الحوكمة الرشيدة وصنع سياسات الرعاية الصحية في مصر

"Good Governance and Health Welfare Policy–Making in Egypt"

د. سناء محمد زهران عمر.

أستاذ مساعد بقسم التخطيط الاجتماعي

كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة أسيوط.

ملخص

تسعى هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر، من خلال رصد واقع تطبيق أبعاد الحوكمة (الشفافية، المساءلة، المشاركة، سيادة القانون، الاستجابة، العدالة)، وتحديد مستوى دعم مراحل صنع السياسات (الوضع، التنفيذ، التقويم)، والكشف عن المعوقات والمقترحات، وصولًا إلى آليات تخطيطية مقترحة. وتعد الدراسة من الدراست الوصفية التى اعتمدت على المسح الاجتماعي لعينة من (123) من القيادات والمسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط، باستخدام استبيان تم التحقق من صدقه وثباته، وتحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS .

أظهرت النتائج أن مستوى تطبيق الحوكمة الرشيدة جاء متوسطًا في جميع أبعاده، وكذلك مستوى تدعيم مراحل صنع السياسات الصحية، مع وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بينهما، مما يؤكد صحة فروض الدراسة. كما كشفت النتائج عن مجموعة من المعوقات أبرزها ضعف الشفافية، ومحدودية التنسيق بين القطاعات، ومركزية اتخاذ القرار، وضعف دقة البيانات. في المقابل، جاءت مقترحات تفعيل الحوكمة بمستوى مرتفع، خاصة فيما يتعلق بتعزيز الشفافية، وتطبيق القوانين، وتحسين التنسيق المؤسسي، والتخطيط الاستراتيجي.

وانتهت الدراسة إلى ضرورة تبني آليات تخطيطية متكاملة تدعم تطبيق الحوكمة بشكل عملي، بما يسهم في تحسين كفاءة وفعالية سياسات الرعاية الصحية وتحقيق التنمية الصحية المستدامة في مصر.

الكلمات المفتاحية: الحوكمة الرشيدة، صنع سياسات الرعاية الصحية، القطاع الصحي في مصر

Abstract:

This study aims to analyze the relationship between the application of good governance and the strengthening of health welfare policy-making in Egypt. It does so by examining the current state of governance dimensions (transparency, accountability, participation, rule of law, responsiveness, and equity), identifying the level of support for the stages of policy-making (formulation, implementation, and evaluation), and exploring the challenges and proposed solutions, ultimately leading to suggested planning mechanisms. The study is considered a descriptive study that relied on a social survey of a sample of 123 leaders and officials in the health welfare sector in Assiut Governorate, using a questionnaire whose validity and reliability were verified, and the data were analyzed using the SPSS program.

The findings revealed that the level of good governance application was moderate across all dimensions, as was the level of support for the stages of health welfare policy-making. A statistically significant positive relationship was found between governance and policy-making, confirming the study's hypotheses. The results also identified several key challenges, including weak transparency, limited intersectoral coordination, centralized decision-making, and inaccurate data. In contrast, the proposed measures for activating governance were rated highly, particularly those related to enhancing transparency, enforcing laws, improving institutional coordination, and strategic planning.

The study concludes with the need to adopt integrated planning mechanisms to effectively implement good governance, thereby improving the efficiency and effectiveness of health welfare policies and achieving sustainable health development in Egypt.

Keywords: Good Governance, Health Welfare Policy-Making, The Health Sector in Egypt**.**

أولاً: مدخل لمشكلة الدراسة:

يُعد العنصر البشري موردًا أساسيًا لأي دولة تسعى إلى تحقيق التنمية وبناء مجتمعها، إذ يُمثل الإنسان المحور الذي تدور حوله مفاهيم التنمية وأهدافها وسياساتها. ومن ثمّ، فإن نقطة الانطلاق في أي استراتيجية تنموية تتمثل في الإنسان ذاته، الأمر الذي يستوجب تعزيز الاهتمام به والارتقاء بمستواه صحيًا وتعليميًا وثقافيًا واقتصاديًا، بما يضمن تحقيق تنمية شاملة ومستدامة. (نصيرة، 2020، ص 580)

يُعتبر الحق في الصحة أحد الحقوق الأساسية للإنسان ويمثل تطلعًا عالميًا لضمان حياة كريمة وآمنة. وفي هذا السياق، جاء محور الصحة في مقدمة استراتيجية التنمية المستدامة لمصر (رؤية مصر 2030م) انطلاقًا من الإيمان بأهمية تمتع كافة أفراد المجتمع المصري بالحق في الصحة وحقهم في حياة صحية آمنة وسليمة. وتهدف الرؤية إلى بناء نظام صحي متكامل يضمن التوافر والجودة وعدم التمييز في الخدمات الصحية، مع تعزيز القدرة على تحسين المؤشرات الصحية الوطنية من خلال توفير التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين.

تُعد الصحة بوصفها عاملاً حيويًا في التنمية المستدامة عنصراً محورياً ليس فقط على الصعيد الإنساني، بل كذلك على المستويين السياسي والاقتصادي. فالسياسياً، يُسهم الأداء الصحي الفعّال في تعزيز الثقة بين الدولة والمواطن، ويُعزز شرعية المؤسسات ويُسهم في الاستقرار

الاجتماعي، إذ أن ضعف النظم الصحية يمكن أن يفضي إلى توترات مجتمعية وتقويض للحوكمة. أما من الناحية الاقتصادية، فإن الاستثمار في الصحة يُعد استثماراً استراتيجياً، حيث إن تحسين المؤشرات الصحية يؤدي إلى ارتفاع إنتاجية الأفراد، وانخفاض تكاليف الرعاية طويلة الأجل، وزيادة قدرة الاقتصاد الوطني على المنافسة.

في حالة مصر، تتجسّد هذه الرؤية في رؤية مصر 2030م التي تربط بين "تحسين جودة الحياة" كمحور اجتماعي، و"نمو اقتصادي شامل ومستدام" كمحور اقتصادي، ضمن إيمان راسخ بأن بناء نظام صحي شامل وعادل يُساهم في تحقيق النمو الاقتصادي والعدالة الاجتماعية والحوكمة الرشيدة . (وزارة التخطيط، التنمية الاقتصادية فى مصر، 2018)

يمكن القول إن تعزيز منظومة الصحة العامة لا ينبغي أن يُنظر إليه على أنه مسؤولية قطاع الرعاية الصحية فقط، بل كعنصر أساسي في السياسة الوطنية التنموية، يجمع بين أبعاد الحوكمة والعدالة الاقتصادية والاجتماعية، ويضفي على النمو الاقتصادي بعدًا إنسانيًا، وعلى الاستقرار السياسي بعدًا تنمويًا.

وفي الآونة الأخيرة، ظهرت مطالبات بضرورة قيام المستشفيات الحكومية، وخصوصًا الجامعية، بتطبيق الحوكمة الرشيدة، مع التركيز على تفعيل السياسات والآليات والممارسات القائمة على الشفافية والمشاركة والمساءلة وسيادة القانون، ومكافحة الفساد، وضمان العدالة في تقديم الخدمات الصحية دون تمييز بين المواطنين، بالإضافة إلى تقديم خدمات طبية عالية الجودة تلبي توقعات المرضى.

تُعد الرعاية الصحية وتطويرها من أولويات السياسات العامة. وقد برزت جهود الدولة المصرية في السنوات الأخيرة نحو تعزيز الحوكمة في القطاع الصحي، خاصة من خلال تطبيق مبادرات إصلاحية كبرى مثل منظومة التأمين الصحي الشامل، التي تُعد نموذجًا لإعادة هيكلة النظام الصحي تضمن العدالة في التغطية الصحية، وتحسين جودة الخدمات، وترشيد استخدام الموارد .(https://eha.gov.eg/ar/news/healthcare-governance)

تُعتبر حوكمة القطاع الصحي عنصراً محورياً لتحقيق التميز المؤسسي، إذ تتجاوز كونها مجرد هيكل أو تركيبة إدارية لتشمل جميع أشكال التعاون بين مسؤولي الإدارات العليا والطاقم الطبي بكافة شرائحه، بما يسهم في تطوير الإشراف وتنفيذ السياسات العامة للمؤسسة. وتشير البحوث التطبيقية إلى أن موضوع حوكمة القطاع الصحي لا يزال حديثاً نسبياً، إلا أن أهميته تتجلى في الدور الحيوي الذي تقوم به المؤسسات الصحية في المجتمع. ومن هذا المنطلق، يصبح من الضروري تطبيق حوكمة فعّالة تضمن استمرارية تحسين جودة الخدمات الصحية، وتعزز ثقافة

التميز، وتسهم في تطوير الأداء المؤسسي بما يحقق رسالة المؤسسة الصحية وأهدافها الاستراتيجية (رحيمة، كلتومة، ٢٠١٣، ص ٢١٥).

وتُعد حوكمة القطاع الصحي أحد الأهداف الاستراتيجية لتحقيق التنمية المستدامة 2030م في مجال الصحة، وذلك من خلال إتاحة بيانات دقيقة وموثوقة تُسهم في دعم عملية صنع واتخاذ القرارات السليمة في التوقيت المناسب، إلى جانب تحسين إدارة القطاع الصحي في إطار يقوم على الشفافية والمساءلة، بما يضمن عدم تعرّض المرضى لأي شكل من أشكال الإقصاء أو التمييز. وينعكس ذلك بوضوح على تعزيز البعد الإنساني للقطاع الصحي، من خلال تقديم خدمات صحية عالية الجودة وفقًا للمعايير العالمية. (إستراتيجية التنمية المستدامة ، الصحة، رؤية مصر 2030م)

إن سياسات الرعاية الصحية من الركائز الأساسية التي تضمن استجابة نظم الصحة لاحتياجات المجتمع، وتحقيق رفاهية المواطنين، وضمان العدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية، وتحسين النتائج الصحية العامة. ومع تزايد التعقيدات الصحية والضغوط الديموغرافية والاقتصادية، تواجه النظم الصحية في العديد من الدول، خاصة النامية، تحديات كبيرة تتطلب تطويراً مستمراً في أساليب التخطيط وصنع القرار الصحي.

ومن هذا المنطلق برز مفهوم الحوكمة الرشيدة كآلية أساسية تُعنى بضمان الشفافية والمساءلة والكفاءة والعدالة في إدارة القطاعات العامة، لا سيما في المجالات الحساسة مثل الرعاية الصحية.

وتؤكد تصريحات قيادات القطاع الصحي أهمية الحوكمة كأداة مركزية في بناء نظم صحية فعالة، حيث صرَّح رئيس الهيئة العامة للرعاية الصحية بأن الحوكمة تلعب دورًا أساسيًا في ترجمة أهداف سياسات الرعاية الصحية إلى استراتيجيات قابلة للتنفيذ تعتمد على الأدلة وتستجيب لاحتياجات المواطنين وتتماشى مع المعايير الدولية.

كما أشار وزير الصحة ونائب الوزير المعني بالحوكمة إلى أن تطبيق نظم الحوكمة والمراجعة الداخلية داخل الوزارة قد ساهم في رفع كفاءة الأداء وتحسين جودة الخدمات الصحية وتحقيق العدالة في توزيعها على مستوى المحافظات، عبر اعتماد آليات مراجعة صارمة ورقابة فعالة تضمن الامتثال للمعايير الصحية (الهيئة العامة للاستعلامات، ١٦ يونيو، ٢٠٢٥) https://sis.gov.eg/ar

هذا ويشهد القطاع الصحي في مصر تطورًا في قدراته المؤسسية على بناء نظم محوكة ذات بيانات قوية، عبر تطوير قواعد بيانات إلكترونية موحدة للمرضى، وأنظمة لإدارة الموارد البشرية، والمؤشرات الإستراتيجية للأداء، مما يعزز من قدرة صناع السياسة الصحية على اتخاذ قرارات استراتيجية مبنية على المعرفة والتحليل العلمي.

(https://eha.gov.eg/ar/news/healthcare-governance)

على الرغم من هذه التقدمات، لا يزال قطاع الرعاية الصحية في مصر يواجه تحديات كبيرة تتعلق بوضع السياسات وصياغتها وتنفيذها. **من أبرز هذه التحديات:**

1. التباين في جودة الخدمات الصحية بين المناطق الحضرية والريفية، مما ينعكس على تفاوت مؤشرات الصحة العامة.
2. الضغط على الموارد المالية والبشرية في مواجهة طلب متزايد على الخدمات بسبب النمو السكاني والتغيرات الديموغرافية.
3. تداخل الأدوار بين الجهات المختلفة المانحة للسياسات الصحية مما يؤدي إلى انعكاسات سلبية على تنفيذ البرامج الصحية الموجهة.

وقد ربطت الكتابات الدولية بين فاعلية سياسات الرعاية الصحية ووجود أنظمة قوية للحوكمة، إذ إن وجود أطر تنظيمية واضحة تُحدد الأدوار والمسؤوليات وتضمن مشاركة الجهات الفاعلة المختلفة يمكن أن يحسّن من جودة اتخاذ القرار، ويعزز من التنفيذ المتسق للسياسات بما يحقق الأهداف المرجوة World Health Organization .

وفي السياق المصري، يبرز أن دمج مبادئ الحوكمة في التخطيط الصحي ساهم في تحسين التنسيق بين الجهات الصحية المختلفة، وتعزيز الشفافية في إدارة الموارد الصحية، وتحسين الاستجابة لتحديات بيئة الرعاية الصحية المعاصرة، كما لوحظ اعتماد مؤشرات أداء موحدة تُستخدم في التقييم الدوري للمنشآت الصحية .

وتعتبر الحكومة المشروعات القومية الكبرى نقطة انطلاق لتعافي الاقتصاد الوطني والخروج من التحديات الاقتصادية، وتحقيق التنمية المستدامة والعدالة الاجتماعية. وفي إطار سياسات الخصخصة والإصلاح الاقتصادي، ركزت الدولة على عدة محاور في مجال الرعاية الصحية، أهمها:

1. زيادة عدد المستشفيات وتشغيل المستشفيات القائمة بالفعل، وتجهيزها بالمعدات والكوادر الطبية اللازمة.
2. تبني مفهوم جديد يقوم على فصل الملكية عن الإدارة، والاستعانة بالقطاع الخاص في إدارة المستشفيات وفق أنظمة إدارية حديثة.
3. توسيع الشراكة بين القطاعين العام والخاص لضمان تقديم خدمات طبية ترتقي لتطلعات المواطنين.

تُعد الحوكمة الرشيدة أحد المداخل الأساسية لصنع سياسات الرعاية الصحية الفعّالة، حيث تقوم على تبني نماذج علمية ومنهجية لصنع السياسات تركز على تحديد الأهداف بوضوح،

ووضع الإجراءات المناسبة، وتقويم النتائج بما يضمن تحسين جودة الخدمات الصحية وتحقيق العدالة والكفاءة. وتتنوع نماذج صنع السياسات وفقًا لدرجة تركيزها على مراحل بناء السياسة أو تعديلها أو تطوير أهدافها، سواء من خلال صياغة سياسات جديدة، أو تقديم بدائل للسياسات القائمة، أو إعادة توجيه أهدافها، الأمر الذي يؤكد أن صنع السياسة هو عملية ديناميكية مستمرة تستجيب للتغيرات المجتمعية والاحتياجات المتجددة.

وفي هذا السياق، ظهرت عدة محاولات علمية لوضع نماذج لصنع سياسات الرعاية الاجتماعية، من أبرزها: نموذج ألفريد كان **Alfred Kahn (1969)**، ونموذج بيرلمان وجورين **Perlman & Gurin (1972)**، ونموذج نيل جلبرت وهاري سبكت **Neil Gilbert & Harry Specht (1974)**، ونموذج آن والكر **Ann Walker (1984)**، ونموذج كليف كوك **Cliff Cook (2000)**، ونموذج وليام بيرجمان **William Bergman (2001)**، ونموذج طلعت السروجي (2004) (السروجي، 2004، ص 134).

وانطلاقًا من متطلبات الحوكمة الرشيدة في قطاع الصحة، اعتمدت الدراسة على نموذج آن والكر في تحليل وصنع سياسات الرعاية الصحية في مصر، لما يتسم به من شمول وتكامل، ويتضمن هذا النموذج المراحل الآتية:

1. **مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية:** وتشمل صياغة السياسة الاجتماعية في ضوء تحديد أولويات واحتياجات ومشكلات المستفيدين من الخدمات الصحية، مع دراسة البدائل المختلفة والتوصل إلى السياسات والخطط الأكثر ملاءمة.
2. **مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية:** وتتضمن تخطيط وتعبئة الموارد اللازمة لتنفيذ السياسة، والتنسيق بين مختلف الإدارات والهيئات والمنظمات الصحية على المستوى القومي، إلى جانب تصميم الهياكل الإدارية وآليات الأداء بما يضمن كفاءة التنفيذ وشفافيته.
3. **مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية** : تركز على تقويم فعالية السياسات من خلال المتابعة والرقابة المستمرة، وتطبيق المعايير والمؤشرات العلمية، واستطلاع آراء المستفيدين من الخدمات الصحية، بهدف تصحيح الأخطاء وتحسين الأداء، حيث تسهم نتائج التقويم في دعم عملية التخطيط وصياغة سياسات صحية أكثر دقة وفاعلية.

ثانياً: الدراسات السابقة

المحور الأول: دراسات مرتبطة بالحوكمة الرشيدة

دراسة Nginyo, Ngui, Ntale (2018) هدفت إلى استكشاف أثر ممارسات الحوكمة المؤسسية على الميزة التنافسية لشركة Kenolkobil المحدودة في كينيا. ركزت الدراسة على عدة أبعاد للحوكمة تشمل الشفافية، المساءلة، العدالة، المسؤولية، والمشاركة، مع تقييم كيفية تأثيرها

على تعزيز القدرة التنافسية للمؤسسة في سوق النفط والغاز. اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي التحليلي، حيث جُمعت البيانات من خلال استبانة موجهة إلى موظفي الشركة، وتم تحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار الفرضيات. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق مبادئ الحوكمة وتحقيق الميزة التنافسية، كما أظهرت النتائج أن الشفافية والمساءلة كان لهما التأثير الأكبر على الأداء التنافسي، في حين أن التمكين الإداري والمشاركة أسهما في تعزيز الابتكار الداخلي والكفاءة التشغيلية. وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز ممارسات الحوكمة المؤسسية بشكل متكامل لضمان استدامة الميزة التنافسية وتحسين الأداء العام للشركة.

دراسة الوكيل (2021) هدفت إلى التعرف على أثر مبادئ الحوكمة الإدارية على الأداء الوظيفي لدى موظفي حي شرق مدينة نصر، مع التركيز على دور القيادات الإدارية في تطبيق هذه المبادئ كوسيلة لتعزيز الأداء المؤسسي. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وجُمعت البيانات باستخدام استبانة مطورة خصيصًا لقياس مدى تطبيق مبادئ الحوكمة مثل العدالة، الشفافية، المساءلة، النزاهة، المشاركة، والتمكين الإداري، بالإضافة إلى تقييم الأداء الوظيفي للعاملين. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق مبادئ الحوكمة وتحسين الأداء الوظيفي، حيث أسهم التزام القيادات الإدارية بهذه المبادئ في رفع مستوى الكفاءة والفاعلية المؤسسية. كما بينت النتائج أن تطبيق الحوكمة لا يقتصر على الجانب التنظيمي فحسب، بل يشمل أيضًا تعزيز ثقافة العمل المؤسسي والمشاركة الفاعلة لجميع الموظفين.

دراسة الرمادي (2022) شرعت الحكومة المصرية على مدار السنوات القليلة السابقة في تنفيذ برنامج لإصلاح نظام الرعاية الصحية القومي، كمشروع حيوي تؤكد من خلاله مكانتها المتميزة كمصدر لخدمات الرعاية الصحية في المنطقة، وكضمان حقيقي للتوزيع العادل للرعاية الصحية داخل المجتمع المصري، ومؤخرا ظهرت مطالبات بقيام المستشفيات الحكومية عامة والجامعية خاصة بتطبيق الحوكمة الرشيدة والاهتمام بتفعيل سياساتها وآلياتها وممارساتها التي تقوم على الشفافية والمشاركة والمساءلة وسيادة القانون ومكافحة الفساد وتحقيق العدالة في تطبيق الخدمات الصحية وعدم التمييز بين المواطنين، وتقديم خدمة طبية ذات قياسات جودة عالية ترضي المواطنين. وتعد مستشفى جامعة طنطا التعليمي العالمي من أهم المشروعات الطبية في وسط الدلتا، حيث حرصت الدولة على الانتهاء منها وبداية تشغيلها في أوائل عام 2014، وتجهيزها بكافة المعدات الطبية والإمكانات اللازمة لتقديم خدمة طبية عالية الجودة لمواطني الدلتا، حيث تكلفت الدولة استثمارات في بناء وتجهيز المستشفى ما يقارب من مليار جنيه. ومن خلال هذه الدراسة، حاول الباحث تتبع خدمات الرعاية الصحية في المستشفى التعليمي جامعة طنطا، وما آلت إليه وما تواجهه من مشاكل وقضايا رئيسة مازالت تؤثر في تقديم خدمات الرعاية الصحية

وجودتها وكفاءتها، والتي تعكس منهجية وأهداف الدولة المصرية في المنظومة الصحية ومدى قدرة ذلك الصرح الطبي العلمي التابع لجامعة طنطا من السير وفقا لهذه الأهداف والتي على رأسها عدالة توزيع الخدمات الصحية ورفع جودتها والعدالة الاجتماعية في تقديم العلاج الطبي.

دراسة الدسوقي (2023) هدفت إلى تحديد مستوى تطبيق الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠م من خلال أبعاد الشفافية، والمساءلة، والعدالة، والمشاركة، وتحديد المعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠م وتنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التي إعتمدت على منهج المسح الإجتماعي الشامل للمسئولين بمديرية الشئون الصحية بمحافظة الدقهلية وعددهم (62) مفردة، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠م وإنتهت بالتوصل إلى خطة عمل تنفيذية لتفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠م.

دراسة العجمي (2023) هدفت الدراسة إلى تشخيص واقع تطبيق الحوكمة الرشيدة في مدارس التعليم العام بدولة الكويت، ورصد مستوى انتشار سلوكيات العمل المضادة للإنتاجية، فضلًا عن تحليل طبيعة العلاقة بين الحوكمة الرشيدة وهذه السلوكيات، وقياس أثر تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة في الحد منها، وصولًا إلى اقتراح مجموعة من التوصيات التي تسهم في تفعيل الحوكمة الرشيدة بما يقلل من السلوكيات المضادة للإنتاجية داخل المدارس الحكومية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، حيث جرى تطبيق أداتين للاستبانة على عينة مكوّنة من (٤٥٨) معلمًا و**(١٢٣) من العاملين بالجهاز الإداري** في مدارس المناطق التعليمية بدولة الكويت. وأظهرت نتائج وجود علاقة ارتباط سالبة ذات دلالة إحصائية بين الحوكمة الرشيدة وسلوكيات العمل المضادة للإنتاجية، إلى جانب تأثير دال لأبعاد الحوكمة الرشيدة في الحد من هذه السلوكيات.

دراسة القصاص (2023) هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن دور الحوكمة الرشيدة كمتغير في التخطيط لمواجهة الفساد الاداري بالمؤسسات الحكومية وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تقوم على تحليل وتفسير خصائص موضوع الدراسة ؛ واعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي بالعينة المتاحة " العينة الميسرة للباحث " للعاملين في إدارة الحوكمة، وإدارة التخطيط، وإدارة رضا العملاء في مديرية الضرائب والشهر العقاري وشركة الكهرباء وإدارة التضامن الاجتماعي بمدينة كفر الشيخ، وعينة من أعضاء هيئة التدريس بكلية التجارة بجامعة كفر الشيخ وعددهم (168) مفردة، من خلال استمارة استبيان. وتوصلت الدراسة الى مجموعة من الآليات الأجرائية لمواجهة الفساد الاداري بالمؤسسات الحكومية باستخدام أبعاد الحوكمة الرشيدة

منها إنشاء هيئة وطنية مصرية لمكافحة الفساد مستقلة عن الرقابة الاداري والجهاز المركزي للمحاسبات تتولى متابعة تنفيذ الاستراتيجية ورصد نتائجها وتقويمها ومراجعتها، ووضع برامج عملها وآليات تطبيقها وتنسيق جهود القطاعين العام والخاص في تخطيط ومراقبة برامج مكافحة الفساد وتقويمها، وجمع المعلومات والبيانات والإحصاءات، وتصنيفها، وتحديد أنواعها، وتحليلها وتبادلها مع الجهات المختصة ذات العلاقة.

دراسة فهمي وهاشم (2024) تناولت تحليل العلاقة بين الحوكمة الرشيدة والتنمية الاقتصادية في مصر خلال الفترة 2002– 2022م، وأظهرت نتائجها أن ضعف ممارسات الحوكمة يُعد من العوامل الرئيسة المعيقة للتنمية الاقتصادية. وأبرزت الدراسة مجموعة من التحديات، من أهمها تداخل الاختصاصات بين الجهات الإدارية، وضعف تفعيل التشريعات، إلى جانب تحديات اقتصادية ومؤسسية وتشريعية وديموغرافية وعالمية، والتي تؤثر مجتمعةً سلبًا في الأداء الاقتصادي. وبناءً على ذلك، أوصت الدراسة بمجموعة من السياسات المقترحة والإصلاحات المؤسسية الشاملة لتعزيز الحوكمة الرشيدة ودعم مسار التنمية الاقتصادية في مصر.

دراسة شملان (2024) هدفت إلى تحليل العلاقة بين الحوكمة الرشيدة وجودة الأداء الوظيفي لدى العاملين في مديرية الشؤون الصحية بمدينة حائل بالمملكة العربية السعودية، اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة أداةً رئيسة لجمع البيانات، حيث تم تطبيقها على عينة مكونة من (219) موظفًا من العاملين بالمديرية، ركزت الدراسة على أبعاد الحوكمة الرشيدة المتمثلة في الشفافية، والمساءلة، والعدالة، والنزاهة، والمشاركة، وقياس أثرها على كل من الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي. وأظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة وتحسين الأداء الوظيفي، كما تبين وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الحوكمة الرشيدة والرضا الوظيفي. وخلصت الدراسة إلى أن تعزيز ممارسات الحوكمة الرشيدة في المؤسسات الصحية يسهم في رفع مستوى الرضا الوظيفي وتحسين جودة الأداء الوظيفي، مما يدعم كفاءة العاملين وتحقيق الأهداف التنظيمية للمؤسسات الصحية.

دراسة العنزي والشمرى (2025) هدفت إلى التعرف على أثر الحوكمة الإدارية بمبادئها (العدالة، الشفافية، المساءلة، النزاهة، المشاركة، التمكين الإداري) على الأداء الوظيفي بالمراكز الصحية بمدينة القريات. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على استبانة لجمع البيانات من عينة عشوائية مكونة من 152 موظفًا بالمراكز الصحية، وكانت نسبة الذكور 61.8% والإناث 32.8%، وأظهرت النتائج أن مستوى تطبيق مبادئ الحوكمة في المراكز الصحية كان متوسطًا، ويتقارب مع مستوى الأداء الوظيفي، كما لوحظت فروقات ذات دلالة إحصائية في مبادئ الحوكمة الإدارية حسب الجنس والمؤهل الدراسي. وأكدت الدراسة على أهمية تعزيز تطبيق جميع مبادئ

الحوكمة وعدم التركيز على جانب واحد فقط، وإبراز أثرها على رفع وعي القطاعات الصحية بمفهوم إدارة الجودة الصحية وأبعادها ومعاييرها. كما أوصت بضرورة تفعيل دور موظفي المراكز الصحية في دعم حوكمة المؤسسات لتعزيز تطبيق مبادئ الجودة.

المحور الثانى: دراسات مرتبطة بسياسات الرعاية الصحية

دراسة (Yonemura, 2005) تناولت عملية صنع السياسات الاجتماعية في البرازيل من خلال دراسة حالة برنامج .Bolsa Escola وركزت على فهم كيفية تطور أجندة السياسات الاجتماعية الوطنية وتحديد العوامل المؤسسية والسياسية التي أثرت في صياغة وتطوير هذا البرنامج كأول نموذج للسياسات النقدية المشروطة في البلاد. يعتمد البحث على المنهج التحليلي للمسارات السياسية التي تبنت فكرة نقل الدعم النقدي المشروط نحو برامج إعادة توزيع الدخل، مع تحليل دور الفاعلين السياسيين، والأطر القانونية، والاقتصادية والاجتماعية في تشكيل القرار السياسي. يُظهر البحث كيف انتقل برنامج Bolsa Escola من مبادرة محلية وتجريبية إلى سياسة وطنية معتمدة، مع التركيز على آليات التفاوض بين الفاعلين الحكوميين والمجتمعيين، وتأثير الضغط المجتمعي في إعادة تشكيل الأولويات الاجتماعية والاقتصادية في البرازيل خلال فترة ما بعد الديكتاتورية. كما يسلّط الضوء على التفاعل بين المؤسسات الحكومية المختلفة، والأحزاب السياسية، والمنظمات غير الحكومية في عملية تحديد الأهداف، ووضع السياسات، وتطبيقها لضمان فعالية البرنامج والحد من الفقر عبر تحسين شروط التعليم والرفاه الاجتماعي.

دراسة الشرعة (2012) هدفت هذه الدراسة إلى بيان مدى تأثير إتباع مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مستوى أداء الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية وذلك من خلال توضيح مدى تأثير العوامل التالية: (إيمان الإدارة العليا والتزامها بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وتمكين العاملين ومشاركتهم وتحفيزهم، والثقافة التنظيمية السائدة، والتحسين المستمر) على مستوى أداء الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية. ولقد تكون مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية وعددها (31) مستشفى، أما عينة الدراسة فتم اختيار عينة عشوائية من مجتمع الدراسة، حيث تم اختيار كافة رؤساء الأقسام التالية: (رؤساء الأقسام الطبية، رؤساء أقسام التمريض، رؤساء أقسام العناية الحثيثة، رؤساء أقسام المختبرات، رؤساء أقسام الأشعة، رؤساء أقسام الطوارئ) أو من ينوب عنهم في هذه المستشفيات. ولقد استخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات. أظهرت هذه الدراسة وجود علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أثر الجودة الشاملة ممثلة بمتغيرات الدراسة (الإدارة العليا وأيمانها بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وتمكين العاملين ومشاركتهم وتحفيزهم، والثقافة التنظيمية السائدة، والتحسين المستمر) وبين مستوى الخدمة المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية.

دراسة الخلايلة (2021) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تطبيقات الذكاء الاصطناعي على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية ، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتطوير استبانة مكونه من (40) فقرة، واستخدم عينة ملائمة بلغت (329) من العاملين ضمن المسميات الوظيفية (طبيب، ممرض، صيدلي، فني، سجلات طبية)، وبعد تحليل البيانات باستخدام الاساليب الاحصائية الملائمة، أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي العام لمستوى تطبيقات الذكاء الاصطناعي ، جاء بتقييم متوسط، كما جاء المتوسط الحسابي العام لمستوى جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية، بتقييم متوسط أيضاً، وأوصت الدراسة بضرورة عمل برامج تدريبية مستمرة لتطوير وتنمية مهارات العاملين في القطاع الصحي على استخدام تطبيقات الذكاء الإصطناعي، وتكثيف الدورات التعريفية والتوعوية بأهمية استخدام تطبيقات الذكاء الاصطناعي في تقديم خدمات الرعاية الصحية وخاصة في مستشفيات القطاع الحكومي نظراً لزيادة عدد المراجعين، بالإضافة إلى العمل على استقصاء آراء المراجعين بعد تقديم الخدمة الصحية لهم ، لمعرفة درجة الرضا لديهم عن جودة الخدمة، مع ضرورة إلتزام مستشفيات وزارة الصحة بسرعة ودقة تقديم الخدمة الصحية في الوقت المحدد، والاهتمام أكثر بنظافة المرافق الصحية داخل المستشفيات.

دراسة على (2023) هدفت هذه الدراسة إلى اختبار أثر خصخصة المستشفيات الحكومية في جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف) في عينة من المستشفيات العامة بمنطقة نجران. وقد تم جمع البيانات باستخدام عينة من العاملين في مستشفى الملك خالد ومستشفى الولادة والأطفال بنجران، وبلغ عدد الاستبانات المستخدمة في التحليل (197) استبانة. وجاءت النتائج على النحو التالي: درجة أهمية الخصخصة من وجهة نظر العاملين مرتفعة، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية مرتفعة، ويوجد أثر ذو دلالة إحصائية لخصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين جودة الخدمات الصحية، ويوجد ذو دلالة إحصائية لخصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية (الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف). وأوصت الدراسة بالتركيز على جودة الخدمات الصحية عند تنفيذ مبادرة الخصخصة وإجراء دراسات أخرى تتناول أثر خصخصة المستشفيات الحكومية في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى.

دراسة جميل (2024) تهدف الدراسة إلى الوصول إلى إطار مقترح لقياس وإدارة تكاليف الجودة بهدف تحسين الأداء في القطاع الصحي ومستشفيات جامعة عين شمس. وقد قام الباحث بتصميم قائمة استقصاء تشمل متغيرات الدراسة وطبقت قائمة الاستقصاء كأداة لجمع البيانات على مجموعة بحثية بلغ عددها ٧٥ فردا من العاملين بمستشفيات جامعة عين شمس. توصلت نتائج الدراسة أن

عبارات قائمة الاستقصاء دلت على أهمية تكاليف الجودة، وأن أبعاد تكاليف الجودة قد تقاربت من حيث الأهمية، وجاء في الترتيب الأول تكاليف التقييم ثم تكاليف الفشل الداخلي ثم تكاليف الفشل الخارجي ثم تكاليف الوقاية. وأكدت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تكاليف الجودة وتحسين الأداء في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين، وأوصت الدراسة بضرورة تطبيق تكاليف الجودة بمختلف أنواعها لتحسين الأداء في القطاع الصحي.

دراسة بولفعة (2025) تهدف هذه الدراسة إلى إبراز أهم المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي الجزائري، وكذا كيفية تجاوزها من خلال تبني الحوكمة الصحية بمختلف مبادئها وأسسها والفواعل المتدخلة في تحقيقها، كما تهدف الدراسة أيضا إلى تبيان العقبات أو المشاكل التي تعترض عملية حوكمة القطاع الصحي، خاصة مع التحديات الصحية والاجتماعية الملحة التي أصبحت تستدعي تركيز الجهود أكثر لتحقيق نتائج أفضل من حيث الرعاية الصحية المقدمة، الأمر الذي يتطلب المزيد من الاهتمام والتوجه نحو تحقيق تنمية صحية مستدامة. توصلت هذه الدراسة إلى أن حوكمة القطاع الصحي تحتاج إلى توافر المقومات والأطر القانونية والمؤسسية المناسبة، إضافة إلى الانطلاق من دراسة تشخيصية للكشف عن حقيقة الوضع الذي يعيشه هذا القطاع، من أجل بلوغ أهداف الحوكمة الصحية في وضع سياسات صحية رشيدة ترقى بمستوى أداء المنظومة الصحية الجزائرية.

<u>تعقيب على الدراسات السابقة</u>

يتضح من عرض الدراسات السابقة :-

أ. أن هناك سمة اتفاق على الأهمية الجوهرية لمبادئ الحوكمة الرشيدة، ولاسيما الشفافية والمساءلة والعدالة والمشاركة، بوصفها مرتكزات أساسية لتحسين الأداء المؤسسي وجودة الخدمات وتعزيز الكفاءة والنزاهة في مختلف القطاعات. وقد أثبتت العديد من الدراسات، **مثل Nginyo, Ngui, Ntale (2018) والوكيل (2021)**، وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة وتحسن الأداء المؤسسي. إلا أن هذه النتائج، على أهميتها، تعكس محدودية واضحة في المعالجة، إذ انحصرت في قياس المخرجات التنظيمية أو التنافسية، وتجاهلت بصورة شبه كاملة الدور الأساسي للحوكمة في تشكيل عمليات صنع السياسات العامة ذاتها.

ب. فيما يتعلق بالقطاع الصحي، أكدت دراسات **الرمادي (2022) والدسوقي (2023) وشملان (2024)** أن تطبيق الحوكمة الرشيدة يسهم في تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية ورفع كفاءة الأداء وتعزيز الرضا الوظيفي. غير أن هذه الدراسات اتسمت بطابع تقويمي ، حيث تعاملت مع الحوكمة كأداة لاحقة لتطبيق السياسات، وركزت على قياس آثارها داخل المؤسسات الصحية، دون التعمق في تحليل الكيفية التي تُدمج بها مبادئ الحوكمة في المراحل التأسيسية لصنع سياسات

الرعاية الصحية، مثل تشخيص المشكلات الصحية، وتحديد الأولويات، وصياغة البدائل، وآليات اتخاذ القرار، والمتابعة والتقييم.

ج.تشير الدراسات التي تناولت الحوكمة من منظور مكافحة الفساد أو دعم التنمية، مثل دراسات **العجمي (2023) والقصاص (2023) وفهمي وهاشم (2024)**، إلى الدور الإصلاحي المهم للحوكمة في تحسين كفاءة المؤسسات وتعزيز النزاهة. إلا أن هذه الدراسات عالجت مفهوم الحوكمة في إطار عام، أو ركزت على قطاعات لا تعكس الخصوصية التنظيمية والوظيفية لقطاع الرعاية الصحية، وهو ما يحد من إمكانية تعميم نتائجها على سياسات الرعاية الصحية، التي تتسم بحساسية اجتماعية عالية وتأثير مباشر في حقوق المواطنين وجودة حياتهم.

د. ومن ناحية أخرى، تُظهر الدراسات المرتبطة بسياسات الرعاية الصحية تباينًا واضحًا ، حيث تناولت بعضها صنع السياسات من منظور سياسي– مؤسسي، كما في دراسة **Yonemura (2005)**، التي أبرزت دور الفاعلين السياسيين، والأطر القانونية، والضغوط المجتمعية في انتقال السياسات من مبادرات محلية إلى سياسات وطنية. غير أن هذه الدراسة، رغم قيمتها النظرية، لم تُفرد تحليلًا خاصًا لسياسات الرعاية الصحية، كما لم تربط بصورة مباشرة بين عمليات صنع السياسات ومبادئ الحوكمة الرشيدة كإطار حاكم لهذه العمليات.

هـ.من ناحية ثانية، اتجهت دراسات أخرى، مثل **الشرعة (2012)**، إلى التركيز على تحسين الأداء الخدمي من خلال مداخل إدارية تشغيلية، كإدارة الجودة الشاملة، دون مساءلة الإطار السياسي الذي يحكم توزيع الموارد الصحية أو توجيه القرارات الاستراتيجية. كما ركزت دراسات **الخلايلة (2021) وعلي (2023) وجميل (2024)** على أدوات تنفيذية وتقنية واقتصادية لتحسين الرعاية الصحية، مثل الذكاء الاصطناعي والخصخصة وإدارة تكاليف الجودة، إلا أنها تناولت هذه الأدوات بوصفها حلولًا تقنية منفصلة، ولم تدمجها ضمن تحليل شامل لعملية صنع سياسة الرعاية الصحية في ظل منظومة حوكمة رشيدة.

و. وتُعد دراسة **بولفعة (2025)** من المحاولات القليلة التي اقتربت من الربط بين الحوكمة وسياسات الرعاية الصحية، حيث أكدت ضرورة توافر الأطر القانونية والمؤسسية والتشخيص الواقعي للقطاع الصحي. ومع ذلك، ظلت هذه الدراسة في حدود التحليل الوصفي العام، دون تقديم نموذج تحليلي يوضح كيف تؤثر أبعاد الحوكمة الرشيدة فعليًا في مراحل صياغة وتنفيذ وتقييم سياسات الرعاية الصحية.

ز. بناءً على ما سبق، يمكن القول إن الدراسات السابقة، تعاني من فجوة تحليلية واضحة تتمثل في الفصل بين دراسة الحوكمة الرشيدة ودراسة سياسات الرعاية الصحية، حيث جرى التركيز إما على نتائج السياسات أو على تحسين الأداء المؤسسي، مع إغفال تحليل الحوكمة بوصفها إطارًا حاكمًا

ومؤسسًا لعملية صنع السياسة الصحية. ومن هنا، تأتي الدراسة الحالية لتسد هذه الفجوة من خلال تقديم تحليل معمّق لدور الحوكمة الرشيدة في توجيه وصياغة وتنفيذ وتقييم سياسات الرعاية الصحية، بما يسهم في بناء سياسات أكثر عدالة وكفاءة واستدامة، ويعزز من قدرة النظام الصحي على الاستجابة للاحتياجات المجتمعية المتغيرة.

ثالثاً: صياغة مشكلة الدراسة:

تُعد الرعاية الصحية أحد الركائز الأساسية للتنمية البشرية، غير أن سياسات الرعاية الصحية في مصر تواجه تحديات هيكلية ومؤسسية تتعلق بضعف الكفاءة، وتباين مستويات الجودة، وعدم العدالة في توزيع الخدمات، فضلًا عن محدودية المشاركة المجتمعية وغياب آليات المساءلة الفعالة.

وفي هذا السياق، برز مفهوم الحوكمة الرشيدة كمدخل حديث لتحسين الأداء المؤسسي وصنع السياسات العامة، إلا أن مدى توظيف هذا المدخل في عملية صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر لا يزال محل تساؤل علمي وتطبيقي. وعليه، تتمحور إشكالية الدراسة حول التساؤل الرئيس: **إلى أي مدى يسهم تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة في تحسين عملية صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر؟**

رغم الاهتمام المتزايد بالحوكمة في سياق الرعاية الصحية في مصر، ووجود جهود واضحة من قبل الجهات الحكومية، إلا أن هناك فجوة بحثية واضحة تتعلق بدراسة العلاقة بين تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة وصياغة سياسات صحية فعّالة في مصر بشكل منهجي وتحليلي.

ولذلك، تتحدد مشكلة هذه الدراسة في تحليل دور الحوكمة الرشيدة كعامل رئيس في تحسين عملية صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر، وقياس مدى تأثيرها على جودة هذه السياسات وتحقيق الأهداف الإستراتيجية لصالح الارتقاء بالنظام الصحي، وتحديد التحديات التي تواجه تطبيق مبادئ الحوكمة في هذا السياق.

رابعاً: أهمية الدراسة:

تكتسب دراسة الحوكمة الرشيدة ودورها في صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر أهمية علمية وتطبيقية خاصة، في إطار تخصص التخطيط الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية، نظرًا لما يمثله قطاع الرعاية الصحية كأحد المجالات الأساسية للتدخل التخطيطي الهادف إلى تحسين نوعية الحياة وتحقيق العدالة الاجتماعية. وتتجلى أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

1. تحليل مفهوم الحوكمة الرشيدة وتطبيقاته في مجال سياسات الرعاية الصحية، بما يدعم التكامل بين مفاهيم الحوكمة، والتخطيط، ويُثري الأدبيات العلمية في الخدمة الاجتماعية.

2. تحليل آليات صنع سياسات الرعاية الصحية في ضوء مبادئ الحوكمة الرشيدة، مثل الشفافية، والمساءلة، والعدالة، والمشاركة المجتمعية، وسيادة القانون، بما يساعد على تطوير سياسات صحية أكثر كفاءة وعدالة واستجابة للاحتياجات الفعلية للمجتمع.

3. تكتسب الدراسة أهمية تطبيقية في ظل التحديات التي تواجه نظام الرعاية الصحية في مصر، مثل محدودية الموارد، والتفاوت في توزيع الخدمات الصحية، وزيادة الطلب على الخدمات، وهو ما يتطلب تبني مداخل تخطيطية حديثة قائمة على الحوكمة الرشيدة.

4. تسهم الدراسة في دعم جهود الإصلاح الصحي وتحقيق أهداف التنمية المستدامة ورؤية مصر 2030، من خلال تقديم مقترحات تخطيطية يمكن أن يستفيد منها صانعو السياسات، ومتخذو القرار، والعاملون في مجال التخطيط الاجتماعي والخدمة الاجتماعية.

5. تقدم الدراسة نتائج وتوصيات قابلة للتطبيق يمكن أن تسهم في تحسين كفاءة وفاعلية سياسات الرعاية الصحية، وتعزيز دور الخدمة الاجتماعية في التخطيط والمتابعة والتقويم داخل المؤسسات الصحية.

خامساً: أهداف الدراسة:-

1. رصد واقع تطبيق الحوكمة الرشيدة بقطاع الرعاية الصحية في مصر.
2. تحديد مستوى تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر.
3. تحديد العلاقة بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر.
4. تحديد المعوقات التي تواجه إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر.
5. تحديد مقترحات تفعيل إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر.
6. التوصل إلى آليات تخطيطية مقترحة لتفعيل إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر.

سادساً: فروض الدراسة:-

يتحدد الفرض الرئيس للدراسة في: " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ": وينبثق من هذا الفرض الرئيس الفروض الفرعية التالية:

1. توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم وضع سياسات الرعاية الصحية في مصر.

2. توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في مصر.

3. توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم تقويم سياسات الرعاية الصحية في مصر.

سابعاً: الموجهات النظرية للدراسة:-

نظرية الحوكمة الرشيدة

تركّز نظرية الحوكمة الرشيدة على مجموعة من المبادئ الأساسية التي تهدف إلى تحسين إدارة المؤسسات العامة بما يحقق العدالة وجودة الخدمات، ومن أبرز هذه المبادئ:

أ. **الشفافية** : وضوح السياسات والقرارات والإجراءات المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية أمام المواطنين وأصحاب المصلحة.

ب. **المساءلة** : قدرة النظام الصحي على محاسبة الجهات المسؤولة عن اتخاذ القرارات وتنفيذ سياسات الرعاية الصحية.

ج. **المشاركة** : إشراك مختلف الأطراف المعنية، بما في ذلك العاملين والمستفيدين، في عمليات صنع وتنفيذ سياسات الرعاية الصحية.

د. **العدالة والمساواة** : ضمان إتاحة الخدمات الصحية بصورة عادلة ومتساوية لكافة فئات المجتمع دون تمييز.

هـ. **الاستجابة** : قدرة النظام الصحي على الاستجابة الفعّالة لاحتياجات المواطنين وتوقعاتهم الصحية في الوقت المناسب.

ويمكن توظيف نظرية الحوكمة الرشيدة مع الدراسة فى الجدول التالى:-

المجال	الآليات المستخدمة
تحليل سياسات الرعاية الصحية القائمة	تقييم سياسات الرعاية الصحية الحالية من حيث وضوح الإجراءات، وعدالة التوزيع، ومدى استجابتها لاحتياجات المواطنين
تصميم سياسات صحية جديدة	إشراك الأطراف المعنية (صنّاع القرار، مقدمو الخدمة، المستفيدون) في مراحل الصياغة واتخاذ القرار
متابعة التنفيذ والتقييم	تطوير آليات للمتابعة الدورية وقياس الأداء وربط النتائج بالأهداف المعلنة
تعزيز التعاون بين المؤسسات	تنسيق الأدوار بين الجهات الحكومية والهيئات المعنية ومنظمات المجتمع المدني

المجال	الآليات المستخدمة
تحسين جودة الخدمات الصحية	توجيه الموارد وفق أولويات صحية واضحة وضمان وصول الخدمات بعدالة لجميع الفئات

وبذلك يسهم توظيف نظرية الحوكمة الرشيدة في هذه الدراسة في توفير إطار تحليلي متكامل يربط بين مبادئ الإدارة الرشيدة وصنع سياسات الرعاية الصحية، بما يسمح بتقييم السياسات القائمة، ودعم عملية اتخاذ القرار، وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

ثامناً : الإطار النظرى للدراسة ومفاهيمها:-

1- مفهوم الحوكمة الرشيدة

يَرْجِعُ أَصْلُ كَلِمَةِ الحَوْكَمَةِ فِي اللُّغَةِ العَرَبِيَّةِ إِلَى الفِعْلِ حَكَمَ، وَحَكَمَ الأَمْرَ حُكْمًا أَيْ قَضَى فِيهِ، وَيُقَالُ :حَكَمَ لَهُ وَحَكَمَ عَلَيْهِ، وَحَكَمَ بَيْنَهُمْ أَيْ فَصَلَ بَيْنَهُمْ وَقَضَى بِالعَدْلِ (مُعْجَمُ اللُّغَةِ العَرَبِيَّةِ، 2004، ص 190). أَمَّا كَلِمَةُ Governance فِي اللُّغَةِ الإِنْجِلِيزِيَّةِ فَتَأْتِي مِنَ الفِعْلِ Govern، وَتَعْنِي: يَتَحَكَّمُ فِي، يَحْكُمُ، يَسُوسُ، يُهَيْمِنُ، يُسَيْطِرُ، أَوْ يَكُونُ ذَا نُفُوذٍ حَاسِمٍ (البَعْلَبَكِي، 1995، ص 396) الحوكمة هى مجموعة القواعد الطموحة الموجهة لإعانة ومساعدة متخذى القرار للالتزام بالشفافية، فى إطار قيام المساءلة على قاعدة حوارية واضحة المعالم وتساهم كل الأطراف الفاعلة فى النشاطات المختلفة (خضر، 2012، ص 80).

تعرف الحوكمة الرشيدة بأنها تلك الحوكمة القائمة على النزاهة والشفافية والمساءلة والمحاسبة ومكافحة الفسادة وتحقيق العدالة دون أى تمييز من خلال تطبيق القانون على الجميع (Appiagyei, et al, 2022, p51)

تُعد الحوكمة الرشيدة إحدى الآليات الفاعلة التي تسهم في تحقيق التنمية الاقتصادية وتعزيز رفاه المجتمع، كما تعمل على ترسيخ قيم الديمقراطية والعدالة وتكافؤ الفرص، إلى جانب دعم مبادئ الشفافية التي تكفل النزاهة، وتعزيز سيادة القانون، ورسم الحدود الفاصلة بين المصالح العامة والخاصة، بما يحول دون إساءة استخدام المنصب أو استغلال النفوذ.(أبو النصر، 2015، ص 49) ووفقًا لتعريف **برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)** ، تُعرَّف الحوكمة الرشيدة بأنها ممارسة السلطة الاقتصادية والسياسية والإدارية لإدارة شؤون الدولة على مختلف المستويات، وتشمل مجموعة العمليات والآليات والمؤسسات التي يتم من خلالها تمكين المواطنين والجماعات من التعبير عن مصالحهم واحتياجاتهم، وممارسة حقوقهم القانونية، والوفاء بالتزاماتهم، وقبول الوساطة لحل نزاعاتهم، بما يضمن الاستخدام الأمثل للموارد، ويحقق العدالة، ويكفل تطبيق سيادة القانون (UNDP, 1997, p156).

كما يُعرِّف **البنك الدولي** الحوكمة الرشيدة بأنها الأسلوب الذي يتم من خلاله اختيار الحكومات ومراقبة أدائها، ومدى قدرتها على صياغة سياسات رشيدة في المجالات السياسية والاقتصادية والإدارية، وتنفيذ هذه السياسات بكفاءة وفاعلية، فضلًا عن مستوى التزام الأفراد والمؤسسات بها .(The World Bank, 1992)

وتُعرَّف الحوكمة الرشيدة إجرائيًا في هذه الدراسة بأنها: إطار من الممارسات والآليات المؤسسية التي تحكم عملية صنع وتنفيذ ومتابعة سياسات الرعاية الصحية في مصر، ويقوم على التزام الجهات الصحية المعنية بمبادئ الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، والعدالة والمساواة، والاستجابة لاحتياجات المواطنين، بما يضمن حسن استخدام الموارد الصحية، وتحسين جودة الخدمات المقدمة، وتعزيز ثقة المجتمع في سياسات الرعاية الصحية.

مبادئ الحوكمة الرشيدة

تُعد الحوكمة الرشيدة من المفاهيم الأساسية في إدارة المؤسسات العامة والخاصة، إذ تهدف إلى ضمان الإدارة الرشيدة للموارد وصنع القرار بطريقة تعزز الشفافية والمساءلة والكفاءة.

ترتكز مبادئ الحوكمة على مجموعة من المبادئ الشاملة، حيث لا تقتصر فقط على قاعدة قانونية تلتزم بها المنظمة بل هى عملية واسعة يتم تطبيقها وفقا لنوع المنظمة وحجمها ورسالتها وتطورها وبيئتها القانونية ومواردها.

وتتنوع تلك المبادئ الأساسية فى المنظمات الصحية طبقا للخبرة العملية والبيئة التشريعية المتوفرة لديها، كذلك الممارسات الأساسية مثل الجودة فى تقديم الخدمة والصحة والسلامة وإدراة المخاطر وإدارة البيانات والخصوصية والأمان.

كما تعمل هذه المبادئ بشكل متصل بعضها ببعض لتحقيق مبدأ النزاهة والشفافية وخدمة أصحاب المصلحة من مجلس إدارة ومساهمين وموردين ومقدمى الخدمة الصحية والمرضى والمجتمع المحلى.

وقد حددت المنظمات الدولية، مثل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) والبنك الدولي (World Bank) ، مجموعة من المبادئ الرئيسة التي تشكل الأساس لأي نظام حوكمة فعّال، وتشمل ما يلي:

1. المشاركة : تمكين جميع فئات المجتمع من المشاركة في صنع القرار مباشرة أو من خلال ممثلين منتخبين، بما يعزز الشفافية والمسؤولية المجتمعية.
2. سيادة القانون : ضمان خضوع الجميع للقانون وتطبيقه بعدالة، بما يشمل مكافحة الفساد وتعزيز استقلال القضاء.

3. الشفافية: إتاحة المعلومات والقرارات الحكومية للمواطنين بوضوح، وتمكينهم من الاطلاع على كيفية إدارة الموارد العامة.

4. المساءلة : التزام المسؤولين والمؤسسات بمحاسبة أنفسهم أمام الهيئات الرقابية والمجتمع عن قراراتهم وأدائهم.

5. الاستجابة: قدرة المؤسسات على تلبية احتياجات المواطنين بسرعة وكفاءة، والتفاعل مع القضايا العامة بمرونة.

6. التوافق : تحقيق التوازن والتفاهم بين مختلف الأطراف ذات المصلحة حول القرارات والسياسات العامة.

7. العدالة والإنصاف : ضمان استفادة جميع فئات المجتمع من الموارد والخدمات دون تمييز، وخاصة الفئات الضعيفة والمهمشة.

8. الفعالية والكفاءة: تحقيق الأهداف المرجوة بأفضل استخدام ممكن للموارد المتاحة، مع الحرص على استدامة النتائج.

9. الرؤية الإستراتيجية: تبنّي رؤية طويلة المدى تراعي الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية لتحقيق التنمية المستدامة.

وتُعد هذه المبادئ الإطار العام الذي يُمكّن المؤسسات من تحقيق التنمية الشاملة وتعزيز ثقة المواطنين في الأداء الحكومي، خاصة في القطاعات الحيوية مثل الصحة والتعليم، حيث تمثل الحوكمة الرشيدة أداة أساسية لتحسين جودة الخدمات وضمان العدالة الاجتماعية.

تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة في قطاع الرعاية الصحية في مصر

تسعى جمهورية مصر العربية خلال السنوات الأخيرة إلى تعزيز تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة في قطاع الرعاية الصحية كجزء من برنامجها للإصلاح الإداري وتحقيق أهداف رؤية مصر 2030. ويأتي هذا التوجه انطلاقًا من إدراك الدولة أن تطوير منظومة الصحة العامة لا يتحقق فقط من خلال زيادة الإنفاق أو التوسع في البنية التحتية، بل من خلال ترسيخ مبادئ الشفافية والمساءلة والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية. وقد تبنت الحكومة المصرية مجموعة من السياسات والإجراءات المستمدة من مبادئ الحوكمة الرشيدة، ومن أبرز مظاهر تطبيقها ما يلي:

1. تعزيز الشفافية والمساءلة: تم تطبيق نظم رقابية ومحاسبية داخل المستشفيات الحكومية والجامعية لضمان الاستخدام الأمثل للموارد ومكافحة الفساد الإداري، مع تحسين نظم الإفصاح المالي والإداري أمام الجهات الرقابية والمواطنين.

2. فصل الملكية عن الإدارة: تبنّت الدولة فكرًا إداريًا جديدًا يقوم على فصل ملكية المستشفيات العامة عن إدارتها، والسماح بمشاركة القطاع الخاص في الإدارة وفق نظم إدارية حديثة، بما يحقق الكفاءة التشغيلية وجودة الخدمة.

3. توسيع المشاركة والتكامل بين القطاعات: شجعت الدولة على الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الطبية، بهدف تحسين جودة الرعاية الصحية وضمان وصولها إلى جميع فئات المجتمع بعدالة.

4. تحسين الكفاءة والفعالية: تم تنفيذ برامج تطوير مؤسسي لتأهيل الكوادر الطبية والإدارية، واعتماد معايير الجودة والاعتماد الصحي بالمستشفيات الحكومية بما يتماشى مع المعايير الدولية.

5. العدالة في توزيع الخدمات الصحية: عملت الحكومة على ضمان التوزيع العادل للمستشفيات والمراكز الطبية في مختلف المحافظات، خاصة في المناطق الريفية والمحرومة، بما يعزز العدالة الاجتماعية والإنصاف في الحصول على الرعاية الصحية.

ويُعدّ تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة في القطاع الصحي خطوة جوهرية نحو بناء نظام صحي أكثر كفاءة واستدامة، قادر على تلبية احتياجات المواطنين وتحقيق الأبعاد الإنسانية والاجتماعية للتنمية المستدامة.

أهمية الحوكمة في الرعاية الصحية

تُعرَّف الحوكمة الرشيدة بأنها النظام الذي يحدد كيفية اتخاذ القرارات وتنفيذها ومراقبتها داخل منظومة ما، بما يضمن مشاركة أصحاب المصلحة، وسيادة القانون، والشفافية، والمساءلة، والكفاءة في استخدام الموارد في سبيل تحقيق الأهداف السياسية المنشودة.

وتُعد الحوكمة من الركائز التي أوصت بها المنظمات الدولية كمنظمة الصحة العالمية لتعزيز فعالية النظم الصحية، خاصة في مواجهة التحديات المعقدة مثل إشراك القطاع الخاص، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة World Health Organization .

أما الرعاية الصحية فتشير إلى مجموعة الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية التي تُقدم للأفراد بهدف الحفاظ على الصحة وتحسينها، وتُعد صياغة سياسات الرعاية الصحية من أهم أدوات التخطيط لضمان توزيع عادل للخدمات، وتحديد أولويات التمويل، ورفع جودة الرعاية.

وعلى المستوى الدولي، تؤكد منظمة الصحة العالمية على أن قوّة أي نظام صحي لا تُقاس فقط بموارده، بل بمدى نجاحه في تنفيذ سياسات صحية قائمة على المعرفة، وتُدار وفق مبادئ الحوكمة الرشيدة، بما في ذلك الرقابة، والمساءلة، والمشاركة الفاعلة من جميع القطاعات المعنية World Health Organization .

2- مفهوم صنع سياسات الرعاية الصحية

يشير مفهوم صنع سياسات الرعاية الصحية (Health Policy Making) إلى العملية المنهجية التي يتم من خلالها تحديد المشكلات الصحية العامة، وصياغة الاستجابات الحكومية والمجتمعية لها، وتنفيذها، ثم تقييم نتائجها، بهدف تحسين صحة الأفراد والمجتمع (Buse, Mays & Walt, 2012).

ويُنظر سياسات الرعاية الصحية على أنها مجموعة من القرارات التي تتخذها الجهات الرسمية، والتي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في النظام الصحي.(WHO, 2010)

يُعدّ صنع سياسات الرعاية الصحية من الركائز الأساسية للأنظمة الصحية الحديثة، لما له من دور محوري في تحسين مستوى صحة السكان، وتحقيق العدالة في الحصول على الخدمات الصحية، وضمان الاستخدام الأمثل للموارد المحدودة. ومع تزايد التحديات الصحية العالمية مثل التحولات الديموغرافية، وارتفاع تكاليف الرعاية، وانتشار الأمراض المزمنة، أصبح تطوير سياسات صحية فعّالة وقائمة على الأدلة العلمية ضرورة حتمية.

إن صنع سياسات الرعاية الصحية عملية معقدة ومتعددة الأبعاد، تتطلب تكامل المعرفة العلمية مع الفهم السياسي والاجتماعي. وتزداد الحاجة اليوم إلى تطوير سياسات صحية مرنة، عادلة، وقائمة على الأدلة، قادرة على الاستجابة للتحديات الصحية المتسارعة.

ويُعرَّف صنع سياسات الرعاية الصحية إجرائيًا في هذه الدراسة بأنه: عملية مؤسسية منظمة تتضمن تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية، وصياغة السياسات والقرارات الصحية، وتنفيذها، ومتابعة وتقويم نتائجها، وذلك في إطار من الشفافية، والمشاركة، والمساءلة، والعدالة، والاستجابة لاحتياجات المواطنين، وبما يسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وضمان الاستخدام الأمثل للموارد الصحية في مصر.

العوامل المؤثرة في صنع سياسات الرعاية الصحية

- العوامل السياسية : الاستقرار السياسي، أولويات الحكومة.
- العوامل الاقتصادية : مستوى الدخل القومي، تمويل الصحة.
- العوامل الاجتماعية : الثقافة، الوعي الصحي.
- العوامل العلمية : توفر الأدلة والبحوث الصحية.
- العوامل الدولية : توصيات المنظمات العالمية، العولمة الصحية.

التحديات المعاصرة لصنع سياسات الرعاية الصحية

1. محدودية الموارد مقابل تزايد الطلب على الخدمات الصحية.
2. ضعف استخدام الأدلة العلمية في اتخاذ القرار.
3. تضارب المصالح بين الفاعلين.

4. عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية.
5. التحديات الناتجة عن الأوبئة والطوارئ الصحية العالمية.

3- المؤسسات الصحية

تعرف المؤسسات الصحية على أنها منظمات تقدّم خدمات الرعاية الصحية (العلاجية والتشخيصية والرعاية) عبر مرافق متعددة.

وهي الكيانات التنظيمية الرسمية وغير الرسمية التي تُعنى بتقديم الرعاية الصحية والخدمات الطبية، وتنظيم وتنسيق الموارد، وتنفيذ سياسات الرعاية الصحية لتحقيق أهداف النظام الصحي، وتشمل هذه المؤسسات (Cruz& Gonçalves, 2013) :

أ. الوزارات والهيئات الحكومية المعنية بالصحة (مثل وزارة الصحة).
ب. مديريات الصحة/الأقسام الإدارية الصحية بالمحافظات.
ج. المستشفيات العامة والخاصة.
د. مراكز الرعاية الصحية الأولية ووحدات الخدمة.
هـ. مؤسسات التموين، المختبرات، الصيدليات، خدمات الإسعاف والطوارئ.

المفهوم الإجرائي للمؤسسات الصحية في الدراسة يُقاس عبر نوع المؤسسة، المستوى الإداري (محافظة/ إدارة/ مستشفى)، والوظائف والمسؤوليات المتعلقة بصنع وتنفيذ سياسات الرعاية الصحية.

تاسعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة:-

(1) منهجية الدراسة:

تعد هذه الدراسة من **الدراسات الوصفية** التي تركز على رصد ووصف وتحليل العلاقة بين **تطبيق الحوكمة الرشيدة** (كمتغير مستقل) **وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر** (كمتغير تابع) وصولاً إلى **آليات تخطيطية مقترحة** لتفعيل إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر وذلك من خلال الاستشهاد في هذا الوصف والرصد والتحليل والاستنتاج بمعطيات الأدبيات والأطر النظرية العلمية ونتائج ودلالات الأطر الميدانية التطبيقية للدراسة. واتساقاً مع نوع الدراسة وما تسعى إلى تحقيقه من أهداف، فقد اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام **منهج المسح الاجتماعي بالعينة المتاحة " العينة الميسرة للباحث " للمسئولين بمديرية الشئون الصحية بمحافظة أسيوط ومؤسسات الرعاية الصحية الحكومية التابعة لها** وعددهم (123) مفردة. **وتوزيعهم كما يلي:**

جدول رقم (1) يوضح توزيع المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط مجتمع الدراسة

م	الوظائف		عدد المسئولين
1	مديري مديرية الشئون الصحية بمحافظة أسيوط والإدارات الصحية التابعة لها	قطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط	4
2	نائب مديري مديرية الشئون الصحية بمحافظة أسيوط والإدارات الصحية التابعة لها		4
3	مدير منشأة صحية حكومية بمحافظة أسيوط		25
4	مدير إدارة الطب الوقائي بالمديرية والإدارات الصحية التابعة لها		16
5	مدير إدارة مكافحة العدوى بالمديرية والإدارات الصحية التابعة لها		13
6	مسئول المتابعة والتقييم بالمديرية والإدارات الصحية التابعة لها		11
7	مسئول التخطيط والسياسات الصحية بالمديرية والإدارات الصحية التابعة لها		12
8	مسئول الجودة والحوكمة الصحية بالمديرية والإدارات الصحية التابعة لها		11
9	مسئول بهيئات التأمين الصحي بمحافظة أسيوط		9
10	رئيس قسم بالمديرية والإدارات الصحية التابعة لها		18
	المجموع		123

وترجع مبررات اختيار قطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط نظراً لأن الحوكمة الرشيدة تلعب دوراً حاسماً بالقطاع في تعزيز جودة خدمات الرعاية الصحية، وضمان العدالة التوزيعية، وتعظيم كفاءة الموارد المتاحة، وترسيخ الشفافية والمساءلة، وتطوير أداء المستشفيات الحكومية، وإدارة المبادرات الصحية القومية، وضمان استدامة الخدمات الصحية، وتطوير البنية التحتية وفقاً لرؤية مصر 2030.

(2)متغيرات الدراسة ومصادرها:

المتغير المستقل " تطبيق الحوكمة الرشيدة "	المتغير التابع " تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية "
الشفافية	تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية
المساءلة	تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية
المشاركة	تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية
سيادة القانون	وتحددت أهم مصادر تلك المتغيرات في الأدبيات النظرية الموجهة للدراسة، وكذلك الدراسات السابقة ذات الصلة بالقضية البحثية للدراسة، بالإضافة إلى الاستراتيجية الوطنية للصحة في مصر 2024-2030، وأخيراً نماذج صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.
الاستجابة	
العدالة	

(3)أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات جمع البيانات في:

- **استبيان للمسئولين حول الحوكمة الرشيدة وصنع سياسات الرعاية الصحية في مصر:**

1. قامت الباحثة بتصميم استبيان للمسئولين حول الحوكمة الرشيدة وصنع سياسات الرعاية الصحية في مصر اعتماداً على التراث النظري الموجه للدراسة، وكذلك الدراسات السابقة ذات الصلة بالقضية البحثية للدراسة.

2. اشتمل استبيان المسئولين على المحاور التالية: البيانات الأولية، وأبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة بقطاع الرعاية الصحية في مصر، وأبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر، والمعوقات التي تواجه إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر، ومقترحات تفعيل إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر.

3. اعتمد استبيان المسئولين على فئات التدرج الثلاثي لمقياس ليكرت، بحيث تكون الاستجابة لكل عبارة (نعم، إلى حد ما، لا) وأعطيت لكل استجابة من هذه الاستجابات وزناً (درجة/ قيمة)، وذلك كما يلي:

جدول رقم (2) يوضح توزيع درجات استبيان المسئولين

الاستجابات	نعم	إلى حد ما	لا
الدرجات/ القيم	3	2	1

4. تحديد مستويات المتوسطات الحسابية لأبعاد الدراسة:

يمكن تحديد مستوى أبعاد الدراسة باستخدام المتوسط الحسابي، حيث تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والحدود العليا)، وتم حساب المدى= أكبر قيمة – أقل قيمة (3–1 = 2)، ثم تم تقسيم المدى على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (3/2 = 0.67) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهى الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، **وذلك كما يلي:**

جدول رقم (3) يوضح توزيع مستويات المتوسطات الحسابية لأبعاد الدراسة

القيم	المستوى
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1 إلى 1.67	مستوى منخفض
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1.68 إلى 2.34	مستوى متوسط
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 2.35 إلى 3	مستوى مرتفع

5. صدق الأداة:

(أ) صدق المحتوى " الصدق المنطقي ":

- اعتمدت الباحثة على صدق المحتوى " الصدق المنطقي " **لاستبيان المسئولين** لتحديد مدى تمثيل **الاستبيان** للميدان البحثي الذي يقيسه، وتحديد مدى ملائمة الإجراءات العلمية المتبعة لبنائه، وكذلك التحقق من جودته العلمية من حيث تصميم البناء اللغوي ومناسبة المفردات للمبحوثين، والأهداف المستهدف تحقيقها، والتعريفات الإجرائية للمفاهيم المراد قياسها، مما يساعد على تجويد الأداة وإخراجها في صورة مقبولة علمياً ولغوياً وفنياً وبحثياً، وذلك من خلال الإطلاع

علي الأدبيات النظرية والكتب العلمية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت أبعاد الدراسة، ثم تحليلها. وذلك لتحديد أبعاد **تطبيق الحوكمة الرشيدة** والمتمثلة في: " **الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، وسيادة القانون، والاستجابة، والعدالة** "، وتحديد أبعاد **تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية** والمتمثلة في: " **تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية، وتدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية، وتدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية** "، وتحديد **المعوقات** التي تواجه إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر، وتحديد **مقترحات** مواجهتها.

- ثم تم عرض **استبيان المسئولين** على عدد (3) محكمين من أعضاء هيئة التدريس – تخصص التخطيط الاجتماعي **بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة أسيوط وكلية الخدمة الاجتماعية جامعة العاصمة " جامعة حلوان سابقاً "** لإبداء الرأي في صلاحية الأداة من حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية وارتباطها بأبعاد الدراسة من ناحية أخرى، وقد تم تعديل وإضافة وحذف بعض العبارات وإعادة تصحيح بعض أخطاء الصياغة اللغوية للبعض الأخر، وبناء على ذلك تم صياغة الأداة في صورتها النهائية، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها في تحقيق أهداف الدراسة واختبار صحة فروضها.

(أ) صدق الاتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة في حساب صدق الاتساق الداخلي **لاستبيان المسئولين** على معامل ارتباط كل بعد في الأداة بالدرجة الكلية للأداة، وذلك بتطبيقه على عينة قوامها (10) مفردات من **المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط** " مجتمع الدراسة ". وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، كما أن نتائج معامل الصدق مقبولة وتتسم بالترابط الوثيق بين أبعاد الأداة، **وذلك كما يلي:**

جدول رقم (4) يوضح نتائج الاتساق الداخلي بين أبعاد استبيان المسئولين ودرجة الأداة ككل

المسئولين (ن=10) / الأبعاد	أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة	أبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية	المعوقات	المقترحات	أبعاد استبيان المسئولين ككل
قيمة معامل (R)	0.961	0.893	0.938	0.865	1
الدلالة	**	**	**	**	
قوة معامل الارتباط	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي تام

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن:

توجد علاقة طردية دالة إحصـــائياً عند مســـتوى معنوية (0.01) بين أبعاد **اســـتبيان المســـئولين** لكل بعد على حدة من ناحية وللأبعاد كلها من ناحية أخرى، بمعنى دلالة العلاقات التبادلية بين كل بعد في الأداة والدرجة الكلية للأداة، ومن ثم تحقق مســـتوى الثقة في الأداة والاعتماد على نتائجها.

1. ثبات الأداة:

اعتمدت الباحثة في التحقق من إجراءات ثبات **استبيان المسئولين** على استخدام معامل ثبات (ألفاـــ كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية للأداة. وكذلك تم استخدام معادلة سبيرمان – براون للتجزئة النصفية للثبات، حيث تم تقسيم عبارات كل بعد إلى نصفين، يضم النصف الأول القيم التي تم الحصـــول عليها من الاســـتجابة للعبارات الفردية، ويضـــم النصـــف الثاني القيم التي تم الحصول عليها من الاستجابة للعبارات الزوجية، وذلك بالتطبيق على عينة قوامها (10) مفردات **المســـئولين بقطاع الرعاية الصـــحية بمحافظة أســـيوط** " مجتمع الدراســـة "، وتبين أن معاملات الثبات للأبعاد تتمتع بدرجة عالية من الثبات والاعتمادية والموثوقية. **وذلك كما يلي:**

جدول رقم (5) يوضح نتائج ثبات استبيان المسئولين

المسئولين (ن=10)		أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة	أبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية	المعوقات	المقترحات	أبعاد استبيان المسئولين ككل
الأبعاد						
معامل ثبات (ألفا . كرونباخ)	قيمة معامل الثبات	0.960	0.977	0.845	0.930	0.985
	درجة الثبات	درجة ثبات عالية	درجة ثبات عالية	درجة ثبات عالية	درجة ثبات عالية	درجة ثبات عالية
معادلة سبيرمان براون للتجزئة النصفية للثبات	قيمة معامل (R)	0.987	0.955	0.942	0.876	0.992
	الدلالة	**	**	**	**	**
	قوة معامل الارتباط	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي
	قيمة معامل الثبات	0.993	0.977	0.970	0.934	0.996
	درجة الثبات	درجة ثبات عالية	درجة ثبات عالية	درجة ثبات عالية	درجة ثبات عالية	درجة ثبات عالية

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن:

معاملات الثبات لأبعاد **اســـتبيان المســـئولين** تتمتع بدرجة عالية من الثبات والدقة والموثوقية لكل بعد على حدة من ناحية وللأبعاد كلها من ناحية أخرى، وأصـــبحت الأداة في صـــورتها النهائية، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها، كما أن نتائجها قابلة للتعميم على مجتمع الدراسة.

(1)أساليب جمع البيانات:

اعتمدت الباحثة في عملية جمع البيانات على اســتخدام **Google Drive Models** وذلك من خلال **تصميم استبيان الكتروني للمسئولين**، وكذلك تم الاستعانة بمجموعات التواصل الاجتماعي الرسمية " **Official Social Media Groups** " كأحد الأساليب والأدوات التقنية الرقمية الحديثة المســتخدمة في البحث العلمي، وذلك لتحقيق التغطية التوزيعية الكاملة والشــاملة لمجتمع الدراسة، **وذلك باستخدام الرابط الالكتروني التالي: https://2u.pw/ZS1fgJ**

(2)أساليب التحليل الكيفي والكمي:

تم جمع البيانات في الفترة من 2026/1/1م إلى 2026/4/9م، **واعتمدت الباحثة في تحليل البيانات على الأساليب التالية:**

- **أسلوب التحليل الكيفي:** بما يتناسب وطبيعة موضوع الدراسة، حيث أنه أسلوب بحثي يركز على فهم الجوانب غير القابلة للقياس الكمي في البيانات، مثل: الأفكار، والآراء، والســـياقات الاجتماعية. ويعتمد على تحليل البيانات الوصـفية، مثل: النصـوص، والملاحظات، والمقابلات، لاستكشاف الأنماط والروابط والعلاقات بين الظواهر بجانب الاعتماد على الأرقام والإحصائيات.
- **أسلوب التحليل الكمي:** تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج الحزم الإحصـائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V. 24.0)، وقد طبقت الأسـاليب الإحصـائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، ومعامل ثبات (ألفا كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية للأداة، ومعادلة سبيرمان – براون للتجزئة النصفية للثبات، وتحليل الانحدار البسـيط، وتحليل الانحدار المتعدد، ومعامل ارتباط بيرسـون، ومعامل التحديد، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين، وتحليل التباين أحادي الاتجاه لتحديد معنوية نموذج الانحدار.

(3)الصعوبات التى واجهت الباحثة وكيفية التغلب عليها:

أ. محدودية إتاحة البيانات الخاصة بصنع سياسات الرعاية الصحية، تم التعامل مع هذه الصعوبة من خلال تنويع مصادر البيانات، والجمع بين الوثائق الرسمية وأدوات البحث الميداني، مما يعزّز دقة النتائج.

ب. ندرة الدراسات السابقة من منظور التخطيط الاجتماعي تم تجاوز هذه الصعوبة بتوظيف أطر نظرية متعددة التخصصات وتكييفها بما يتلاءم مع طبيعة الدراسة.

ج. التحديات الميدانية والزمنية لجمع البيانات، تم التغلب عليها بالتنسيق المسبق مع المؤسسات محل الدراسة، والمرونة في إجراءات التطبيق الميداني.

د. تمثلت في ضيق الوقت المتاح لدى أفراد العينة، نظرًا لانشغالهم بوظائف قيادية. وقد تم التغلب عليها من خلال التنسيق المسبق مع الجهات المعنية، وتحديد مواعيد مناسبة، وإتاحة أكثر من وسيلة لجمع البيانات (حضوري/إلكتروني).

هـ. صعوبة الوصول إلى القيادات العليا في القطاع الصحي، نظرًا لأن عينة الدراسة تضم فئات قيادية (مديري مديريات، نواب، مديري إدارات)، فقد واجهت الباحثة صعوبة في التواصل المباشر معهم. وقد تم التغلب على ذلك من خلال الاستعانة بالخطابات الرسمية، وبناء علاقات مهنية مع الجهات الصحية، مما سهل عملية الوصول للعينة المستهدفة.

و. تباين الخلفيات العلمية والوظيفية لأفراد العينة، أدى هذا التباين إلى اختلاف في فهم بعض المفاهيم المرتبطة بالحوكمة الرشيدة، وقد تم التعامل مع ذلك من خلال تصميم أداة الدراسة بصورة واضحة ومبسطة، مع توحيد المفاهيم الأساسية داخل الاستبيان.

ز. التحفظ في الإجابة على بعض الأسئلة المرتبطة بالشفافية والمساءلة نظرًا لحساسية موضوع الحوكمة، قد يتردد بعض المبحوثين في الإدلاء بآرائهم بشكل صريح. وقد تم التغلب على ذلك من خلال التأكيد على سرية البيانات واستخدامها لأغراض البحث العلمي فقط، مما شجع المشاركين على الإجابة بموضوعية.

عاشراً: نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها:-

المحور الأول: وصف المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط مجتمع الدراسة:

جدول رقم (6) يوضح وصف المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط مجتمع الدراسة (ن=123)

المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المؤهل الدراسي	ك	%
السن	48	6	مؤهل عالي	7	5.7
عدد سنوات الخبرة	20	5	دبلوم دراسات عليا	4	3.3
النوع	ك	%	ماجستير	19	15.4
ذكر	69	56.1	دكتوراه	93	75.6
أنثى	54	43.9	المجمـوع	123	100
المجمـوع	123	100			

يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن **المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط** (48) سنة، وبانحراف معياري (6) سنوات تقريباً.
- متوسط عدد سنوات خبرة **المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط** في مجال العمل (20) سنة، وبانحراف معياري (5) سنوات تقريباً.
- أكبر نسبة من **المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط** ذكور بنسبة (56.1%)، بينما الإناث بنسبة (43.9%).
- أكبر نسبة من **المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط** حاصلين علي دكتوراه بنسبة (75.6%)، يليه ماجستير بنسبة (15.4%)، ثم مؤهل عالي بنسبة (5.7%)، وأخيراً دبلوم دراسات عليا بنسبة (3.3%).
- تعكس الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة مستوى مرتفعًا من الخبرة والتأهيل العلمي لدى المسئولين بقطاع الرعاية الصحية بمحافظة أسيوط، حيث يشير متوسط العمر (48 عامًا) ومتوسط الخبرة (20 عامًا) إلى تراكم معرفي ومهني يعزز القدرة على تطبيق مبادئ الحوكمة بكفاءة، **وهو ما يتفق مع نتائج دراسة الوكيل (2021) وشملان (2024)** التي أكدت دور الخبرة والمستوى التعليمي في تحسين الأداء المؤسسي. كما أن ارتفاع نسبة الحاصلين على درجات علمية عليا يدعم الوعي بمفاهيم الحوكمة، في حين يعكس التوزيع النسبي للنوع تقاربًا قد يكون له تأثير على اختلاف تطبيق هذه المبادئ كما أشارت **دراسة العنزي والشمرى (2025)**، وبوجه عام تؤكد هذه المؤشرات توافر بيئة بشرية مؤهلة تدعم تطبيق الحوكمة الرشيدة وتحسين جودة الأداء والخدمات الصحية.

المحور الثاني: أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة بقطاع الرعاية الصحية في مصر:

(1) الشفافية:

جدول رقم (7) يوضح الشفافية بقطاع الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	تتوافر معلومات واضحة وموثوقة عن مراحل وضع سياسات الرعاية الصحية	2.64	0.5	مرتفع	1
	يتم نشر تقارير دورية حول الميزانيات والموارد المستخدمة في قطاع الصحة	2.09	0.68	متوسط	7
	يتم توضيح معايير اتخاذ القرار داخل الإدارات الصحية	2.25	0.67	متوسط	4

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
تُعلن جميع القرارات المتعلقة بسياسات الرعاية الصحية بشكل واضح	2.21	0.66	متوسط	6
تتوفر معلومات حول توزيع الموارد والخدمات الصحية لجميع المستفيدين	2.32	0.7	متوسط	3
يتم الإفصاح عن معايير تحديد أولويات البرامج الصحية	2.39	0.65	مرتفع	2
تنشر الإدارات الصحية نتائج تقييم سياسات الرعاية الصحية بشكل دوري	2.23	0.7	متوسط	5
مؤشرات الشفافية ككل	2.3	0.46	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **الشفافية بقطاع الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.3)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تتوافر معلومات واضحة وموثوقة عن مراحل وضع سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.64)، يليه الترتيب الثاني يتم الإفصاح عن معايير تحديد أولويات البرامج الصحية بمتوسط حسابي (2.39)، ثم الترتيب الثالث تتوفر معلومات حول توزيع الموارد والخدمات الصحية لجميع المستفيدين بمتوسط حسابي (2.32)، وأخيراً الترتيب السابع يتم نشر تقارير دورية حول الميزانيات والموارد المستخدمة في قطاع الصحة بمتوسط حسابي (2.09).

تعكس هذه النتائج أن مستوى الشفافية في قطاع الرعاية الصحية بمصر لا يزال عند حدٍ متوسط، وهو ما يدل على وجود جهود قائمة في إتاحة المعلومات، لكنها غير كافية لتحقيق شفافية كاملة وشاملة. فارتفاع المتوسط الخاص بتوافر معلومات حول مراحل وضع السياسات الصحية يشير إلى تحسن نسبي في الشفافية الإجرائية، أي في جانب التخطيط وصنع القرار، بينما الانخفاض الواضح في نشر التقارير الدورية المتعلقة بالميزانيات والموارد يكشف عن قصور في الشفافية المالية، وهي من أكثر الجوانب حساسية وتأثيرًا في تعزيز الثقة والمساءلة. هذه الفجوة تعني أن الشفافية تُمارس بشكل جزئي وغير متوازن، مما قد يحد من قدرة الأطراف المعنية على التقييم والمتابعة الفعالة.

وتتسق هذه الدلالة مع ما توصلت إليه دراسة **الدسوقي (2023)** التي أشارت إلى أن تطبيق الشفافية في القطاع الصحي يأتي بدرجات متوسطة ويحتاج إلى دعم مؤسسي وتشريعي أكبر، كما تتفق مع دراسة **شملان (2024)** التي أوضحت أن ضعف بعض أبعاد الحوكمة، ومنها الشفافية، ينعكس سلبًا على جودة الأداء الوظيفي. كذلك تدعمها دراسة **Nginyo, Ntale, Ngui, (2018)** التي أكدت أن الشفافية تُعد من أكثر أبعاد الحوكمة تأثيرًا في تحسين

الأداء التنافسي، وهو ما يعني أن بقاءها عند مستوى متوسط قد يحرم المؤسسات الصحية من تحقيق مستويات أعلى من الكفاءة والجودة. ومن جانب آخر، تتوافق النتائج مع دراسة **القصاص (2023)** التي أبرزت أهمية الشفافية، خاصة في الجوانب المالية، كآلية أساسية للحد من الفساد وتعزيز كفاءة المؤسسات، وهو ما يشير إلى أن تعزيز نشر البيانات المالية والتقارير الدورية يمثل مدخلًا ضروريًا لتحسين الحوكمة وجودة الخدمات الصحية.

(2) المساءلة:

جدول رقم (8) يوضح المساءلة بقطاع الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	يوجد آليات لمراجعة ومحاسبة المسئولين عند عدم تحقيق أهداف سياسات الرعاية الصحية	2.37	0.63	مرتفع	2
	تتم متابعة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية بشكل دوري لضمان الالتزام بالخطة	2.3	0.61	متوسط	6
	يتم تقديم تقارير واضحة عن نتائج البرامج الصحية للجهات الرقابية	2.36	0.67	مرتفع	3
	توجد إجراءات تصحيحية عند اكتشاف أخطاء في تنفيذ سياسات الرعاية الصحية	2.33	0.65	متوسط	4
	يتم توثيق جميع القرارات لضمان إمكانية مراجعتها	2.46	0.6	مرتفع	1
	توجد آليات واضحة لمتابعة الأخطاء أثناء تنفيذ سياسات الرعاية الصحية	2.28	0.65	متوسط	7
	يتم تقييم أداء الموظفين والإدارات المعنية بسياسات الرعاية الصحية بانتظام	2.31	0.6	متوسط	5
	مؤشرات المساءلة ككل	2.34	0.43	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **المساءلة بقطاع الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.34)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم توثيق جميع القرارات لضمان إمكانية مراجعتها بمتوسط حسابي (2.46)، يليه الترتيب الثاني يوجد آليات لمراجعة ومحاسبة المسئولين عند عدم تحقيق أهداف سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.37)، ثم الترتيب الثالث يتم تقديم تقارير واضحة عن نتائج البرامج الصحية للجهات الرقابية بمتوسط حسابي (2.36)، وأخيراً الترتيب السابع توجد آليات واضحة لمتابعة الأخطاء أثناء تنفيذ سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.28).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى المساءلة في قطاع الرعاية الصحية بمصر جاء متوسطًا (2.34)، وهو ما يعكس وجود أطر تنظيمية للمساءلة لكنها لا تزال غير مكتملة الفاعلية. فارتفاع مؤشر توثيق القرارات يدل على اهتمام إداري بضمان إمكانية المراجعة والتتبع، وهو جانب إيجابي يعزز الرقابة المؤسسية، إلا أن انخفاض مستوى وجود آليات واضحة لمتابعة الأخطاء أثناء التنفيذ يكشف عن فجوة تطبيقية في تفعيل المساءلة بشكل ديناميكي ومستمر، خاصة في مراحل التنفيذ وليس فقط بعد الانتهاء من البرامج. وهذا يعني أن المساءلة تميل إلى الطابع الشكلي أو التقليدي أكثر من كونها أداة فعالة للتحسين المستمر وتصحيح الانحرافات.

وهذا يتفق مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أكدت أن المساءلة في القطاع الصحي تُطبق بدرجة متوسطة وتحتاج إلى تطوير آليات أكثر فاعلية للمتابعة والتقييم، كما تتوافق مع دراسة **شملان (2024)** التي أوضحت أن تفعيل المساءلة بشكل حقيقي يسهم في تحسين الأداء الوظيفي وجودة الخدمات. كذلك تدعمها نتائج دراسة **Ntale, Nginyo, Ngui, (2018)** التي أبرزت أن المساءلة من الأبعاد المؤثرة بقوة في تعزيز الأداء المؤسسي، مما يشير إلى أن ضعفها النسبي قد يحد من تحقيق الكفاءة المطلوبة. ومن ناحية أخرى، تتفق النتائج مع دراسة **القصاص (2023)** التي أكدت على أهمية وجود آليات واضحة للمحاسبة ومكافحة القصور الإداري، حيث إن غياب المتابعة الفعالة للأخطاء قد يفتح المجال لاستمرار أوجه القصور دون تصحيح، وهو ما يؤكد الحاجة إلى تعزيز نظم المساءلة لتكون أكثر شمولًا وارتباطًا بجميع مراحل تنفيذ السياسات الصحية.

(3) المشاركة:

جدول رقم (9) يوضح المشاركة بقطاع الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	يتم إشراك الخبراء والمختصين في مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية	2.22	0.66	متوسط	3
	يتم استشارة المجتمع المدني والقطاع الخاص قبل اعتماد سياسات الرعاية الصحية	2	0.61	متوسط	7
	تُؤخذ آراء المواطنين في الاعتبار عند صياغة سياسات الرعاية الصحية	2.11	0.68	متوسط	5
	توجد آليات تشجع الموظفين على المشاركة في صنع القرار داخل الإدارات الصحية	2.07	0.68	متوسط	6
	تُنظم ورش عمل مع الخبراء والمواطنين قبل اعتماد سياسات الرعاية الصحية	2.23	0.8	متوسط	2

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
يتم جمع الآراء من مختلف القطاعات لضمان شمولية سياسات الرعاية الصحية	2.2	0.64	متوسط	4
تُستثمر خبرات الجهات الدولية أو التجارب المماثلة في وضع سياسات الرعاية الصحية	2.23	0.62	متوسط	1
مؤشرات المشاركة ككل	2.15	0.43	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **المشاركة بقطاع الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.15)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تُستثمر خبرات الجهات الدولية أو التجارب المماثلة في وضع سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.23) وبانحراف معياري (0.62)، يليه الترتيب الثاني تُنظم ورش عمل مع الخبراء والمواطنين قبل اعتماد سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.23) وبانحراف معياري (0.8)، ثم الترتيب الثالث يتم إشراك الخبراء والمختصين في مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.22)، وأخيراً الترتيب السابع يتم استشارة المجتمع المدني والقطاع الخاص قبل اعتماد سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى المشاركة في قطاع الرعاية الصحية بمصر جاء متوسطًا (2.15)، وهو ما يعكس أن عملية إشراك الأطراف ذات العلاقة في صنع السياسات الصحية تتم بصورة محدودة وغير واسعة النطاق. فتركز المؤشرات الأعلى نسبيًا على الاستفادة من الخبرات الدولية وإشراك الخبراء المتخصصين يدل على أن المشاركة تميل إلى الطابع النخبوي أو الفني، بينما يظهر الضعف في إشراك المجتمع المدني والقطاع الخاص قبل اعتماد السياسات، وهو ما يشير إلى محدودية المشاركة المجتمعية الفعلية في صنع القرار الصحي. وبذلك فإن المشاركة لا تزال أقرب إلى الاستشارة غير الملزمة أكثر من كونها مشاركة تشاركية حقيقية قائمة على دمج مختلف الفاعلين.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أوضحت أن بعد المشاركة في الحوكمة داخل القطاع الصحي يُطبق بدرجة متوسطة ويحتاج إلى تفعيل أكبر، كما تتوافق مع دراسة **شملان (2024)** التي أكدت أن ضعف المشاركة الفعلية يحد من تحسين الأداء وجودة الخدمات. كذلك تدعم دراسة **Ntale, Nginyo, Ngui, (2018)** هذه النتيجة من خلال تأكيدها أن المشاركة تُعد من الأبعاد المهمة لتعزيز الابتكار والكفاءة، وهو ما يعني أن محدودية

تطبيقها قد تقلل من فرص تطوير السياسات الصحية بشكل تشاركي. ومن ناحية أخرى، تتفق النتائج مع دراسة **بولفعة (2025)** التي أكدت على أن تطوير الحوكمة الصحية يتطلب توسيع دائرة المشاركة لتشمل المجتمع المدني والقطاع الخاص كعنصر أساسي في تحسين فعالية السياسات وجودة الخدمات الصحية.

(4) سيادة القانون:

جدول رقم (10) يوضح سيادة القانون بقطاع الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	يتم تحديث القوانين واللوائح الصحية بما يتوافق مع المستجدات والاحتياجات	2.26	0.66	متوسط	1
	يتم التأكد من توافق جميع السياسات والبرامج الصحية مع القوانين الوطنية	2.21	0.56	متوسط	4
	توجد رقابة قانونية على العقود المتعلقة بسياسات الرعاية الصحية	2.24	0.63	متوسط	3
	تُطبق العقوبات بشكل عادل على كل من يخالف القوانين أو اللوائح الصحية	2.2	0.67	متوسط	5
	يتم توثيق جميع الإجراءات لضمان الشفافية القانونية	2.24	0.62	متوسط	2
مؤشرات سيادة القانون ككل		2.23	0.44	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **سيادة القانون بقطاع الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.23)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تحديث القوانين واللوائح الصحية بما يتوافق مع المستجدات والاحتياجات بمتوسط حسابي (2.26)، يليه الترتيب الثاني يتم توثيق جميع الإجراءات لضمان الشفافية القانونية بمتوسط حسابي (2.24) وبانحراف معياري (0.62)، ثم الترتيب الثالث توجد رقابة قانونية على العقود المتعلقة بسياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.24) وبانحراف معياري (0.63)، وأخيراً الترتيب الخامس تُطبق العقوبات بشكل عادل على كل من يخالف القوانين أو اللوائح الصحية بمتوسط حسابي (2.2).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى سيادة القانون في قطاع الرعاية الصحية بمصر جاء متوسطًا (2.23)، وهو ما يعكس وجود إطار قانوني وتنظيمي قائم يتمثل في تحديث اللوائح وتوثيق الإجراءات وتفعيل الرقابة القانونية، إلا أن فاعلية تطبيقه لا تزال محدودة نسبيًا. فارتفاع مؤشر تحديث القوانين يعكس مرونة تشريعية نسبية واستجابة للمستجدات، بينما يُظهر انخفاض

مستوى تطبيق العقوبات بشكل عادل ضعفًا في الجانب التنفيذي لسيادة القانون، مما يشير إلى فجوة بين وجود التشـــريعات وتطبيقها الفعلي، وهو ما قد يؤثر على تحقيق العدالة والانضـــباط المؤسسي داخل القطاع الصحي.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أوضحت أن سيادة القانون في إطار الحوكمة الصحية تُطبق بدرجة متوسطة وتواجه تحديات في التفعيل العملي، كما تتوافق مع دراسة **فهمي وهاشم (2024)** التي أكدت أن ضعف تفعيل التشريعات وتداخل الاختصاصات يعد من أبرز المعوقات أمام تحقيق حوكمة فعالة، مما ينعكس سلبًا على كفاءة الأداء المؤسسي. كذلك تدعم دراسة **القصاص (2023)** هذه النتائج من خلال إبرازها أهمية تفعيل العقوبات والرقابة القانونية كأداة أساسية لمكافحة الفساد وتحسين الانضباط الإداري.

(5) الاستجابة:

جدول رقم (11) يوضح الاستجابة بقطاع الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	يتم تعديل البرامج الصحية استجابة للأزمات الصحية أو التغيرات الطارئة	2.41	0.65	مرتفع	1
	توجد آليات لتلقي الملاحظات والاقتراحات من المواطنين وتطبيقها	2.15	0.65	متوسط	6
	يتم تحديث سياسات الرعاية الصحية بناءً على تقييمات الأداء بشكل منتظم	2.22	0.62	متوسط	2
	تُراعى التغذية الراجعة من مقدمي الخدمات الصحية عند تعديل برامج سياسات الرعاية الصحية	2.14	0.66	متوسط	7
	تستجيب الإدارات الصحية بسرعة للشكاوى المتعلقة بالخدمات الصحية	2.22	0.67	متوسط	4
	يوجد تعاون فعال بين الإدارات المختلفة لضمان استجابة متكاملة للمشكلات الصحية الطارئة	2.15	0.63	متوسط	5
	يتم مراجعة البرامج وسياسات الرعاية الصحية بناءً على مؤشرات الأداء ومعدلات رضا المستفيدين	2.22	0.63	متوسط	3
	مؤشرات الاستجابة ككل	2.22	0.43	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **الاستجابة بقطاع الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.22)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تعديل البرامج الصحية استجابة للأزمات الصحية أو التغيرات الطارئة بمتوسط حسابي (2.41)، يليه الترتيب الثاني يتم تحديث سياسات الرعاية الصحية بناءً على تقييمات الأداء بشكل منتظم بمتوسط حسابي (2.22) وبانحراف معياري (0.62)، ثم الترتيب الثالث يتم مراجعة البرامج وسياسات الرعاية الصحية بناءً على مؤشرات الأداء ومعدلات رضا المستفيدين بمتوسط حسابي (2.22) وبانحراف معياري (0.63)، وأخيراً الترتيب السابع تُراعى التغذية الراجعة من مقدمي الخدمات الصحية عند تعديل برامج سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.14).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى الاستجابة في قطاع الرعاية الصحية بمصر جاء متوسطًا (2.22)، وهو ما يعكس قدرة نسبية على التكيف مع الأزمات والتغيرات الطارئة، يقابلها ضعف نسبي في الاعتماد المنهجي على التغذية الراجعة ومؤشرات رضا المستفيدين ومقدمي الخدمة عند تطوير السياسات. فارتفاع مؤشر تعديل البرامج استجابة للأزمات يدل على وجود استجابة تفاعلية سريعة في المواقف الحرجة، بينما انخفاض الاهتمام بالتغذية الراجعة يشير إلى أن عملية الاستجابة لا تزال تميل إلى الطابع التفاعلي المؤقت أكثر من كونها نظامًا مؤسسيًا مستدامًا قائمًا على التحسين المستمر.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أوضحت أن بعد الاستجابة في الحوكمة الصحية يُطبق بدرجة متوسطة ويحتاج إلى تعزيز آليات التقييم والمتابعة المستمرة، كما تتوافق مع دراسة **الخلايلة (2021)** التي أكدت أهمية استخدام البيانات والتقييمات في تحسين جودة الخدمات الصحية وتطوير الاستجابة المؤسسية. كذلك تدعم دراسة **علي (2023)** هذه النتائج من خلال الإشارة إلى أن تحسين جودة الخدمات الصحية يرتبط بقدرة المؤسسات على التكيف وتحديث سياساتها بشكل مستمر، وهو ما يعكس أهمية الاستجابة الفعالة.

(6) العدالة:

جدول رقم (12) يوضح العدالة بقطاع الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	تتاح الخدمات الصحية الحكومية لجميع المواطنين دون تمييز اجتماعي أو اقتصادي	2.29	0.69	متوسط	2
	يتم توزيع المنشآت الصحية بعدالة بين المناطق الحضرية والريفية	2.18	0.6	متوسط	5
	يتم توزيع الأطباء والكوادر الطبية بشكل عادل بين مختلف المناطق	2.07	0.66	متوسط	7
	تضمن سياسات التأمين الصحي فرصًا متكافئة للعلاج لجميع المواطنين	2.29	0.65	متوسط	1
	تُتخذ القرارات المتعلقة بالخدمات الصحية وفق معايير واضحة	2.18	0.68	متوسط	6
	توجد آليات فعالة لمعالجة شكاوى المواطنين المتعلقة بعدم العدالة في الخدمات الصحية	2.21	0.69	متوسط	4
	تعكس سياسات الرعاية الصحية التزام الدولة بمبدأ العدالة الاجتماعية في تقديم الرعاية الصحية	2.24	0.67	متوسط	3
	مؤشرات العدالة ككل	2.21	0.42	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **العدالة بقطاع الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.21)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تضمن سياسات التأمين الصحي فرصًا متكافئة للعلاج لجميع المواطنين بمتوسط حسابي (2.29) وبانحراف معياري (0.65)، يليه الترتيب الثاني تتاح الخدمات الصحية الحكومية لجميع المواطنين دون تمييز اجتماعي أو اقتصادي بمتوسط حسابي (2.29) وبانحراف معياري (0.69)، ثم الترتيب الثالث تعكس سياسات الرعاية الصحية التزام الدولة بمبدأ العدالة الاجتماعية في تقديم الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.24)، وأخيراً الترتيب السابع يتم توزيع الأطباء والكوادر الطبية بشكل عادل بين مختلف المناطق بمتوسط حسابي (2.07).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى العدالة في قطاع الرعاية الصحية بمصر جاء متوسطًا (2.21)، وهو ما يعكس وجود التزام نسبي بمبدأ تكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات الصحية، خاصة من خلال سياسات التأمين الصحي وإتاحة الخدمات الحكومية دون تمييز، إلا أن هذا الالتزام لا ينعكس بنفس القوة على مستوى التوزيع العادل للموارد البشرية، حيث جاء توزيع الأطباء والكوادر الطبية في أدنى الترتيب، مما يكشف عن خلل في العدالة التوزيعية داخل النظام الصحي. وبذلك فإن العدالة تتجلى بصورة أكبر في السياسات المعلنة مقارنة بالتطبيق الفعلي على مستوى الإتاحة المكانية والبشرية للخدمات.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أوضحت أن بعد العدالة في الحوكمة الصحية يُطبق بدرجة متوسطة مع وجود تفاوتات في التطبيق العملي بين المناطق والفئات، كما تتوافق مع دراسة **Ntale, Nginyo, Ngui, (2018)** التي أكدت أن العدالة تُعد من الأبعاد الأساسية للحوكمة المؤثرة في تعزيز الأداء المؤسسي، إلا أن ضعف تطبيقها يحد من تحقيق الميزة التنافسية. كذلك تدعم دراسة **بولفعة (2025)** هذه النتائج من خلال تأكيدها أن تحقيق العدالة في القطاع الصحي يتطلب إعادة توزيع الموارد بشكل أكثر كفاءة لضمان استدامة التنمية الصحية. ومن ناحية أخرى، تتفق النتائج مع دراسة **الشرعة (2012)** التي أشارت إلى أن جودة الخدمات الصحية ترتبط ارتباطًا وثيقًا بعدالة توزيع الموارد وإتاحة الخدمات، مما يؤكد أن تعزيز العدالة التوزيعية يمثل عنصرًا أساسيًا لتحسين فعالية النظام الصحي وجودته.

- **مستوى تطبيق الحوكمة الرشيدة بقطاع الرعاية الصحية في مصر ككل:**

جدول رقم (13) يوضح مستوى تطبيق الحوكمة الرشيدة بقطاع الرعاية الصحية في مصر ككل

	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	الشفافية	2.3	0.46	متوسط	2
	المساءلة	2.34	0.43	متوسط	1
	المشاركة	2.15	0.43	متوسط	6
	سيادة القانون	2.23	0.44	متوسط	3
	الاستجابة	2.22	0.43	متوسط	4
	العدالة	2.21	0.42	متوسط	5
أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل		2.24	0.35	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن: أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة بقطاع الرعاية الصحية في مصر ككل، تمثلت فيما يلي:

- الترتيب الأول **المساءلة بقطاع الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.34) وهو **مستوى متوسط.**
- الترتيب الثاني **الشفافية بقطاع الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.3) وهو **مستوى متوسط.**
- الترتيب الثالث **سيادة القانون بقطاع الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.23) وهو **مستوى متوسط.**
- الترتيب الرابع **الاستجابة بقطاع الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.22) وهو **مستوى متوسط.**
- الترتيب الخامس **العدالة بقطاع الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.21) وهو **مستوى متوسط.**
- الترتيب السادس **المشاركة بقطاع الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.15) وهو **مستوى متوسط.**
- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلى أن المتوسط العام **لتطبيق الحوكمة الرشيدة بقطاع الرعاية الصحية في مصر ككل** بلغ متوسطه الحسابي (2.24) وهو **مستوى متوسط.**

المحور الثالث: أبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر:

(1)تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية:

جدول رقم (14) يوضح تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	يتم تحديد أهداف واضحة عند وضع سياسات الرعاية الصحية	2.64	0.56	مرتفع	1
	تعتمد مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية على بيانات صحيحة ودقيقة وإحصاءات موثوقة	2.19	0.64	متوسط	6
	تُستشير الجهات ذات الخبرة أثناء صياغة سياسات الرعاية الصحية	2.31	0.68	متوسط	3
	تُجرى دراسات جدوى أو تقييمات أثر قبل اعتماد سياسات الرعاية الصحية	2.24	0.64	متوسط	4
	تتوفر الموارد المالية والبشرية لدعم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية	2.19	0.68	متوسط	7
	يتم تحديد أولويات الصحة العامة بناءً على الاحتياجات الحقيقية للمجتمع	2.24	0.65	متوسط	5
	تُجرى مقارنة بين البدائل المختلفة قبل اعتماد سياسات الرعاية الصحية النهائية	2.19	0.69	متوسط	8
	يتم إشراك الجهات المحلية والخبراء في عملية تصميم سياسات الرعاية الصحية	2.15	0.65	متوسط	9
	تُوثق جميع الخطوات والإجراءات المتخذة أثناء وضع سياسات الرعاية الصحية	2.37	0.61	مرتفع	2
	يتم تقدير الموارد المطلوبة قبل وضع سياسات الرعاية الصحية النهائية	2.1	0.69	متوسط	10
مؤشرات تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية ككل		2.26	0.47	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.26)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تحديد أهداف واضحة عند وضع سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.64)، يليه الترتيب الثاني تُوثق جميع الخطوات والإجراءات المتخذة أثناء وضع سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.37)، ثم الترتيب الثالث تُستشير الجهات ذات الخبرة أثناء صياغة سياسات الرعاية

الصحية بمتوسط حسابي (2.31)، يليه الترتيب الرابع تُجرى دراسات جدوى أو تقييمات أثر قبل اعتماد سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.24)، وأخيراً الترتيب العاشر يتم تقدير الموارد المطلوبة قبل وضع سياسات الرعاية الصحية النهائية بمتوسط حسابي (2.1).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية في مصر جاء متوسطًا (2.26)، وهو ما يعكس وجود قدر من التنظيم المؤسسي في صياغة السياسات، خاصة من حيث وضوح الأهداف وتوثيق الإجراءات والاستفادة من الخبرات، إلا أن هذا التدعيم لا يزال غير مكتمل من الناحية التخطيطية والمالية. فارتفاع مؤشر تحديد الأهداف يعكس وضوحًا نسبيًا في التوجهات الاستراتيجية، بينما يظهر انخفاض تقدير الموارد قبل اعتماد السياسات ضعفًا في التخطيط القائم على الكفاءة والجدوى، وهو ما قد يؤدي إلى فجوة بين صياغة السياسات وإمكانية تنفيذها على أرض الواقع.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **Ntale, Nginyo, Ngui, (2018)** التي أكدت أن وضوح الإجراءات والشفافية في مراحل صنع القرار يسهم في تعزيز فاعلية السياسات، إلا أن ضعف التكامل بين مراحل الحوكمة قد يقلل من أثرها التنافسي. كما تتوافق مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أشارت إلى أن تطوير سياسات الرعاية الصحية يتطلب تعزيز أدوات التخطيط والتقييم المسبق لضمان فاعلية التنفيذ. كذلك تدعم دراسة **فهمي وهاشم (2024)** هذه النتائج من خلال تأكيدها أن ضعف التكامل المؤسسي وتقدير الموارد يُعد من أبرز التحديات التي تؤثر سلبًا على فعالية السياسات العامة. ومن ناحية أخرى، تتفق النتائج مع دراسة **بولفعة (2025)** التي أكدت على أهمية بناء سياسات صحية قائمة على التخطيط المتكامل وتقدير الاحتياجات الفعلية لضمان تحقيق حوكمة صحية فعالة ومستدامة.

(2)تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية:

جدول رقم (15) يوضح تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	تُطبق سياسات الرعاية الصحية وفق خطة زمنية واضحة ومحددة	2.15	0.72	متوسط	9
	توجد فرق أو لجان متخصصة لمتابعة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية	2.26	0.6	متوسط	5
	يتم التنسيق بين الجهات المختلفة لضمان التنفيذ الفعّال لسياسات الرعاية الصحية	2.33	0.66	متوسط	1
	تتوفر الموارد المالية والبشرية اللازمة لتنفيذ سياسات الرعاية الصحية على أرض الواقع	2.16	0.68	متوسط	8
	تُتبع آليات متابعة وتقييم أثناء التنفيذ لمعالجة المشكلات فورًا	2.17	0.7	متوسط	7
	تتعاون الإدارات الصحية مع الجهات المحلية لضمان تغطية جميع المناطق	2.32	0.6	متوسط	2
	يتم تدريب الكوادر البشرية لضمان تطبيق سياسات الرعاية الصحية بشكل صحيح	2.32	0.66	متوسط	3
	توجد آليات لتسجيل المشكلات والتعامل معها فور حدوثها	2.27	0.6	متوسط	4
	تُراقب مؤشرات الأداء بشكل دوري لضمان التقدم في التنفيذ	2.24	0.69	متوسط	6
مؤشرات تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية ككل		2.25	0.48	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.25)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم التنسيق بين الجهات المختلفة لضمان التنفيذ الفعّال لسياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.33)، يليه الترتيب الثاني تتعاون الإدارات الصحية مع الجهات المحلية لضمان تغطية جميع المناطق بمتوسط حسابي (2.32) وبانحراف معياري (0.6)، ثم الترتيب الثالث يتم تدريب الكوادر البشرية لضمان تطبيق سياسات الرعاية الصحية بشكل صحيح بمتوسط حسابي (2.32) وبانحراف معياري (0.66)، يليه الترتيب الرابع توجد آليات لتسجيل المشكلات والتعامل معها فور حدوثها بمتوسط حسابي (2.27)، وأخيراً الترتيب التاسع تُطبق سياسات الرعاية الصحية وفق خطة زمنية واضحة ومحددة بمتوسط حسابي (2.15).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في مصر جاء متوسطًا (2.25)، وهو ما يعكس وجود جهود تنظيمية وتنسيقية بين الجهات المختلفة لضمان تنفيذ السياسات، إلا أن هذه الجهود لا تزال تعاني من ضعف في الانضباط الزمني والتطبيق العملي المتكامل. فارتفاع مؤشرات التنسيق والتعاون والتدريب يدل على وجود أساس مؤسسي داعم للتنفيذ، بينما انخفاض تطبيق السياسات وفق خطة زمنية واضحة يشير إلى وجود خلل في إدارة التنفيذ والمتابعة، مما قد يؤدي إلى تفاوت في مستوى التطبيق بين المناطق أو الخدمات.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **الشرعة (2012)** التي أكدت أن نجاح تنفيذ السياسات الصحية يرتبط بفعالية التنسيق بين الجهات المختلفة وتطوير قدرات العاملين، كما تتوافق مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أوضحت أن مرحلة التنفيذ في الحوكمة الصحية تحتاج إلى تعزيز آليات المتابعة والرقابة لضمان الالتزام بالخطة الزمنية. كذلك تدعم دراسة **الخلايلة (2021)** هذه النتائج من خلال تأكيدها أن تحسين جودة الخدمات الصحية يعتمد على كفاءة التنفيذ والتدريب المستمر للكوادر البشرية. ومن ناحية أخرى، تتفق النتائج مع دراسة **بولفعة (2025)** التي أكدت على أن ضعف الالتزام الزمني والتنسيق التنفيذي يعد من أبرز التحديات التي تواجه حوكمة القطاع الصحي، مما يستدعي تطوير آليات تنفيذ أكثر انضباطًا وفاعلية لضمان تحقيق أهداف السياسات الصحية.

(3)تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية:

جدول رقم (16) يوضح تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	يتم تقييم أثر سياسات الرعاية الصحية بعد تنفيذها باستخدام مؤشرات دقيقة	2.24	0.59	متوسط	5
	تُجمع الملاحظات والتقارير من الإدارات المختلفة لتطوير سياسات الرعاية الصحية	2.32	0.6	متوسط	2
	تُعدل سياسات الرعاية الصحية بناءً على نتائج التقييم	2.2	0.66	متوسط	8
	توجد آليات لمراجعة الأداء واتخاذ القرارات التصحيحية عند الحاجة	2.23	0.71	متوسط	7
	يتم إشراك أصحاب المصلحة في عملية تقييم سياسات الرعاية الصحية	2.06	0.66	متوسط	10
	تُستخدم مؤشرات كمية ونوعية لقياس نجاح البرامج الصحية	2.27	0.64	متوسط	3
	يتم جمع الملاحظات من المواطنين والكوادر الصحية بعد التنفيذ	2.17	0.69	متوسط	9
	تُراجع سياسات الرعاية الصحية بشكل دوري لضمان استمرار فعاليتها	2.39	0.67	مرتفع	1
	يتم تعديل البرامج بناءً على نتائج التقييم والتغذية الراجعة	2.24	0.63	متوسط	6
	تُوثق الدروس المستفادة لضمان تحسين سياسات الرعاية الصحية المستقبلية	2.26	0.66	متوسط	4
مؤشرات تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية ككل		2.24	0.47	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.24)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تُراجع سياسات الرعاية الصحية بشكل دوري لضمان استمرار فعاليتها بمتوسط حسابي (2.39)، يليه الترتيب الثاني تُجمع الملاحظات والتقارير من الإدارات المختلفة لتطوير سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.32)، ثم الترتيب الثالث تُستخدم مؤشرات كمية ونوعية لقياس نجاح البرامج الصحية بمتوسط حسابي (2.27)، يليه الترتيب الرابع تُوثق الدروس المستفادة لضمان تحسين سياسات الرعاية الصحية المستقبلية بمتوسط حسابي (2.26)، وأخيراً الترتيب العاشر يتم إشراك أصحاب المصلحة في عملية تقييم سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.06).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية في مصر جاء متوسطًا (2.24)، وهو ما يعكس وجود آليات تقييم قائمة تعتمد على المراجعة الدورية وجمع التقارير واستخدام بعض المؤشرات الكمية والنوعية، إلا أن هذه الآليات لا تزال محدودة من حيث الشمولية والتشاركية. فضعف إشراك أصحاب المصلحة في عملية التقييم يمثل أحد أبرز أوجه القصور، مما يشير إلى أن التقويم يتم بشكل مؤسسي داخلي أكثر من كونه عملية تشاركية واسعة تدعم التحسين المستمر للسياسات الصحية.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أكدت أن مرحلة التقويم في الحوكمة الصحية تُطبق بدرجة متوسطة مع ضعف في تفعيل المشاركة المجتمعية في التقييم، كما تتوافق مع دراسة **Ntale, Nginyo, Ngui, (2018)** التي أوضحت أن فعالية الحوكمة لا تكتمل إلا بوجود آليات تقييم شاملة تدعم اتخاذ القرار وتحسين الأداء. كذلك تدعم دراسة **بولفعة (2025)** هذه النتائج من خلال تأكيدها أن ضعف إشراك أصحاب المصلحة في تقييم السياسات يمثل أحد التحديات الرئيسية أمام تطوير الحوكمة الصحية المستدامة. ومن ناحية أخرى، تتفق النتائج مع دراسة **الخلايلة (2021)** التي أكدت على أهمية استخدام المؤشرات والتغذية الراجعة في تحسين جودة الخدمات الصحية، مما يعزز ضرورة تطوير منظومة التقويم لتكون أكثر شمولًا وتشاركية لضمان تحسين فعالية السياسات الصحية.

- **مستوى تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ككل:**

جدول رقم (17) يوضح مستوى تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ككل

	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسؤلين	تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية	2.26	0.47	متوسط	1
	تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية	2.25	0.48	متوسط	2
	تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية	2.24	0.47	متوسط	3
	أبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية ككل	2.25	0.44	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن: أبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ككل، تمثلت فيما يلي:

- الترتيب الأول **تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.26) وهو **مستوى متوسط.**
- الترتيب الثاني **تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.25) وهو **مستوى متوسط.**

- الترتيب الثالث **تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية في مصر** بمتوسط حسابي (2.24) وهو **مستوى متوسط**.

- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلى أن المتوسط العام **لتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ككل** بلغ متوسطه الحسابي (2.25) وهو **مستوى متوسط**.

المحور الرابع: المعوقات التي تواجه إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر:

جدول رقم (18) يوضح المعوقات التي تواجه إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	ضعف الشفافية في اتخاذ القرارات داخل الإدارة الصحية	2.22	0.61	متوسط	1
	محدودية المساءلة والمراجعة عند تنفيذ ضعف الشفافية في اتخاذ القرارات داخل الإدارة الصحية	2.09	0.56	متوسط	9
	قلة مشاركة الأطراف المعنية (الخبراء، المجتمع المدني، العاملين)	2.11	0.61	متوسط	8
	بطء الاستجابة للاحتياجات الصحية المتغيرة أو الأزمات الطارئة	2.17	0.67	متوسط	4
	صعوبات في تطبيق اللوائح والقوانين بقطاع الرعاية الصحية	2.16	0.61	متوسط	5
	نقص الموارد المالية والبشرية لدعم عملية صنع سياسات الرعاية الصحية	2.13	0.59	متوسط	7
	عدم دقة البيانات والمعلومات المستخدمة في صنع سياسات الرعاية الصحية	1.99	0.65	متوسط	11
	مركزية اتخاذ القرار وضعف تفويض الصلاحيات للمستويات التنفيذية الدنيا	2.18	0.56	متوسط	3
	ضعف التنسيق والتكامل بين القطاعات المختلفة (الصحة، والمالية، والتعليم، والتضامن الاجتماعي)	2.21	0.56	متوسط	2
	غياب الرؤية الاستراتيجية طويلة المدى لصنع سياسات الرعاية الصحية	2.07	0.64	متوسط	10
	مقاومة التغيير المؤسسي وضعف ثقافة الحوكمة داخل الإدارة الصحية	2.14	0.62	متوسط	6
	مؤشرات المعوقات ككل	2.13	0.38	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **المعوقات التي تواجه إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر متوسط** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.13)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ضعف الشفافية في اتخاذ القرارات داخل الإدارة الصحية بمتوسط حسابي (2.22)، يليه الترتيب الثاني ضعف التنسيق والتكامل بين القطاعات المختلفة (الصحة، والمالية، والتعليم، والتضامن الاجتماعي) بمتوسط حسابي (2.21)، ثم الترتيب الثالث مركزية اتخاذ القرار وضعف تفويض الصلاحيات للمستويات التنفيذية الدنيا بمتوسط حسابي (2.18)، يليه الترتيب الرابع بطء الاستجابة للاحتياجات الصحية المتغيرة أو الأزمات الطارئة بمتوسط حسابي (2.17)، وأخيراً الترتيب الحادي عشر عدم دقة البيانات والمعلومات المستخدمة في صنع سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (1.99).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى المعوقات التي تواجه تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر جاء متوسطًا (2.13)، وهو ما يعكس وجود مجموعة من التحديات الهيكلية والإدارية التي تحد من فاعلية الحوكمة، رغم أنها لا تصل إلى مستوى العوائق الحادة. وتبرز في مقدمة هذه المعوقات ضعف الشفافية داخل الإدارة الصحية، يليه ضعف التنسيق بين القطاعات المختلفة، مما يدل على وجود قصور في التكامل المؤسسي وتبادل المعلومات بين الجهات ذات العلاقة. كما يشير استمرار مركزية اتخاذ القرار وضعف تفويض الصلاحيات إلى محدودية المرونة الإدارية، وهو ما ينعكس سلبًا على سرعة الاستجابة للاحتياجات الصحية والأزمات الطارئة، في حين يُعد ضعف دقة البيانات والمعلومات المستخدمة في صنع السياسات من أهم العوامل التي قد تؤثر على جودة القرار الصحي وفاعليته.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **فهمي وهاشم (2024)** التي أكدت أن تداخل الاختصاصات وضعف تفعيل التشريعات من أبرز معوقات الحوكمة الفعالة في القطاع الصحي، كما تتوافق مع دراسة **بولفعة (2025)** التي أوضحت أن ضعف التنسيق المؤسسي ونقص البيانات الدقيقة يمثلان تحديًا رئيسيًا أمام تحقيق حوكمة صحية رشيدة. كذلك تدعم دراسة **الدسوقي (2023)** هذه النتائج من خلال الإشارة إلى أن ضعف الشفافية ومحدودية اللامركزية من العوامل التي تقلل من فاعلية تطبيق الحوكمة في تحسين جودة الخدمات الصحية. ومن ناحية أخرى، تتفق النتائج مع دراسة **القصاص (2023)** التي أكدت على أن المركزية وضعف تبادل المعلومات يحدان من كفاءة صنع القرار ويزيدان من احتمالات القصور الإداري، مما يؤكد أن معالجة هذه المعوقات يعد شرطًا أساسيًا لتفعيل الحوكمة الرشيدة في قطاع الرعاية الصحية.

المحور الخامس: مقترحات تفعيل إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر:

جدول رقم (19) يوضح مقترحات تفعيل إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر

	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المسئولين (ن=123)	تعزيز الشفافية في جميع مراحل صنع سياسات الرعاية الصحية	2.64	0.53	مرتفع	1
	تقوية آليات المساءلة والمتابعة لضمان تنفيذ سياسات الرعاية الصحية بفعالية	2.56	0.56	مرتفع	5
	زيادة مشاركة الأطراف المعنية (الخبراء، المجتمع المدني، العاملين) في وضع سياسات الرعاية الصحية	2.5	0.67	مرتفع	7
	تحسين سرعة الاستجابة للاحتياجات الصحية المتغيرة والأزمات الطارئة	2.47	0.68	مرتفع	9
	تعزيز تطبيق القوانين واللوائح لضمان سيادة القانون في الصحة	2.63	0.56	مرتفع	2
	تحسين الموارد المالية والبشرية لدعم عملية صنع سياسات الرعاية الصحية	2.51	0.62	مرتفع	6
	تطوير نظم المعلومات والبيانات لاتخاذ قرارات أكثر دقة	2.47	0.68	مرتفع	9
	اعتماد اللامركزية الإدارية ومنح صلاحيات أوسع للمستويات التنفيذية المحلية	2.47	0.67	مرتفع	8
	تعزيز التنسيق بين القطاعات الحكومية المختلفة من خلال لجان مشتركة دائمة	2.6	0.57	مرتفع	3
	إعداد خطط استراتيجية صحية طويلة المدى قائمة على أولويات واضحة	2.59	0.57	مرتفع	4
	نشر ثقافة الحوكمة الرشيدة عبر التدريب المستمر وبناء القدرات المؤسسية	2.47	0.74	مرتفع	10
	مؤشرات المقترحات ككل	2.54	0.46	مستوى مرتفع	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى **مقترحات تفعيل إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر مرتفع** حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.54)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تعزيز الشفافية في جميع مراحل صنع سياسات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.64)، يليه الترتيب الثاني تعزيز تطبيق القوانين واللوائح لضمان

سيادة القانون في الصحة بمتوسط حسابي (2.63)، ثم الترتيب الثالث تعزيز التنسيق بين القطاعات الحكومية المختلفة من خلال لجان مشتركة دائمة بمتوسط حسابي (2.6)، يليه الترتيب الرابع إعداد خطط استراتيجية صحية طويلة المدى قائمة على أولويات واضحة بمتوسط حسابي (2.59)، وأخيراً الترتيب العاشر نشر ثقافة الحوكمة الرشيدة عبر التدريب المستمر وبناء القدرات المؤسسية بمتوسط حسابي (2.47).

تشير هذه النتائج إلى أن مستوى مقترحات تفعيل إسهامات الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر جاء مرتفعًا (2.54)، وهو ما يعكس إدراكًا واضحًا لدى المبحوثين لأهمية تطوير منظومة الحوكمة لمعالجة أوجه القصور الحالية في صنع السياسات الصحية. ويُلاحظ أن أبرز المقترحات تركزت على تعزيز الشفافية وسيادة القانون والتنسيق بين القطاعات المختلفة، بما يدل على أن معالجة المشكلات القائمة تُفهم في إطار إصلاحي شامل يستهدف تحسين البيئة المؤسسية لصنع القرار، وليس مجرد تحسينات جزئية. كما أن وجود اهتمام بإعداد خطط استراتيجية طويلة المدى يعكس توجهًا نحو التخطيط المستدام، بينما جاء تدريب وبناء القدرات في الترتيب الأخير نسبيًا رغم أهميته، مما يشير إلى أن الاهتمام الأكبر انصب على الإصلاحات الهيكلية والتنظيمية أكثر من الجوانب البشرية.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة **بولفعة (2025)** التي أكدت أن تطوير الحوكمة الصحية يتطلب تعزيز الشفافية وتكامل الأطر القانونية والتنسيق المؤسسي لضمان تحسين الأداء الصحي، كما تتوافق مع دراسة **الدسوقي (2023)** التي أوضحت أهمية تبني خطط تنفيذية واستراتيجيات واضحة لتفعيل الحوكمة في القطاع الصحي. كذلك تدعم دراسة **Nginyo, Ngui, (2018) Ntale,** هذه النتائج من خلال تأكيدها أن تعزيز الشفافية والمساءلة والتنسيق يسهم في رفع كفاءة الأداء وتحقيق ميزة تنافسية للمؤسسات. ومن ناحية أخرى، تتفق النتائج مع دراسة **القصاص (2023)** التي أكدت على أهمية تطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة كمدخل أساسي للإصلاح المؤسسي، خاصة في ما يتعلق بتعزيز الشفافية وتفعيل القوانين وتطوير آليات العمل المشترك بين الجهات المختلفة، وهو ما يعكس اتساق المقترحات الحالية مع الاتجاهات البحثية الداعمة لإصلاح منظومة الحوكمة الصحية.

المحور السادس: اختبار فروض الدراسة:

- **اختبار الفرض الرئيس للدراسة وفروضه الفرعية: " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر "**

جدول رقم (20) يوضح العلاقة بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر

المتغيرات المستقلة	المتغيرات التابعة		تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية	تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية	تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية	أبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية ككل
المسئولين (ن=123)	الشفافية	قيمة معامل (R)	0.509**	0.569**	0.529**	0.579**
		قوة معامل الارتباط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط
	المساءلة	قيمة معامل (R)	0.578**	0.641**	0.598**	0.655**
		قوة معامل الارتباط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط
	المشاركة	قيمة معامل (R)	0.641**	0.531**	0.607**	0.641**
		قوة معامل الارتباط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط
	سيادة القانون	قيمة معامل (R)	0.586**	0.645**	0.555**	0.644**
		قوة معامل الارتباط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط
	الاستجابة	قيمة معامل (R)	0.683**	0.698**	0.651**	0.732**
		قوة معامل الارتباط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي متوسط	طردي قوي
	العدالة	قيمة معامل (R)	0.679**	0.706**	0.622**	0.724**
		قوة معامل الارتباط	طردي متوسط	طردي قوي	طردي متوسط	طردي قوي
	أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل	قيمة معامل (R)	0.769**	0.793**	0.745**	0.831**
		قوة معامل الارتباط	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن: توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر. وأن أكثر أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة ارتباطاً بتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر تمثلت فيما يلي: الاستجابة، ثم العدالة، يليها المساءلة، ثم سيادة القانون، يليها المشاركة، وأخيرًا الشفافية. وقد يرجع ذلك إلي وجود ارتباط طردي بين هذه الأبعاد وأنها جاءت معبرة عن ما تهدف الدراسة تحقيقه.

جدول رقم (21) يوضح تحليل الانحدار البسيط لأثر تطبيق الحوكمة الرشيدة على تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر

المتغير المستقل			أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل			
المتغيرات التابعة			تدعيم مرحلة وضع سياسات الرعاية الصحية	تدعيم مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الصحية	تدعيم مرحلة تقويم سياسات الرعاية الصحية	أبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية ككل
المسئولين (ن=123)	معامل الانحدار B		1.053	1.089	1.011	1.051
	معنوية المتغير المستقل	اختبار (ت) T-Test	قيمة اختبار ت (T)	13.217	14.326	12.293	16.461
			الدلالة	**	**	**	**
	المعنوية الكلية	اختبار (ف) F-Test	قيمة اختبار ف (F)	174.694	205.232	151.113	270.974
			الدلالة	**	**	**	**
			معنوية نموذج الانحدار	نموذج انحدار معنوي	نموذج انحدار معنوي	نموذج انحدار معنوي	نموذج انحدار معنوي
	القوة التفسيرية	معامل الارتباط البسيط (R)	قيمة معامل (R)	0.769	0.793	0.745	0.831
			الدلالة	**	**	**	**
			قوة معامل الارتباط	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي	ارتباط طردي قوي
		معامل التحديد (R^2)	قيمة معامل R^2	0.591	0.629	0.555	0.691
			الدلالة	**	**	**	**
			نسبة التباين %	%59.1	%62.9	%55.5	%69.1

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن:

- تشير قيمة معامل **الارتباط البسيط** بين المتغير المستقل " **تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل** " والمتغير التابع " **تدعيم وضع سياسات الرعاية الصحية في مصر** " إلى وجود **ارتباط طردي قوي** بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.591)، أي أن **تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل** يفسر نسبة (59.1%) من التباين الكلي في **تدعيم وضع سياسات الرعاية الصحية في مصر. مما يجعلنا نقبل الفرض الفرعي الأول للدراسة والذي مؤداه "توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم وضع سياسات الرعاية الصحية في مصر ".**

- تشير قيمة معامل **الارتباط البسيط** بين المتغير المستقل " **تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل** " والمتغير التابع " **تدعيم تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في مصر** " إلى وجود **ارتباط طردي قوي** بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.629)، أي أن **تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل** يفسر نسبة (62.9%) من التباين الكلي في **تدعيم تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في مصر. مما يجعلنا نقبل الفرض الفرعي الثاني للدراسة والذي مؤداه "توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم تنفيذ سياسات الرعاية الصحية في مصر ".**

- تشير قيمة معامل **الارتباط البسيط** بين المتغير المستقل " **تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل** " والمتغير التابع " **تدعيم تقويم سياسات الرعاية الصحية في مصر** " إلى وجود **ارتباط طردي قوي** بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.555)، أي أن **تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل** يفسر نسبة (55.5%) من التباين الكلي في **تدعيم تقويم سياسات الرعاية الصحية في مصر. مما يجعلنا نقبل الفرض الفرعي الثالث للدراسة والذي مؤداه "توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم تقويم سياسات الرعاية الصحية في مصر ".**

- تشير قيمة معامل **الارتباط البسيط** بين المتغير المستقل " **تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل** " والمتغير التابع " **تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ككل** " إلى وجود **ارتباط طردي قوي** بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.691)، أي أن **تطبيق الحوكمة الرشيدة ككل** يفسر نسبة (69.1%) من التباين الكلي في **تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ككل. مما يجعلنا نقبل الفرض الرئيس للدراسة والذي مؤداه "توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ".**

جدول رقم (22) يوضح تحليل الانحدار المتعدد لتباين أثر أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة على تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر

المسئولين (ن=123)	المتغير التابع	معامل الانحدار B	معاملات بيتا	اختبار (ت) T-Test	اختبار (ف) F-Test	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	
المتغيرات المستقلة							قيمة R^2	نسبة التباين
الشفافية	أبعاد تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ككل	0.052	0.055	0.773	46.702 **	0.841 **	0.707 **	70.7 %
المساءلة		0.227	0.223	**3.214				
المشاركة		0.122	0.121	1.615				
سيادة القانون		0.151	0.152	*2.103	نموذج انحدار معنوي	ارتباط طردي قوي		
الاستجابة		0.287	0.281	**3.476				
العدالة		0.213	0.206	*2.548				

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن:

- بلغت قيمة **معامل الارتباط المتعدد** بين جميع المتغيرات المستقلة **لأبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة** والمتمثلة في: " **الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، وسيادة القانون، والاستجابة، والعدالة** " والمتغير التابع " **تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر** " (0.841)، وهى دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، وتدل على وجود **ارتباط طردي قوي** بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع.

- وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.707)، أي أن **أبعاد تطبيق الحوكمة الرشيدة** والمتمثلة في: " **الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، وسيادة القانون، والاستجابة، والعدالة مجتمعة** " تفسر نسبة (70.7%) من التباين الكلي في **تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر.**

- وتشير نتيجة اختبار (ت) إلى أن تأثير أربعة متغيرات مستقلة فقط وهى: " **المساءلة، وسيادة القانون، والاستجابة، والعدالة** " على المتغير التابع " **تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر** " يعتبر تأثيراً معنوياً وذا دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01) و(0.05). بينما كان تأثير المتغيرات المستقلة الأخرى وهى: " **الشفافية، والمشاركة** " غير معنوي وغير دال إحصائياً.

- ومن خلال قيم معاملات بيتا Beta يمكن **ترتيب المتغيرات المستقلة المعنوية حسب الأهمية النسبية، وذلك كما يلي:**

أ. الاستجابة بقطاع الرعاية الصحية في مصر (بيتا=0.281).

ب. المساءلة بقطاع الرعاية الصحية في مصر (بيتا=0.223).

ج. العدالة بقطاع الرعاية الصحية في مصر (بيتا=0.206).

د. سيادة القانون بقطاع الرعاية الصحية في مصر (بيتا=0.152).

- ويشير ذلك إلى تباين تأثير " **الاستجابة بقطاع الرعاية الصحية في مصر** " أكثر من تأثير " **المساءلة بقطاع الرعاية الصحية في مصر** " أكثر من تأثير " **العدالة بقطاع الرعاية الصحية في مصر** " أكثر من تأثير " **سيادة القانون بقطاع الرعاية الصحية في مصر** " على المتغير التابع " **تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر** ".

- **مما يجعلنا نقبل الفرض الرئيس للدراسة وفروضه الفرعية والذي مؤداه " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحوكمة الرشيدة وتدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر ".**

المحور السابع: الآليات التخطيطية المقترحة لتفعيل إسهامات تطبيق الحوكمة الرشيدة في تدعيم صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر:

الآليات التخطيطية	إجراءات التنفيذ	وسائل التنفيذ	المستهدفون	جهات التنفيذ	التوقيت الزمني	معايير التقييم
تعزيز الشفافية في صنع السياسات الصحية	نشر المعلومات المتعلقة بمراحل إعداد السياسات وإتاحة البيانات – إعلان معايير اختيار القيادات الصحية – بروتوكولات العلاج الموحدة ومعايير الجودة	منصات إلكترونية – تقارير دورية – قواعد بيانات مفتوحة	صانعو القرار – المواطنون – الباحثون	وزارة الصحة – الجهات الرقابية	قصير إلى متوسط المدى	مستوى إتاحة المعلومات – رضا المستفيدين
تفعيل المساءلة المؤسسية	وضع آليات واضحة للمحاسبة وربط الأداء بالنتائج – تفعيل المجالس التأديبية المهنية – تفعيل الرقابة	أنظمة تقييم أداء – تقارير رقابية – لجان مراجعة	القيادات الإدارية – العاملون	وزارة الصحة – الأجهزة الرقابية	متوسط المدى	نتائج تقييم الأداء – مستوى الالتزام

	التكنولوجية والمساءلة الرقمية					
تعزيز المشاركة في صنع السياسات	تفعيل اللجان التخطيطية المشتركة من خلال إشراك الخبراء والمجتمع المدني في مراحل إعداد السياسات	ورش عمل – جلسات استماع – استبيانات	الخبراء – المجتمع المدني – القطاع الخاص	وزارة الصحة – منظمات المجتمع المدنى– مراكز البحوث	مستمر	مستوى المشاركة – جودة المقترحات
دعم سيادة القانون	تحديث القوانين وتفعيل الرقابة على تطبيقها – تفعيل المحاكمات التأديبية والجنائية في حالات الإهمال– التفتيش المفاجئ والإغلاق الإداري للمخالفين	تشريعات محدثة – لجان قانونية – رقابة دورية	المؤسسات الصحية – العاملون	البرلمان – وزارة الصحة	متوسط إلى طويل المدى	مدى الالتزام بالقوانين – عدد المخالفات
تحسين الاستجابة للمتغيرات الصحية	تطوير آليات سريعة لتعديل السياسات وفق الأزمات– إنشاء نظام الإنذار المبكر الذكي ورفع درجة الاستعداد في أقسام الاستقبال وتوفير المحاليل	نظم إنذار مبكر – قواعد بيانات – فرق استجابة	متخذو القرار – مقدمو الخدمة	وزارة الصحة – الجهات المعنية	مستمر	سرعة الاستجابة – كفاءة التعامل مع الأزمات
تحقيق العدالة في توزيع الخدمات	إعادة توزيع الموارد الصحية وفق الاحتياجات – الإعفاء الكامل لغير القادرين من رسوم الخدمة	نظم تخطيط الموارد – خرائط صحية	المواطنين – المناطق المحرومة	وزارة الصحة – وزارة التخطيط	طويل المدى	عدالة التوزيع – تقليل الفجوات الصحية
تفعيل التحول الرقمي في التخطيط للسياسات	إعداد سياسات قائمة على دراسات جدوى وبيانات دقيقة – توفير قاعدة بيانات كبري للتنبؤ بالازمات الصحية	بحوث علمية – تحليل بيانات – مؤشرات أداء – ربط المستشفيات	صانعو السياسات	مراكز البحوث – وزارة الصحة– وزارة الاتصالات	مستمر	جودة السياسات – قابلية التنفيذ

		(خاصة – جامعية– حكومية) بمنصة موحدة علي مستوي الجمهورية				
تحسين تنفيذ السياسات الصحية	تعزيز التنسيق بين الجهات وتدريب الكوادر – تكليف الكوادر الطبية بناءً على العجز الفعلي	برامج تدريب – خطط تنفيذية – فرق عمل مشتركة	العاملون بالقطاع الصحي	وزارة الصحة – الجهات التنفيذية	قصير إلى متوسط	مستوى التنفيذ – كفاءة الأداء
تطوير تقويم السياسات الصحية	إنشاء نظام متكامل لتقييم الأداء والتغذية الراجعة– التأكد من الاستخدام الأمثل للموارد المالية ومنع الهدر–	مؤشرات قياس – تقارير تقييم – نظم متابعة	صانعو القرار – الجهات الرقابية	وزارة الصحة – الأجهزة الرقابية	مستمر	دقة التقييم – تحسين الأداء
بناء القدرات المؤسسية	نشر ثقافة الحوكمة وتدريب الكوادر– تنظيم دورات تخصصية لموظفي السجلات والإحصاء حول كيفية التعامل مع البيانات – تحديث البنية التحتية التكنولوجية في المديريات الصحية	برامج تدريبية – ورش عمل – أدلة إرشادية	العاملون – القيادات	وزارة الصحة – مراكز التدريب	مستمر	مستوى الوعي – كفاءة الأداء

المحور الثامن: قضايا مقترحة لدراسات وبحوث مستقبلية:

1. أثر التحول الرقمي ونظم المعلومات الصحية على تعزيز الشفافية والمساءلة في القطاع الصحي .
2. تحليل دور اللامركزية في تحسين كفاءة صنع وتنفيذ سياسات الرعاية الصحية .
3. أثر تطبيق الحوكمة الرشيدة على رضا المستفيدين وجودة الخدمات الصحية من منظور المرضى .
4. دور التدريب وبناء القدرات المؤسسية في تفعيل مبادئ الحوكمة داخل المؤسسات الصحية .

5. دور الذكاء الاصطناعي في دعم صنع القرار الصحي وتعزيز الاستجابة للأزمات .

المراجع العربية

أبو النصر، م. م. (٢٠١٥) .الحوكمة الرشيدة: فن إدارة المؤسسات عالية الجودة .القاهرة: المجموعة العربية للتدريس والنشر.

أبو بكر، ع. (٢٠١٨) .سياسات الرعاية الصحية وتحليل النظم الصحية .عمّان: دار المسيرة.

أبو عامر، ض. ا. م.، &الفليت، خ. ع. أ. (٢٠٢٢) .أثر القيادة الأخلاقية على جودة الخدمات الصحية من منظور العاملين في القطاع الصحي: دراسة تطبيقية على العاملين في مجمع ناصر الطبي – قطاع غزة – فلسطين (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، غزة، فلسطين.

إستراتيجية التنمية المستدامة – الصحة. (٢٠١٦) .رؤية مصر ٢٠٣٠.

البعلبكي، م. (١٩٩٥) .المورد: قاموس إنجليزي–عربي .بيروت: دار العلم للملايين.

الخلايلة، ق. م. (٢٠٢١) .أثر تطبيقات الذكاء الاصطناعي على جودة الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات وزارة الصحة الأردنية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة آل البيت، المفرق، الأردن.

الدسوقي، ح. ز. (٢٠٢٣). الحكم الرشيد كمتغير في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠م .مجلة الخدمة الاجتماعية، ٧٨(١)، ١٧٧–٢٤٤ . https://doi.org/10.21608/egjsw.2023.246368.1238

الرمادي، م. م. أ. (٢٠٢٢). الأبعاد الاجتماعية لحوكمة الخدمات الصحية وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على العاملين في المستشفى التعليمي العالمي بجامعة طنطا .مجلة كلية الآداب، جامعة بورسعيد، ٢١(٢١)، ٣٠٨–٣٤٢ . https://doi.org/10.21608/jfpsu.2021.83527.1102

السروجى، ط. م. (٢٠٠٤) .السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة .القاهرة: دار الفكر العربي.

العتيبي، ص. (٢٠٢٠) .اقتصاديات الصحة وصنع القرار الصحي .الرياض: مكتبة العبيكان.

العجمي، ظ. م. ض. (٢٠٢٣). الحوكمة الرشيدة كمدخل للحد من السلوكيات المضادة للإنتاجية بمدارس التعليم العام في الكويت .مجلة العلوم التربوية، ٦(١)، ١٢٧–١٧١ . https://doi.org/10.21608/mseg.2023.278569

العنزي، ح. ا. ن.، &الشمري، و. ش. م. (٢٠٢٥). أثر الحوكمة الإدارية على الأداء الوظيفي: دراسة ميدانية على موظفي المراكز الصحية بمحافظة القريات .مجلة العلوم الإدارية العربية، ٤٥(٤)، ١٦٩–١٩٦ https://doi.org/10.21608/aja.2023.172054.1347 .

القصاص، ي. ع. ف. (٢٠٢٣). الحوكمة الرشيدة كمتغير في التخطيط لمواجهة الفساد الإداري بالمنظمات الحكومية .مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، ٣٢(٢)، ٦٣٦–٧٩٢ https://doi.org/10.21608/jfss.2023.347659 .

الوكيل، م. م. (٢٠٢١). تأثير مبادئ الحوكمة على الأداء الوظيفي: دراسة تطبيقية على حي شرق مدينة نصر .المجلة العربية للإدارة، ٤١(٤)، ١٠٧–١٢٨ . https://doi.org/10.21608/aja.2021.67226

بولفعة، م. (٢٠٢٥). متطلبات الحوكمة الصحية كآلية للنهوض بالقطاع الصحي في الجزائر . دفاتر السياسة والقانون، ١٧(١)، ١٤٦–١٦١.

جميل، س. ف. م. (٢٠٢٤). أثر تكاليف الجودة على تحسين أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الجامعية: دراسة ميدانية على مستشفيات جامعة عين شمس .مجلة بحوث الشرق الأوسط، (٩٨)، ١٠٧–١٦٣ https://doi.org/10.2536/9504 .

خضر، أ. (٢٠١٢) .الإفصاح والشفافية كأحد مبادئ الحوكمة في قانون الشركات .الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

رحيمة، ح.، &كلتومة، ب. (٢٠١٣). أثر تبني الحوكمة على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية .مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، ٢(٢)، ٢٠٨–٢٣٠.

شمّلان، ع. (٢٠٢٤). العلاقة بين الحوكمة الرشيدة وجودة الأداء الوظيفي باستخدام الرضا الوظيفي كمتغير وسيط: دراسة ميدانية على مديرية الشؤون الصحية بمدينة حائل .المجلة العربية للعلوم الإدارية، ٣١(٢)، ٢٦٩–٣١٠ https://doi.org/10.34120/ajas.v31i2.1161 .

فراج، أ. س. س. م.، &أبو زيد، ن. إ. ر. ن. (٢٠٢٤) .أثر تطبيق تقنيات الذكاء الاصطناعي على جودة الخدمات الصحية: بالتطبيق على مستشفيات جامعة طنطا (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة طنطا، كلية التجارة، مصر.

فهمي، هـ.، &هاشم، هـ. (٢٠٢٤). الحوكمة الرشيدة والتنمية الاقتصادية: الفرص والتحديات – دراسة حالة للتجربة المصرية خلال الفترة (٢٠٠٢–٢٠٢٢) .المجلة الدولية للسياسات العامة في مصر، ٣(٢)، ١٢–٤١ https://doi.org/10.21608/ijppe.2024.351289 .

منظمة الصحة العالمية. (٢٠١٥) .النظم الصحية: تحسين الأداء .المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

موسى، م. ك. ع. (٢٠٢٠). أثر قدرات تكنولوجيا المعلومات في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية في المستشفيات الجامعية بجنوب الصعيد .مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، ١٦(٢٣)، ٢٧٣–٢٩٤ https://doi.org/10.33858/0470-016-023-019 .

نايل، س. س. أ.، &أبو حجل، م. م. م. (٢٠١٩) .أثر إدارة الجودة الشاملة على الأداء في مؤسسات القطاع الصحي: دراسة تطبيقية بمستشفى الحياة بجدة (٢٠٠٨–٢٠١٨) (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.

نصيرة، أ. (٢٠٢٠). أثر جودة الخدمات الصحية في تحقيق رضا العملاء .مجلة مجاميع المعرفة، ٦(٢).

وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية. (٢٠١٨) .استراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر ٢٠٣٠.

الهيئة العامة للاستعلامات، ١٦ يونيو، ٢٠٢٥، https://sis.gov.eg/ar

رئيس الرقابة الصحية: مصر وضعت نموذجًا إقليميًا يحتذى به في حوكمة النظام الصحي. (2025, December 19). اليوم السابع https://www.youm7.com/story/7239714.

المراجع الاجنبية

Aly, W. O. (2020). Lean Six Sigma methodology: The nub to boost the public healthcare system in Egypt. Journal of Public Administration and Governance, 10(1). https://www.macrothink.org

Anderson, J. E. (2015). Public Policymaking. Cengage Learning.

Appiagyei, K., Djajadikerta, H. G., & Mat Roni, S. (2022). The impact of corporate governance on integrated reporting (IR) quality and sustainability

performance: Evidence from listed companies in South Africa. Meditari Accountancy Research. Advance online publication. https://doi.org/10.1108/MEDAR-07-2020-0946

Bakr, M., El-Asady, R., Al Qasseer, N., El Sobki, A., Konsowa, R., Dowidar, N., & El-Kareem, G. (2025). Embedding a clinical governance framework within Egypt's health insurance system. Eastern Mediterranean Health Journal, 31(9–10), 567–573. https://doi.org/10.26719/2025.31.10.567

Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). Making Health Policy. Open University Press.

Cruz-Cunha, M. M., Miranda, I. M., & Gonçalves, P. (Eds.). (2013). Handbook of Research on ICTs and Management Systems for Improving Efficiency in Healthcare and Social Care (Vols. 1–2). Hershey, PA: IGI Global. ISBN 978-1-4666-3990-4

Daley Ullem, E., Gandhi, T. K., Mate, K., Whittington, J., Renton, M., & Huebner, J. (2018). Framework for effective board governance of health system quality [White paper]. Institute for Healthcare Improvement. ihi.org

Egypt Healthcare Authority. (2024, June 27). Healthcare governance and the importance of governance for health systems. https://eha.gov.eg/en/news/healthcare-governance/ Egyptian Health Authority

El-Kader, A. A., Elsayed, A. E., El-Shata, M., et al. (2022). Leadership and governance: How to improve hospitals management? Medicine Updates Faculty of Medicine, 9(9), 120–136. https://muj.journals.ekb.eg

Fasseeh, A., ElEzbawy, B., Adly, W., et al. (2022). Healthcare financing in Egypt: A systematic literature review. Journal of the Egyptian Public Health Association, 97(1). https://jepha.springeropen.com

Hammad, A. S., Fouad, A. M., & Aboushady, A. T., et al. (2025). A qualitative study of the government's implementation of the Universal Health Coverage in Egypt: stakeholders' perspective. Health Research Policy and Systems, 23, Article 150. https://doi.org/10.1186/s12961-025-01412-x SpringerLink

Kingdon, J. W. (2011). Agendas, Alternatives, and Public Policies. Longman.

Ministry of Health and Population – Egypt. (2024, June 27). Ministry of Health: Health system governance contributes to the development of stakeholder relationships. Today7. https://www.youm7.com

Nginyo, J. M., Ngui, T. K., & Ntale, J. F. (2018). Corporate governance practices and competitive advantage of Kenolkobil Company Limited, Kenya. International Journal of Business & Law Research, 6(3), 11–23.

Organization for Economic Co-operation and Development. (2015). OECD principles of good governance. OECD Publishing. https://www.oecd.org/governance

Shmailan, A. (2024). Analyzing the relationship between prudent governance and job performance: A field study on the Health Directorate of Hail City, Kingdom of Saudi Arabia. Arab Journal of Administrative Sciences, 31(2), 269–310. https://doi.org/10.34120/ajas.v31i2.1161

United Nations Development Programme. (1997). Governance for sustainable human development: A UNDP policy document. https://www.undp.org

Walt, G., et al. (2008). "Doing' health policy analysis: Methodological and conceptual reflections." Health Policy and Planning, 23(5), 308–317.

World Bank. (1992). Governance and development. World Bank. https://documents.worldbank.org

World Health Organization (2010). Health Policy. WHO Press.

World Health Organization (2025). Progression pathway for governance of mixed health systems (Arabic ed.). WHO. WHO IRIS

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2023). Strengthening health systems towards universal health coverage – Egypt. WHO EMRO.https://www.emro.who.int/egy

World Health Organization. (n.d.). Health systems governance. Retrieved from https://www.who.int/topics/health_policy/en/

Yonemura, A. (2005). The changing social agenda in Brazil: Analysis of the policy making process in the case of Bolsa Escola (Doctoral dissertation). Teachers College, Columbia University.