبايز ميريك (مسؤول عمليات أول). وقد استفاد الفريق أيضاً من المساهمات المبكرة التي قدمتها ماريا لورا سانتشيز بويرتا (كبيرة خبراء اقتصاديين)، والتعليقات التي قدمتها سارة النشار (خبيرة اقتصادية أولى)، ويسرا بدير (استشارية)، ولى عبد القادر، وعلياء الديدي، وعون رحمن (أخصائي القطاع المالي)، وسيمون كريستوفر والي (كبير أخصائيي القطاع المالي)، ومارجا هوك سميت (كلية وارتن، جامعة بنسلفانيا).

ويعرب الفريق عن امتنانه للدعم والتوجيه الذي تلقاه من كيفن كاري (مستشار)، وإريك لو بورني، وأندرياس بلوم، وأنوش بزانيان، وريخا مينون (مديرون إقليميون لقطاعات الممارسات العالمية)، والتوجيه الاستراتيجي الذي قدمته مارينا ويس (المديرة الإقليمية للبنك الدولي لمصر واليمن وحبوتيتي)، وكايكو ميوا (مديرة إقليمية)، ونادر محمد (مدير إقليمي).

تم إعداد هذا التقرير بناء على طلب من وزارة المالية وبالتعاون الوثيق مع وحدة العدالة الاقتصادية بالوزارة. ويأتي هذا الطلب في إطار برنامج صندوق النقد الدولي بموجب اتفاق الاستعداد الائتماني لعام ٢٠٢٠ بغرض دعم الجهود التي تبذلها السلطات المصرية للحفاظ على مكاسب الاقتصاد الكلي التي تحققت بفضل برنامج الإصلاح الاقتصادي وتعزيز إطار أوضاع المالية العامة. وجاء الطلب أيضاً مدفوعاً بتمويل الحكومة المصرية لتعزيز برامجها الاجتماعية ورفع كفاءة الخدمات العامة في قطاعي الصحة والتعليم، مع مواصلة بذل الجهود لضبط أوضاع المالية العامة. وقد استفاد التحليل الوارد في هذه المراجعة للإنفاق العام من الحوارات المتميزة التي جرى خلالها تبادل الخبرات مع فريق العمل بوحدة العدالة الاقتصادية بوزارة المالية، ومع العديد من الجهات في الحكومة المصرية، بما فيها وزارة التضامن الاجتماعي، ووزارة التموين والتجارة الداخلية، ووزارة التربية والتعليم والتعليم الفني، ووزارة التعليم العالي، ووزارة الصحة والسكان، والهيئة القومية للتأمين الاجتماعي، وصندوق الإسكان الاجتماعي ودعم التمويل العقاري، وهيئة المجتمعات العمرانية الجديدة.

جدول المحتويات

١٢	الفصل الرابع. قطاع التعليم: خارطة طريق لتخطيط لتحسين قطاع التعليم.....
١٢	أ. نظرة عامة على قطاع التعليم في مصر
١٥	ب. عملية إعداد موازنة التعليم وكفاية الموارد.....
١٥	١. عملية إعداد الموازنة وتنفيذها
١٦	٢. مدى كفاية الموارد غير المالية
١٩	٣. مدى كفاية الموارد المالية
٢٢	ج. العدالة في الإنفاق على التعليم
٢٥	د. ملخص النتائج الرئيسية والطريق للمضي قدماً.....
٣٦	الفصل الخامس. التعليم العالي: تلبية الطلب المتزايد واغتنام الفرص.....
٣٦	أ. عرض عام على قطاع التعليم العالي
٣٦	١. زيادة الطلب على التعليم العالي
٣٩	٢. ما نوع المؤسسات التي يلتحق بها الطلاب المصريون؟.....
٤٠	ب. جودة التعليم العالي
٤١	١. مهارات الخريجين ونواتج سوق العمل
٤٤	٢. الإنتاج البحثي
٤٥	٣. تصنيفات الجامعات
٤٦	ج. الكفاية والكفاءة والعدالة في تخصيص الموارد
٤٦	١. الإنفاق الحكومي على التعليم العالي
٤٨	٢. اتجاهات الإنفاق الحكومي
٥٠	٣. كفاءة الإنفاق على التعليم العالي
٥٦	٤. العدالة في الإنفاق على التعليم العالي.....
٥٨	د. اعتبارات إدارة المالية العامة
٥٩	هـ. ملخص النتائج الرئيسية والطريق إلى المستقبل
٦٢	الملحق ٥-١. أمثلة على آليات التمويل في التعليم العالي.....
٦٥	الفصل السادس. مراجعة الإنفاق على الصحة: الموارد والنواتج والطريق إلى المستقبل
٦٥	أ. نظرة عامة على نواتج النظام الصحي
٧٣	ب. نظام الرعاية الصحية: الهيكل والحصول على الخدمات والاستخدام
٧٣	١. هيكل النظام الصحي
٧٥	٢. ما دور القطاع الخاص؟
٧٦	٣. توافر خدمات الرعاية الصحية - تحديات الكفاءة والمساواة.....
٨٣	٤. استخدام خدمات الرعاية الصحية، وتحديات الكفاءة والمساواة
٨٦	ج. الإنفاق العام على الصحة: تطوره ومدى كفايته وكفاءته

١. الإنفاق العام على الصحة في مصر ومصادر التمويل ٨٦
 ٢. مدى كفاية الإنفاق العام على الصحة..... ٩٠
 ٣. كفاءة الإنفاق العام على الصحة..... ٩٤
 - د. نظام التأمين الصحي الشامل ٩٨
 - هـ. فيروس كورونا وتأثيره على تمويل خدمات الرعاية الصحية ١٠٧
 - و. ملخص النتائج الرئيسية والطريق إلى المستقبل ١٠٨
- المرفق ٦-١. سيناريوهات انخفاض معدل الخصوبة وانعكاساته على نصيب الفرد من النمو الاقتصادي..... ١١٥
- المرفق ٦-٢. مؤشرات رعاية الأمومة والطفولة في وحدات الرعاية الأولية حسب المحافظة في عام ٢٠١٩ ١١٦

- الشكل ٤ - ١. توزيع الطلاب والمعلمين حسب المرحلة التعليمية ومقدم الخدمات التعليمية، ٢٠٢١..... ١٣
- الشكل ٤ - ٢. المعدل الصافي للالتحاق ومعدل الزيادة في عدد المدارس على مستوى المراحل التعليمية، ٢٠١٧-٢٠٢١..... ١٣
- الشكل ٤ - ٣. نسبة الطلاب الذين يحققون الحد الأدنى من المعيار الاسترشادي للاتجاهات الدولية في دراسة الرياضيات والعلوم ١٤
- الشكل ٤ - ٤. عملية إعداد موازنة التعليم التي تقوم بها وزارة المالية، ٢٠٢١..... ١٦
- الشكل ٤ - ٥. مخططات إطار نسبة الطلاب إلى المعلمين وكثافة الطلاب في الفصول على مستوى المحافظات والمراحل التعليمية... ١٧
- الشكل ٤ - ٦. معدل نمو نسبة الطلاب إلى المعلمين وكثافة الطلاب في الفصول في المرحلة الابتدائية - مدارس حكومية وخاصة .. ١٨
- الشكل ٤ - ٧. محاكاة سيناريو الفصول الدراسية والمعلمين، ٢٠٢٢-٢٠٢٦..... ١٩
- الشكل ٤ - ٨. الإنفاق الفعلي على التعليم والفجوة التراكمية في الإنفاق، ٢٠١٦-٢٠٢٠..... ٢٠
- الشكل ٤ - ٩. قياس الإنفاق على التعليم (% من الناتج المحلي الإجمالي)، في عام ٢٠٢٠ أو أحدث..... ٢٠
- الشكل ٤ - ١٠. تكوين الإنفاق على التعليم والمعايير العالمية، ٢٠٢١..... ٢١
- الشكل ٤ - ١١. إجمالي رواتب المعلمين والإداريين لكل طالب حسب المرحلة التعليمية، ٢٠٢١..... ٢٢
- الشكل ٤ - ١٢. المعدل الصافي للالتحاق وإتمام مرحلة التعليم الأساسي حسب المرحلة التعليمية والوضع الاجتماعي والاقتصادي .. ٢٣
- الشكل ٤ - ١٣. نسبة الالتحاق حسب نوع مقدم الخدمة والوضع الاجتماعي والاقتصادي (%) ٢٠١٨..... ٢٤
- الشكل ٤ - ١٤. الاستخدام ومتوسط الإنفاق على التعليم التكميلي حسب الوضع الاجتماعي والاقتصادي، ٢٠١٨..... ٢٤
- الشكل ٤ - ١٥. أسباب التسرب من التعليم الثانوي، وعوائد التعليم، ٢٠١٨..... ٢٥
- الشكل ٤ - ١٦. ملخص لرحلة التعليم..... ٢٦
- الشكل ٤ - ١٧. ملخص التوصيات المتعلقة بسياسات مراجعة الإنفاق العام..... ٢٧
- الشكل ٥ - ١. معدل الالتحاق الإجمالي في التعليم العالي حسب النوع الاجتماعي في مصر (١٩٧١ - ٢٠١٨)..... ٣٦
- الشكل ٥ - ٢. معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي في ٢٠١٨..... ٣٦
- الشكل ٥ - ٣. معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي حسب النوع الاجتماعي في ٢٠١٨..... ٣٧
- الشكل ٥ - ٤. معدلات الالتحاق بالتعليم العالي حسب مجال الدراسة في ٢٠١٩ - ٢٠٢٠..... ٣٨
- الشكل ٥ - ٥. معدل الالتحاق حسب مجال الدراسة والنوع الاجتماعي في ٢٠١٩ / ٢٠٢٠ (%)..... ٣٨
- الشكل ٥ - ٦. إجمالي عدد الطلاب الأجانب الوافدين في عام ٢٠٢٠ أو بحسب أحدث البيانات..... ٣٨
- الشكل ٥ - ٧. نسبة الطلاب الأجانب من معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي في عام ٢٠٢٠ أو أحدث عام..... ٣٨
- الشكل ٥ - ٨. معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي..... ٤٠
- الشكل ٥ - ٩. معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي حسب القطاع (%)..... ٤٠
- الشكل ٥ - ١٠. معدل الالتحاق الإجمالي حسب القطاع ونوع المؤسسة (%) في ٢٠١٩-٢٠٢٠..... ٤٠
- الشكل ٥ - ١١. نسبة الالتحاق بمؤسسات التعليم العالي الخاصة في ٢٠٢٠..... ٤٠
- الشكل ٥ - ١٢. معدل المشاركة في القوى العاملة حسب فئة التعليم في ٢٠١٩ (في أوج سن العمل)..... ٤١

- الشكل ٥- ١٣. معدل البطالة حسب مستوى التعليم في ٢٠١٩ (في أوج سن العمل)..... ٤٢
- الشكل ٥- ١٤. معدل البطالة حسب سنة التخرج..... ٤٢
- الشكل ٥- ١٥. نسبة عدد الخريجين حسب مجال الدراسة إلى الإجمالي، ٢٠١٨ - ٢٠١٩..... ٤٣
- الشكل ٥- ١٦. العمل حسب نوع الوظيفة بين خريجي التعليم العالي في ٢٠١٩ (في أوج سن العمل)..... ٤٣
- الشكل ٥- ١٧. العمل حسب مجال الدراسة ونوع الوظائف في ٢٠١٩..... ٤٤
- الشكل ٥- ١٨. عدد الوثائق البحثية والوثائق التي يمكن الاقتباس منها في مصر (٢٠١٠ - ٢٠٢٠)..... ٤٤
- الشكل ٥- ١٩. عدد الوثائق التي يمكن الاقتباس منها لكل مليون شخص في ٢٠٢٠..... ٤٥
- الشكل ٥- ٢٠. الإنفاق على البحوث والتطوير (% من الناتج المحلي الإجمالي)..... ٤٥
- الشكل ٥- ٢١. عدد الجامعات المصرية التي تدخل ضمن أفضل ألف جامعة في التصنيف الأكاديمي لجامعات العالم..... ٤٥
- الشكل ٥- ٢٢. نسبة الإنفاق على التعليم العالي..... ٤٦
- الشكل ٥- ٢٣. الإنفاق على التعليم العالي (% من الناتج المحلي الإجمالي، ٢٠٢٠ أو أحدث سنة)..... ٤٦
- الشكل ٥- ٢٤. الإنفاق على التعليم العالي..... ٤٦
- الشكل ٥- ٢٥. إجمالي الإنفاق لكل طالب في مصر..... ٤٧
- الشكل ٥- ٢٦. الإنفاق على التعليم العالي لكل طالب كنسبة مئوية من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي..... ٤٧
- الشكل ٥- ٢٧. مصادر التمويل حسب الجامعة في السنة المالية ٢٠٢٠..... ٤٨
- الشكل ٥- ٢٨. الإنفاق الحكومي الحقيقي على التعليم العالي، والتصنيف الاقتصادي، بالمليار جنيه..... ٤٩
- الشكل ٥- ٢٩. الإنفاق الحكومي على التعليم العالي، والتصنيف الاقتصادي، كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي..... ٤٩
- الشكل ٥- ٣٠. الإنفاق على التعليم العالي حسب الجامعة - التصنيف الاقتصادي..... ٥٠
- الشكل ٥- ٣١. الإنفاق على التعليم العالي حسب المؤسسة - التصنيف الاقتصادي..... ٥٠
- الشكل ٥- ٣٢. نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس حسب الجامعة في ٢٠١٩-٢٠٢٠..... ٥١
- الشكل ٥- ٣٣. نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس وحصتهم من معدل الالتحاق الإجمالي..... ٥٢
- الشكل ٥- ٣٤. نسبة الالتحاق وأعضاء هيئة التدريس حسب الجامعة..... ٥٢
- الشكل ٥- ٣٥. نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس في كليات مختارة..... ٥٢
- الشكل ٥- ٣٦. نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس حسب مجال الدراسة ٢٠١٩-٢٠٢٠..... ٥٢
- الشكل ٥- ٣٧. الإنفاق الحكومي لكل طالب على مستوى الجامعات الحكومية..... ٥٣
- الشكل ٥- ٣٨. إجمالي الإنفاق المتكرر لكل طالب..... ٥٣
- الشكل ٥- ٣٩. نسبة الالتحاق، وأعضاء هيئة التدريس، والإنفاق حسب الشريحة الخمسية للإنفاق في ٢٠١٩-٢٠٢٠..... ٥٤
- الشكل ٥- ٤٠. الإنفاق المتكرر لكل طالب وإجمالي الالتحاق في ٢٠١٩-٢٠٢٠..... ٥٤
- الشكل ٥- ٤١. حدود كفاءة التعليم..... ٥٥
- الشكل ٥- ٤٢. درجات الكفاءة ونسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس..... ٥٥
- الشكل ٥- ٤٣. تكلفة وحدة درجة الكفاءة..... ٥٥
- الشكل ٥- ٤٤. نسبة الإنفاق على التعليم العالي من إجمالي إنفاق الأسر، حسب الشريحة الخمسية للاستهلاك..... ٥٦

- الشكل ٥ - ٤٥. نسبة الإنفاق على التعليم العالي من إجمالي الإنفاق على التعليم، حسب الشريحة الخمسية للاستهلاك ٥٦
- الشكل ٥ - ٤٦. المعدل الصافي للالتحاق حسب المرحلة التعليمية والشريحة الخمسية للاستهلاك ٥٧
- الشكل ٥ - ٤٧. معدلات الالتحاق بالتعليم العالي حسب الشريحة الخمسية للثروة ونوع المؤسسة (حكومية مقابل خاصة) ٥٨
- الشكل ٥ - ٤٨. معدلات الالتحاق بالتعليم العالي حسب الشريحة الخمسية للثروة ونوع المؤسسة (جامعة مقابل معهد) ٥٨
- الشكل ٥ - ٤٩. نسبة الإنفاق العام على التعليم حسب المرحلة التعليمية والشريحة الخمسية للاستهلاك ٥٨
- الشكل ٥ - ٥٠. تنفيذ الموازنة حسب فئة الموارد ٥٩
- الشكل ٦ - ١. عدد السكان في مصر (بالمليون ومعدلات النمو السكاني)، الفعلي في عام ٢٠٠٠ والمتوقع للفترة من ٢٠٢١-٢٠٥٠ .. ٦٦
- الشكل ٦ - ٢. معدلات الخصوبة (١٩٩٠-٢٠١٩) (عدد الولادات لكل امرأة) ٦٦
- الشكل ٦ - ٣. الهرم السكاني في مصر، ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ (توقعات)، و ٢٠٥٠ (توقعات) ٦٦
- الشكل ٦ - ٤. العمر المتوقع عند الميلاد (٢٠٠٢-٢٠١٩) ٦٨
- الشكل ٦ - ٥. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود حي (١٩٩٦-٢٠١٩) ٦٨
- الشكل ٦ - ٦. معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف ولادة حية (٢٠٠٠-٢٠١٧) ٦٩
- الشكل ٦ - ٧. اتجاهات سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٠-٢٠١٤) ٦٩
- الشكل ٦ - ٨. العمر المتوقع عند الميلاد حسب النوع الاجتماعي في مصر ٢٠٠٦-٢٠٢١ ٧٠
- الشكل ٦ - ٩. معدلات وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال دون سن الخامسة (لكل ١٠٠٠ مولود حي) حسب المنطقة، ٢٠١٩ ... ٧٠
- الشكل ٦ - ١٠. نسبة الوفيات بسبب الأمراض غير السارية (% من إجمالي الوفيات)، ٢٠١٩ ٧١
- الشكل ٦ - ١١. احتمال الوفاة بين سن ٣٠ و ٧٠ عاماً بسبب أحد الأمراض غير السارية الرئيسية الأربعة، ٢٠١٩. (نسبة مئوية) ٧١
- الشكل ٦ - ١٢. الوفيات المبكرة بسبب الأمراض غير السارية، كنسبة من جميع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية، ٢٠١٩. ٧١
- الشكل ٦ - ١٣. معدل الإصابة بفيروس التهاب الكبد سي لكل ١٠٠ ألف شخص، ٢٠١٥-٢٠١٩ ٧٢
- الشكل ٦ - ١٤. انتشار التدخين، ٢٠١٨ (النسبة المئوية للسكان الذين تبلغ أعمارهم ١٥ عاماً فأكثر) ٧٢
- الشكل ٦ - ١٥. البناء التنظيمي للنظام الصحي في مصر ٧٥
- الشكل ٦ - ١٦. توزيع مرافق الرعاية الصحية الثانوية والثالثية والأسرة فيها، حسب تبعيتها، ٢٠١٩ ٧٦
- الشكل ٦ - ١٧. عدد مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، ٢٠١٠-٢٠١٩ ٧٧
- الشكل ٦ - ١٨. عدد الأسرة في المستشفيات، ٢٠١٠-٢٠١٩ ٧٧
- الشكل ٦ - ١٩. الأسرة في المستشفيات (لكل ١٠٠٠ شخص) على مستوى المرافق النظرية، أحدث قيمة* ٧٧
- الشكل ٦ - ٢٠. نسبة إشغال الأسرة في مستشفيات وزارة الصحة والسكان، (%) ٢٠١٠-٢٠١٩ ٧٧
- الشكل ٦ - ٢١. الأطباء (لكل ١٠٠٠ شخص) على مستوى المرافق النظرية، أحدث قيمة* ٧٩
- الشكل ٦ - ٢٢. نسبة أفراد التمريض إلى الأطباء حسب القطاع ٢٠١٠-٢٠١٩ ٧٩
- الشكل ٦ - ٢٣. الأطباء (لكل ١٠٠٠ شخص) حسب القطاع، ٢٠١٠-٢٠١٩ ٨٠
- الشكل ٦ - ٢٤. الصيادلة وأطباء الأسنان (لكل ١٠٠٠ شخص) في المستشفيات الحكومية، ٢٠١٠-٢٠١٩ ٨٠
- الشكل ٦ - ٢٥. نسبة أسرة المستشفيات الحكومية والسكان على مستوى المحافظات، ٢٠١٩ (نسبة مئوية) ٨١

- الشكل ٦- ٢٦. نسبة أطباء وزارة الصحة والسكان، ونسبة السكان على مستوى المحافظات، ٢٠١٩ (نسبة مئوية) ٨١
- الشكل ٦- ٢٧. عدد وحدات الرعاية الصحية الأولية لكل ١٠٠ ألف شخص من السكان (٢٠١٩) ٨١
- الشكل ٦- ٢٨. نسبة وحدات الرعاية الصحية الأولية في المناطق الريفية مقابل المناطق الحضرية (حسب المحافظة) في ٢٠١٩ ٨١
- الشكل ٦- ٢٩. نسبة المرضى الذين يستخدمون كل نوع من أنواع الرعاية للحالات المزمنة والحالات الحادة (%) ٨٥
- الشكل ٦- ٣٠. الارتباط بمعدل نجاح تقديم الرعاية لمرضى ارتفاع ضغط الدم أو السكر وعلاجهم ٨٥
- الشكل ٦- ٣١. نسبة النساء الحوامل اللاتي يستقن من خدمات رعاية صحة الأم، حسب مستوى دخل المرأة ومكان إقامتها ٨٥
- الشكل ٦- ٣٢. مؤشرات الرعاية الصحية للأمومة والطفولة في وحدات الرعاية الأولية من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٩ ٨٦
- الشكل ٦- ٣٣. الاختلافات بين المناطق من حيث الاستفادة من الرعاية، والفقير ٨٦
- الشكل ٦- ٣٤. الإنفاق الحكومي على الصحة (التصنيف الاقتصادي) كنسبة من إجمالي الإنفاق الحكومي والنتائج المحلي الإجمالي ٨٧
- الشكل ٦- ٣٥. مقارنة عالمية لإجمالي الإنفاق الجاري على الصحة في مصر ٨٧
- الشكل ٦- ٣٦. نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة (٢٠١٨) ٨٧
- الشكل ٦- ٣٧. الإنفاق الجاري على الصحة في مصر حسب مصادر التمويل (٢٠٠٠-٢٠١٩) ٨٧
- الشكل ٦- ٣٨. الإنفاق الحكومي على الصحة حسب التصنيفات الاقتصادية ٨٩
- الشكل ٦- ٣٩. الإنفاق الحكومي على الصحة حسب الوظائف ٨٩
- الشكل ٦- ٤٠. الدعم الحكومي لقطاع الصحة (بالمليون جنيه) ٨٩
- الشكل ٦- ٤١. الإنفاق الحكومي على الصحة حسب التصنيف الوظيفي (بالقيمة الاسمية والقيمة الحقيقية) ٩١
- الشكل ٦- ٤٢. الاتجاه الزمني لنصيب الفرد من الإنفاق الحكومي (بالقيمة الحقيقية في ٢٠١٠ بالجنيه المصري) ٩١
- الشكل ٦- ٤٣. الإنفاق الحكومي على الصحة (حسب التصنيف الوظيفي للصحة فقط) مصر مقابل البلدان المماثلة ٩١
- الشكل ٦- ٤٤. الإنفاق الشخصي كنسبة من الإنفاق الجاري على الصحة ٩١
- الشكل ٦- ٤٥. نسبة الأسر التي تتحمل نفقات صحية باهظة ٩٢
- الشكل ٦- ٤٦. نفقات صحية باهظة حسب المحافظات ٩٢
- الشكل ٦- ٤٧. نفقات صحية باهظة حسب حالة الفقر والمنطقة ٩٢
- الشكل ٦- ٤٨. منحنى تركيز الإنفاق الشخصي مقابل الدخل في الأسر المصرية ٩٢
- الشكل ٦- ٤٩. أسباب عدم سعي غير الفقراء والفقراء من السكان للحصول على الرعاية الصحية ٩٢
- الشكل ٦- ٥٠. توزيع المواطنين حسب وضعهم التأميني، ٢٠١٧ ٩٣
- الشكل ٦- ٥١. متوسط العمر المتوقع مقابل نصيب الفرد من الإنفاق الجاري على الصحة (بالدولار الأمريكي) مقارنة عالمية ٩٧
- الشكل ٦- ٥٢. معدل وفيات الرضع مقابل نصيب الفرد من الإنفاق الجاري على الصحة (بالدولار الأمريكي) مقارنة عالمية ٩٧
- الشكل ٦- ٥٣. الإنفاق الحكومي على الصحة حسب مستوى الإدارة ٩٨
- الشكل ٦- ٥٤. نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (باستثناء البرامج التي تُدار مركزياً) ٩٨
- الشكل ٦- ٥٥. توزيع الإنفاق الجاري على الصحة حسب الوظائف ٩٨
- الشكل ٦- ٥٦. ترتيبات تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل عن طريق أربعة كيانات ٩٩
- الشكل ٦- ٥٧. تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات للنظام الصحي في مصر ١٠٩

قائمة الجداول

- الجدول ٤- ١. مقترح بيانات ليتم جمعها عن الرواتب المقترحة ودمجها في مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني ٢٨
- الجدول ٦- ١. المبادرات الرئاسية في قطاع الصحة ٨٢
- الجدول ٦- ٢. الإنفاق الشخصي للأسرة على الصحة مقابل الدخل والإنفاق الاستهلاكي (٢٠١٧) ٩١
- الجدول ٦- ٣. نسبة السكان (%) الذين يشملهم التأمين الصحي الحكومي والخاص (٢٠١٧) ٩٣
- الجدول ٦- ٤. تسجيل عائل الأسرة في أنظمة التأمين الصحي مقابل متوسط نصيب الفرد السنوي من الإنفاق الشخصي على الصحة ٩٤
- الجدول ٦- ٥. تمويل الرعاية الصحية في نظام التأمين الصحي الشامل ١٠٠
- الجدول ٦- ٦. تحليل التحديات المتوقعة في تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل، والتوصيات ١٠٥
- الجدول ٦- ٧. الإنفاق الحكومي على مكافحة فيروس كورونا، بالمليار جنيه ١٠٧
- الجدول ٦- ٨. الإنفاق على مكافحة فيروس كورونا وحملات التطعيم ١٠٨

قائمة الإطارات

- الإطار ٤- ١. دروس مستفادة من اللامركزية الانتقائية في الأرجنتين ٣٠
- الإطار ٤- ٢. نصيب الطالب من تمويل التعليم العام في أرمينيا ٣١
- الإطار ٤- ٣. سندات الأثر الإنمائي لتوسيع نطاق التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة ٣٣
- الإطار ٦- ١. المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية ٦٦
- الإطار ٦- ٢. المجالات الرئيسية لسياسات التغذية والممارسات العالمية ٦٩
- الإطار ٦- ٣. حملة "١٠٠ مليون صحة" تحقق عائداً كبيراً على الاستثمار ٧٣
- الإطار ٦- ٤. أمثلة عالمية على الحوافز للقوى العاملة في مجال الصحة على أساس الأداء ٧٨
- الإطار ٦- ٥. تحدي هجرة العقول في نظام الرعاية الصحية في مصر ٨٠
- الإطار ٦- ٦. عريف الإنفاق الحكومي على الصحة ٨٨
- الإطار ٦- ٧. أنظمة التأمين الصحي الحكومية قبل نظام التأمين الصحي الشامل ٩٣
- الإطار ٦- ٨. التحول عن موازنة البنود إلى الموازنة الشاملة كخيار عملي للنظام الصحي في مصر ٩٥
- الإطار ٦- ٩. يعالج نظام التأمين الصحي الشامل أوجه القصور في الهيئة العامة للتأمين الصحي ١٠١
- الإطار ٦- ١٠. الرسوم والضرائب لتحقيق عائدات لصالح نظام التأمين الصحي الشامل ١٠٢
- الإطار ٦- ١١. تسجيل المستفيدين العاملين في القطاع غير الرسمي - تجارب من بلدان مختارة ١٠٣
- الإطار ٦- ١٢. فرض ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر ١١٠
- الإطار ٦- ١٣. مبادرات مصر الأخيرة لتحسين أجور الكوادر الطبية والطريق إلى المستقبل ١١٤

الفصل الرابع. قطاع التعليم: خارطة طريق لتخطيط تحسين قطاع التعليم

أ. نظرة عامة على قطاع التعليم في مصر

تتجلى التحديات التي تواجه نظام التعليم في مصر في ضعف نواتج عملية التعلم. فعلى الرغم من التقدم المحرز، فإن نسبة من يصلون إلى "الحد الأدنى" للمعيار الاسترشادي العالمي للأداء في الرياضيات والعلوم تبلغ طالباً واحداً تقريباً من كل اثنين من الطلاب، في حين يصل ربع عدد الطلاب إلى المستوى المتوسط.

١. **وتؤكد الحكومة المصرية دوماً على أهمية التعليم بوصفه أولوية وطنية.** في هذا السياق، ينص دستور ٢٠١٤ على مد فترة التعليم الإلزامي إلى ١٢ عاماً تبدأ من مرحلة التعليم الابتدائي، وهو ما يدعمه النص على أن تلتزم الدولة بتخصيص نسبة لا تقل عن ٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي^١ للإنفاق على التعليم قبل الجامعي و٢٪ للتعليم الجامعي. (الهيئة العامة للإستعلامات المصرية ٢٠١٤).^٢ ويكمل الدستور أيضاً تركيز وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني على جودة عملية التعلم من خلال نظام التعليم الجديد EDU 2.0، وهي خطة إستراتيجية وضعت في عام ٢٠١٧ لتطوير منظومة التعليم بحلول عام ٢٠٣٠. وتهدف هذه الإستراتيجية إلى تحديث المناهج الدراسية، والأساليب التربوية، وأنظمة التقييم لجميع المراحل التعليمية، بالإضافة إلى دمج التكنولوجيا الرقمية في عملية التعلم داخل الفصول الدراسية (زكي عويس، وعبد الجواد، والجندي ٢٠١٩). منذ ذلك الحين، حققت وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني إنجازات كبيرة في مجال تحسين جودة التعليم، بما في ذلك: (١) وضع منهج جديد لمرحلة رياض الأطفال، بالإضافة إلى العمل على وضع منهج جديد للمرحلة الابتدائية؛ (٢) تصميم إطار وطني منفتح للتقييم لامتحانات إتمام المرحلة الثانوية يسعى إلى الابتعاد عن طريقة الحفظ والتلقين إلى مستوى أعلى من التفكير النقدي؛ (٣) استحداث منصة تعلم رقمية وتوفير مصادر عبر الإنترنت في إطار مواجهة جائحة كورونا، مع إتاحة مزيد من القنوات التلفزيونية التعليمية لخدمة الطلاب الذين لا يتوافر لهم وصول كافٍ إلى الإنترنت أو الأجهزة الرقمية.^٣

٢. **ومن حيث عدد الطلاب، فإن لدى مصر أكبر نظام تعليم في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.** في الوقت الراهن، يوجد أكثر من ٢٤ مليون طالب ملتحقين بمراحل التعليم قبل الجامعي، نحو ٩٠٪ منهم في المدارس الحكومية.^٤ ويوجد نصف هذا العدد تقريباً في التعليم الابتدائي، أي أكثر بنسبة ٦٠٪ من طلاب المرحلة الإعدادية و٧٠٪ من طلاب المرحلة الثانوية الشكل ٤-١ (أ).^٥ ويتكرر هذا النمط أيضاً في عدد المعلمين الشكل ٤-١ (ب). تجدر الإشارة إلى أن قطاع التعليم يضم ما يربو على مليون معلم، يعمل أكثر من ٤٠٪ منهم في المرحلة الابتدائية. ويضيف الإداريون، بمن فيهم العاملون في إدارة المدارس والمشرفون وأطقم الصيانة، نصف مليون موظف آخر إلى هذه المنظومة.

٣. **الاتحاق بالتعليم في المرحلتين الابتدائية والإعدادية متاح للجميع تقريباً، إلا أن نسبة كبيرة من الأطفال لا تلتحق بالتعليم قبل الابتدائي أو التعليم الثانوي.** ويبلغ معدل الالتحاق الصافي الكلي ٧٥٪، وهو أحد نتائج السياسات التدريجية نحو إتاحة التعليم للجميع في مصر الشكل ٤-٢ (أ).^٦ ومن ثم، فإن جميع السكان تقريباً في سن التعليم الابتدائي ملتحقون بالدراسة، بالإضافة إلى ٩١٪ من الأطفال في سن المرحلة الإعدادية. على الرغم من ذلك، تتخفف نسبة الالتحاق بالتعليم الثانوي. ويُعد معدل الالتحاق الصافي بمرحلة ما قبل الدراسة الابتدائية الذي يبلغ ٢١٪ من أدنى المعدلات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (البنك الدولي، ٢٠٢١). وبالمثل، يوجد انخفاض بنسبة ٣١ نقطة مئوية في معدل الالتحاق الصافي بالدراسة بعد المرحلة الإعدادية لتصل إلى ٦٠٪ في التعليم الثانوي.^٧ على النحو الموضح

^١ أثناء إعداد هذا التقرير، قامت وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية بمراجعة سلسلة الناتج المحلي الإجمالي الاسمي اعتباراً من السنة المالية ٢٠١٦-٢٠١٧. إلا أن

التقرير ما زال يستخدم السلسلة الزمنية السابقة على هذا التعديل لضمان الاتساق والقبالية للمقارنة مع السلاسل الخاصة بالفترات الزمنية السابقة.

^٢ يعتمد هذا كله على الالتزام السابق المنصوص عليه في قانون التعليم لعام ١٩٥٣ بجعل السنوات التسع الأولى من التعليم الرسمي إلزامية.

^٣ في البداية، تم تسليم مصادر التعلم لطلاب الصفوف الأول والثاني والثالث الثانوي، ثم جرى التوسع في هذا الأمر لخدمة طلاب الصفوف من الرابع الابتدائي إلى الثالث الإعدادي.

^٤ من المعتاد أن تبدأ العديد من المدارس الخاصة بالمناهج الوطنية، ولكنها في نهاية المطاف تحصل على الاعتماد وتقدم دبلومات بديلة لنظام التعليم العام، مما يمكّنها أيضاً من تجنب طلبتها خوض الامتحانات المصرية (سمير ٢٠١٨).

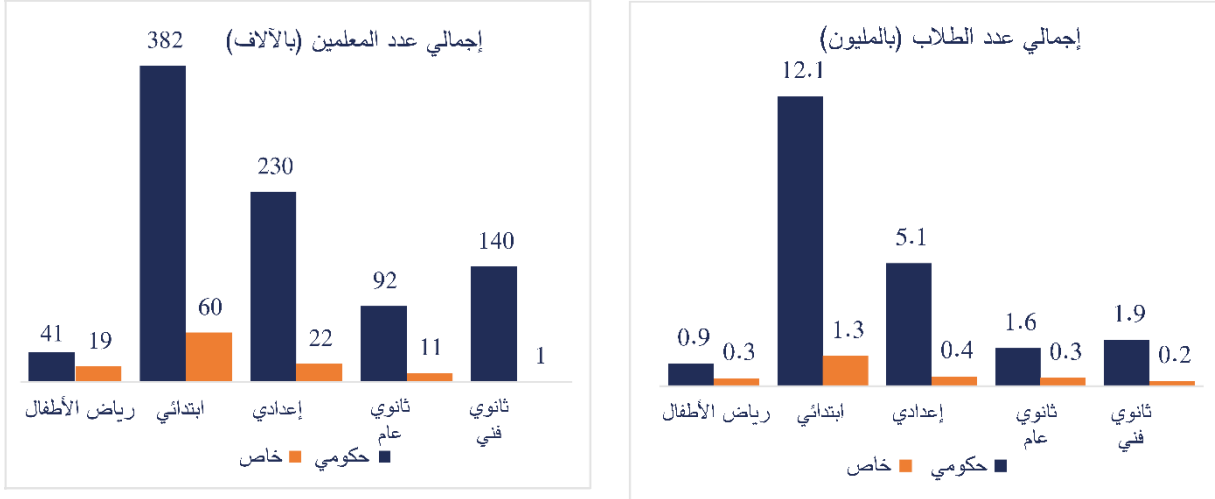
^٥ مسار التعليم الأزهرى (الذي يضم ١,٦ مليون طالب) يعمل على غرار نظام التعليم الحكومي، إلا أنه يركز على الدراسات الإسلامية، ويصنّف على أنه يتبع قطاع الشباب والثقافة والشؤون الدينية. ويخضع نظام التعليم الأزهرى لإشراف المجلس الأعلى للأزهر.

^٦ التعليم في مصر عام ومدته ١٢ عاماً دراسياً، يشمل المراحل الابتدائية (٦ سنوات) والإعدادية (٣ سنوات) والثانوية (٣ سنوات). نظام </> قبل المرحلة الثانوية، يتم تقسيم الطلاب إلى قسمين: قسم سيلتحق بمسار الثانوية العامة، وقسم آخر سيلتحق بأحد أربعة مسارات للتعليم الفني (المهني).

^٧ في نهاية المرحلة الإعدادية، يتم توجيه الطلاب إلى مسار التعليم الفني أو مسار الثانوية العامة بناءً على نتائج امتحان مصري (الإعدادية العامة). وفي إطار مسار التعليم الفني، يدخل الطلاب إما المسار الفرعي للتعليم الصناعي أو التجاري أو الزراعي أو الفندقية، الذي يمثل للغالبية العظمى منهم نهاية دورة التعليم. أما طلاب مسار

في الشكل ٤-٢ (ب) يعمل القطاع الخاص بوتيرة سريعة على زيادة تقديم خدمات التعليم لسد هذه الفجوة، وهو ما يتضح من متوسط النمو السنوي في عدد مدارس الثانوية العامة الخاصة بنسبة ٩٪، وزيادة عدد المدارس الفنية الخاصة بنسبة ١٩٪. وفقاً للمعدل الحالي، سيتضاعف عدد المدارس الثانوية الفنية بحلول عام ٢٠٢٦، مما يسلب الضوء على أهمية ضمان أن يتيح هذا المسار فرصاً حقيقية للطلاب عندما يدخلون معترك سوق العمل.

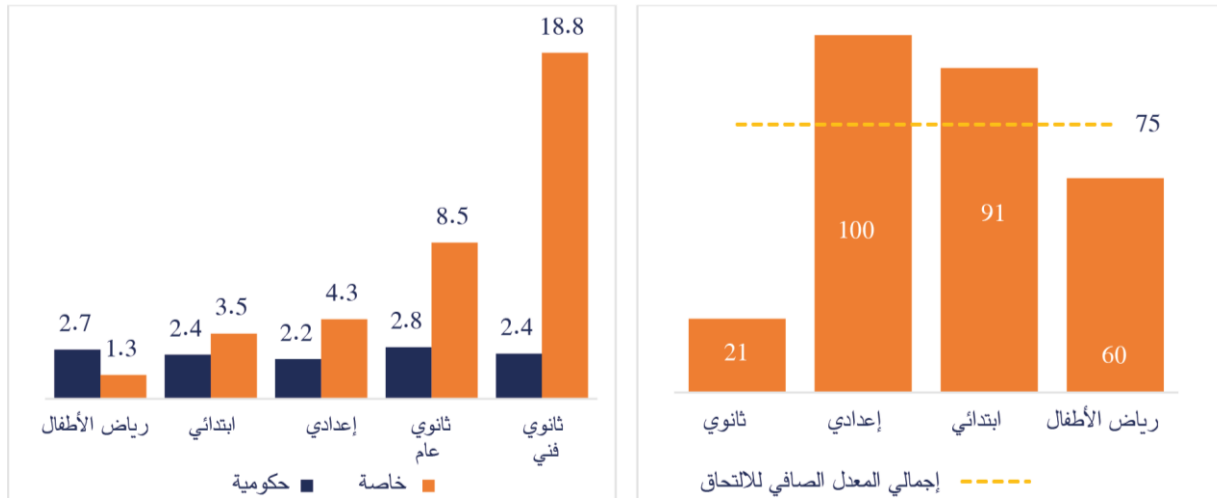
الشكل ٤-١. توزيع الطلاب والمعلمين حسب المرحلة التعليمية ومقدم الخدمات التعليمية، ٢٠٢١



المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني

الشكل ٤-٢. المعدل الصافي للالتحاق ومعدل الزيادة في عدد المدارس على مستوى المراحل التعليمية، ٢٠١٧-٢٠٢١

اللوحة أ: المعدل الصافي للالتحاق حسب المرحلة التعليمية (%) اللوحة ب: معدل الزيادة في عدد المدارس حسب المرحلة التعليمية (%)

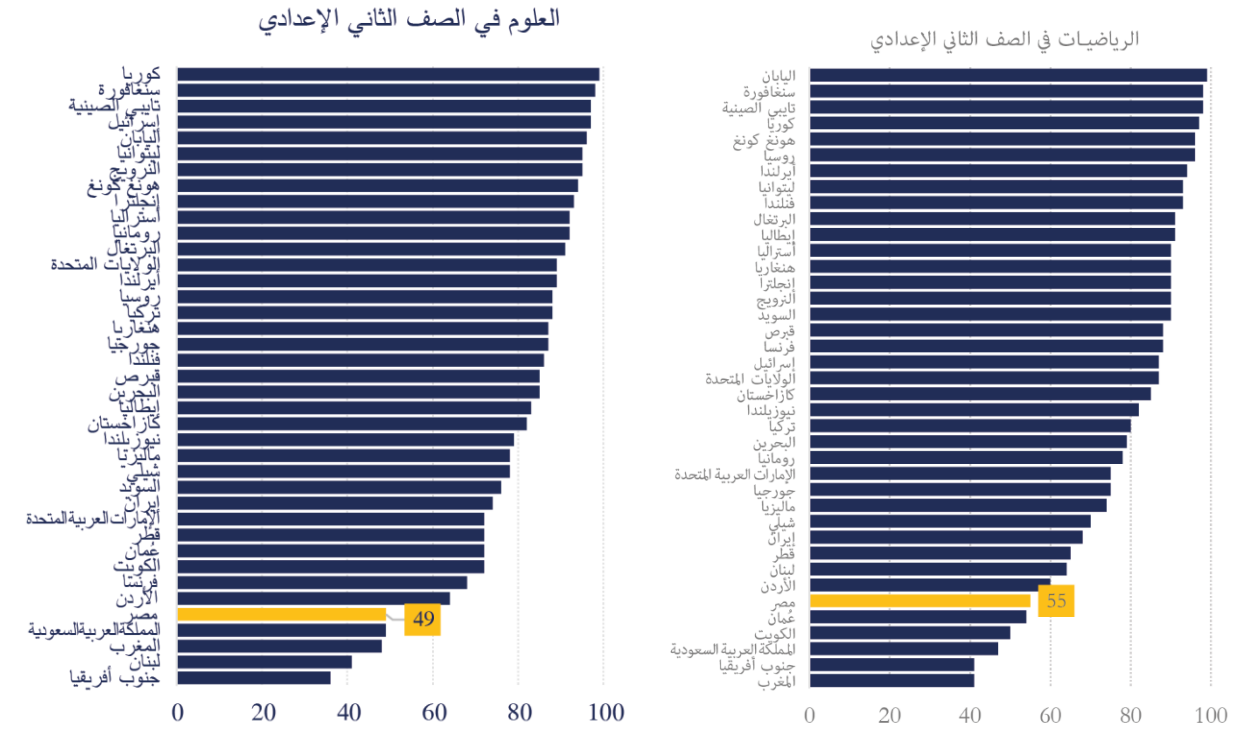


المصدر: حسابات فريق عمل البنك الدولي استناداً إلى مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني

الثانوية العامة، فيعتمد الالتحاق ببرامج ما بعد المرحلة الثانوية أو أي من مؤسسات التعليم العالي - التي تبلغ مدة الدراسة المعتادة فيها أربع سنوات كحد أدنى - على نتائج امتحان مصري آخر في نهاية الصف الثالث الثانوي يُشار إليه باسم *الثانوية العامة* (وهو قيد الإصلاح حالياً)، (Assaad 2013; Assaad and Krafft 2015).

٤. تتجلى التحديات التي تواجه نظام التعليم في مصر في ضعف نواتج التعلم. يشير تقرير فقر التعلم إلى أن نحو ٧٠٪ من الطلاب لا يستطيعون في سن العاشرة قراءة نص مناسب لأعمارهم فضلاً عن فهمه. البنك الدولي ٢٠١٩. بالإضافة إلى ذلك، يقارن الشكل ٤-٣ مصر بالبلدان الأخرى المسجلة في الاتجاهات الدولية في دراسة الرياضيات والعلوم، وهو تقييم دولي يوضح أداء طلاب الصفين الرابع الابتدائي والثاني الإعدادي في مادتي الرياضيات والعلوم على المستوى الوطني.^٨ في الحقيقة، تحتل مصر أدنى الشريحة العشرية من البلدان على أساس النسبة المئوية للطلاب الذين يصلون إلى "الحد الأدنى" للمعيار الاسترشادي العالمي للأداء في مقياس درجات الاتجاهات الدولية في دراسة الرياضيات والعلوم.^٩ وتبلغ نسبة من يصلون إلى "الحد الأدنى" لهذا المعيار طالباً واحداً تقريباً من كل اثنين من الطلاب، في حين يصل ربع عدد الطلاب تقريباً إلى المستوى المتوسط. على الرغم من ذلك، حدثت زيادة في الوصول إلى "الحد الأدنى" للمعيار قدرها ٧ نقاط مئوية في كل من الرياضيات والعلوم للصف الثاني الإعدادي عما كان عليه الحال في إصدار عام ٢٠١٥، وتحقق تحسن مماثل في الوصول إلى المعيار المتوسط.

الشكل ٤-٣. نسبة الطلاب الذين يحققون الحد الأدنى من المعيار الاسترشادي للاتجاهات الدولية في دراسة الرياضيات والعلوم، ٢٠١٩



المصدر: الاتجاهات الدولية في دراسة الرياضيات والعلوم (٢٠١٩)

٥. شرعت الحكومة المصرية في تنفيذ عملية إصلاح كبيرة في التعليم في سبتمبر/أيلول ٢٠١٨. تهدف عملية الإصلاح إلى الابتعاد بنظام التعليم عن التركيز التقليدي على الحفظ والتلقين والتحول إلى اكتساب المهارات رفيعة المستوى للتفكير النقدي والإبداع والتواصل والمهارات الرقمية. ويستهدف هذا الإصلاح ٢٥ مليون طالب و١.٣ مليون معلم وإداري، و٥٠ ألف مدرسة حكومية (و١٠ آلاف مدرسة خاصة). تُعزز أجنحة الإصلاح، المعروفة أيضاً باسم نظام التعليم الجديد (EDU 2.0)، أسس العملية التعليمية بدءاً من الصفوف الأولى، وتقدم منهجاً حديثاً تدعمه مصادر تعلم بديلة عبر البرامج التعليمية في التلفزيون ومصادر التعلم الرقمية، وتعتمد نظاماً جديداً لتقييم الطلاب. وعلى مدار السنوات الثلاث الماضية، أحرزت وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني تقدماً كبيراً في تنفيذ أجنحتها للإصلاح، بما في ذلك:

^٨ لا تشارك مصر في تقييمات الاتجاهات الدولية في دراسة الرياضيات والعلوم للصف الرابع، ولكنها تشارك في هذه التقييمات للصف الثاني الإعدادي.
^٩ يشير مصطلح "الحد الأدنى" للمعيار الاسترشادي العالمي للأداء في الرياضيات والعلوم للصف الثاني الإعدادي إلى أن الطلاب يمكنهم إلى حد ما فهم الأعداد الصحيحة والرسوم البيانية الأساسية المستخدمة في الرياضيات، وفهم محدود للمبادئ والمفاهيم العلمية، ومعرفة محدودة بحقائق العلوم.

(أ) نشر المناهج الجديدة، وتوفير التدريب اللازم لمعلمي رياض الأطفال والصفوف من الأول إلى الرابع الابتدائي؛ (ب) إجراء دراسة تشخيصية لأوضاع رياض الأطفال لتحديد نقاط القوة والفرص المتاحة لتعزيز تطبيق ممارسات التدريس في رياض الأطفال داخل الفصول؛ (ج) تطوير مصادر تعلم عن طريق المصادر الرقمية والبرامج التعليمية في التلفزيون للصفوف من الرابع الابتدائي إلى الثالث الثانوي؛ (د) وضع إطار وطني للتقييم للصف الرابع الابتدائي الذي وجه الإدارة الأساسية في ديسمبر ٢٠٢١؛ (هـ) تصميم امتحانات التعليم الثانوي وإجرائها للصفوف من الأول إلى الثالث الثانوي مع التركيز على مهارات التفكير رفيعة المستوى.

ب. عملية إعداد موازنة التعليم وكفاية الموارد

إن فهم كيفية وضع موازنات التعليم أمر ضروري لفهم تأثيرها على استخدام الموارد وتوزيعها. ويؤدي تحليل الإنفاق مقابل أولويات التعليم الوطنية إلى توجيه عملية التقييم بشأن ما إذا كانت الموارد كافية وأنها تُنفق جيداً بغية تعظيم نواتج التعلم.

١. عملية إعداد الموازنة وتنفيذها

٦. تتضمن عملية إعداد موازنة التعليم العديد من الكيانات الوطنية والمحلية. يضم قطاع التعليم ٣٥ كياناً مدرجاً في الموازنة للتعليم قبل الجامعي، بالإضافة إلى كيان خاص بمسار التعليم الأزهرى (Krafchik 2014). وتتقسم كيانات قطاع التعليم إلى كيانات فرعية هي الإدارة المركزية لوزارة التربية والتعليم والتعليم الفني، و٢٧ مديرية تعليمية، و٧ هيئات للخدمات التعليمية.^{١١} ويركز هذا القسم على أربعة عناصر رئيسية تميز عملية إعداد موازنة التعليم (الشكل ٤-٤).

٧. وتستبعد عملية إعداد موازنة التعليم وسائل القياس المحددة لمستلزمات عملية التعلم والاحتياجات المدرسية من تخصيص الأموال. وللإنفاق الفعلي على مدار السنوات الثلاث الماضية تأثير كبير على الموازنات السنوية، مما يؤدي إلى وجود مخصصات سابقة تتحدد بصفة أساسية على أساس أعداد العاملين في المديرية التعليمية. ويجعل هذا الأمر عملية تمويل قطاع التعليم معرضة بشكل كبير لانعدام الكفاءة وعدم العدالة، حيث لا يؤخذ عدد الطلاب ونواتج التعلم والتقدم المحرز في تطبيق إستراتيجيات تعليمية محددة في الاعتبار على نحو كبير عند تحديد مقدار التمويل الذي تحصل عليه المدارس في نهاية المطاف.

٨. عملية إعداد الموازنة هي أمر شديد المركزية. وهذا القدر الضئيل من استقلالية المدارس والنهج المتبع تاريخياً السابق ذكره في إعداد الموازنة يساهم في تدهور بيئة المدارس الحكومية (مصر اليوم ٢٠١٨). وغالباً ما يعاني مديرو المدارس من بطء الاستجابة لما يقدمونه من طلبات لأعمال الصيانة، بالإضافة إلى نقص الأموال على المستوى المركزي. وتقع مسؤولية أعمال الصيانة واسعة النطاق على عاتق الهيئة العامة للأبنية التعليمية. وتجدر الإشارة إلى أن استقلالية المدارس المحدودة لأنها تحصل على مخصصات مالية حسب بنود الموازنة، مما يحول دون اتخاذ مديري المدارس قرارات مستقلة بشأن المخصصات.

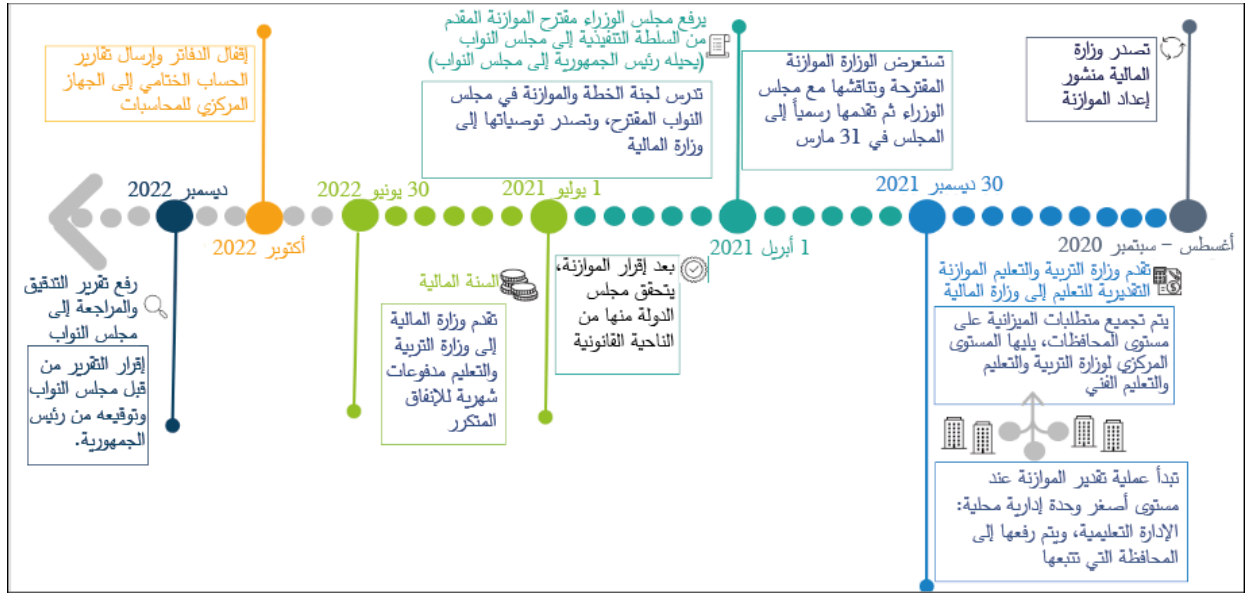
٩. توجد عمليات تنظيمية منفصلة لإعداد الموازنة للإنفاق الرأسمالي على التعليم. تقع مسؤولية إعداد الموازنة للإنفاق الرأسمالي على عاتق وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، وتتولى الهيئة العامة للأبنية التعليمية تنفيذها. ويعني هذا أن الجدول الزمني لقرارات إعداد الموازنة الرأسمالية لا يتطابق بالضرورة مع الجدول الزمني في الشكل ٤-٤، وبالتالي قد يؤدي إلى مخصصات ضعيفة الاستجابة للاحتياجات التي يفرضاها النمو السكاني أو اكتظاظ المدارس.

^{١٠} أما التعليم الأزهرى فيتبع قطاع الشباب والثقافة والشؤون الدينية وليس قطاع التعليم. وهو يخضع لإشراف المجلس الأعلى للأزهر. ومؤسسة الأزهر نفسها هي مؤسسة مستقلة رسمياً عن وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني، ولكنها في النهاية تخضع لإشراف مكتب رئيس الوزراء. ويبلغ عدد الطلاب المسجلين في مسار التعليم الأزهرى نحو ١,٦ مليون طالب، منهم ٩٠٠ ألف طالب في المرحلة الابتدائية.

^{١١} ولهيات خدمات التعليم صلاحيات مختلفة، وهي تتكون من الهيئة العامة للأبنية التعليمية، والهيئة العامة لمحو الأمية وتعليم الكبار، ومركز تطوير المناهج والمواد التعليمية، والأكاديمية المهنية للمعلمين، والمركز القومي لامتحانات والتقييم التربوي، والمركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، والمركز الإقليمي لتعليم الكبار.

١٠. لا تُستخدم البيانات المتكاملة للوضع المالي وعملية التعلم بشكل كامل في عملية تخطيط الموازنة. يتولى قسم الإحصاء في وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني تشغيل نظم إدارة المعلومات الخاص بالتعليم التي تجمع بيانات إدارية تفصيلية.^{١٢} من جانبها، فإن وزارة المالية تتولى تجميع البيانات المالية حسب التصنيف الاقتصادي لقطاع التعليم حسب المحافظات، ولكن من غير أي تمييز حسب مستوى التعليم أو نوع العاملين.^{١٣} ومن شأن البيانات المتكاملة أن تتيح لوزارة التربية والتعليم والتعليم الفني ووزارة المالية تتبّع ما تحقق من نتائج التعلم مقابل المدخلات المالية على مستويات التعليم المحلية، وبالتالي توفر منصة لتصميم سياسات فعالة. وتناقش التوصيات المتعلقة بالسياسات المسار اللازم للمضي قدماً من أجل الحصول على بيانات متكاملة.

الشكل ٤ - ٤. عملية إعداد موازنة التعليم التي تقوم بها وزارة المالية، ٢٠٢١



المصدر: مقابلات مع مسؤولي وزارة المالية؛ (كرافتشيك، ٢٠١٤)

٢. مدى كفاية الموارد غير المالية

١١. تشير تقديرات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني إلى وجود نقص في عدد المعلمين يتجاوز ٣٢٠ ألف معلم. ويوفر السياق الحالي في مصر نقطة انطلاق لتحليل مدى كفاية الموارد غير المالية في قطاع التعليم. قبل العام الدراسي ٢٠٢١ / ٢٠٢٢، أعلنت وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني أنها ستستعين بمعلمين بنظام العقود المؤقتة ممن تقل أعمارهم عن ٥٠ عاماً (Leila 2021).^{١٤} وما من أحد يعرف الأثر الذي سيحدثه المعلمون الذين سيعملون جزءاً من الوقت على نواتج التعلم، إلا أن الأبحاث الحديثة تقدم رؤى حول الخطر العام بحدوث حالة من الإنهاك في الأنظمة التي تستعين بهؤلاء المعلمين (Seibt and Kreuzfeld 2021). وتشير دراسات أخرى إلى التمييز الذي يعاني منه هؤلاء المعلمون، الذين غالباً ما يجدون أنفسهم رهينة لحلقة مفرغة من العقود من غير وجود مسار واضح لتغيير الوضع (Leigh 2014; Cau-Bareille, Teiger, and Volkoff 2019). ولا تشمل بيانات مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني المستخدمة لإعداد هذا التقرير المعلمين لجزء من الوقت، حيث يجب ألا يُدرجوا إلا في المنشورات التي ستصدر قبل العام الدراسي

^{١٢} تنقسم بيانات مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني إلى ٥ فصول: الفصل الأول - إحصاءات معدل نمو التعليم على مدار سنة - ٥ سنوات حسب المرحلة التعليمية؛ الفصل الثاني - المدارس والفصول والطلاب؛ الفصل الثالث - نتائج الامتحانات العامة الوطنية؛ الفصل الرابع - المعلمون والإداريون في المدارس؛ الفصل الخامس - مؤشرات التعليم.

^{١٣} يتكون التصنيف الاقتصادي في مصر من الفئات التالية: (١) الأجور والتعويضات؛ (٢) السلع والخدمات؛ (٣) أسعار الفائدة؛ (٤) الدعم والمنح والإعانات الاجتماعية؛ (٥) نفقات أخرى؛ (٦) استثمارات رأس مالية.

^{١٤} يجب أن يكون المتقدمون لهذا العمل حاصلين على درجة علمية في مجال الدراسة المطلوب، وسيتلقون تدريباً على طرق التدريس الحديثة. تحدد العقود المؤقتة وقت التدريس بأقل من ٢٤ ساعة في الأسبوع مقابل مكافأة قدرها ٢٠ جنيهاً لكل حصة (١,٣ دولار لكل حصة).

٢٠٢٢/٢٠٢٣، إلا أنه من الضروري لفهم النسبة التي يشكلونها وتوزيعهم الجغرافي ملاحظة الاختلاف في نسب الطلاب إلى المعلمين الناتج عن إضافتهم إلى البيانات.

١٢. **يتفاوت توزيع موارد التدريس والفصول الدراسية فيما بين مختلف مراحل التعليم والمحافظات.** كما هو موضح في (أ) الشكل ٤-٥، يختلف توزيع نسب الطلاب إلى المعلمين ومتوسطها اختلافاً كبيراً بين المراحل التعليمية، ويكون أكثر وضوحاً عند مقارنة مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي.^{١٥} فبينما يبلغ متوسط نسبة الطلاب إلى المعلمين في المرحلة الابتدائية ٣٢، فإنه ينخفض بنسبة ٤٦٪ إلى ١٧ في مرحلة الثانوية العامة. وتتسق هذه النتيجة على المستوى المحلي، حيث تتراوح نسب الطلاب إلى المعلمين في المرحلة الابتدائية من ١,٥ ضعف إلى ضعفي النسب في المرحلة الثانوية على مستوى المحافظات.^{١٦} يوضح (ب) الشكل ٤-٥ أن نسبة كثافة الطلاب في الفصول تتبع نمطاً مشابهاً من الانحراف، وإن كان مع اختلافات أقل قليلاً على مستوى مراحل التعليم.^{١٧} يبلغ متوسط كثافة الطلاب في الفصول في المرحلة الابتدائية ٥٦، وينخفض بنسبة ٣٨٪ في المرحلة الإعدادية ليصل إلى متوسط ٣٤.

الشكل ٤-٥. مخططات إطار نسبة الطلاب إلى المعلمين وكثافة الطلاب في الفصول على مستوى المحافظات

والمراحل التعليمية، ٢٠٢١



المصدر: حسابات فريق عمل البنك الدولي استناداً إلى مركز معلومات وزارة التربية والتعليم الفني. ملاحظة: تمثل نقاط نهاية المخطط الإطاري نطاق الملاحظات، وتمثل خطوط الإطار الشرائح المئينية ٢٥ و ٥٠ و ٧٥ التي تتم ملاحظتها

١٣. **فجوة الموارد آخذة في الاتساع بين المدارس الحكومية والخاصة.** كما هو موضح في الشكل ٤-٦، تخطت نسبة الطلاب إلى المعلمين في المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية النسبة في المدارس الخاصة خلال الفترة ٢٠١٧-٢٠٢١. بالمقارنة بنسبة الطلاب إلى المعلمين التي بلغت ٢٨ في عام ٢٠١٧، انخفضت النسبة في المرحلة الابتدائية في المدارس الخاصة بمقدار ٧٪ لتبلغ ٢٦ على مدار ٥ سنوات زادت فيها نسبة الطلاب إلى المعلمين في المرحلة نفسها في المدارس الحكومية بمقدار ٢١٪. يتكرر هذا النمط في نسبة كثافة الطلاب في الفصول، مع الانتباه إلى أنه بينما كانت نسب الطلاب إلى المعلمين متشابهة في عام ٢٠١٧، كانت نسبة كثافة الطلاب في الفصول في المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية أعلى بالفعل بمقدار ٤٤٪ من النسبة في المدارس الخاصة. وخلال الفترة من ٢٠١٧ إلى ٢٠٢١، سجلت نسبة كثافة الطلاب في الفصول في المرحلة الابتدائية في المدارس الخاصة انخفاضاً طفيفاً بمقدار ٢٪ لتبلغ ٣٢، في حين زادت

^{١٥} نسبة الطلاب إلى المعلمين هي نسبة تُحسب عن طريق قسمة إجمالي عدد الطلاب المسجلين على إجمالي عدد المعلمين، حسب المحافظات والمرحلة التعليمية.

^{١٦} على الرغم من أنه من الشائع أن تتخفف نسبة الطلاب إلى المعلمين بين مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي بسبب الزيادة في التخصصات، يكون الانخفاض أقل وضوحاً عند مقارنته بالبلدان التي ترتفع فيها نواتج التعلم (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ٢٠٢١)

^{١٧} كثافة الطلاب في الفصل هي نسبة تُحسب عن طريق قسمة إجمالي عدد الطلاب على إجمالي عدد الفصول الدراسية الصالحة للاستخدام، حسب المحافظات والمرحلة التعليمية.

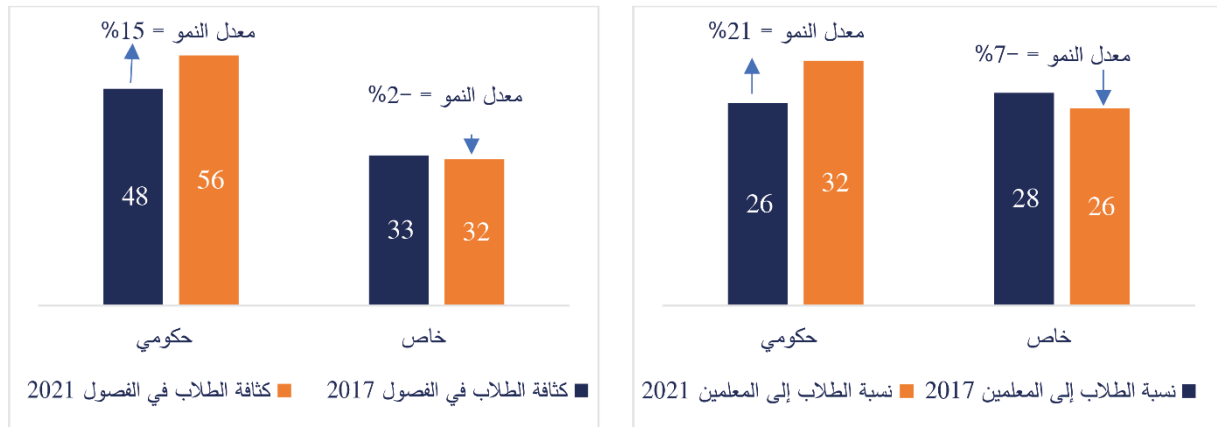
النسبة في المدارس الحكومية بمقدار ١٥٪ لتصل إلى ٥٦، مما جعل الفجوة بين المدارس الحكومية والمدارس الخاصة تتخطى ٧٠٪ في عام ٢٠٢١.

١٤. من المرجح أن يزداد النقص في عدد المعلمين والفصول في المدارس الابتدائية الحكومية ما لم تُتخذ إجراءات تصحيحية عاجلة. كما هو موضح أعلاه، فإن أكثر من نصف الطلاب في مراحل التعليم قبل الجامعي، البالغ عددهم ٢٤ مليون طالب، مسجلون في مرحلة التعليم الابتدائي، وهو ما يركز عليه تحليل المحاكاة الموضح في الشكل ٤-٧. توجد ثلاثة سيناريوهات مطروحة للدراسة في ظل الافتراض المتحفظ بأن متوسط معدل الزيادة السنوية في عدد الطلاب في الفترة ٢٠١٧-٢٠٢١ سيستمر حتى عام ٢٠٢٦:

- "عدم اتخاذ أي إجراء": يستمر نمو عدد الفصول والمعلمين بالمعدل السائد في ٢٠١٧-٢٠٢١
- "إبقاء الوضع على ما هو عليه": الحفاظ على نسبة الطلاب إلى المعلمين ونسبة كثافة الطلاب في الفصول في عام ٢٠٢٦ عند مستويات عام ٢٠٢١.
- "الإصلاح المستهدف": تستهدف الحكومة المصرية تحقيق خفض بنسبة ٢٠٪ في نسبة الطلاب إلى المعلمين ونسبة كثافة الطلاب في الفصول بحلول عام ٢٠٢٦.

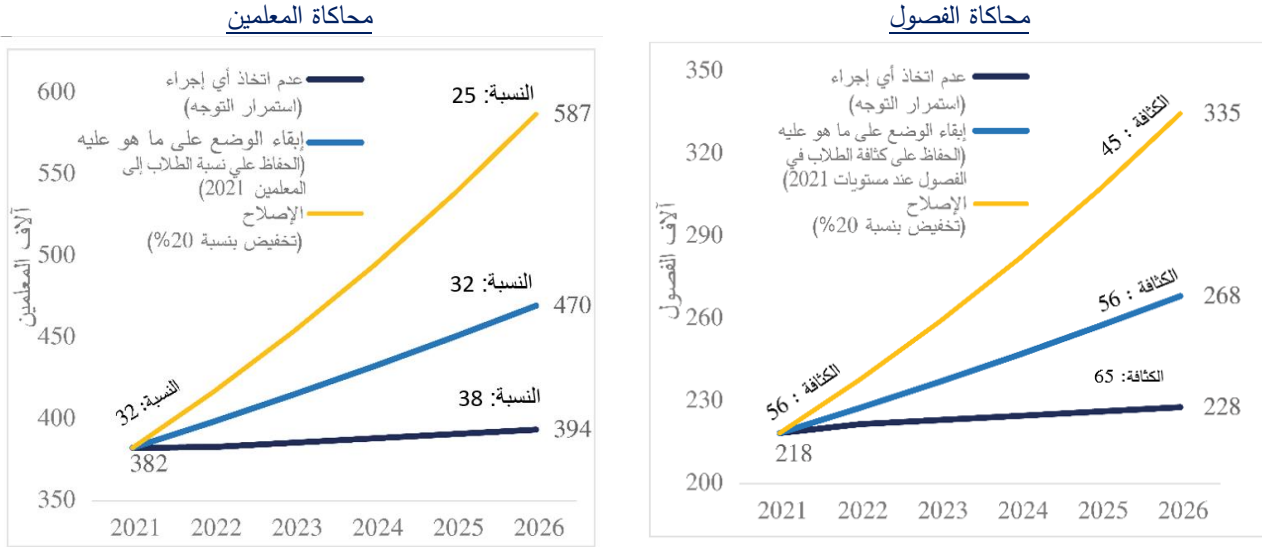
كما هو موضح في (أ) الشكل ٤-٧، فإنه في ظل سيناريو عدم اتخاذ أي إجراء، لا يضاف سوى ١٠ آلاف فصل بحلول عام ٢٠٢٦، وترتفع نسبة كثافة الطلاب في الفصول إلى ٦٥ من خط الأساس البالغ ٥٦؛ وفي إطار سيناريو إبقاء الوضع على ما هو عليه، يتم بناء ٥٠ ألف فصل للحفاظ على نسبة كثافة الطلاب في الفصول على المستوى الوطني عند ٥٦؛ وأخيراً، في ظل سيناريو الإصلاح المستهدف، يُضاف ١١٧ ألف فصل على مدار ٥ سنوات لتخفيف الضغط على الأماكن العامة وتقليص نسبة كثافة الطلاب في الفصول على المستوى الوطني إلى ٤٥. وبالمثل، يشير الشكل (ب) الشكل ٤-٧ إلى أن عدم اتخاذ أي إجراء سيضيف ضغطاً متزايداً على الموارد البشرية، ومن المرجح أن يتطلب اللجوء إلى مزيد من الفترات الدراسية والاستعانة بمعلمين بعمود مؤقتة مع ارتفاع نسبة الطلاب إلى المعلمين على المستوى الوطني إلى ٣٨ من خط الأساس البالغ ٣٢. في ظل سيناريو الإصلاح المستهدف، يتم سد نحو ثلثي النقص في عدد المعلمين في وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني الذي يبلغ نحو ٣٠٠ ألف معلم، مما يؤدي إلى خفض نسبة الطلاب إلى المعلمين في المرحلة الابتدائية على المستوى الوطني إلى ٢٥. تشير هذه المحاكاة إلى أن مهمة "مواكبة" الزيادة في أعداد الطلاب التي تتطلب استثمارات هائلة يمكن تخفيف صعوبتها عن طريق الإجراءات التدريجية التي تُتخذ اليوم، وستكون محور التركيز الرئيسي لقسم التوصيات المتعلقة بالسياسات.

الشكل ٤-٦. معدل نمو نسبة الطلاب إلى المعلمين وكثافة الطلاب في الفصول في المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية والخاصة، ٢٠١٧-٢٠٢١



المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني

الشكل ٤- ٧. محاكاة سيناريو الفصول الدراسية والمعلمين، ٢٠٢٢-٢٠٢٦



المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني

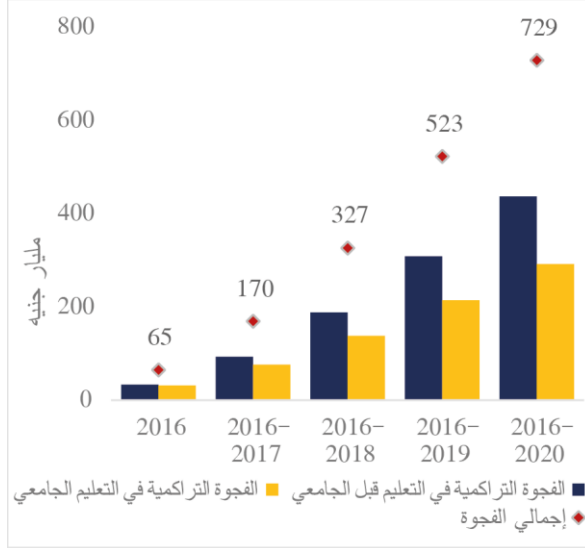
٣. مدى كفاية الموارد المالية

١٥. تاريخياً، يُعد الإنفاق على التعليم أقل مما ورد في الاستحقاق الدستوري. كما هو موضح في الشكل ٤- ٨ (أ)، انخفض الإنفاق على مراحل التعليم قبل الجامعي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي تدريجياً من ٢,٨٪ في عام ٢٠١٦ إلى ١,٨٪ في عام ٢٠٢٠، أي أقل من نصف النسبة المنصوص عليها في الاستحقاق الدستوري التي تبلغ ٤٪^{١٨}. كما يتجلى الانخفاض في الإنفاق على التعليم قبل الجامعي من خلال انخفاض الإنفاق الحقيقي على التعليم عند حسابه باستخدام الأسعار الثابتة في عام ٢٠١٠، في حين زاد الإنفاق الاسمي بمتوسط سنوي قدره ١١٪ بين عامي ٢٠١٦ و ٢٠٢٠، وانخفض الإنفاق الحقيقي بمتوسط سنوي قدره ٣٪ خلال الفترة نفسها. على الرغم من أن نسبة الإنفاق على التعليم الجامعي التي تبلغ ٠,٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي تُعد أكثر استقراراً مقارنة بنسبة الإنفاق على مراحل التعليم قبل الجامعي، فإنها أيضاً أقل من ٢٪ التي نص عليها الاستحقاق الدستوري. ويُعاد تقديم تكلفة الفرصة البديلة للفجوة السنوية للاستحقاق الدستوري في الشكل ٤- ٨ (ب)، الذي يوضح أن قطاع التعليم كان سيحصل على ما مجموعه ٧٠٠ مليار جنيه مصري على مدار ٥ سنوات لو تم الوفاء بالاستحقاقات الدستورية الخاصة بالتعليم. ويسلط هذا الأمر الضوء على أن زيادة الإنفاق على التعليم تدريجياً يمكن أن تُحدث تأثيراً طويلاً الأجل نحو معالجة نقص الموارد في التعليم.

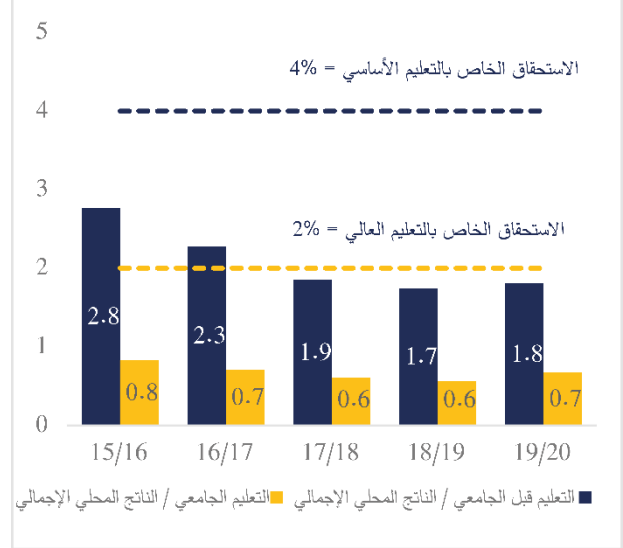
^{١٨} أظهرت مراجعة الوثائق التي كشفت عنها وزارة المالية عن طريقة فريدة من نوعها لحساب نصيب الإنفاق على التعليم مقابل الاستحقاق الدستوري، وذلك عن طريق إضافة إجمالي الإنفاق إلى نصيب التعليم من مدفوعات الفائدة التي تمت مقابل الدين العام الوطني، الذي تم حسابه عند ١٤,٦٪ لعام ٢٠٢٠. ولا تتماشى هذه الطريقة مع أفضل الممارسات الدولية.

الشكل ٤ - ٨. الإنفاق الفعلي على التعليم والفجوة التراكمية في الإنفاق، ٢٠١٦-٢٠٢٠

اللوحة ب: الفجوة التراكمية في الإنفاق مقابل الاستحقاق الدستوري



اللوحة أ: الإنفاق كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (%)

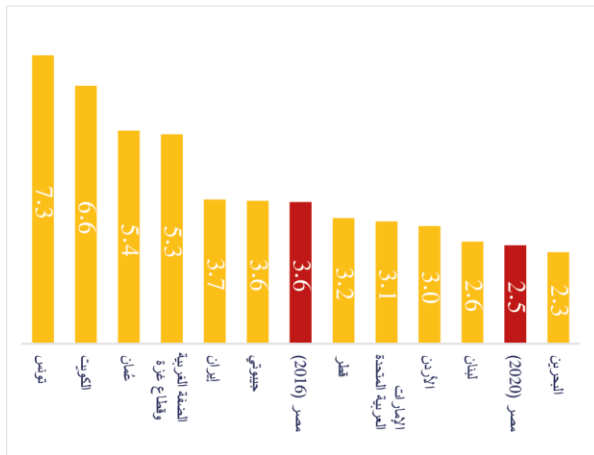


المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى بيانات وزارة المالية.

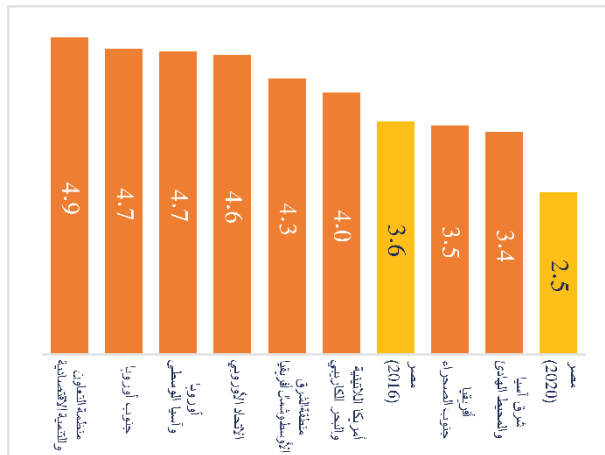
١٦. إن مصر تتأخر تدريجياً عن نظرائها الدوليين في الإنفاق على التعليم كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. على الرغم من عدم وجود رابط سببي خطي بين الإنفاق على التعليم ونواتج التعلم في مراحل التعليم الأعلى، كان بمقدور مصر أن تتماشى بصفة عامة مع تصنيف مجموعات المتوسط الدولي لو أنها حافظت على مستوى عام ٢٠١٦ الشكل ٤-٩ (أ). ومع ذلك، بحلول عام ٢٠٢٠، كان الإنفاق على التعليم أقل بنسبة تتراوح بين ١ و ٣ نقاط مئوية من مجمل المجموعات الإقليمية ومجموعات البلدان عالية الأداء. ويبدو هذا التأخر متسقاً مع البيانات المتاحة الشكل ٤-٩ (ب) عند قياسه مقابل الإنفاق المفصل لبلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وقد اتسعت الفجوة بين مصر وبلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من حيث متوسط الإنفاق على التعليم كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (٤٪ في ٢٠٢٠) من ٧,٠ نقطة مئوية في عام ٢٠١٦ إلى نحو نقطتين مئويتين في عام ٢٠٢٠.

الشكل ٤ - ٩. قياس الإنفاق على التعليم (% من الناتج المحلي الإجمالي)، في عام ٢٠٢٠ أو أحدث

اللوحة ب: مصر وبلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا



اللوحة أ: مصر والبلدان المقارنة في المنطقة

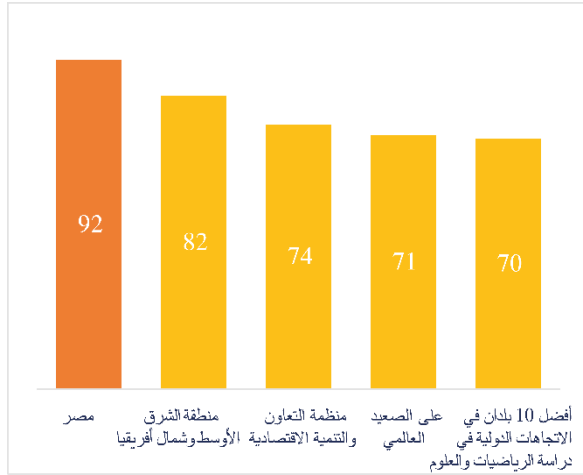


المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى بيانات وزارة المالية؛ وإحصاءات التعليم، البنك الدولي.

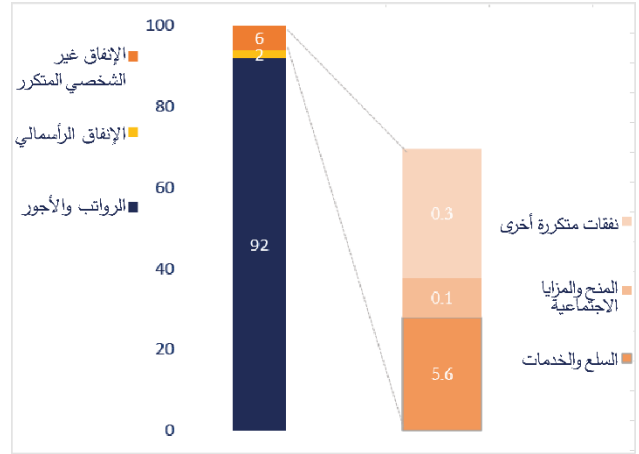
١٧. أدى عدم كفاية الإنفاق على التعليم إلى تخصيص غالبية الأموال لرواتب العاملين. كما هو موضح في الشكل ٤-١٠ (أ)، تُعد الرواتب والأجور أكبر بنود إنفاق وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني (٩٢٪)، وهي تشمل رواتب المعلمين من جميع مستويات الخبرة، بالإضافة إلى إجمالي الإنفاق على توفير الموارد البشرية من الإداريين. ومن نسبة ٨٪ المتبقية، يتم تخصيص ٦٪ للنفقات الجارية لغير العاملين، التي تمثل السلع والخدمات أكبر نسبة منها (٥,٦٪)، والمنح والإعانات الاجتماعية (٠,١٪). وتدير الهيئة العامة للأبنية التعليمية نحو ٢٪ من الموازنة للإنفاق الرأسمالي، كما هو موضح في القسم ٢ أ. وتُظهر المقارنة بمجموعات بلدان مختارة في الشكل ٤-١٠ (ب) أن الإنفاق على رواتب العاملين في مصر أعلى بمقدار ٢٢ نقطة مئوية من المتوسط في أفضل ١٠ بلدان أداءً في الاتجاهات الدولية في دراسة الرياضيات والعلوم في الصف الثاني الإعدادي، وأعلى بنسبة ١٠ نقاط مئوية من المتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وبمعزل عن هذه الاعتبارات، قد يبدو أن النسبة من الإنفاق المخصصة للرواتب، التي تبلغ ٩٢٪، تشير إلى عدم كفاءة الإنفاق، ولكن كما أظهر التحليل السابق أنه في حالة مصر، من المحتمل أن يُعزى ذلك الأمر إلى عدم كفاية الإنفاق الذي يمكن توجيهه لسد فجوة الموارد في السنوات الأولى من نظام التعليم. ويتعارض هذا التفسير مع سمة مشتركة في البلدان عالية الأداء حيث لا يؤدي الإنفاق على رواتب العاملين إلى مزاحمة عمليات الإنفاق الأخرى على التعليم (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ٢٠٢١).

الشكل ٤-١٠. تكوين الإنفاق على التعليم والمعايير العالمية، ٢٠٢١

اللوحة ب. قياس نسبة الإنفاق على أعضاء هيئة التدريس (%)



اللوحة أ. تكوين الإنفاق على التعليم (% من الإجمالي)



ملاحظة: الشكل ٤-١٠ ب يستند إلى المتوسطات الإقليمية.

المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى بيانات وزارة المالية؛ وإحصاءات التعليم، البنك الدولي.

١٨. إجمالي الإنفاق على الرواتب في المرحلة الثانوية لكل طالب يزيد عن ضعف الإنفاق على الرواتب في المرحلة الابتدائية. كما هو موضح في الشكل ٤-١١ (أ)، يزداد إجمالي الإنفاق على الرواتب لكل طالب تدريجياً في جميع مراحل التعليم، ويبلغ ذروته عند ٦,٢٣٤ جنيهاً للتعليم الثانوي الفني. ومن غير الشائع أن تختلف تكاليف وحدة الإنفاق بين مراحل التعليم، إلا أنه يجب تسليط الضوء على حجم هذا الاختلاف. فمتوسط الإنفاق لكل طالب في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية يرتفع بنسبة ١٦٪ في المرحلة الثانوية، مقارنة بنسبة ١٠٤٪ في مصر. وكما هو موضح في الشكل ٤-١١ (ب)، تتكرر هذه النتيجة عند النظر إليها من منظور الإنفاق على مجموع العاملين، مع استثناء واحد ملحوظ وهو أن الإنفاق لكل طالب في المرحلة الابتدائية يتحرك من ١٣٪ أقل من معدل الإنفاق في مرحلة رياض الأطفال عند قياسه مقابل عدد المعلمين، إلى ١١٪ فوق هذا المعدل عند قياسه مقابل جميع العاملين (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ٢٠٢١).^{١٩}

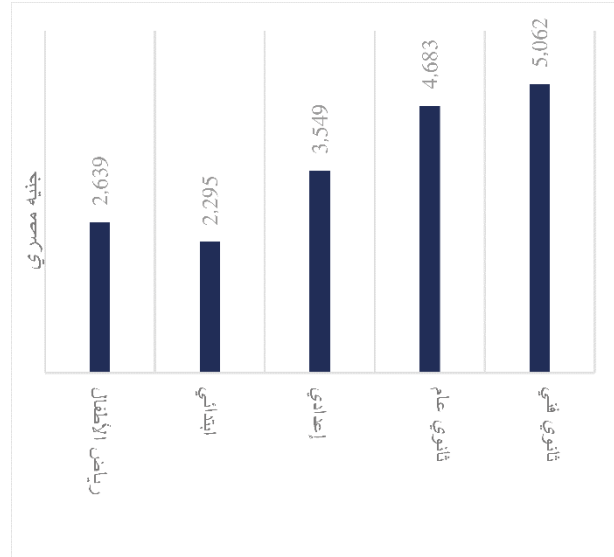
^{١٩} عادة ما تكون العمليات التي تُنفذ في مرحلة رياض الأطفال أقل حجماً بكثير مما هي عليه في مراحل التعليم الأخرى، وتكون نسبة المعلمين إلى الإداريين أعلى بكثير.

الشكل ٤- ١١. إجمالي رواتب المعلمين والإداريين لكل طالب حسب المرحلة التعليمية، ٢٠٢١

اللوحة ب: رواتب الإداريين لكل طالب



اللوحة أ: رواتب المعلمين لكل طالب



المصدر: حسابات فريق عمل البنك الدولي استناداً إلى قاعدة بيانات وزارة المالية؛ وإحصاءات التعليم، البنك الدولي.

ج. العدالة في الإنفاق على التعليم

يمكن من خلال استكشاف طبيعة توزيع الأموال على جميع الفئات - حسب الوضع الاجتماعي والاقتصادي - تحديد شرائح السكان حيث يكون الاستثمار في التعليم أكثر فعالية وموجهاً لتلك الشرائح من أجل تحسين مجمل نواتج التعلم.

١٩. يبلغ معدل التحاق الأطفال من الأسر الأغنياء من مرحلتَي رياض الأطفال والثانوية ضعف معدل التحاق نظرائهم من الأسر الأشد فقراً.^{٢٠} والواقع أن مرحلة رياض الأطفال ليست إلزامية، كما أن توافر خدمات التعليم الحكومي والخاص أقل بكثير من عدد الأطفال في سن الالتحاق بالدراسة. نتيجة لذلك، لا يتجاوز معدل التحاق الأطفال من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأدنى ٢٢٪، مقارنة بنسبة ٥٥٪ للأطفال من الأسر ذات الوضع الأعلى.^{٢١} ويتناقض هذا الأمر مع ما تشهده مرحلة التعليم الابتدائي، حيث يلتحق بها جميع الأطفال تقريباً على اختلاف مستويات أسرهم. ويتجلى الانخفاض في معدلات الالتحاق على نحو صارخ مرة أخرى في المرحلة الثانوية، حيث يستمر طفل واحد من كل طفلين من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأدنى في التعليم، مقارنة بما يقرب من ٩٠٪ من الأطفال من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأعلى. ويتضح هذا أيضاً في (ب) الشكل ٤-١٢، الذي يُظهر وجود علاقة طردية بين الوضع الاجتماعي والاقتصادي وإتمام مرحلة التعليم الإعدادي؛ فجميع الأطفال تقريباً من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأعلى يتمنون من إتمام المرحلة الإعدادية، مقارنة بما لا يتجاوز ٦٢٪ من الأطفال من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأدنى.

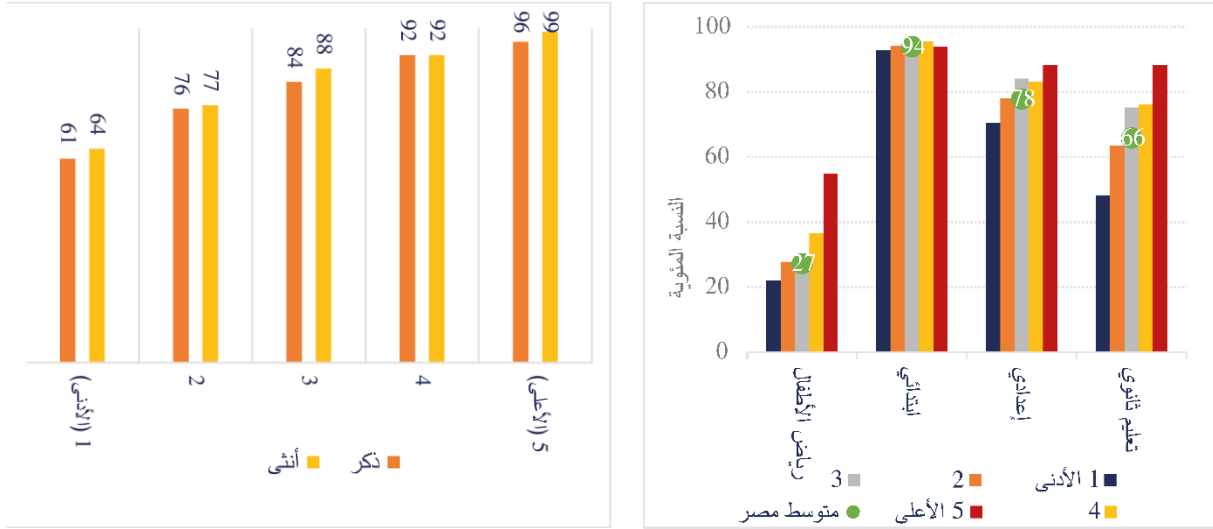
^{٢٠} يستخدم هذا القسم بحث دخل وإنفاق واستهلاك الأسر، (بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك ٢٠١٨)، الذي يجمع بيانات تشمل المناطق الجغرافية، وتكوين الأسرة، وديناميكيات الالتحاق بالدراسة، ونفقات الأسرة المصنفة لعينة تتألف من ٢٦ ألف أسرة. ولسد بعض الفجوات، يشير هذا القسم أيضاً إلى التحليلات المستقاة من المسح التبعي لسوق العمل المصري (المسح التبعي لسوق العمل المصري ٢٠١٨)، في إصداره الرابع لإنتاج بيانات يتم جمعها على فترات ممتدة، تشمل أكثر من ١٥ ألف أسرة و٦١ ألف فرد.

^{٢١} لأغراض القسم الثالث، يتم التعبير عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي عن طريق تقسيم الأسر إلى خمسيات حسب إجمالي الإنفاق (الوضع الاجتماعي والاقتصادي ١ إلى الوضع الاجتماعي والاقتصادي ٥). لجميع الرسوم البيانية، يُستخدم مصطلح الوضع الاجتماعي والاقتصادي للإشارة إلى الأسر التي يشملها الوضع الاجتماعي والاقتصادي

الشكل ٤- ١٢. المعدل الصافي للالتحاق وإتمام مرحلة التعليم الأساسي حسب المرحلة التعليمية والوضع الاجتماعي

والاقتصادي، ٢٠١٨

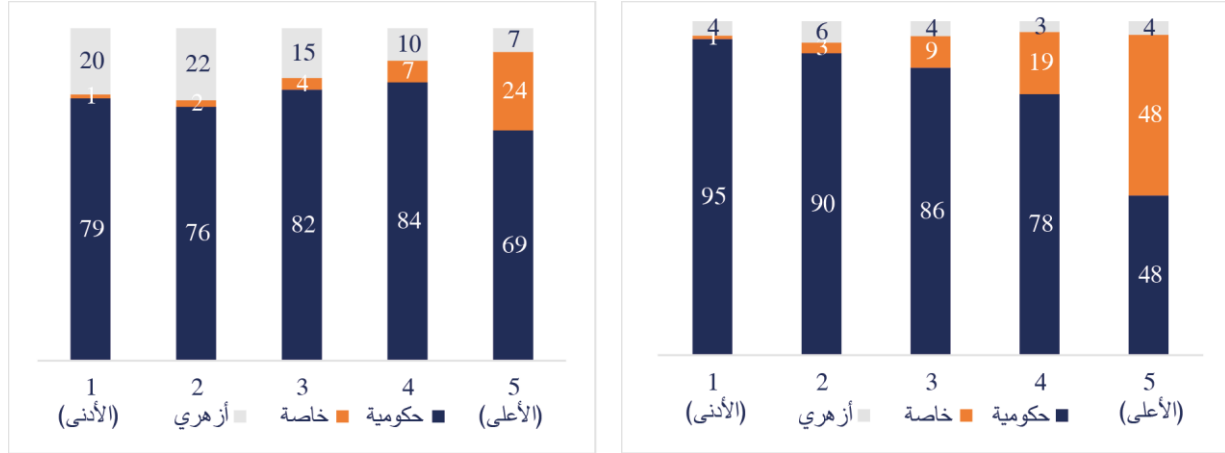
اللوحة أ: المعدل الصافي للالتحاق حسب المرحلة التعليمية والوضع الاجتماعي والاقتصادي
اللوحة ب: إتمام التعليم الإعدادي حسب النوع الاجتماعي والوضع الاجتماعي والاقتصادي (%)



المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر

٢٠. الأطفال من الأسر الأغنى يلتحقون بالمدارس الخاصة لتجنب الفصول المكتظة. كما هو موضح في الشكل ٤-١٣ (أ)، يلتحق نحو ٥٠٪ من الأطفال من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأعلى بالمدارس الخاصة لتجنب الالتحاق بالمدارس التي تعاني من نقص الموارد في المرحلة الابتدائية، مقارنة بما لا يزيد عن ١٪ من الأطفال من الأسر في الفئة الأشد فقراً من حيث الوضع الاجتماعي والاقتصادي. ويظهر اختلافان رئيسيان في ديناميكيات الالتحاق بالدراسة في المرحلة الثانوية، كما هو موضح في الشكل ٤-١٣ (ب). أولاً، يضطلع مسار التعليم الأزهرى بدور أكثر بروزاً لجميع الأسر من مختلف الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، ولكن على وجه الخصوص للأطفال من أشد الأسر فقراً الذين يبلغ معدل التحاقهم بالتعليم الابتدائي الأزهرى ٥ أضعاف معدل الالتحاق بالتعليم العادي. ثانياً، بينما يستمر الأطفال من الأسر الأغنى في الاستفادة من التعليم الخاص، ينخفض معدل التحاقهم بالتعليم الخاص في المرحلة الثانوية بنحو النصف مسجلاً ٢٤٪. ومن المحتمل أن تكون قلة ازدياد الفصول وتوافر المزيد من موارد عملية التدريس بسبب انخفاض الالتحاق بالمرحلة الثانوية دافعاً رئيسياً لهذا التحول.

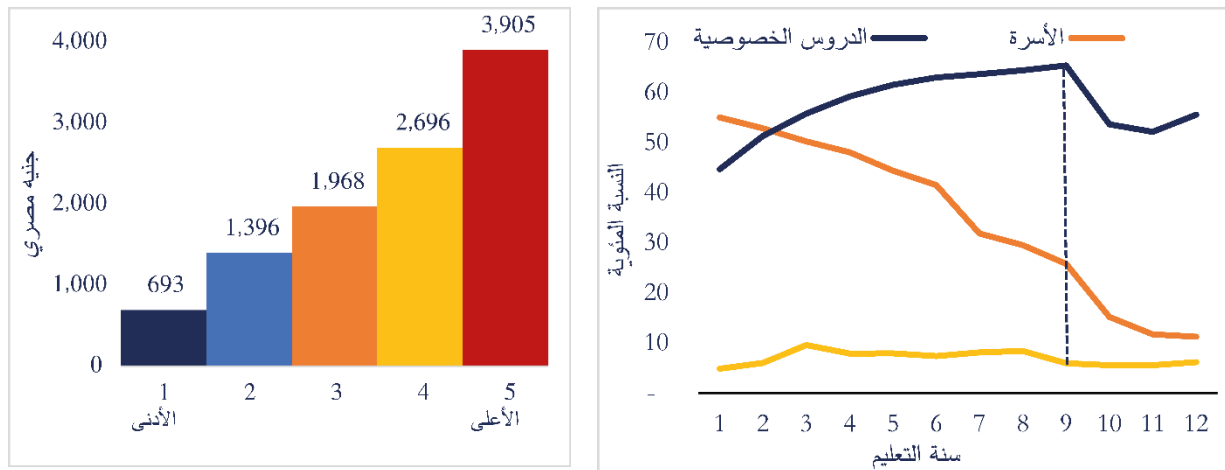
الشكل ٤- ١٣. نسبة الالتحاق حسب نوع مقدم الخدمة والوضع الاجتماعي والاقتصادي (%) ٢٠١٨
اللوحة أ: مرحلة التعليم الابتدائي



المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر

٢١. الأسر الأغنى تنفق في المتوسط مبالغ كبيرة على الدروس الخصوصية لإعداد أطفالها لامتحانات المصيرية. كما هو موضح في الشكل ٤- ١٤ (أ)، بينما يستفيد نحو ٦٠٪ من الأطفال من شكل من أشكال الدعم الأسري في السنة الأولى من المرحلة الابتدائية، يتراجع هذا الدعم تدريجياً على مدار سنوات الدراسة. على الرغم من ذلك، تُعد الدروس الخصوصية ضرورة عامة لنسبة كبيرة من الطلاب، وتصل إلى ذروتها في بداية السنة الثالثة الإعدادية قبل الامتحان العام المصيري. في هذه المرحلة الفارقة من نظام التعليم، يتم توجيه الطلاب إلى مسارات التعليم الثانوي أو ربما يختارون عدم إكمال التعليم. كما هو موضح في الشكل ٤- ١٤ (ب)، تزيد الموارد المخصصة للدروس الخصوصية بشكل خطي مع تحسن الوضع الاجتماعي والاقتصادي. ينفق الأطفال من الأسر من الفئة الأعلى من حيث الوضع الاجتماعي والاقتصادي أكثر من نظرائهم من الفئة الأعلى التي تليها بنسبة ٤٥٪، ونحو خمسة أضعاف ما ينفقه الأطفال من الأسر من الفئة الأدنى. ويشير الجمع بين هاتين النتيجتين إلى أنه بينما تبدو الدروس الخصوصية ضرورية للانتقال الناجح من مرحلة تعليمية إلى أخرى، من المحتمل أن يحصل الأطفال من الأسر من الفئة الأعلى من حيث الوضع الاجتماعي والاقتصادي على كم أكبر من الدروس الخصوصية وجودة أعلى بشكل غير متناسب مع ما يحصل عليه غيرهم.

الشكل ٤- ١٤. الاستخدام ومتوسط الإنفاق على التعليم التكميلي حسب الوضع الاجتماعي والاقتصادي، ٢٠١٨
اللوحة أ: استخدام التعليم التكميلي

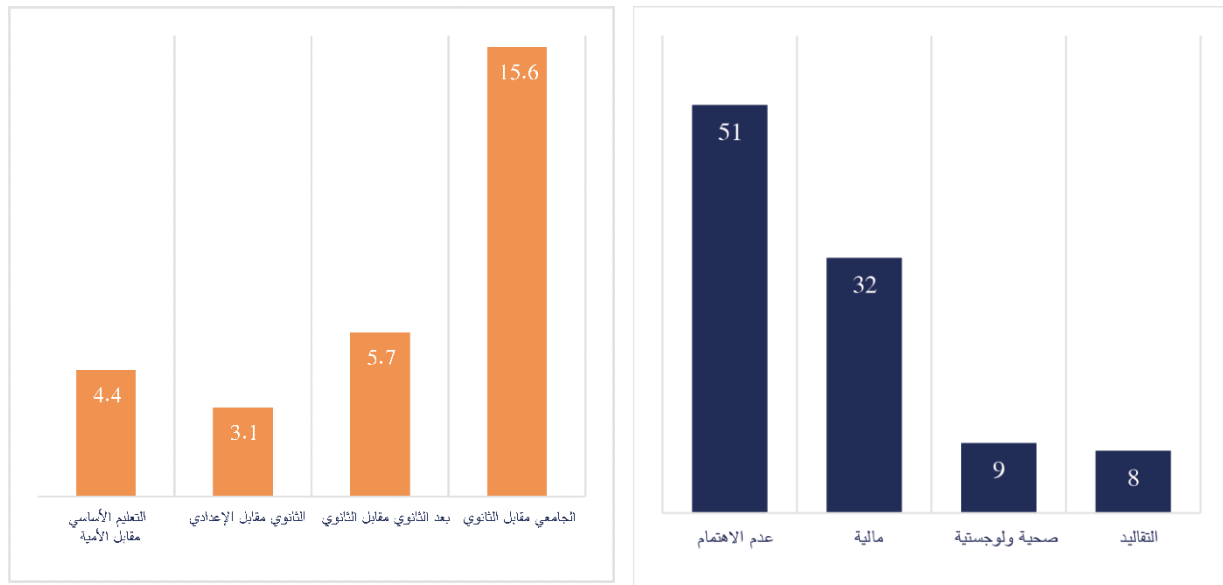


المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى المسح التتبعي لسوق العمل في مصر

٢٢. من المحتمل أن تؤدي تكلفة الفرصة البديلة للدخل الضائع وانخفاض عوائد التعليم في سوق العمل إلى تسرب الأطفال من الأسر الأفقر من التعليم قبل المرحلة الثانوية. وهذا الأمر موضح في الشكل ٤-١٥ (أ) الذي يُظهر أن نسبة مجمعة تبلغ ٨٣٪ من الأطفال من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأدنى تشير إلى عدم اهتمامها بالتعليم أو إلى الضرورة المالية بوصفهما سببين رئيسيين للتسرب من التعليم. ويرد سبب لهذا الأمر في الشكل ٤-١٥ (ب)، الذي يوضح أن عوائد التعليم في سوق العمل تكون محدودة قبل الحصول على شهادة جامعية. ولا تزيد نسبة العوائد التي يحققها من يتم مرحلة التعليم الثانوي عما يحققه من تسربوا من التعليم بعد إتمام المرحلة الإعدادية عن ٣,١٪. وبالمثل، فإن العوائد الحدية التي تتحقق من الحصول على شهادة أحد المعاهد العليا منخفضة، لكنها ترتفع إلى ١٥,٦٪ عند الحصول على شهادة جامعية. وعلى نحو ما أوضحت حسابات معدل الالتحاق الصافي سابقاً، من المحتمل أن يفيد هذا الأمر الأطفال من الأسر ذات الحالة الاجتماعية والاقتصادية الأعلى بمعدلات أعلى بكثير من غيرهم.

الشكل ٤-١٥. أسباب التسرب من التعليم الثانوي، وعوائد التعليم، ٢٠١٨

اللوحة أ. أسباب التسرب كما ذكرت من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأدنى (%)
اللوحة ب. عوائد سوق العمل حسب المرحلة (%)



المصدر: حسابات خبراء البنك الدولي استناداً إلى المسح التتبعي لسوق العمل في مصر وبحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر

د. ملخص النتائج الرئيسية والطريق للمضي قدماً

٢٣. يوجد ضغط كبير على التعليم الابتدائي الحكومي بسبب النقص في عدد المعلمين والفصول. ويُعزى النقص في عدد المعلمين جزئياً إلى وقف تعيينات المعلمين في المدارس الحكومية لفترات طويلة خلال فترة شهدت زيادة مستمرة في عدد طلاب المرحلة الابتدائية. وبالمثل، لم تواكب عملية بناء الفصول الطلب على التعليم. ولمواجهة هذا النقص قبل العام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢١، لجأت وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني إلى الاستعانة بمعلمين بعقود مؤقتة وتوزيع الطلاب على فترات دراسية متعددة خلال اليوم، وهو ما لا يُعرف تأثيره حتى الآن على جودة التعلم. في الأونة الأخيرة في عام ٢٠٢٢، قررت الحكومة المصرية السماح بتوظيف ٣٠ ألف معلم سنوياً - بعدد إجمالي يبلغ ١٥٠ ألف معلم على مدى ٥ سنوات - مع إعطاء الأولوية للصفوف الأولى من التعليم. بالإضافة إلى ذلك، ينطوي استخدام هذه التدابير المؤقتة لمدة طويلة على خطر أن تصبح جزءاً هيكلياً من نظام التعليم.

٢٤. الإنفاق العام على التعليم قبل الجامعي أقل من الاستحقاق الدستوري الذي ينص على نسبة ٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي، وهو أخذ في الانخفاض. بالإضافة إلى ذلك، يُعد الإنفاق على التعليم كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي أقل مما ينفقه النظراء الدوليون، بما في ذلك عند المقارنة مع بلدان أخرى في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويسبب هذا الأمر تناقضاً في تكوين موازنة التعليم؛ فرواتب العاملين تبلغ ٩٢٪ من إجمالي نفقات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني، ومع ذلك، لا يوجد عدد كافٍ من المعلمين في المرحلة

الابتدائية في المدارس الحكومية. وبينما تشير هذه المفارقة إلى عدم كفاءة الإنفاق، فإنها تتبع إلى حد كبير من عدم كفاية الإنفاق الذي يراحم متطلبات الإنفاق الجاري والرأسمالي لغير العاملين.

٢٥. تعتمد عملية إعداد موازنة التعليم بصفة أساسية على الإنفاق السابق. ويمثل هذا الأمر عقبة كبيرة أمام ربط الأولويات الوطنية للتعليم بالمستوى المناسب من الموارد. بالإضافة إلى ضعف ارتباط النهج القائم على الإنفاق السابق بنواتج التعلم وأهداف تحقيق العدالة، فإنه يحد أيضاً من النطاق المتاح للمستويات الحكومية الأدنى لتلبية الاحتياجات المدرسية العاجلة، لأن أغلب قرارات الإنفاق تخضع لإشراف وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني.

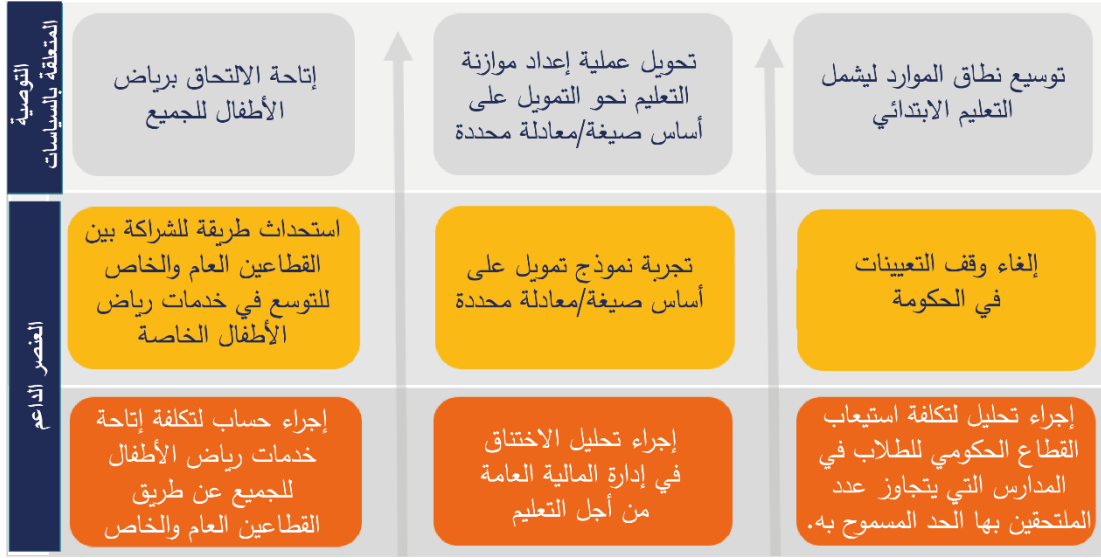
٢٦. تظهر تحديات التعليم الواردة في هذه المراجعة من خلال الرحلة عبر نظام التعليم في مصر، مع التعرف على الفترة التي تكتنفها صعوبات كبيرة وهي السنوات الأولى من التعليم. كما هو موضح في الشكل ٤-١٦، يقتصر الالتحاق برياض الأطفال على عدد قليل ممن يمكنهم تحمل تكاليف حضور تلك البرامج في أماكن خاصة، أو من بمقدورهم الحصول على أحد الأماكن القليلة المتاحة في رياض الأطفال في المدارس الحكومية. بالإضافة إلى العوائق المالية أمام الالتحاق بالدراسة، فإن ضعف معرفة أولياء الأمور بتأثير التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة على التعلم مدى الحياة يقلل الطلب على هذه المرحلة من التعليم (البدوي ٢٠١٥). بالنسبة لمعظم الطلاب، يبدأ الالتحاق بنظام التعليم في المرحلة الابتدائية، حيث يمكن لجميع التسجيل فيها. وفي هذه المرحلة، يلتحق ١٢٪ من الأطفال بالمدارس الخاصة لتجنب ما تتعرض له المدارس الحكومية من أزمة متزايدة في الموارد. ويمكن للأطفال من الأسر الأغنى الحصول على كم أكبر من الدروس الخصوصية عالية الجودة، مما يتيح لهم فرصاً أكثر للالتحاق بمسار التعليم الثانوي العام. وفي الواقع، يؤدي انخفاض عوائد التعليم إلى تسرب العديد من الطلاب من الدراسة. ونتيجة لذلك، تتميز السنوات الثلاث الأخيرة من التعليم الأساسي بانخفاض نسبة الطلاب إلى المعلمين ونسبة كثافة الطلاب في الفصول على نحو أكبر مما يوجد في المراحل الأخرى من التعليم.

الشكل ٤-١٦. ملخص لرحلة التعليم



٢٧. تمت صياغة التوصيات المتعلقة بالسياسات الواردة فيما يلي لعرضها من منظور شامل الشكل ٤-١٧. على هذا النحو، يتم عرضها في رسم بياني واحد لتسليط الضوء على التفاعل بين الإصلاحات المختلفة ومدى تأثيرها المضاعف على تحسين كفاءة الإنفاق العام على التعليم وفعاليتها، وأفضل المجالات التي يجب زيادة مشاركة القطاع الخاص فيها. ولن تقتصر هذه التوصيات أيضاً على الإصلاحات الجارية في وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني، بل تسعى للبناء عليها من خلال توفير مجالات دعم تكميلية محددة.

الشكل ٤- ١٧. ملخص التوصيات المتعلقة بسياسات مراجعة الإنفاق العام



التوصية الأولى المتعلقة بالسياسات

٢٨. **توسيع نطاق الموارد ليشمل التعليم الابتدائي.** من شأن توسيع نطاق الموارد المالية ليشمل التعليم الابتدائي أن يوفر أكبر عوائد على كفاية الإنفاق على التعليم وتحقيق العدالة فيه بصفة عامة، كما هو موضح في التحليل الوارد في القسمين الثاني والثالث. أولاً، تُعد نسب كثافة الطلاب في الفصول ونسب الطلاب إلى المعلمين أعلى بكثير في سنوات المرحلة الابتدائية عنها في المرحلة الإعدادية أو الثانوية. ومن ثم، سيكون لتوسيع نطاق الموارد ليشمل المرحلة الابتدائية أكبر الأثر في خفض إجمالي أرقام هذه النسب. ونتيجة لذلك، من شأن هذا الأمر أن يخفف العبء المتمثل في الحاجة إلى نظام الفترات المتعددة، أو الاستعانة بمعلمين بعقود مؤقتة. بالإضافة إلى ذلك، فإنه بالنظر إلى أن معدل الالتحاق الصافي يكاد يكون عاماً في سنوات المرحلة الابتدائية، يستفيد الأطفال من الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض استفادة مباشرة من الموارد الإضافية الموجهة للتعليم الحكومي، ومن ثم، يضمنون أيضاً أعلى عائد على العدالة في توزيع الموارد على جميع الطلاب. ومع ذلك، من المهم ملاحظة أنه ينبغي النظر إلى التوصية الأولى المتعلقة بالسياسات بالاقتران مع التوصية الثانية التي تقترح إجراء مراجعة لعملية إعداد موازنة التعليم لضمان توجيه الموارد للمرحلة التعليمية والمناطق الجغرافية التي تكون في أمس الحاجة إليها. على الرغم من أن توسيع نطاق التمويل العام للتعليم الابتدائي يتطلب تخصيص الموارد التي من شأنها أن تعكس اتجاه الإنفاق على التعليم في الآونة الأخيرة، فإنه من شأنه أن يستعيد الالتزام بالاستحقاق الدستوري.

العناصر الداعمة لتحقيق التوصية الأولى المتعلقة بالسياسات

(١) **وضع إطار عمل للاستعانة بمزيد من المعلمين للمدارس الحكومية.** يجب أن يحد قرار الحكومة المصرية بالاستعانة بنحو ١٥٠ ألف معلم إضافي بحلول عام ٢٠٢٧ من فجوة النقص المتزايدة في عدد المعلمين، لا سيما في المرحلة الابتدائية. ولتعزيز التأثير على أوضاع التعلم العامة، فإن وضع إطار يحدد معايير تعيين المعلمين حسب المرحلة التعليمية والمحافظات سيساعد وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني في ضمان الاستخدام المناسب للموارد. كما هو موضح أعلاه، سيستمر الضغط الديموغرافي الذي يؤدي إلى زيادة إجمالي التحاق الطلاب على مدار السنوات الخمس المقبلة، ويمكن أن يؤدي إلى الاستعانة بمعلمين بعقود مؤقتة كجزء هيكلي من نظام التعليم. ويتيح تعيين المعلمين بعقود مؤقتة فرصة لضمان إدماجهم تدريجياً في النظام بطريقة تحمي جودة مستوى المعلمين بصفة عامة. ويمكن أن يتلقى هؤلاء المعلمون تدريباً متخصصاً على مدار مدة عقودهم المؤقتة، ليصبحوا بعد ذلك أول فوج من المعلمين الذين يتحولون إلى العمل بعقود دائمة. ستعمل هذه الخطوة أيضاً على نشر خطة عمل واضحة من المرجح أن تقلل من خطر انخفاض الدافع بين المعلمين المؤقتين. إن إضافة فصول ومعلمين إلى التعليم الابتدائي الحكومي في إطار عملية إعداد موازنة معدلة تبشر

بإحداث تأثير بضعاف قدرة نظام التعليم على التعافي والاستفادة من الإصلاحات الجارية التي تنفذها وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني في التعليم الأساسي.

(٢) إجراء تحليل لتكلفة استيعاب الطلاب في المدارس التي يتجاوز عدد الملتحقين بها الحد المسموح به. من أجل تحديد أولويات المناطق الأكثر احتياجاً، يمكن لوزارة التربية والتعليم والتعليم الفني إجراء عملية تحليلية لوضع تقدير للاستثمارات الجارية والاستثمارات الرأسمالية اللازمة لوضع حد لممارسات الاستعانة بمعلمين بعقود مؤقتة وفصول الفترات الدراسية المتعددة. ولتيسير إجراء هذا التحليل، يمكن لوزارة التربية والتعليم والتعليم الفني التوسع في نظام إدارة معلومات التعليم الذي يتسم بالتنظيم الجيد عن طريق دمج البيانات المالية التي يتم الحصول عليها من المديرية التعليمية. ومن المعروف أن المديرية لديها معلومات مفصلة (أو يمكنها الحصول عليها) عن أوجه الإنفاق على التعليم حسب المرحلة التعليمية ونوع التعاقد مع العاملين. ومن الممكن إضافة جمع هذه البيانات على المستوى المركزي إلى دورة التخطيط السنوية التي تعدها وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني قبل إنتاج الفصول الخمسة لنظام معلومات الإدارة التعليمية، حيث يمكن أن تشكل البيانات المالية فصلاً سادساً ينتج داخلياً يناقش الإنفاق الفعلي. يوضح الجدول ٤-١ تنفيذ عملية مبسطة لجمع البيانات لإضافتها إلى دورة التخطيط السنوية ورقمنتها في إطار مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني.

الجدول ٤-١. مقترح لبيانات من من المفيد جمعها عن الرواتب ودمجها في مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني

وحدة البيانات	الاسم الرسمي باللغة العربية	مستوى رفع التقارير
Head Teacher	كبير معلمين	
Expert Teacher	معلم خبير	
First Teacher A	معلم أول ا	المديرية
First Teacher	معلم أول	النوع الاجتماعي
Teacher	معلم	نوع مقدم الخدمة
Assistant Teacher	معلم مساعد	المرحلة التعليمية
School Management	إدارة مدرسية	
Specialists	أخصائيون	
Admin and contracted admin	إداريون وإداريون متعاقدون	
Workers	عمال	

التوصية الثانية المتعلقة بالسياسات

٢٩. تحويل عملية إعداد موازنة التعليم نحو التمويل على أساس صيغة محددة. إن توسيع نطاق الموارد نحو التعليم في إطار عملية إعداد موازنة منقحة يدعم الاستخدام الفعال للتمويل الإضافي. على الرغم من وجود العديد من الآليات التي يمكن للبلدان من خلالها التحول من نهج قائم على أسلوب الإنفاق السابق إلى نهج قائم على صيغة لتمويل التعليم، يمكن تلخيص الخطوات اللازمة في خطوتين شاملتين:

(١) الخطوة الأولى: تحديد وظائف التعليم الأساسية التي يجب أن تكون لامركزية. يتمثل شرط أساسي لصيغ تمويل التعليم في أن يتم أولاً تحديد وظائف التعليم التي يمكن أن تؤدي إلى مكاسب إجمالية من حيث الكفاءة إذا فوضتها وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني إلى المديرية التعليمية. ويوفر تحديد وظائف التعليم مقابل مستوى المركزية المطلوب الأساس لعملية إعداد موازنة منقحة، لأنه يحدد فئات الإنفاق التي يجب أن تكون خارج صيغة التمويل وتتولى المديرية المعنية إدارتها (Jeong, Lee, and Cho 2017; Dewi 2021). يمكن النظر في وظيفتين رئيسيتين تتعلقان بالعملية التعليمية لتحقيق اللامركزية هما: أعمال الصيانة البسيطة، وإعداد الموازنة للسلع والخدمات على مستوى كل مدرسة. في البداية، يجب أن تتوخى مصر الحذر عند المضي قدماً لتجنب السلبات المحتملة للتحول إلى اللامركزية. إن الأدلة الدولية على اللامركزية المالية، لا سيما النماذج التي تتمتع بدرجة عالية من اللامركزية مثل مدارس المجتمع والإدارة المدرسية، لها شواهد متباينة، ويُعزى ذلك الأمر إلى حد كبير إلى تطبيقها في سياقات غير مناسبة (Shephard 2014; Carr-Hill, 2016). وتعيد تجربة مصر مع نماذج اللامركزية، مثل مشروع مدارس المجتمع التجريبي في عام ١٩٩٢ ونموذج الإدارة المدرسية في عام ٢٠٠١، التأكيد على الحاجة إلى اتخاذ إجراءات محدودة وتدرجية (Allam 2021). يقدم الإطار ٤-١

دراسة حالة عن رحلة الأرجنتين في اللامركزية الانتقائية في التعليم وتأثيرها على عملية التعلم، مع الدروس المستفادة من بعض جوانب اللامركزية التي لم يكتب لها النجاح على النحو المنشود.

(٢) **الخطوة الثانية: تصميم صيغة التمويل.** تحدد آلية التمويل الأولية مستوى الاستقلالية الممنوحة لأجهزة الحكم المحلي بناءً على نتائج القرار الأول المتعلق بالسياسات، وبالتالي توفر الإطار الذي يمكن من خلاله لوزارة التربية والتعليم والتعليم الفني أن تصمم صيغة للتمويل مقسمة إلى ثلاثة خيارات:

◀ **صيغة التأسيس:** بموجب هذه الطريقة، تتلقى المديرية التمويل بناءً على عدد الطلاب، مع عمل التعديلات التي تناسب الأولويات الوطنية. ويمكن إدراج أوزان إضافية لتمثل تعديلات الاعتمادات الكلية، مثل عدد الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، أو عدد الطلاب في المناطق الريفية، أو عدد الطلاب تحت خط الفقر الوطني. على الرغم من ذلك، يجب أن يكون هناك توازن بين صيغة بسيطة تنطوي على خطر عدم استيعاب تعقيد النظام، وصيغة أكثر تطوراً لا يمكن الوصول إليها أو يصعب فهمها. وهذه طريقة شائعة لتحويل الأموال في العديد من بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، مثل الدنمارك والسويد، لأنها تعزز المساءلة المفوضة والتنظيم الذاتي (غرومادا وشيوبريدج ٢٠١٦). يمكن أن يتبع التمويل من المديرية إلى المدارس طريقة مماثلة.

◀ **صيغة تخصيص الموارد:** تجعل صيغ تخصيص الموارد قرارات التمويل تستند إلى التكلفة الكلية للمدخلات في عملية التعليم. وتشبه هذه الآلية إلى حد كبير الوضع الراهن في تمويل التعليم في مصر، ولكنها تتطلب حساباً مستمراً لتكلفة الموارد لتحديد إجمالي اعتمادات التمويل المخصصة للمديرية. على الرغم من أن هذه الآلية تضمن مزيداً من التحكم المركزي في تخصيص الموارد، يمكن أن تؤدي العملية المرهقة لتقدير التكلفة وتحديث تقديرات التكلفة إلى انعدام الشفافية وسوء تخصيص الموارد المالية.

◀ **صيغة مختلطة:** بينما لا يوجد تعريف موحد للصيغ المختلطة، تستخدم هذه الطرق مزيجاً من صيغتي التأسيس وتخصيص الموارد. على سبيل المثال، يمكن أن يعتمد التمويل على إجمالي عدد الطلاب المسجلين، ولكن يتم تحديد التكلفة لكل طالب بناءً على صيغة تخصيص الموارد. تشبه هذه الطريقة إلى حد كبير نموذج التمويل لكل طالب الذي يركز على عدد الطلاب ولكنه يوفر أيضاً مساحة للإنفاق التقديري لتلبية الاحتياجات المحلية المحددة. يلخص الإطار ٤-٢ تجربة أرمينيا في التحول نحو طريقة التمويل لكل طالب.

العناصر الداعمة لتحقيق التوصية الثانية المتصلة بالسياسات

- (١) **تجربة نموذج تمويل على أساس صيغة محددة.** إن تشكيل لجنة لمدة قصيرة تضم ممثلين عن وزارة المالية ووزارة التربية والتعليم والتعليم الفني للإشراف على برنامج تمويل تجريبي على أساس صيغة محددة يتيح تنفيذ عملية متابعة نحو الإصلاح. ويمكن تنفيذ هذا البرنامج التجريبي إما بطريقة واحدة على مستوى المديرية أو المحليات، أو قد يشمل عدة طرق بديلة للاستفادة من الدروس المستخلصة من كل نهج.
- (٢) **إجراء تحليل الاختناق في إدارة المالية العامة.** تسعى مجموعة أدوات تمويل التعليم التي يوفرها البنك الدولي إلى مساعدة البلدان على تقييم جوانب نظام إدارة المالية العامة التي هي بحاجة إلى تحسين لزيادة فعالية الإنفاق على التعليم من أجل تعزيز تحقيق نواتج تعلم أفضل. وقد صُممت مجموعة الأدوات هذه من أجل تحسين الإدارة المالية العامة من خلال تحديد أهداف واقعية والتقريب بين وزارتي التربية والتعليم والتعليم الفني، والمالية. ويمكن أن تكون مجموعة الأدوات مقدمة لمزيد من الإصلاح في عملية إعداد الموازنة عن طريق جمع أصحاب المصلحة الرئيسيين وتقييم الخيارات الخاصة باللامركزية وصيغ التمويل. وتعتمد المنهجية نهجاً تصاعدياً من القاعدة إلى القمة لدراسة التحديات التي تواجه تقديم الخدمات من منظور مدرسة في الخط الأمامي في نظام التعليم. وهذا هو المجال الذي يكون فيه تأثير اختناقات إدارة المالية العامة على تقديم الخدمات أكثر وضوحاً وقابلية للقياس. وتهدف المنهجية بوضوح إلى مساعدة سلطات التعليم في وضع خطة إصلاح واقعية ومؤثرة بناءً على نتائج التقييم. وتقدم مجموعة الأدوات نهجاً مفصلاً من ٥ خطوات للتصدي للاختناقات، تدعم هذه المراجعة للإنفاق العام بقوة الخطوات الثلاث الأولى منه:

• الخطوة الأولى - وضع خريطة لقطاع التعليم الأساسي

- فهم كيفية تنظيم القطاع في الوقت الراهن
- تحديد التحديات الرئيسية التي تواجه تقديم الخدمات وتحقيق أعلى جودة بأفضل سعر
- مراجعة الهيكل المؤسسي

- الخطوة الثانية - تحديد أولويات القيود على تقديم الخدمة
 - تحديد القيود على تقديم الخدمات على مستوى المدرسة لمعرفة العوامل الأساسية الدافعة لعملية التعلم
 - تأكيد المعلومات التي تم الحصول عليها في الخطوة الأولى
- الخطوة الثالثة - تحديد الأسباب المباشرة (الاختناقات)
 - تحديد الأسباب الرئيسية للاختناقات
 - مراجعة أنظمة إعداد الموازنة والتخطيط والمراقبة والمشتريات
- الخطوة الرابعة - تحديد الأسباب الجذرية
 - توافر البيانات من أجل التخطيط
 - إنشاء هيكل للمساءلة
 - الاقتصاد السياسي
- الخطوة الخامسة - إعداد خطة عمل لمعالجة الاختناقات
 - تحديد عناصر العمل على المدى القصير والأهداف على المدى الطويل

الإطار ٤ - ١. دروس مستفادة من اللامركزية الانتقائية في الأرجنتين

كان نظام التعليم في الأرجنتين يعمل حتى عام ١٩٩٢ على مسارين متوازيين للمرحلة الثانوية، أحدهما على مستوى المقاطعات والآخر تنفذه الحكومة الفيدرالية. وبعد ذلك، طبقت الحكومة المركزية مبدأ اللامركزية على جميع المدارس الثانوية وصولاً إلى مستوى المقاطعات. وقد شكل قرار اللامركزية جزءاً من قائمة الإصلاحات الهيكلية في حقبة التسعينيات التي ركزت على الخصخصة وتقليص دور الحكومة المركزية في مختلف قطاعات الاقتصاد. وتم تفويض السلطات اللازمة للمدارس بصفة دورية خلال فترة عامين انتهت في ١٩٩٤. وفي نهايتها، انتقل أكثر من نصف طلاب المرحلة الثانوية من المدارس التي تديرها الحكومة الفيدرالية إلى المدارس المستقلة في المقاطعات.

وضمنت المفاوضات التي جرت بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات ألا تتحمل المدارس التي تديرها المقاطعات أي عبء مالي بسبب ذلك التحول. وتلقى ذلك الضمان دعماً من اتفاقية تقاسم الضرائب الفيدرالية، التي استخدمت نهج التمويل على أساس صيغة محددة لحساب نصيب كل مقاطعة من إجمالي الإيرادات الفيدرالية. عن طريق تلك العملية، تم تفويض مزيد من المسؤوليات عن العديد من المهام الرئيسية المتعلقة بالعملية التعليمية، مثل النفقات الجارية والنفقات الرأسمالية، وإدارة العاملين، وتدريب المعلمين، وإعداد الموازنة والتخطيط. وأظهرت الشواهد المباشرة من اللامركزية أن النجاح كان مرهوناً بالقدرة المحلية على استيعاب العدد الإضافي من الطلاب. في بعض المقاطعات التي كانت تعاني ضعف القدرات المؤسسية مقارنة بالحكومة الفيدرالية، أدت اللامركزية إلى رد فعل سياسي تمثّل في إحجام الحكومات المحلية في الأقاليم عن تشجيع تشكيل مجالس للمدارس المحلية، أو محاولات من الحكومة المركزية لدعم عملية صنع القرار على المستوى المحلي.

وقد حققت اللامركزية قدراً من النجاح، ولكن ليس للجميع بطبيعة الحال. أظهر إجمالي النتائج لامتحانات الموحدة حدوث تحسن بنسبة ٣,٥٪ في الرياضيات، و٥,٤٪ في اللغة الإسبانية. ويحجب متوسط النتائج اختلافاً جوهرياً حسب مستوى الفقر في البلديات، حيث أظهرت المجتمعات المحلية غير الفقيرة تحسناً كبيراً، في حين كان التأثير سلبياً على المجتمعات المحلية الفقيرة، حيث شهدت نتائجها تراجعاً كبيراً بعد تطبيق اللامركزية. وكان لهذه النتيجة عدة أسباب محتملة، أبرزها عدم تكافؤ القوة السياسية لدى بعض المجتمعات المحلية مقارنة مع غيرها، مما أثار على قدرتها على استخلاص كم أكبر من الموارد، بسبب ما تتمتع به المجتمعات المحلية الأخرى من تمثيل أقوى في المناصب السياسية المحلية. بالإضافة إلى ذلك، كان لدى الأطفال من الأسر الأغنى آباء قادرين على استغلال مكانتهم ووقتهم وقدراتهم لتشكيل جمعيات لأولياء الأمور ومراقبة المعلمين عن كثب في مجتمعاتهم المحلية. في الواقع، توفر حالة الأرجنتين لمصر دروساً مستفادة مهمة، وتدل أيضاً على أهمية توخي الحذر عند التعامل مع الإصلاح، ووجود رؤية بعيدة المدى. ويتيح هذا الأمر النظر بشكل أعمق في تدابير تحقيق العدالة، التي غالباً ما يكون غيابها دافعاً قوياً لتفويض الجهود المبذولة من أجل اللامركزية.

(فازيكاس ٢٠١٨)

الإطار ٤ - ٢. نصيب الطالب من تمويل التعليم العام في أرمينيا

في تسعينيات القرن الماضي، كانت أرمينيا تعاني من تدهور سريع في نظامها التعليمي ونقص حاد في الموارد. بالمقارنة مع البلدان الأخرى ذات مستويات الدخل المماثلة، كان معدل الالتحاق بالدراسة في أرمينيا مرتفعاً نسبياً في المرحلة الابتدائية، والذي، على غرار الوضع في مصر، شهد انخفاضاً كبيراً في المرحلة الثانوية. ولم يكن هناك إنصاف في توزيع الإنفاق على التعليم على مستوى المدارس. ومن ثم، كان لدى بعض المدارس فصول غير مُستغلة، في حين كانت الفصول مكتظة بالطلاب في مدارس أخرى. ثم حدث ركود اقتصادي أدى إلى خفض الإنفاق على التعليم من ٨٪ من الناتج المحلي الإجمالي إلى ١,٢٪ في عام ١٩٩٤، وهو ما دفع وزارة التعليم والعلوم إلى إطلاق إستراتيجية وطنية للتعليم في عام ١٩٩٧ مع اعتبار زيادة نسبة الإنفاق لكل طالب أحد مجالات الإصلاح الرئيسية، وهي الإستراتيجية التي وُضعت في المقام الأول للتصدي للمشكلات المتعلقة بالمالية العامة في قطاع التعليم.

في ذلك السياق، تم توسيع نطاق مشروع تجريبي بدعم من البنك الدولي في ١٥٤ مدرسة على الصعيد الوطني، واعتمدت أرمينيا نهج التمويل لكل طالب بوصفه أداة لضمان مزيد من الاستقلالية للمدارس، وتحسين مستوى المساءلة في عملية الإدارة، وزيادة فعالية التكلفة، والمساعدة في القضاء على العمالة الزائدة. وقيادة مجموعة العمل المشتركة بين الوزارات بشأن تمويل التعليم وإدارته، استند الإصلاح إلى صيغة مبنية على تحليل الموازنات القائمة على المدخلات من أجل المدارس التي يُنفذ فيها المشروع التجريبي. وقد وضعت صيغة بسيطة تعتمد على الانحدار الخطي بمكونين على النحو التالي:

$$\text{إجمالي موازنة المدرسة} = \text{ت} \times \text{ع} + \text{ث}$$

حيث:

$$\text{ت} = \text{تكلفة الطالب}$$

$$\text{ع} = \text{عدد الطلاب}$$

$$\text{ث} = \text{التكلفة الثابتة (ويُطلق عليها بشكل غير رسمي "تكاليف الصيانة")}$$

وظل هيكل الصيغة متسقاً رغم مرور الوقت، إلا أن عدداً من المراجعات أُجري بصفة سنوية لتعكس ما طرأ على تكاليف الوحدة من تغييرات. وجرى لاحقاً تعديل الصيغة لتشمل أوزاناً مختلفة للمدارس في المناطق الجبلية المرتفعة بسبب اختلاف مخصصات الموازنة وأنماط الاستهلاك (على سبيل المثال، كان المعلمون في تلك المناطق يحصلون على رواتب أعلى، وكان معدل استهلاك الوقود يزيد في الشتاء). على الرغم من إدراك وزارة التعليم والعلوم أن العمل استناداً إلى صيغة بسيطة ينطوي على خطر عدم استيعاب تعقيد النظام، فقد اختارت زيادة الشفافية على المدى القصير.

مما لا شك فيه أن طريقة التمويل لكل طالب ساهمت في تحقيق مكاسب كبيرة من حيث الكفاءة الداخلية. فقد أدى الإصلاح الذي قاده هذا النوع من التمويل إلى زيادة نسبة الطلاب إلى المعلمين من ١٠,٨ في عام ٢٠٠٣ إلى ١٣,٩ في عام ٢٠٠٦، مع زيادة عدد العاملين تدريجياً على مستوى المراحل التعليمية والمدارس المختلفة. وقد أدت تلك التطورات إلى تحرير الموارد التي مكّنت الحكومة بعد ذلك من زيادة متوسط رواتب المعلمين بنحو ٤٠٪. وفيما يتعلق بتحقيق العدالة، لم يحقق التمويل لكل طالب مكاسب يُعتد بها. ويُعزى ذلك الأمر بصفة أساسية إلى أن صيغة التمويل لم تعدل الأوزان المُعطاة للتكاليف الأعلى لتعليم الطلاب المحرومين أو الأقليات العرقية. إلا أن تلك الصيغة حققت أداءً جيداً إلى حد ما فيما يتعلق بمقاييس الشفافية والمساءلة مع اكتساب المزيد من المدارس الاستقلالية والمسؤولية في إدارة شؤونها المالية (على الرغم من ذلك، كانت هناك بعض حالات جرى فيها التفاوض على موازنات المدارس مما أضر إلى حد ما بالكفاءة والشفافية).

التوصية الثالثة المتعلقة بالسياسات

٣٠. إتاحة الالتحاق برياض الأطفال للجميع. قُدمت هذه التوصية المتعلقة بالسياسات في النهاية لأنها وضعت ليطم عرضها بالاقتران مع توسيع نطاق الموارد للتعليم الابتدائي بموجب عملية إعداد موازنة مُنقّحة. وبينما لا تُحدث إتاحة الالتحاق برياض الأطفال للجميع أثراً فورياً على كفاءة النظام ودرجة إنصافه، فإن توفير هذا الأمر من خلال الجهات الحكومية والخاصة من شأنه أن يزيد احتمال أن يصبح الأطفال أكثر استعداداً للمرحلة الابتدائية، وأيضاً البقاء فترة أطول في نظام التعليم (هيكمان ٢٠١٩؛ وغريلي ٢٠١٤؛ وكرافت ٢٠١٥). ويؤدي هذا الأمر إلى إنشاء مناهج عمل لزيادة معدل التحاق الأطفال بالتعليم الثانوي، لا سيما الأطفال من الفئات ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأدنى الذين تقل معدلات التحاقهم برياض الأطفال ويزيد احتمال تسربهم من التعليم، مما يؤثر بشكل كبير على العدالة في تخصيص الموارد المالية العامة. كما تستفيد عملية إتاحة الالتحاق برياض الأطفال للجميع من التقدم الذي أحرزته وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني في إنشاء نظام ضمان الجودة للتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة في مصر، الذي سيوحد معايير الجودة لاستخدامها في حصول مقدمي خدمات التعليم في هذه المرحلة على التراخيص والاعتماد اللازمين، وبالتالي ضمان التزام أي عمليات توسع في هذا المجال بمجموعة من معايير الجودة المحددة مسبقاً للقطاعين العام والخاص. إن ضمان أن يبدأ الأطفال تفاعلهم مع نظام التعليم مبكراً يمكن أن يُحدث تأثيرات دائمة، ومع تنفيذ استثمارات تتناسب مع هذه العملية في توسيع نطاق موارد المرحلة الابتدائية، يمكن أن يعزز هذا الأمر إلى حد كبير قدرة الأطفال على الانتقال بنجاح من المرحلة الإعدادية إلى مرحلة الثانوية العامة. ومن شأن الإصلاح الناجح في رياض الأطفال والمرحلة الابتدائية أن يكمل الإصلاح الجاري حالياً في التقييمات الوطنية وتطوير التعليم الثانوي. وعلى الرغم من أن هذه التوصية تركز على توفير التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة، فمن المهم ملاحظة أن زيادة الوعي بفوائد التعليم المبكر، لا سيما بين الفئات الأكثر تهميشاً من حيث الوضع الاجتماعي والاقتصادي، سيكون لها تأثير على زيادة معدلات الالتحاق.

٣١. يمكن للقطاع الخاص أن يؤدي دوراً رئيسياً في إتاحة رياض الأطفال للجميع. ونظراً لانخفاض الحالي في معدل الالتحاق برياض الأطفال، فإن الحاجة ليست ملحة إلى توسيع نطاق التمويل الحكومي ليشمل هذه المرحلة كما هو الحال في التعليم الابتدائي. على هذا النحو، تتضح أهمية الاستفادة من القطاع الخاص من خلال الشراكات بينه وبين القطاع الحكومي في توفير خدمات رياض الأطفال. وكما ورد في القسم الأول، فإن القطاع الحكومي يوفر نحو ٨٨٪ من خدمات التعليم في المرحلة الابتدائية، في حين ينمو القطاع الخاص بالفعل بمعدلات مرتفعة في التعليم الثانوي. ويتيح هذا الأمر فرصة للشراكات بين هذين القطاعين لتقليل مخاطر عدم تحقق العدالة، لأنه لا يحتاج إلى انتقال الطلاب من المدارس الابتدائية الحكومية إلى المدارس الخاصة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن توجيه عملية تحفيز القطاع الخاص على توفير خدمات مرحلة رياض الأطفال عن طريق نماذج الشراكة بين القطاعين إلى المناطق الأكثر احتياجاً. وعلى النحو الوارد أدناه، يمكن استكشاف العديد من الطرق التي من شأنها أن تتيح أيضاً توسيع نطاق توفير خدمات التعليم الحكومي، لا سيما في المناطق الريفية التي لا توفر حافزاً كافياً للقطاع الخاص.

العناصر الداعمة لتحقيق التوصية الثالثة المتعلقة بالسياسات

(١) استحداث طريقة للشراكة بين القطاعين العام والخاص لتوسيع مشاركة القطاع الخاص. تزداد الحاجة إلى استحداث طريقة للشراكة بين القطاعين العام والخاص ليتوسع القطاع الخاص في المشاركة، إذ ستوضع قواعد المشاركة وتُحدد النتائج المتوقعة وآلية التمويل لتعميم إتاحة الالتحاق بالتعليم، جنباً إلى جنب مع مجالات التوسع المحتمل للقطاع الحكومي. وهناك طرق عديدة للشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال التعليم في جميع أنحاء العالم، وعلى الرغم من أن المناقشة الكاملة لمزايا كل منهما خارج نطاق هذه المراجعة للإفاق العام، فإن الإطار ٤-٣ يلخص طريقة سندات الأثر الإنمائي التي تعتمد بشكل متزايد على النتائج (كابلي، وريزيلو، وترونا ٢٠٢١؛ ولازاريني ٢٠٢٠؛ ولارساتي وآخرون ٢٠١٥؛ والبنك الدولي).

(٢) إجراء حساب لتكلفة إتاحة خدمات رياض الأطفال للجميع عن طريق القطاعين العام والخاص. يتمثل أحد الشروط اللازمة لاتخاذ قرار بشأن نطاق الشراكات بين القطاعين العام والخاص في مجال التعليم في إجراء تحليل كامل للعرض والطلب على خدمات التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة في مصر. والحقيقة، إن معظم المعلومات المطلوبة متاحة بالفعل، إما من خلال مركز معلومات وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني، أو من خلال الحصول عليها عبر قنوات جمع البيانات التقليدية التابعة للحكومة من المديريات التعليمية، ويمكن استخدامها لتجميع مجموعة بيانات أساسية على مستوى كل مدرسة بشأن ما يوفره كل من القطاعين العام والخاص من خدمات التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة. وبعد ذلك يتم تقسيم تحليل الجدوى على النحو التالي:

- **الخطوة الأولى: الطلب الحالي الذي يتم رصده والذي لا يتم رصده:** يحدد هذا الجزء إجمالي العرض من فصول رياض الأطفال حسب المناطق مقابل معدل الالتحاق الإجمالي حسب نوع مُقدّم الخدمة، ويستخدم إحصاءات مفصلة لأعداد الأطفال في سن ٤ و ٥ سنوات

لتحديد إجمالي الطلب الذي يتم رصده والذي لا يتم رصده. ومن المهم إجراء هذا التحليل من قبل المنطقة للحد من احتمال التقليل من الأعباء الكبيرة الناتجة عن تكلفة النقل على كاهل الأسر للوصول إلى مقدم خدمات رياض الأطفال في مجتمعهم المحلي.

• **الخطوة الثانية: قدرة القطاع الحكومي على استيعاب الطلاب في المدارس الحالية.** يقدم هذا الجزء معلوماتين أساسيتين: أولاً، يمكن استخدام تحليل معدل الالتحاق الإجمالي لكل فصل لتحديد عدد المقاعد غير المستخدمة. وإلى جانب نتائج الجزء الأول الواردة أعلاه، يمكن استخدام هذا التحليل لتلخيص إجمالي الفائض، إن وجد، في أماكن رياض الأطفال حسب المناطق. ثانياً، يمكن للمديريات التعليمية أن تقوم بعملية جمع البيانات لتحديد عدد الفصول التي يمكن إضافتها أو تجديدها في المدارس الحكومية الحالية. وفي ضوء قضايا الفصول المكتظة للغاية التي وردت سابقاً في المدارس الابتدائية، يمكن لوزارة التربية والتعليم والتعليم الفني أن تبحث في إمكانية الاستفادة من المدارس الثانوية في استيعاب الزيادة في أعداد الطلاب.

• **الخطوة الثالثة: إجراء مسح لطلب الحصول على معلومات من القطاع الخاص:** يتمثل الجزء الأخير من معضلة عملية التحليل في تحديد قدرة القطاع الخاص المادية على استيعاب طلاب إضافيين، إما في الفصول الحالية أو عن طريق بناء فصول بجوار المنشآت الحالية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن استخدام طلب الحصول على معلومات لحساب إجمالي تكاليف التشغيل الحالية التي يتحملها مقدمو خدمات التعليم من القطاع الخاص، التي يمكن استخدامها لاحقاً لتقدير متوسط راتب المعلم المطلوب لجذب مزيد من المعلمين.

٣٢. من شأن زيادة الموارد لصالح التعليم الابتدائي وإتاحة رياض الأطفال للجميع وضع مصر على طريق إصلاح شامل لقطاع التعليم. ومن شأن إتاحة رياض الأطفال للجميع أن تكمل الإصلاح الذي يستهدف الفئة العمرية من ٤-١٢ عاماً التي تشمل رياض الأطفال والمرحلة الابتدائية في إطار عملية إعداد موازنة يمكنها التكيف مع المتغيرات ومتسقة مع المعايير المحددة.

الإطار ٤ - ٣. سندات الأثر الإنمائي لتوسيع نطاق التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة

تحتل سندات الأثر الإنمائي موقعاً وسطاً حيث تتقاطع نماذج الشراكة بين القطاعين العام والخاص والتمويل على أساس النتائج. وعلى الرغم من أن التفاصيل المحددة تختلف باختلاف نوع المشروع، يمثل الشكل التالي الهيكل الشامل لأي سند من سندات الأثر الإنمائي. ويتعدد أصحاب المصلحة في سندات الأثر الإنمائي، ولكن يمكن حصرهم إجمالاً في ثلاث فئات رئيسية هم: المستثمرون، ومقدمو الخدمات، والممولون المعنيون بتحقيق النتائج المرجوة. يقوم الممول، الذي يمكن أن يكون كياناً حكومياً أو اتحاداً يجمع بين شركاء التنمية الدوليين وكيان حكومي، بالدفع للمستثمرين عند تحقيق النتائج المتفق عليها. وفي حالة التوسع في تعليم الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، يمكن لهؤلاء الممولين الدفع مقابل الزيادة التي تتحقق في معدل الالتحاق. ويتحمل المستثمرون جميع المخاطر والجهود الفنية اللازمة لإدارة سندات الأثر الإنمائي، ويوقعون بدورهم اتفاقات مع مقدمي الخدمات (مقدم خدمات رياض الأطفال من القطاع الخاص، أو مجموعة من مقدمي الخدمات). وعند تحقيق النتائج، يصبح الممول المعني بتحقيق النتائج مسؤولاً عن المدفوعات مقابل النتائج التي تحققت، بالإضافة إلى فائدة لتغطية المخاطر. وتشمل الجهات الفاعلة الأخرى غير المبينة في الشكل مقدمي المساعدة الفنية، وجهات التحقق المستقلة لتأكيد النتائج، والمحامين المتخصصين في أنواع الشراكة بين القطاعين العام والخاص.

تركز سندات الأثر الإنمائي على تحقيق النتائج، ويضمن التنفيذ الصحيح لها فرصة كبيرة لتحقيق النجاح. ومن خلال التركيز على النتائج، تنشئ سندات الأثر الإنمائي بطبيعتها ثقافة الرصد والتقييم، وتحفز التعاون بين العديد من الكيانات التي تستفيد جميعها من تحقيق النتائج. ولا شك أن فرصة نجاح تنفيذ برامج سندات الأثر الإنمائي في مصر كبيرة نظراً لصغر حجم سوق التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة حالياً، لا سيما في المستوى الأول من رياض الأطفال.

- Allam, Dina. 2021. "Explaining the Persistence of 'Decentralisation' of Education in Egypt." *International Journal of Educational Development*. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2021.102357>
- Assaad, Ragui. 2013. "Equality for All? Egypt's Free Public Higher Education Policy Breeds Inequality of Opportunity." In *Is There Equality of Opportunity under Free Higher Education in Egypt?* (Arabic), edited by Asmaa Elbadawy, 83–100. New York, NY: Population Council.
- Assaad, Ragui, and Caroline Krafft. 2015. "Is Free Basic Education in Egypt a Reality or a Myth?" *International Journal of Educational Development* 45: 16–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2015.09.001>
- Carr-Hill, Roy, Caine Rolleston, and Rebecca Schendel. 2016. "The Effects of School-based Decision-making on Educational Outcomes in Low- and Middle-income Contexts: A Systematic Review." *Campbell Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.4073/csr.2016.9>
- Cau-Bareille, D., C. Teiger, and S. Volkoff. 2019. "Revealing the Hidden Processes behind Discrimination against Part-Time Teachers in France: A Lever for Improving Their Situation." In *Advances in Intelligent Systems and Computing*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-96065-4_29
- Dewi, Anggia Utami. 2021. "Curriculum Reform in the Decentralization of Education in Indonesia: Effect on Students' Achievements." *Cakrawala Pendidikan*. <https://doi.org/10.21831/cp.v40i1.33821>
- Egypt State Information Service. 2014. "Constitution of The Arab Republic of Egypt (English Translation)." 2014.
- Elbadawy, Asmaa. 2015. "Education in Egypt: Improvements in Attainment, Problems with Quality and Inequality." *The Egyptian Labor Market in an Era of Revolution*.
- Greeley, Brendan. 2014. "The {Heckman} {Equation}: {Early} {Childhood} {Education} {Benefits} {All}." Bloomberg.Com.
- Gromada, Anna, and Claire Shewbridge. 2016. "Student Learning Time: A Literature Review." *OECD Education Working Papers*, No. 127.
- Heckman, James J. 2019. "Giving Kids a Fair Chance." In *Giving Kids a Fair Chance*. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9781.003.0001>
- Jeong, Dong Wook, Ho Jun Lee, and Sung Kyung Cho. 2017. "Education Decentralization, School Resources, and Student Outcomes in Korea." *International Journal of Educational Development*. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2016.12.003>
- Kabli, Abdellah, Alessandro Rizzello, and Annarita Trotta. 2021. "Roadmapping New Impact Bonds in a Post-Covid World: Insights from Case Studies in the Education Sector." *Sustainability* (Switzerland). <https://doi.org/10.3390/su13084121>
- Krafchik, Warren. 2014. "A Guide to the Egyptian Budget." <https://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/A-Guide-to-the-Egypt-Budget.pdf>
- Krafft, Caroline. 2015. "Increasing Educational Attainment in Egypt: The Impact of Early Childhood Care and Education." *Economics of Education Review*. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2015.03.006>
- Larasati, Aruni, Karthik Varada, Suryo Ariyanto Nugroho, and Waka Itagaki. 2015. "Enhancing Early Childhood Education and Development Through Social Impact Bond: A Case Study of Indonesia." *Academia.Edu*.
- Lazzarini, Sérgio G. 2020. "Social Impact Bonds in São Paulo's State Public School System: New Modality of Public-Private Partnership in Brazil: Commentary." *Education Policy Analysis Archives*. <https://doi.org/10.14507/epaa.28.5248>

Leigh, Jennifer S. 2014. "I Still Feel Isolated and Disposable": Perceptions of Professional Development for Part-Time Teachers in HE." *Journal of Perspectives in Applied Academic Practice*. <https://doi.org/10.14297/jpaap.v2i2.105>

Leila, Reem. 2021. "Dealing with Shortages: Temporary Teachers." *AhramOnline*, 2021. <https://english.ahram.org.eg/NewsContent/50/1201/423999/AlAhram-Weekly/Egypt/Dealing-with-shortages-Temporary-teachers.aspx>

OAMDI. 2013. "Labor Market Panel Surveys (LMPS), Version 2.1 of Licensed Data Files; ELMPS 2012. Egypt: Economic Research Forum (ERF)." <http://www.erf.org.eg/cms.php?id=erfdataportal>

———. 2014. "Harmonized Household Income and Expenditure Surveys (HHIES). Version 2.0 of Licensed Data Files; HIECS 2004/2005 - Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS). Egypt: Economic Research Forum." 2014. <http://www.erf.org.eg/cms.php?id=erfdataportal>

OECD. 2021. "Education at a Glance 2021." <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b35a14e5-en.pdf?expires=1636461763&id=id&accname=ocid195787&checksum=C3FC6492F59D2120EF8840FA92695ACA>

Seibt, Reingard, and Steffi Kreuzfeld. 2021. "Influence of Work-Related and Personal Characteristics on the Burnout Risk among Full-and Part-Time Teachers." *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041535>

Shephard, Daniel D. 2014. "Nonformal Education for Improving Educational Outcomes for Street Children and Street Youth in Developing Countries: A Systematic Review." *International Journal of Social Welfare*. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12080>

World Bank. n.d. "World Bank Signs Agreement to Launch New Social Impact Bond." 2019. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2019/02/19/world-bank-signs-agreement-to-launch-new-social-impact-bond>

———. 2019. "Egypt, Arab Republic Learning Poverty Brief." <https://pubdocs.worldbank.org/en/628301571223583690/MNA-MNC03-EGY-LPBRIEF.pdf>

Zaki Ewiss, M.A., Fatma Abdelgawad, and Azza Elgendy. 2019. "School Educational Policy in Egypt: Societal Assessment Perspective." *Journal of Humanities and Applied Social Sciences*. <https://doi.org/10.1108/jhass-05-2019-004>

الفصل الخامس. التعليم العالي: تلبية الطلب المتزايد واغتنام الفرص

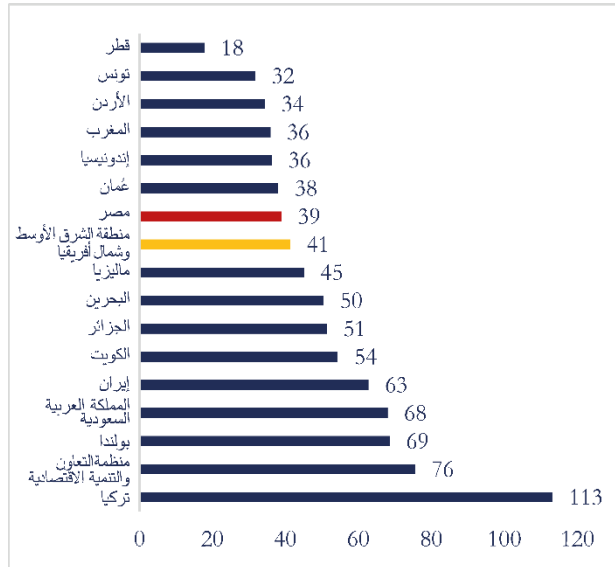
أ. عرض عام على قطاع التعليم العالي

ازداد الالتحاق بالتعليم العالي بصورة ملحوظة واستوعبت الجامعات الحكومية أغلبية الطلاب نظراً لارتفاع تكلفة التعليم الخاص. وتعكس نسبة الالتحاق غير المتكافئة بكليات الدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية طريقة عمل نظام القبول في الجامعات.

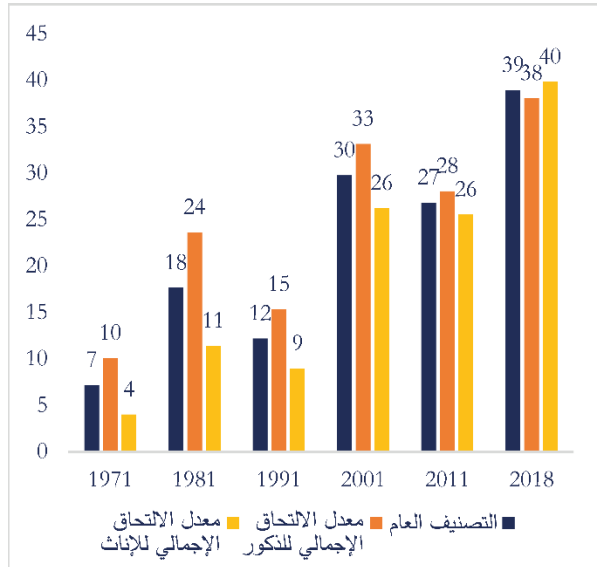
١. زيادة الطلب على التعليم العالي

٣٣. حققت مصر تقدماً هائلاً في توسيع نطاق إتاحة التعليم العالي على مدى العقود الخمسة الماضية، ومع ذلك فإنه لا يزال أقل من المتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. في عام ١٩٧٢، بلغ معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي ٧٪. وبحلول عام ٢٠١٨، ارتفع هذا المعدل إلى ٣٩٪ (الشكل ٥-١). وكانت الزيادة في نسبة الالتحاق عالية لا سيما بين الإناث، مما أدى إلى القضاء على الفجوة بين الجنسين في التعليم العالي. وعلى الرغم من هذه المكاسب الكبيرة، لا يزال الالتحاق بالتعليم العالي في مصر أقل من المتوسط في المنطقة (الشكل ٥-٢). وفي عام ٢٠١٨، على سبيل المثال، كان معدل الالتحاق في مصر أقل بكثير من المعدل في الجزائر وإيران وأيضاً بعض البلدان الطموحة من خارج المنطقة مثل ماليزيا وبولندا. وعلى عكس العديد من دول المنطقة، تتقارب معدلات التحاق الذكور والإناث في مصر (الشكل ٥-٣).

الشكل ٥-٢. معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي في ٢٠١٨

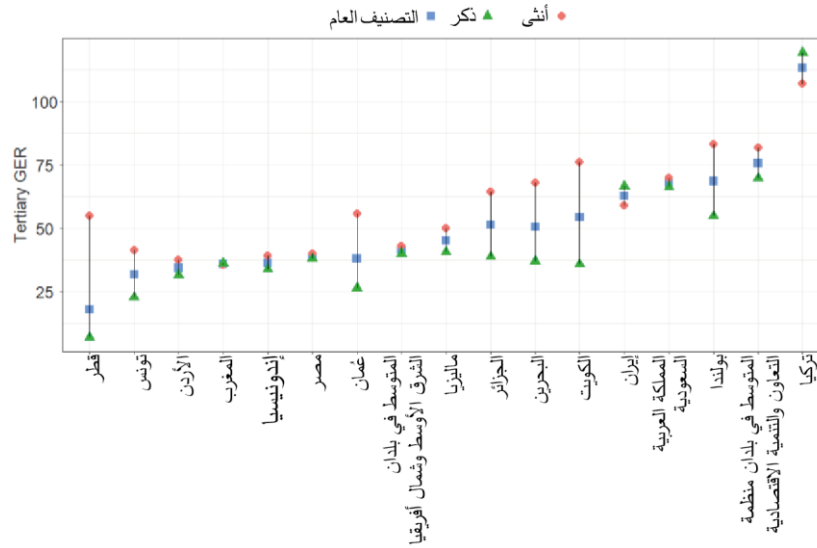


الشكل ٥-١. معدل الالتحاق الإجمالي في التعليم العالي حسب النوع الاجتماعي في مصر (١٩٧١ - ٢٠١٨)



ملاحظة: يُعرّف معدل الالتحاق الإجمالي بأنه نسبة الالتحاق الإجمالية بالتعليم العالي، بغض النظر عن السن، إلى عدد السكان في الفئة العمرية التي تبلغ ٥ سنوات بعد التعليم الثانوي مباشرة. المصدر: البنك الدولي قاعدة بيانات إحصاءات التعليم.

الشكل ٥-٣. معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي حسب النوع الاجتماعي في ٢٠١٨



المصدر: البنك الدولي قاعدة بيانات إحصاءات التعليم

٣٤. تتجه غالبية الطلاب المقيدون في التعليم العالي إلى الدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية، وذلك بسبب نظام القبول في الجامعات. ففي العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، على سبيل المثال، كان نحو ثلثي طلاب التعليم العالي (٦٤٪) مقيدون في تخصصات التربية (١٢٪)، وإدارة الأعمال، والإدارة، والحقوق (٣٢٪)، والآداب، والدراسات الإنسانية (٢٠٪). في المقابل، لم تتجاوز نسب الالتحاق في تخصصات الزراعة والمجالات ذات الصلة بها ٣٪، وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات ٥٪، والهندسة والتصنيع والإنشاءات ٩٪. وتُعد النسبة غير المتكافئة للالتحاق بالدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية نتيجة، إلى حد ما، لطبيعة نظام القبول في الجامعات الذي له تاريخ طويل في إلحاق الطلاب بمجالات الدراسة على أساس مسارهم في التعليم الثانوي بالإضافة إلى أدائهم في امتحان إتمام الثانوية العامة.^{٢٢} أما الطلاب الحاصلون على مجموع مرتفع في الثانوية العامة فيلتحقون بما يُعرف باسم "كليات القمة" مثل الطب والهندسة والصيدلة، في حين يلتحق غالبية الطلاب بالكليات التي تقبل مجموعاً منخفضاً، مثل الحقوق والتجارة والآداب. وبصفة عامة، تمثل الإناث الغالبية العظمى من الطلاب الذين يلتحقون بالدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية، في حين يشكل الذكور الغالبية العظمى من الطلاب الذين يلتحقون بتخصصات الهندسة، وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وإدارة الأعمال، والحقوق، والإدارة.^{٢٣}

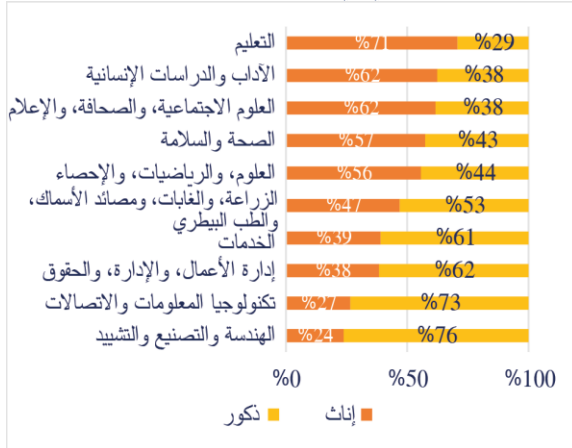
٣٥. تُعد مصر واحدة من أفضل ثلاث جهات للطلاب الأجانب الذين يدرسون في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، بعد الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية (الشكل ٥-٦). ووفقاً لأحدث البيانات، فإن عدد الطلاب الأجانب الذين التحقوا بالمؤسسات التعليمية المصرية في عام ٢٠١٦ بلغ أكثر من ٥٠ ألف طالب. وعلى الرغم من ارتفاع عدد الطلاب الأجانب، فإن نسبة الطلاب الوافدين في مصر، أي نسبة الطلاب الأجانب من معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي، تُعد من بين أدنى النسب في المنطقة (الشكل ٥-٧). ويتيح انخفاض نسبة الطلاب الوافدين فرصة لجذب المزيد من الطلاب الأجانب، لا سيما مع انخفاض تكلفة التعليم العالي نسبياً، بل وتكلفة المعيشة بصفة عامة في مصر، مقارنة بالجهات الرئيسية الأخرى في المنطقة. في الواقع، أصبحت زيادة نسبة الطلاب الوافدين أولوية

^{٢٢} يعتمد اختيار الكليات / مجالات الدراسة في التعليم العالي على مسار الطلاب في المرحلة الثانوية (القسم الأدبي مقابل القسم العلمي) بالإضافة إلى مجموع درجاتهم في امتحان الثانوية العامة. ويقوم الطلاب الذين يرغبون في الالتحاق بالتعليم العالي بملء استمارة "الرغبات"، مع إدراج أسماء جميع الكليات / الأقسام التي يرغبون في الالتحاق بها، حتى عدد معين. ومع ذلك، فإن التحاق هؤلاء الطلاب بالكليات التي يرغبون فيها يتوقف على استيفاء الحد الأدنى من مجموع الدرجات الذي حددهت وزارة التعليم العالي والبحث العلمي لكل كلية. بصفة عامة، بينما تتطلب الكليات المرموقة، مثل الطب والهندسة والصيدلة، مجموعاً مرتفعاً جداً، تقبل الكليات التي يُنظر إليها على أنها أقل مكانة، مثل التجارة والحقوق، درجات منخفضة إلى حد كبير. ويمكن للطلاب الحاصلين على درجات أقل من الحد الأدنى للقبول في أي جامعة الالتحاق بالمعاهد العليا أو فوق المتوسطة (عبد الخالق، ولانغستن ٢٠١٩).

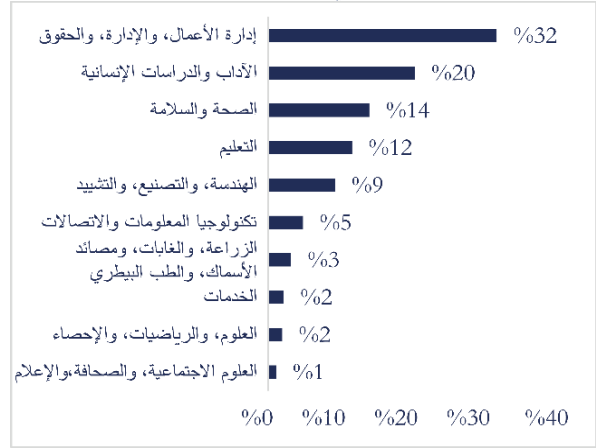
^{٢٣} يمكن أن تُعزى الزيادة الكبيرة في عدد الإناث في الدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية إلى عدة عوامل؛ منها مسار التعليم الثانوي، والتوقعات بشأن تخصصات الجنسين، والقوالب النمطية لأدوار الجنسين. على وجه التحديد، تُظهر الشواهد والأدلة غير الموثقة أن احتمال التحاق الطالبات بالقسم العلمي في المرحلة الثانوية يقل عن احتمال التحاق الذكور به، وهو المسار الرئيسي للأهل لتخصصات العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات في الدراسة الجامعية. ويعود هذا الأمر إلى انخفاض توقعات المعلمين وأولياء الأمور بشأن ما يمكن أن تحققه الطالبات. كما أنه مرتبط بتكاليف الإنفاق الشخصي الذي يُوجّه إلى الدروس الخصوصية ويؤثر سلباً على اختيار الطالبات بين القسمين الأدبي أو العلمي في المرحلة الثانوية.

قصوى لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي^{٢٤}. وعلى مدى السنوات القليلة الماضية، أدخلت وزارة التعليم العالي والبحث العلمي عدة إصلاحات بغية زيادة معدل التحاق الطلاب الأجانب، بما في ذلك تصميم منصة جديدة لإجراءات القبول، وتبسيط شروط القبول لهؤلاء الطلاب، ومراجعة الإطار القانوني للتعامل مع الجامعات الدولية، والدخول في شراكات مع الجامعات الدولية لإنشاء فروع لها في مصر.

الشكل ٥- ٥. معدل الالتحاق حسب مجال الدراسة والنوع الاجتماعي في ٢٠١٩ / ٢٠٢٠ (%)

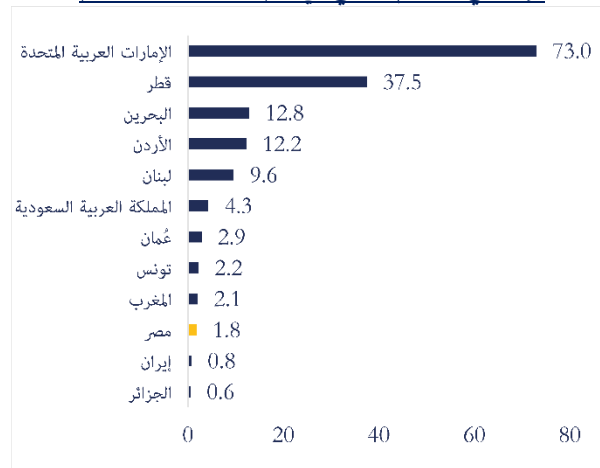


الشكل ٤- ٤. معدلات الالتحاق بالتعليم العالي حسب مجال الدراسة في ٢٠١٩ - ٢٠٢٠

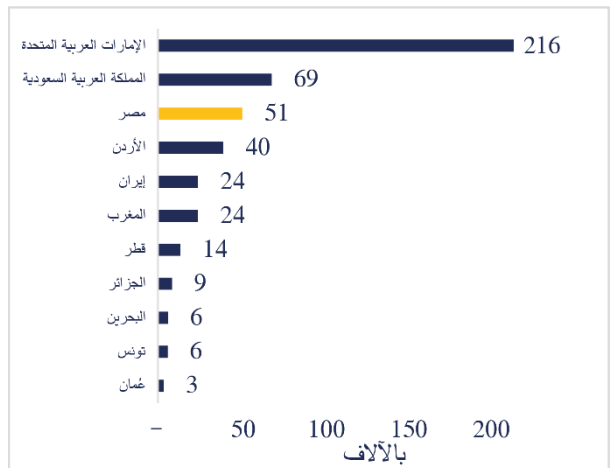


المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠٢٠. أ. النشرة السنوية للطلاب المقيدين وأعضاء هيئة التدريس للتعليم العالي ٢٠١٩/٢٠٢٠. يعتمد تصنيف مجالات الدراسة على التصنيف الدولي الموحد للتعليم لعام ٢٠١٣ الذي نشره معهد اليونسكو للإحصاء (اليونسكو ٢٠١٤).

الشكل ٥- ٧. نسبة الطلاب الأجانب من معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي في عام ٢٠٢٠ أو أحدث عام



الشكل ٥- ٦. إجمالي عدد الطلاب الأجانب الوافدين في عام ٢٠٢٠ أو بحسب أحدث البيانات



المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء.

^{٢٤} نشرة «إنتربرايز». كيف تستعيد مصر مكانتها كمركز تعليمي للطلاب الأجانب؟ ١٦ ديسمبر ٢٠١٩. <https://enterprise.press/stories/2019/12/16/how-egypt-is-positioning-itself-as-an-educational-hub-for-international-students-8512>

٢. ما نوع المؤسسات التي يلتحق بها الطلاب المصريون؟

٣٦. شهدت السنوات الست الماضية على وجه الخصوص توسعاً سريعاً في معدل الالتحاق الإجمالي، واستأثرت المؤسسات الحكومية بالنصيب الأكبر من هذه الزيادة. وبين العامين الدراسيين ٢٠١٤-٢٠١٥ و ٢٠١٩-٢٠٢٠، زاد عدد الطلاب المقيدين بالتعليم العالي بنحو ٧٥٠ ألف طالب، من ٢,٦ مليون طالب إلى ٣,٣ ملايين طالب (الشكل ٥-٨).^{٢٥}

٣٧. لا تزال غالبية الطلاب تلتحق بالمؤسسات الحكومية، في حين لا يزال التوسع في المؤسسات الخاصة تعترضه العديد من العقبات. ظلت نسبة التحاق الطلاب بالمؤسسات الحكومية مستقرة نسبياً عند نحو ٧٩٪ بين العامين الدراسيين ٢٠١٥-٢٠١٦ و ٢٠١٩-٢٠٢٠ (الشكل ٥-٩). وتتجه الغالبية العظمى من الطلاب الذين يلتحقون بالمؤسسات الحكومية إلى الجامعات الحكومية وجامعة الأزهر (الشكل ٥-١٠). وفي الوقت نفسه، يشكل الالتحاق بمؤسسات التعليم العالي الخاصة نسبة ضئيلة من معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي في مصر.^{٢٦} وفي العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، على سبيل المثال، لم تتجاوز نسبة طلاب التعليم العالي الذين التحقوا بمؤسسات خاصة ٢٢٪، التحق ٦٥٪ منهم بمعاهد عليا خاصة. وتمثل الجامعات الخاصة نسبة ضئيلة من الالتحاق بالتعليم العالي الخاص. وفي العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، التحق ٢٠٧١٥٤ طالباً بهذه المؤسسات، وهو ما يمثل ٢٨٪ فقط من المقيدين بالمؤسسات الخاصة. وتُعد نسبة الالتحاق بالتعليم الخاص في مصر من بين أدنى المعدلات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الشكل ٥-١١)، مما يشير إلى محدودية دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات التعليمية. ويمكن أن يُعزى انخفاض نسبة الالتحاق بالمؤسسات الخاصة في مصر إلى التكلفة المرتفعة نسبياً، وخاصة في الجامعات الخاصة،^{٢٧} ومحدودية جانب العرض^{٢٨}، وهيكلة الإدارة الصارم للتعليم العالي.^{٢٩} ونظراً لطلب المتزايد على التعليم العالي والضغط المتصاعد على الموارد العامة، تتيح نسبة الالتحاق الضئيلة بالتعليم الخاص فرصة لتوسيع هذا القطاع وتوفير المزيد من الخيارات للطلاب. ومع ذلك، سيتطلب ذلك الأمر تحسين هيكل إدارة منظومة التعليم العالي من أجل منح المؤسسات التعليمية مزيداً من المرونة في إجراءات القبول، وعروض البرامج الدراسية، والتمويل، ووضع المناهج الدراسية، وإقامة شراكات مع القطاع الخاص.

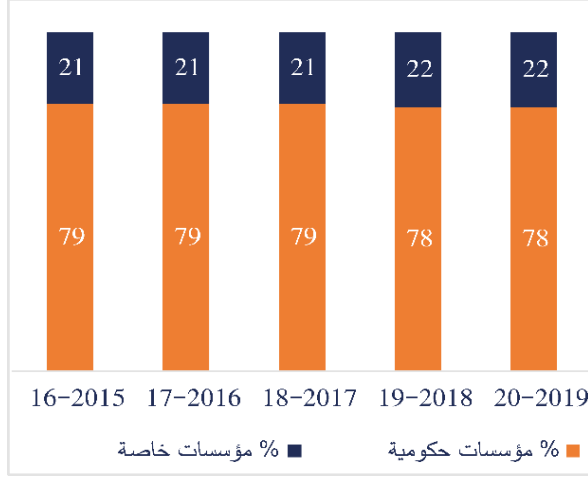
^{٢٥} خلال الفترة نفسها، ارتفع إجمالي عدد أعضاء هيئة التدريس (بمن في ذلك موظفو الخدمات المساعدة) من ١٠٩٨٦٥ شخصاً إلى ١٢٨١٨١ شخصاً، وزاد عدد الجامعات الحكومية والأزهرية من ٢٤ إلى ٢٨ جامعة، والجامعات الخاصة من ٢٠ إلى ٢٦ جامعة، والمعاهد العليا الخاصة من ١٣٨ إلى ١٥٢ معهداً (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠١٩ و ٢٠٢٠ أ).

^{٢٦} تهيم المعاهد العليا الخاصة على قطاع التعليم العالي الخاص في مصر. وتستهدف هذه المعاهد الطلاب الحاصلين على مجموع درجات منخفض في امتحان الثانوية العامة، وتقدم دراسة لمدة ٤ سنوات يحصل بعدها الطلاب على شهادات معادلة للشهادات التي تمنحها الجامعات الحكومية. في العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، التحق ٧٣٢٣٧١ طالباً بمؤسسات التعليم العالي الخاصة، من بينهم ٦٥٪ التحقوا بالمعاهد العليا الخاصة، و٢٨٪ التحقوا بالجامعات الخاصة، و٧٪ التحقوا بمؤسسات خاصة أخرى.^{٢٧} المساعدات المالية للطلاب محدودة للغاية في المؤسسات الخاصة.

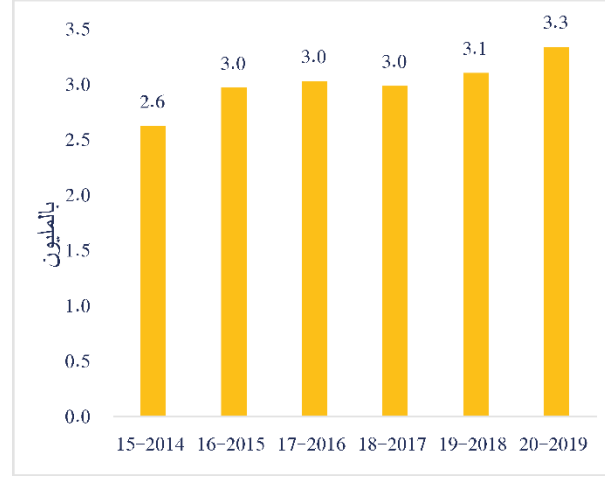
^{٢٨} تظهر البيانات الرسمية بشأن الالتحاق بالجامعات الخاصة والمعاهد الفنية الخاصة تباينات كبيرة بين المحافظات في معدلات الالتحاق بالتعليم العالي الخاص. وعلى وجه التحديد، لا توجد هذه المؤسسات إلا في أقل من نصف عدد المحافظات المصرية (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢٠ أ). علاوة على ذلك، تُعد معظم المؤسسات الخاصة في مصر مؤسسات "الملاذ الأخير"، أي أنها توفر فرصاً لطلاب غير المؤهلين للالتحاق بالمؤسسات الحكومية (برسوم ٢٠١٤). نتيجة لذلك، توجد خيارات محدودة بأسعار ميسورة في التعليم الخاص للطلاب المقيدين بالمؤسسات الحكومية، لا سيما الجامعات التي تبلغ مدة الدراسة فيها ٤ سنوات.

^{٢٩} يتسم قطاع التعليم العالي في مصر بدرجة عالية من المركزية، حيث لا يُتاح لمؤسسات التعليم العالي إلا قدر ضئيل للغاية من المرونة المالية والمؤسسية. على وجه التحديد، يتمتع المجلس الأعلى للجامعات، تحت قيادة وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، بسلطات واسعة على جميع المؤسسات في قطاع التعليم العالي وتشمل الموافقة على أماكن إنشاء المؤسسات الجديدة، وتعيين أعضاء هيئة التدريس، وعروض البرامج الدراسية، والمناهج الدراسية، بالإضافة إلى وضع معايير اعتماد الدرجات العلمية، والاعتماد المؤسسي، وقبول الطلاب. ويحد هيكل الإدارة الصارم لقطاع التعليم العالي من قدرة المؤسسات على الاستجابة بفعالية للتغيرات السريعة في كل من الطلب على التعليم العالي واحتياجات سوق العمل (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ٢٠١٠؛ وعبد الخالق ولانغستن ٢٠١٩).

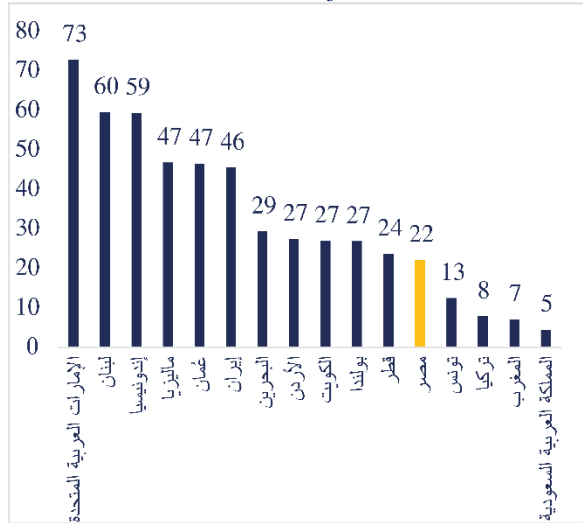
الشكل ٥ - ٩. معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي حسب القطاع (%)



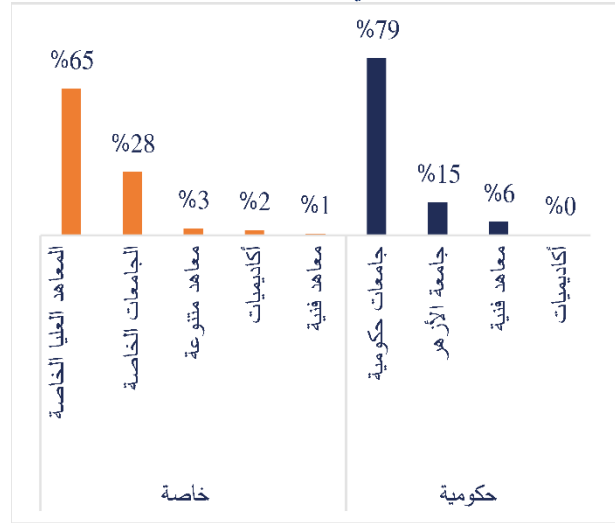
الشكل ٥ - ٨. معدل الالتحاق الإجمالي بالتعليم العالي



الشكل ٥ - ١١. نسبة الالتحاق بمؤسسات التعليم العالي الخاصة في ٢٠٢٠



الشكل ٥ - ١٠. معدل الالتحاق الإجمالي حسب القطاع ونوع المؤسسة (%) في ٢٠١٩-٢٠٢٠



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢٠ أ. النشرة السنوية للطلاب المقيدين وأعضاء هيئة التدريس للتعليم العالي ٢٠١٩-٢٠٢٠، البنك الدولي. قاعدة بيانات إحصاءات التعليم. المعاهد العليا الخاصة: هي معاهد تقدم دراسة مدتها ٤ سنوات للحصول على شهادة تعادل درجة جامعية، في حين تقدم عدة معاهد ومعاهد فنية دراسة لمدة عامين للحصول على دبلوم فني. تقدم المعاهد الحكومية والخاصة برامج في تخصص محدد لطلاب التعليم العالي. في المقابل، تمنح الأكاديميات درجات في عدد مختار من التخصصات لكل من طلاب الجامعات وطلاب الدراسات العليا.

ب. جودة التعليم العالي

مشاركة قوية في قوة العمل، ولكن مع ارتفاع معدل البطالة بين الإناث وحديثي التخرج، وعدم التوافق بين المهارات والوظائف الفعلية. عدم كفاية التمويل يحد من الإنتاج البحثي عالي الجودة.

٣٨. يُعد قياس جودة التعليم العالي مهمة معقدة تعتمد على متغيرات متنوعة للتأثير والأداء. ويتمثل النهج المتفق عليه في قياس إمكانية تشغيل الخريجين وتناسب المهارات المكتسبة مع احتياجات سوق العمل. ومع ذلك، قد يكون هذا الأمر معقداً بسبب أن نواتج سوق العمل التي تتحقق لخريجي التعليم العالي تتأثر متأثراً مباشراً بهيكل سوق العمل وديناميكيته، وأيضاً لأنه نادراً ما تقوم الجامعات بتتبع هذه النواتج.

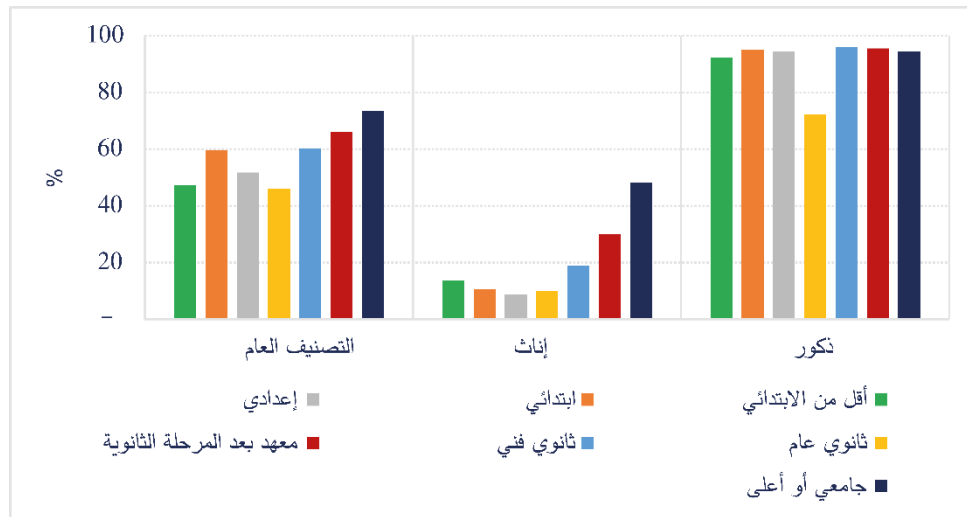
وتوجد طريقة أخرى للنظر في جودة مؤسسات التعليم العالي وهي قياس نتائج البحوث. وأخيراً، يتم وضع تصنيفات مختلفة يمكن أن توفر معلومات إضافية لعمليات القياس.

١. مهارات الخريجين ونواتج سوق العمل

٣٩. لا تتبع الجامعات في مصر نواتج سوق العمل التي تتحقق لخريجي التعليم العالي. ونتيجة لذلك، يعتمد التحليل الوارد في هذا القسم اعتماداً كبيراً على بيانات مسح القوى العاملة لفحص نواتج سوق العمل لخريجي التعليم العالي، مثل المشاركة في قوة العمل والبطالة.

٤٠. يمثل خريجو الجامعات أعلى معدل مشاركة في قوة العمل^{٣٠} بين جميع فئات التعليم في مصر. وفقاً لمسح القوى العاملة لعام ٢٠١٩، فإن ٧٣٪ من الأشخاص في أوج سن العمل^{٣١} الحاصلين على شهادات جامعية أو دراسات عليا شاركوا في قوة العمل مقارنة بنسبة ٦٦٪ من خريجي معاهد التعليم بعد الثانوي، و ٦٠٪ من خريجي التعليم الثانوي الفني، و ٤٦٪ من الحاصلين على شهادة إتمام الثانوية العامة. وتوجد فجوة كبيرة في معدلات المشاركة في قوة العمل بين الذكور والإناث، وخاصة بين الأشخاص ذوي مستوى التحصيل التعليمي المنخفض. وفي المتوسط، لم يشارك سوى ١٥٪ من الإناث الحاصلات على التعليم الثانوي أو أقل في قوة العمل في عام ٢٠١٩ مقارنة بنسبة ٩٣٪ من الذكور. ومع ذلك، بلغت الفجوة بين الجنسين في المشاركة في قوة العمل بين خريجي الجامعات ٤٦ نقطة مئوية في عام ٢٠١٩، وهي أقل بكثير من الفجوة بينهما على مستوى المراحل التعليمية الأخرى (الشكل ٥-١٢).

الشكل ٥-١٢. معدل المشاركة في القوى العاملة حسب فئة التعليم في ٢٠١٩ (في أوج سن العمل)



المصدر: مسح القوى العاملة ٢٠١٩، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

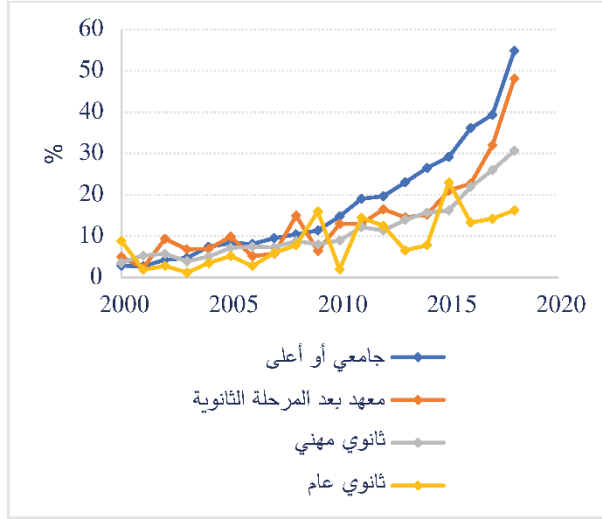
٤١. بهذه المشاركة القوية في قوة العمل، يبلغ معدل البطالة نواتجه بين خريجي التعليم العالي في مصر، لا سيما الإناث والخريجين الجدد. ومن بين الأشخاص في أوج سن العمل (الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ و ٥٤ عاماً)، فإن الحاصلين على درجات جامعية أو دراسات عليا يواجهون أعلى معدل بطالة في جميع فئات التعليم (الشكل ٥-١٣). ففي عام ٢٠١٩، على سبيل المثال، كان ١٣٪ من الحاصلين على شهادات جامعية أو دراسات عليا عاطلين عن العمل، وهو معدل أعلى بكثير من معدل البطالة بين الحاصلين على التعليم الثانوي والإعدادي والابتدائي. علاوة على ذلك، كان معدل البطالة أعلى بكثير بين الإناث حيث بلغت نسبة العاطلات عن العمل من بين الحاصلات على شهادات جامعية ٢٣٪ في عام ٢٠١٩ مقارنة بنسبة ٩٪ فقط من الذكور. ومع ذلك، تكون هذه الفجوة بين الجنسين من حيث البطالة أكبر بين الحاصلين على التعليم الثانوي.

^{٣٠} يمثل معدل المشاركة في قوة العمل نسبة الأفراد الذين ينشطون اقتصادياً من إجمالي عدد السكان في سن العمل. وهو يشمل الأفراد الذين يعملون أو يبحثون جدياً عن عمل.

^{٣١} يشكل السكان في أوج سن العمل الفئة الديموغرافية الأساسية للقوى العاملة. وهي تمثل الأشخاص البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ و ٥٤ عاماً.

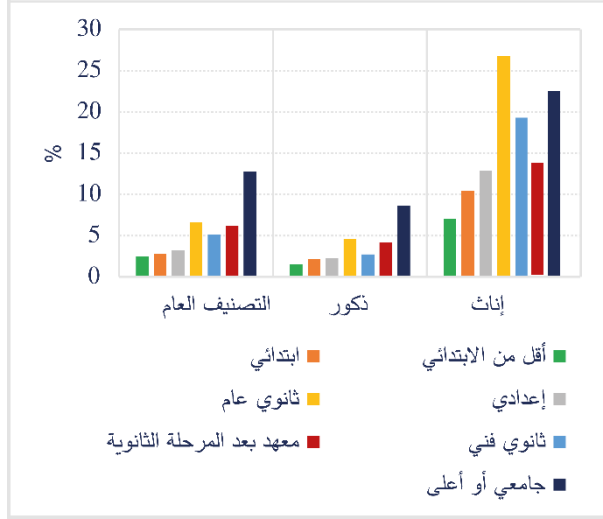
٤٢. يُعد معدل البطالة أعلى أيضاً بين خريجي الجامعات الجدد. وتشير بيانات مسح القوى العاملة لعام ٢٠١٩ إلى أن معدل البطالة بلغ أعلى مستوياته بين خريجي السنوات الأربع السابقة على إجراء المسح، أي من عام ٢٠١٥ إلى عام ٢٠١٨. على سبيل المثال، كان ٥٥٪ من خريجي الجامعات في عام ٢٠١٨ عاطلين عن العمل، مقارنة بنسبة ٣٩٪ في عام ٢٠١٧، و٣٦٪ في عام ٢٠١٦، و٢٩٪ في عام ٢٠١٥.

الشكل ٥- ١٤. معدل البطالة حسب سنة التخرج



الشكل ٥- ١٣. معدل البطالة حسب مستوى التعليم في ٢٠١٩

(في أوج سن العمل)



المصدر: مسح القوى العاملة ٢٠١٩، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

المصدر: مسح القوى العاملة ٢٠١٩، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

٤٣. يمكن أن يُعزى ارتفاع معدل البطالة بين خريجي التعليم العالي إلى عوامل جانبي العرض والطلب. ويُعد انخفاض نسبة التشغيل في القطاع العام وضعف سوق العمل ونسبة العمل الكبيرة في الاقتصاد غير الرسمي من العوامل الرئيسية وراء ارتفاع معدل البطالة. على سبيل المثال، شهدت نسبة التشغيل في القطاع العام، الذي يُعد تاريخياً أكبر جهات التشغيل وتوفير فرص العمل في البلاد، انخفاضاً كبيراً من ٣٥٪ في أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين إلى ٢١٪ في عام ٢٠١٧.^{٣٢} ولم تعوض وظائف القطاع الخاص الرسمي هذا التراجع، مما أدى إلى زيادة حجم الاقتصاد غير الرسمي.^{٣٣} بالإضافة إلى ذلك، تركزت معظم مكاسب التشغيل على مدار العشرين عاماً الماضية في الوظائف الروتينية التي تستهدف بشكل رئيسي خريجي المرحلة الثانوية وغير الجامعيين.^{٣٤} على سبيل المثال، بين عامي ١٩٩٨ و٢٠١٨، زاد عدد الوظائف الروتينية بنسبة ٦٧٪ مقارنة بنسبة ١٤٪ فقط للوظائف التي تتطلب مهارات معرفية.^{٣٥} وعلى جانب العرض، ساهمت الزيادة الكبيرة في أعداد خريجي الجامعات وتركز الخريجين في تخصصات الدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية في ارتفاع معدل البطالة.^{٣٦} في العام الدراسي ٢٠١٨-٢٠١٩، على سبيل المثال، درس ٦١٪ من إجمالي خريجي التعليم العالي تخصصات إدارة الأعمال والإدارة والحقوق (٣٠٪)، والآداب والدراسات الإنسانية (١٤٪)، والتربية (١٢٪)، والعلوم الاجتماعية والصحافة والإعلام (٥٪).

^{٣٢} Assaad and Barsoum (2019)

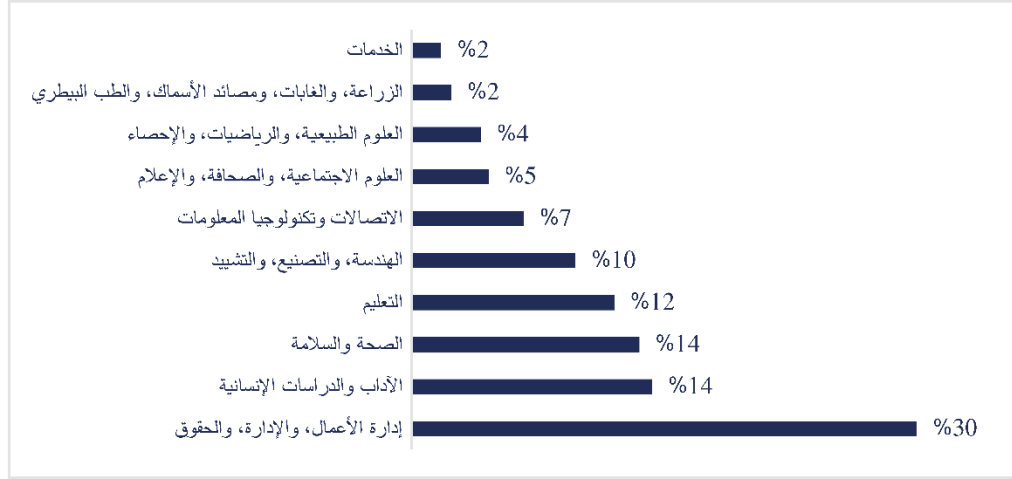
^{٣٣} Assaad et al. (2020)

^{٣٤} تشمل الوظائف الروتينية الوظائف التي لها قواعد أو إجراءات متباعدة محددة بدقة مثل الوظائف الكتابية والمبيعات ووظائف مشغلي الآلات. أما الوظائف التي تتطلب مهارات معرفية فتشمل الوظائف التي تستلزم مهارات مجردة في حل المشكلات مثل الوظائف الإدارية والمهنية والفنية.

^{٣٥} El-Hamidi (2020)

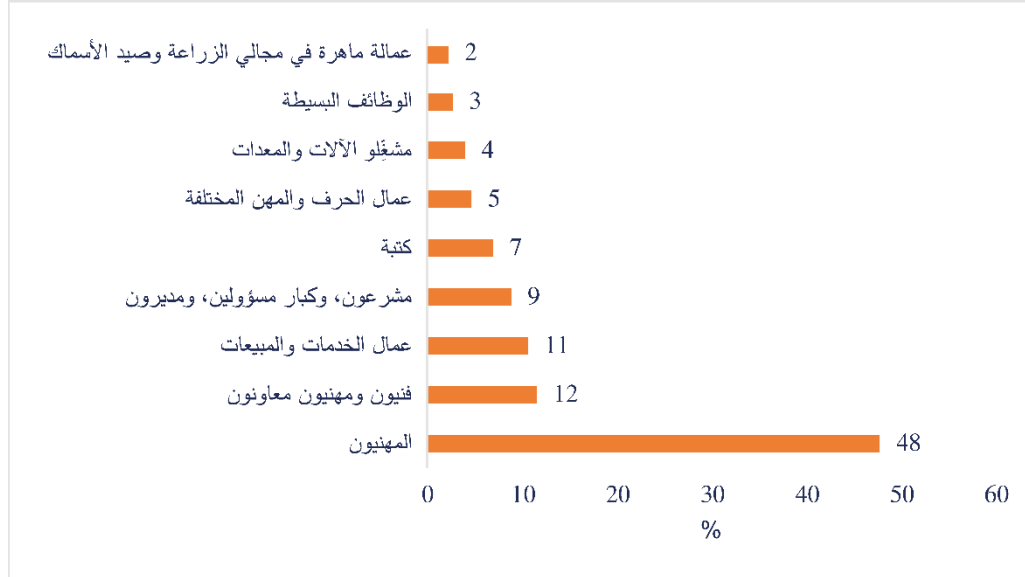
^{٣٦} وفقاً لمسح القوى العاملة لعام ٢٠١٩، كان ٤٨٪ من الخريجين الجدد (١٥-٢٩ عاماً) الحاصلين على شهادات جامعية في الآداب والدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية والتربية عاطلين عن العمل، وهو أعلى معدل بطالة بين جميع خريجي التعليم العالي الجدد.

الشكل ٥- ١٥. نسبة عدد الخريجين حسب مجال الدراسة إلى الإجمالي، ٢٠١٨ - ٢٠١٩



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠٢٠ ب. النشرة السنوية لخريجي التعليم العالي والدرجات العلمية العليا ٢٠١٩.

الشكل ٥- ١٦. العمل حسب نوع الوظيفة بين خريجي التعليم العالي في ٢٠١٩ (في أوج سن العمل)



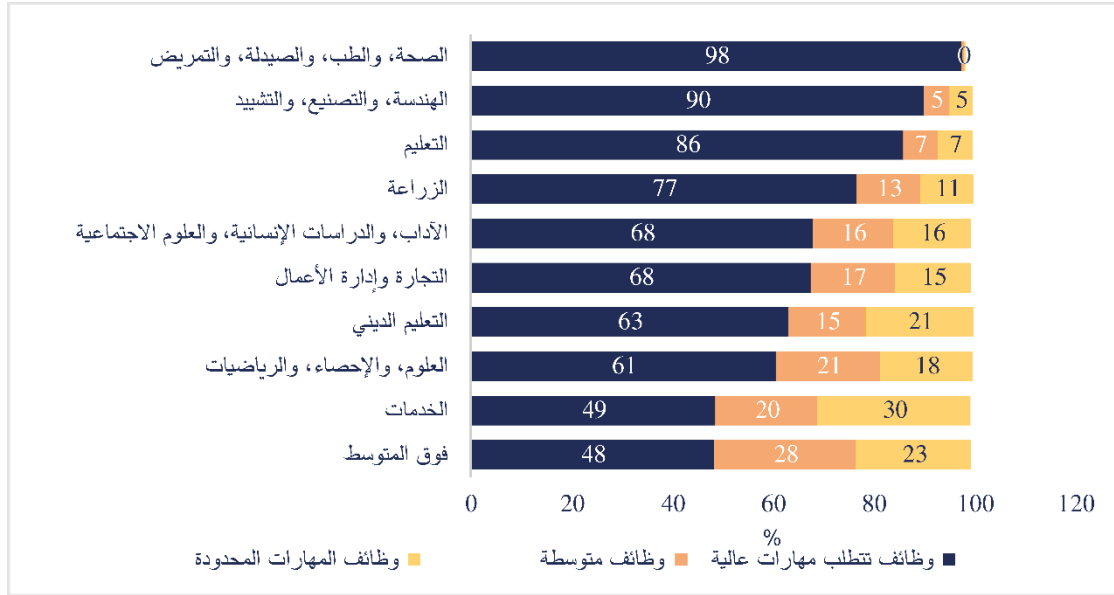
المصدر: مسح القوى العاملة ٢٠١٩، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

٤٤. تعمل نسبة كبيرة من خريجي التعليم العالي في مصر في وظائف أقل من مؤهلاتهم. في عام ٢٠١٩، على سبيل المثال، كان نحو ثلث خريجي التعليم العالي (٣١٪) يعملون في وظائف لا تتطلب مهارات عالية (الشكل ٥- ١٦). وتختلف نسبة الخريجين الذين يعملون في وظائف لا تتناسب مع مهاراتهم بشكل كبير حسب مجالات الدراسة. يقسم الشكل ٥- ١٧ الوظائف إلى ثلاث فئات رئيسية حسب متطلبات التحصيل العلمي والمهارات^{٣٧}: (أ) وظائف تتطلب مهارات عالية، وهي الوظائف التي تتطلب التعليم العالي مثل المُشَرِّعين، وكبار المسؤولين، والمديرين، والمهنيين، والفنيين، والمساعدين؛ (ب) وظائف متوسطة المستوى غالباً ما تتطلب تعليماً فنياً ومهنياً غير جامعي مثل العمال الحرفيين ومشغلي الآلات وموظفي الأعمال الكتابية؛ (ج) وظائف منخفضة المهارات تتطلب تعليماً ثانوياً أو ما دونه، مثل الزراعة، والخدمات، والوظائف البسيطة. ولكل مجال من مجالات الدراسة، يعرض الشكل ٥- ١٧ نسبة التشغيل حسب فئة الوظيفة. وبصفة عامة، توجد أعلى نسبة من الخريجين الذين يعملون في وظائف تتناسب مع ما يتمتعون به من مهارات بين الخريجين الحاصلين على درجات علمية في المجالات

^{٣٧} قد تختلف متطلبات المهارات أيضاً ضمن فئة الوظائف نفسها. على الرغم من ذلك، فإن غالبية الوظائف ضمن الفئة نفسها يكون لها متطلبات متشابهة من حيث مستوى التعليم والمهارات.

ذات الصلة بالصحة والهندسة، مثل الطب والصيدلة والتمريض والتصنيع والإنشاءات. في المقابل، تعمل نسبة كبيرة من الخريجين الحاصلين على درجات علمية في الخدمات والعلوم والتعليم الديني في وظائف متوسطة ومنخفضة المهارات.

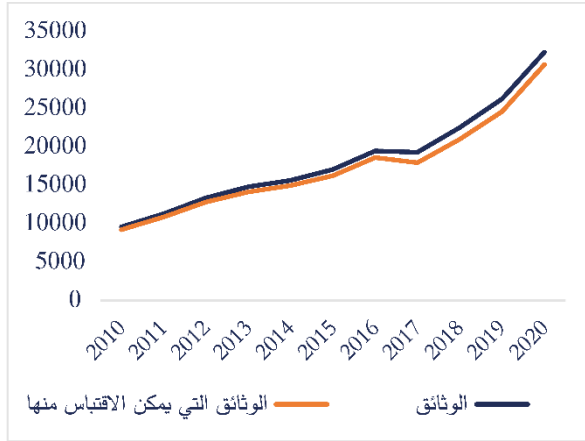
الشكل ٥- ١٧. العمل حسب مجال الدراسة ونوع الوظائف في ٢٠١٩



المصدر: مسح القوى العاملة ٢٠١٩. يتم عرض بيانات السكان في أوج سن العمل (الأفراد من سن ٢٥ إلى ٥٤ عاماً)

٢. الإنتاج البحثي

الشكل ٥- ١٨. عدد الوثائق البحثية والوثائق التي يمكن الاقتباس منها في مصر (٢٠١٠ - ٢٠٢٠)

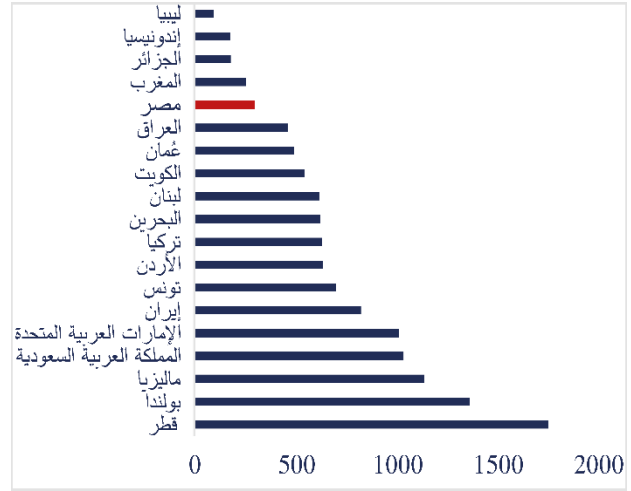


المصدر: مجلة Scimago وتصنيف البلدان لعام ٢٠٢٠. متاح على: <https://www.scimagojr.com/countryrank.php>

٤٥. شهد إنتاج مصر البحثي زيادة كبيرة على مدار العقد الماضي، إلا أن عدم كفاية التمويل لا تزال تمثل عقبة أمام هذا المجال. في عام ٢٠٢٠، بلغ عدد الوثائق التي يمكن الاقتباس منها ٣١ ألف مقال منشور، أي أكثر من ثلاثة أضعاف العدد في عام ٢٠١٠ (٩٢٢١ مقالاً منشوراً). وعلى الرغم من هذه الزيادة الكبيرة، فإن أداء مصر في مجال الإنتاج البحثي أقل من أداء معظم بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عند مقارنته بعدد سكانها الكبير (الشكل ٥- ١٩). ويمكن أن يُعزى ضعف الإنتاج البحثي عالي الجودة إلى عدة عوامل منها نقص التمويل الكافي للأنشطة البحثية (الشكل ٥- ٢٠)، وضعف قدرات أعضاء هيئة التدريس، وسوء حالة التجهيزات الجامعية، والمعامل، والمنشآت الجامعية بصفة عامة (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، ٢٠١٠). وتُعد البيانات الأكثر تفصيلاً عن الإنتاج البحثي، والتمويل، وقدرات أعضاء هيئة التدريس حسب الجامعة أمراً ضرورياً لفهم التحديات التي تعوق الإنتاج البحثي في مصر.^{٣٨}

^{٣٨} في الوقت الحالي، لا توجد بيانات متاحة عن الإنتاج البحثي، والتمويل، وقدرات أعضاء هيئة التدريس حسب الجامعة في مصر.

الشكل ٥- ١٩. عدد الوثائق التي يمكن الاقتباس منها لكل مليون شخص في ٢٠٢٠

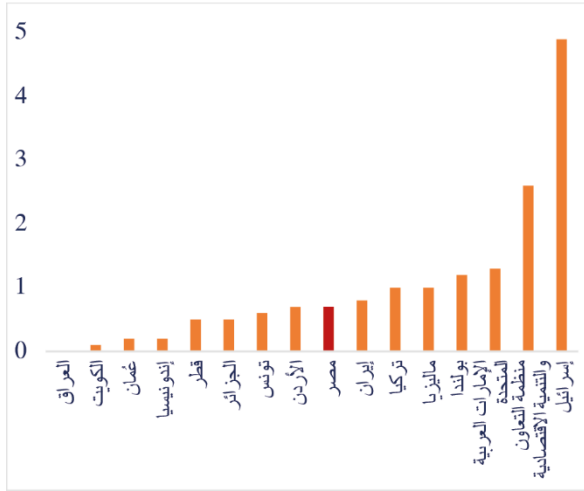


المصدر: مجلة Scimago وتصنيف البلدان لعام ٢٠٢٠. متاح على: <https://www.scimagojr.com/countryrank.php>

٣. تصنيفات الجامعات

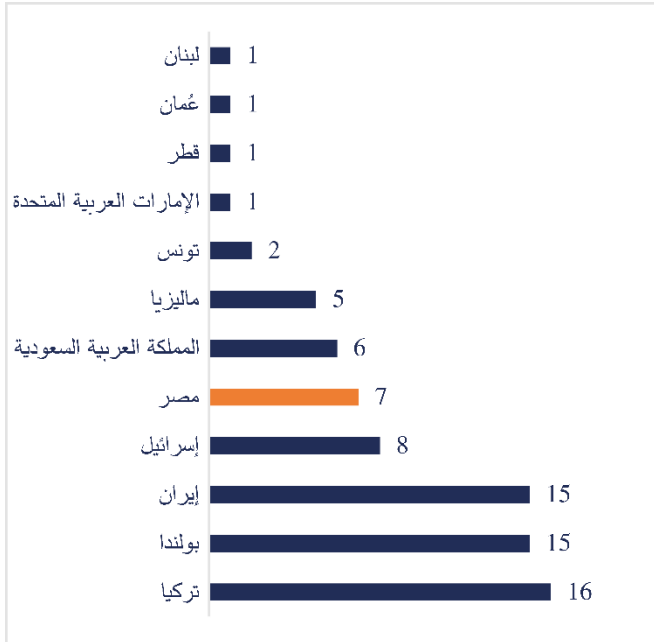
٤٦. غالباً ما تستخدم تصنيفات الجامعات كمؤشر بديل لقياس جودة التعليم العالي على مستوى البلدان. ومع ذلك، توجد عدة قيود على هذه التصنيفات، مثل الميل إلى التركيز على العلوم التطبيقية، والاختيار العشوائي للأوزان والمؤشرات، وأوجه عدم الاتساق العام في تصنيف الجامعات على مستوى المؤشرات المختلفة. وبسبب هذه القيود، يجب توخي الحذر عند تفسير نتائج هذه التصنيفات. وعلى الرغم من ذلك، تظهر بعض الجامعات المصرية ضمن أفضل ألف جامعة في جميع التصنيفات الأربع الكبرى للجامعات، بما في ذلك التصنيف الأكاديمي لجامعات العالم (تصنيف شنغهاي)، وتصنيف مجلة تايمز للتعليم العالي للجامعات العالمية، وتصنيف كيو إس لجامعات العالم، وتصنيف ويبوميتركس. على سبيل المثال، في عام ٢٠٢١، جاءت ٧ جامعات مصرية ضمن أفضل ألف جامعة في تصنيف شنغهاي، و١٢ جامعة ضمن أفضل ألف جامعة في تصنيف تايمز، و٤ جامعات ضمن أفضل ألف جامعة في تصنيف كيو إس، و٣ جامعات ضمن أفضل ألف جامعة في تصنيف ويبوميتركس. في هذا الصدد، تتفوق مصر في الأداء على معظم البلدان في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عدد الجامعات المصنفة ضمن أفضل ألف جامعة في جميع التصنيفات الرئيسية الأربعة، ولكنها لا تزال متراجعة عن بلدان المنطقة عالية الأداء مثل إيران وإسرائيل، وأيضاً البلدان الطموحة خارج المنطقة مثل بولندا وتركيا.

الشكل ٥- ٢٠. الإنفاق على البحوث والتطوير (% من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء

الشكل ٥- ٢١. عدد الجامعات المصرية التي تدخل ضمن أفضل ألف جامعة في التصنيف الأكاديمي لجامعات العالم (تصنيف شنغهاي) في ٢٠٢٠-٢٠٢١



المصدر: التصنيف الأكاديمي لجامعات العالم (تصنيف شنغهاي). متاح على: <http://www.shanghairanking.com>

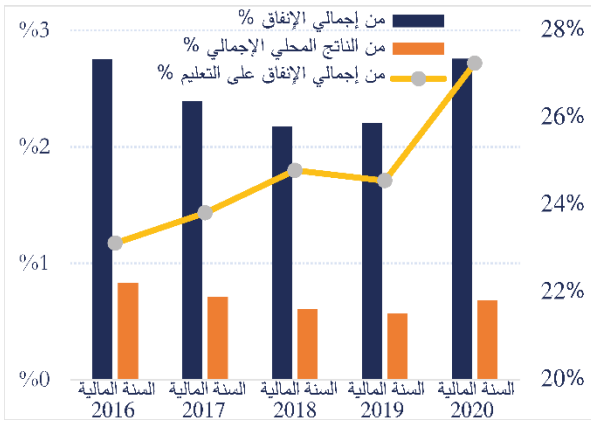
ج. الكفاية والكفاءة والعدالة في تخصيص الموارد

٤٧. يستحوذ الإنفاق على التعليم العالي على نسبة كبيرة من إجمالي الإنفاق على التعليم، ولكنه يظل غير كافٍ، مع اتجاه لتقليص الإنفاق الحقيقي لكل طالب. وسيكون للاستثمار الكبير في إنشاء جامعات تكنولوجية وجامعات أهلية جديدة غير هادفة للربح، إلى جانب انخفاض الإنفاق الحكومي الحقيقي على الأجور، آثار كبيرة على هذا القطاع. وتنعكس أوجه عدم العدالة في إتاحة الالتحاق بالتعليم العالي فجوة اجتماعية واقتصادية كبيرة.

١. الإنفاق الحكومي على التعليم العالي^{٣٩}

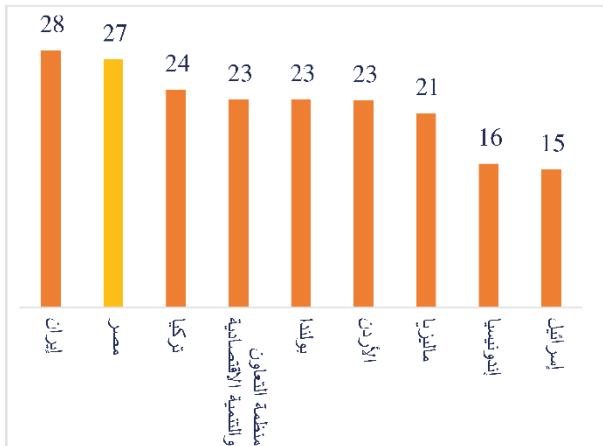
٤٨. بعد عدة سنوات من التراجع، بدأ الإنفاق الحكومي على التعليم العالي في الارتفاع، لكنه لا يزال أقل مما هو عليه في البلدان المماثلة في المنطقة. وفي السنة المالية ٢٠٢٠، وصل هذا الإنفاق إلى ٠,٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي،^{٤٠} بعد أن كان ٠,٦٪ في السنة المالية ٢٠١٩. وعلى الرغم من تلك الزيادة، لا تزال نسبة الإنفاق على التعليم العالي، بالنسبة إلى حجم الاقتصاد، أقل من مستويات عام ٢٠١٦ (الشكل ٥-٢٢). علاوة على ذلك، فإن إنفاق مصر على التعليم العالي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي أقل من متوسط النسبة في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، وهو أيضاً أقل من إنفاق البلدان المماثلة في المنطقة والنظراء الطموحين مثل بولندا وماليزيا (الشكل ٥-٢٣).

الشكل ٥-٢٢. نسبة الإنفاق على التعليم العالي



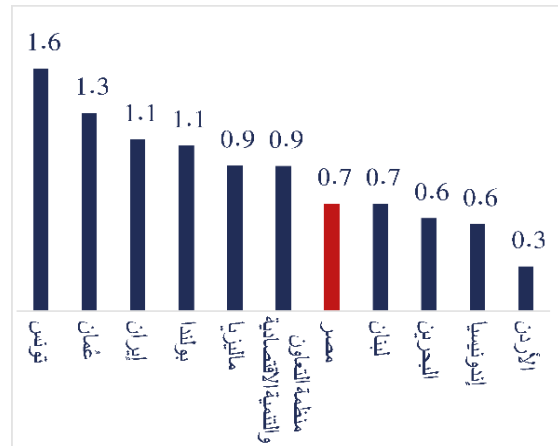
المصدر: حسابات فريق عمل البنك الدولي استناداً إلى بيانات وزارة المالية وإحصاءات التعليم، البنك الدولي.

الشكل ٥-٢٤. الإنفاق على التعليم العالي (% من إجمالي الإنفاق على التعليم، ٢٠٢٠ أو أحدث سنة)



المصدر: حسابات فريق عمل البنك الدولي استناداً إلى بيانات وزارة المالية وإحصاءات التعليم، البنك الدولي.

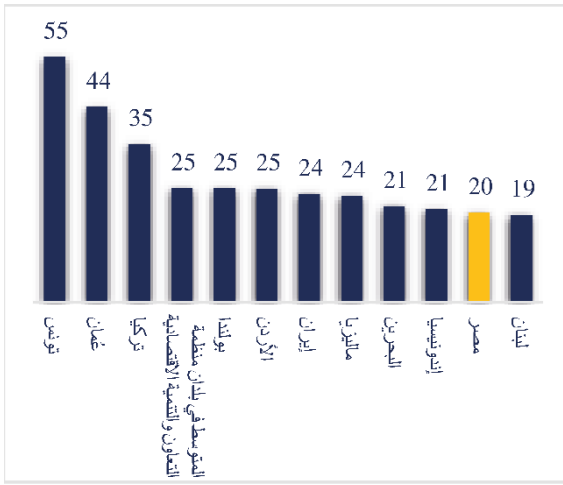
الشكل ٥-٢٣. الإنفاق على التعليم العالي (% من الناتج المحلي الإجمالي، ٢٠٢٠ أو أحدث سنة)



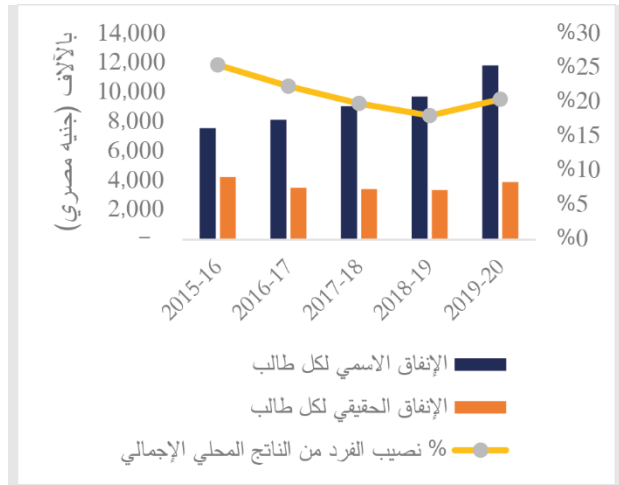
^{٣٩} يعتمد تحليل الإنفاق على التعليم العالي على التصنيف الوظيفي للموازنة الوطنية، التي تضم ٣٣ كياناً للتعليم العالي على النحو التالي: ٢٩ جامعة (بما في ذلك فروع الجامعات)، وجامعة الأزهر، ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، والمجلس الأعلى للجامعات، وأكاديمية السادات للعلوم الإدارية. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن مخصص التعليم العالي وفقاً للدستور يتجاوز التصنيف الوظيفي ليشمل الإنفاق على الكيانات الأخرى مثل الدفاع والنظام العام، والكيانات المملوكة للدولة، والمستشفيات الجامعية. ^{٤٠} ينص الدستور المصري لعام ٢٠١٤ على تخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للتعليم الجامعي لا تقل عن ٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي.

٤٩. بينما يستحوذ التعليم العالي على نسبة معقولة من إجمالي الإنفاق على التعليم^{٤١}، فإن المستويات الحالية للإنفاق منخفضة بالفعل مقارنة بالبلدان الأخرى في المنطقة. ويرجع ذلك إلى انخفاض الإنفاق على التعليم في مصر، مقارنة بحجم الاقتصاد، والتوسع السريع في معدلات الالتحاق^{٤٢}. وعلى وجه التحديد، بينما زاد الإنفاق لكل طالب بشكل كبير بالقيمة الاسمية على مدى السنوات الخمس الماضية، فإن الإنفاق الحقيقي لكل طالب^{٤٣} أخذ في الانخفاض نتيجة للتضخم^{٤٤}. وبين السنتين الماليتين ٢٠١٦ و ٢٠٢٠، زاد الإنفاق الاسمي لكل طالب من ٧٥٨١ جنيهاً إلى ١١٨٤٧ جنيهاً، في حين انخفض الإنفاق الحقيقي من ٤٢٤٨ جنيهاً إلى ٣٩٠٨ جنيهاً. علاوة على ذلك، في السنة المالية ٢٠١٦ شكّل الإنفاق لكل طالب ٢٥٪ من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. وبحلول السنة المالية ٢٠٢٠، انخفضت هذه النسبة إلى ٢٠٪ (الشكل ٥-٢٥). وتُعد نسبة الإنفاق لكل طالب من إجمالي الإنفاق على التعليم العالي في مصر ثاني أدنى نسبة في المنطقة (الشكل ٥-٢٦).

الشكل ٥-٢٦. الإنفاق على التعليم العالي لكل طالب كنسبة مئوية من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في ٢٠١٩ (أو أحدث سنة)



الشكل ٥-٢٥. إجمالي الإنفاق لكل طالب في مصر



المصدر: قاعدة بيانات وزارة المالية وقاعدة بيانات إحصاءات التعليم، البنك الدولي.

٥٠. تعتمد الجامعات الحكومية في العادة بشدة على التمويل الحكومي لتغطية نفقاتها. ففي السنة المالية ٢٠٢٠ على سبيل المثال، شكلت الأموال التي حصلت عليها الجامعات الحكومية من الخزنة العامة، في المتوسط، ٨٤٪ من إجمالي إيراداتها. ومع ذلك، يوجد تباين كبير بين الجامعات في اعتمادها على التمويل الحكومي. وعادة ما تعتمد الجامعات التي ترتفع فيها معدلات الالتحاق، مثل جامعات القاهرة والإسكندرية وعين شمس والمنصورة، بشكل أقل على التمويل الحكومي نظراً لحصتها الكبيرة نسبياً من المنح المالية، والموارد الذاتية، والصناديق الخاصة. وفي السنة المالية ٢٠٢٠، وفرت الصناديق الخاصة أكثر من ثلث إجمالي الإيرادات في جامعة القاهرة (٣٤٪)، و٣٧٪ في جامعة الإسكندرية، و٣٠٪ في جامعة عين شمس، و٣٢٪ في جامعة المنصورة. وفي معظم الجامعات، شكلت الموارد الذاتية^{٤٥} نسبة ضئيلة من الإيرادات. وتمثلت الاستثناءات الوحيدة بشأن نسبة الموارد الخاصة من إجمالي الإيرادات في جامعة مطروح حيث بلغت ١٤٪، وجامعة القاهرة حيث بلغت ٦٪، وجامعة العريش حيث بلغت ٤٪.

^{٤١} كنسبة من إجمالي الإنفاق على التعليم، زاد الإنفاق على التعليم العالي على نحو مطرد على مدى السنوات الخمس الماضية، ليصل إلى ٢٧٪ في السنة المالية ٢٠٢٠. وتُعد هذه النسبة من أعلى النسب في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، من بين البلدان التي تتوفر عنها بيانات، مما يشير إلى الأولوية القصوى للتعليم العالي في موازنة التعليم (الشكل ٥-٢٤).

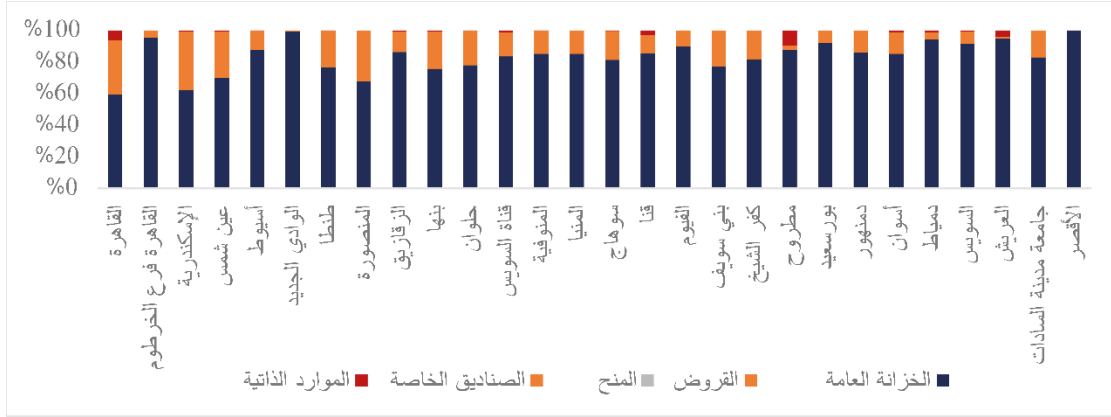
^{٤٢} كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، يُعد إجمالي الإنفاق على التعليم في مصر أقل من مثيله في معظم بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي تتوفر عنها بيانات.

^{٤٣} يتم حساب الإنفاق الحقيقي باستخدام الأسعار الثابتة في عام ٢٠١٠.

^{٤٤} بين عامي ٢٠١٦ و ٢٠٢٠، تراوح معدل التضخم السنوي بين ٥٪ و ٣٠٪، بمتوسط ١٤٪. وتُستخدم البيانات الخاصة بمؤشر أسعار المستهلك لحساب معدل التضخم، مع اعتبار ٢٠١٠ سنة الأساس (صندوق النقد الدولي ٢٠٢٠).

^{٤٥} تشمل أمثلة الموارد الخاصة بالإيرادات من البرامج الدراسية التي تنفذها الجامعة والأنشطة الأخرى المدرة للدخل مثل مبيعات الخدمات.

الشكل ٥- ٢٧. مصادر التمويل حسب الجامعة في السنة المالية ٢٠٢٠



المصدر: وزارة المالية.

٢. اتجاهات الإنفاق الحكومي

٥١. يُعد التوسع الكبير في الإنفاق الرأسمالي في السنة المالية ٢٠٢٠ من السمات الرئيسية للإنفاق الحكومي على التعليم العالي في مصر. خلال تلك السنة، بلغ إجمالي الإنفاق الحقيقي على الاستثمار الرأسمالي ٤,١ مليارات جنيه، بزيادة هائلة من ١,٩ مليار جنيه في السنة المالية ٢٠١٩. كما زاد الإنفاق الرأسمالي كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على التعليم العالي ومقارنة بحجم الاقتصاد. فقد ارتفع الإنفاق الرأسمالي على التعليم العالي من ١٨٪ في السنة المالية ٢٠١٧ ليستحوذ على نحو ثلث (٣١٪) من إجمالي الإنفاق على التعليم العالي في السنة المالية ٢٠٢٠. وجاءت تلك الزيادة الهائلة في الإنفاق الرأسمالي مدفوعة إلى حد كبير بالاستثمارات الضخمة في كل من الجامعة المصرية اليابانية للعلوم والتكنولوجيا^{٤٦} وإنشاء وزارة التعليم العالي والبحث العلمي الجامعات التكنولوجية^{٤٧} والأهلية الجديدة غير الهادفة للربح. وفي السنة المالية ٢٠٢٠، بلغ نصيب وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والجامعة المصرية اليابانية للعلوم والتكنولوجيا ما مجموعه ٦,٢ مليارات جنيه من الإنفاق الرأسمالي، وهو أكثر من ٥٠٪ من إجمالي الإنفاق الحكومي على الاستثمارات الرأسمالية خلال ذلك العام^{٤٨}.

٥٢. إن ضخ استثمارات كبيرة في إنشاء جامعات تكنولوجية وأهلية جديدة غير هادفة للربح سترتب عليه آثارا كبيرة على إدارة قطاع التعليم العالي وتمويله وهيكله. من الناحية النظرية، فإن توسيع نطاق إتاحة الالتحاق بهذه الجامعات له العديد من الفوائد المحتملة بما في ذلك توفير مزيد من فرص التعليم للطلاب، وتقليل الضغط على المؤسسات الحكومية، وزيادة القدرة التنافسية الشاملة لقطاع التعليم العالي. ويتطلب تحقيق هذه الفوائد وضع تدابير لضمان تحقيق عدالة الفرص في الالتحاق بالجامعات الجديدة لتجنب تفاقم الفجوات الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة بالفعل في معدلات الالتحاق بالتعليم العالي^{٤٩}، وزيادة قدرة الجامعات الحكومية على منافسة الجامعات الجديدة، خاصة فيما يتعلق بتعيين أعضاء هيئة التدريس والحفاظ على استمرارهم في العمل فيها^{٥٠}.

^{٤٦} تأسست الجامعة المصرية اليابانية للعلوم والتكنولوجيا بالتعاون بين حكومي مصر واليابان في عام ٢٠١٠.

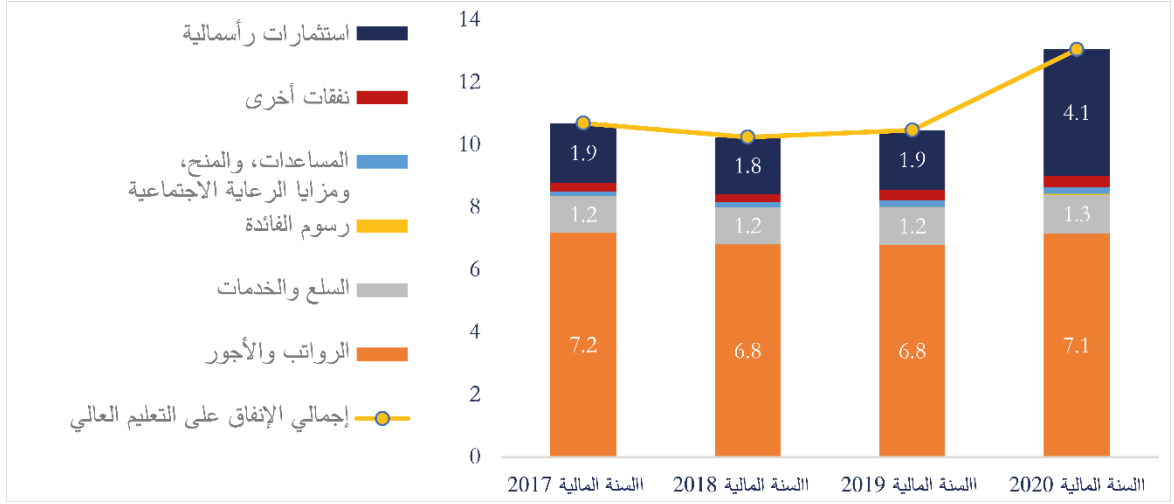
^{٤٧} تستهدف الجامعات التكنولوجية الجديدة بصفة أساسية طلاب التعليم الفني والمهني ونسبة قليلة من الطلاب الذين أتموا مرحلة الثانوية العامة. وبدأ فتح باب الالتحاق ببعض هذه الجامعات في العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠.

^{٤٨} استثمارات وزارة التعليم العالي والبحث العلمي تشكل جزءاً من خطة إستراتيجية لتوسيع نطاق إتاحة الالتحاق بالتعليم العالي. وفقاً لخطة الاستثمار المعتمدة، خلال فترة السنوات الأربع بين ٢٠١٩ و ٢٠٢٢، من المتوقع أن تنفق وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ٤,٦ مليارات جنيه لإنشاء ٩ جامعات تكنولوجية جديدة، و ٣,٢ مليارات جنيه لإنشاء ١٥ جامعة أهلية غير هادفة للربح.

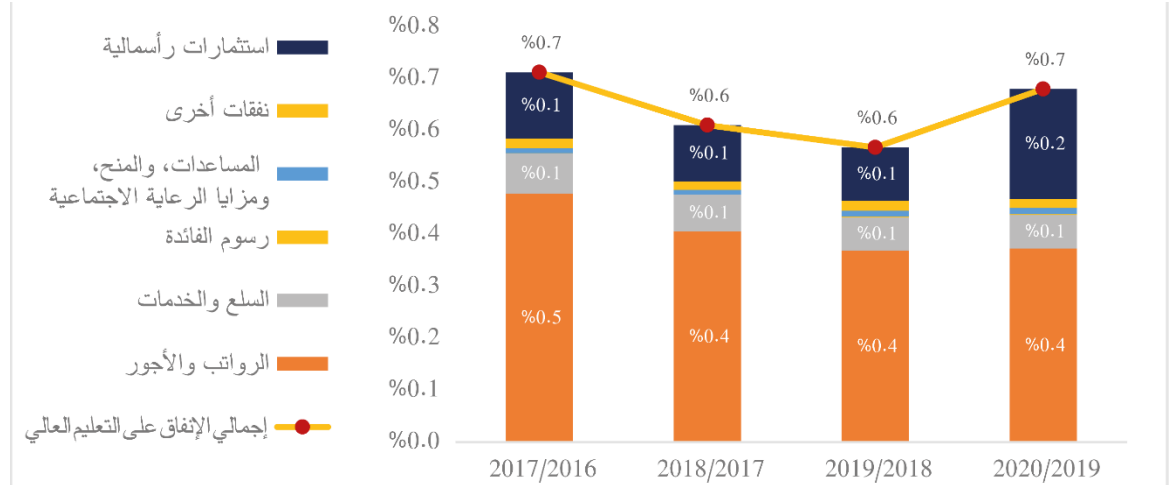
^{٤٩} يرجع ذلك إلى ارتفاع تكلفة الالتحاق بهذه الجامعات وعدم وجود نظام شامل للمساعدات المالية للطلاب. على سبيل المثال، في العام الدراسي ٢٠٢١-٢٠٢٢، تراوحت الرسوم الدراسية في الجامعات الأهلية غير الهادفة للربح بين ٣١ ألف جنيه و ١٠٥ آلاف جنيه.

^{٥٠} يمكن القيام بذلك عن طريق زيادة كل من أجور أعضاء هيئة التدريس ومخصصات الإنفاق المتكرر على الجامعات الحكومية لزيادة قدرتها التنافسية والحد من إفراغها من "أفضل العناصر" من أعضاء هيئة التدريس الموهوبين.

الشكل ٥- ٢٨. الإنفاق الحكومي الحقيقي على التعليم العالي، التصنيف الاقتصادي، بالمليار جنيه



الشكل ٥- ٢٩. الإنفاق الحكومي على التعليم العالي، والتصنيف الاقتصادي، كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي



المصدر: حسابات فريق البنك الدولي استناداً إلى قاعدة بيانات وزارة المالية، وتقرير آفاق الاقتصاد العالمي، صندوق النقد الدولي. يتم حساب الإنفاق الحكومي الحقيقي باستخدام الأسعار الثابتة في عام ٢٠١٠.

٥٣. **وبعكس الإنفاق الرأسمالي، فقد انخفض الإنفاق الحكومي الحقيقي على الأجور بشكل طفيف خلال السنوات الأربع الماضية،** من ٧,٢ مليارات جنيه في السنة المالية ٢٠١٧ إلى ٧,١ مليارات جنيه في السنة المالية ٢٠٢٠^١. وبسبب الزيادة الكبيرة في الإنفاق الرأسمالي، انخفضت نسبة الإنفاق على الرواتب والأجور بشكل كبير خلال الفترة نفسها، من ٦٧٪ إلى ٥٥٪ من إجمالي الإنفاق على التعليم العالي، وهو ما يعادل انخفاضاً من ٠,٥٪ إلى ٠,٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي^٢.

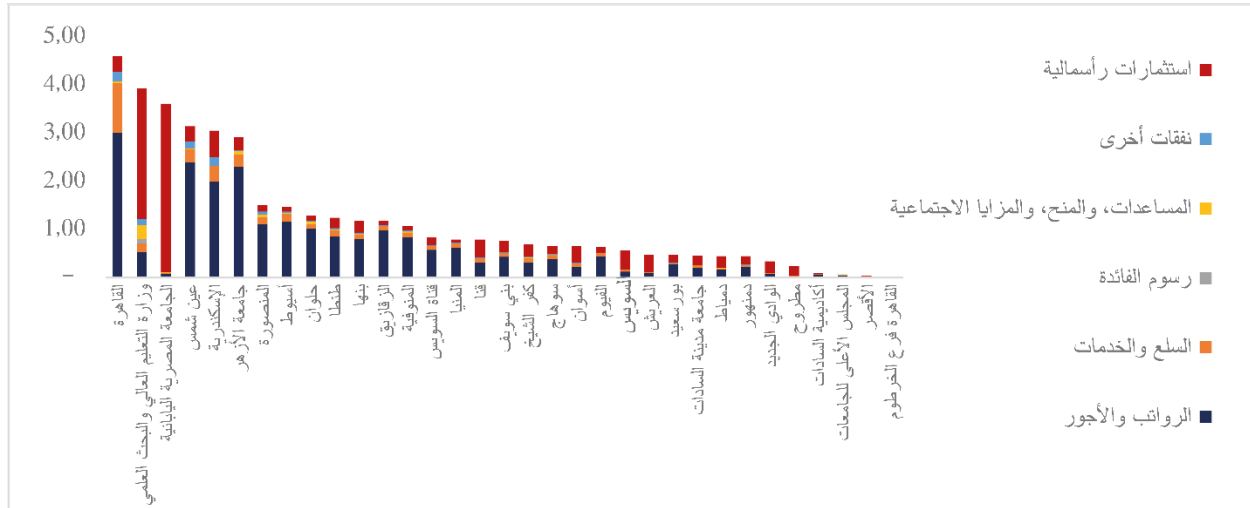
٥٤. **تختلف نسبة الرواتب والأجور اختلافاً كبيراً على مستوى المؤسسات بسبب التباين في معدل التحاق الطلاب، وعدد أعضاء هيئة التدريس، والإنفاق الرأسمالي.** على سبيل المثال، في السنة المالية ٢٠٢٠، استحوذت الرواتب والأجور على الجزء الأكبر من الإنفاق على التعليم العالي في الجامعات التي سجلت أعلى معدلات التحاق للطلاب، مثل جامعة الزقازيق وجامعة حلوان وجامعة أسيوط وجامعة عين شمس. في المقابل، كانت نسبة الرواتب والأجور أقل في الجامعات المنشأة حديثاً في المحافظات الحدودية، مثل جامعة مطروح،

^١ تشمل هذه الفئة الرواتب والأجور لكل من أعضاء هيئة التدريس والإداريين. وتُظهر البيانات المتاحة من وزارة المالية أن الإداريين حصلوا على ٤٠٪ من إجمالي الإنفاق على الرواتب والأجور في ٢٠١٩-٢٠٢٠. وهذه النسبة هي نفسها في جميع الجامعات الحكومية.

^٢ يذهب جزء بسيط من الإنفاق على الرواتب والأجور إلى الرواتب الأساسية. وفي العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، على سبيل المثال، شكل الإنفاق على الرواتب الأساسية ثلث (٣٢٪) إجمالي الإنفاق على الأجور، بما يتراوح بين ١١٪ في الجامعة المصرية اليابانية للعلوم والتكنولوجيا و ٤٧٪ في جامعة أسيوط. وفي المقابل، شكلت مزايا العاملين، مثل المكافآت / الحوافز، والمزايا العينية الجزء الأكبر من الإنفاق على الرواتب والأجور (٥٩٪) في العام نفسه.

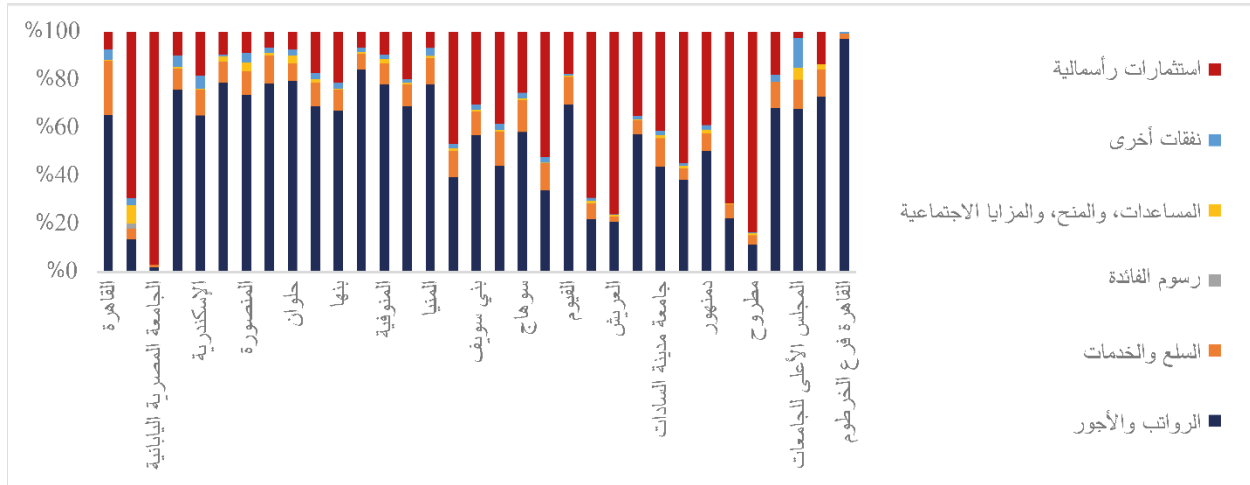
وجامعة العريش، وجامعة الوادي الجديد. وتنخفض معدلات الالتحاق بهذه الجامعات، في حين ترتفع مستويات الإنفاق الرأسمالي. على سبيل المثال، شكلت الرواتب والأجور ١١٪ فقط من الإنفاق في جامعة مطروح، و ٢١٪ في جامعة العريش، و ٢٢٪ في جامعة الوادي الجديد.

الشكل ٥- ٣٠. الإنفاق على التعليم العالي حسب الجامعة - التصنيف الاقتصادي



حسابات فريق البنك الدولي استناداً إلى قاعدة بيانات وزارة المالية

الشكل ٥- ٣١. الإنفاق على التعليم العالي حسب المؤسسة - التصنيف الاقتصادي



حسابات فريق البنك الدولي استناداً إلى قاعدة بيانات وزارة المالية.

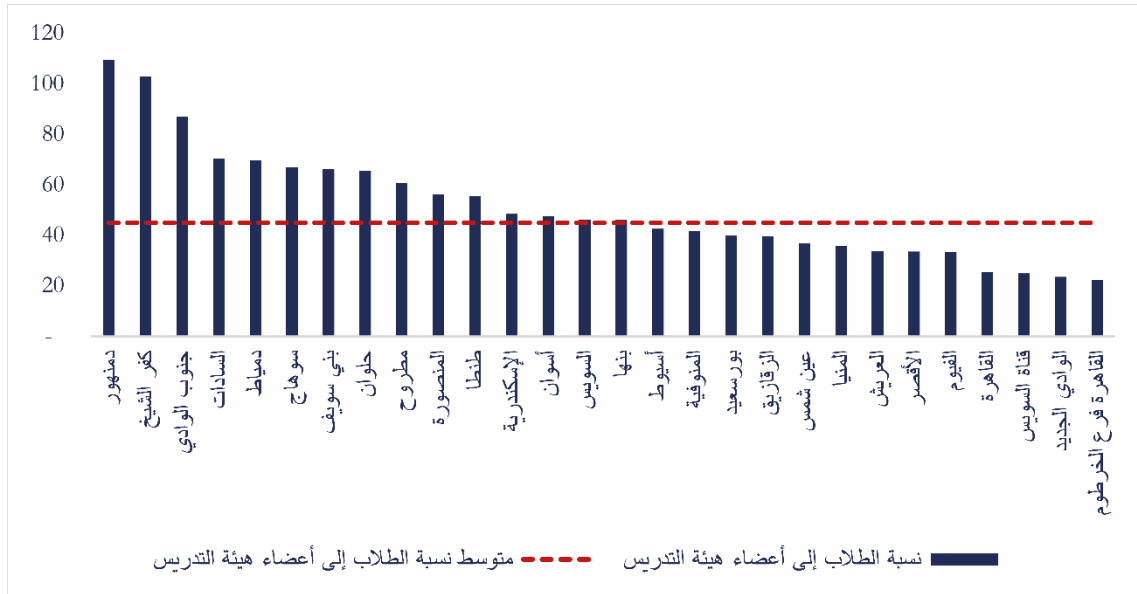
٣. كفاءة الإنفاق على التعليم العالي

٥٥. يؤدي الاختلال بين معدل التحاق الطلاب وعدد أعضاء هيئة التدريس في الجامعات والكليات الحكومية، بالإضافة إلى التباين الكبير في الإنفاق لكل طالب، إلى حالات من عدم الكفاءة. وتفتقر غالبية الجامعات الحكومية إلى الكفاءة، ويمكن أن يبقى عدد الخريجين كما هو دون نقص حتى وإن تم تخفيض مواردها بمقدار النصف.

٥٦. تعكس الاختلافات في نسب الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس بين الجامعات بعض أوجه القصور في تخصيص موارد التعليم العالي. فعلى مستوى التعليم العالي، فإن متوسط نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس (نسبة الطلاب لكل عضو هيئة تدريس)^{٥٣} البالغ ٤٥ يخفي تبايناً كبيراً بين الجامعات الحكومية والكليات. وتقترب نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس في جامعة الإسكندرية (1:48)، على سبيل المثال، من ضعف النسبة في جامعة القاهرة (1:25)، على الرغم من أن الجامعتين لديهما نسبة متماثلة إلى حد كبير من الالتحاق بالتعليم العالي (٨٪). وبالمثل، تتساوى نسبة الالتحاق بجامعات المنيا، وسوهاج، وجنوب الوادي (٣٪) من معدل الالتحاق الإجمالي، إلا أن نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس مختلفة تماماً فيها (الشكل ٥-٣٢).

٥٧. يرجع التباين في نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس إلى الاختلافات بين الجامعات في عدد أعضاء هيئة التدريس، ونوع البرامج المقدمة وعددها، وأوجه القصور العامة في تخصيص الموارد. على سبيل المثال، يوجد عدم اتساق بين معدلات التحاق الطلاب وعدد أعضاء هيئة التدريس في العديد من الجامعات الحكومية. في العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، لم تتجاوز نسبة الالتحاق بجامعة القاهرة ٨٪ من إجمالي معدلات الالتحاق بالتعليم العالي، في حين كان لديها ١٥٪ من إجمالي عدد أعضاء هيئة التدريس في الجامعات الحكومية. وفي المقابل، بلغت نسبة الالتحاق بجامعة حلوان ٩٪، مع وجود ٦٪ فقط من إجمالي أعضاء هيئة التدريس.

الشكل ٥- ٣٢. نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس حسب الجامعة في ٢٠١٩-٢٠٢٠



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠٢٠ أ. النشرة السنوية للطلاب المقيد وأعضاء هيئة التدريس للتعليم العالي ٢٠١٩-٢٠٢٠

٥٨. تختلف أيضاً نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس بشكل كبير على مستوى الكليات. وترتفع نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس ارتفاعاً كبيراً، في المتوسط، في كليات الحقوق والتجارة مقارنة بالكليات الأخرى، مما يشير إلى مستوى أعلى من ازدهار قاعات الدراسة. وفي العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، على سبيل المثال، بلغت النسبة ٣٧٢ طالباً لكل عضو هيئة تدريس في كلية التجارة، و ٦٢١ طالباً لكل عضو هيئة تدريس في كلية الحقوق. في المقابل، كانت نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس ١:١٨ في كلية طب الأسنان، و ١:١٧ في كلية الطب البيطري، و ١:٥ فقط في كلية الطب البشري.^{٥٤} ويأتي هذا الاختلاف في نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس على مستوى الكليات نتيجة في المقام الأول لأوجه الاختلال في الالتحاق بتلك الكليات، الناتجة عن طبيعة نظام القبول في الجامعات

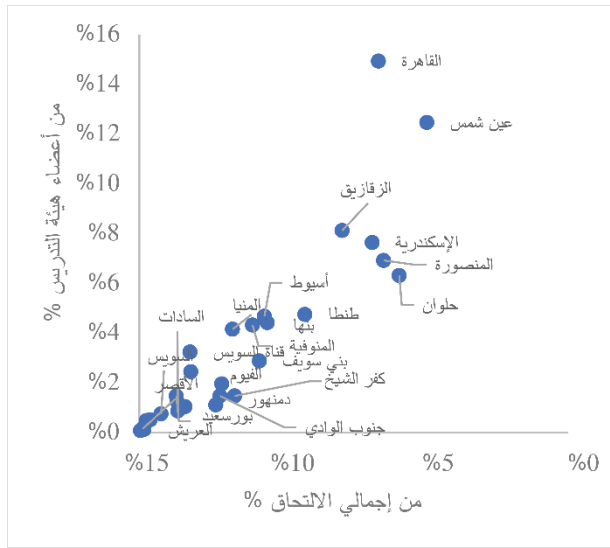
^{٥٣} يشمل هذا الأمر جميع أعضاء هيئة التدريس باستثناء مساعدي التدريس. بالإضافة إلى ذلك، لا تفرق البيانات المتاحة بين أعضاء هيئة التدريس الذين يعملون حالياً ومن هم في إجازة للدراسة أو العمل أو لأسباب شخصية. لذلك، قد تؤدي هذه النسب إلى ظهور الكثافة داخل قاعات الدراسة في الجامعات أقل مما هي عليه في الواقع.

^{٥٤} قد يكون سبب قلة نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس في كليات الطب، خاصة في جامعتي عين شمس والقاهرة، هو وجود عدد كبير من أعضاء هيئة التدريس العاملين في المستشفيات الجامعيين التابعين لهما.

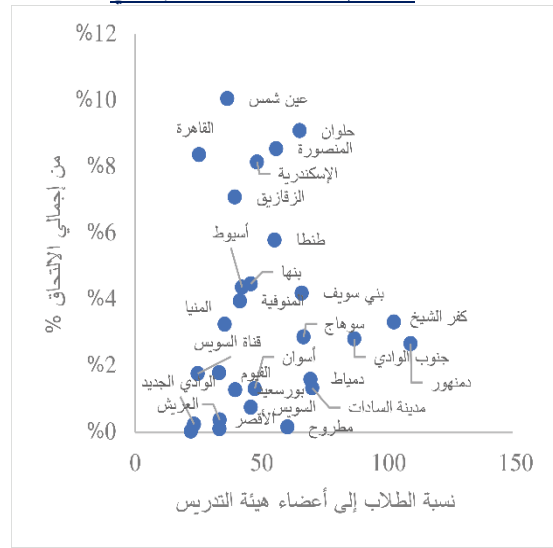
حسب المجموع في المرحلة الثانوية. بطبيعة الحال، لا تقبل كليات الطب والهندسة والصيدلة إلا المتفوقين على أساس مجموعهم في امتحان إتمام الثانوية العامة. وتقبل كليات أخرى، مثل التجارة والحقوق، عشرات الآلاف من الطلاب كل عام بسبب انخفاض شروط القبول من حيث المجموع في امتحان الثانوية العامة.

٥٩. حتى في مجالات الدراسة نفسها، توجد اختلافات جوهريّة في نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس على مستوى الجامعات الحكومية. في العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، تراوحت نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس في كلية الطب من ١:٢ في جامعة عين شمس إلى ١:٦٥ في جامعة كفر الشيخ. وبالمثل، كانت النسبة في كلية طب الأسنان في جامعة القاهرة ١:٧، مقابل ١:١٢٠ في جامعة جنوب الوادي. وتفاوتت نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس في كلية الصيدلة أيضاً من ١:١٧ في جامعة حلوان إلى ١:٢٠٧ في جامعة سوهاج.

الشكل ٥- ٣٤. نسبة الالتحاق وأعضاء هيئة التدريس حسب الجامعة

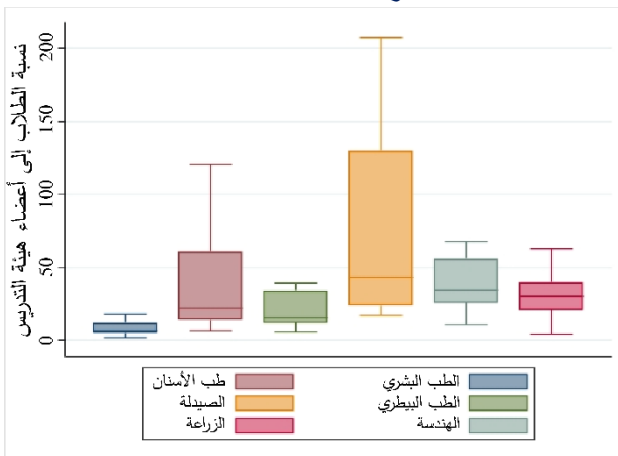


الشكل ٥- ٣٣. نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس وحصلتهم من معدل الالتحاق الإجمالي

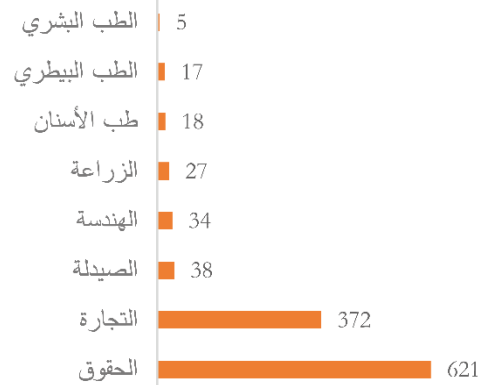


المصدر: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

الشكل ٥- ٣٦. نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس حسب مجال الدراسة ٢٠٢٠-٢٠١٩



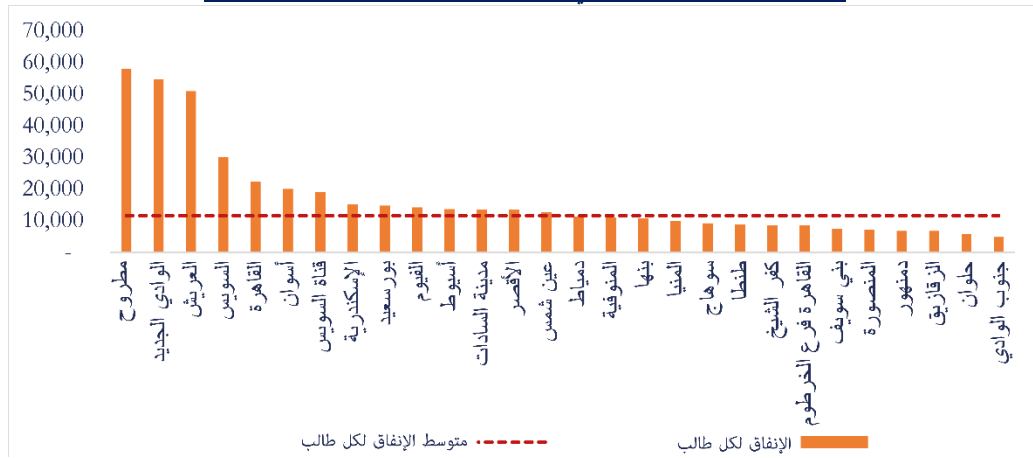
الشكل ٥- ٣٥. نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس في كليات مختارة



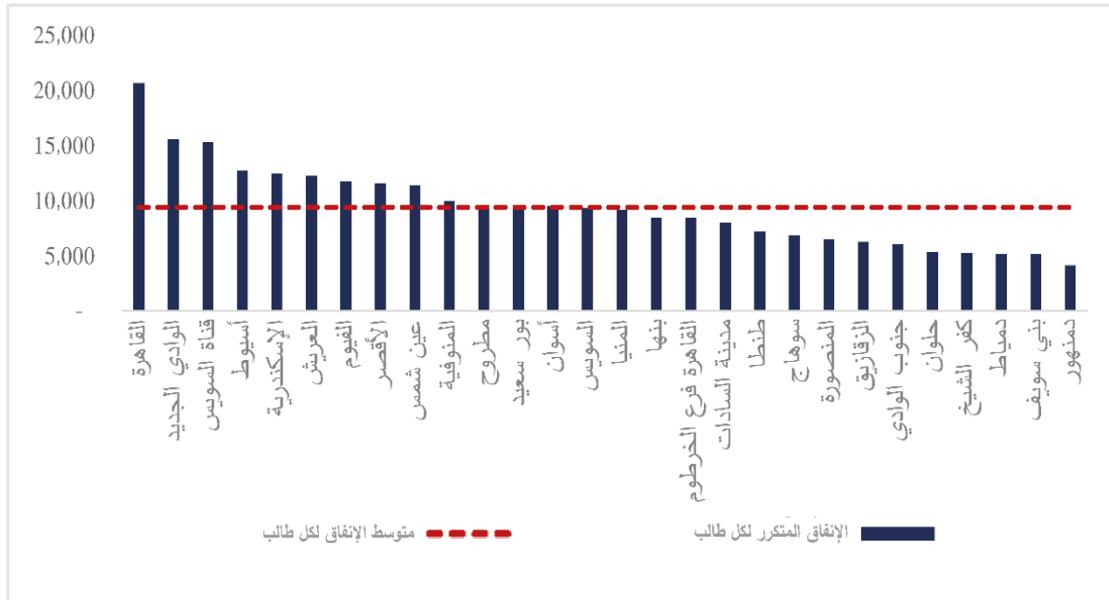
المصدر: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي الشكل ٥. يوضح الشكل ٣٦-٥ متوسط نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس على مستوى الكليات ويوضح الشكل ٣٧-٥ توزيع نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس في الكليات نفسها على مستوى الجامعات، باستخدام شكل إطار. تمثل نقاط نهاية المخطط الإطاري نطاق الملاحظات، وتمثل خطوط الإطار الشرائح المئينية ٢٥ و ٥٠ و ٧٥ التي تتم ملاحظتها.

٦٠. يختلف الإنفاق لكل طالب إلى حد كبير بين الجامعات الحكومية في مصر. في السنة المالية ٢٠٢٠، كان الفارق بين نصيب الطالب في الجامعة الأعلى إنفاقاً (جامعة مطروح) والجامعة الأقل إنفاقاً (جامعة جنوب الوادي) أكثر من ٥٠ ألف جنيه. بصفة عامة، تعكس الاختلافات في تكلفة الوحدة التباين بين الجامعات في مستويات الإنفاق الرأسمالي، وأنواعه، وعدد الكليات / البرامج، ونسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس، وتكاليف تقديم الخدمات بشكل عام. على سبيل المثال، يرجع ارتفاع تكاليف الوحدة في جامعات مطروح (جنيهاً)، والوادي الجديد (٥٤٦٢٤ جنيهاً)، والعريش (٥٠٩٠٧ جنيهاً) في الغالب إلى الإنفاق الرأسمالي الكبير في هذه الجامعات، الذي يمثل ٨٣٪ من إجمالي الإنفاق في جامعة مطروح، و٧١٪ في جامعة الوادي الجديد، و٧٦٪ في جامعة العريش.

الشكل ٥- ٣٧. الإنفاق الحكومي لكل طالب على مستوى الجامعات الحكومية



الشكل ٥- ٣٨. إجمالي الإنفاق المتكرر لكل طالب



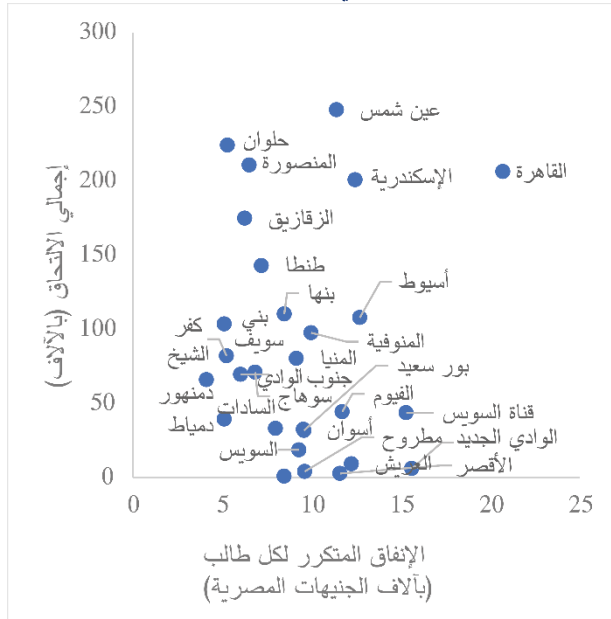
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، ووزارة المالية

٦١. يعكس التباين في تكلفة الوحدة بين الجامعات الحكومية أيضاً أوجه قصور كبيرة في تخصيص الموارد. ولا يوجد اتساق بين الإنفاق على التعليم العالي ومعدلات التحاق الطلاب. يقسم الشكل ٥-٣٩ الجامعات إلى خمس شرائح خُمسية على أساس إجمالي الإنفاق لكل طالب. كما هو مبين، فإن متوسط الإنفاق لكل طالب يزيد في الشريحة الخُمسية الأعلى (١٣٤٩٣ جنيهاً) عن ضعف متوسط الإنفاق

في الشريحة الخمسية الأدنى (٥٩٦٢ جنيتهاً) على الرغم من أن الجامعات في الشريحة الخمسية الأدنى تستحوذ على نسبة أكبر من التحاق الطلاب وعدد أعضاء هيئة التدريس. على سبيل المثال، تمثل الجامعات في الشريحة الخمسية الأعلى ١٠٪ فقط من معدل الالتحاق الإجمالي، ولكنها تمثل أكثر من ٢٠٪ من إجمالي الإنفاق على التعليم العالي. في المقابل، شكلت الجامعات في الشريحة الخمسية الأدنى ٣٢٪ من معدل الالتحاق، و١٨٪ فقط من الإنفاق على التعليم العالي. وتُظهر البيانات على مستوى الجامعات اختلالاً مشابهاً بين الإنفاق لكل طالب ومعدل التحاق الطلاب (الشكل ٥-٤٠).

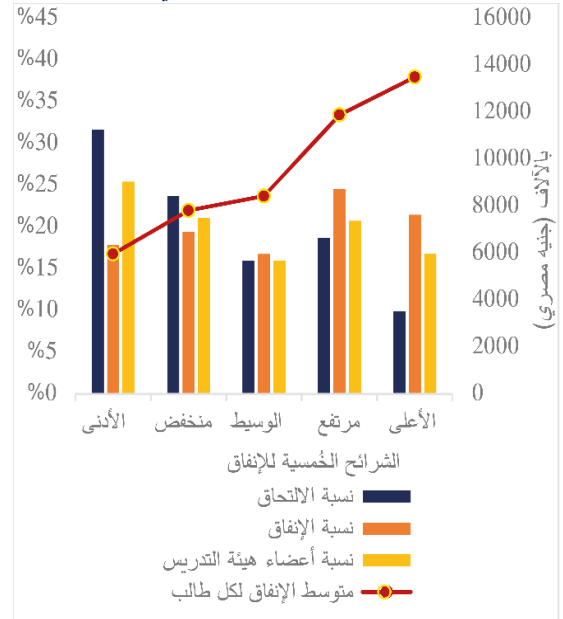
الشكل ٥-٤٠. الإنفاق المتكرر لكل طالب وإجمالي

الالتحاق في ٢٠٢٠-٢٠١٩



الشكل ٥-٣٩. نسبة الالتحاق، وأعضاء هيئة التدريس،

والإنفاق حسب الشريحة الخمسية للإنفاق في ٢٠٢٠-٢٠١٩



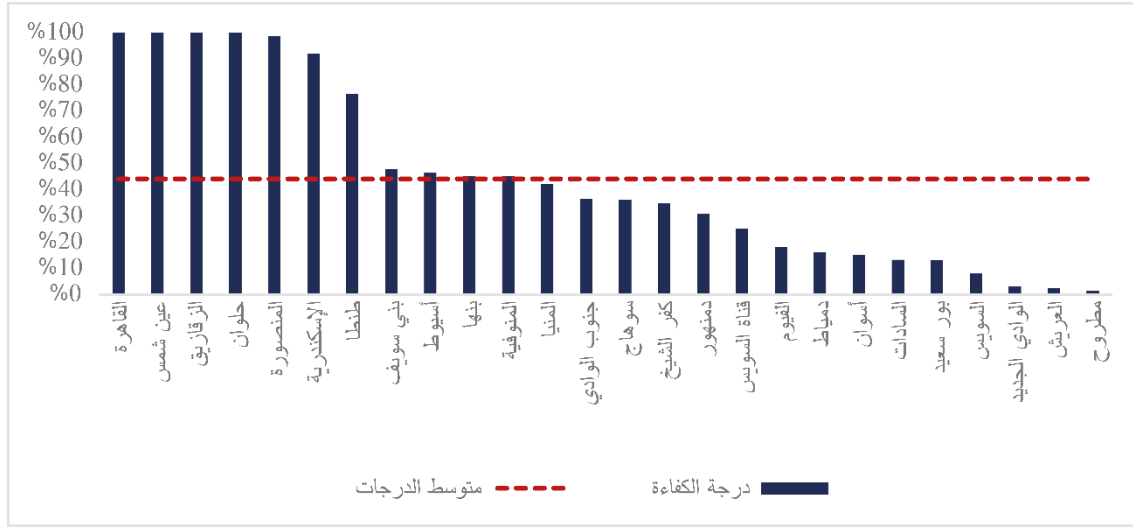
المصدر: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، ووزارة المالية

٦٢. تم استخدام التحليل التطويقي للبيانات^{٥٥} لتقييم الكفاءة الداخلية للجامعات الحكومية في مصر. واستند تحليل تطويق البيانات إلى مؤشرين للمدخلات (إجمالي الإنفاق لكل طالب ونسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس) ومؤشر واحد للمخرجات (عدد الخريجين). تظهر نتائج هذا التحليل حالات من عدم الكفاءة على نطاق واسع بين الجامعات الحكومية في مصر^{٥٦}. ولا يتجاوز متوسط درجة الكفاءة ٤٤٪، مما يشير إلى أن الجامعات الحكومية في مصر، في المتوسط، يمكن أن تحقق المستوى نفسه من المخرجات (أي عدد الخريجين) حتى بعد خفض مدخلاتها (أي الإنفاق على التعليم العالي) بنسبة ٥٦٪. علاوة على ذلك، لا تتمتع سوى أربع جامعات بكفاءة تامة، أي أنها حققت درجة كفاءة بنسبة ١٠٠٪ وهي: جامعة القاهرة، وجامعة عين شمس، وجامعة الزقازيق، وجامعة حلوان. ومن ثم، فإن غالبية الجامعات الحكومية تقتصر على الكفاءة، والعديد منها يسجل درجات أقل بكثير من المتوسط. على سبيل المثال، فإن درجات الكفاءة التي حققتها جامعة السويس (٨٪)، وجامعة الوادي الجديد (٣٪)، وجامعة العريش (٣٪)، وجامعة مطروح (٢٪) تُعد أكثر من انحراف معياري تحت متوسط درجة الكفاءة. ويمكن للعديد من الجامعات منخفضة الكفاءة في مصر تحقيق زيادة كبيرة في عدد خريجها بالمستوى نفسه من الإنفاق العام.

^{٥٥} التحليل التطويقي للبيانات هو نهج شائع الاستخدام لتقييم كفاءة استخدام الموارد العامة في قطاع التعليم. يعتمد تحليل تطويق البيانات على وضع حد للكفاءة يحدد التركيبة المثلّي للمخرجات (مثل معدلات التخرج وإتمام الدراسة) التي يمكن إنتاجها بواسطة مجموعة معينة من المدخلات (على سبيل المثال، الإنفاق على التعليم العالي). ويحدد التحليل درجة كفاءة من صفر إلى ١٠٠ لمؤسسات التعليم بناءً على نسب مدخلاتها ومخرجاتها، حيث تمثل درجة ١٠٠ المؤسسات الأكثر كفاءة، أي المؤسسات التي تحقق أعلى مستوى من المخرجات بالنظر إلى مدخلاتها. ويوجد نوعان رئيسيان من تحليلات تطويق البيانات: (أ) التحليل الموجه نحو المدخلات الذي يقيّم ما إذا كان يمكن زيادة المخرجات المحققة بالنظر إلى مستوى المدخلات، و (ب) التحليل الموجه نحو المخرجات الذي يستكشف ما إذا كان يمكن تقليل المدخلات بالنظر إلى مستوى المخرجات (انظر على سبيل المثال، جيل جونز ٢٠٠٦).

^{٥٦} تحليل تطويق البيانات لا يأخذ في الاعتبار الاختلافات بين الجامعات من حيث جودة الخريجين.

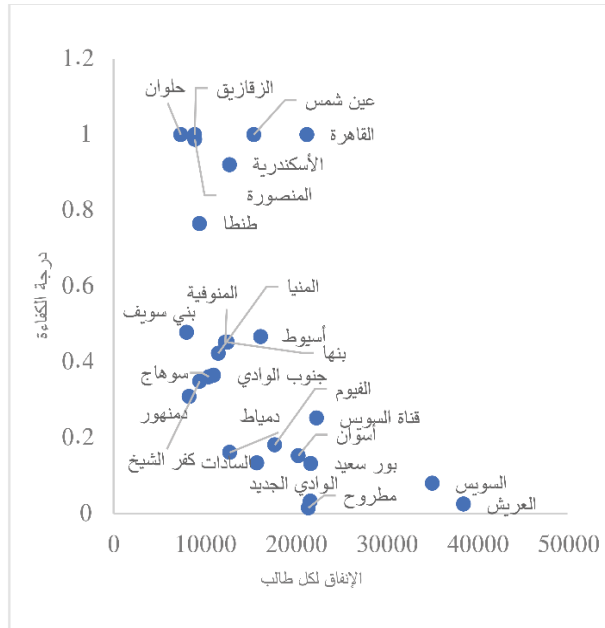
الشكل ٥- ٤١. حدود كفاءة التعليم



المصدر: وزارة المالية، ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي

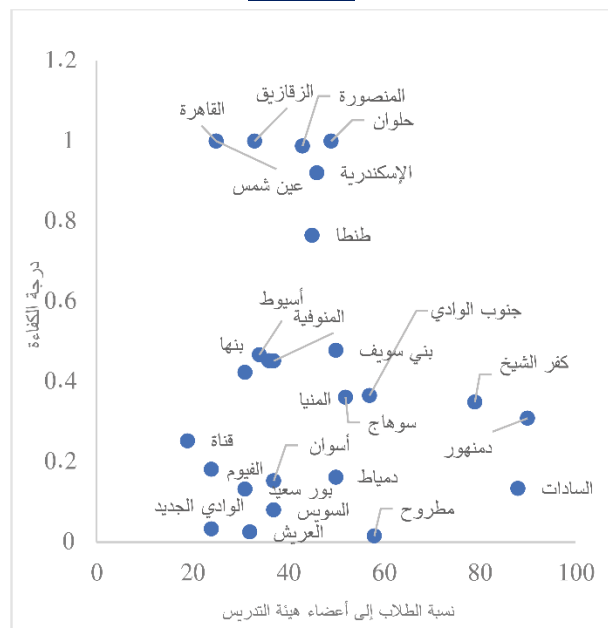
٦٣. يوجد ارتباط سلبي بين الإنفاق لكل طالب وكفاءة الجامعات الحكومية. تسجل الجامعات ذات الإنفاق المرتفع، مثل جامعة العريش وجامعة السويس، درجات كفاءة منخفضة للغاية. ومع ذلك، يوجد تباين كبير في درجات الكفاءة بين الجامعات في أي مستوى معين من الإنفاق لكل طالب. على سبيل المثال، لدى جامعة كفر الشيخ وجامعة طنطا وجامعة الزقازيق مستويات متشابهة من الإنفاق لكل طالب، إلا أن درجة كفاءة كل منها تختلف اختلافاً كبيراً عن الأخرى. وبالمثل، يوجد ارتباط سلبي بين نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس ودرجات الكفاءة. ففي الجامعات التي ترتفع فيها نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس، مثل جامعة السادات وجامعة دمنهور وجامعة كفر الشيخ، تنخفض درجات الكفاءة للغاية، في حين تحقق الجامعات التي تقل فيها نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس نسبياً، مثل جامعة القاهرة وجامعة الزقازيق، درجات كفاءة أعلى.

الشكل ٥- ٤٣. تكلفة وحدة درجة الكفاءة



الشكل ٥- ٤٢. درجات الكفاءة ونسبة الطلاب إلى أعضاء

هيئة التدريس



المصدر: وزارة المالية، ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي

٤. العدالة في الإنفاق على التعليم العالي

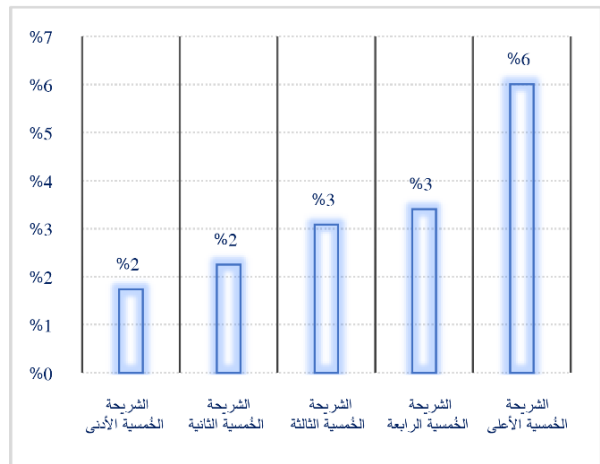
٦٤. على الرغم من أن التعليم العالي الحكومي مجاني في مصر، فإن الأسر تشارك بشكل كبير في تمويل تعليم أبنائها عن طريق الإنفاق الشخصي. وقد يغطي هذا الإنفاق رسوم التسجيل، وشراء الكتب الدراسية، وتكلفة الانتقال، ونفقات المعيشة الأخرى؛ وهو يمثل في المتوسط ٣,٨٪ من إجمالي إنفاق الأسرة و٥,٨٪ من إجمالي إنفاق الأسرة على التعليم. وتتباين نسبة إنفاق الأسرة على التعليم العالي بشكل كبير بين الأسر من الفئات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة. في الواقع، تنفق الأسر من الشريحة الخمسية الأعلى استهلاكاً على التعليم العالي أكثر بكثير مما تنفقه الأسر من الشريحة الخمسية الأدنى. على سبيل المثال، من بين الأسر التي تنتمي إلى الشريحة الخمسية الأعلى استهلاكاً، يوجّه ٦٪ من إجمالي إنفاق الأسرة إلى التعليم العالي مقارنة بنسبة لا تتجاوز ٢٪ بين الأسر في الشريحتين الخمسيتين الأدنى. وتعكس الفجوة الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة أوجه غياب العدالة المنهجية في الالتحاق بالتعليم العالي بين الأسر من خلفيات مختلفة (كرافت والعوضي ٢٠١٦). بشكل عام، تشهد معدلات إلحاق الأسر من الفئات المحرومة أطفالها بالتعليم العالي انخفاضاً كبيراً عن مثيلاتها في الأسر الأخرى، وهو ما يعزى بصفة أساسية إلى القيود المالية، وانخفاض التوقعات بشأن ما قد يحققه أطفالها، والتصورات السلبية عن فوائد التعليم العالي.^{٥٧}

الشكل ٤٥ - ٤٥. نسبة الإنفاق على التعليم العالي من إجمالي الإنفاق على التعليم، حسب الشريحة الخمسية للاستهلاك



الشكل ٤٤ - ٤٤. نسبة الإنفاق على التعليم العالي من إجمالي

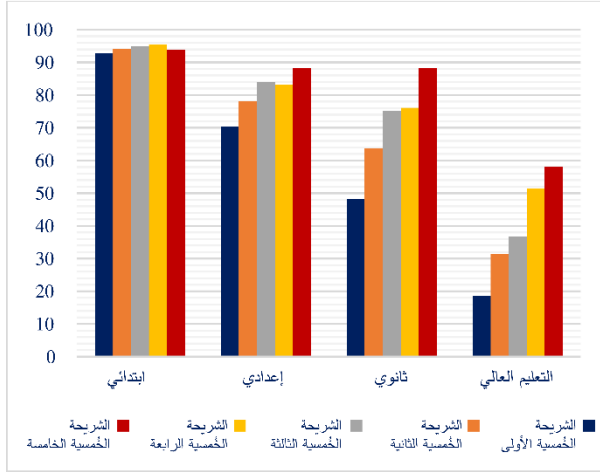
إنفاق الأسر، حسب الشريحة الخمسية للاستهلاك



المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر لعام ٢٠١٨

^{٥٧} الفجوة الاجتماعية والاقتصادية في التعليم العالي مدفوعة بحالات التباين الكبيرة في إتاحة الالتحاق بالتعليم الثانوي العام، الذي يُعد المسار الرئيسي للوصول إلى التعليم العالي في مصر. على وجه التحديد، فإن العديد من الأسر الفقيرة تقرر إلحاق أطفالها بالتعليم الثانوي الفني / المهني بعد إتمام المرحلة الإعدادية، مما يحد بشكل كبير من فرصهم في مواصلة التعليم العالي.

الشكل ٥-٤٦. المعدل الصافي للالتحاق حسب المرحلة التعليمية والشريحة الخمسية للاستهلاك



المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر لعام ٢٠١٨

٦٥. يقل احتمال التحاق أفراد من الأسر الفقيرة، أي أولئك الذين ينتمون إلى الشريحة الخمسية الأقل استهلاكاً، بالتعليم العالي عنم يأتون من خلفيات أفضل حالاً. وتُظهر البيانات المستخلصة من مسح دخل وإنفاق واستهلاك الأسرة لعام ٢٠١٨ في مصر فرقاً قدره ٣٩ نقطة مئوية في صافي معدل الالتحاق بالتعليم العالي بين الأفراد في الشريحة الخمسية الأقل استهلاكاً ونظرائهم في الشريحة الخمسية الأعلى استهلاكاً. وعلى وجه التحديد، فقد بلغ صافي معدل الالتحاق بالتعليم العالي ١٩٪ بين الأسر في الشريحة الخمسية الأقل استهلاكاً مقارنة بنسبة ٥١٪ في الشريحة الخمسية الرابعة و٥٨٪ للأفراد في الشريحة الخمسية الأعلى استهلاكاً. بالإضافة إلى ذلك، يُعد صافي معدل الالتحاق بالتعليم العالي بين الأسر في الشريحة الخمسية الأدنى هو الأقل في جميع المراحل التعليمية. ففي التعليم الابتدائي، على سبيل المثال، بلغ صافي معدل الالتحاق بين الأسر في الشريحة الخمسية الأدنى ٩٣٪ في حين لم يتجاوز ١٩٪ في التعليم العالي.

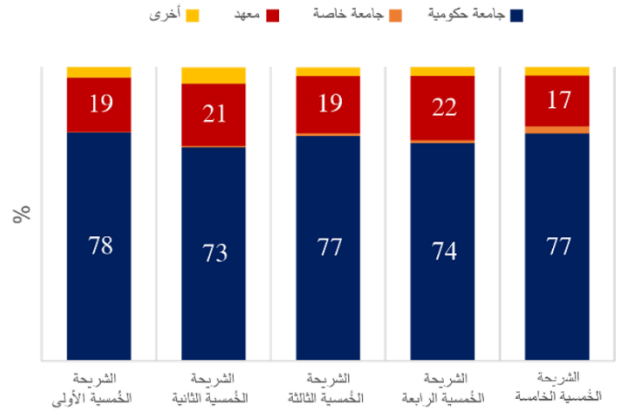
٦٦. ترجع الفوارق الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة في الالتحاق بالتعليم العالي، إلى حد كبير، إلى أوجه التفاوت الكبير في الالتحاق بالتعليم الثانوي العام، وهو المسار الرئيسي الذي يوصل إلى الجامعة.^{٥٨} لا تلحق العديد من الأسر الفقيرة أطفالها بالتعليم الثانوي بسبب القيود المالية، أو ارتفاع تكلفة الفرصة البديلة، أو انخفاض سقف التوقعات بشأن ما قد يحققه أبنائها. لم يتجاوز صافي معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي ٤٨٪ بين الأسر في الشريحة الخمسية الأدنى، وهو أقل بكثير من النسبة التي حققتها الشريحة الخمسية الأعلى وبلغت ٨٨٪ (الشكل ٥-٤٦).

٦٧. تلتحق نسبة أقل من الأفراد من الشريحة الخمسية الأقل ثراءً بالمؤسسات الخاصة مقارنة بالأفراد من الشريحة الخمسية الأكثر ثراءً. ويوضح الشكل ٥-٤٧ والشكل ٥-٤٨ نوع المؤسسة الحالية التي التحق بها أفراد للحصول على تعليم عالٍ على مستوى شرائح خمسية مختلفة من حيث الثروة. ويعتمد هذا الأمر على نتائج المسح التتبعي لسوق العمل في مصر لعام ٢٠١٨. كما هو موضح، لم يلتحق سوى ٧٪ من الأفراد في الشريحة الخمسية الأقل ثراءً بمؤسسات خاصة مقابل ١١٪ من الأفراد في الشريحة الخمسية الرابعة و١٣٪ من الأفراد في الشريحة الخمسية الأكثر ثراءً (الشكل ٥-٤٧).^{٥٩} علاوة على ذلك، من المرجح أن يلتحق الطلاب من الشريحة الخمسية الأقل ثراءً بالجامعات التي تقدم مناهج دينية، أي الأزهر، بنسبة أعلى من طلاب الشريحة الخمسية الأكثر ثراءً. في عام ٢٠١٨، التحق ١١٪ من الأفراد من الشريحة الخمسية الأقل ثراءً بالتعليم العالي الديني مقابل ٥٪ فقط من الشريحة الخمسية الأكثر ثراءً. بصفة عامة، تستأثر الجامعات الحكومية بالنسبة الأكبر من حجم الالتحاق بين جميع الشرائح الخمسية للثروة، مع وجود نسبة أكبر قليلاً من الطلاب من الشريحة الخمسية الأكثر ثراءً يلتحقون بالجامعات الخاصة (الشكل ٥-٤٨). ويشير التحاق الأفراد من الفئات المحرومة بالمؤسسات غير الحكومية بنسب ضئيلة إلى أن مجرد التوسع في التعليم العالي الأهلي غير الهادف للربح بدون تخطيط لمساعدات الطلاب، من المرجح أن يؤدي إلى تقاوم الفجوة الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة بالفعل في إتاحة الالتحاق بالتعليم العالي.

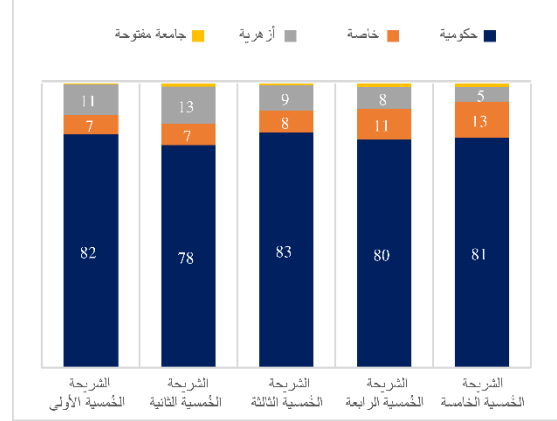
^{٥٨} يتضمن الفصل الرابع مناقشة أكثر تفصيلاً بشأن التعليم الأساسي في هذه المراجعة للإنفاق العام.

^{٥٩} الجامعة المفتوحة نوعاً محددًا من البرامج للطلاب غير التقليديين؛ أي الطلاب الأكبر سناً الذين لم يلتحقوا بالجامعة فور إتمام مرحلة التعليم الثانوي.

الشكل ٥- ٤٨. معدلات الالتحاق بالتعليم العالي حسب الشريحة الخمسية للثروة ونوع المؤسسة (جامعة مقابل معهد)

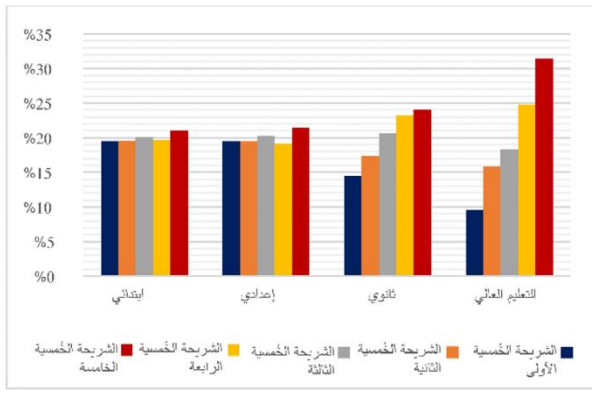


الشكل ٥- ٤٧. معدلات الالتحاق بالتعليم العالي حسب الشريحة الخمسية للثروة ونوع المؤسسة (حكومية مقابل خاصة)



المصدر: المسح التتبعي لسوق العمل في مصر لعام ٢٠١٨.

الشكل ٥- ٤٩. نسبة الإنفاق العام على التعليم حسب المرحلة التعليمية والشريحة الخمسية للاستهلاك



المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر لعام ٢٠١٨

٦٨. الإنفاق على التعليم العالي هو الأقل إنصافاً بين جميع مراحل التعليم. ويظهر تحليل أثر المنافع وجود فجوة كبيرة في نسبة الإنفاق العام على التعليم العالي على مستوى الأسر من خلفيات اجتماعية واقتصادية مختلفة. يعرض الشكل ٥- ٤٩ نسبة الإنفاق على التعليم العالي حسب مستوى التعليم والشريحة الخمسية للاستهلاك. ولا تمثل الشريحة الخمسية الأقل استهلاكاً سوى ١٠٪ من الإنفاق في التعليم العالي مقابل ٣١٪ للشريحة الخمسية الأكثر استهلاكاً. ويرجع ذلك بصفة أساسية إلى انخفاض معدل الالتحاق بالتعليم العالي بين الأسر الفقيرة.

د. اعتبارات إدارة المالية العامة

لا يرتبط تخصيص التمويل بأي نتائج على أساس الأداء أو أهداف على مستوى النظام. ويتجاوز الإنفاق الفعلي باستمرار الموازنات من حيث الإجمالي وعلى مستوى فئات الإنفاق المختلفة.

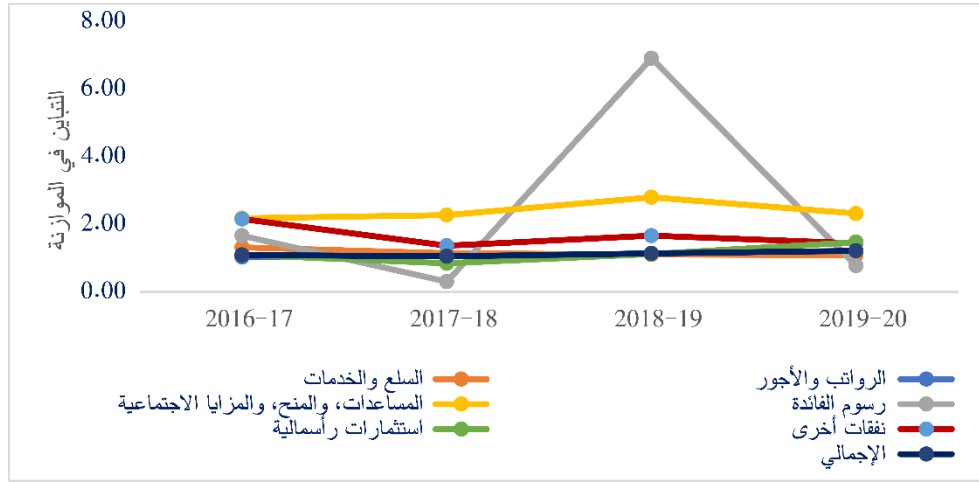
٦٩. يعتمد التمويل العام للتعليم العالي في مصر على المخصصات السابقة والمفاوضات بين مؤسسات التعليم العالي الحكومية ووزارة المالية. في كل عام، تقوم المؤسسات الحكومية بإعداد ميزانياتها الخاصة على أساس الإنفاق الفعلي في السنوات الثلاث الماضية، واحتياجاتها الحالية والمستقبلية بما في ذلك خطط التشغيل والاستثمار، وتكاليف تقديم الخدمات. وبعد ذلك، تقدم هذه المؤسسات ميزانياتها مباشرة إلى وزارة المالية (في حالة الجامعات الحكومية) أو وزارة التعليم العالي والبحث العلمي (في حالة المعاهد الفنية والجامعات التكنولوجية والأهلية الجديدة غير الهادفة للربح^{١٠}). ولا توجد صلة واضحة بين تخصيص التمويل وأي مؤشرات على أساس المدخلات، مثل معدل التحاق

^{١٠} الجامعات الحكومية هي كيانات ذات موازنات مستقلة، أي أنها تتلقى تمويلها مباشرة من وزارة المالية. في المقابل، يأتي تمويل المعاهد الفنية الحكومية والجامعات التكنولوجية والجامعات الأهلية غير الهادفة للربح من وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

الطلاب؛ أو النتائج على أساس الأداء، مثل معدلات التخرج أو التخرج في الوقت المحدد أو الأهداف على مستوى النظام. علاوة على ذلك، يتم تخصيص معظم التمويل العام لتغطية الإنفاق غير التقديري مثل رواتب أعضاء هيئة التدريس وأجور العاملين.

٧٠. يتجاوز الإنفاق الفعلي على التعليم العالي باستمرار مخصصات الموازنة. على سبيل المثال، في السنة المالية ٢٠٢٠، تجاوز الإنفاق الفعلي على الأجور الإنفاق المدرج في الموازنة بنسبة ١١٪ والاستثمار الرأسمالي بنسبة ٤٧٪، وهما أكبر بنود الإنفاق. ولا يزال التناقض بين الإنفاق الفعلي والإنفاق المدرج في الموازنة مستمرا بمرور الوقت وعلى مستوى جميع فئات الإنفاق. يوضح الشكل ٥-٥٠ التباين في الموازنة، أي نسبة الإنفاق الفعلي إلى الإنفاق المدرج في الموازنة خلال فترة السنوات الأربع بين السنتين الماليتين ٢٠١٧ و ٢٠٢٠. بصفة عامة، يسجل الإنفاق على الدعم والمنح المالية والمزايا الاجتماعية أعلى مستويات التباين في الموازنة مقارنة بجميع الفئات الأخرى. في السنة المالية ٢٠٢٠، تجاوز الإنفاق الفعلي على هذه الفئة الإنفاق المدرج في الموازنة بنسبة ١٣٢٪. ويشير التباين الكبير والمتسق في الموازنة مع مرور الوقت إلى عدم الدقة في إعداد الموازنة، وهو ما يمكن أن يُعزى إلى ضعف قدرة مؤسسات التعليم العالي في مجال إعداد الموازنة والتنبؤ بها.

الشكل ٥- ٥٠. تنفيذ الموازنة حسب فئة الموارد



ملاحظة: يمثل التباين في الموازنة نسبة الإنفاق الفعلي إلى الإنفاق المدرج في الموازنة. المصدر: وزارة المالية.

هـ. ملخص النتائج الرئيسية والطريق إلى المستقبل

٧١. يتعرض نظام التعليم العالي في مصر منذ فترة لضغوط متزايدة بسبب التوسع السريع في معدلات الالتحاق على مدى العقود القليلة الماضية، وعدم كفاية الإنفاق الحكومي لمواكبة الطلب المتزايد، وهيكلة الإدارة الصارم الذي لا يمنح مؤسسات التعليم العالي استقلالاً ذاتياً كبيراً في تدبير الموارد واستخدامها. ويقدم هذا القسم التوصيات الرئيسية المتعلقة بالسياسات لتحسين إتاحة الالتحاق بالتعليم العالي، وتعزيز الكفاءة والعدالة في تخصيص الموارد، وتحسين نواتج سوق العمل للخريجين.

١) وضع إستراتيجية تمويل جديدة لقطاع التعليم العالي تشمل:

أ. معايير موضوعية تتسم بالشفافية ويمكن التنبؤ بها لتخصيص التمويل العام على مستوى مؤسسات التعليم العالي. التمويل الحكومي غير مرتبط حالياً بأي نتائج على أساس الأداء أو أهداف على مستوى النظام. بدلاً من ذلك، يتم تحديده بصفة أساسية على أساس التمويل السابق والمفاوضات بين مؤسسات التعليم العالي الحكومية كل على حدة ووزارة المالية. وقد أدى ذلك الأمر إلى استمرار وجود أوجه قصور كبيرة على مستوى تلك المؤسسات. ومن الممكن أن يؤدي وجود آلية تمويل جديدة تركز على تحقيق النتائج والأداء في التعليم العالي إلى تحسينات كبيرة في كفاءة تخصيص التمويل وجودة التعليم العالي.

■ على وجه التحديد، يجب أن تتضمن آلية التمويل الجديدة رابطاً بين التمويل العام للتعليم العالي ومقاييس الأداء مثل جودة التعليم، وتعلم الخريجين وتوظيفهم، والإنتاج البحثي، بالإضافة إلى الأهمية والتأثير على التنمية على المستويين المحلي والوطني. ويمكن تنفيذ هذا النهج الجديد عن طريق صيغة تمويل أو عقود أداء.

■ يمكن أن تتضمن صيغة التمويل مزيجاً من المؤشرات على أساس المدخلات، مثل الالتحاق، بالإضافة إلى المقاييس المستندة إلى الأداء مثل معدل إتمام الدراسة، والتخرج في الوقت المحدد، وحصول الخريجين على عمل. كان من الممكن تنفيذ عقود الأداء من خلال المفاوضات حيث تناقش وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، وربما وزارة المالية، مع كل جامعة اتفاقية أداء واعتمادات التمويل متعددة السنوات. ويجب أن تأخذ هذه الاتفاقات في الاعتبار الاختلافات في التكاليف المتعلقة بالخصائص والجودة على مستوى المؤسسات.

■ إن التحول من نهج تمويل على أساس بند محدد في الموازنة إلى آليات تمويل قد يتطلب إصلاح البيئة القانونية الحالية لتمويل التعليم العالي في مصر التي تؤكد على التمويل السابق / الإضافي. كما سيتطلب هذا التحول جمع بيانات عن النتائج الرئيسية التي تتحقق في هذا القطاع، مثل معدل إتمام الدراسة ونواتج سوق العمل للخريجين، التي لا تتوافر في الوقت الراهن، بالإضافة إلى وضع أنظمة قوية للمراقبة وضمان الجودة لضمان التنفيذ السليم لآلية التمويل الجديدة.

■ علاوة على ذلك، يجب تنفيذ نهج التمويل الجديد تدريجياً، على سبيل المثال، في شكل نموذج تجريبي صغير يشمل عدداً قليلاً من الجامعات و / أو جزءاً من التمويل العام. وقد يقلل هذا الأمر من مقاومة تغيير آليات التمويل الحالية، ويمنح واضعي السياسات الوقت الكافي لحشد الدعم اللازم لآلية التمويل الجديدة بين أصحاب المصلحة الرئيسيين، وتحديد أي معوقات في التنفيذ قد تعرقل تنفيذ الآليات الجديدة.

ب. آليات تقاسم التكاليف، أي آليات لتحويل بعض أعباء تكلفة التعليم العالي من موازنة الدولة إلى الطلاب ومؤسسات التعليم العالي. تعتمد مؤسسات التعليم العالي في مصر اعتماداً كبيراً على التمويل العام لتغطية نفقاتها. بالنظر إلى الارتفاع المطرد في الطلب على التعليم العالي، وضعف قدرة الإنفاق الحكومي على مواكبة هذا الطلب المتزايد، ينبغي استكشاف ترتيبات جديدة لتقاسم التكاليف.

■ تتضمن الأهداف الرئيسية لآليات تقاسم التكاليف تحفيز المؤسسات الحكومية على زيادة إيراداتها غير الحكومية. ويجري تنفيذ هذا الأمر على المستوى الدولي عن طريق تقديم الأموال المقابلة و / أو برامج بناء القدرات، بالإضافة إلى إجراء تغييرات تنظيمية لضمان قدرة المؤسسات الحكومية على تحقيق إيراداتها وإنفاقها بشكل صحيح.

■ يقدم المرفق ٥-١ المرفق ٥-١ مجموعة متنوعة من آليات التمويل التي يمكن استخدامها لتعزيز تمويل التعليم العالي، بما في ذلك التمويل على أساس الأداء، والأموال المقابلة، والمنح المالية التنافسية، وقروض الطلاب. ويخدم كل نوع من آليات التمويل غرضاً مختلفاً. لذلك، يمكن استخدام مزيج من هذه الآليات. على سبيل المثال، يمكن استخدام الأموال المقابلة لتحسين مستوى الإنتاج البحثي في مؤسسات التعليم العالي. وبالمثل، يمكن استخدام المنح المالية التنافسية لتعزيز ملاءمة البرامج وجودتها وإنتاجيتها البحثية في المجالات ذات الأولوية القصوى.

■ تجدر الإشارة أيضاً إلى أنه، على غرار التمويل على أساس صيغة محددة، قد تتطلب بعض آليات التمويل هذه إصلاح البيئة القانونية لتمويل التعليم العالي في مصر.

ج. آليات واضحة لضمان تكافؤ الفرص في الالتحاق بالجامعات الأهلية الجديدة غير الهادفة للربح، خاصة بين الطلاب من الفئات المحرومة، أي من الشرائح الخمسية الأقل ثراءً. نظراً للفجوة الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة في الالتحاق بالتعليم العالي، من الضروري أن تحقق هذه الجامعات الجديدة العدالة لجميع الطلاب المؤهلين في الالتحاق بها، بغض النظر عن احتياجاتهم المالية أو خلفياتهم الاجتماعية والاقتصادية. ويمكن تنفيذ ذلك عن طريق نظام شامل للمساعدات المالية للطلاب يتضمن مزيجاً من المنح الدراسية / المنح المالية على أساس الاحتياجات، وقروض الطلاب، وبرامج العمل والدراسة. ويمكن استخدام هذه الآليات لاستهداف نوع معين من الطلاب (على سبيل المثال، الطلاب من الأسر الفقيرة) أو توجيه الطلاب إلى برامج محددة (على سبيل المثال، توجيه الطالبات إلى مجالات العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات).

٢) توسيع نطاق الالتحاق بالمؤسسات الخاصة، لا سيما الجامعات الخاصة.

تمثل المؤسسات الخاصة نسبة ضئيلة من إجمالي الالتحاق بالتعليم العالي في مصر. في العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠، لم تتجاوز نسبة الالتحاق بالتعليم العالي الخاص ٢٢٪، وهي من بين أدنى المعدلات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويعود هذا الانخفاض إلى عدة عوامل؛ من بينها قلة عدد المؤسسات الخاصة، وارتفاع تكاليف الالتحاق بها، وهيكلة الإدارة الصارم لقطاع التعليم العالي. لزيادة معدلات الالتحاق بالتعليم العالي الخاص، يجب مراعاة الخطوات التالية:

- أ. وضع لوائح تنظيمية يمكن التنبؤ بها للقطاع الخاص. يخضع توفير خدمات التعليم العالي الخاص لقواعد صارمة، مع محدودية استقلالية المؤسسات الخاصة المالية والمؤسسية. علاوة على ذلك، فإن القوانين واللوائح الحالية التي تنظم عمل القطاع الخاص غير واضحة ومرهقة وغير فعالة.
- ب. توفير المرونة للمؤسسات الخاصة في تحديد الرسوم، وشروط القبول، وعروض البرامج الدراسية. على سبيل المثال، يجب أن تكون المؤسسات الخاصة قادرة على وضع معايير القبول الخاصة بها، بشرط أن تكون هذه المعايير موضوعية ويمكن التنبؤ بها وتتسم بالشفافية. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن تقترن الاستقلالية المتزايدة للقطاع الخاص بأنظمة قوية للمراقبة وضمان الجودة، التي يمكن التنبؤ بها لضمان جودة الخدمات التي تقدمها هذه الجامعات.
- ج. تقديم مساعدات مالية موجهة للطلاب المؤهلين من الأسر متوسطة ومنخفضة الدخل لتشجيعهم على الالتحاق بالمؤسسات الخاصة. وتشمل أمثلة هذه المساعدات المالية قروض الطلاب، والمنح الدراسية، والمنح المالية.
- د. السماح لجميع الجامعات، بما في ذلك الجامعات الخاصة، بالحصول على تمويل تنافسي للإنتاج البحثي.

٣) إصلاح نظام القبول في الجامعات لتوجيه الطلاب إلى برامج قوية لإكساب الخريجين المهارات اللازمة للعمل.

يعاني نظام التعليم العالي في مصر من زيادة مزمنة في عدد الخريجين في مجالات ينخفض فيها معدل التشغيل، وهو ما يُعزى غالباً إلى طبيعة النظام الحالي للقبول في الجامعات. على وجه التحديد، يعتمد الاختيار في الالتحاق بالتعليم العالي على مجموع الطلاب في امتحان إتمام الثانوية العامة، مما يؤدي إلى تركيز نسبة كبيرة من الطلاب في مجالات ينخفض فيها معدل التشغيل. وتُعد مواعيد نظام القبول في الجامعات مع احتياجات سوق العمل أمراً ضرورياً لتحسين نواتج خريجي التعليم العالي. ويتطلب هذا الأمر:

- أ. تحديد قدرة البرامج التي يرتفع الطلب عليها في سوق العمل وتعزيزها. سيتطلب هذا الأمر جمع بيانات منهجية ومنظمة على المستويين الوطني والمؤسسي بشأن نواتج سوق العمل للخريجين، على سبيل المثال، من خلال دراسات التتبع. وستكون هذه البيانات ضرورية للاسترشاد بها في المراجعة وتصميم برامج التعليم العالي وتحديد مجالات تحسين جودة هذه البرامج، وفهم تجارب خريجي التعليم العالي في سوق العمل وتحديد أي أوجه قصور في المهارات اللازمة، وتحسين الخيارات المهنية لطلاب التعليم العالي وتزويدهم بالمعلومات ذات الصلة باحتياجات سوق العمل.
- ب. توفير المرونة لمؤسسات التعليم العالي في عروض البرامج. حالياً، لدى مؤسسات التعليم العالي الحكومية مرونة محدودة في تصميم البرامج، لا سيما في المستوى الجامعي، التي تستجيب للاحتياجات المتنوعة للطلاب والمتطلبات المتغيرة لسوق العمل. ويمكن أيضاً النظر في زيادة الشراكات مع القطاع الخاص، على سبيل المثال، أرباب العمل المحليون واتحادات الصناعات، لتعزيز ملاءمة برامج الجامعات لمتطلبات سوق العمل، وتحسين إكساب الخريجين المهارات اللازمة للعمل.

٤) تعزيز قدرات الجامعات البحثية ومخرجاتها. بالنسبة لحجم السكان، فإن المخرجات البحثية في مصر أقل بكثير من مثيلاتها في معظم بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ولتحسين جودة المخرجات البحثية، يجب على مصر النظر فيما يلي:

- أ. إجراء تحليل متعمق للقدرات البحثية للجامعات، بما في ذلك قدرات أعضاء هيئة التدريس، والتمويل المتاح للأنشطة البحثية، والعوامل الرئيسية التي تعوق الإنتاج البحثي في الجامعات.
- ب. تقديم حوافز للجامعات وأعضاء هيئة التدريس لزيادة إنتاجهم البحثي، من خلال التمويل الموجه، مثل الأموال المقابلة، والمنح المالية التنافسية، والحوافز على أساس الأداء.
- ج. تحسين البنية التحتية البحثية للجامعات، بما في ذلك المعامل والتجهيزات والمنشآت اللازمة.
- د. تشجيع التعاون بين الجامعات من خلال تقديم حوافز لإنشاء مجموعات بحثية.

الملحق ٥-١. أمثلة على آليات التمويل في التعليم العالي^{١١}

آلية التمويل	الوصف
موازنات البنود	تخصص الموارد التمويلية لتمويل بند محدد / أنشطة محددة. ووفقاً لهذا النهج، فإن مؤسسات التعليم العالي لا تتمتع بمرور كافية في توزيع التمويل داخلياً، وهي تخضع لمستوى عالٍ من الرقابة المالية. والقليل من البلدان يتبع هذا النهج.
منح غير مخصصة	يتم تخصيص التمويل لمؤسسات التعليم العالي عن طريق منح عامة غير مخصصة. في بعض الأنظمة، كما في أستراليا ونيوزيلندا، تتمتع مؤسسات التعليم العالي بالسيطرة الكاملة على إدارة هذه المنح العامة، أي لا توجد قيود على الطريقة التي توزع بها هذه المؤسسات تلك الأموال. ففي أنظمة أخرى، مثل السويد وأيسلندا، يتم تقسيم هذه المنح إلى فئات واسعة مثل التدريس والبحث وتكاليف التشغيل مع المؤسسات التي تتمتع ببعض المرونة في نقل الأموال ضمن الفئة نفسها. وتجدر الإشارة إلى ما تتطلبه آلية التمويل هذه وهو: (أ) أنظمة قوية للمراقبة وضمان الجودة لتقييم الأداء، (ب) تمتع مؤسسات التعليم العالي بقدرة كبيرة على إدارة أموالها الخاصة.
التمويل على أساس صيغة محددة	يعتمد تخصيص التمويل على صيغة تتضمن مؤشرات على أساس المدخلات مثل معدل الالتحاق وعدد أعضاء هيئة التدريس؛ ومؤشرات على أساس المخرجات مثل معدل إتمام الدراسة ومعدل استبقاء الطلاب في الدراسة ونواتج سوق العمل للخريجين؛ أو مزيجاً من المؤشرات على أساس المدخلات والمخرجات. ويشيع استخدام هذا النهج في بلدان مثل إنجلترا، والولايات المتحدة، والدانمرك، وهولندا. وتتمثل الميزة الأساسية لهذا النهج في أنه يوفر حوافز للمؤسسات لتحسين أدائها. وعلى الرغم من ذلك، قد يؤدي اتباع هذا النهج إلى عدة تداعيات غير مقصودة. على سبيل المثال، قد يؤدي ربط التمويل بمعدل الالتحاق إلى تشجيع المؤسسات على التركيز على كم التعلم على حساب جودته. وبالمثل، فإن ربط التمويل بأداء الطلاب قد يجعل المؤسسات تحجم عن قبول الطلاب ضعيفي الأداء الذين من الأرجح أن يأتوا من أسر من الفئات المحرومة.
الأموال المقابلة	يتم توفير التمويل بمبلغ يعادل الأموال التي تقوم مؤسسات التعليم العالي بتدبيرها أو يتناسب معها. غالباً ما تستخدم هذه الآلية لتخصيص جزء من التمويل العام، مثل التمويل الإضافي الذي يتجاوز مخصصات الموازنة السنوية. ومن الممكن أيضاً استخدامه لتحقيق مجموعة واسعة من الأهداف مثل تعزيز الإنتاج البحثي، وزيادة الاتساق مع احتياجات سوق العمل، وتدعيم قدرة مؤسسات التعليم العالي على المنافسة على الصعيد العالمي. على سبيل المثال، يمكن للحكومة أن توفر تمويلاً مقابلاً لما تقوم المؤسسات الحكومية بتدبيره من المنح المالية الخارجية المخصصة للبحوث، والشراكات مع الجامعات والشركات الدولية والكيانات غير الحكومية الأخرى.
المنح الدراسية والمنح المالية للطلاب	يتم توجيه التمويل للطلاب وليس للمؤسسات. غالباً ما يهدف التمويل إلى تغطية تكاليف التعليم العالي، خاصة في المؤسسات الخاصة أو الحكومية في البلدان التي لا يكون فيها التعليم العالي مجاناً مثل الولايات المتحدة الأمريكية. ويوجد نوعان كبيران من المنح الدراسية / المنح المالية: على أساس الاحتياجات (حيث يستند الاستحقاق إلى احتياجات الطلاب المالية)، والمنح الدراسية على أساس الجدارة (حيث يستند الاستحقاق إلى بعض مقاييس أداء الطلاب). غالباً ما تُستخدم هذه الآلية لزيادة معدلات الالتحاق بين مجموعة فرعية معينة من الطلاب، على سبيل المثال، الطلاب المحرومون، أو في بعض المجالات ذات الأولوية القصوى.
قروض الطلاب	قروض الطلاب هي قروض تهدف إلى مساعدة الطلاب على تغطية تكاليف الالتحاق بالتعليم العالي، بما في ذلك الرسوم الدراسية ونفقات المعيشة. وينخفض سعر فائدة هذه القروض للغاية مقارنة بسعر السوق، وعادة ما تكون مضمونة من الحكومة. ويشيع استخدام قروض الطلاب في الولايات المتحدة والصين وكندا وأستراليا وإنجلترا.

^{١١} منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (٢٠٢٠)، توفير موارد للتعليم العالي: التحديات والاختيارات والنتائج، التعليم العالي، مطبوعة منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، باريس، <https://doi.org/10.1787/735e1f44-en>

- Ghada Barsoum. (2014). Aligning Incentives to Reforming Higher Education in Egypt: The Role of Private Institutions. The Economic Research Forum (ERF), Egypt.
- Caroline Krafft and Halimat Alawode. (2016). Inequality of Opportunity in Higher Education In the Middle East and North Africa. The Economic Research Forum (ERF), Egypt.
- Central Agency for Public Mobilization and Statistics. (2019). Annual Bulletin of Student Enrolled – Teaching Staff Higher Education 2018/2019
- . (2020a). Annual Bulletin of Student Enrolled – Teaching Staff Higher Education 2019/2020
- . (2020b). Annual Bulletin of Higher Education and Higher Degrees Graduates 2019.
- Dilip Parajuli, Dung Kieu Vo, Jamil Salmi, Nguyet Thi Anh Tran. (2020). Improving The Performance Of Higher Education In Vietnam. The World Bank.
- Economic Research Forum. Egypt's Labor Market Panel Survey, ELMPS 2018. Available at: http://www.erfdataportal.com/index.php/catalog/157#metadata-disclaimer_copyright
- . Egypt, Arab Rep. - Household Income, Expenditure, and Consumption Survey, HIECS 2017/2018 – 2017. Available at: <http://www.erfdataportal.com/index.php/catalog/168>
- Fahim, Y., & Sami, N. (2011). Adequacy, Efficiency and Equity of Higher Education Financing: The Case of Egypt. Prospects, 41, 47-67.
- Fatma Abdelkhalek, Ray Langsten. (2019). Track and Sector in Egyptian Higher Education: Who Studies Where and Why?. FIRE: Forum for International Research in Education Vol. 6, Iss. 2, 2019, pp. 45-70
- Fatma El-Hamidi. (2020). Employment polarization and deskilling of the educated in Egypt. Economic Research Forum. Available at: <https://theforum.erf.org.eg/2020/08/08/employment-polarisation-deskilling-educated-egypt/>
- IMF. Consumer Price Index. Available at: <https://data.imf.org/?sk=4FFB52B2-3653-409A-B471-D47B46D904B5>
- Jill Johnes. (2006). Data envelopment analysis and its application to the measurement of efficiency in higher education, Economics of Education Review, Volume 25, Issue 3, Pages 273-288,
- Khalid Abu-Ismaïl and Salim Araji. (2020). Getting the private sector to generate decent jobs in Arab countries. Economic Research Forum. Available at: <https://theforum.erf.org.eg/2021/11/21/getting-private-sector-generate-decent-jobs-arab-countries/>
- OECD. (2008). Tertiary Education for the Knowledge Society: Volume 1 and Volume 2, OECD Reviews of Tertiary Education, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264046535-en>.
- . (2010). Reviews of National Policies for Education: Higher Education in Egypt in 2010. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/education/reviews-of-national-policies-for-education-higher-education-in-egypt-2010_9789264084346-en
- . (2019). Education at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f8d7880d-en>.
- . (2020). Resourcing Higher Education: Challenges, Choices and Consequences, Higher Education, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/735e1f44-en>.

- Ragui Assaad and Ghada Barsoum. (2019). Public employment in the Middle East and North Africa. IZA World of Labor 2019. Available at: <https://wol.iza.org/articles/public-employment-in-the-middle-east-and-north-africa/long>
- Ragui Assaad, Caroline Krafft & Shaimaa Yassin. (2020). Job creation or labor absorption? An analysis of private sector job growth in Egypt, Middle East Development Journal, 12:2, 177-207, DOI: 10.1080/17938120.2020.1753978
- Santiago Herrera and Abdoulaye Ouedraogo. (2018). Efficiency of Public Spending in Education, Health, and Infrastructure: An International Benchmarking Exercise. Policy Research Working Paper
- UNESCO. (2014). ISCED Fields of Education and Training 2013 (ISCED-F 2013). UNESCO Institute for Statistics Montreal, Quebec, Canada.
- World Bank. (2021). Egypt Higher Education Policy Note Series: Sustainable and Equitable Financing for Higher Education. Unpublished work.
- . (2021). Egypt Higher Education Policy Note Series: Employability and Relevance of Higher Education Graduates. Unpublished work.
- . Education Statistics (EdStats). Available at: <https://datatopics.worldbank.org/education/>
- Yong-bae Ji and Choonjoo Lee. Data Envelopment Analysis in Stata. The Stata Journal. Available at: https://www.cgdev.org/sites/default/files/archive/doc/stata/MO/DEA/dea_in_stata.pdf

الفصل السادس. مراجعة الإنفاق على الصحة: الموارد والنواتج والطريق إلى المستقبل

أ. نظرة عامة على نواتج النظام الصحي

يؤثر النمو السكاني السريع والعبء المتزايد للأمراض غير السارية على التقدم المحرز في النواتج الصحية، مما يزيد من الحاجة إلى تكثيف جهود الوقاية وزيادة القدرة على الحصول على العلاج الجيد.

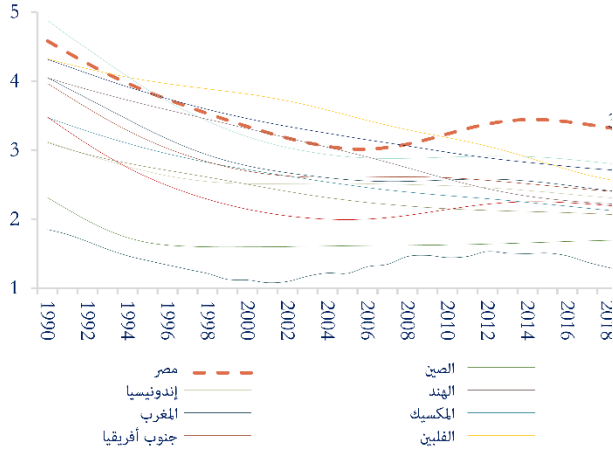
٧٢. لقد شهد عدد سكان مصر زيادة سريعة على مدار العقد الماضي، ومن المتوقع أن تستمر هذه الزيادة على الرغم من انخفاض معدل النمو السكاني ومعدل الخصوبة الكلي. وتجاوز عدد سكان مصر ١٠٠ مليون نسمة في عام ٢٠١٧، ووصل إلى أكثر من ١٠٢ مليون نسمة في عام ٢٠٢١ (الشكل ٦-١). وبلغ متوسط النمو السنوي في عدد السكان ٢,١٪ بين عامي ٢٠١٠ و٢٠٢٠، مقابل ١,٨٪ في العقد السابق (مؤشرات التنمية العالمية، ٢٠٢١). وارتفع معدل الخصوبة الكلي من ٣ مواليد لكل امرأة في عام ٢٠٠٨ إلى ٣,٥ مواليد لكل امرأة في عام ٢٠١٤، ثم انخفض ببطء إلى ٣,٣ مواليد في عام ٢٠١٨، وهو أعلى بكثير من معدل الخصوبة اللازم للإحلال الطبيعي الذي يبلغ ٢,١ مولود لكل امرأة (الشكل ٦-٢). كما أن معدل الخصوبة الكلي في مصر أعلى بكثير من المعدلات التي سُجلت في الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل، وأعلى من المتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا الذي يبلغ ٢,٨ مولود لكل امرأة. وتوجد أيضاً اختلافات على مستوى مناطق البلاد فمعدل الخصوبة أعلى بكثير في المناطق الريفية (٣,٨ مواليد لكل امرأة) عنه في المناطق الحضرية (٢,٩ مولود لكل امرأة). وقد أدى ارتفاع معدل الخصوبة في البلاد إلى تكوين هرم سكاني له قاعدة عريضة، حيث يمثل الأطفال دون سن الخامسة عشرة ٣٢٪ من عدد السكان، والأطفال دون سن الخامسة ١١٪ من عدد السكان (الشكل ٦-٣). وإذا استمرت الأوضاع على هذا النحو، فإنه من المتوقع أن يبلغ عدد سكان مصر نحو ١٦٠ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٥٠.

٧٣. وسيكون للتحويلات الديموغرافية والسياسات السكانية تأثير كبير على الاقتصاد والنظام الصحي في المستقبل، وعلى نظام الرعاية الاجتماعية الأوسع نطاقاً. ويُعد النمو السكاني الصحي عاملاً رئيسياً يساهم في توسع قاعدة القوى العاملة وتعزيز النمو الاقتصادي. ومع ذلك، فإن النمو السكاني السريع سيؤدي إلى ارتفاع نسبة الإعالة في العقد المقبل، وينطوي على خطر إضعاف النمو الاقتصادي من حيث نصيب الفرد، والحد من فرص العمل، وإحداث ضغط كبير على أنظمة الرعاية الاجتماعية والصحية. ويعرض المرفق ٦-١ بعض السيناريوهات لانخفاض معدلات الخصوبة على عكس الاتجاهات السائدة، إلى جانب آثارها على نصيب الفرد من النمو. وتشير النتائج إلى أن انخفاض معدل الخصوبة سيؤدي إلى تحقيق وفورات في الإنفاق العام على القطاعات الاجتماعية. وتوضح أيضاً أنه بدون سياسات سكانية أكثر طموحاً، فإن النمو السكاني السريع سيؤدي إلى إضعاف النمو الاقتصادي في البلاد.

٧٤. لطالما اعتبرت الحكومة المصرية النمو السكاني السريع تهديداً كبيراً لتحقيق التنمية في البلاد، ومن ثم، أطلقت مؤخراً "المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية" (الإطار ٦-١). ويتضمن المشروع نهجاً شاملاً للأنشطة التمكينية اللازمة التي من شأنها أن تتيح لمصر الاستفادة مما لديها من ميزة ديموغرافية. ويركز المشروع على ٥ محاور رئيسية هي: (١) محور التمكين الاقتصادي للمرأة، لا سيما في الفئة العمرية من ١٨ إلى ٤٠ عاماً من خلال دعم قدرة النساء في هذه الفئة على إقامة مشاريع صغيرة ومتوسطة من خلال التمويل والتدريب؛ (٢) محور تقديم الخدمات، من خلال تعزيز تنظيم الأسرة وإتاحة مجموعة كبيرة من خدمات تنظيم الأسرة في المراكز الصحية والمستشفيات؛ (٣) محور التثقيف والتوعية، (٤) المحور التشريعي، (٥) محور التحول الرقمي. وهناك أيضاً اعتبارات بشأن استخدام نظام الحوافز المالية لتوفير الدعم المالي الذي يتم صرفه للأسر التي تستوفي معايير معينة، على سبيل المثال: إنجاب طفلين على الأكثر؛ والزيارات الدورية لعيادات تنمية الأسرة لإجراء فحوصات سرطان الثدي، وفحوصات الصحة الإنجابية على سبيل المثال؛ وتشمل المعايير الأخرى حضور دورة "المشورة" أو "المشورة للمقبلين على الزواج". بالإضافة إلى ذلك، حددت الإستراتيجية القومية للسكان في مصر ٢٠١٥-٢٠٣٠^{٦٢} الإستراتيجيات التنفيذية وأهداف المشروع. ولا يزال العديد من هذه الخطط في مراحله الأولى، وستتطلب دعماً قوياً من الموازنة وقدرة تنفيذية لتحقيق أهداف التنمية السكانية المنشودة.

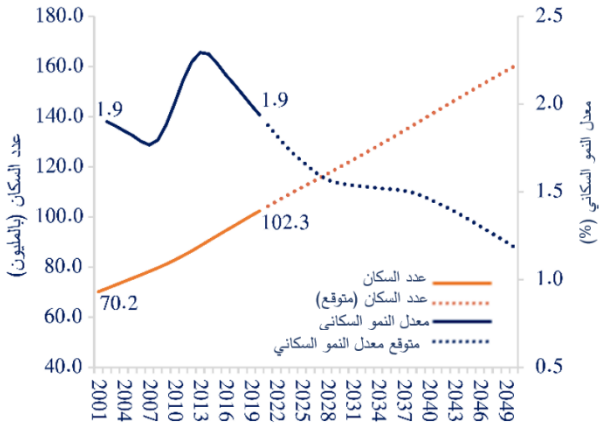
^{٦٢} أطلقت الحكومة إستراتيجية جديدة في نوفمبر ٢٠١٤ لتغيير اتجاه منحى النمو السكاني - وهي الإستراتيجية القومية للسكان في مصر ٢٠١٥-٢٠٣٠. وقد أرفق معها الخطة التنفيذية الخمسية الأولى للإستراتيجية القومية للسكان ٢٠١٥-٢٠٢٠. وتشير هذه الإستراتيجية إلى المادة ٤١ من الدستور المصري لعام ٢٠١٤، التي تنص على أن "تلتزم الدولة بتنفيذ برنامج سكاني يهدف إلى تحقيق التوازن بين معدلات النمو السكاني والموارد المتاحة، وتعظيم الاستثمار في الطاقة البشرية وتحسين خصائصها، وذلك في إطار تحقيق التنمية المستدامة".

الشكل ٦- ٢. معدلات الخصوبة (١٩٩٠-٢٠١٩)
(عدد الولادات لكل امرأة)



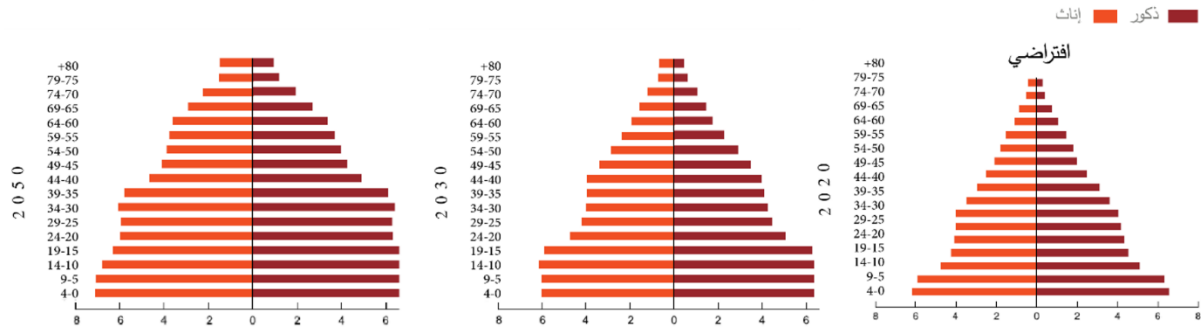
المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، وشعبة السكان في الأمم المتحدة (٢٠٢٠)

الشكل ٦- ١. عدد السكان في مصر (بالمليون) ومعدلات النمو السكاني، الفعلي في عام ٢٠٠٠ والمتوقع للفترة من ٢٠٠١-٢٠٥٠



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، وشعبة السكان في الأمم المتحدة (٢٠٢٠) والتوقعات

الشكل ٦- ٣. الهرم السكاني في مصر، ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ (توقعات)، و ٢٠٥٠ (توقعات)



المصدر: البنك الدولي ٢٠٢١. التأثير الاقتصادي للنمو السكاني في مصر، موجز للسياسات

الإطار ٦- ١. المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية

الأطراف المعنية: يتولى قيادة المشروع رئيس الوزراء ومجموعة من الجهات الأخرى، من بينها وزارة التعاون الدولي، ووزارة التنمية المحلية، ووزارة التخطيط، بالإضافة إلى المجالس المعنية: المجلس القومي للمرأة، والمجلس القومي للسكان، والمجلس القومي للأمومة والطفولة

الهدف: الارتقاء بجودة حياة الأسرة المصرية (نهج متعدد الأوجه ولا يقتصر على تحديد النسل)

مدة المشروع: ٣ سنوات [٢٠٢١-٢٠٢٤]

التمويل: التمويل المحلي. تمت الموافقة على موازنة الخدمات الخاصة بأنشطة الصحة الإنجابية وتنظيم الأسر. ومع ذلك، لم تتم الموافقة على موازنة الخدمات الأخرى بعد.. توجد الموازنة المركزية على مستوى وزارة التخطيط. وأعطى الرئيس الضوء الأخضر لإيجاد مصادر تمويل خارجية. مصادر جديدة: ٢,٩ مليار جنيه (١٨٥ مليون دولار)

التغطية الجغرافية: يجري التنفيذ في المحافظات التسع نفسها التي تعمل فيها مبادرة "حياة كريمة"، على الأقل للعام الأول - لأن المشروعات يسعيان لتحقيق الهدف نفسه. والمحافظات الأشد فقراً الواردة في بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر لعام ٢٠١٩ هي المحافظات التي يوجد بها أعلى معدل خصوبة: أسيوط، وسوهاج، وقنا، والمنيا، والأقصر، وأسوان، والجيزة، والشرقية، والدقهلية

المحاور الخمسة للمشروع:

١. محور التمكين الاقتصادي:

- يمثل ٦٠٪ إلى ٧٠٪ من الموازنة، ويستهدف تمكين المرأة من خلال ريادة الأعمال والتمويل متناهي الصغر. وعادة ما تكون النساء أقل رغبة من الرجال في إنجاب الأطفال، إلا أن ضعف قدرتهن على مناقشة أمور الأسرة يحول دون تمتعهن بالاستقلال في اختياراتهن. لذلك، فإن تمكين المرأة مالياً يمكن أن يكون له تأثير على عملية اتخاذ القرار داخل الأسرة.

٢. محور التدخل الخدمي:

- توفير خدمات الصحة الإنجابية، والرائدات الريفيات والطبيبات المقيمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية (وليس العيادات المتنقلة)، وتوفير وسائل منع الحمل مجاناً (تنظيم الأسرة). وتوجد حالياً ١٥٠٠ طبيبة، و٤٠٠ متطوعة من المنظمات غير الحكومية، ورائدات ريفيات لتقديم خدمات الصحة الإنجابية مع وزارة الصحة والسكان.

٣. محور التدخل الثقافي والتوعوي والتعليمي:

- يعمل المجلس القومي للمرأة على عقد "جلسات دوار العمدة"، وهي جلسات تثقيفية تُعقد في بيوت العُمد بحضور القيادات الدينية.
- يعمل المجلس القومي للأمومة والطفولة على تنظيم الأسرة من منظور حقوق الطفل في التعليم والصحة، مع التركيز على ضرورة وجود مدة زمنية بين كل طفل والذي يليه. وتُستخدم المراكز الثقافية في جميع القرى بهدف نشر هذه الرسائل، مع التركيز على الأطفال أنفسهم واستهدافهم بشكل رئيسي، لزيادة وعيهم بشأن الحقوق التي يمكنهم طلبها من آبائهم.

٤. محور التدخلات التشريعية:

- يجب تجريم تأخير تسجيل المواليد أو الامتناع عن تسجيلهم. وستوفر هذه الإستراتيجية الجديدة حوافز مالية للأسر التي تلتزم بمعياري معين، على سبيل المثال: إنجاب طفلين على الأكثر (على غرار مبادرتي "تكافل وكرامة" و"حياة كريمة")؛ وبسبب ذلك قد يمتنع الزوجان عن تسجيل المواليد أو تأخير التسجيل من أجل ضمان الحصول على تلك المزايا.
- تغليظ العقوبة لتشمل عقوبة السجن (وليس الغرامة فقط) لمن تثبت إدانته في زواج القاصرات وعمالة الأطفال، وأن تمتد العقوبة لتشمل الوالدين والشهود على الزواج في حالة زواج القاصرات.

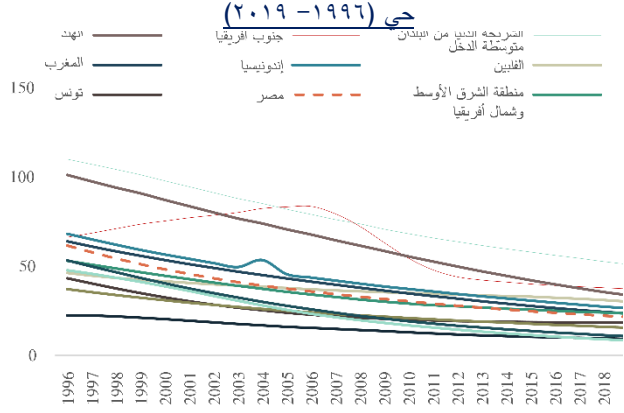
٥. محور التحول الرقمي:

- البيانات وبوابة المعلومات: سينشئ مركز مكافحة الأمراض مرصداً لرصد البيانات السكانية مباشرة على مستوى الأحياء والمحافظات. وستتاح بوابة معلومات للأسر لاستكشاف مجموعة الخدمات المتاحة لها.
- تقييم الاحتياجات: سيُظهر المرصد النمو السكاني، ومن ثم يوجه تخطيط قدرات الخدمات (أي أين سُنبنى المدارس لاحقاً؟)
- تقييم الأثر: سيضطلع المرصد أيضاً بدور مهم في تقييم الخطة الوطنية لفهم تأثير المحاور الكبير، وأي المحاور يجب التركيز عليها، بالإضافة إلى الاختلافات بين المناطق والاتجاه الزمني.
- مؤشرات الأداء الرئيسية: سوف تنتشر مؤشرات الأداء الرئيسية على مستوى جميع السلطات المسؤولة عن إدارة التنفيذ، وهي عملية آلية.

٧٥. وقد أحرزت مصر على مدى العقدين الماضيين تقدماً كبيراً في تحسين النواتج الصحية الأساسية، كجزء من أهدافها لتعزيز رأس المال البشري. وبين عامي ١٩٩٦ و٢٠١٩، وتماشياً مع التطورات العالمية، ارتفع متوسط العمر المتوقع من ٦٧ إلى ٧٣,٩ سنة (الشكل ٦-٤)، في حين انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من ٦١,٥ حالة إلى ٢١,٥ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي (الشكل ٦-٥). كما تحققت تحسينات كبيرة في نواتج صحة الطفل، وهو ما يرجع جزئياً إلى ارتفاع مستويات التطعيم، حيث تجاوزت نسبة التطعيم بلقاح بي. سي. جي. المضاد للدرن، والتطعيم ضد الدفتريا والسعال الديكي والتيتانوس (الثلاثي)، وشلل الأطفال، والحصبة ٩٥٪ في عام ٢٠١٩. كما لوحظ حدوث بعض التحسن في صحة الأم، فقد انخفض معدل وفيات الأمهات من ٥٤ حالة إلى ٤٢,٨ حالة لكل

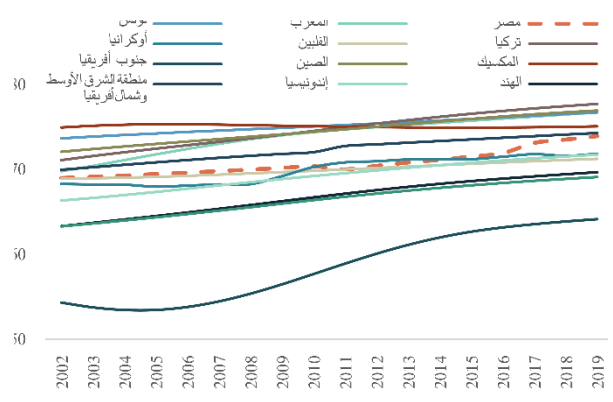
١٠٠ ألف ولادة حية بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٩ (الشكل ٦-٦). وفي العديد من المؤشرات، سجلت مصر أداءً أفضل من الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل، لكنها لا تزال متأخرة عن البلدان المماثلة الأخرى في المنطقة. على سبيل المثال، يقل العمر المتوقع عن مثيله في بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا الأخرى - حيث يبلغ ٧٦,٧ عاماً في تونس والمغرب و ٧٤,٣ عاماً في المتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الشكل ٦-٤).

الشكل ٦-٥. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي

الشكل ٦-٤. العمر المتوقع عند الميلاد (٢٠١٩-٢٠٠٢)



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي

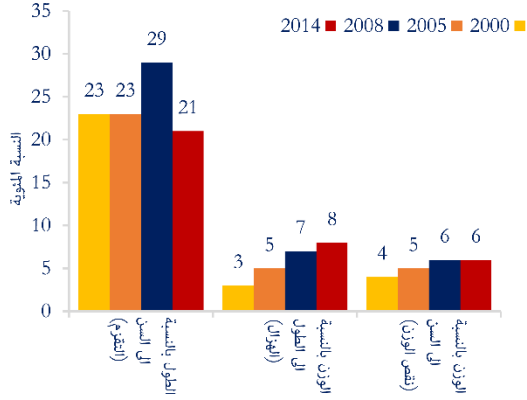
٧٦. على الرغم من الإنجازات الجيدة فيما يتعلق بالنواتج الصحية الأساسية، لا يزال سوء التغذية والتقرن يمثلان تحدياً كبيراً لمصر. فمن بين كل خمسة أطفال مصريين دون سن الخامسة يوجد طفل واحد يعاني من التقرن (المسح السكاني والصحي، ٢٠١٤). وبوجود مثل هذا العدد من المصابين بالتقرن (٢,١ مليون طفل)، يكون لدى مصر أكبر عدد من حالات التقرن في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وتأتي في الترتيب الثاني عشر على مستوى العالم من حيث الإصابات بالتقرن. بالإضافة إلى ذلك، لا تزال النواتج المتعلقة بالتغذية متدنية، ولم تشهد تحسناً كبيراً بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠١٤ (الشكل ٦-٧). ولا يؤدي التقرن إلى ضعف النواتج الصحية فحسب، بل يضر أيضاً بنواتج التعلم والإنتاجية الاقتصادية في مرحلة البلوغ. ومن ثم، يجب أن يكون تحسين مستوى تغذية الأطفال أولوية قصوى لمصر من أجل تحسين النواتج الصحية الأساسية وتعزيز رأس المال البشري. وبصفة عامة، تركز سياسات التغذية على عدة مجالات رئيسية (الإطار ٦-٢).

٧٧. أطلقت مصر العديد من مبادرات التغذية، لكن معظم المبادرات الحالية لا تتصدى للتحدي الذي يمثله التقرن. وتشمل برامج التغذية الحالية مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال، وتعزيز متابعة نمو الرضع والأطفال الصغار، وبرنامج تزويد الأغذية بالمغذيات الدقيقة، وتشجيع استخدام الملح المشبع باليود، والاستشارات بشأن التغذية، وتغذية الرضع منخفضي الوزن عند الولادة، وبرنامج التغذية المدرسية^{٦٣} التي تنفذ في مصر منذ عام ١٩٦٨. وفي عام ٢٠١٦، تم توسيع نطاق البرنامج ليشمل جميع المدارس الحكومية. وفي أغسطس من عام ٢٠٢١، أعلنت الحكومة المصرية زيادة تكلفة الخبز على مستوى البلاد للمساعدة في دعم الوجبات التي يحصل عليها ١٢,٢ مليون طالب. وعلى الرغم من ذلك، فإن معظم مبادرات التغذية الحالية في مصر لا تتصدى للتحدي الذي يمثله التقرن، لا سيما أن هذه الحالة لا يمكن علاجها بعد مرور ألف يوم من حياة الطفل. لذلك، يجب أن تستهدف التدخلات الرامية لعلاج التقرن الأمهات الحوامل، والرضع، والأطفال الصغار دون سن الثالثة. ومع ذلك، ومع ذلك، فإن برنامج التغذية الحالي مثل برنامج التغذية المدرسية يستهدف الأطفال في سن المدرسة. ولا تزال البرامج التي تستهدف تحسين تغذية الأمهات الحوامل والأطفال في الأيام الأولى تقتصر إلى التمويل والتنسيق إلى حد كبير. بالإضافة إلى ذلك، لا يخضع نمو الأطفال في العامين الثاني والثالث من العمر لمتابعة منهجية، كما أن البيانات عن التقرن غير محدثة، إذ يرجع أحدثها إلى عام ٢٠١٤. ولدى العديد من البلدان التي تواجه مشكلة التقرن برامج قومية مخصصة للتغذية، وهو ما تقتصر عليه مصر في الوقت الراهن. وتشمل هذه البرامج على سبيل المثال بعثة بوشان أهبان الوطنية للتغذية التي تم إطلاقها في الهند في عام ٢٠١٨ تحت إشراف وزارة تنمية المرأة والطفل، وأيضاً البرنامج الوطني للتغذية في إثيوبيا الذي بدأ في عام ٢٠١٠. ويضم هذا البرنامج ١٢ وزارة من أجل

^{٦٣} منظمة الصحة العالمية. قاعدة بيانات عالمية لتنفيذ الإجراءات الخاصة بالتغذية.

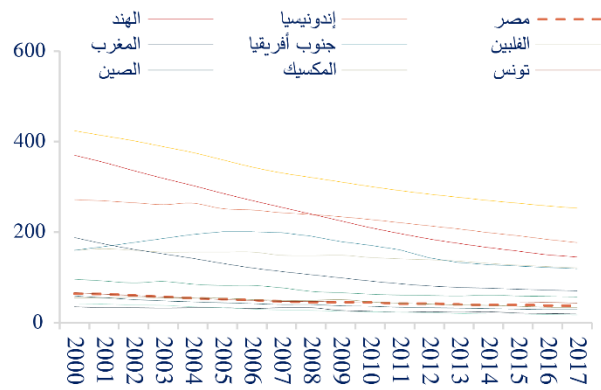
تنسيق الأعمال المتعلقة بالتغذية. من ناحية أخرى، تتبع بعض البلدان الأخرى، مثل بنغلاديش ونيبال، نهج النظام الصحي؛ وذلك بدمج خدمات التغذية الشاملة في النظام الصحي العام.

الشكل ٦-٧. اتجاهات سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٠-٢٠١٤)



المصدر: المسح السكاني الصحي في مصر ٢٠١٤.

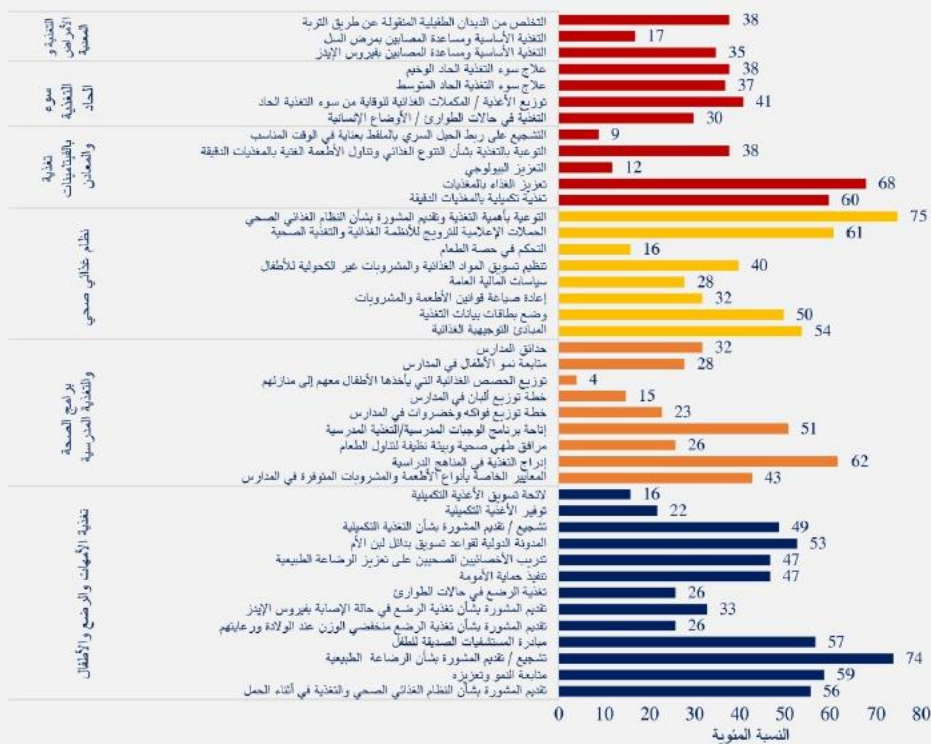
الشكل ٦-٦. معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف ولادة حية (٢٠٠٠-٢٠١٧)



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي

الإطار ٦-٢. المجالات الرئيسية لسياسات التغذية والممارسات العالمية

إدراج مجالات العمل المتعلقة بالتغذية في السياسات الوطنية في ١٦٧ بلداً

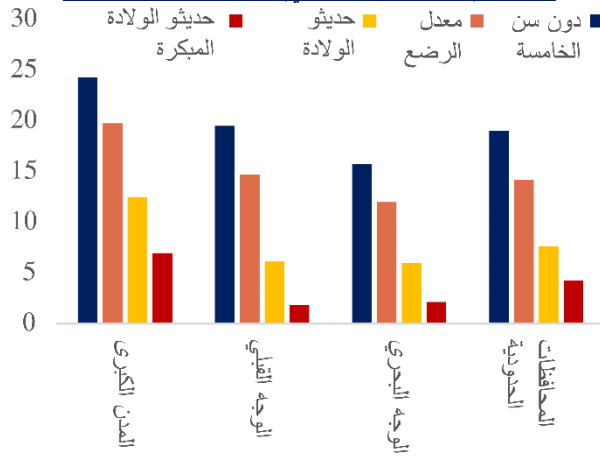


المصدر: منظمة الصحة العالمية، مراجعة سياسات التغذية العالمية 2016-2017؛ التقدم المحرز في البلدان في توفير بيانات سياسات مواتية لتعزيز النظم الغذائية والتغذية الصحية، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2018.

٧٨. على الرغم من التقدم العام المحرز، لا تزال أوجه عدم المساواة قائمة بين الجنسين، وعلى مستوى المناطق الجغرافية والمحددات الاجتماعية والاقتصادية. على سبيل المثال، يزيد متوسط العمر المتوقع للنساء عن عمر الرجال بنحو ثلاث سنوات (٧٥,٩ عاماً للنساء و٧٣,٤ عاماً للرجال في عام ٢٠٢١)، وقد تقلصت تلك الفجوة قليلاً منذ عام ٢٠٠٠ (الشكل ٦-٨). في الوقت نفسه، تبلغ معدلات الوفاة

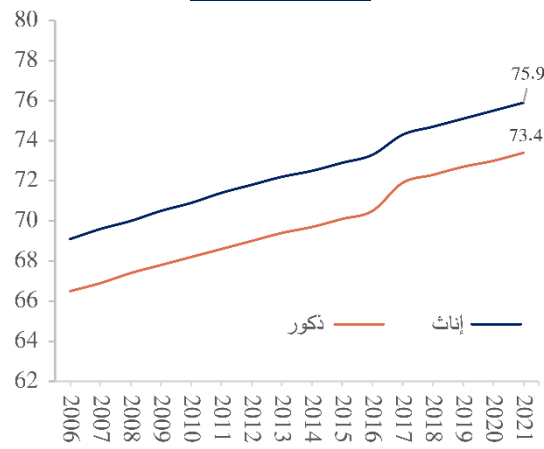
بين الأطفال حديثي الولادة والرضع والأطفال دون سن الخامسة أعلى مستوياتها في المحافظات الكبرى، تليها محافظات الوجه القبلي، والمحافظات الحدودية، في حين تسجل محافظات الوجه البحري أدنى المعدلات. ويبلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المحافظات الكبرى ٢٤,٣ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية، مقارنة بالمتوسط على المستوى الوطني الذي يبلغ ٢٠,٤ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية، وهو أعلى مرة ونصف المرة من المعدل في محافظات الوجه البحري (١٥,٩ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي) (الشكل ٦-٩). ويُعزى الارتفاع الكبير غير المتوقع في معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال الصغار في المحافظات الكبرى جزئياً إلى تركيز منشآت رعاية الأطفال حديثي الولادة في تلك المناطق، التي تستقبل المرضى من الأطفال حديثي الولادة من جميع أنحاء البلاد لتلقي الرعاية الطبية بها. وتسجل طرق الإحصاء الحالية مكان الوفاة، بدلاً من التصنيف حسب محل الميلاد، مما يؤدي إلى ظهور هذا الاتجاه الملحوظ. ويسلط هذا الأمر الضوء على الحاجة إلى تسجيل بيانات أكثر دقة في سجل الوفيات، وزيادة قدرة خدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة في المناطق التي لم تحظ بنصيب كافٍ من التنمية.

الشكل ٦-٩. معدلات وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال دون سن الخامسة (لكل ١٠٠٠ مولود حي) ^{٦٤} حسب المنطقة، ٢٠١٩



المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة والسكان

الشكل ٦-٨. العمر المتوقع عند الميلاد حسب النوع الاجتماعي في مصر ٢٠٠٦-٢٠٢١

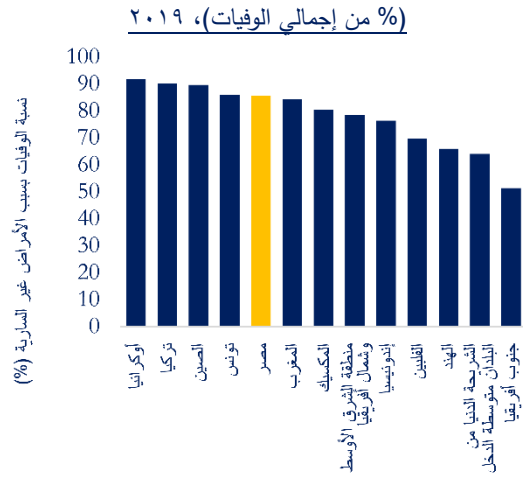


المصدر: مصر في أرقام، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، الإحصاءات الحيوية، ٢٠٢١

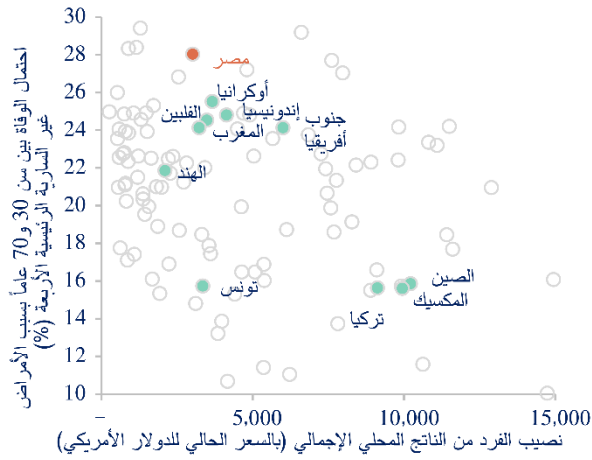
٧٩. هناك حاجة لإعادة توجيه موارد النظام الصحي من أجل الوقاية من الأمراض غير السارية وعوامل الخطر الخاصة بها والتعامل معها. لقد تحول العبء الرئيسي للمرض من الأمراض السارية إلى الأمراض غير السارية، لكن النظام الصحي لم يتكيف بعد مع هذا التحول. في عام ٢٠١٩، كانت الأمراض غير السارية هي السبب الرئيسي في وفاة ٨٥,٦٪ من جميع حالات الوفاة في مصر، وهي نسبة أعلى من نسبة الوفيات التي تسببها الأمراض غير السارية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (٧٨,٥٪)، وأعلى بكثير من النسبة في الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل (٦٤,١٪) (الشكل ٦-١٠). ومن بين كل ثلاثة مواطنين مصريين يتعرض واحد تقريباً لخطر الوفاة المبكرة (بين سن ٣٠ و ٧٠ عاماً) بسبب أحد الأمراض غير السارية الرئيسية الأربعة (أمراض القلب والأوعية الدموية، ومرض الانسداد الرئوي المزمن، ومرض السكر، والسرطان) (الشكل ٦-١١). وكان هذا الاحتمال أعلى بين الرجال عنه بين النساء - ٣٢,٧٪ بين الرجال مقابل ٢٣,٢٪ بين النساء في عام ٢٠١٩. وتحدث أكثر من نصف حالات الوفاة في مصر بسبب الأمراض غير السارية قبل سن السبعين، وهي نسبة أعلى من النسب الموجودة في معظم البلدان المماثلة. ويعني هذا الأمر أن حالات المصابين بالأمراض غير السارية لا يتم التعامل معها على نحو جيد، مما يؤدي إلى الوفاة في سن مبكرة (الشكل ٦-١٢). بالإضافة إلى ذلك، فإنه يشير إلى عوامل الخطر السائدة للوفيات المبكرة بين المصابين بالأمراض غير السارية، مثل الارتفاع الكبير في معدلات السمنة، ومعدلات التدخين لدى الرجال.

^{٦٤} المحافظات الكبرى: القاهرة والإسكندرية وبورسعيد والسويس. محافظات الوجه القبلي: أسيوط وبنى سويف وقنا والمنيا وسوهاج والأقصر وأسوان والفيوم والجيزة. محافظات الوجه البحري: الإسماعيلية، المنوفية، القليوبية، الدقهلية، الشرقية، البحيرة، دمياط، الغربية. المحافظات الحدودية: مطروح، الوادي الجديد، البحر الأحمر، شمال سيناء، وجنوب سيناء.

الشكل 6-10. نسبة الوفيات بسبب الأمراض غير السارية

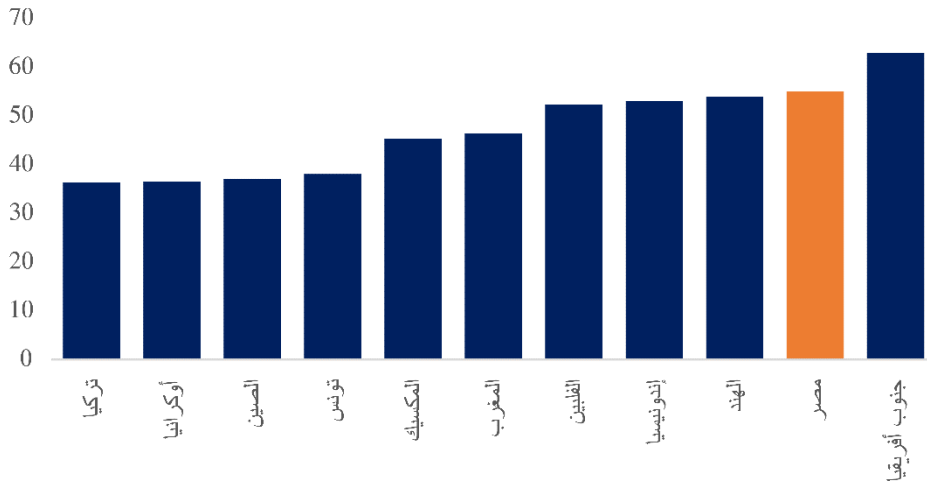


الشكل 6-11. احتمال الوفاة بين سن ٣٠ و ٧٠ عاماً بسبب أحد الأمراض غير السارية الرئيسية الأربعة، ٢٠١٩. (نسبة مئوية)



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية ومنظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠)، وعبء المرض العالمي (معهد القياسات الصحية والتقييم) ٢٠١٩

الشكل 6-12. الوفيات المبكرة بسبب الأمراض غير السارية، كنسبة من جميع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية، ٢٠١٩



المصدر: منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠)

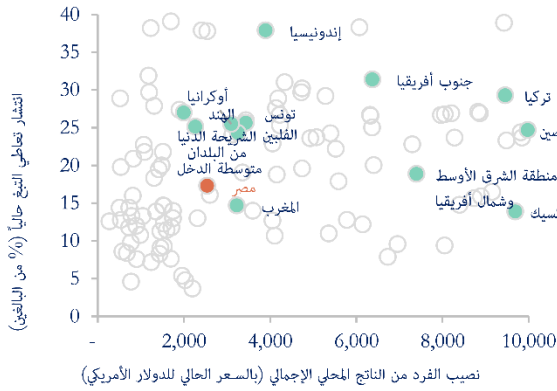
٨٠. تعد أمراض انسداد شرايين القلب، وتليف الكبد، والسكتة الدماغية من أهم الأسباب المسؤولة عن الوفاة في عام ٢٠١٩ حيث تسببت في ٥١٪ من إجمالي حالات الوفاة. وجاءت الإصابات بسبب حوادث الطرق في المرتبة الرابعة، وتمثل ٥٪ من حالات الوفاة. ويأتي معدل الوفيات الناجمة عن هذه الإصابات، الذي بلغ ٢٩,٨ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف حالة، في الترتيب الثاني عشر ضمن أعلى معدل وفيات حوادث الطرق في العالم (معهد القياسات الصحية والتقييم، ٢٠٢١). ويمكن أن يُعزى ارتفاع معدل الوفيات بسبب تليف الكبد إلى الانتشار الكبير للإصابة بفيروس الكبد الوبائي "سي" في السابق (الشكل ٦-١٣). وقد انخفض معدل الإصابة بهذا المرض بنسبة ٥٠٪ بين عامي ٢٠١٧ و ٢٠١٩ بفضل إطلاق الحكومة المصرية حملة "١٠٠ مليون صحة" في عام ٢٠١٨، حيث تم فحص أكثر من ٦٠ مليون شخص بالغ للكشف عن الإصابة بفيروس الكبد الوبائي "سي"، ومرض السكر، وارتفاع ضغط الدم، والسمنة (الإطار ٦-٣). وقد يساعد التعرف المبكر على فيروس الكبد الوبائي "سي" وعلاجه في إطار حملة ١٠٠ مليون حياة صحية إلى الوقاية من العديد من حالات تليف الكبد في العقود العديدة القادمة، ومن المتوقع أن تنخفض الوفيات الناجمة عن تليف الكبد في مصر.

٨١. يساهم نمط الحياة غير الصحي، والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر في زيادة عبء الأمراض غير السارية. في عام ٢٠١٩، بلغت جميع حالات الوفاة الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم نحو ٢٩٪، و١٨٪ بسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم، و٢٣٪ بسبب ارتفاع مؤشر كتلة

الجسم.^{٦٥} وتبلغ نسبة المدخنين في مصر حالياً نحو ٢٣٪ من عدد السكان. ويُعد انتشار التدخين (الشكل ٦-١٤) أقل مما هو عليه في البلدان ذات المستويات المماثلة من الدخل، ولكنه أعلى من المتوسط الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (١٩٪). مع ذلك، يتركز التدخين بشكل كبير بين الرجال - أكثر من ٤٣٪ من الرجال مدخنون مقابل أقل من ١٪ من النساء.^{٦٦} كما أن معدل انتشار التدخين أعلى بين الفئات العمرية الأكبر سناً: ٣٣٪ من الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٩ عاماً مدخنون، مقابل ٥٢٪ من الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠ و ٥٩ عاماً (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ووزارة الصحة والسكان، ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨). ولا يتبع ربع السكان البالغين توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة (أي مزاوله نشاط بدني معتدل لمدة ١٥٠ دقيقة على الأقل على مدار الأسبوع، أو ما يعادله). ويعاني نحو ٣٠٪ من السكان البالغين من ارتفاع ضغط الدم. ولا تتجاوز نسبة من يمكنهم التحكم فيه ١٣,٧٪ (أي ضغط الدم الانقباضي أقل من ١٤٠، وضغط الدم الانبساطي أقل من ٩٠)، مما يشير إلى وجود فجوات كبيرة في التعامل مع الأمراض غير السارية (أداة النهج التدريجي لترصّد عوامل خطر الأمراض غير السارية، ٢٠١٨). بالإضافة إلى ذلك، يعاني أكثر من ثلث السكان (٣٥,٧٪) من السمنة، ويبلغ معدل انتشار السمنة بين النساء تقريباً ضعف المعدل بين الرجال (٤٩٪ بين النساء مقابل ٢٥٪ بين الرجال).

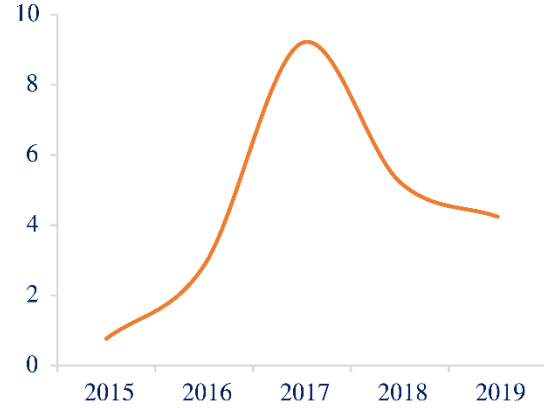
٨٢. تشير التقديرات إلى أن خسائر الإنتاجية في مصر بسبب الأمراض المزمنة وحدها تصل إلى ١٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي. ومع زيادة أعداد السكان المسنين، من المتوقع أن يتضاعف العبء الاقتصادي بحلول عام ٢٠٣٠، إذا لم يتم تنفيذ الخطوات المناسبة لمكافحة الأمراض غير السارية. وتجنباً للخسائر الاقتصادية الفادحة، فإن الوقاية من الأمراض غير السارية، والفحص المبكر لاكتشافها، والتعامل معها تُعد أموراً بالغة الأهمية. علاوة على ذلك، ثمة حاجة إلى نهج شامل على مستوى الحكومة بأكملها للتصدي لخطر الأمراض غير السارية وذلك عن طريق عدة أمور من بينها: التخطيط الحضري، والضرائب الصحية التي توجه إلى الخدمات الصحية، والإجراءات الخاصة بالمدارس، والسياسة الغذائية، وممارسة الرياضة. وعلى الرغم من اتخاذ بعض الإجراءات لمواجهة الأمراض غير السارية، فمن غير المرجح أن تحقق مصر هدف التنمية المستدامة المتمثل في خفض الوفيات المبكرة، الناجمة عن الأمراض غير السارية الأربعة الرئيسية بمقدار الثلث بحلول عام ٢٠٣٠ (الغاية ٣-٤)، ما لم تتعامل بصورة أفضل مع هذه الأمراض وعوامل الخطر المرتبطة بها.

الشكل ٦-١٤. انتشار التدخين، ٢٠١٨
(النسبة المئوية للسكان الذين تبلغ أعمارهم ١٥ عاماً فأكثر)



المصدر: بحث دخل وإنتاج واستهلاك الأسر ٢٠١٨، ومؤشرات التنمية في العالم الصادرة عن البنك الدولي (WDI 2020)

الشكل ٦-١٣. معدل الإصابة بفيروس التهاب الكبد سي لكل ١٠٠ ألف شخص، ٢٠١٥-٢٠١٩



المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة والسكان (٢٠٢٠)

^{٦٥} معهد القياسات الصحية والتقييم. دراسة عبء المرض العالمي (٢٠١٩)

^{٦٦} ومع ذلك، من الأرجح ألا تفصح النساء أنهن مدخنات لأسباب تتعلق باختلاف العادات والتقاليد، وخوفاً من تعرضهن وصمة العار المرتبطة بالتدخين.

الإطار ٦-٣. حملة "١٠٠ مليون صحة" تحقق عائداً كبيراً على الاستثمار^{٦٧}

تُعد مبادرة "١٠٠ مليون صحة" أحد المعالم البارزة في برنامج الصحة العامة في مصر، وتهدف إلى التصدي للقضايا الصحية بالغة الخطورة، والارتقاء بصحة السكان. وفي إطار هذه المبادرة، أطلقت وزارة الصحة والسكان حملة للكشف الطبي في جميع أنحاء البلاد ابتداءً من عام ٢٠١٨، حيث جرى فحص أكثر من ٦٠ مليون شخص بالغ للكشف عن الإصابة بفيروس الكبد الوبائي "سي"، ومرض السكر، وارتفاع ضغط الدم، والسمنة. وتُعد هذه المبادرة أول وأكبر برنامج للصحة العامة في العالم لمكافحة فيروس الكبد الوبائي "سي".

تأثير الحملة على القضاء على الإصابة بفيروس الكبد الوبائي "سي" في مصر.

تم اكتشاف نحو ٣,٥ ملايين إصابة جديدة بفيروس الكبد الوبائي "سي" (٤,٦٪ من عدد السكان البالغين في مصر)، وأُحيلوا إلى المراكز المختصة لتلقي العلاج المجاني في ديسمبر ٢٠٢١. وبحلول سبتمبر ٢٠١٩، كان قد تم بنجاح علاج أكثر من ٣٨٠ ألف حالة إصابة جديدة (بمعدل شفاء بلغ ٩٨,٨٪). وبلغ إجمالي تكلفة عمليات الفحص والتقييم والعلاج ٢٠٧ ملايين دولار. وتم إنفاق أكثر من ٧٠ مليون دولار على العلاج وحده، بمتوسط تكلفة ٤٤ دولاراً لكل مريض.

الفرص الاقتصادية التي يتيحها الكشف عن الأمراض غير السارية وعلاجها.

فُدرت الخسائر الاقتصادية التي تكبدتها مصر في عام ٢٠١٠ بسبب مرض السكر وحده بنحو ١,٣ مليار دولار، ووجد أن الحالات المزمنة من المرض تُسبب خسائر في القدرة الإنتاجية تعادل ١٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي للبلاد. وما لم تتخذ تدخلات في هذا الأمر، من المتوقع أن يتضاعف العبء الاقتصادي لهذا المرض بحلول عام ٢٠٣٠ مع زيادة عدد السكان المسنين. وبغية تجنب الخسائر الاقتصادية الكبيرة، فإنه من الأهمية بمكان اتخاذ إجراءات الوقاية من الأمراض غير السارية، وإجراء الفحوصات اللازمة لاكتشافها، والتعامل المبكر معها. وفحصت حملة الكشف عن الأمراض غير السارية ما يقرب من ٦٠ مليون شخص بتكلفة بلغت نحو ٢ دولار لكل شخص. إذا تمت متابعة علاج جميع الأشخاص الذين أثبت الفحص إصابتهم بالأمراض غير السارية، فسيتم توفير نحو ٦,٦٤ ملايين سنة من سنوات العمر المعدلة حسب الجودة (أي السنوات التي يتمتع فيها الشخص بالصحة) على مدى ١٥ عاماً^{٦٨}. بالإضافة إلى ذلك، فإن الوفورات في التكاليف المباشرة ستصل إلى ٨,٦ مليارات دولار، يرجع معظمها إلى تجنب تكاليف علاج الأمراض غير السارية على المدى الطويل. ويُعد الكشف عن الإصابة بهذه الأمراض وعلاجها في غاية الفعالية من حيث التكلفة، ويحقق نسبة العائد على الاستثمار تبلغ ٢,٣٣.

المصدر: بيانات فحص الأمراض غير المعدية مأخوذة من بيانات برنامج وزارة الصحة والسكان. نتائج فعالية التكلفة مبنية على تحليل فريق العمل من البنك الدولي.

ب. نظام الرعاية الصحية: الهيكل والحصول على الخدمات والاستخدام

تخدم المنشآت الحكومية وشبه الحكومية الجزء الأكبر من السكان. ويضع الإطار التنظيمي غير المكتمل عقبات تحول دون دخول مشاركين من القطاع الخاص بسهولة، بالإضافة إلى العمليات الإجرائية الطويلة والمرهقة والمكلفة.

١. هيكل النظام الصحي

٨٣. يتكون نظام الرعاية الصحية في مصر من الهيئات والمنشآت الحكومية، والهيئات شبه الحكومية، والمنشآت الخاصة (الشكل ٦-١٥). وتُعد المنشآت الحكومية وشبه الحكومية، التي يُشار إليها مجتمعة باسم القطاع الحكومي، مقدم الخدمة الوحيد للرعاية الصحية الأولية (أي خدمات طب الأسرة)، لأن القطاع الخاص غير مرخص له بتقديم هذا النوع من الرعاية. ويؤدي القطاع الخاص دوراً

^{٦٧} تستند النتائج إلى تحليل فعالية التكاليف الذي أجراه البنك الدولي، ووزارة الصحة والسكان.

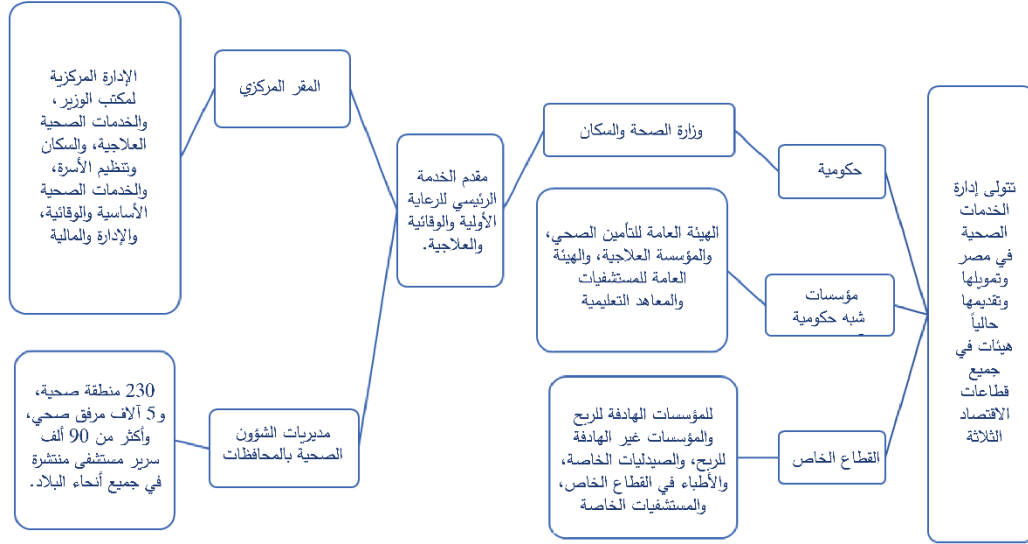
^{٦٨} ملاحظة: تغطي حملة "١٠٠ مليون صحة" تكلفة الكشف عن الأمراض غير السارية، ولكنها لا تتحمل نفقات العلاج. ويتحمل نظام التأمين الصحي الشامل نفقات علاج المصابين بهذه الأمراض.

مهماً في تقديم الرعاية الصحية الثانوية والمتخصصة (أي الرعاية المتخصصة ورعاية مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات). ومع ذلك، فإنه نظراً لصغر حجم المستشفيات الخاصة، يخدم القطاع الحكومي نسبة أكبر من السكان. وعلى الرغم من أن ٦٨٪ من منشآت الرعاية الصحية الثانوية والمتخصصة تابعة للقطاع الخاص، ليس لدى هذا القطاع سوى ٢٨٪ من أسرة المستشفيات.

٨٤. الحكومة المصرية هي مقدم الخدمة الرئيسي للرعاية الصحية الوقائية، والرعاية المتخصصة، ورعاية مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات من خلال برامجها المركزية والمنشآت الصحية التابعة لها. وتدير وزارة الصحة والسكان أكبر عدد من المنشآت الصحية وأسرة المستشفيات لتقديم الرعاية الأولية والرعاية المتخصصة (٣٨٦ مستشفى ومركزاً، و٣٧٠٠٣ أسرة، و٥٤٥٨ منشأة رعاية أولية في عام ٢٠١٩). ولدى بعض الوزارات الأخرى (بما فيها وزارة التعليم العالي، ووزارة الداخلية، ووزارة النقل وغيرها) منشآت صحية. وليس لدى الأنظمة الحكومية المختلفة آلية تنسيق مركزية. من جهة أخرى، يوجد انفصال بين إدارة الموازنة والموارد البشرية وتشغيل المنشآت، مما يؤدي إلى نظام مجزأ لتقديم خدمات الصحة العامة. وتدير الحكومة المصرية ٦١١١ منشأة صحية، من بينها ٥,٤٥٨ منشأة رعاية صحية أولية، و٧٤٧,٠٠٠ صيدلية، وأكثر من ٩٠ ألف سرير في ٦٥٣ منشأة لمرضى الأقسام الداخلية في جميع أنحاء البلاد. وتُدار البرامج الصحية والمنشآت الصحية الحكومية على مستوى مركزي، وأيضاً من خلال المديرية الصحية على مستوى المحافظات (الشكل ٦-١٦). تدير الحكومة المركزية برامج الصحة العامة وبرامج المؤسسة العلاجية الرئيسية الممولة من الموازنة، بما في ذلك مبادرة "١٠٠ مليون صحة" التي تتحمل عبء الكشف عن الإصابة بفيروس الكبد الوبائي "سي"، ومرض السكر، وارتفاع ضغط الدم، والسمنة، ورعاية المرأة وتنظيم الأسرة؛ و "برنامج العلاج على نفقة الدولة" الذي يقدم الدعم لعلاج السكان ذوي الدخل المنخفض والمحرومين؛ وبرامج "المستشفيات النموذجية" التي تهدف إلى الارتقاء بجودة المستشفيات الحكومية. وتقدم وحدات الحكم المحلي أيضاً برامج الصحة العامة والخدمات الصحية.

٨٥. كما تُعد كيانات الرعاية الصحية شبه الحكومية، والمنظمات شبه الحكومية التي تمتلك الوزارات الحكومية فيها حصة سيطرة، أطرافاً فاعلة مهمة في تقديم الخدمات الصحية المتخصصة والتغطية المالية. وتضم هذه الكيانات الهيئة العامة للتأمين الصحي، والمؤسسة العلاجية. وبالمقارنة مع الهيئات الحكومية، تخضع الكيانات شبه الحكومية لمجموعة القواعد واللوائح التنظيمية الخاصة بها، ولديها مصادر إيرادات منفصلة، وتمارس قدرأ أكبر من الاستقلال في إدارة العمليات اليومية. على الرغم من ذلك، فإن معظم هذه الكيانات لا يمتلك القدرة على تحقيق الاكتفاء الذاتي مالياً، ومن ثم، تمتلك وزارة الصحة والسكان حصة سيطرة فيها، وتوفر التمويل لهذه الكيانات جزئياً من خلال الموازنة. وتُعد المؤسسة العلاجية برنامجاً صغيراً تموله الحكومة وشركات التأمين الصحي الخاصة. وتحصل الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية أيضاً على التمويل من الحكومة، على الرغم من أن برنامج العلاج على نفقة الدولة التابع لها يتم تمويله أيضاً من خلال التحويلات الطبية من الهيئة العامة للتأمين الصحي. وتضطلع الهيئة العامة للتأمين الصحي بدور متحمل التكلفة، ومقدم الخدمة، والمشرف على الرعاية الصحية. وتوجد أربع فئات كبيرة من المستفيدين من خدمات الهيئة هي: موظفو الحكومة، وبعض موظفي القطاع الخاص، وأرباب المعاشات، والأرامل. أما برنامج التأمين الصحي على الطلاب فيشمل الطلاب والأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاماً. ويتم تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي عن طريق الاشتراكات والموازنة العامة للدولة وكذلك الضرائب المفروضة على السجائر. وبصفتها مقدم خدمات رعاية صحية، تدير الهيئة ٣٩ مستشفى، وأكثر من ٨ آلاف عيادة مدرسية وعيادة شاملة وصيدلية. وتضم الكيانات الحكومية والكيانات شبه الحكومية، التي يُشار إليها مجتمعة باسم مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي، ٧٢٪ من الأسرة على النحو التالي: (١) وزارة الصحة والسكان (٢٩٪)؛ (٢) وزارات أخرى (٢٤٪)، بما فيها وزارة التعليم العالي وهيئة السكك الحديدية ووزارة الداخلية؛ و (٣) الهيئات التابعة لوزارة الصحة والسكان (١٩٪)، مثل الهيئة العامة للتأمين الصحي.

الشكل ٦- ١٥. البناء التنظيمي للنظام الصحي في مصر



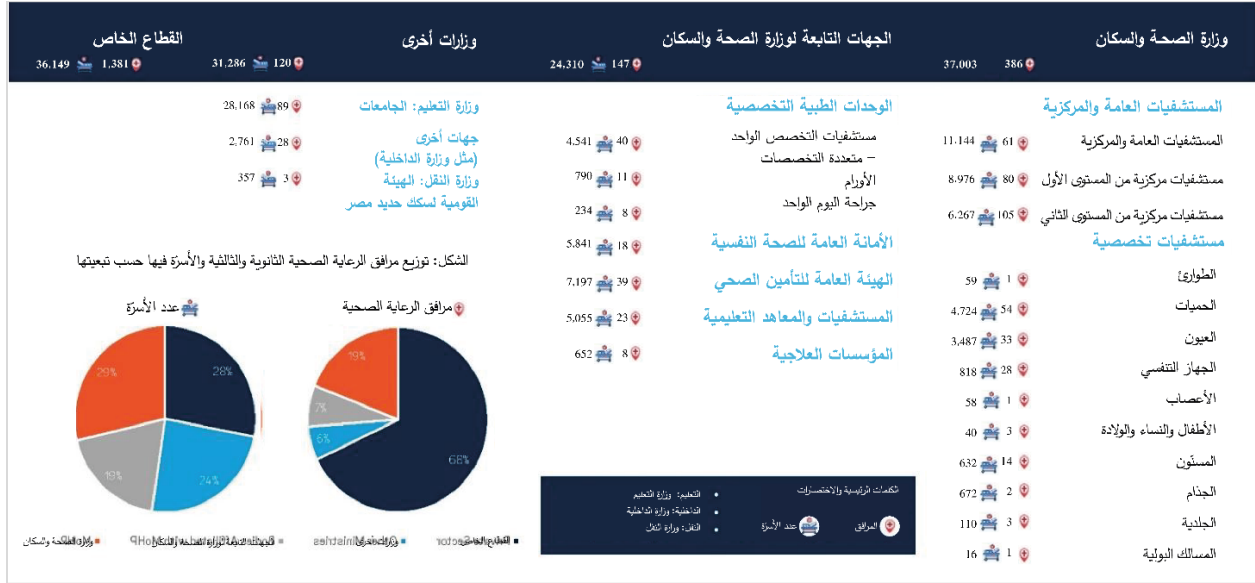
٢. ما دور القطاع الخاص؟

٨٦. يشمل مقدمو خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص المؤسسات والجمعيات الهادفة للربح وغير الهادفة للربح، وهي المقدم الرئيسي لخدمات رعاية مرضى العيادات الخارجية، وخدمات الصيدليات. وهي تشمل، على سبيل المثال وليس الحصر، الأطباء من القطاع الخاص، والمستشفيات الخاصة، والقابلات التقليديات، والصيدليات الخاصة. بالإضافة إلى ذلك، تقدم العديد من المنظمات غير الحكومية خدمات صحية، بما فيها العيادات المرفقة بدور العبادة والجمعيات الخيرية الأخرى، وكلها مسجلة لدى وزارة التضامن الاجتماعي. ويتولى مقدمو الرعاية الصحية من القطاع الخاص إدارة ٢٨٪ من أسرة المستشفيات في النظام الصحي في مصر، ومع ذلك، لا تتوافر بيانات عن عدد العيادات الطبية والصيدليات الخاصة (الشكل ٦-١٦).

٨٧. لا يُسمح للقطاع الخاص بتقديم خدمات الرعاية الأولية، لأن إجراءات الترخيص واللوائح التنظيمية تمنع مشاركة القطاع الخاص في قطاع الرعاية الصحية الأولية. ويمثل هذا الأمر عائقاً على مستوى السياسات أمام تقديم القطاع الخاص خدمات الرعاية الأولية في ظل نظام التأمين الصحي الشامل. ومن ثم، ينتج عن الإطار التنظيمي غير المكتمل في مصر عدد من العقبات، بالإضافة إلى الإجراءات الطويلة والمرهقة والمكلفة التي تعوق دخول مشاركين من القطاع الخاص (البنك الدولي، ٢٠٢٠). على سبيل المثال، يقصر القانون ١٥٣ لعام ٢٠٠٤ ملكية العيادات الخاصة على الأطباء المرخص لهم بمزاولة المهنة؛ لذلك، لا يمكن منح التراخيص سوى للمنشآت المملوكة بنسبة ١٠٠٪ لأطباء للعمل كعيادات. وتقتصر الاستثناءات على الجمعيات الخيرية أو الشركات التي تفتح عيادات لخدمة العاملين بها. وتشترط اللوائح التنظيمية الأخرى لمنح التراخيص حصول العيادات على عدة موافقات من جهات مختلفة، والعديد منها لا يمكن تقديم طلبات للحصول عليها إلا بعد إنشاء العيادة. وتتضمن دورة الحصول على الموافقات واستيفاء المستندات المطلوبة ما لا يقل عن تسع جهات حكومية، وتخضع الكيانات التي تسعى للحصول على التراخيص لقواعد ولوائح تنظيمية متضاربة تفرضها جهات تنظيمية مختلفة، ناهيك عن تعدد الرسوم والمدفوعات المطلوبة.

٨٨. من المتوقع أن يُحدث نظام التأمين الصحي الشامل نقلة نوعية في نظام تقديم الخدمات وتمويلها في مصر. وسيتم التعاقد مع كل من المنشآت الحكومية والخاصة من خلال نظام التأمين الصحي الشامل لتوفير تغطية كاملة. ونتيجة لذلك، سيتم دمج قدرات تقديم الخدمات التي يتمتع بها هذان القطاعان معاً لتلبية احتياجات السكان. ويجب أن تتبّع عملية تخطيط قدرات خدمات القطاع الحكومي أيضاً عن النهج الانعزالي وأن تتجه نحو خطة رئيسية قومية تضم كلاً من مقدمي الخدمات من القطاعين الحكومي والخاص. ومع ذلك، سيكون من المهم التصدي للمعوقات التنظيمية التي تحول دون تقديم القطاع الخاص الخدمات الصحية، بغية تعظيم الفوائد وزيادة القدرة على الحصول على رعاية صحية جيدة تحت مظلة نظام التأمين الصحي الشامل. ويتضمن القسم الرابع مناقشة آثار نظام التأمين الصحي الشامل على نحو تفصيلي.

الشكل ٦- ١٦. توزيع مرافق الرعاية الصحية الثانوية والثالثية والأسرة فيها، حسب تبعيتها، ٢٠١٩



المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة والسكان

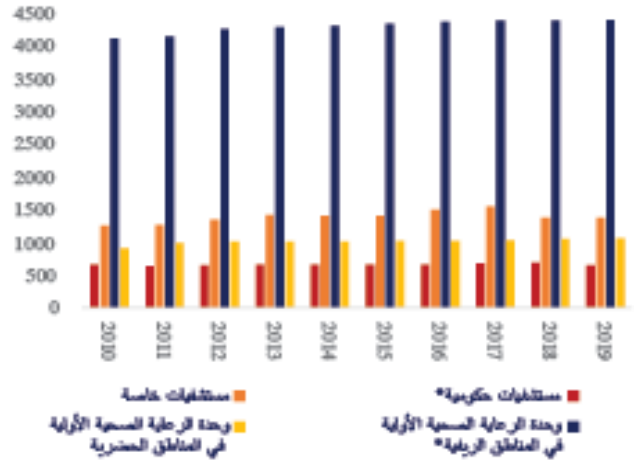
٣. توافر خدمات الرعاية الصحية - تحديات الكفاءة والمساواة

٨٩. تتطلب كفاءة نظام الرعاية الصحية توافر المستويات المناسبة والمتوازنة من الموارد ومزيج الموارد لتوفير خدمات صحية عالية الجودة. ولا تزال البيانات عن القطاع الخاص محدودة، إلا أن البيانات المتاحة عن القطاع الحكومي تشير إلى وجود نقص في الموارد وعدم تناسب في توزيعها، بالإضافة إلى أوجه القصور في مستويات الجودة، والطاقات غير المستغلة والفاقد.

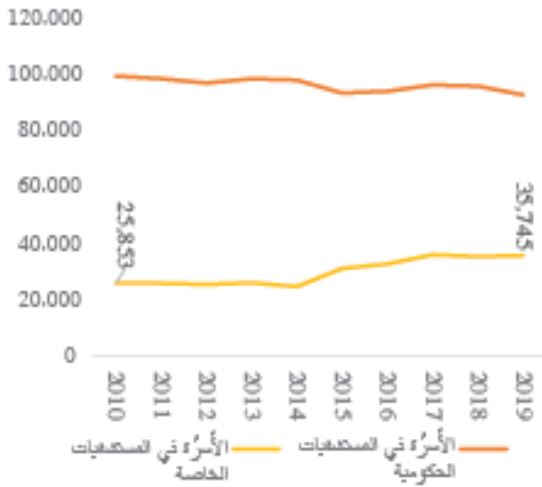
٩٠. لم يتمكن القطاع الحكومي عند تقديم خدمات الرعاية الصحية من مواكبة النمو السكاني، وقد حدثت الزيادة في القدرة على تقديم الخدمات في القطاع الخاص. ولا يزال القطاع الحكومي هو مقدم خدمات الرعاية الصحية الرئيسي، إلا أن عدد المستشفيات التابعة له انخفض بنسبة ١,١٪ في حين تراجع عدد الأسرة بنسبة ٦,٧٪ على مدار العقد الماضي. ويُعد الانخفاض أكثر إثارة للقلق بالنظر إلى الاتجاهات الديموغرافية، لا سيما في ظل معدل زيادة سكانية بلغ ٢,٥٦٪ في الفترة نفسها (الشكل ٦- ١٧، الشكل ٦- ١٨). وفي الفترة نفسها، زاد عدد مستشفيات القطاع الخاص بنسبة ١٠٪ والأسرة بنسبة ٣٨٪. وعلى الرغم من ذلك، زاد عدد وحدات الرعاية الصحية الأولية على مدار العقد الماضي، لا سيما في المناطق الحضرية (بنسبة ١٦,١٪). وبلغت نسبة الأسرة إلى عدد السكان ١,٣٢ سرير لكل ١٠٠٠ شخص في عام ٢٠١٩، وهي أقل من المتوسط في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا الذي يبلغ ١,٥٤ سرير لكل ١٠٠٠ شخص، ولكنها تبلغ نحو ضعف النسبة في الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل (٠,٧٧) (الشكل ٦- ١٩).

٩١. وعلى الرغم من الانخفاض النسبي في نسبة الأسرة إلى عدد السكان، لا يتم استخدام أسرة المستشفيات الحكومية بشكل كامل، مما يشير إلى انخفاض الطلب على الخدمات الصحية في المنشآت الصحية الحكومية؛ ربما بسبب مخاوف تتعلق بالجودة. وكانت نسبة إشغال الأسرة أقل من ٥٠٪ في نظام وزارة الصحة والسكان منذ عام ٢٠١٠ (الشكل ٦- ٢٠). ويبلغ متوسط مدة البقاء في المستشفى نحو ٢,٥ يوم في المستشفيات العامة، وهو ما يُعزى جزئياً إلى العدد الكبير من حالات الولادة التي يكون متوسط مدة البقاء فيها أقل مقارنة بغيرها من الخدمات / أسباب طلب الحصول على الرعاية. ويبلغ متوسط مدة البقاء في المستشفيات التخصصية، التي تقدم رعاية أكثر تعقيداً، ٥,١ أيام. يشير انخفاض معدل إشغال الأسرة إلى انخفاض طلب المرضى على الخدمات الصحية في المنشآت الصحية الحكومية بسبب تدني مستوى الجودة في المستشفيات الحكومية، وأن هذه المستشفيات قد تلجأ إلى تضخيم عدد الأسرة لديها من أجل الحصول على مزيد من التمويل من الموازنة. ويسلط هذا الأمر الضوء على أهمية إعادة توجيه رعاية مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات وإعادة تنظيمها لتقليل الفاقد والارتقاء بكفاءة النظام.

الشكل ٦- ١٧. عدد مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، ٢٠١٩-٢٠١٠

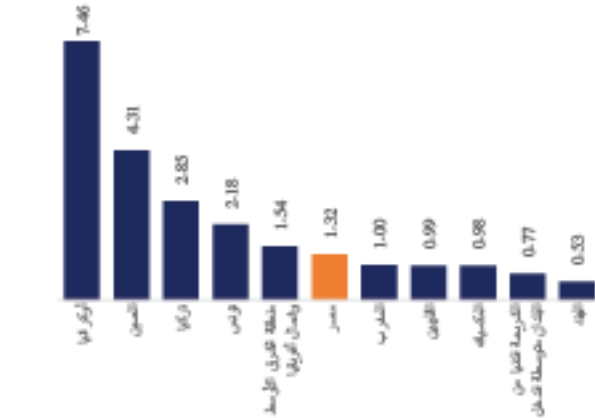


الشكل ٦- ١٨. عدد الأسرة في المستشفيات، ٢٠١٩-٢٠١٠

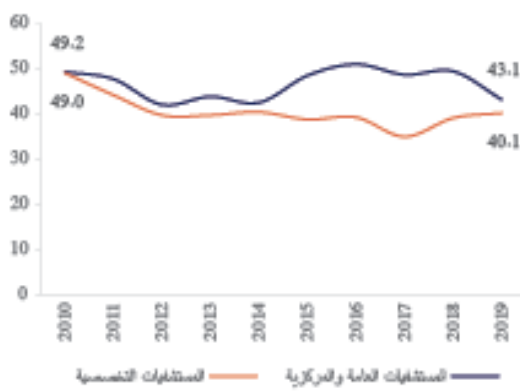


المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة والسكان، أعداد متنوعة
 * تشمل المستشفيات الحكومية: مستشفيات وزارة الصحة والسكان، والمرافق التابعة لوزارة الصحة والسكان، والمستشفيات التابعة لوزارات أخرى. تشمل وحدة الرعاية الصحية الأولية في المناطق الريفية: وحدة طب الأسرة، وعيادة فرعية، ونقطة طبية؛ وتشمل وحدة الرعاية الصحية الأولية في المناطق الحضرية: عيادات شاملة في أحياء حضرية، ووحدات رعاية الطفولة، ومركز صحي حضري، ومركز لطب الأسرة، ومكاتب صحية

الشكل ٦- ١٩. الأسرة في المستشفيات (لكل ١٠٠٠ شخص) على مستوى المرافق النظرية، أحدث قيمة **



الشكل ٦- ٢٠. نسبة إشغال الأسرة في مستشفيات وزارة الصحة والسكان، (%)، ٢٠١٩-٢٠١٠



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية (٢٠٢٠)، البيانات الخاصة بمصر هي حسابات فريق عمل البنك الدولي استناداً إلى الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة والسكان (٢٠١٩)

* تشمل أسرة المستشفى أسرة العيادات الداخلية المتاحة في المستشفيات الحكومية والخاصة، والمستشفيات العامة والتخصصية، ومراكز عادة التأهيل. تشمل البيانات في معظم الحالات الأسرة المتاحة لرعاية مرضى الحالات الحادة والمزمنة. أحدث قيمة لجميع المتغيرات. البيانات المتاحة عن مصر خاصة بعام ٢٠١٩.

٩٢. تواجه المنشآت الحكومية العديد من التحديات من حيث الأداء بسبب تدني الرواتب ونقص المستلزمات الأساسية. وتشير شواهد غير موثقة إلى وجود حالات نقص في المعدات والمستلزمات الأساسية في المستشفيات، وخاصة للعلاج المتقدم والعمليات المعقدة. وعلى الرغم من أن الخدمات تُقدم مجاناً من حيث المبدأ في المستشفيات الحكومية، فإنه غالباً ما يُطلب من المرضى وأسرهم توفير المستلزمات المطلوبة لعلاجهم، وذلك على نفقتهم الخاصة بسبب نقص تلك المستلزمات، لا سيما من أجل العمليات الجراحية. بالإضافة إلى ذلك، فإن عدم كفاية المعايير، وانتشار ظاهرة جمع العاملين في المجال الطبي بين أكثر من عمل، وتدني الأجور في قطاع الصحة الحكومي؛ كل ذلك يؤدي إلى ضعف الحافز على تحسين الأداء. من جهة أخرى، يحتاج مقدمو الخدمات الطبية إلى الحصول على ترخيص مرة واحدة، ولا توجد

متطلبات بشأن مواصلة التعليم الطبي. ومعظم وظائف الرعاية الصحية (على سبيل المثال، الأطباء وهيئة التمريض وغيرهم من الأخصائيين الصحيين) منخفضة الأجر، وهي أبعد ما تكون تماماً عن أسعار السوق. ينتج عن هذا الوضع الجمع بين أكثر من عمل^{٦٩}، حيث يعمل نحو ٨٠٪ من الأطباء في كل من القطاعين الحكومي والخاص في آن واحد. وقد يسعون أيضاً إلى العمل في كيانات غير حكومية، أو حتى في القطاع الحكومي عن طريق عقود خارجية يوفرها لهم مقدمو خدمات آخرون من القطاع الحكومي. علاوة على ذلك، ينتقل بعض الأطباء إلى العمل في القطاع الخاص، أو يهاجرون إلى الخارج. وأدت كل هذه الأوضاع إلى تفاقم خسائر القطاع الحكومي من الموارد البشرية. وتُعد إضافة حافز الأداء أمراً بالغ الأهمية للاحتفاظ بالقوى العاملة في مجال الصحة وتحفيز أداء العاملين في القطاع الحكومي. على الصعيد العالمي، تم اعتماد حوافز مختلفة على أساس الأداء. يقدم بعض الأمثلة.

الإطار ٦-٤. أمثلة عالمية على الحوافز للقوى العاملة في مجال الصحة على أساس الأداء

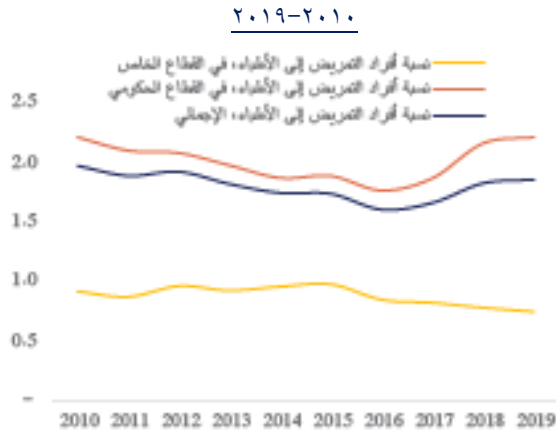
البرامج الوطنية	الإداءالمجال	طبيعة المكافآت أو الجزاءات
١. برنامج حوافز الجودة في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية وخدمات الرعاية الصحية - الولايات المتحدة الأمريكية	الجودة السريرية	٢-١٪ من إجمالي مدفوعات عمليات التأمين كمكافآت لمن يحقق أعلى أداء، أو توقيع جزاء على من يحقق أقل أداء في المستشفيات
٢. برنامج حوافز القيمة - كوريا	الجودة	٢-١٪ من إجمالي مدفوعات عمليات التأمين كمكافآت لمن يحقق أعلى أداء، أو توقيع جزاء على من يحقق أقل أداء في المستشفيات
٣. الهيئة الاجتماعية للتعاقدات على أساس الأداء في مجال الصحة - البرازيل	جودة المعلومات الكفاءة رضاء المرضى	يتم اقتطاع ١٠٪ من موازنة المستشفيات
٤. نظام الدفع التكميلي على أساس الأداء - تركيا	الجودة تقديم الخدمات رضاء المرضى	دفع علاوة على الراتب: بحد أقصى ٤٠٪ من إيرادات المستشفيات
٥. برنامج حوافز مزاوله المهنة - أستراليا	الجودة القدرة دعم المناطق الريفية	٧-٤٪ من إجمالي دخل ممارسة الرعاية الأولية كمكافآت
٦. الدفع من أجل تحقيق أهداف الصحة العامة - فرنسا	الوقاية الأمراض المزمنة وصف الأدوية بطريقة فعالة من حيث التكلفة تنظيم مزاوله المهنة	نحو ١١٪ من صافي الدخل السنوي لهيئة المشترية الجماعية كمكافآت
٧. إطار الجودة والنتائج - المملكة المتحدة	الرعاية السريرية / الجودة الجانب التنظيمي تجربة المرضى	٢٥٪ من دخل ممارسة الأعمال العامة كمكافآت

المصدر: مذكرة البنك الدولي بشأن حوافز الأداء.

^{٦٩} يسمح القانون المصري بالجمع بين أكثر من عمل من غير قيود، مما يعني أنه يمكن لأي طبيب مزاوله المهنة في المنشآت الحكومية والخاصة في آن واحد.

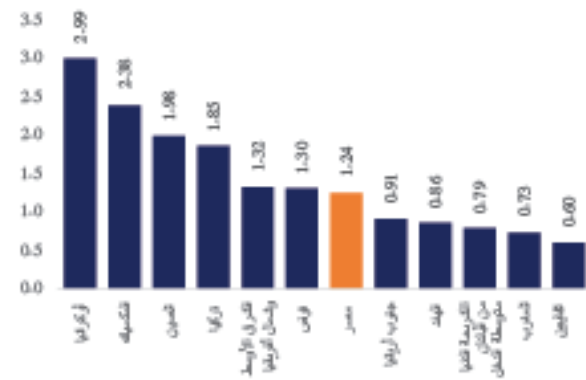
٩٣. يفرض نقص الموارد البشرية وتوزيعها تحديات على تقديم الخدمات، كما أن مزيج التخصصات لا يتماشى على الإطلاق مع عبء المرض. وعلى مدى العقد الماضي، زاد عدد الأطباء وأفراد هيئة التمريض ببطء بعد التكيف مع النمو السكاني، في حين ارتفع عدد الصيادلة وأطباء الأسنان بمعدل أعلى بكثير. وفي عام ٢٠١٩، بلغ إجمالي عدد الأطباء لكل ١٠٠٠ شخص ١,٢٤ طبيب (الشكل ٦-٢١). ويمكن مقارنة هذه النسبة مع المتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (١,٣٢)، ولكنها أقل مما هي عليه في البلدان متوسطة الدخل الأخرى. وارتفعت نسبة أفراد هيئة التمريض إلى الأطباء من ١,٦ في عام ٢٠١٦ إلى ١,٩ في عام ٢٠١٩ (الشكل ٦-٢٢). والجدير بالذكر أن نسبة أفراد هيئة التمريض إلى الأطباء في المنشآت الصحية الحكومية (٢,٢) أعلى بكثير منها في المنشآت الخاصة (٠,٧). وقد يرجع هذا الفارق إلى الزيادة غير المتكافئة في عدد الأطباء الذين يعملون في القطاع الخاص بنسبة ٨٠٪ على مدار العقد الماضي، التي قابلتها زيادة في عدد أفراد هيئة التمريض بنسبة لم تتجاوز ٤٦٪ (الشكل ٦-٢٣). وعلى عكس النمو المستقر إلى حد ما في أعداد الأطباء وأفراد هيئة التمريض، شهدت أعداد الصيادلة زيادات كبيرة خلال العقد الماضي، مما أدى إلى زيادة عددهم هم وأطباء الأسنان في النظام الصحي (الشكل ٦-٢٤). وفي ظل الإصلاح الجاري، حدث تحول في المهام من الوظائف السريرية إلى الوظائف الإدارية والتنظيمية بين الصيادلة الذين تشهد أعدادهم زيادة هائلة. ومن أجل الارتقاء بكفاءة النظام الصحي، يجب تحسين مستوى تخطيط الموارد البشرية والإدارة، وتعديل الأجور. وثمة حاجة إلى الارتقاء بمستوى المعايير الأساسية لظروف العمل، ودعم العاملين في القطاع الصحي بالأدوات اللازمة لزيادة جودة الرعاية الصحية، وهي أمور تُعد من التحديات. وتشمل هذه الإجراءات زيادة الرواتب، وإتاحة آفاق للتطور الوظيفي، وتوفير ما يكفي من معدات ومستلزمات أساسية.

الشكل ٦- ٢٢. نسبة أفراد التمريض إلى الأطباء حسب القطاع



الشكل ٦- ٢١. الأطباء (لكل ١٠٠٠ شخص) على مستوى المرافق

النظرية، أحدثت قيمة*



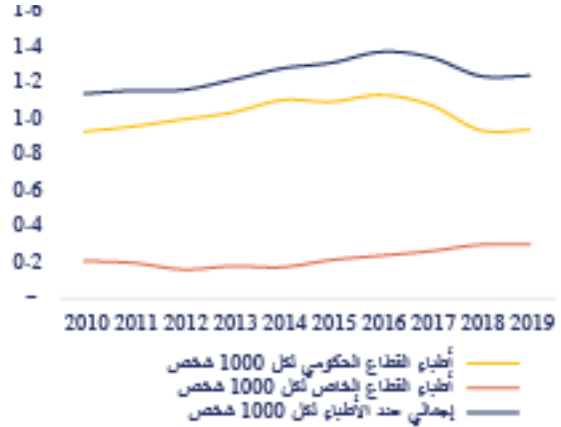
المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة والسكان ٢٠٢٠

المصدر: مؤشرات التنمية العالمية (٢٠٢٠). البيانات الخاصة بمصر هي حسابات فريق عمل البنك الدولي استناداً إلى النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠١٩). أحدثت قيمة لجميع المتغيرات.*ملاحظة: يشمل الأطباء (والطبيبات) الممارسين (والممارسات) الطبيين العاملين والمتخصصين. تشمل بيانات القطاعين العام والخاص. يقوم الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بجمع بيانات القطاع الخاص باستخدام نماذج. بالنسبة لعام ٢٠١٩، شمل إطار توزيع النماذج ١٥٠٦ مستشفى استجاب منها ١١٣٠ مستشفى (بمعدل استجابة بلغ ٧٥٪).

الشكل ٦- ٢٤. الصيادلة وأطباء الأسنان (لكل ١٠٠٠ شخص) في المستشفيات الحكومية، ٢٠١٠-٢٠١٩



الشكل ٦- ٢٣. الأطباء (لكل ١٠٠٠ شخص) حسب القطاع، ٢٠١٠-٢٠١٩



المصدر: حسابات فريق عمل البنك الدولي استناداً إلى النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩. يقوم الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بجمع بيانات القطاع الخاص باستخدام نماذج. بالنسبة لعام ٢٠١٩، شمل إطار توزيع النماذج ١٥٠٦ مستشفى استجاب منها ١١٣٠ مستشفى (بمعدل استجابة بلغ ٧٥٪).

الإطار ٦- ٥. تحدي هجرة العقول في نظام الرعاية الصحية في مصر

تواجه مصر تحدياً آخر يتمثل في هجرة العقول في معظم المهن الطبية، لا سيما بين الأطباء. وتشير أحدث سجلات النقابة العامة لأطباء مصر لعام ٢٠٢٠ إلى أن هناك ٢١٢٨٣٥ طبيباً عاملاً مقيدين لدى النقابة - وهو شرط قانوني مسبق لمزاولة مهنة الطب - بمعدل ٢,١ طبيب لكل ألف شخص. وشهد عام ٢٠٢٠ أول انخفاض على الإطلاق في العدد المطلق للأطباء المقيدين لدى النقابة. ومن بين الأطباء المقيدين، يعمل ١٨٨٥٣٥ طبيباً في القطاع الحكومي بشكل أو بآخر، ويجمع ٨٥٪ منهم بين أكثر من عمل (العمل في القطاعين الحكومي والخاص على حد سواء). ويعمل الأطباء الباقون في القطاع الخاص فقط، أو سبق لهم العمل فيه. بالإضافة إلى ذلك، ذكرت نقابة الأطباء أن ما يقرب من ١٢٠ ألف طبيب يعملون حالياً في الخارج (٥٦٪ من إجمالي عدد الأطباء المقيدين لدى النقابة)، في حين يعمل نحو ٦٢ ألف طبيب (٢٩٪) في منشآت تابعة لوزارة الصحة والسكان، مما يحد بشدة من توافر الأطباء الذين يخدمون المواطنين. علاوة على ذلك، دائماً ما كان السوق يعوض هذا النقص بتدفق مستمر يبلغ نحو ١٠ آلاف خريج جديد من كليات الطب كل عام. ومع ذلك، أوضحت نقابة الأطباء أنه منذ عام ٢٠١٩، اختار نحو ثلاثة آلاف خريج جديد عدم الحصول على تراخيص مزاولة المهنة، وسعوا إلى العمل في وظائف أخرى. وتشير الشواهد غير الموثقة إلى أن احتياجات أسواق دول مجلس التعاون الخليجي والمملكة المتحدة (بعد خروج بريطانيا من الاتحاد الأوروبي) والاتحاد الأوروبي قد زادت من فرص العمل لخريجي الطب الجدد من البلدان النامية، بما فيها مصر.

من جانبها، استمرت الحكومة المصرية في بذل جهود على مدار العقد الماضي لزيادة أعداد الأطباء العاملين داخل البلاد، لا سيما في القطاع الحكومي، ومنع الاستنزاف المستمر بسبب الهجرة أو تغيير المسار الوظيفي. وتشمل التدابير التي اتخذتها: (١) زيادات تدريجية في البنود المكونة للأجر؛ و (٢) المزايا غير المادية المتمثلة في فرص التدريب والحصول على التعليم الطبي المستمر. ومع ذلك، تشير الشواهد غير الموثقة إلى أن معظم الأطباء لا يزالون يفكرون في الهجرة، إذ تجذبهم العوامل التالية: (١) البنود الأفضل المكونة للأجر، وأحياناً بعدة أضعاف؛ و (٢) ظروف عمل أفضل من حيث ساعات العمل والحماية القانونية من المسؤولية الطبية والاعتداءات الجسدية؛ و (٣) تشابه اللغة والثقافة في معظم وجهات الهجرة، لا سيما دول مجلس التعاون الخليجي؛ و (٤) فرص أفضل للتقدم الوظيفي واكتساب المهارات في بيئات طبية أكثر تقدماً.

٩٤. لا يتمشى توزيع الموارد (البنية التحتية والعاملون في مجال الصحة) على مستوى المحافظات بشكل كامل مع احتياجات السكان، مما يظهر الحاجة إلى التخطيط القائم على البيانات والمدعوم بأنظمة تكنولوجيا المعلومات. على سبيل المثال، لا يتناسب توزيع المستشفيات الحكومية في ٩ محافظات من أصل ٢٧ محافظة مع نسبة عدد سكانها من إجمالي سكان البلاد. ويكون تحديد التفاوت أقل دقة عندما يتعلق الأمر بتوزيع أسرة المستشفيات على مستوى المحافظات (الشكل ٦- ٢٥). ولا يبدو أن هناك تحيزاً لمنطقة على حساب أخرى،

٩٥. بالإضافة إلى تقديم الخدمات الصحية الروتينية، لدى مصر العديد من المبادرات الرئاسية المتميزة في قطاع الصحة. ويجري تمويل معظم تلك المبادرات الرئاسية من الموازنة أو من برامج التأمين الصحي، ولها أهداف متنوعة تتراوح من الارتقاء بقدرات المستشفيات إلى البرامج الرئاسية للوقاية من الأمراض، وبرامج العلاج. ويعرض الجدول ٦-١ الجدول ٦-١ قائمة تلك المبادرات الرئاسية.

الجدول ٦-١. المبادرات الرئاسية في قطاع الصحة

اسم المبادرة الرئاسية	السكان المستهدفون	وصف موجز
صحة المرأة	النساء في سن الإنجاب	من خلال ٣٥٠٠ مركز للرعاية الصحية الأولية، تخضع النساء للفحص للاطمئنان على صحتها، واكتشاف أي مؤشرات على الأمراض غير السارية، بالإضافة إلى تقديم الاستشارات والخدمات المتعلقة بأمراض النساء والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة. ويتم أيضاً إجراء فحوصات سرطان الثدي، وتعليم النساء طرق الفحص الذاتي.
الكشف عن الإصابة بفيروس الكبد الوبائي "سي" وعلاجه	جميع السكان	في عام ٢٠١٨، تمكنت تلك المبادرة التي جرى تنفيذها في شكل حملة من فحص ٥٨ مليون شخص للكشف عن الإصابة بفيروس الكبد الوبائي "سي"، ووضعت ٢,٥ مليون مريض على قائمة الأدوية العلاجية. منذ عام ٢٠١٨، تم دمج كل من الفحص الروتيني وتحويل الحالات الإيجابية في جميع الإجراءات الطبية الخاصة بمرضى الأقسام الداخلية في المستشفيات والإجراءات الخاصة بالفئات المعرضة لمخاطر مرتفعة. بالإضافة إلى ذلك، تم توفير خدمات إجراء فحص عند الطلب للكشف عن الإصابة بفيروس الكبد "بي"، والحصول على الأدوية مدى الحياة.
الكشف عن الأمراض غير السارية وعلاجها	الحالات التي يرتفع فيها خطر الإصابة، والحالات التي ثبتت إصابتها بالأمراض غير السارية	في عام ٢٠١٨، تمكنت تلك المبادرة التي جرى تنفيذها في شكل حملة من فحص ٥٨ مليون شخص للكشف عن ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع نسبة السكر في الدم، وقياس مؤشر كتلة الجسم. الإحالة إلى مراكز علاج الأمراض غير السارية في جميع المناطق المنشأة بغرض الالتزام بالعلاج والوقاية والتعامل مع المضاعفات.
برنامج صحة أطفال المدارس	جميع أطفال المدارس	الفحص السنوي لأطفال المدارس للكشف عن فقر الدم (الأنيميا)، وإجراء قياسات الجسم، واكتشاف علامات الأمراض المعدية والأمراض المزمنة، وعمل التحويلات الطبية اللازمة. ويتم أيضاً اتخاذ إجراءات وقائية والتعامل مع المضاعفات.
تقليل فترات انتظار العمليات الجراحية والتدخلات الطبية.	الأشخاص الذين يخضعون لعمليات عالية التخصص من خلال برنامج العلاج على نفقة الدولة أو الهيئة العامة للتأمين الصحي.	من خلال نظام قاعدة بيانات موحدة، يتم ربط المرضى بالمراكز الحكومية والخاصة التي تقدم الخدمات الصحية المتخصصة، مع إمكانية الحصول على التمويل الكافي وفي الوقت المناسب بهدف تقليل فترات انتظار التدخلات الطبية والعمليات الجراحية المتخصصة، والحيلولة دون وجود فترات انتظار.
المستشفيات النموذجية	جميع المحافظات التي لا يُطبق فيها نظام التأمين الصحي الشامل	تجهيز مركز رعاية صحية متخصصة في موقع إستراتيجي (تم تجديده أو تم بناؤه مؤخراً) وتعزيز عملياته في المحافظات التي لا يُطبق فيها نظام التأمين الصحي الشامل لتوفير الخدمات الصحية المتخصصة على المستويات الإقليمية إلى أن يتم التطبيق الكامل لنظام التأمين الصحي الشامل.
لاكتفاء الذاتي من مشتقات البلازما	المرضى الذين يعانون من فشل خلايا الكبد، والحروق، ونقص مكونات الدم.	ضمان توفير مشتقات البلازما الآمنة على نحو آمن ومستمر من خلال إنشاء مراكز متخصصة مسؤولة عن عمليات التبرع بالبلازما وإجراء التحاليل الخاصة بها وتجزئتها، وتحقيق الاكتفاء المحلي من البلازما ومشتقاتها للتخفيف من آثار النقص العالمي المتكرر فيها.

الاكتشاف المبكر لضعف السمع عند الأطفال حديثي الولادة	كل الأطفال حديثي الولادة	إجراء اختبارات السمع باستخدام أجهزة متخصصة لجميع الأطفال حديثي الولادة في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية للكشف المبكر عن إصابة الأطفال حديثي الولادة بمشكلات في السمع وتحويلهم لتلقي العلاج.
دعم الاستثمار في الجهات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية	جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية في القطاع الحكومي	دعم أنظمة التدريب على الحصول على شهادة البورد واختباراته التي تم إطلاقها مؤخراً للكوادر الطبية المتخصصة، ومجلس الصحة المصري الذي أنشئ مؤخراً.
الاكتشاف المبكر لمرض ضمور العضلات وعلاجه	الأطفال حديثو الولادة الذين تظهر عليهم الأعراض المبكرة	إنشاء عيادات متخصصة وتحويل الأطفال حديثي الولادة المشتبه في إصابتهم بضمور عضلي نادر لتلقي أنواع العلاج المتخصصة.
الوقاية من العمى	جميع المرضى المعرضين لمخاطر عالية الذين تظهر لديهم مؤشرات على أمراض العيون، ومن ثبتت إصابتهم بأمراض تسبب العمى	الفحص المبكر لمن يعانون من حالات يمكن السيطرة عليها و / أو أمراض نشطة تسبب العمى، وتحويلهم إلى شبكة قائمة من مستشفيات العيون المتخصصة من أجل التعامل مع هذه الحالات وعلاجها.
مبادرة الكشف عن الفشل الكلوي وعلاجه	الأشخاص الذين يعانون من حالات يرتفع فيها خطر الإصابة بالفشل الكلوي أو أمراض الكلى الحادة	من خلال جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية، والفحوصات، واختبارات الدم السريعة للأفراد الذين لديهم حالات يرتفع فيها خطر الإصابة بقصور وظائف الكلى المزمن و / أو الفشل الكلوي تحويل الحالات إلى مراكز الكلى المتخصصة لتلقي مزيد من العلاج والتعامل مع الحالات و / أو للغسيل الكلوي.
منع انتشار العدوى من الأم إلى الجنين	النساء الحوامل المعرضات لمخاطر مرتفعة	من خلال أجنحة مخصصة للأمهات، والتدخلات قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها، والعلاجات لمنع انتقال أمراض مختلفة - مثل فيروس الكبد "بي" و"سي"، وفيروس الإيدز والزهري وغيرها من الأمراض - من الأمهات المصابات إلى أطفالهن حديثي الولادة.
الكشف المبكر عن أمراض حديثي الولادة والأمراض المزمنة.	حديثو الزواج والأسر المعرضة لمخاطر مرتفعة	إنشاء مراكز استشارية مخصصة لحديثي الزواج والأسر المعرضة لمخاطر مرتفعة من أجل الوقاية من مختلف الحالات الوراثية والجينية التي قد تظهر لدى أفراد معينين، واكتشافها والتعامل معها.

المصدر: وزارة الصحة والسكان

٤. استخدام خدمات الرعاية الصحية، وتحديات الكفاءة والمساواة

يعاني قطاع الرعاية الصحية من قلة استخدام خدمات الرعاية الأولية، واللجوء المتكرر للصيديات بوصفها الخيار الأول لتلقي العلاج من غير معرفة مستوى جودة الرعاية، وقلة استخدام خدمات رعاية الأمراض غير السارية، وأوجه التفاوت في الاستفادة من الخدمات الصحية. وتوجد حاجة إلى خدمات فعالة من حيث التكلفة للتصدي لمسألة عبء المرض الأكثر إلحاحاً.

٩٦. تُعد العيادات والصيديات الخاصة هي الخيار المفضل كجهات لتقديم الخدمات للحالات الطبية المزمنة والحادة، في حين يقل استخدام منشآت الرعاية الأولية. ويسعى أكثر من نصف الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة للحصول على الرعاية الصحية في العيادات الخاصة التي تقدم رعاية متخصصة لمرضى العيادات الخارجية (٥٣,٦٪)، في حين يسعى ١٨,٥٪ منهم للحصول على استشارات طبية من الصيديات، ويتلقى ١١,٥٪ من هؤلاء الأشخاص الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية (الشكل ٦-٢٩). ويطلب أكثر من ثلث (٣٨,٣٪) الأشخاص المصابين بالحالات الحادة الاستشارات الطبية من الصيديات. ويثير هذا الاتجاه القلق والمخاوف بشأن جودة الرعاية الصحية التي يتلقاها هؤلاء الأشخاص، لأن الصيديات ليست منظمة بشكل صارم، وغير مرخص لها بتشخيص الأمراض ووصف الأدوية.

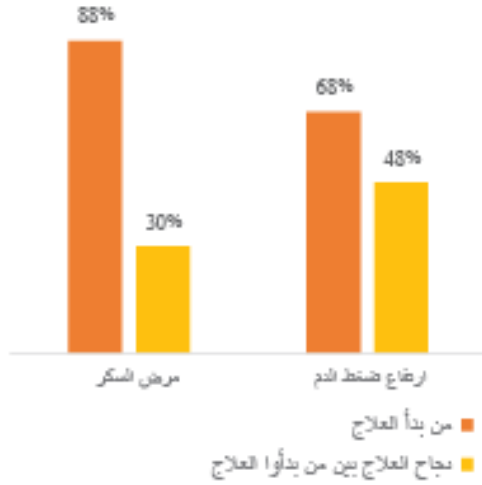
٩٧. الرعاية الأولية غير مستخدمة بشكل كامل في مصر، وتلحق حالات النقص ونفاذ المخزونات الضرر بجودة الرعاية في المنشآت الصحية الحكومية. ولأن اللوائح المنظمة للتراخيص لا تسمح للممارسين من القطاع الخاص بمزاولة الرعاية الأولية، تصبح مراكز الرعاية

الصحة الأولية الحكومية هي الجهة الوحيدة التي تقدم هذه الخدمة. وتُعد الرعاية الأولية الخدمة الرائدة في النظام الصحي، وهي تغطي العديد من الخدمات الفعالة من حيث التكلفة على مستوى العالم. وعلى الرغم من الاستثمار في منشآت الرعاية الصحية الأولية الحكومية، لا تزال جودة هذه الخدمة منخفضة. ولا يستخدم سوى ١,٤٪ ممن يعانون من أمراض مزمنة، و١,٦٪ ممن يعانون من أمراض حادة مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية كأماكن للحصول على الرعاية. ويرجع ذلك إلى أن العديد من هذه المنشآت ضعيفة التجهيزات، وتعاني من نقص العمالة وسوء إدارة سلسلة توريد الأدوية، وتواجه حالات نفاذ مخزون الأدوية. بالإضافة إلى المعلومات عن جانب العرض، فإن الرقابة على جودة الخدمة التي تركز على رضاء المرضى محدودة إلى حد ما، من وجهة نظر المرضى.

٩٨. ضعف استخدام خدمات مواجهة الأمراض غير السارية، لا سيما في المنشآت الحكومية، مما يؤدي إلى تدني نواتج إدارة هذه الأمراض وزيادة العبء على النظام الصحي. ولا توجد إدارة جيدة إلا لنحو ٣٠٪ من حالات مرض السكر و٤٨٪ من حالات ارتفاع ضغط الدم، ويفتقر نظام تقديم الخدمة إلى الاستمرارية في تقديم الرعاية. في مصر، يتم علاج ٨٨٪ فقط من المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بمرض السكر، و٦٨٪ ممن تم تشخيص إصابتهم بارتفاع ضغط الدم (الشكل ٦-٣٠). ومن بين من يتلقون العلاج، لم يحقق سوى ٣٠٪ منهم الهدف السريري للتحكم في نسبة السكر في الدم. ويبلغ معدل نجاح علاج ضغط الدم نحو ٤٨٪. يمكن أن يؤدي ارتفاع ضغط الدم ومرض السكر اللذان لا يتم التحكم فيهما إلى تطور حالات أخرى، من بينها الحالات الأكثر انتشاراً وخطراً على الحياة وهي السكتة الدماغية، وانسداد شرايين القلب، وأمراض الكلى المزمنة. وذكر ٢٪ فقط من مرضى ارتفاع ضغط الدم أنهم يتلقون خدمات المتابعة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وسعى معظمهم (٤١,١٪) إلى متابعة حالاتهم مع أطباء في عياداتهم الخاصة، تليها المستشفيات الحكومية (١٩,٢٪)، والصيدليات (١٦,٨٪). كما لوحظت أنماط مماثلة بشأن متابعة مرض السكر، حيث سعى ٥٣,٨٪ من المرضى إلى المتابعة مع أطباء في عياداتهم الخاصة، و٢٧,٨٪ منهم مع المستشفيات الحكومية، و٤,٧٪ مع الصيدليات. ومع ذلك، نكر نحو ١٥٪ من المصابين بارتفاع ضغط الدم، و٥٪ من مرضى السكر أنهم لم يتلقوا أي خدمات متابعة (أداة النهج التدريجي لترصد عوامل خطر الأمراض غير السارية، ٢٠١٨). بالإضافة إلى ذلك، لا تزال التدخلات الفعالة بشأن نمط الحياة لمواجهة الأمراض غير السارية غير متوفرة وغير مستخدمة على النحو الكافي. ونادراً ما يقدم العاملون في القطاع الصحي الاستشارات بشأن عوامل الخطر المتعلقة بنمط الحياة. وذكر ١٥٪ فقط من الأشخاص أن العاملين في القطاع الصحي نصحوهم بتقليل استهلاكهم اليومي من السكر، وتلقى ٢٨٪ فقط من المدخنين نصائح بالإقلاع عن تدخين التبغ وذلك في أثناء زيارة أحد العاملين في القطاع الصحي في الأشهر الاثني عشر الماضية (أداة النهج التدريجي لترصد عوامل خطر الأمراض غير السارية، ٢٠١٨).

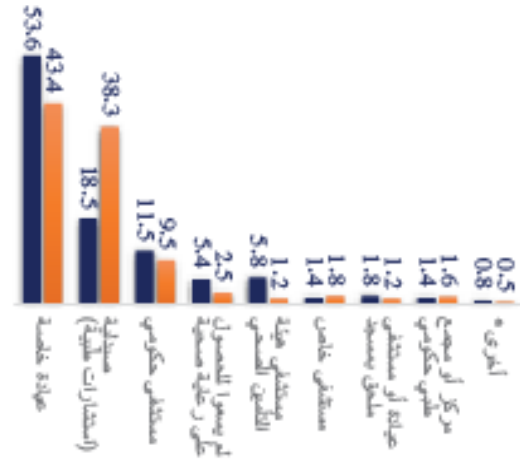
٩٩. توجد تفاوتات في استخدام خدمات صحة الأم الأساسية على مستوى المناطق الجغرافية، حيث تعاني الأسر في المناطق الريفية والنائية والمناطق العشوائية أكثر من غيرها من ضعف النواتج الصحية وعدم كفاية الخدمات الصحية. ويرتبط نطاق تغطية خدمات رعاية الأمومة ارتباطاً وثيقاً بمكان الإقامة ومستويات الدخل. وتتمتع النساء من الأسر الأكثر ثراءً (الشريحة الخمسية الخامسة) في المناطق الحضرية بتغطية أفضل من حيث متابعة الحمل، ووجود قابلات ماهرات، وتلبية احتياجات تنظيم الأسرة، مقارنة بنظرائهن الأشد فقراً (الشريحة الخمسية الأولى) (الشكل ٦-٣١). وبينما تمت أكثر من ٩٠٪ من حالات الولادة تحت إشراف أخصائي رعاية صحية، فإن نسبة تغطية الخدمات الصحية للحوامل الجدد لا تزيد عن نحو ٥٠٪، وظلت ثابتة على مدار العقد الماضي. وبلغ متوسط عدد زيارات متابعة الحمل ٢,٦ زيارة، وهو أقل مما ورد في توصية منظمة الصحة العالمية التي تحدد ٤ زيارات على الأقل (الشكل ٦-٣٢). وتتأخر بعض المحافظات عن الركب، حيث سجلت محافظتا السويس وجنوب سيناء معدلات منخفضة للغاية من حيث حالات الولادة في المؤسسات الصحية، كما لوحظت قلة عدد الزيارات للحصول على الرعاية الأولية في أثناء الحمل في نصف المحافظات (المرفق ٦-٢ للاطلاع على خريطة ملونة لخدمات رعاية الأمومة والطفولة حسب المحافظات). بخلاف خدمات صحة الأم، ترتفع معدلات استخدام الأسر في المناطق الحضرية خدمات الإسعاف والرعاية الصحية الثانوية مقارنة بنظيراتها في المناطق الريفية.

الشكل ٦- ٣٠. الارتباط بمعدل نجاح تقديم الرعاية لمرضى ارتفاع ضغط الدم أو السكر وعلاجهم



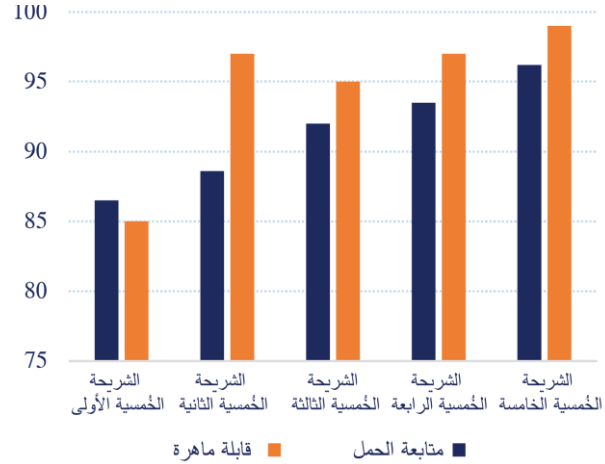
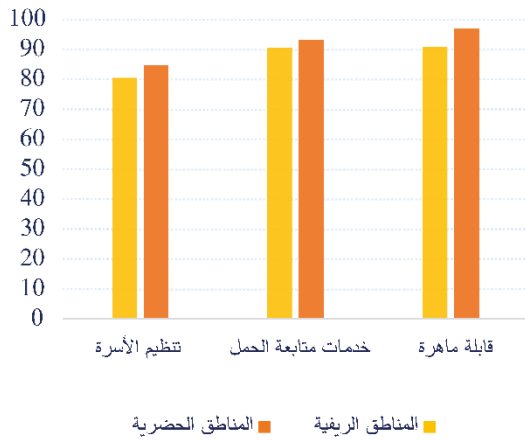
المصدر: نهج مصر لتزويد عوامل خطر الإصابة بالأمراض غير السارية ٢٠١٨، ومسح الجوانب الصحية في مصر ٢٠١٥

الشكل ٦- ٢٩. نسبة المرضى الذين يستخدمون كل نوع من أنواع الرعاية للحالات المزمنة والحالات الحادة (%)



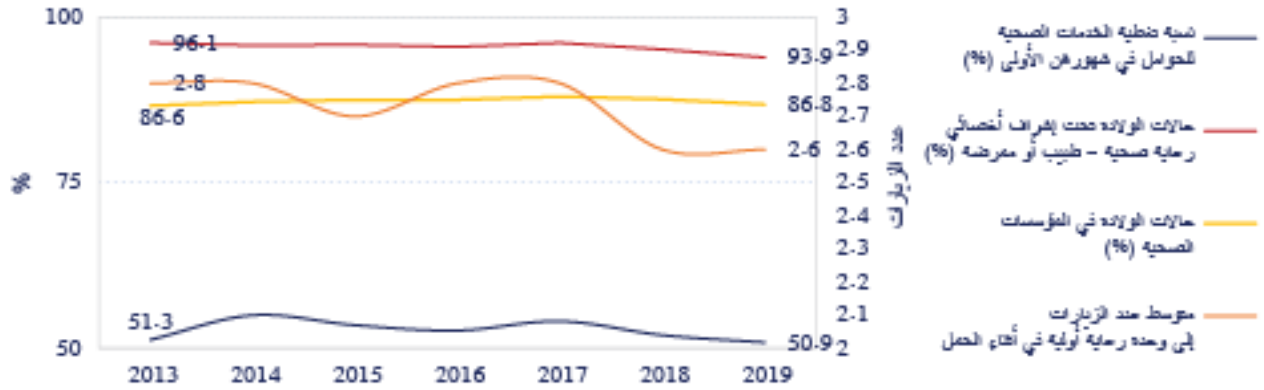
ملاحظة: يتكون بند "أخرى" من عيادة أو مستشفى تابع لشركة، أو مكان آخر غير طبي مثل العلاج في الخارج
المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر للـ ٢٠١٧.

الشكل ٦- ٣١. نسبة النساء الحوامل اللاتي يستغدن من خدمات رعاية صحة الأم، حسب مستوى دخل المرأة ومكان إقامتها



المصدر: المسح السكاني والصحي في مصر (2014)

الشكل ٦- ٣٢. مؤشرات الرعاية الصحية للأمومة والطفولة في وحدات الرعاية الأولية من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٩



المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة والسكان

الشكل ٦- ٣٣. الاختلافات بين المناطق من حيث الاستفادة من الرعاية، والفقير



المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر لعام ٢٠١٧، ووزارة المالية

١٠٠. يتأثر استخدام خدمات الرعاية الصحية للحالات الحادة والمزمنة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية. ويُعد استخدام الخدمات الصحية أقل بشكل ملحوظ بين الفقراء، حيث ذكر ٥٩٪ فقط من الأشخاص الفقراء أنهم حصلوا على الخدمات الصحية في الأشهر الستة الماضية، مقابل ٧٤٪ من غير الفقراء. وجغرافياً، يوجد ارتباط سلبي واضح بين استخدام الخدمات الصحية ومعدل الفقر في المحافظة (الشكل ٦- ٣٣). وقد يعزى هذا الأمر إلى الاختلافات في الحصول على الرعاية الصحية والقدرة على دفع تكاليف الخدمات الصحية الخاصة، مع عدم كفاية توفير الخدمات الحكومية لتلبية الاحتياجات. وقد سجلت ثلاث محافظات يزيد معدل الفقر فيها عن ٥٠٪ (الأقصر، وسوهاج، وأسيوط) أقل نسبة استخدام للخدمات الصحية بين جميع المحافظات، وهو ما يؤكد على ضرورة الارتقاء بمستوى الحصول على الخدمات الصحية، وزيادة القدرة على تحمل تكاليفها في هذه المحافظات، التي تقتصر إلى التنمية الكافية، وذلك لحد من أوجه عدم المساواة مع غيرها من المحافظات. وبينما يوفر تصميم نظام التأمين الصحي الشامل دعماً كاملاً لأقساط التأمين الصحي للفقراء (انظر القسم الرابع)، من المهم زيادة الوعي بالخدمات الصحية وتعزيز الطلب عليها، وضمان الحصول على رعاية جيدة على نحو منصف.

ج. الإنفاق العام على الصحة: تطوره ومدى كفايته وكفاءته

يُعد الإنفاق على قطاع الصحة منخفضاً وفقاً للمعايير الدولية، ويشهد تراجعاً بالقيمة الحقيقية منذ فترة. يحتاج نظام تمويل الخدمات الصحية، الذي يُموّل بشكل كبير عن طريق الإنفاق الشخصي، إلى الانتقال إلى مصادر تمويل أكثر كفاءة ومساواة، بما في ذلك من خلال زيادة الإنفاق الحكومي.

١. الإنفاق العام على الصحة في مصر ومصادر التمويل

١.٠١. الإنفاق الحكومي الموجه إلى قطاع الصحة قليل وأخذ في التقلص، وهو ما يضع مصر في موضع سيئ مقارنة مع البلدان النظيرة. فموازنة الرعاية الصحية هي رابع أكبر موازنة في إجمالي الموازنة العامة للدولة، بعد موازنات الخدمات العامة والحماية الاجتماعية والتعليم. ولم يتجاوز الإنفاق على قطاع الصحة ٥,٢٪ في المتوسط من إجمالي الموازنة الحكومية في السنة المالية ٢٠١٦-٢٠٢١ (الشكل ٦- ٣٤)، أي ما يعادل ١,٥٪ في المتوسط من الناتج المحلي الإجمالي. وبالإضافة إلى ذلك، انخفضت نسبة الإنفاق على الصحة في الموازنة من ٥,٣٪ في السنة المالية ٢٠١٦ إلى ٤,٩٪ في موازنة السنة المالية ٢٠١٨ - وهو أدنى مستوى لها في السنوات الخمس السابقة- ثم ارتفعت

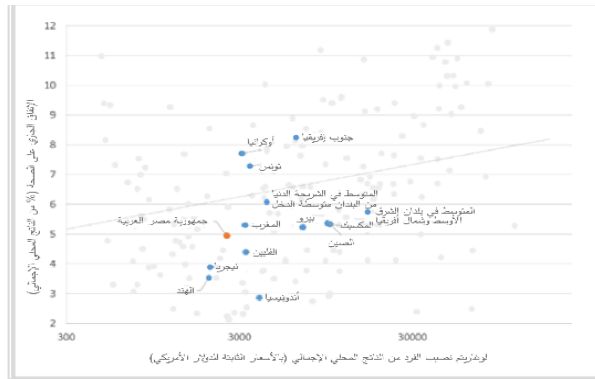
٢٠ أنزم إعلان أبوجا لعام ٢٠٠١ الصادر عن الاتحاد الأفريقي الدول الأعضاء بتخصيص ما لا يقل عن ١٥٪ من موازنتها للصحة.

مرة أخرى منذ السنة المالية ٢٠١٩. وفي السنة المالية ٢٠٢١، وفيما يتعلق بالتصدي لتقشي فيروس كورونا، فقد سجل الإنفاق الحكومي على الصحة زيادة تاريخية بلغت ١,٦٪ من الناتج المحلي الإجمالي، أو ٦,٥٪ من إجمالي الإنفاق الحكومي حسب التصنيف الوظيفي. أما موازنة السنة المالية ٢٠٢٢، فتتضمن انخفاضاً طفيفاً في الإنفاق الحكومي على الصحة، مقارنة بمستوى السنة المالية ٢٠٢١. وبإضافة الإنفاق على الصحة خارج الموازنة من الهيئات الاقتصادية، بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة ١,٩٪ من الناتج المحلي الإجمالي في السنة المالية ٢٠١٩. علاوة على ذلك، بلغ الإنفاق الجاري على الصحة في مصر، من المصادر الحكومية والخاصة مجتمعة، ٥٪ من الناتج المحلي الإجمالي في السنة المالية ٢٠١٩، وهو أقل من متوسط ٦,٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، و١٢٪ في البلدان مرتفعة الدخل، و١٠٪ على مستوى العالم (الشكل ٦-٣٥). كما أنه أقل من الإنفاق في البلدان الأخرى التي تتشابه معها من حيث دخل الفرد، مثل المغرب وتونس، حيث يمثل إجمالي الإنفاق على الصحة ٦-٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي. وبالمثل، فإن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في مصر (١٢٦ دولاراً) أقل من متوسط الإنفاق على الصحة في الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل (٢٦٢ دولاراً) والمتوسط في المنطقة (١٠٠٦ دولارات) في عام ٢٠١٨ (الشكل ٦-٣٦).

١٠٢. وقد أدى ذلك إلى أن أصبح إنفاق مستخدمي الخدمات الصحية الشخصي هو المصدر الرئيسي لتمويل الرعاية الصحية في مصر. على مدى العقد الماضي، ظلت نسبة الإنفاق الشخصي أكثر من ٦٠٪ من الإنفاق الجاري على الصحة، حيث بلغت ٦٣٪ في عام ٢٠١٩ (الشكل ٦-٣٧). وشكل الإنفاق الحكومي المجمع (أي التحويلات الحكومية واشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي) ٢٨٪ من الإنفاق الجاري على الصحة.^{١١} ووفرت أنظمة التأمين الصحي الاختياري نسبة ٨٪ أخرى.

الشكل ٦-٣٥. مقارنة عالمية لإجمالي الإنفاق الجاري على الصحة

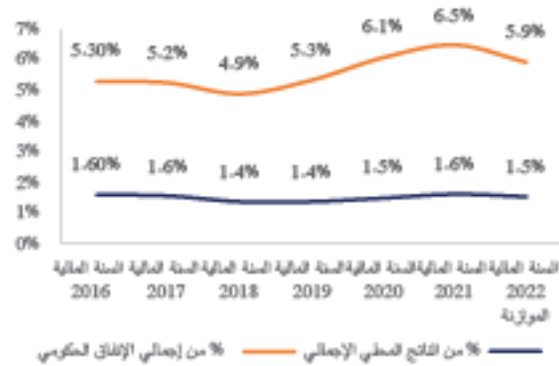
في مصر



المصدر: قاعدة بيانات النفقات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية (٢٠١٨)، ومؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي

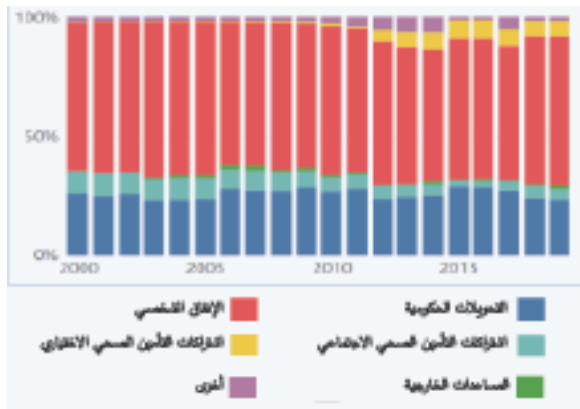
الشكل ٦-٣٤. الإنفاق الحكومي على الصحة (التصنيف الاقتصادي)

كنسبة من إجمالي الإنفاق الحكومي والناتج المحلي الإجمالي

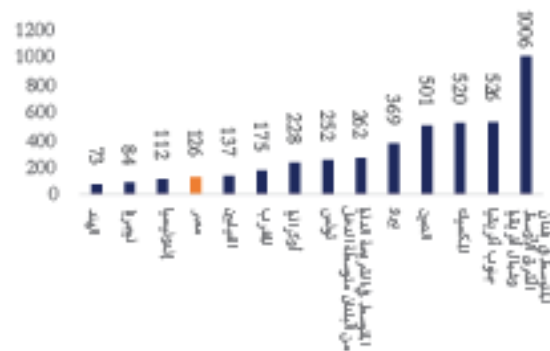


المصدر: وزارة المالية.

الشكل ٦-٣٧. الإنفاق الجاري على الصحة في مصر حسب مصادر التمويل (٢٠١٩-٢٠٠٠)



الشكل ٦-٣٦. نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة (٢٠١٨)



المصدر: قاعدة بيانات النفقات الصحية العالمية

^{١١} شكلت التحويلات الحكومية ٢٣٪ من الإنفاق الجاري على الصحة، في حين مثلت اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي ٥٪ من هذا الإنفاق في عام ٢٠١٩.

الإطار ٦ - ٦. تعريف الإنفاق الحكومي على الصحة

للامتثال للاستحقاق الدستوري الذي تم اعتماده في عام ٢٠١٤ بشأن زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة إلى ما لا يقل عن ٣٪ من الناتج المحلي الإجمالي، تستخدم الحكومة تعريفاً أوسع (مقارنة بالتصنيف الوظيفي المتعارف عليه) لحساب الإنفاق الحكومي على الصحة (الشكل ب ٦-١). وبموجب هذا التعريف الأوسع، تجاوز الإنفاق الحكومي على الصحة معيار الاستحقاق الدستوري منذ عام ٢٠١٨. وعلى رأس أرقام التصنيف الوظيفي، يشمل التعريف الأوسع للإنفاق على الصحة: (١) إنفاق جميع كيانات الرعاية الصحية الحكومية غير المدرجة في الموازنة، مثل الهيئات الاقتصادية وشركات القطاع الحكومي (مثل الهيئة العامة للتأمين الصحي، والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية)، (٢) الإنفاق من الموازنة على الصحة حتى لو لم يكن مصنفاً تحت بند القطاع الوظيفي "الصحة"، مثل مستشفيات القوات المسلحة والشرطة؛ (٣) نسبة ما يحصل عليه قطاع الصحة من إجمالي مدفوعات الفائدة، (٤) الإنفاق على مياه الشرب والصرف الصحي الذي يُعد لأغراض الصحة الوقائية. وباستخدام هذا التعريف الأوسع، تضاعف إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة تقريباً من ٢,٥٪ من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠١٦ إلى ٤,٤٪ في عام ٢٠٢١.

الشكل ب ٦-١. الإنفاق الحكومي على الصحة بموجب نظام التصنيف الوظيفي مقابل التعريف الأوسع الذي وضعته الحكومة المصرية (٢٠١٦-٢٠٢١)



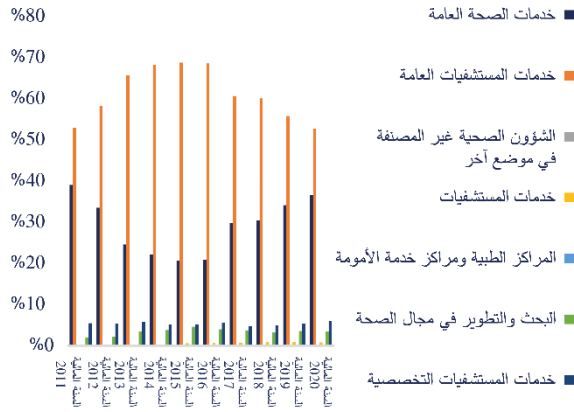
المصدر: وزارة المالية. ملاحظة: التعريف الأوسع المستخدم للامتثال للاستحقاق الدستوري يستخدم الناتج المحلي الإجمالي في العام السابق

١.٠٣. بينما اكتسب الإنفاق الرأسمالي وعمليات شراء السلع والخدمات أهمية في السنوات الخمس الماضية، فقد انخفض الإنفاق على الأجور تدريجياً. ووفقاً للتصنيف الاقتصادي، تم تخصيص ٤٥٪ من الإنفاق الحكومي على الصحة لأجور العاملين، وتوجيه ٢٦٪ لشراء السلع والخدمات، واستحوذت الإعانات والمنح والمزايا الاجتماعية (بما فيها برنامج العلاج على نفقة الدولة، والهيئة العامة للتأمين الصحي) على ١١٪ من الإنفاق الحكومي على الصحة في عام ٢٠٢٠ (الشكل ٦-٣٨). وبدوره، يمثل الإنفاق الرأسمالي (الاستثمار) ١٧٪ من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة. وقد شهدت نسبة الإنفاق على الأجور انخفاضاً كبيراً (من ٦١٪ في السنة المالية ٢٠١٦ إلى ٤٥٪ في السنة المالية ٢٠٢٠)، وهو غالباً ما يرجع إلى الزيادة البطيئة في رواتب العاملين في مجال الصحة العامة، في حين عززت الجهود الجارية لتجديد المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية نسبة حيازة الأصول (من ١٠٪ في السنة المالية ٢٠١٦ إلى ١٧٪ في السنة المالية ٢٠٢٠)، وشراء السلع والخدمات (من ١٩٪ في السنة المالية ٢٠١٦ إلى ٢٦٪ في السنة المالية ٢٠٢٠).

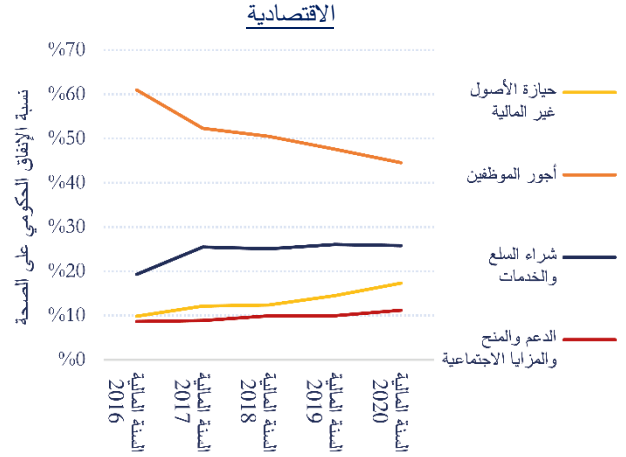
١.٠٤. والأهم من ذلك أنه تجري إعادة تغيير اتجاه الموارد تدريجياً نحو الرعاية الأولية والوقائية الفعالة من حيث التكلفة. وفي السنوات الأخيرة، انخفضت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة على خدمات المستشفيات العامة بنحو ١٤ نقطة مئوية (من ٦٨,٨٪ في عام ٢٠١٥ إلى ٥٢,٨٪ في عام ٢٠١٩، مما يعني العودة إلى نسبتها في عام ٢٠١١) (الشكل ٦-٣٩). وفي الوقت نفسه، زادت نسبة خدمات الصحة العامة (بما فيها الرعاية الأولية، والرعاية الوقائية، والخدمات الصحية الأخرى على مستوى المحافظات وما دونها) من ٢٠,٧٪ إلى ٣٦,٦٪ خلال الفترة الزمنية نفسها، مما يشير إلى إعادة ترتيب أولويات الرعاية الأولية والرعاية الوقائية. وكان معظم الزيادة في الإنفاق على الرعاية الأولية من نصيب الأصول وشراء السلع. ومع ذلك، لا يزال العديد من مراكز الرعاية الأولية يعاني من نقص الأطباء، ونقص الأدوية،

وتدني جودة الخدمات. ومن ثم، ينبغي أن يركز الاستثمار المستقبلي في الرعاية الأولية على نحو أكبر على قدرة العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية، وإدارتها والارتقاء بمستوى جودتها. وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن تتفق البلدان ما لا يقل عن ١٪ من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية الأولية.^{٧٢} وفي السنة المالية ٢٠٢١، وجهت مصر نسبة ضئيلة من إجمالي إنفاقها على قطاع الصحة إلى الرعاية الصحية الأولية، وهي نسبة أقل بكثير من المستوى الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية.

الشكل ٦- ٣٩. الإنفاق الحكومي على الصحة حسب الوظائف



الشكل ٦- ٣٨. الإنفاق الحكومي على الصحة حسب التصنيفات الاقتصادية

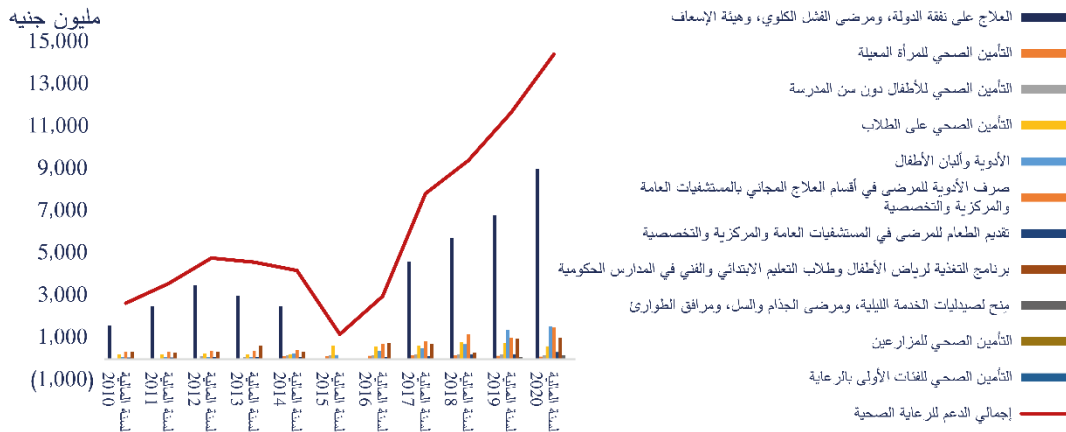


المصدر: وزارة المالية.

ملاحظة: تم استخدام بيانات السنة المالية ٢٠٢٠، لأن بيانات السنة المالية ٢٠٢١ ينقصها بعض الأرقام في بعض فئات الإنفاق الرئيسية، وبالنسبة للسنة المالية ٢٠٢٢، لا تتوافر سوى بيانات الموازنة.

١٠٥. لدى مصر برنامج دعم حكومي واسع النطاق لقطاع الصحة. منذ عام ٢٠١٥ إلى اليوم، شهد الإنفاق الحكومي على دعم قطاع الصحة زيادة كبيرة (الشكل ٦- ٤٠). وربما تجسدت أكبر صور الدعم في البرامج التي تركز على العلاج على نفقة الدولة، ومرضى الفشل الكلوي، وهيئة الإسعاف. بالإضافة إلى ذلك، زاد دعم الأدوية وألبان الأطفال زيادة كبيرة على مر السنين. وبدأ دعم الفئات الأكثر احتياجاً والأولى بالرعاية للتسجيل في نظام التأمين الصحي الشامل في السنة المالية ٢٠٢٠، ومن المتوقع أن يزيد في المستقبل مع بدء تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل.

الشكل ٦- ٤٠. الدعم الحكومي لقطاع الصحة (بالمليون جنيه)



^{٧٢} منظمة الصحة العالمية ٢٠١٩ <https://www.who.int/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

٢. مدى كفاية الإنفاق العام على الصحة

الإنفاق الحكومي غير كافٍ لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان مع ضمان الحماية المالية. ويستدعي العبء المالي الكبير الواقع على عاتق الأسر زيادة كبيرة في الإنفاق الحكومي لحمايتها من تداعيات هذا العبء على الرفاه والفرق.

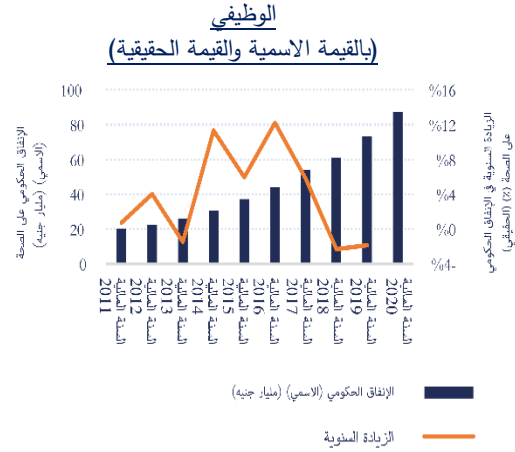
١٠٦. تغطي الموازنة العامة للدولة الخاصة بالصحة - كلياً أو جزئياً - النفقات من خلال سبع كيانات، هي: (١) البرامج والكيانات المركزية التابعة لوزارة الصحة والسكان؛ (٢) مديريات الصحة في المحافظات للبرامج الإقليمية والمنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة والسكان في كل منطقة؛ (٣) برنامج العلاج على نفقة الدولة الذي يغطي نفقات المرضى المصريين المحرومين الذين لا يستطيعون دفع تكاليف الرعاية الصحية بأي طريقة أخرى؛ (٤) الهيئة العامة للتأمين الصحي وتوفر تغطية التأمين الصحي وأيضاً الخدمات الصحية لموظفي الجهاز الحكومي، والأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وأطفال المدارس (نحو ٥٨٪ من السكان) - على وجه الخصوص، لا تمول الموازنة العامة للدولة بشكل مباشر الهيئة العامة للتأمين الصحي، ولكنها توفر لها إيرادات من خلال حصة صاحب العمل في مساهمة الموظفين الحكوميين، والإعانات المقدمة لمجموعات معينة مثل الأطفال والطلاب والأمهات؛ (٥) المؤسسة العلاجية، التي تقدم خدمات المستشفيات الثانوية للمستفيدين من التأمين الصحي العام والخاص؛ (٦) الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية، التي تقدم الرعاية المتخصصة، وتعالج الأشخاص غير المؤمن عليهم من الهيئة العامة للتأمين الصحي، و(٧) المنشآت الصحية الأخرى التابعة للقطاع الحكومي (المستشفيات الجامعية وغيرها) (الشكل ٦-١٥).

١٠٧. لا يزال الإنفاق الحكومي على الصحة منخفضاً وغير كافٍ وفقاً لما هو محدد في تعريف نظام الحسابات الصحية المقبول دولياً. ووفقاً للتصنيف الوظيفي (الذي يشمل الإنفاق الموجه إلى وزارة الصحة والسكان، والهيئات الحكومية التابعة التي تقدم الخدمات الصحية، والمستشفيات الجامعية) ظل الإنفاق ثابتاً عند نحو ١,٥٪ من الناتج المحلي الإجمالي خلال السنوات الخمس الماضية. ويعني هذا أن الزيادة السريعة بالقيمة الاسمية (من ٣٧,٢ مليار جنيه في عام ٢٠١٥ إلى ٨٧,١ مليار جنيه في عام ٢٠١٩) تقابل انخفاضاً بالقيمة الحقيقية بين السنتين المائتين ٢٠١٨ و٢٠١٩ (الشكل ٦-٤١). وفي السنة المالية ٢٠٢٠، لوحظت زيادة طفيفة بالقيمة الحقيقية، التي من المحتمل أن تكون مرتبطة بإجراءات مواجهة فيروس كورونا. يصبح الاتجاه الثابت للإنفاق الحكومي أكثر وضوحاً عند أخذ النمو السكاني في الحسبان (الشكل ٦-٤٢)، مما يعني أن الاستثمار الإضافي في المنشآت والبرامج الحكومية لا يمكن أن يلبي الاحتياجات المتزايدة للرعاية الصحية. وحسب المعايير العالمية، كان الإنفاق الحكومي في مصر، حسب التصنيف الوظيفي الخاص بالصحة، أقل من معظم البلدان المماثلة (الشكل ٦-٤٣). ويؤدي انخفاض الإنفاق الحكومي إلى تراجع قدرة مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي، ونقص الموارد البشرية والمعدات، بالإضافة إلى عدم الكفاءة وتدني جودة الرعاية في نهاية المطاف. علاوة على ذلك، فإنه يحد من قدرة الحكومة على حماية السكان من الصعوبات المالية التي يواجهونها بسبب زيادة حجم الإنفاق الشخصي.

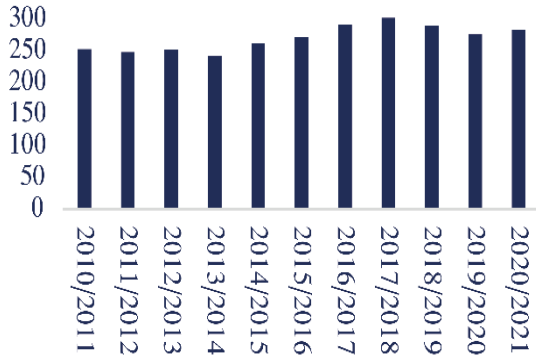
١٠٨. بسبب انخفاض الإنفاق الحكومي، غالباً ما يتم تمويل النظام الصحي من مدفوعات الإنفاق الشخصي - وهو مصدر غير كفؤ لتمويل الخدمات الصحية ويفتقر إلى المساواة. ويُعد الإنفاق الشخصي في مصر كنسبة من الإنفاق الجاري على الصحة من بين أعلى المعدلات على مستوى العالم، حيث يمثل نحو ٦٢٪ من إجمالي الإنفاق على الصحة في البلاد (الشكل ٦-٤٤). وتؤدي الزيادة الكبيرة في الإنفاق الشخصي إلى إضافة عبء مالي كبير على كاهل السكان في مصر. وبلغ متوسط الإنفاق الشخصي للفرد في عام ٢٠١٧ ما قيمته ١٨٧٤ جنيهاً (١١٩ دولاراً) لسكان الحضر، و١٤٢٣ جنيهاً (٩١ دولاراً) لسكان الريف (الجدول ٦-٢). أصبحت الصحة ثالث أكبر شريحة إنفاق للأسر المصرية، بعد المأكل والسكن.

١٠٩. يتحمل ما يقرب من ثلث الأسر نفقات صحية باهظة، ودفعت زيادة الإنفاق الشخصي ٧٪ من الأسر إلى براثن الفقر. وأنفق ثلث الأسر أكثر من ١٠٪ من دخلها على الرعاية الصحية (أي أنها تحملت نفقات صحية باهظة). وأنفق نحو ٧٪ من الأسر أكثر من ٢٥٪ من دخلها على الصحة، في حين أنفق ٢٪ من الأسر أكثر من ٤٠٪ (الشكل ٦-٤٥). وأدت الزيادة في الإنفاق الشخصي على الصحة إلى إفقار نحو ٧٪ من الأسر المصرية في عام ٢٠١٧. وتُعد نسبة الإنفاق الشخصي على النفقات الصحية الباهظة أعلى في دمياط وكفر الشيخ، والمحافظات الغربية، والقليوبية (الشكل ٦-٤٦، الشكل ٦-٤٦). ونقل نسبة النفقات الباهظة بين الفقراء، في حين يزداد العبء المالي على الأثرياء (الشكل ٦-٤٧، الشكل ٦-٤٨). وقد يكون السبب في ذلك هو أن القدرة على تحمل التكاليف تشكل عائقاً أمام حصول الفقراء على الخدمات الصحية، واختارت نسبة كبيرة منهم عدم السعي للحصول على الرعاية الصحية لعجزهم عن تحمل نفقاتها (الشكل ٦-٤٩). في الوقت نفسه، يسعى المزيد من الأشخاص الفقراء إلى الحصول على الرعاية الصحية في المنشآت الحكومية حيث يتم تقديم معظم الخدمات مجاناً. ويشير هذا الأمر إلى أن الإنفاق الحكومي يستهدف الفقراء بشكل أكثر فعالية.

الشكل ٦- ٤١. الإنفاق الحكومي على الصحة حسب التصنيف



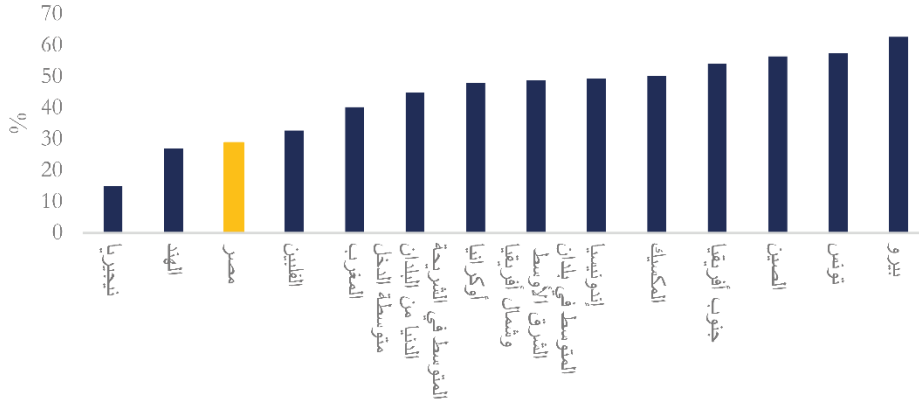
الشكل ٦- ٤٢. الاتجاه الزمني لنصيب الفرد من الإنفاق الحكومي (بالقيمة الحقيقية في ٢٠١٠ بالجنيه المصري)



المصدر: بيانات وزارة المالية، التضخم وفقاً لمؤشرات التنمية العالمية

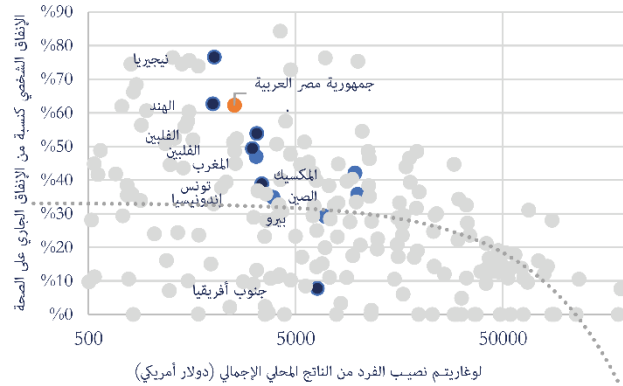
المصدر: بيانات وزارة المالية، التضخم وفقاً لمؤشرات التنمية العالمية

الشكل ٦- ٤٣. الإنفاق الحكومي على الصحة (حسب التصنيف الوظيفي للصحة فقط) مصر مقابل البلدان المماثلة



المصدر: قاعدة بيانات النفقات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية (٢٠١٨)

الشكل ٦- ٤٤. الإنفاق الشخصي كنسبة من الإنفاق الجاري على الصحة



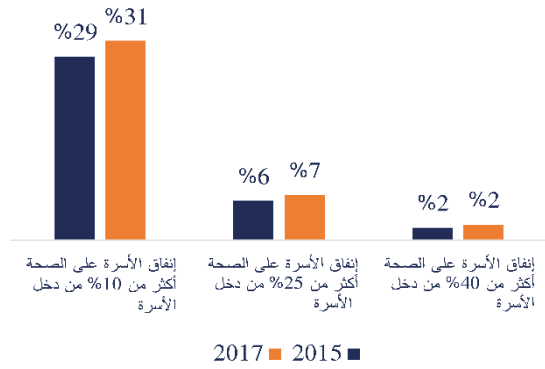
المصدر: قاعدة بيانات النفقات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية (٢٠١٨)

الجدول ٦- ٢. الإنفاق الشخصي للأسرة على الصحة مقابل الدخل

والإنفاق الاستهلاكي (٢٠١٧)		
الإجمالي	المناطق الحضرية	المناطق الريفية
٥٨,٠٨٩	٤,٨٦٦	٥,٣٥٨
٥٨,٤٣٦	٥١,٦٥٧	٦٦,٦٠٤
٤٨,٧٥٤	٤٤,٣٨٨	٥٤,٠١٥
٩,٢%	٩,٥%	٨,٩%
١٠,٦%	١٠,٨%	١٠,٣%

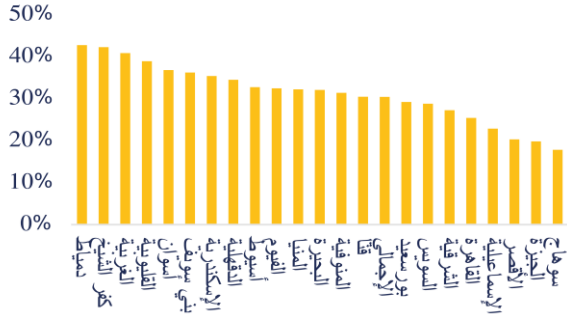
المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر (٢٠١٧).

الشكل ٦- ٤٥. نسبة الأسر التي تتحمل نفقات صحية باهظة

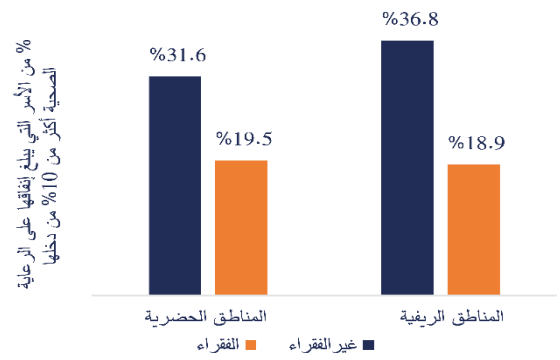


المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر (٢٠١٥-٢٠١٧).

الشكل ٦- ٤٦. نفقات صحية باهظة حسب المحافظات.

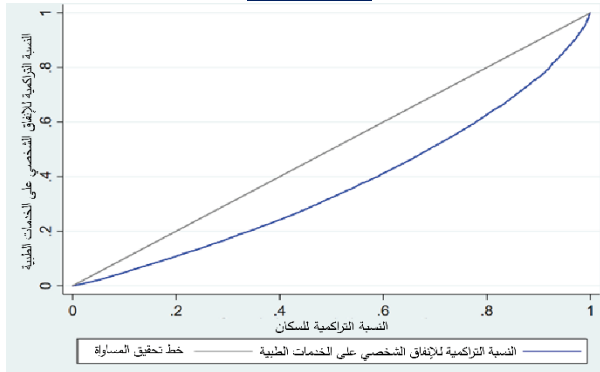


الشكل ٦- ٤٧. نفقات صحية باهظة حسب حالة الفقر والمنطقة



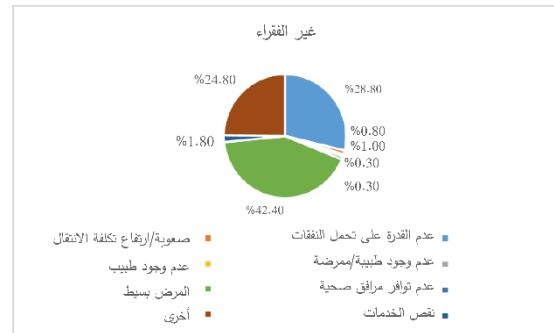
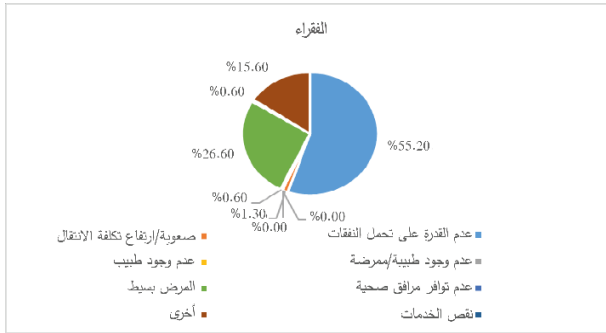
المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر (٢٠١٧).

الشكل ٦- ٤٨. منحني تركيز الإنفاق الشخصي مقابل الدخل في الأسر المصرية



المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر (٢٠١٧).

الشكل ٦- ٤٩. أسباب عدم سعي غير الفقراء والفقراء من السكان للحصول على الرعاية الصحية



المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر (٢٠١٧).

١١٠. يستحوذ شراء الأدوية والمنتجات على معظم الإنفاق الشخصي بنسبة ٦١٪. ويتوافق هذا الأمر مع الاتجاه العام الملحوظ لتفضيل اللجوء إلى الصيدليات الخاصة كأماكن للحصول على الرعاية بتكلفة منخفضة للأدوية والمنتجات الصيدلانية في ظل حزم المزايا الحالية. ولم تمثل رعاية مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات، التي عادة ما تغطيها أنظمة التمويل الصحي بصورة أفضل، سوى ٦٪ من الإنفاق الشخصي. وبغية تقليل الإنفاق الشخصي على الصحة في مصر، سيكون من المهم زيادة تغطية الأدوية في حزم المزايا، وتدعيم عمليات تنظيم الأدوية (بما في ذلك ترشيد استخدام الأدوية والوصفات الطبية)، وتحسين مستوى إتاحة رعاية مرضى العيادات الخارجية والارتقاء بجودتها.

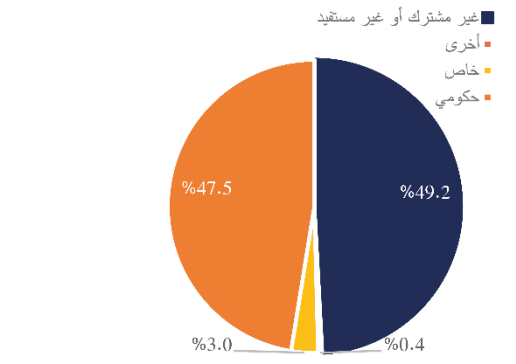
١١١. يتمتع ما يقرب من نصف سكان مصر بتغطية التأمين الصحي عن طريق التأمين الصحي الاجتماعي والأنظمة الخاصة للتأمين الصحي الاختياري، إلا أن هذا الأمر لا يُترجم بالضرورة إلى حماية مالية فعالة. وتوفر الهيئة العامة للتأمين الصحي، وهي نظام التأمين الصحي الاجتماعي القديم، تغطية تأمينية لنحو ١٩٪ من السكان، في حين يغطي التأمين الصحي العام على الطلاب ٢٨٪ من السكان. (الجدول ٦-٣). وعلى الرغم من ذلك، لا يوفر كلا النوعين من التأمين تغطية شاملة. ولا يتمتع سوى ٢٪ من السكان بتأمين صحي خاص يوفره أصحاب العمل. وتمثل اشتراكات النقابات العمالية والاشتراكات الشخصية في أنظمة التأمين الصحي الخاصة أقل من ١٪. وتتطلب أنظمة التأمين الصحي، المجزأة إلى حد كبير والتي تفتقر إلى الكفاءة، نظام تأمين صحي شامل موحد لتجميع المخاطر بشكل أكثر كفاءة، وحماية السكان من المخاطر المالية الناجمة عن ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية.

الإطار ٦ - ٧. أنظمة التأمين الصحي الحكومية قبل نظام التأمين الصحي الشامل

التسجيل في أنظمة التأمين الحكومي / الاجتماعي ليس إلزامياً، وهو ما ساهم في وجود نظام تجميع للتأمين الصحي مجزأ للغاية ويتصف بالازدواجية، مع ضعف التغطية المالية. لا يتمتع نحو نصف سكان البلاد (٩٨,٤٪) بأي تغطية من أي نظام تأمين، وغالبية النصف الآخر من السكان (نحو ٤٧٪) مسجلون في النظام الحكومي (بما في ذلك الهيئة العامة للتأمين الصحي، تأمين الطلاب... الخ)، في حين يستفيد ٣٪ فقط من التأمين الصحي الخاص (الشكل ٦-٤، الشكل ٦-٤٨). ويوجد العديد من أنظمة التأمين التي تعمل في آن واحد، مما يحد من قدرة النظام على إعادة التوزيع. بالإضافة إلى ذلك، لا توفر معظم الأنظمة تغطية كافية للخدمات الصحية، أو ليس بمقدورها تحصيل أقساط كافية، مما يؤدي إلى تدني مستوى الكفاءة وانخفاض الحماية المالية. كما يوجد بعض الأشخاص الذين يحق لهم التغطية من أكثر من نظام تأمين، مثل أنظمة التأمين في النقابات، والبنوك، والشركات الخاصة، والمنظمات غير الحكومية، ووزارتي الداخلية والدفاع، وشركات التأمين الخاصة.

ومن الجدير بالذكر أن أوعية المخاطر المجزأة والمتداخلة هذه تؤدي إلى عمليات إدارة معقدة وتكاليف إدارية عالية واختيار غير ملائم لبعض الأنظمة. على سبيل المثال، يُعد إلغاء الاشتراك أمراً شائعاً في الهيئة العامة للتأمين الصحي، مما يجعل المرضى والفقراء وأصغر المشتركين سناً وأكبرهم سناً يستفيدون من النظام، في حين أنهم لا يساهمون فيه إلا بنسب قليلة. لذلك، لا تحصل هذه الهيئة على أقساط كافية، وتعاني من مخاطر مالية كبيرة.

الشكل ٦ - ٥٠. توزيع المواطنين حسب وضعهم التأميني، ٢٠١٧



الجدول ٦ - ٣. نسبة السكان (%) الذين يشملهم التأمين الصحي الحكومي والخاص (٢٠١٧)

التصنيف	% من السكان الذين تشملهم التغطية	نوع التغطية التأمينية
التأمين الحكومي	27,9%	التأمين الصحي على الطلاب أو علاجهم
التأمين الحكومي	18,7%	التأمين الصحي عن طريق الهيئة العامة للتأمين الصحي
التأمين الخاص	2,2%	التأمين الصحي أو العلاج الخاص الذي يوفره صاحب العمل
التأمين الخاص	0,7%	التأمين الصحي أو الطبي عن طريق النقابات العمالية أو أي نقابة
التأمين الخاص	0,5%	التأمين الصحي أو العلاج الذي يوفره صاحب العمل لفرد آخر من أفراد الأسرة
التأمين الخاص	0,3%	الاشتراك الشخصي في التأمين الصحي
بدون تأمين	49,8%	غير مشترك أو مستفيد

المصادر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر لعام ٢٠١٧.

١١٢. على الرغم من أن بعض الفقراء كانوا مسجلين في أنظمة التأمين الصحي قبل نظام التأمين الصحي الشامل، فإنهم لا يزالون يفتقرون إلى الحماية المالية الفعالة. وعلى الرغم من أن الأسر الفقيرة مسجلة في أنظمة التأمين الصحي القديمة، فإنها لا تزال تدفع ٥٠٠ جنيه في المتوسط من أجل الرعاية الصحية في عام ٢٠١٧، مقابل ما يقرب من ٢٠٠٠ جنيه تدفعها الأسر غير الفقيرة (الجدول ٦-٤).

وبينما تنطبق السياسة التأمينية نفسها على المستفيدين الفقراء وغير الفقراء على حد سواء، فإن الاختلاف الكبير في الإنفاق الشخصي يُظهر أن الفقراء لا يزالون يواجهون تحديات مالية ويستخدمون قدرًا أقل من الخدمات.

الجدول ٦- ٤. تسجيل عائل الأسرة في أنظمة التأمين الصحي مقابل متوسط نصيب الفرد السنوي من الإنفاق الشخصي على الصحة حسب حالة الفقر

نوع التأمين	% من الفقراء المسجلين	متوسط نصيب الفرد السنوي من الإنفاق الشخصي على الصحة في عام ٢٠١٧ (بالجنيه)	
		الأسر غير الفقيرة	الأسر الفقيرة
التأمين الصحي عن طريق الهيئة العامة للتأمين الصحي	٪١٧	٢,٢٥٤	٥٥٤
التأمين الصحي أو العلاج الخاص الذي يوفره صاحب العمل	٪١٧	١,٥٩٤	٥٢٣
التأمين الصحي أو العلاج الذي يوفره صاحب العمل لفرد آخر من أفراد الأسرة	٪١٤	٣,٦٣٦	٥٥٦
التأمين الصحي أو الطبي عن طريق النقابات العمالية أو أي نقابة	٪١١	٢,١٩٠	٢٩٨
الاشتراك الشخصي في التأمين الصحي	٪٠	٢,٧٥٢	٤٢٩
غير مشترك أو مستفيد	٪١٨	١,٨٣١	٤٨٤
الإجمالي	٪٢٩	١,٩٩١	٥٠٠

المصدر: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك للأسر في مصر لعام ٢٠١٧.

٣. كفاءة الإنفاق العام على الصحة

١١٣. فيما يتعلق بالإنفاق على قطاع الصحة، تستخدم الحكومة المصرية موازنة البنود التي لا ترتبط بمخرجات أو أهداف أداء محددة على نطاق واسع. في الآونة الأخيرة، زادت جهود الدولة لتحسين مرونة وكفاءة الموازنة. وبينما تمثل موازنة البنود الجزء الأكبر من الإنفاق العام في قطاع الصحة، فإن موازنة البرامج تُستخدم أيضاً لبعث البرامج المركزية للصحة العامة، حيث ترتبط بأهداف محددة لهذه البرامج. واستناداً إلى بيانات محدودة، حققت بعض البرامج المركزية الكبيرة للصحة العامة، مثل مبادرة "١٠٠ مليون صحة" نواتج صحية جيدة، مما يُظهر التأثير الجيد لهذه الموازنات. وتُمول موازنة البنود مدخلات محددة (أجور العاملين، والأدوية والمستلزمات الطبية، والأصول، وما إلى ذلك) في المنشآت الصحية والكيانات الإدارية. ويسمح قانون المالية العامة الموحد رقم ٦ لعام ٢٠٢٢ (والذي سيتحول بالكامل إلى إعداد الموازنة على أساس البرامج في غضون أربع سنوات) لوحدات الموازنة بإعادة تخصيص اعتمادات الموازنة من بند إلى آخر ضمن نفس الفصل. ومع ذلك، فإن هذه العملية ليست سهلة إدارياً. لذا، فإن مرونة الإنفاق لا تزال محدودة، بغض النظر عن الاحتياجات المحلية أو الطلب أو القدرة على إنفاق الموازنة.

١١٤. ولا تسمح قواعد الموازنة والإدارة المالية لمراكز التكلفة بنقل مخصصات الموازنة من بند إلى آخر، ومن ثم فهي لا تتسم بمرونة كبيرة في الاستجابة للاحتياجات المحلية، أو حجم الطلب، أو القدرة على الإنفاق. بالإضافة إلى ذلك، يوجد اتجاه داخل المنشآت الممولة من موازنة البنود لزيادة المدخلات، وهو ما يؤدي إلى الإهدار. على الصعيد العالمي، تتحول البلدان حالياً عن موازنات البنود إلى طرق أكثر كفاءة لإعداد الموازنات وأداء المدفوعات للمنشآت الصحية. وفي عام ٢٠١٦، من بين ٣٣ بلداً في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والبلدان الشريكة لها شملتها دراسة استقصائية في هذا الشأن، لا يزال هناك بلدان فقط يستخدمان موازنة البنود للمستشفيات العامة (كوستاريكا، وجنوب أفريقيا).

١١٥. إن البديل الأكثر شيوعاً لموازنة البنود هو الموازنة الشاملة التي تتضمن أهدافاً تتعلق بالخدمات، وتستخدمها العديد من البلدان التي لديها أنظمة صحية أو أنظمة تأمين صحي اجتماعي ممول من الموازنة. في الموازنة الشاملة، يوجد مبلغ ثابت لتغطية التكاليف الإجمالية لأي مستشفى يقدم مجموعة محددة من الخدمات. وفي العادة، لا تقيد الموازنة الشاملة فئات الإنفاق كما هو متبع في طريقة موازنة البنود، وتتيح للكيان المعني قدرًا كبيراً من الاستقلالية. ففي حقبة التسعينيات، أصبح تمويل المستشفيات العامة من الموازنة الشاملة أمراً سائداً في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية. وفي عام ١٩٩٣، استخدم ١٦ بلداً من أصل ٢٢ بلداً في المنظمة والبلدان الشريكة لها، التي شملتها الدراسة، طريقة الموازنة الشاملة (المملكة المتحدة وأستراليا وكندا والدانمرك وفنلندا وفرنسا والسويد وألمانيا وسويسرا وإيطاليا والنرويج وأيسلندا وأيرلندا وهولندا والبرتغال وإسبانيا)^{٧٣}. وفي عام ٢٠١٦، كان ١٣ بلداً من أصل ٣٣ بلداً في المنظمة والبلدان الشريكة لها، التي شملتها الدراسة، لا تزال تستخدم طريقة الموازنة الشاملة لتمويل المستشفيات العامة، في حين اعتمدت البلدان الأخرى طرق دفع أكثر تقدماً (بلجيكا وكندا والدانمرك وأيسلندا وأيرلندا وإيطاليا وكسمبورغ

^{٧٣} بي. آر. وولف، ودي. دبليو. موران، إعداد الموازنة الشاملة في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية. مراجعة تمويل الرعاية الصحية، ١٩٩٣. ١٤: الصفحة ٥٥.

والمكسيك ونيوزيلندا والنرويج والبرتغال والسويد وتركيا)^{٧٤}. وبينما يشجع استخدام الموازنة الشاملة في البلدان التي تمول منشآت الصحة العامة باستخدام موازنات عامة (مثل كندا)، فإنها تنتشر أيضاً بين البلدان التي لديها أنظمة تأمين صحي اجتماعي (مثل الصين). لذلك، ستكون الموازنة الشاملة طريقة متوافقة مع إعداد الموازنة في ظل نظام التأمين الصحي الشامل في مصر.

الإطار ٦- ٨. التحول عن موازنة البنود إلى الموازنة الشاملة كخيار عملي للنظام الصحي في مصر

مزايا الموازنة الشاملة عن موازنة البنود

للموازنة العالمية مزايا عديدة للجهات التي تتحمل التكلفة: (١) تتميز بالبساطة الإدارية وانخفاض تكلفة المعاملات؛ (٢) تضع حدوداً لإجمالي إنفاق كل مستشفى، وتساعد في التحكم في الزيادة السريعة في الإنفاق على الصحة إذا لم تتمكن المستشفيات من تحويل التكلفة إلى جهات أخرى لتحملها (مثل التأمين الصحي أو المرضى)؛ (٣) مع التصميم المناسب للحوافز، يمكن للموازنة الشاملة أن تحدد حوافز قوية لتحسين الأداء، وتشجع المستشفيات على تحسين الممارسات والكفاءة السريرية؛ (٤) من خلال ربط التمويل بأهداف الخدمة، بدلاً من المدخلات، فإنها تساعد على تحقيق الموازنة بين تقديم الخدمات الصحية وأهداف القطاع الصحي وإستراتيجياته؛ و (٥) يمكن أن تحفز مقدمي الخدمات والأخصائيين الصحيين على عدم تقديم رعاية غير ضرورية أو منخفضة القيمة.

طرق الدفع للمستشفيات الحكومية في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والبلدان الشريكة لها

البلد	طريقة الدفع لرعاية مرضى الحالات الحادة في الأقسام الداخلية في المستشفيات المملوكة للقطاع الحكومي	البلد	طريقة الدفع لرعاية مرضى الحالات الحادة في الأقسام الداخلية في المستشفيات المملوكة للقطاع الحكومي
أستراليا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	لوكسمبورغ	الموازنة الشاملة المتوقعة
النمسا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	المكسيك	الموازنة الشاملة المتوقعة
بلجيكا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	النرويج	الموازنة الشاملة المتوقعة
كندا	الموازنة الشاملة المتوقعة	بولندا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)
شيلي	الموازنة الشاملة المتوقعة	البرتغال	الموازنة الشاملة المتوقعة
الجمهورية التشيكية	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	سلوفينيا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)
الدانمرك	الموازنة الشاملة المتوقعة	إسبانيا	الموازنة الشاملة المتوقعة
فنلندا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	السويد	الموازنة الشاملة المتوقعة
فرنسا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	سويسرا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)
ألمانيا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	تركيا	الموازنة الشاملة المتوقعة
اليونان	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	المملكة المتحدة	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)
أيسلندا	الموازنة الشاملة المتوقعة	كوستاريكا	موازنات البنود
أيرلندا	الموازنة الشاملة المتوقعة	ليتوانيا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)
إسرائيل	الدفع على أساس الإجراء أو الخدمة	جنوب أفريقيا	موازنات البنود
إيطاليا	الدفع لكل حالة (على غرار طريقة الفئة المرتبطة بالتشخيص)	لاتفيا	الموازنة الشاملة المتوقعة
اليابان	الدفع على أساس الإجراء أو الخدمة		

المصدر: منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، ٢٠١٦

^{٧٤} منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، مسح خصائص الأنظمة الصحية، ٢٠١٦.

أمثلة عالمية للتحويل عن موازنة البنود إلى الموازنة الشاملة للمستشفيات الحكومية

١. في الواقع العملي، اختلفت الطرق التي تحولت بها البلدان عن موازنة البنود إلى الموازنة الشاملة، حيث جمعت ألبانيا ببساطة عدة بنود لتشكل الموازنة الشاملة، وبدأت تركمانستان بالسماح ببعض المرونة في الإنفاق على مستوى البنود.
٢. وفي أثناء تحول كندا إلى الموازنة الشاملة في حقبة الستينيات، استخدمت الموازنات السابقة كأساس للتعديل، واكتسبت المستشفيات المرونة التي مكنتها من الانتقال بين بنود الموازنة. وفي مراحل لاحقة، تم المزج بين النهج القائم على تجميع الحالات (النهج المعياري)، والنهج القائم على عدد الأشخاص (نهج الأجر على الفرد) في تقدير سقف الموازنة.
٣. في الوقت الحاضر، تضع معظم البلدان تقديرات الموازنة الشاملة على أساس تجميع الحالات أو الفئة المرتبطة بالتشخيص. وفي نهاية المطاف تتحول العديد من البلدان الأخرى إلى نظام الدفع القائم بصفة أساسية على الفئة المرتبطة بالتشخيص.

ما القدرات المطلوب توافرها في المستشفيات الحكومية لتنفيذ إصلاحات الموازنة الشاملة؟

<p>١ منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، مسح خصائص الأنظمة الصحية، ٢٠١٦.</p> <p>٢ بي. شتايدر، إصلاحات أداء المدفوعات لمقدمي الخدمات: دروس مستفادة من أوروبا وأمريكا من أجل جنوب شرق أوروبا. مذكرة سياسات (واشنطن العاصمة: البنك الدولي)، ٢٠٠٧.</p> <p>٣ آر. دريدج، إعداد الموازنات العامة للمستشفيات، ٢٠٠٤.</p> <p>٤ دونغ دي، التجارب العالمية لإصلاح الموازنات العامة للمستشفيات، البنك الدولي، ٢٠١٨.</p>	<p>مثال المستشفى الهولندي</p> <p>الأقسام السريرية بالمستشفيات</p> <p>شركة تأمين صحي</p> <p>الفريق التجاري</p> <p>إدارات التخطيط والإدارة، والموارد البشرية، والمالية، والمعلومات في المستشفى</p> <ul style="list-style-type: none"> • جمع البيانات وتحليلها (حجم الخدمة، والدخول، وحجم التدفق حسب القسم) • اقتراح الموازنة وتقرير استخدام البيانات • التفاوض مع شركة التأمين الصحي • تعليقات للإدارات • الإدارة تجري تغييرات في التشغيل (التوسع، تقليص الحجم، التعاقد) • إعداد الفواتير المبدئية <ul style="list-style-type: none"> • التخطيط • المحاسبة • إعداد الفواتير • إدارة الموارد البشرية • التفاوض • نظام المعلومات الصحية • إدارة الموارد • التنبير العلاجي السريري • إدارة الجودة • العقود • المتابعة والتقييم • البحث • استرداد المصروفات • ...
---	---

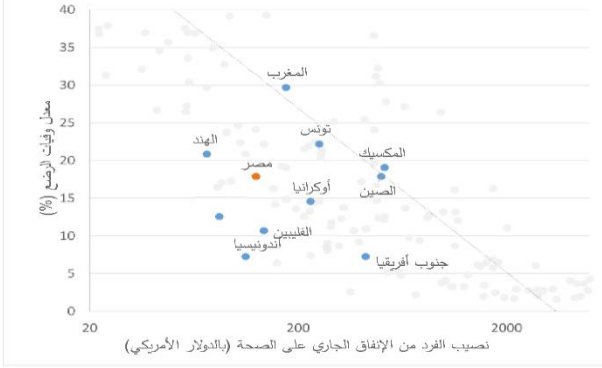
١١٦. تاريخياً، ولا سيما في حقبة السبعينيات من القرن العشرين وأوائل القرن الحادي والعشرين، كانت مخصصات الموازنة للمحافظات المختلفة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعدد أسرة المستشفيات المتاحة فيها، التي استُخدمت كمؤشر لقياس كم الخدمات المقدمة. وقد شجعت هذه الظاهرة المستشفيات على تضخيم طاقاتها الاستيعابية من الأسرة على نحو مفرط، حتى وإن كانت تمثل طاقة غير مستغلة ولا تقدم خدمات في الواقع. ثم تأثرت عمليات زيادة الموازنة على مر السنين بالمستوى الأساسي المرتفع، حيث كانت الموازنات تزيد على نحو غير متناسب مع حجم الخدمات المقدمة وجودتها ورضاء المرضى عنها. ومن الآن فصاعداً، يجب أن تصبح مخصصات الموازنة تدريجياً أكثر ارتباطاً بمراجعة مركبة فعلية لما يلي: (١) حجم الخدمات المقدمة؛ (٢) تحقيق الخطط السنوية المقدمة للأهداف المحددة؛ (٣) تقييمات الجودة؛ (٤) درجات رضاء المرضى وملاحظاتهم التقييمية.

١١٧. يعكس الإنفاق الفعال على الصحة العامة الاستخدام الأمثل للموارد لتحقيق أفضل النواتج الصحية. ويشتمل مفهوم الكفاءة على بعدين هما: كفاءة التخصيص، التي تقيس ما إذا كانت المدخلات يتم تخصيصها على النحو الأمثل وفقاً للاحتياجات ذات الأولوية؛ والكفاءة الفنية، التي تُعد مقياساً للفعالية التي تُستخدم بها مجموعة معينة من المدخلات لإنتاج المخرجات، وهي عبارة، في هذه الحالة، عن الخدمات الصحية عالية الجودة. وعادة ما يُستخدم نهج دالة الإنتاج لقياس الكفاءة، حيث يؤدي الاستثمار في الموارد والمدخلات الصحية المختلفة (مثل الكوادر الصحية، وأسرة المستشفيات، والأدوية) على مستويات مختلفة من النظام الصحي إلى إنتاج مخرجات الخدمات الصحية (خدمات مرضى الأقسام الداخلية في المستشفيات، وخدمات مرضى العيادات الخارجية، وخدمات الرعاية الأولية، والخدمات الوقائية، وما إلى ذلك)، مما يؤدي في النهاية إلى الارتقاء بالنواتج الصحية (مثل متوسط العمر المتوقع، ومعدل الوفيات، والإنتاجية).

١١٨. على الرغم من انخفاض مستويات الإنفاق الجاري على الصحة والاعتماد على الإنفاق الشخصي، فقد تمكنت مصر من تحقيق نواتج صحية جيدة نسبياً عند المقارنة مع باقي بلدان العالم. ويقف متوسط العمر المتوقع عند الولادة في مصر قليلاً من مثيله في بلدان المقارنة، ولكنه يقارب المتوسط في البلدان ذات المستوى المماثل من حيث نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة (الشكل ٦-٥١). ويتشابه معدل وفيات الرضع أيضاً مع المعدل السائد في البلدان ذات المستوى المماثل من حيث نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة

(الشكل ٦-٥٢). وعلى الرغم من ذلك، فإنه بالمقارنة مع البلدان ذات المستوى المماثل من الإنفاق على الصحة ولكنها تحقق نواتج صحية أفضل، يمكن تحقيق مزيد من الارتقاء بكفاءة الإنفاق الصحي في مصر.

الشكل ٦-٥٢. معدل وفيات الرضع مقابل نصيب الفرد من الإنفاق الجاري على الصحة (بالدولار الأمريكي) مقارنة عالمية



المصدر: قاعدة بيانات النفقات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية (٢٠١٨)

الشكل ٦-٥١. متوسط العمر المتوقع مقابل نصيب الفرد من الإنفاق الجاري على الصحة (بالدولار الأمريكي) مقارنة عالمية

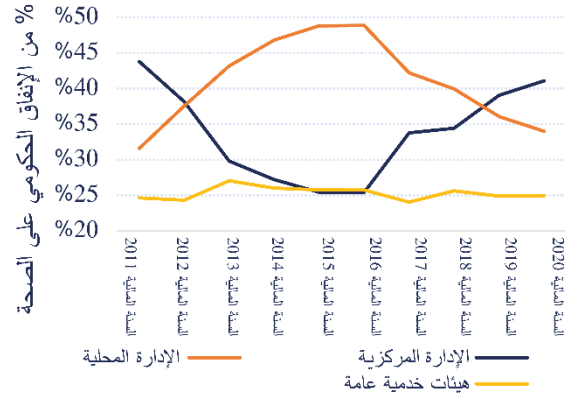


نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالسعر الحالي للدولار الأمريكي)

المصدر: قاعدة بيانات النفقات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية (٢٠١٨)

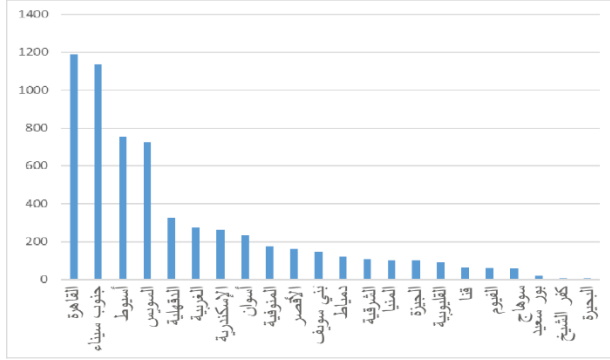
١١٩. انعكس مسار عملية اللامركزية في الإنفاق الحكومي على الصحة منذ عام ٢٠١٥ ليعود التركيز على البرامج الصحية المركزية التي تحدث تأثيراً كبيراً، ومع ذلك، لا تزال أوجه التفاوت في الإنفاق الصحي على مستوى المحافظات قائمة. وكان ٥٠٪ من الإنفاق الحكومي على الصحة في عام ٢٠١٥ يُدار عن طريق أجهزة الحكم المحلي، ثم انخفضت هذه النسبة إلى ٣٤٪ في عام ٢٠٢٠، مع توجيه ٤١٪ من الإنفاق من خلال الإدارة المركزية. ويُعزى اتجاه إعادة المركزية إلى حد كبير إلى استحداث برامج صحية كبيرة تديرها وزارة الصحة والسكان أو وجود مثل هذه البرامج، في حين ظل الإنفاق على المستشفيات ثابتاً إلى حد ما (الشكل ٦-٥٣). وفي السنة المالية ٢٠٢٠، تم توجيه ٣٦,٦٪ من الإنفاق الحكومي على الصحة إلى خدمات الصحة العامة من خلال ديوان عام وزارة الصحة والسكان، والهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية، والهيئة العامة للرعاية الصحية. وجرى توزيع ٥٢,٨٪ أخرى من هذا الإنفاق على مديريات الشؤون الصحية (على نحو لا مركزي) إلى المحافظات والمستشفيات. من بين الأموال الموجهة محلياً، كان نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في القاهرة وجنوب سيناء وأسبوط والسويس مرتفعاً نسبياً، في حين كان إنفاق أجهزة الحكم المحلي والمنشآت الصحية على الصحة في كفر الشيخ والبحيرة منخفضاً للغاية (الشكل ٦-٥٤). بالإضافة إلى ذلك، لا يوجد على المستوى المحلي مجال كبير للإنفاق التقديري لأن معظم الموازنة تذهب إلى أجور العاملين. ويعوق هذا الأمر أيضاً إعادة تخصيص الموارد للارتقاء بالكفاءة والقدرة على تلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة على المستوى المحلي.

الشكل ٦- ٥٣. الإنفاق الحكومي على الصحة حسب مستوى الإدارة



المصدر: وزارة المالية.

الشكل ٦- ٥٤. نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (باستثناء البرامج التي تُدار مركزياً)



المصدر: وزارة المالية.

١٢٠. عند النظر في جميع أوجه الإنفاق على الصحة، يتضح أن مصر تنفق الكثير على الأدوية بينما تنفق القليل على الوقاية، مما يؤدي إلى عدم الكفاءة في الإنفاق على الصحة. فثلث الإنفاق الجاري على الصحة يوجه إلى السلع الطبية، وهي نسبة من أعلى النسب في البلدان المماثلة (الشكل ٦- ٥٥). ويمكن ربط هذا الأمر بحقيقة أن المواطنين في مصر يفضلون اللجوء إلى الصيدليات الخاصة بوصفها أماكن للحصول على الرعاية وعدم الالتزام بالوصفات الطبية، مما يثير مخاوف بشأن جودة الرعاية وكفاءة الإنفاق على الأدوية. وعلى الرغم من أن الرعاية الوقائية هي أكثر التدخلات فعالية من حيث التكلفة، فإنها لا تمثل سوى ١٪ من الإنفاق الجاري على الصحة في مصر - وهي النسبة الأدنى بين جميع البلدان المماثلة. ومن ثم، يجب زيادة الإنفاق على الوقاية لارتقاء بمستوى كفاءة النظام الصحي وتحقيق نواتج صحية أفضل.

د. نظام التأمين الصحي الشامل

يهدف نظام التأمين الصحي الشامل إلى إحداث نقلة نوعية في نظام تمويل الخدمات الصحية في مصر. ويمكن الاسترشاد بتصميم السياسات والمراحل الأولى من تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل لتحديد المسار نحو تحسين القدرة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية والارتقاء بكفاءتها وجودتها.

١٢١. حددت الحكومة المصرية التغطية الصحية الشاملة بوصفها أولوية وطنية للتصدي للتحديات الحالية التي تواجه النظام الصحي، وزيادة وتيرة التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة، وإحداث تحولات في تمويل الصحة وأنظمة تقديم الخدمات الصحية في البلاد. يعاني نظام التأمين الصحي القديم، المتمثل في الهيئة العامة للتأمين الصحي، من العديد من التحديات المزمنة، منها ضعف الحماية المالية، وارتفاع معدلات الإنفاق الشخصي، وتجزؤ جهات المشاركة الجماعية في تحمل المخاطر وعدم فعاليتها، والاختيار غير الملائم، وارتفاع معدلات إلغاء الاشتراكات، وعدم وجود جهة تدقيق ونظام للتحويلات الطبية، ومحدودية الاختيار بين مقدمي الخدمات، وتدني مستوى الاستدامة المالية لأنظمة التأمين. وفي ديسمبر/كانون الأول ٢٠١٧، أصدرت الحكومة قانون التأمين الصحي الشامل بهدف زيادة وتيرة

التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة (أي لتحسين الحصول على الخدمات الصحية الجيدة وضمان الحماية المالية). يهدف نظام التأمين الصحي الشامل إلى التصدي للتحديات التي تواجه النظام الصحي الحالي ونظام الهيئة العامة للتأمين الصحي القائم (الإطار ٦-٩). ويهدف هذا القانون إلى توفير تغطية إلزامية لجميع المواطنين المصريين، وتغطي كذلك الفئات غير القادرة (نحو ٣٠٪ من السكان) التي ستحصل على دعم كامل من الحكومة. بالإضافة إلى ذلك، يتيح هذا القانون: (١) تغطية اختيارية للمصريين المقيمين في الخارج، و(٢) تغطية لجميع الأجانب المقيمين في مصر، مع مراعاة اتفاقات المعاملة بالمثل مع بلدانهم. سيتم تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل على ٦ مراحل على مدار ١٥ عاماً [١]. تشمل المرحلة الأولى من تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ست محافظات بدأ العمل بها في عام ٢٠١٩ بمشروع تجريبي في بورسعيد، ثم توسعت إلى الأقصر في عام ٢٠٢١، ويجري حاليًا التوسع في الإسماعيلية. ومن المتوقع أن يشمل النظام ثلاث محافظات أخرى (أسوان والسويس وجنوب سيناء).

١٢٢. أنشئت أربع هيئات جديدة لتنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل هي: الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ("مشتري الخدمة")، والهيئة العامة للرعاية الصحية ("مقدم الخدمة")، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (التي ستكون مسؤولة عن ضمان الجودة والاعتماد)، والهيئة المصرية للشراء الموحد والإمداد والتمويل الطبي (الشكل ٦-٥٦). ومن المتوقع أن تقوم هذه الهيئات الأربع بإحداث تحول في تمويل الرعاية الصحية وتقديم الخدمات الصحية، وذلك بدمج الممارسات العالمية الجيدة بشأن الشراء الإستراتيجي للخدمات، والارتقاء بمستوى الجودة، وتقديم الخدمات، والحوكمة.

الشكل ٦- ٥٦. ترتيبات تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل عن طريق أربعة كيانات



١٢٣. لدى نظام التأمين الصحي الشامل آلية متعددة المصادر لتعبئة الإيرادات، وتُظهر التوقعات الأولية مستوى جيدا من الاستدامة المالية. ويقوم هذا النظام بتعبئة الإيرادات من مصدرين رئيسيين هما: الاشتراكات الإجبارية، وعائدات الضرائب العامة. ويُصنف المواطنون إلى فئات مختلفة (الموظفون، وأصحاب العمل، والمتقاعدون، والمعالون)، ويلتزمون بالمساهمة بنسبة بسيطة من الأجر/المعاش كاشتراك (الجدول ٦-٥). وستدعم الموازنة العامة للدولة مساهمات الفئات الضعيفة بالكامل بنسبة ٥ في المائة من الحد الأدنى للأجور لضمان عدم استبعاد أولئك الذين لا يستطيعون دفع مساهماتهم. سيتم تمويل هذا الدعم من مصادر مختلفة مشتركة، بما في ذلك ضريبة التضامن، وضريبة التبغ، ورسوم الطرق، ورسوم رخصة القيادة، ورسوم ترخيص المرافق الطبية، وعائدات استثمار الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل ومصادر أخرى. يُظهر تحليل اكتواري أجرته وزارة المالية استدامة مالية جيدة لنظام التأمين الصحي الشامل مع مصادر الإيرادات المخطط لها خلال السنوات العشر القادمة. ومع ذلك، فإنه مع توافر بيانات فعلية عن التنفيذ شاملة الإيرادات والتسجيل والاستخدام والتكلفة، يجب تحديث التوقعات الاكتوارية بانتظام للاسترشاد بها من أجل تحقيق استدامة المالية العامة على المدى الطويل.

الجدول ٦- ٥. تمويل الرعاية الصحية في نظام التأمين الصحي الشامل

المعالون	الاشتراك	الفئة
	١٪ من أجر الاشتراك التأميني	موظفو القطاع الرسمي (موظفو الخدمة المدنية والقطاع الخاص والموظفون الآخرون بالقطاع غير الحكومي)
	٥٪ من أجر الاشتراك التأميني أو من الأجر وفقاً للإقرار الضريبي أو الحد الأقصى لأجر الاشتراك التأميني، أيهما أكبر	أصحاب المهن الحرة
٣٪ عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، و١٪ عن كل ابن أو مُعال	٥٪ من أجر الاشتراك التأميني بحيث لا يزيد مجموع ما يسدده الفرد عن جميع أفراد الأسرة عن ٧٪ وتتحمل الخزانة العامة فرق التكلفة	أصحاب الإعاقة التامة والمتقاعدون من قطاع العمل غير الرسمي
	٢٪ من قيمة المعاش الشهري	المتقاعدون
	٢٪ من قيمة المعاش الشهري	الأمهات المُعيلات والمستفيدات من المعاشات
	٤٪ (٣٪ تأمين مرض و١٪ إصابات عمل) من الأجر الاشتراك التأميني	الحصة التي يؤديها أصحاب العمل عن اشتراكات العاملين لديهم
	٥٪ من الحد الأدنى للأجور على المستوى القومي عن كل فرد من غير القادرين	الاشتراكات التي تتحملها الخزانة العامة عن الفئات غير القادرة

الإطار ٦ - ٩. يعالج نظام التأمين الصحي الشامل أوجه القصور في الهيئة العامة للتأمين الصحي بغية الارتقاء بمستوى التغطية الصحية الشاملة.

السمة	نظام التأمين الصحي (الهيئة العامة للتأمين الصحي)	نظام التأمين الصحي الشامل
الهيكل التنظيمي	تضطلع الهيئة العامة للتأمين الصحي بالدور الذي يقوم به متحمل التكلفة، ومقدم الخدمة، والمشرف على الرعاية الصحية.	ستتولى ثلاث جهات إدارة النظام الصحي هي: الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، التي ستكون "متحمل التكلفة"؛ والهيئة العامة للرعاية الصحية والتي تدير حالياً المرافق الصحية لوزارة الصحة والسكان، التي ستكون "مقدم الخدمة"؛ والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، التي ستتولى المسؤولية عن ضمان الجودة والاعتماد.
مصادر التمويل	الاشتراكات التي يسدها أصحاب العمل والعمالون (وتحتسب على الراتب الأساسي فقط)، والدعم المالي الذي تقدمه الحكومة لفئات سكانية محددة وبعض الرسوم التي يدفعها المستخدمون.	انظر الجدول ٦-٥ لمزيد من التفاصيل. اشتراكات التأمين الإجباري التي يدفعها المواطنون وأصحاب العمل من خلال الضريبة على الأجور. تقدم الحكومة دعماً كاملاً لاشتراكات التأمين للفقراء والفئات غير القادرة من الموازنة العامة (بما فيها الضرائب المخصصة لغرض معين).
تغطية السكان	لا تتجاوز نسبة التغطية ٥٤٪ من السكان.	يهدف إلى تغطية جميع السكان، بما في ذلك العاملون في القطاع غير الرسمي.
إلغاء الاشتراك والاختيار غير الملائم	يمكن إلغاء الاشتراك.	لا يمكن إلغاء الاشتراك.
وحدة التسجيل	الشخص هو وحدة التغطية.	الأسرة هي وحدة التغطية.
التحويلات الطبية:	لا يوجد نظام للتحويلات الطبية.	نظام جيد للتحويلات الطبية مع تولى مقدمي الرعاية الأولية مهام التدقيق
المشاركة الجماعية في تحمل المخاطر	نظام المشاركة الجماعية في تحمل المخاطر مجزأ للغاية، حيث توجد العديد من أنظمة التأمين مثل المستشفيات الجامعية، والبنوك، والشركات الخاصة والمنظمات غير الحكومية، ووزارتي الداخلية والدفاع وشركات التأمين الخاصة.	مجموعة واحدة من المستفيدين، لتحسين كفاءة المشاركة الجماعية في تحمل المخاطر والاستدامة المالية.
اختيار مقدم الخدمات	ربط المستفيدين بمنشآت صحية محددة وعدم حصولهم على الخدمات الصحية في منشآت أخرى. المنشآت الصحية الحكومية فقط.	المستفيدون لهم حرية اختيار مقدمي الخدمات إذا كانوا يستخدمون نظام التحويلات الطبية. تتم تغطية تكاليف مقدمي الخدمات من القطاعين الحكومي والخاص.
الاستدامة المالية	النظام يتعرض لضغوط مالية.	الاستدامة المالية والاكتوارية مكفولة بموجب القانون.

الإطار ٦- ١٠. الرسوم والضرائب لتحقيق عائدات لصالح نظام التأمين الصحي الشامل

- ٧٥ قرشاً من قيمة كل علبه سجائر مباعه في السوق المحليه، سواء كانت محليه أو أجنبية الإنتاج، على أن تتم زيادتها كل ثلاث سنوات بقيمة خمسة وعشرين قرشاً أخرى حتى تصل إلى جنيه ونصف الجنيه
- ١٠٪ من قيمة كل وحدة مباعه من مشتقات التبغ غير السجائر
- جنيه واحد على كل سيارة مقابل استخدام الطرق العامة
- ٢٠ جنيهاً سنوياً عند استخراج رخصة القيادة أو تجديدها
- ٥٠ جنيهاً عند استخراج رخصة تسيير السيارات التي تقل سعتها اللترية عن ١,٦ لتر أو تجديدها
- ١٥٠ جنيهاً عند استخراج رخصة تسيير السيارات التي تزيد سعتها اللترية عن ١,٦ لتر وتقل عن لترين، أو تجديدها
- ٣٠٠ جنيه عند استخراج أو تجديد رخصة تسيير السيارات التي تبلغ سعتها اللترية لترين أو أكثر
- ١٠٠٠ إلى ١٥٠٠ جنيه عند تعاقد العيادات الطبية ومراكز العلاج والصيدليات وشركات الأدوية مع نظام التأمين الصحي الشامل
- ١٠٠٠ جنيه عن كل سرير عند استخراج تراخيص المستشفيات والمراكز الطبية
- ضريبة المساهمة التكافلية بواقع ٢ في الألف من إجمالي إيرادات المنشآت الفردية والشركات، أيأ كانت طبيعتها أو نشاط عملها أو النظام القانوني الخاضعة له، والهيئات العامة الاقتصادية
- ٥٠٪ من الإيرادات المحصّلة عن لوائح تنمية الموارد الذاتية للمنشآت الصحية العامة
- طابع دمغة بفترة ٥ جنيهات على الطلبات المقدّمة إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
- عوائد استثمارات الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل
- مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بخلاف ما يتضمنه قانون التأمين الصحي الشامل
- المنح الخارجية والداخلية والقروض التي تعقدها الحكومة لصالح الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل
- الهبات والإعانات والتبرعات والوصايا التي يقبلها مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل

المصدر: وثيقة السياسات الخاصة بقانون التأمين الصحي الشامل.

١٢٤. تم تحديد بعض التحديات بالفعل، ويمكن تلخيصها على النحو التالي:

- كما هو الحال في جميع الإصلاحات الكبرى في نظام التأمين الصحي الاجتماعي على مستوى العالم، توجد العديد من التحديات الملحوظة أو المتوقعة التي يجب على نظام التأمين الصحي الشامل التغلب عليها.^{٧٥} استناداً إلى تحليل وثائق سياسات نظام التأمين الصحي الشامل، ومرحلة التنفيذ الأولى، والتجارب العالمية، يمكن تحديد التحديات والتوصيات المحتملة فيما يلي:
- قد تؤدي زيادة وتيرة تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل إلى حدوث حالات عجز مالي. ويرجع ذلك إلى أن إدخال محافظات جديدة في النظام لن يؤدي إلا إلى زيادات طفيفة في تحصيل الاشتراكات، في حين من المتوقع أن تزداد النفقات بسبب المطالبات الطبية الجديدة الناتجة عن هذا التوسع. وفي الوقت نفسه، تم بالفعل تعظيم الإيرادات الضريبية بسبب فرضها على المستوى

^{٧٥} نظام التأمين الصحي الشامل في مرحلة مبكرة جداً. وعندما تصحح البيانات متاحة، يجب إجراء تقييم لسير العمل وتقييم الأثر من أجل تقييم أفضل للتقدم المحرز في تنفيذ هذا النظام والتحديات التي تواجهه والآثار المترتبة عليه. ولدى البنك الدولي برنامج مستمر للمساعدة الفنية لدعم التحليلات المتعمقة المتنوعة لنظام التأمين الصحي الشامل، وتقديم أفضل الممارسات العالمية بشأن تنفيذه، بالإضافة إلى دعم مختلف جوانبه التشغيلية. وعلى وجه التحديد، تشمل مجالات المساعدة الفنية ما يلي: (١) دعم إجراء تقييم لسير عمل نظام التأمين الصحي الشامل، (٢) دعم تحديث تكلفة نظام التأمين الصحي الشامل والدراسة الاكتوارية، (٣) دعم وضع مؤشرات أداء رئيسية لنظام التأمين الصحي الشامل وإطار المتابعة والتقييم الخاص بالهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، (٤) دعم تطوير أساليب العمل، والهيكلة التنظيمية، وقاموس البيانات لنظام التأمين الصحي الشامل، و(٥) تنظيم ندوات عالمية لتبادل المعرفة بشأن مختلف مواضيع نظام التأمين الصحي الشامل وإتاحة الفرصة لوضعي السياسات ومنفذي نظام التأمين الصحي الشامل من البلدان ذات الخبرات الجيدة لتبادل ممارساتهم.

الوطني منذ بداية تنفيذ النظام. وسيؤدي ذلك إلى ظهور أرصدة سلبية مع كل محافظة يتم إدخالها في النظام، ويتسبب في استنفاد الاحتياطيّات المتركمة حتى الآن.

- **تسجيل العاملين في القطاع غير الرسمي:** غالباً ما تواجه أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي تحديات في تسجيل المواطنين غير الفقراء العاملين في قطاع الأعمال غير الرسمي. يتطلب تسجيل هذه الفئة من المستفيدين ضريبة قوية على الدخل، ونظام ضمان اجتماعي يمكن من خلاله تحصيل الاشتراكات، وهو أمر يصعب تتبعه وتنفيذه في الوقت الحالي. انظر الإطار ٦-١١ الذي يوضح تجربة البلدان الأخرى في تسجيل العاملين في القطاع غير الرسمي في نظام التأمين الصحي الشامل.
- **تعبئة الإيرادات:** على الرغم من تنوع مصادر الإيرادات في تصميم نظام التأمين الصحي الشامل، يجب تقييم القدرة على تحقيق الإيرادات باستخدام بيانات التنفيذ، ويتعين النظر في توفير مصادر أكثر تنوعاً للإيرادات على المدى الطويل. وتجب الإشارة إلى أن ضريبة المساهمة التكافلية تجعل الشركات الصغيرة تتحمل تكلفة إضافية، وقد تواجه مقاومة شرسة من مجتمع الأعمال. على المدى الأطول، يمكن النظر في تحسين عمليتي تحقيق عائدات ضريبية وتحصيلها، وإدخال قواعد ضريبية جديدة مثل فرض ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر والسلع غير الصحية من أجل تعزيز استدامة المالية العامة.

الإطار ٦-١١. تسجيل المستفيدين العاملين في القطاع غير الرسمي - تجارب من بلدان مختارة

البلد	الإستراتيجيات
كوريا	<ul style="list-style-type: none"> • قانون التأمين الصحي الوطني الذي يغطي جميع المواطنين من غير استثناء • نهج تدريجي لتسجيل الأشخاص الأكثر تقبلاً للنظام أولاً، وإظهار مزايا نظام التأمين الصحي الاجتماعي للجمهور المستهدف
الصين	<ul style="list-style-type: none"> • دعم حكومي جزئي للاشتراكات لخفض تكلفة التسجيل • عند تصميم حزمة المزايا، يتم إدراج الخدمات التي يمكن أن تحقق فوائد فورية للأشخاص المسجلين (على سبيل المثال، يجب تغطية بعض الحالات واسعة الانتشار)، بدلاً من تقديم مزايا متأخرة، حتى يشعر المشتركون بفائدة النظام فور التسجيل • جعل حزمة المزايا جذابة عن طريق التصدي للمخاوف الرئيسية التي تساور الجمهور بشأن المخاطر المالية • حملة ضخمة للتوعية بالنظام
الهند	<ul style="list-style-type: none"> • تحديد المستفيدين المستحقين واستهدافهم عن طريق التعداد • هوية رقمية فريدة لكل شخص للمساعدة في استهداف الأشخاص المستفيدين • نظام مستحقات مدعوم من الموازنة الحكومية - لا يتحمل المستفيدون المستحقون أي اشتراكات أو مدفوعات مشتركة

المصدر: سلسلة ندوات عبر الإنترنت بين البنك الدولي، ووزارة المالية لتبادل المعرفة العالمية بشأن نظام التأمين الصحي الشامل

١٢٥. إصلاحات مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي في الهيئة العامة للرعاية الصحية:

- **تعزيز القدرة الإدارية لدى مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي وضمان توافر بيئة تنظيمية مرنة لهم:** غالباً ما يقترن تنفيذ التغطية الصحية الشاملة بتوسيع قدرات جانب العرض من أجل تلبية الطلب المتزايد على الرعاية الصحية. ويجب على المنشآت الصحية الحكومية تحسين قدراتها الإدارية حتى تعمل بفعالية في إطار عمليات الشراء الإستراتيجي للخدمات التي تنفذها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل. على سبيل المثال، يتطلب التحول عن موازنة البنود إلى نظام الشراء الإستراتيجي للخدمات أن يتمتع مقدمو الخدمات من القطاع الحكومي بالقدرة على الإدارة المالية، والتخطيط، وإعداد الفواتير، وإدارة الموارد (الموارد البشرية، والأسرة، والمعدات، والأدوية)، وإدارة الأداء السريري، ونظام تكنولوجيا المعلومات، والتعاقدات، والمشتريات، التي قد تكون متوافرة حالياً في العديد من المنشآت الصحية الحكومية، أو ربما لا تكون متوافرة فيها. بالإضافة إلى تعزيز القدرات الإدارية، يحتاج مقدمو الخدمات من القطاع الحكومي أيضاً قدرأ كبيراً من المرونة التنظيمية والاستقلالية التي تتيح لهم إعادة توزيع الموارد (مثل إغلاق الأجنحة غير المستخدمة أو تحويلها إلى استخدام آخر، أو إعادة توزيع الموارد البشرية في مجال الصحة أو إعادة توزيع المهام، وتعديل نظام شراء الأدوية والسلع، ودفع مكافآت أداء للعاملين) من أجل تعظيم المخرجات وتقليل الإهدار في المنشآت الصحية.

على الرغم من ذلك، تتبع المنشآت الصحية الحكومية قواعد الإدارة المالية التي تضعها الحكومة، في حين يتعين الالتزام في رواتب العاملين بجدول رواتب موظفي القطاع الحكومي بغض النظر عن مستوى الأداء. ومن ثم، ستكون هناك حاجة إلى مزيد من المرونة لتمكين تلك المنشآت من تحقيق التشغيل الكفؤ، وجني ثمار الإصلاحات، وتحقيق الاستدامة المالية - باستخدام الإيرادات التي يحققها نظام التأمين الصحي الشامل من أجل الحفاظ على استمرار عمليات التشغيل.

- **الارتقاء بمستوى الجودة السريرية بدافع من المنافسة من القطاع الخاص:** في إطار نظام التأمين الصحي الشامل، سيتم التعاقد مع مقدمي الخدمات من القطاعين الحكومي والخاص باستخدام جدول رسوم موحد وعقود مماثلة مربوطة بالمرجات. وسيلبي مقدمو الخدمات من القطاعين احتياجات السكان للرعاية الصحية. ومن المتوقع أن تؤدي المنافسة الصحية بين مقدمي الخدمات من القطاعين الخاص والعام إلى تحسين جودة الرعاية السريرية في المنشآت الحكومية، لا سيما في المجالات التي للقطاع الخاص الغلبة فيها بالفعل. وقد يؤدي تفضيل المرضى للقطاع الخاص إلى مزاحمة المنشآت الحكومية. ومع ذلك، من المهم أن تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل والهيئة العامة للرعاية الصحية بفرض معايير الجودة الأساسية ومواصلة متابعة الالتزام بالجودة في خدمات الرعاية متابعة وثيقة من خلال المراجعات الطبية في المؤسسات الحكومية والخاصة المشاركة في النظام.

- **الاستثمار في جانب العرض للارتقاء بقدرات مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي:** يتطلب تحسين القدرات السريرية والإدارية للمنشآت الصحية الحكومية تحديث البنية التحتية (بما في ذلك نظام تكنولوجيا المعلومات) وبناء القدرات. وعادة ما لا يتم إدراج هذه التكاليف في أسعار الخدمات الصحية، ولا تتم تغطيتها بموجب عقد الشراء الإستراتيجي للخدمات. لقد استثمرت الحكومة المصرية بالفعل بكثافة في مرافق الصحة العامة بموجب الفصل السادس من الموازنة، لكن ستظل هناك حاجة إلى استثمارات حكومية مباشرة كبيرة لتحسين مستوى البنية التحتية الخاصة بمقدمي الخدمات من القطاع الحكومي وزيادة قدراتهم.

١٢٦. إشراك مقدمي الخدمات من القطاع الخاص:

- **التخطيط الرئيسي، والتكامل والتنافس بين القطاعين الحكومي والخاص:** يُعد مقدمو الخدمات من القطاع الخاص أطرافاً فاعلة مهمة في النظام الصحي المصري، لا سيما في مجال الرعاية المتخصصة لمرضى العيادات الخارجية ورعاية مرضى الأقسام الداخلية في المستشفيات. ومع ذلك، قد توجد مزاحمة لمقدمي الخدمات من القطاع الحكومي في حالات التخصصات التي يفضل فيها المرضى بشدة التعامل مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص. وبينما ينصب التركيز في تخطيط القدرات حالياً على القطاع الحكومي، فإن تخطيط قدرات النظام الصحي في المستقبل (من أجل المستشفيات، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، والعيادات، والأسرة، والموارد البشرية، والخدمات المتخصصة، وما إلى ذلك) يجب أن يتبع نهج التخطيط الرئيسي الشامل الذي يأخذ في الاعتبار قدرة القطاعين الحكومي والخاص على تقديم الخدمات، وتشجع المنافسة الصحية والتكامل بينهما. والأهم من ذلك أن هذا الأمر سيضمن قدرة جميع السكان على الحصول على الخدمات الصحية على نحو كافٍ في إطار نظام الرعاية الصحية الشاملة، بغض النظر عن المكان الذي يوجدون فيه، وسيساعد على سد الفجوات الحالية في مزيج المهارات التي يتمتع بها مقدمو الخدمات الصحية والتوزيع الجغرافي.

- **حوافز لتشجيع القطاع الخاص على المشاركة:** يواجه العديد من أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي في جميع أنحاء العالم تحديات في إشراك مقدمي الخدمات من القطاع الخاص إذا كانت أسعار استرداد تكلفة الخدمات الصحية أقل كثيراً من تكلفة تقديم تلك الخدمات. وعندما يكون السعر المحدد متديناً، فقد يخرج مقدمو الخدمات من القطاع الخاص من النظام، مما يلحق الضرر بشبكة مقدمي الخدمات. من ناحية أخرى، إذا كان السعر المحدد مرتفعاً للغاية، فسيجد طلب على الخدمات يدفعه المورد، وإنفاق غير ضروري على الصحة. ومن هذا المنطلق، يجب أن تستند المشاركة مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص إلى أبحاث السوق، وفهم سلوكيات مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، مع الاستفادة من القوة التفاوضية التي تتمتع بها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بصفتها أكبر جهة منفردة تتحمل تكاليف الرعاية الصحية في مصر. بالإضافة إلى ذلك، يُعد سداد مستحقات مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في الموعد المحدد أمراً بالغ الأهمية أيضاً لتشجيع مشاركة هذا القطاع.

الجدول 6-6. تحليل التحديات المتوقعة في تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل، والتوصيات

الوظائف الأساسية التي يضطلع بها نظام التأمين الصحي الشامل	أهداف النظام	التحديات المتوقعة في تنفيذ النظام	التوصيات
تحقيق إيرادات	تحقيق إيرادات من مصادر متعددة لصالح جميع السكان	<ul style="list-style-type: none"> • تحصيل الاشتراكات من غير الفقراء العاملين في القطاع غير الرسمي الذين يتعذر ضمهم إلى النظام الضريبي أو يصعب على وزارة التضامن الاجتماعي إدراجهم في نظام الضمان الاجتماعي • مقاومة مجتمع الأعمال دفع ضريبة المساهمة التكافلية لا سيما في أثناء جائحة فيروس كورونا • عدم اليقين بشأن استدامة المالية العامة 	<ul style="list-style-type: none"> • تحسين عملية استهداف المستفيدين لتوجيه إلى الأشخاص غير الفقراء العاملين في القطاع غير الرسمي، والنظر في القيود المالية والقيود التي تتعلق بالمعاملات والمعلومات التي تحول دون قيام هذه الفئة بالتسجيل في نظام التأمين الصحي الشامل • التفكير في آلية تمويل بديلة عن طريق الضرائب العامة أو المحددة (مثل الضريبة على المشروعات المحلاة بالسكر) التي يمكن توجيهها من خلال الإيرادات الحكومية العامة وموازنة الصحة • المتابعة الوثيقة للتأثير غير المرغوب فيه لضريبة المساهمة التكافلية على مجتمع الأعمال • تكرار إجراء الدراسة الاكتوارية بانتظام باستخدام بيانات التنفيذ الحقيقية كما هو مطلوب بموجب البند 44 من قانون التأمين الصحي الشامل.
المشاركة الجماعية في تحمل المخاطر بشكل فردي تحمل المخاطر	إعادة التوزيع التصاعدي - الفقراء يوفرون الدعم للأغنياء، في حين تدعم المحافظات الأقل نمواً المحافظات الأكثر تقدماً، نظراً إلى توافر الخدمات بشكل أفضل واستخدامها على نحو أكبر في المحافظات الأكثر ثراءً.	<ul style="list-style-type: none"> • إعادة التوزيع التصاعدي - الفقراء يوفرون الدعم للأغنياء، في حين تدعم المحافظات الأقل نمواً المحافظات الأكثر تقدماً، نظراً إلى توافر الخدمات بشكل أفضل واستخدامها على نحو أكبر في المحافظات الأكثر ثراءً. 	<ul style="list-style-type: none"> • مع بدء تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل، يجب تنفيذ متابعة وثيقة لأوجه التباين، سواء بين المناطق أو المتعلقة بالدخل، في القدرة على تقديم الخدمات واستخدامها • تعزيز القدرة على جانب العرض، لا سيما في المناطق التي تفقر إلى القدر الكافي من التنمية، لضمان قدرة القطاعين الحكومي والخاص على تقديم الخدمات
الشراء الإستراتيجي للخدمات	<ul style="list-style-type: none"> • حزمة مزاي واضحة وفعالة من حيث التكلفة • طرق الدفع الكفو لمقدمي الخدمات (الأجر على الفرد، أو الرسوم مقابل الخدمة، أو البديل اليومي، أو الدفع على أساس الأداء) • الشراء الإستراتيجي للخدمات مع استخدام مقدمي الخدمات من 	<ul style="list-style-type: none"> • حزمة المزايا الحالية واسعة النطاق للغاية وسخية (قائمة سلبية)، وقد تؤدي مثل هذه الحزم التي تستند إلى التجارب العالمية إلى وجود قوائم انتظار طويلة، وتغطية لخدمات منخفضة القيمة، وارتفاع النفقات. • تخطط الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل لاستخدام مزيج من طرق الدفع لمقدمي الخدمات على أساس النواتج. ومع ذلك، فإن المنشآت الصحية الحكومية التابعة للهيئة العامة للرعاية الصحية تعتمد حالياً على موازنة البنود الحكومية ولديها مرونة محدودة لتعديل الموارد بصفة عاجلة (الموارد البشرية، والأسرة، وما إلى ذلك). وعندما لا تكفي إيرادات المنشآت الصحية الحكومية التي تتحقق من نظام التأمين الصحي الشامل لتغطية نفقات التشغيل، فقد تتعرض تلك المنشآت، بل والحكومة أيضاً، لمخاطر مالية. 	<ul style="list-style-type: none"> • في عملية التحسين المستمر لحزمة المزايا، يجب النظر في تقديم حزمة مزايا واضحة، مع آليات لاختيار الخدمات على أساس القيمة والاحتياجات المتزايدة. يمكن أيضاً إضافة نهج تقييم تكنولوجيا الرعاية الصحية إلى مراجعة حزمة المزايا. • يجب أن تدعم الهيئة العامة للرعاية الصحية كل منشأة في عملية التحول وفي التخطيط المالي وتخطيط الموارد، وتحسين عملية تخصيص موارد المنشأة، وإدارته (إدارة الموارد البشرية، والتمويل، والإدارة السريرية، والتعاقدات، وما إلى ذلك)، وعمليات تشغيله في إطار نموذج الشراء الإستراتيجي للخدمات. يتمثل الهدف على المدى الطويل في تحقيق الاكتفاء الذاتي المالي عن طريق رسوم الخدمة من الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والارتقاء بمستوى جودة الرعاية الصحية. • في أثناء عملية التحول، عندما تتلقى المنشآت الصحية الحكومية مطالبات الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل الخاصة بالخدمات والموازنة

<p>الحكومية، فإنه يجب متابعة الإنفاق العام ومراقبته عن كثب. يجب أيضاً دعم هذه المنشآت لمواجهة المخاطر المالية.</p> <p>• يجب متابعة تقديم الخدمات واستخدامها في إطار كل طريقة دفع لمقدم الخدمات من أجل تقييم التأثيرات وأي تداعيات غير مقصودة (الطلب الذي يدفعه المورد، أو انخفاض حجم الاستخدام، أو الإفراط في الاستخدام، وما إلى ذلك). يمكن إجراء التحسينات في المستقبل استناداً إلى تقييم البيانات التي تم جمعها في مرحلة مبكرة من التنفيذ.</p>	<p>استناداً إلى التجارب العالمية، من السهل إدارة طريقة الأجر على الفرد في الرعاية الأولية، ولكنها قد لا تؤدي إلى توفير خدمات الرعاية الأولية واستخدامها بشكل فعال ما لم يرتبط الدفع بمستوى الأداء المطلوب. تتطوي طريقة دفع الرسوم أو الدفع مقابل الخدمة للحصول على الرعاية داخل المستشفيات على مخاطر الطلب الذي يدفعه المورد.</p>	<p>القطاعين الحكومي والخاص جدولاً موحداً للرسوم</p>
<p>• من أجل التعاقد بشكل فعال مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، تُعد الاستشارات المكثفة وأبحاث السوق مفيدة لفهم قدرتهم على تقديم الخدمات، والتكلفة، والاستعداد لقبول التعاقد وفقاً للجدول الموحد للرسوم الذي يضعه نظام التأمين الصحي الشامل.</p>	<p>• بسبب الاختلاف في تكاليف الخدمة وأسعار السوق في القطاعين الحكومي والخاص، قد يكون من الصعب التعاقد على وجه السرعة مع شبكة كبيرة من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص باستخدام جدول موحد للرسوم. استناداً إلى التجارب العالمية، تتخض مشاركة مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في الخدمات منخفضة الربح، في حين قد يزلح القطاع الخاص مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي في المناطق التي يرتفع فيها هامش الربح.</p>	
<p>استكشاف جدوى منح تراخيص لمقدمي الخدمات المؤهلين من القطاع الخاص لتوفير الرعاية الأولية من أجل تعزيز تقديم خدمات عالية الجودة.</p> <p>ثمة حاجة إلى التخطيط الرئيسي للخدمات للنظر في قدرة المنشآت الصحية الحكومية والخاصة على تقديم الخدمات، وذلك للاسترشاد به في تنفيذ استثمارات القطاع الحكومي في المستقبل وسياسات منح التراخيص للقطاع الخاص في إطار نظام التأمين الصحي الشامل.</p> <p>تدعيم قدرة القطاع الحكومي على تقديم الخدمات والارتقاء بجودتها، من أجل تلبية الطلب المتزايد على الرعاية الصحية نتيجة تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل. نظراً إلى أن الاستثمار الرأسمالي غير مدرج في رسوم الخدمة التي يسدها نظام التأمين الصحي الشامل، فقد يتطلب الاستثمار الرأسمالي الذي يهدف إلى تحسين الجودة والاستمرار في ضخ استثمارات حكومية إضافية.</p>	<p>• بموجب قواعد الترخيص، يقتصر تقديم الرعاية الأولية على مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي، ولا يحق لأي جهة بخلاف مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي تسجيل المستفيدين من نظام التأمين الصحي الشامل لدى أحد أطباء الرعاية الأولية، مما يحد من الاختيار بين مقدمي الخدمات، وقد يواجه مقاومة من الجمهور.</p> <p>• فيما يتعلق ببعض خدمات الرعاية المتخصصة، قد يكون هناك تفضيل لمقدمي الخدمات من القطاع الخاص، وتراجع الاستعانة بمقدمي الخدمات من القطاع الحكومي، مما يؤدي إلى احتمال وجود قدرات غير مستغلة لدى القطاع الحكومي ومزاحمته في تقديم الخدمات.</p> <p>• توجد أوجه تفاوت في القدرة على تقديم الخدمات وجودتها على مستوى المناطق. تتمتع المناطق الأكثر ثراءً والمناطق الحضرية بموارد أكثر للخدمات الصحية، ويتاح لها مستوى أفضل من الخدمات. إذا استمرت الفجوة في القدرة على تقديم الخدمات، فقد يميل نظام التأمين الصحي الشامل لصالح المناطق الأكثر ثراءً والمناطق الحضرية، مما يثير مخاوف بشأن تحقيق العدالة.</p>	<p>• تقديم الخدمات</p> <p>• تدعيم وظيفة التدقيق في الرعاية الأولية في القطاع الحكومي، وإنشاء نظام ثنائي الاتجاه للتحويلات الطبية بين الرعاية الأولية، والرعاية المتخصصة والرعاية في المستشفيات</p> <p>• تدعيم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المنشآت الصحية الحكومية</p> <p>• ضمان تقديم خدمات عالية الجودة في جميع المحافظات بطريقة عادلة</p>
<p>• يمكن أن تفكر الهيئة المصرية للشراء الموحد والإمداد والتموين الطبي في اتباع نهج المركزية في عمليات المشتريات والتفاوض على أسعار المعدات عالية القيمة والأدوية والمستلزمات المستخدمة بشكل متكرر للحصول على أعلى جودة بأفضل سعر. يجب، بمرور الوقت، بناء القدرة على تقييم تكنولوجيا الرعاية الصحية والقدرة على تنفيذ المشتريات على أساس الحجم.</p>	<p>• سيتطلب تقدير الطلب الوارد من جميع المنشآت الصحية الحكومية، وإجراء عمليات شراء الأدوية والمعدات الطبية والمستلزمات وتوزيعها نظاماً شاملاً يدعمه نظام تكنولوجيا المعلومات ولجنة تخطيط وسلسلة توريد تعمل بكفاءة، وهو ما يستغرق وقتاً لتنفيذه داخل الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل.</p>	<p>• المشتريات</p> <p>• عملية مركزية للمشتريات لاكتساب قدرة تفاوضية أكبر والحصول على أسعار أفضل بموجب عقود على أساس حجم المشتريات</p>

المصدر: تحليل فريق عمل البنك الدولي

هـ. فيروس كورونا وتأثيره على تمويل خدمات الرعاية الصحية

لمواجهة أزمة فيروس كورونا، زادت الحكومة موازنة الصحة للسيطرة على الجائحة، بما في ذلك الإنفاق على حملات التطعيم. مع طول أمد الجائحة وإطلاق نظام التأمين الصحي الشامل، من المتوقع، بل ومن اللازم، زيادة حجم الإنفاق الحكومي على الصحة.

١٢٧. خصصت الحكومة المصرية تمويلاً لمكافحة فيروس كورونا وتوفير التطعيمات، لكن بدء تنفيذ حملة التطعيم كان بطيئاً إلى حد ما. في السنة المالية ٢٠٢٠، أنفقت الحكومة ما مجموعه ٢,٨ مليار جنيه على مكافحة فيروس كورونا، أي ما يعادل ٠,٠٥٪ من الناتج المحلي الإجمالي (الجدول ٦-٧). وفي السنة المالية ٢٠٢٠-٢٠٢١، تم تخصيص ٩,٣ مليارات جنيه أخرى لمكافحة الفيروس (ما يعادل ٠,١٤٦٪ من الناتج المحلي الإجمالي)، من بينها ٢,٤ مليار جنيه لحملات التطعيم (الجدول ٦-٧). بالإضافة إلى ذلك، تلقت الحكومة تبرعات بلغت ٠,٩ مليار جنيه، وقروضاً ومنحاً بلغت قيمتها ٠,٣ مليار جنيه. كان الجزء الأكبر من الإنفاق الحكومي على مكافحة فيروس كورونا موجهاً إلى السلع والخدمات (٣٩٪) والأصول (٢٤,٢٪) وأجور العاملين في القطاع الصحي (١٥,٧٪) (الجدول ٦-٨). وشكلت منح الدعم ومزايا الرعاية الاجتماعية النسبة المتبقية (١١,٢٪). وحتى ١٣ يناير/كانون الثاني ٢٠٢١، كان ٢٥٪ من سكان مصر قد تلقوا جميع جرعات التطعيم ضد فيروس كورونا، في حين تلقى ١٠٪ آخرون جرعة واحدة. على الرغم من أن معدل التطعيم أعلى قليلاً من المتوسط في أفريقيا، فلا يزال أقل بكثير من المتوسط العالمي. التطعيم هو استراتيجية موصى بها عالمياً، ومع وجود تغطية عالية للقاح، خففت العديد من البلدان من تدابيرها للسيطرة على فيروس كورونا (مثل القيود على السفر، وإغلاق المدارس وغيرها) لاستعادة الأنشطة العادية. لذلك، فإن تسريع نشر التطعيم يساعد في استعادة الأنشطة التجارية والاجتماعية..

١٢٨. على الرغم من انخفاض النمو الاقتصادي والقيود على الموازنة، زاد الإنفاق على الصحة في أثناء جائحة فيروس كورونا بفضل إعادة ترتيب أولويات الصحة. انخفض النمو الاقتصادي من ٣,٦٪ في السنة المالية ٢٠١٩-٢٠٢٠ إلى ٣,٣٪ في السنة المالية ٢٠٢٠-٢٠٢١ (١ يوليو/تموز ٢٠٢٠ - ٣٠ يونيو/حزيران ٢٠٢١)، بسبب التأثير المستمر لأزمة فيروس كورونا. على الرغم من محدودية الحيز المالي في المالية العامة، شهد الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية زيادة كبيرة في السنة المالية ٢٠٢٠-٢٠٢١. مع طول أمد تأثيرات أزمة فيروس كورونا، وإطلاق نظام التأمين الصحي الشامل، من المتوقع، بل ومن اللازم، زيادة حجم الإنفاق الحكومي على الصحة.

١٢٩. في ظل الآثار المدمرة التي أحدثتها أزمة فيروس كورونا، يُعد الارتقاء بمستوى نظام الرعاية الصحية على نطاق واسع أولوية في مصر، مما يوفر بيئة مناسبة لتنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل. والفرصة سانحة للإبقاء على الزخم الذي أحدثته بدء تنفيذ النظام في بورسعيد، وزيادة وتيرة التوسع في محافظات المرحلة الأولى، مع الإعداد، في الوقت نفسه، لتنفيذ المرحلة. بالإضافة إلى ذلك، فإن تحسين قدرة جانب العرض لمكافحة فيروس كورونا يؤدي أيضاً إلى بعض التحسن في قدرة مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي.

الجدول ٦-٧. الإنفاق الحكومي على مكافحة فيروس كورونا، بالمليار جنيه

السنة المالية	
٢٠٢٠-٢٠١٩	السنة المالية ٢٠٢٠-٢٠٢١
٢,٨	٧
٠	٢,٤
٢,٨	٩,٣
مكافحة فيروس كورونا	
التطعيم ضد فيروس كورونا	
الإجمالي	

المصدر: وزارة الصحة والسكان

الجدول ٦- ٨. الإنفاق على مكافحة فيروس كورونا وحملات التطعيم
حسب مصادر التمويل وفئة الإنفاق (السنة المالية ٢٠٢٠-٢٠٢١)

المصدر	فئة الإنفاق	الإنفاق (بالمليار جنيه)	% من الإنفاق
	أجور وتعويضات العاملين في القطاع الصحي	١,٤٧٠	١٥,٧%
موازنة الحكومة ومواردها الخاصة	شراء السلع والخدمات	٣,٦٠٩	٣٨,٦%
	منح الدعم ومزايا الرعاية الاجتماعية	١,٠٤٨	١١,٢%
	أخرى	٠,٠٠١	٠%
	شراء الأصول غير المالية	٢,٢٦٥	٢٤,٢%
التبرعات		٠,٩٢١	٩,٩%
المنح والقروض		٠,٠٢٨	٠,٣%
الإجمالي		٩,٣٤٣	١٠٠%

المصدر: وزارة الصحة والسكان.

و. ملخص النتائج الرئيسية والطريق إلى المستقبل

١٣٠. عبء المرض والنواتج الصحية: رغم التحسُّن الهائل الذي تحقق في العديد من نواتج صحة الأمهات والأطفال والزيادة السريعة في متوسط العمر المتوقع، فلا تزال مصر تعاني من عبء كبير بسبب حالات التقرُّم والعبء المتزايد الناجم عن الأمراض غير السارية وزيادة انتشار عوامل الخطر مثل أمراض السكر وارتفاع ضغط الدم والسمنة، بالإضافة إلى التحديات المرتبطة بالنمو السكاني السريع.

١٣١. الإنفاق الحكومي على الصحة: الإنفاق الحكومي على الصحة في الوقت الحالي غير كافٍ وغير فعال، ومن ثم، لا يؤدي إلى تحقيق النواتج الصحية المرجوة. ظل الإنفاق الحكومي الأقل من التصنيف الوظيفي للصحة ثابتاً عند ١,٥% من الناتج المحلي الإجمالي على مدار السنوات الخمس الماضية، وانخفض بالقيمة الحقيقية منذ عام ٢٠١٧. رغم إعطاء الأولوية للرعاية الأولية، فلم تؤدِ الاستثمارات في هذا المجال إلى زيادة استخدام منشآت الرعاية الأولية. ويُظهر ذلك أن الاستثمار في البنية التحتية لم يؤدِ مباشرةً إلى رفع جودة الخدمات. ساهم انخفاض الإنفاق الحكومي على العاملين بقطاع الصحة مع تدني رواتبهم في فقدان الموارد البشرية في القطاع العام وبالتالي تدني جودة المنشآت الحكومية. ورغم انخفاض الإنفاق على خدمات الوقاية نسبياً، فإن العديد من البرامج الصحية الكبيرة التي أطلقتها الحكومة مؤخراً في إطار حملة "١٠٠ مليون صحة" كانت لها فوائد صحية إيجابية للغاية وحققَت عائداً جيداً على الاستثمار. بالإضافة إلى ذلك، لا يوجد اهتمام كافٍ للإنفاق العام على معالجة المخاوف الصحية الرئيسية، مثل سوء التغذية، وتنظيم الأسرة، والأمراض غير السارية.

١٣٢. طرق إعداد الموازنة: لا ترتبط موازنة البنود الحالية بمستوى أداء واضح ولا توفر المرونة الكافية أو الحوافز المالية للأداء في المنشآت الصحية الحكومية. ومن اللازم التحول عن موازنة البنود إلى البدائل المتاحة، مثل الموازنات الشائعة الاستخدام على مستوى العالم؛ أي الموازنة القائمة على البرامج من أجل برامج الصحة العامة التي تُدار مركزياً، والموازنة الشاملة للمستشفيات الحكومية، والموازنة القائمة على أساس الأجر على الفرد في خدمات الرعاية الأولية. بالإضافة إلى ذلك، تُعد أهداف الأداء، ومتابعته وربطه بالمدفوعات أموراً بالغة الأهمية لضمان جودة الرعاية والكفاءة.

١٣٣. مدفوعات الإنفاق الشخصي والعبء المالي: ما زالت مدفوعات الإنفاق الشخصي هي المصدر الرئيسي للتمويل، حيث تمثل ٦٢% من الإنفاق الجاري على الصحة. ويتحمَّل أكثر من ٣٠% من الأسر إنفاقاً باهظاً على الصحة، ويؤدي هذا الأمر إلى دفع ٧% من السكان تحت خط الفقر. ويتم إنفاق ٦٢% من مدفوعات الإنفاق الشخصي على الأدوية ومنتجات الرعاية الصحية.

١٣٤. موارد الرعاية الصحية: يفترق توزيع موارد الرعاية الصحية في القطاع الحكومي في مصر إلى الفعلية والعدالة. يعاني القطاع الصحي من عدم التوافق في مهارات الموارد البشرية مع المهارات المطلوبة (زيادة عدد الصيادلة وأطباء الأسنان)، ونقص أعداد العاملين في المناطق

النائية والمناطق التي تقتصر إلى القدر الكافي من التنمية، ووجود طاقات غير مستغلة في وحدات الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات. وتوجد الأسر الأقل قدرة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية في محافظات الصعيد التي تعاني من ارتفاع معدلات الفقر وتدني نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة مقارنة بالمحافظات الأخرى.

١٣٥. **الخدمات الصحية:** يستخدم ٣٠٪ من المصريين الصيدليات الخاصة كخيار مفضل لتلقي العلاج، ويفضل معظمهم الحصول على الرعاية في المنشآت الصحية الخاصة. ويثير ذلك مخاوف بشأن جودة الرعاية في المنشآت الحكومية. في الوقت الحاضر، يتطور القطاع الخاص بدون لوائح تنظيمية رئيسية لمواءمة أهداف الصحة العامة والإسهام في تحقيقها.

١٣٦. **فيروس كورونا:** كانت هناك تعبئة سريعة للتمويل الحكومي لمكافحة فيروس كورونا وتنفيذ حملات التطعيم. مع ذلك، فإن التقدم في حملات التطعيم لا يزال بطيئاً. بحلول ١٧ يناير/كانون الثاني ٢٠٢٢، كان ٢٩٪ فقط من سكان مصر قد تلقوا جميع جرعات التطعيم ضد فيروس كورونا، في حين تلقى ١٦٪ آخرون الجرعة الأولى من التطعيم. ويعوق بطء حملة التطعيم تعافي الاقتصاد المصري.

١٣٧. **نظام التأمين الصحي الشامل:** يمثل الهدف من نظام التأمين الصحي الشامل في إحداث تحول في النظام الصحي في مصر من خلال توفير تغطية التأمين الصحي لجميع المواطنين، مع تقديم الحكومة دعماً كاملاً للفئات غير القادرة. ويشمل ذلك استخدام نظام الشراء الإستراتيجي للخدمات، بما في ذلك ربط المدفوعات بالمنتجات والجودة. يعتمد النظام القديم على تمويل المدخلات مثل أسرة المستشفيات، ولا يهتم ما إذا كانت تلك الأسرة مستخدمة أم لا تستخدم، كما أنها لا ترتبط بجودة الرعاية في المنشأة. في حين أن نظام التأمين الصحي الشامل يمول فقط المرافق الصحية المعتمدة ويدفع مقابل المخرجات مثل عدد مرات دخول المستشفى. من المرجح أن يؤدي هذا إلى تحسين الخدمة والجودة. لضمان استدامة المالية العامة وتحقيق نتائج جيدة، سيتعين على نظام التأمين الصحي الشامل التصدي للعديد من التحديات منها تسجيل المواطنين غير الفقراء العاملين في قطاع الأعمال غير الرسمي، وتنويع مصادر الإيرادات، وإحداث تحول في استقلالية مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي وقدراتهم وجودتهم لإعادة تصويب توجيه الموارد من أجل تعظيم النواتج وتقليل الإهدار في المنشآت الصحية، والارتقاء بجودة الرعاية، وإشراك مقدمي الخدمات من القطاع الخاص بشكل فعال.

الشكل ٦- ٥٧. تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات للنظام الصحي في مصر



المصدر: تحليل فريق عمل البنك الدولي

الطريق إلى المستقبل

١٣٨. لدعم الحكومة في تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل وإحداث تحول في قطاع الصحة في مصر، تقدم هذه المراجعة للإنفاق العام التوصيات التالية والإجراءات الواجب اتخاذها على المدى القريب والمتوسط والطويل.

الإجراءات الفورية:

١٣٩. استكشاف مصادر مبتكرة لزيادة تدفقات الإيرادات لتلبية احتياجات الرعاية الصحية المتزايدة. يستفيد نظام التأمين الصحي الشامل بالفعل من مصادر متعددة للتمويل المبتكر للرعاية الصحية. يجب إجراء / تحديث عمليات التنبؤ ووضع النماذج الاكتوارية لتحديد احتياجات التمويل المتوقعة في المستقبل. ويمكن التفكير في تحقيق مزيد من الإيرادات بطرق تتراوح ما بين فرض ضريبة على المشروبات المحلاة بالسكر (غير مخصصة)، وزيادة معدل الضريبة على منتجات التبغ، وضبط الحيز المالي، إلى جمع المزيد من الأموال لخدمات الرعاية الصحية. والجدير بالذكر أن النظام الضريبي المصري حالياً مجزأ ومعقد (انظر الفصل الأول في المجلد الأول من هذه المراجعة). لذلك، يوصى بأن تكون الضريبة على المشروبات المحلاة بالسكر غير مخصصة، وأن توجه إلى الإيرادات الحكومية العامة التي يمكن تخصيصها للصحة من خلال الموازنة. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي إعادة ترتيب أولويات قطاع الصحة (عمليات إعادة التخصيص من قطاعات أخرى)، لاسيما بالنظر إلى الأثر النسبي للصحة على تحقيق التعافي الاقتصادي والنمو بعد انتهاء الجائحة.

الإطار ٦ - ١٢. فرض ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر

تعد المشروبات المحلاة بالسكر مصدراً رئيسياً للسكر الزائد والطاقة في الأنظمة الغذائية. ثمة شواهد قوية تربط بين الإفراط في تناول السكر وهذه المشروبات ومجموعة من الآثار الضارة بالصحة، بما في ذلك السمنة، ومرض السكر من النوع الثاني، وأمراض القلب والأوعية الدموية. تختار العديد من البلدان فرض ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر كسياسة مالية من أجل الصحة، بهدف زيادة أسعار التجزئة، ورفع مستوى الوعي العام، وتحفيز استجابات الصناعة غير السعيرية، وتعبئة الإيرادات الحكومية. تدرس مصر تطبيق ضريبة قيمة نسبية بمقدار ٥٪ من قيمة المنتج النهائي للمشروبات الغازية بأنواعها سواء كانت مشروبات غازية صودا أو مشروبات غازية معطرة ومحلاة أو غير محلاة معبأة في زجاجات أو أوعية أخرى سواء كانت منتجة محلياً أو مستوردة، بحد أدنى ٢٥ قرشاً.

يُظهر التحليل الأولي أن مثل هذه الضريبة ستحقق إيرادات تصل إلى ١٣,٢ مليار جنيه في عام ٢٠٢٢، مع إضافة الضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر نحو ١,٧٪ من الإيرادات الضريبية، ومن المتوقع أن تتخفف أحجام المشروبات الخاضعة للضريبة بنسبة تصل إلى ٩٪. لن تكون هذه الضرائب تنازلية عندما تؤخذ المكاسب التي ستتحقق في الصحة والإنتاجية في الاعتبار.

١٤٠. اكتشاف طرق أكثر كفاءة لإعداد الموازنة، وإدارة الموازنة. يمكن استبدال موازنة البنود الحالية بمزيج يجمع بين الموازنة القائمة على البرامج من أجل البرامج الكبرى الموجهة للصحة العامة، والموازنة الشاملة التي تتضمن حوافز أداء للمنشآت الحكومية، وذلك لتحقيق مواءمة أفضل بين الموازنة وأهداف النظام الصحي وتحسين مستوى المرونة والكفاءة في استخدام الموازنة.

١٤١. زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة. إن عدم كفاية الإنفاق الحالي على الصحة، وسرعة النمو السكاني، وارتفاع العبء المالي بسبب الإنفاق الشخصي، وتوسيع نطاق نظام التأمين الصحي الشامل، تتطلب جميعها زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة في مصر لتعزيز استثماراتها في رأس المال البشري وجعلها تصل إلى مستويات تقارن بالبلدان الأخرى ذات الإمكانيات الاقتصادية المماثلة. وفي المرحلة المقبلة، يوجد عاملان سيمثلان ضغطاً هائلاً تتطلب إيرادات إضافية، هما:

أ) تسريع عملية تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل وما يرتبط بذلك في الإنفاق على الإدارة، ودعم اشتراكات الفقراء؛ بالإضافة إلى الاستثمار في الهيئة العامة للرعاية الصحية لتعزيز قدرات مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي.

ب) برامج الصحة العامة المتنامية التي لا تدخل ضمن نطاق نظام التأمين الصحي الشامل، التي تتصدى لأعباء صحية كبيرة، وتُعد من أولويات الحكومة المصرية: (١) جائحة فيروس كورونا التي امتدت لفترة طويلة وتسلزم مزيداً من الإنفاق على العلاج واللقاحات والتأهب لمكافحة الأمراض في حالة حدوث أي موجات في المستقبل لتجنب حالات الوفاة والصدمات للاقتصاد ككل؛ (٢) إستراتيجية سكانية متجددة مع إعادة هيكلة برنامج تنظيم الأسرة في جوهره لمواجهة معدلات النمو السكاني المرتفعة والخصائص السكانية دون المستوى الأمثل التي تعوق مصر عن الاستعادة بالميزة الديموغرافية؛ (٣) برامج الصحة العامة لمواجهة أعباء الأمراض الرئيسية، مثل مبادرات "١٠٠ مليون صحة"، و"حياة كريمة"، و"الصحة المدرسية"، وخدمات الإسعاف، وما إلى ذلك؛ (٤) خدمات التغذية الشاملة على المستوى الوطني، لا سيما للحد من التقزم وسوء التغذية في الألف يوم الأولى من حياة الأطفال؛ (٥) برامج وقائية لعدد متزايد من السكان سواء بشكل روتيني أو للتأهب لمزيد من حالات نقشي الأمراض مثل "البرنامج الوطني للتطعيم" والأنظمة الجديدة لترصد الأمراض، وما إلى ذلك.

١٤٢. تعزيز كفاءة الإنفاق الحكومي على الصحة وجودته وتحقيق العدالة فيه. يمكن أن يستفيد الإنفاق الحكومي على الصحة من زيادة كفاءة التخصيص:

أ) يمكن توسيع نطاق إنفاق وزارة الصحة والسكان على الرعاية الوقائية، خاصة على البرامج التي تُدار مركزياً. ويُعد الإنفاق الحالي على الوقاية منخفضاً نسبياً، مما سيؤدي إلى زيادة أعباء الإنفاق الطبي في ظل نظام التأمين الصحي الشامل في المستقبل. وقد ثبتت جدوى الاستثمار في تطبيق برامج الفحص الإلزامي، عن أمراض مثل سرطان البروستاتا والقولون والثدي، في الكثير من بلدان العالم. بالإضافة إلى ذلك، يمكن توسيع نطاق برامج التدبير العلاجي للأمراض غير السارية في إطار حملة "١٠٠ مليون صحة" للتصدي لعبء هذه الأمراض وتجنب حدوث مضاعفات مكلفة في المستقبل.

ب) إنفاق الهيئة العامة للرعاية الصحية على مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات يجب أن يركز على فئات الإنفاق التي يمكن أن تحسن مستوى الجودة. وقد أدى تدني سلم رواتب العاملين بالقطاع الصحي الحكومي ونقاط الضعف في إدارة سلسلة توريد المواد المستهلكة/الصيدلانية إلى الحد من جودة الخدمات رغم الاستثمارات التي تهدف إلى تحسين البنية التحتية. يلزم إجراء دراسات تشخيصية أكثر تفصيلاً للوقوف بدقة على معوقات رفع جودة خدمات الرعاية لمعالجة الاستثمارات العامة لها. بالإضافة إلى ذلك، يجب على الفور استحداث نظام جديد للأجور والمزايا غير المادية لوقف هجرة العقول من القوى العاملة في القطاع الصحي داخلياً وخارجياً.

ج) يجب أن يدعم الإنفاق الحكومي تحقيق هدف العدالة في الحصول على الخدمات الصحية، لدعم الشرائح السكانية الفقيرة والأولى بالرعاية وكذلك المناطق المحرومة مثل محافظات الصعيد. في الوقت الحالي، تستفيد المناطق غير الفقيرة والأكثر تطوراً بحصة أكبر من الاستثمارات المخصصة من موارد الموازنة. وهذا أمر مفهوم في ظل تركيز معظم خدمات الرعاية الصحية التخصصية ومن المستوى الثالث والقوى العاملة بالقطاع الصحي في المراكز الحضرية والمدن الكبرى. لذلك، يلزم اعتماد نموذج جديد لإنهاء مركزية مراكز خدمات الرعاية الصحية التخصصية ومن المستوى الثالث لتقع خارج المدن الكبرى وتنتشر في معظم المناطق الجغرافية. ويمكن تحقيق ذلك تدريجياً من خلال التراخيص الحكومية وقرارات التعليق لخدمات معينة للحد من زيادة توسعها في المدن الكبرى. ومن ناحية أخرى، يجب العمل على زيادة الاستثمارات في منشآت الرعاية الصحية الأولية في المناطق الحضرية لتعويض نقص الخدمات في هذه الفئة. ستكون تدخلات جانب العرض (مثل قرارات إعداد الموازنة) أداة قوية في إحداث تغيير في الطلب على خدمات الرعاية الصحية، ومن ثم، تحقيق المزيد من العدالة بين السكان.

د) الاستثمار في تأهب النظام الصحي واستجابته لحالات طوارئ الصحة العامة في المستقبل، مثل أي جائحة، للتخفيف من الآثار السلبية على الاقتصاد.

١٤٣. إجراء تقييم شامل لسير العمل في المحافظات التي انضمت بالفعل إلى نظام التأمين الصحي الشامل، يليه تقييم تأثير هذا النظام في المحافظات التي لم تنضم إليه بعد. والهدف الأساسي من ذلك هو قياس تأثير تطبيق النظام الجديد على معدلات الاستفادة من الخدمات الصحية والإنفاق على الصحة في المحافظات التي طبقت النظام بالفعل. وضعت وزارة المالية خطة لإطلاق تقييم سير العمل قريباً، وهو ما يمكن أن يبرز التحديات التشغيلية الرئيسية ويساعد في تقييم الإجراءات والوظائف وجمع آراء السكان بشأن تنفيذ النظام. ومن شأن هذه

المعلومات أن تساعد في تصميم عملية تنفيذ النظام في محافظات أخرى. وفي الوقت ذاته، يجب أن تنتظر الحكومة في إجراء تقييم للأثر في المحافظات التي لم تتضمن بعد إلى النظام لقياس الآثار قبل تنفيذه وبعده. ويمكن أن يتضمن هذا التقييم جمع كم كبير من البيانات الأساسية. ومن الممكن أيضاً فحص مدى تأثير النظام على زيادة خدمات الرعاية الأولية واستخدام المستشفيات، وتأثيره على الإنفاق على الصحة، وبعض المؤشرات الوسيطة للحالة الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن يوجّه هذا التقييم إلى قياس تأثير النظام على الوضع المالي، بما في ذلك التأثير على الاستهلاك غير المرتبط بالرعاية الصحية، والإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية، والمصاعب المالية الناجمة عن الصدمات الصحية. قد تنتظر الحكومة أيضاً في اختبار عدة نُهج لزيادة معدل اشتراك العمال غير الفقراء في القطاع غير الرسمي. خلصت تجربة موجّهة أُجريت مؤخراً في إندونيسيا واستخدمت عينات عشوائية إلى أن العمال غير الفقراء في القطاع غير الرسمي كانوا أكثر ميلاً للانضمام والاستمرار في دفع الاشتراكات إذا دعمت الحكومة تلك الاشتراكات في البداية (أي لمدة ستة أشهر).^{٧٦} يمكن اختبار نُهج أخرى للتوصل إلى الحلول الأكثر فعالية في السياق المصري. ويجب أن يعترن هذا الأمر بمناقشات جماعية مركزة وبحث نوعي للتوصل لفهم أفضل للمعوقات التي تحول دون الاشتراك.

١٤٤. إنشاء آلية قوية لجمع البيانات ومتابعة الأداء بالإضافة إلى بناء القدرات على تحليل السياسات وتقييمها لإثراء عملية وضعها.

أ) إنشاء آلية روتينية لمتابعة مؤشرات أداء النظام الصحي وربط الأداء بالتمويل. ومع الإصلاحات الجارية وتطوير أنظمة تكنولوجيا المعلومات في إطار تعميم نظام التأمين الصحي الشامل، أصبح متاحاً استخدام العديد من آليات جمع البيانات الجديدة مثل السجلات الطبية الإلكترونية، وبيانات المطالبات، وبيانات الأدوية، والمسوح الأسرية، والبيانات الإدارية للمنشآت. ويجب أن تستهدف هذه الآليات جمع البيانات عن عبء المرض والاحتياجات الصحية، ومدى توافر الخدمات وجودتها، ومعدلات الاستفادة منها، والإنفاق الحكومي، والإنفاق الشخصي لإتاحة إجراء تحليلات أفضل لمدى كفاءة النظام الصحي وفعاليتها في تحقيق أهداف قطاع الصحة. ومن المهم أيضاً لتحسين قدرة النظام على الاستجابة فهم الأساس المنطقي للسلوكيات والتحديات التي تتطوي عليها عملية تقديم الخدمات والاستفادة منها. تعمل وزارة المالية حالياً على وضع مؤشرات أداء رئيسية آلية لمتابعة أداء نظام التأمين الصحي الشامل عن كُتب. في المستقبل، يجب استخدام كل من البيانات عن المؤسسات والبيانات التي تركز على المرضى (مثل مستوى رضا المرضى) لقياس أداء النظام الصحي. على صعيد الإنفاق على الصحة، أضفى قانون المالية العامة الموحد الجديد طابعاً مؤسسياً على التحول نحو إعداد الموازنة على أساس البرامج والأداء.

ب) إجراء مسح للحسابات القومية للصحة والأسرة على نحو أكثر انتظاماً وتكراراً. فقد أُجري المسح السابق للحسابات القومية للصحة في عام ٢٠٠٨، ولم تكن العديد من مسوح صحة الأسرة محدّثة. ويُجرى حالياً مسح جديد للحسابات القومية للصحة وبحث لدخل وإنفاق واستهلاك الأسر. لقد تم إجراء جولة جديدة من تلك مسوح في عام ٢٠٢٢/٢٠٢١ ومن المنتظر أن تستكمل قريباً. فالجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء على وشك الإعلان عن نتائج المسح المصري لصحة الأسرة ويخطط أيضاً لزيادة نطاق بحث الدخل والإنفاق للأسر المصرية. هذه المسوح ينبغي إجراؤها بانتظام لإفادة تشكيل سياسات قطاع الصحة.

ج) تحسين عملية ترصد الأمراض. استناداً إلى الدروس المستفادة من أزمة جائحة كورونا، يجب تدعيم نظام البيانات لأغراض ترصد الأمراض، وتخطيط القدرات، والاستجابة للطوارئ.. يمكن الاستعانة بقاعدة بيانات وزارة الصحة والسكان، وقاعدة بيانات حملة "١٠٠ مليون صحة" لتحسين مستوى ترصد الأمراض والتدبير العلاجي لها.

على المدى المتوسط:

١٤٥. من المهم تعميم نظام التأمين الصحي الشامل لإنشاء نموذج فعال ومستدام للتغطية الصحية الشاملة في مصر. وهو يتطلب قدرة مؤسسية قوية، وزيادة حجم الاستثمار الحكومي، وحلولاً مبتكرة للتصدي للتحديات التي تواجه التنفيذ، من خلال:

أ) الاستثمار لبناء القدرات المؤسسية في الهيئات المسؤولة عن التنفيذ (الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، والهيئة المصرية للشراء الموحد والإمداد والتموين الطبي)، وإنشاء آليات لمتابعة

^{٧٦} إيه. بانيرجي، وإيه. فينكلستين، وآر. هانا، وبي. إيه. أولكين، وإيه. أورناغي، وإس. سومارتو (٢٠٢١). تحديات التأمين الصحي الشامل في البلدان النامية: دليل تجريبي من نظام التأمين الصحي الوطني في إندونيسيا. *أمريكان إيكونوميك ريفيو*، (٩) ١١١، ٢٣-٣٠٥٣.

والتقييم لقياس مدى التقدّم المحرز والأداء، واستخلاص الدروس المستفادة للاسترشاد بها في التعديل بمنصف المدة والإصلاحات المستقبلية.

(ب) زيادة مشاركة غير الفقراء العاملين بالقطاع غير الرسمي. على الصعيد العالمي، من الصعب تتبع اشتراكات التأمين وتحصيلها من فئة كبيرة من العمال في القطاع غير الرسمي، حتى عندما يكون الاشتراك إجبارياً. ولضمان مشاركة كبيرة، يجب على الحكومة تدعيم آلية تحديد المستفيدين وآلية إنفاذ تحصيل الاشتراكات من خلال التعاون مع وزارة التضامن الاجتماعي ومصصلحة الضرائب.

(ج) يؤدي مقدمو الخدمات من القطاع الخاص دوراً مهماً في تقديم الخدمات. لذلك، فإنه لتوفير حماية مالية جيدة، يجب أن تتعاقد الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل مع شبكة كبيرة من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص. ومن المهم وجود إستراتيجية فعالة للتعاقد مع هؤلاء، وتحديد جدول مناسب للرسوم، وتقديم حوافز مالية لهم للحصول على رعاية صحية عالية الجودة.

(د) يجب تعديل اللوائح التنظيمية لمنح التراخيص لمقدمي الخدمات من القطاع الخاص لتقديم حزم الرعاية الأولية. أدى قصر الرعاية الأولية على مقدمي الخدمات من القطاع الحكومي إلى الحد من الحصول على هذا النوع من الرعاية. من المرجح أن يؤدي السماح لمقدمي الخدمات من القطاع الخاص بتقديم الرعاية الأولية إلى تحسين القدرة على الحصول على هذه الخدمات والارتقاء بجودة الرعاية عن طريق إيجاد منافسة صحية.

(هـ) عمل أنظمة تكنولوجيا المعلومات بكفاءة. يعتمد نظام التأمين الصحي الشامل على أنظمة تكنولوجيا المعلومات الجيدة والمتربطية على مستوى الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل والهيئة العامة للرعاية الصحية والمنشآت الصحية والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. واستناداً إلى نظام تكنولوجيا المعلومات، يجب تقوية القدرات على تحليل البيانات من أجل الإدارة والإصلاح على أساس الشواهد.

(و) تحديث حزمة المزايا لضمان توافق تغطية الخدمات مع عبء المرض واحتياجات الرعاية الصحية، مع عدم تغطية الخدمات غير الضرورية أو منخفضة القيمة.

(ز) يجب تطوير القدرة على تقييم تكنولوجيا الرعاية الصحية للاسترشاد بها في المراجعة المنتظمة لحزمة المزايا التي تقدمها الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، وقرارات المشتريات، بالإضافة إلى تعزيز الشفافية وقاعدة الشواهد من أجل القرارات الخاصة بالرعاية الصحية.

(ح) التعاقد مع الصيدليات الخاصة. نظراً لأن غالبية مدفوعات الإنفاق الشخصي يتم إنفاقها على شراء الأدوية والمنتجات الطبية، فإن التعاقد مع صيدليات خاصة في إطار نظام التأمين الصحي الشامل وتوسيع حزمة الأدوية الأساسية أمران لهما أهمية كبيرة في خفض الإنفاق الشخصي بشكل فعال.

(ط) تحسين جودة الرعاية الصحية في المنشآت الصحية الحكومية. ومن المرجح أن تعزز التغطية المالية التي يوفرها نظام التأمين الصحي الشامل استخدام الخدمات الصحية، وهو ما يتطلب في المقابل تحسين القدرات على جانب العرض. ويجب أن يقترن تطبيق النظام بتحسين مستمر في جودة الرعاية السريرية بالمنشآت الحكومية الممولة من الموازنة العامة. وتتطلب المشتريات الإستراتيجية أيضاً توفير قدرات كبيرة لدى مقدمي الخدمات لاستيعاب هذا الحافز. يتطلب إعداد مقدمي الخدمات لهذا التغيير في التحويلات المالية استثمارات كبيرة في أنظمة تكنولوجيا المعلومات في المنشآت الصحية، وقدرات التخطيط والمتابعة والتقييم، والإدارة المالية، وكذلك الأنظمة المحاسبية.

(ي) استكشاف طرق مبتكرة لدفع مستحقات مقدمي الخدمات وتجربتها لتحسين كفاءة نظام التأمين الصحي الشامل وأدائه. تشمل طرق الدفع الشائعة الاستخدام عالمياً مدفوعات الفئة المرتبطة بالتشخيص والموازنة الشاملة مقابل الرعاية في المستشفيات، والأجر المعدل على الفرد حسب المخاطر مقابل الرعاية الأولية، والدفع مقابل الأداء (عادة لما هو أقل من ١٠٪ من إجمالي مبلغ التمويل). يمكن استكشاف هذه الطرق تدريجياً في إطار نظام التأمين الصحي الشامل.

ك) تدعيم قدرات الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على تطبيق إستراتيجيات الارتقاء بجودة نظام التأمين الصحي الشامل. في حين تضطلع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بدور قوي في عمليات الاعتماد، فإنها ستستفيد من زيادة القدرات على مراقبة الجودة ووضع مبادرات تحسين الجودة في المنشآت الصحية موضع التنفيذ.

على المدى الطويل:

١٤٦. تحديث خطط القوى العاملة في قطاع الصحة لتلبية احتياجات السكان والنهوض بأداء الموظفين.

أ) عملية تخطيط الموارد البشرية اللازمة لقطاع الرعاية الصحية المدفوعة بالطلب حسب المناطق، بما في ذلك نُهج التقدم نحو تحقيق الأهداف. باتباع التجارب العالمية الجيدة، يجب التخطيط لتلبية الطلب على الأطباء وأفراد هيئة التمريض والصيدلة والمهن الأخرى بناءً على (أ) طبيعة السكان الذين تُقدّم لهم الخدمات باستخدام المبادئ التوجيهية الدولية، (ب) تردد المرضى على كل تخصص، (ج) مزيج من الحالات في كل تخصص فرعي. يجب زيادة نسبة الأطباء إلى هيئة التمريض ومزيج المهارات في فريق العمل بناءً على تحليل الكفاءة. ويجب أن تتوافق أنشطة التدريب المقررة للعاملين بهذا القطاع مع توقعات الطلب في المستقبل؛ في إطار نموذج نظام التأمين الصحي الشامل، يجب أن تتمتع الهيئة العامة للرعاية الصحية والمنشآت المعنية بمزيد من الاستقلالية في إدارة القوى العاملة، وبالتالي يجب تنسيق عملية تخطيط القوى العاملة على مستوى المنشآت وعلى المستويين الإقليمي والوطني.

ب) وإدخال حوافز تشجّع على الخدمة في المناطق الريفية والصعيد للوصول إلى عدالة التوزيع. لحل مشكلة نقص الموارد البشرية اللازمة لقطاع الرعاية الصحية في المناطق النائية أو المناطق الريفية، وأيضاً في أماكن تقديم خدمات الرعاية الأولية، يمكن النظر في تقديم حوافز للتشجيع على العمل في تلك المناطق. علاوة على ذلك، يتطلب بناء القدرات والتطور الوظيفي أيضاً عمليات تحسين. ويُعد هذا أمراً بالغ الأهمية لإنشاء نظام رعاية صحية يتسم بالتوازن والعدالة.

ج) إعادة هيكلة الرواتب لربطها بأداء العاملين. الهياكل الحالية لأجور العاملين، وهي أكبر بند إنفاق منفرد في الموازنة، جامدة وغير مربوطة بالأداء. تماشياً مع خطة تطبيق إدارة الأداء في ظل نظام التأمين الصحي الشامل، يمكن أن يكون ربط أداء العاملين بالرواتب، في شكل مكافأة أداء، أداة مفيدة للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل والمنشآت الصحية للارتقاء بمستوى أداء العاملين.

الإطار ٦ - ١٣. مبادرات مصر الأخيرة لتحسين أجور الكوادر الطبية والطريق إلى المستقبل

في إطار الجهود التي تبذلها الحكومة المصرية لتحسين ظروف عمل القوى العاملة في المجال الطبي، فقد أطلقت عدداً من المبادرات في السنوات المالية القليلة الماضية لرفع مستوى أجورهم. وتشمل هذه الجهود التدابير المعتمدة التالية: (١) في إطار نظام التأمين الصحي الشامل الجديد، شهدت المراتب الأساسية زيادات كبيرة (تصل إلى ٨ أضعاف) لبعض الدرجات، بالإضافة إلى نظام جديد محسن وواقعي على أساس الأداء تؤكد الشواهد على قدرته على الاحتفاظ بالقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية وتحفيزها بشكل إيجابي؛ (٢) حوافز إضافية مخصصة للقوى العاملة المشاركة في مختلف مبادرات الصحة العامة في إطار مبادرة "١٠٠ مليون صحة"؛ (٣) زيادة طفيفة في مكافآت الأداء للجزء المتغير من رواتب القوى العاملة في مجال الصحة، بالإضافة إلى زيادة أجور كادر الأطباء المقيمين حديثي التخرج بما يتماشى مع الإصلاحات الجديدة في برنامج التعيين بعد انتهاء الدراسة مباشرة.

وفي المرحلة المقبلة، يمكن مواصلة هذه الجهود من خلال التدابير التالية الموصى بها: (١) الحفاظ على نظام الرواتب وتعزيزه في إطار نظام التأمين الصحي الشامل لا سيما مع توسّعه في محافظات أخرى، مع إيلاء اهتمام خاص للتعويض عن ارتفاع معدلات التضخم؛ (٢) مواصلة تعزيز الحوافز على أساس الأداء للعاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية، لا سيما في المناطق التي توجد بها صعوبات من حيث موقعها الجغرافي، مثل صعيد مصر والمحافظات الحدودية؛ (٣) تقليل الفترة اللازمة لأداء المدفوعات الفعلية للمدفوعات على أساس الأداء في ظل مبادرة "١٠٠ مليون صحة" لزيادة فعالية الحوافز (من ٣-٤ أشهر إلى مدفوعات شهرية منتظمة)؛ (٤) إضفاء الطابع المؤسسي على نظام المشاركة المشتركة في علاج المرضى الذين يتحملون الإنفاق الشخصي، بحيث يتلقون العلاج داخل المنشآت الصحية الحكومية (خاصة المستشفيات)، وهذا من شأنه أن يعطي حافزاً للكوادر الطبية (من الناحية المالية ومن حيث السمعة على حد سواء) بالإضافة إلى توفير مصدر إضافي لتدفق الدخل إلى المنشآت الصحية. وقد حققت برامج مماثلة نتائج كبيرة في تركيا والأردن وتايوان.

المرفق ٦-١. سيناريوهات انخفاض معدل الخصوبة وانعكاساته على نصيب الفرد من النمو الاقتصادي.

بناءً على التوقعات التي أعدتها الأمم المتحدة، إذا استمر الاتجاه الحالي للسكان، فمن المتوقع أن ينخفض معدل الخصوبة الكلي إلى ٢,٩ بحلول عام ٢٠٣٠، وسيصل عدد السكان إلى ١٢٠,٨ مليون نسمة. بافتراض تحقيق نمو اقتصادي بنسبة ٣,٥٪ سنوياً، من المتوقع أن يزيد نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي زيادة طفيفة من ٣٥٤٨ دولاراً في عام ٢٠٢٠ إلى ٣٥٥٣ دولاراً (٥٦ ألف جنيه) في عام ٢٠٣٠ حسب السيناريو الأساسي (الجدول (أ) ٦-١)^{٧٨}. ووفقاً لسيناريو بديل يتضمن تدابير أكثر طموحاً للسياسات السكانية، سينخفض معدل الخصوبة الكلي إلى ٢,١ بحلول عام ٢٠٣٠، وسيصل عدد السكان إلى ١١٧ مليون نسمة. وسيؤدي ذلك إلى ارتفاع نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي إلى ٦٠ ألف جنيه (٣٨٠٧ دولاراً) في عام ٢٠٣٠. بناءً على توقعات البنك الدولي، في ظل سيناريو حدوث انخفاض متوسط في معدل الخصوبة الكلي، فإن إجمالي التوفير في الإنفاق العام على الصحة والإسكان والتعليم من عام ٢٠٢٠ إلى عام ٢٠٣٠ سيتجاوز ١٢,٥ مليار جنيه (الجدول (أ) ٦-١).

الجدول (أ) ٦-١. توقعات عدد السكان والناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٣٠، حسب سيناريو معدل الخصوبة، عند معدل نمو اقتصادي ثابت يبلغ ٣,٥٪

الوضع الافتراضي			
السيناريو	سيناريو انخفاض متوسط	سيناريو انخفاض سريع	
٢,٩	٢,٥	٢,١	معدل الخصوبة الكلي (طفل لكل امرأة)
١٢٠,٨	١١٩,١	١١٧,٣	عدد السكان في عام ٢٠٣٠ (بالمليون)
٦,٨	٦,٩	٧	الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٣٠ (بالتريليون جنيه)
٥٦,١٠١	٥٨,١٣٥	٦٠,٠١٩	نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٣٠ (بالجنيه)
	٣٠٨	٥٦٩	المكسب التراكمي المحتمل في الناتج المحلي الإجمالي حسب السيناريو الافتراضي (بالمليار جنيه)
	(٢٠٢٠-٢٠٣٠) (بالمليون جنيه، حسب أسعار ٢٠١٧)		الوفورات التراكمية المتوقعة في الإنفاق العام بسبب انخفاض معدل الخصوبة (٢٠٢٠-٢٠٣٠) (بالمليون جنيه، حسب أسعار ٢٠١٧)
-	٤,٢٥٠	٨,٧٩١,٤	الصحة
-	٤,٧٥٨,٤	٩,٨٢٦,٢	الإسكان
-	٣,٦٠٤,٣	٧,٦٨٦,٤	التعليم

المصدر: توقعات البنك الدولي، ٢٠٢١^{٧٩}

ملاحظة: يتوقع السيناريو الافتراضي استمرار الاتجاه التاريخي للسكان. سيناريو الانخفاض المتوسط وسيناريو الانخفاض السريع هما سيناريوهان افتراضيان لغرض إعداد النماذج.

^{٧٧} باستخدام سعر الصرف في عام ٢٠٢٠؛ ١ دولار أمريكي = ١٥,٨ جنيه مصرياً

^{٧٨} سامح السحرتي، وهبة نصار، ومريم حمزة، وبي زانغ. ٢٠٢١. "الأثر الاقتصادي للنمو السكاني في مصر". موجز السياسات. واشنطن العاصمة. البنك الدولي.

^{٧٩} سامح السحرتي، وهبة نصار، ومريم حمزة، وبي زانغ. ٢٠٢١. "الأثر الاقتصادي للنمو السكاني في مصر". موجز السياسات. واشنطن العاصمة. البنك الدولي.

المرفق ٦-٢. مؤشرات رعاية الأمومة والطفولة في وحدات الرعاية الأولية حسب المحافظة في عام ٢٠١٩

المحافظة	نسبة تغطية الخدمات الصحية للحوامل الجدد (%)	متوسط عدد الزيارات إلى وحدة رعاية أولية لمتابعة الحمل	حالات الولادة تحت إشراف أخصائيي رعاية صحية - طبيب أو ممرضة (%)	حالات الولادة في المؤسسات الصحية (%)
القاهرة	١١,٧	٢,٥	٩٦,١	٩٤,٤
الإسكندرية	٤٠,٤	١	٩٥,٥	٩٣,٣
بورسعيد	٢٦,١	٢,٣	٩٨,٣	٩٧,٩
السويس	١٦,٤	٢,٧	٧٩,٤	٦٦
الإسماعيلية	٤٤,٩	٣,٨	٩٥,٢	٩٠,١
دمياط	٣٦,٤	٣,٥	٩٨,٤	٩٢,٩
الدقهلية	٥٢,٥	٣	٩٦	٩٠,٦
الشرقية	٥٥	٢,٩	٩٣,٧	٨٠,٥
القليوبية	٥٦,٧	٣,٤	٩٥,٧	٨٨,٩
كفر الشيخ	٥٩,١	٣,١	٩٨,٨	٩٦,٩
الغربية	٦١,١	٢,٨	٩٧,٤	٩٤,٩
المنوفية	٦٢,٢	١,٩	٩٧,٢	٩٢,٦
البحيرة	٥٤,٦	٣,١	٩٥,٤	٩٠,٨
الجيزة	٣١,٨	٣	٩٧,٦	٩٤,١
بني سويف	٦٤,٧	٢,٧	٩١,٩	٧٢,٦
الفيوم	٧١	٢,٥	٩١,٧	٨٠,٣
المنيا	٦٩,٥	٢,٤	٨٤,٥	٧٥,٢
أسيوط	٦١,٤	٢,٨	٨٩,١	٧٧
سوهاج	٦٣,٩	٢,٣	٩٥,٤	٩٠,٣
قنا	٦٠,٢	١,٤	٩٧,١	٩٥,٤
أسوان	٥٦,٥	٢,١	٩٨,٩	٩٧,٦
الأقصر	٦٠,٩	٠,٩	٩٩,٢	٩٧,١
مطروح	٢٩,٤	١,٦	٨٨,٩	٨٦,٥
الوادي الجديد	٤٠,٨	١,٣	٩٩,٥	٩٦,١
البحر الأحمر	٢٧,٥	١,٨	٩٧,٩	٩٧,٤
شمال سيناء	٣٦,٤	٢,٧	٩٨,٥	٩٥,٨
جنوب سيناء	٢٩	٣,٨	٥٦,٦	٥٨,٧
الإجمالي	٥٠,٩	٢,٦	٩٣,٩	٨٦,٨

المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، وزارة الصحة والسكان.

قائمة المراجع

Banerjee, A., Finkelstein, A., Hanna, R., Olken, B. A., Ornaghi, A. and Sumarto, S. (2021), “The Challenges of Universal Health Insurance in Developing Countries: Experimental Evidence from Indonesia's National Health Insurance”. American Economic Review, Vol. 111, No. 9. <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/aer.20200523>

Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS) (2021), “Egypt in Figures – Vital Statistics”. https://www.capmas.gov.eg/Pages/StaticPages.aspx?page_id=5035

----- (2019), “Health Service Statistics Bulletin”. https://www.capmas.gov.eg/Pages/Publications.aspx?page_id=5104&YearID=23361

----- “Household Income, Expenditure, and Consumption Survey”, various issues. https://www.capmas.gov.eg/Pages/Publications.aspx?page_id=5109&Year=23629

Dong D. (2018), “Global Experiences of Hospital Global Budget Reform”, World Bank.

Dredge, R. (2004), “Hospital Global Budgeting”, World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/777571468780577904/pdf/315020HNP0Hospital0budgetin0Dredge.pdf>

Egypt National Population Strategy 2015-2030.

El-Saharty, Sameh, Nassar, Heba, Hamza, Mariam M. and Zhang, Yi (2021), “The Economic Impact of Population Growth in Egypt”. World Bank Policy Brief.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2021). <https://www.healthdata.org/>

----- (2019). “Global Burden of Disease”. <https://www.healthdata.org/gbd/2019>

Ministry of Health and Population. “Programs data”.

----- “Statistical Yearbook”, various issues.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2016), “Health System Characteristics Survey”. <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>

Rocco, Lorenzo, Tanabe, Kimie, Suhrcke, Marc, and Fumagalli, Elena (2011), “Chronic diseases and labor market outcomes in Egypt”. World Bank.

Schneider, P., (2007), “Provider payment reforms: lessons from Europe and America for South Eastern Europe”. World Bank Policy Note. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/753031468101062693/provider-payment-reforms-lessons-from-europe-and-america-for-south-eastern-europe>

The Demographic and Health Survey Program (2014), “Egypt Demographic and Health Survey”. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr302/fr302.pdf>

----- (2015), “Egypt Health Issues Survey”. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR313/FR313.pdf>

World Bank (2021), “World Development Indicators”. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

----- “Policy Note on Performance-Based Incentives”.

World Health Organization (WHO) (2018), “Global Health Expenditure Database (GHED)”.
<https://apps.who.int/nha/database>

----- (2018), STEPwise approach to NCD risk factor surveillance survey (STEPS).
<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>