

بسم الله الرحمن الرحيم

امكانيات استخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية
تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية

امكانيات استخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية
تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية

امكانيات استخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية
تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية

دكتور
محمد أحمد العسيلي
قسم المحاسبة والمراجعة
كلية التجارة - جامعة طنطا

أجهت المجموعات المحاسبية المسبقة ، فمثل فترة لبحث بالقسيرا
إلى التوضيحية بإمكانية الإستفادة ببعض التقنيات التي طرقت
مشروعات الأعمال أو المشروعات التي تهدف إلى الربح لكي ي

بسم الله الرحمن الرحيم

امكانيات استخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية في تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية

يقدم الباحث في هذه الدراسة تحليلاً لإمكانيات استخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية في تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية . وقد اختبرت الدراسة مدى توافر عوامل زيادة فاعلية إستخدام هذه التقنيات بهذا القطاع ، وكذلك إمكانيات قياس المنافع من الإستثمارات في برامج الخدمات الصحية . وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك إمكانية لإستخدام هذه التقنيات كمعيار موضوعي يمكن الإعتماد عليه في ترشيد قرارات تخصيص الإستثمارات بهذا القطاع مع ضرورة الأخذ في الإعتبار الخصائص المميزة لتلك الإستثمارات .

مقدمة :

إتجهت المجمعات المحاسبية المهنية ، خلال فترة ليست بالقصيرة ، إلى التوصية بإمكانية الإستفادة ببعض التقنيات التي طورت في مشروعات الأعمال أو المشروعات التي تهدف إلى الربح لكي يمتد

إستخدامها إلى المشروعات التي لا تهدف إلى الربح مع مراعاة الظروف والخصائص المميزه لتلك المشروعات . وقد أتخذت هذه التوصيات صوراً متعددة منها :

١ - توصية اللجنة المكلفة بدراسة المحاسبة في المشروعات التي لا تهدف إلى الربح والتابعة لجمعية نيويورك للمحاسبين العموميين (Overhiser , 1962) والمتعلقة بإمكانية تطبيق العديد من المسلمات المحاسبية التي طورت في المشروعات التي تهدف إلى الربح لكي تطبق في المشروعات التي لا تهدف إلى الربح مع ضرورة الأخذ في الإعتبار الخصائص المميزه لتلك المشروعات .

٢ - توصية اللجنة المكلفة بدراسة تطبيقات المحاسبة في المشروعات التي لا تهدف إلى الربح والتابعة لجمعية المحاسبة الأمريكية (American Accounting Association , 1971 , p.86) والمتعلقة بضرورة التأكيد على أوجه الشبه بين تلك المشروعات وبين المشروعات التي تهدف إلى الربح حيث أن كلاهما يمثل جزء من النظام الإقتصادي وتتنافسان على نفس الموارد ، ومن ثم يجب إستخدام التقنيات المناسبة لضمان أفضل إستخدام للموارد المتاحة .

٣ - توصية التقرير البحثي المقدم إلى المجلس الأمريكي لوضع معايير المحاسبة المالية (FASB) التي تحذر من المشاكل الناجمة عن قيام بعض المحاسبين بتطبيق توصيات مهنية ، طورت أساساً لتخدم مشروعات الأعمال ، على المشروعات التي لا تهدف إلى الربح على الرغم من أن هذه التوصيات قد لا تلائم ظروف تلك المشروعات في بعض الحالات (Anthony , 1978 , p. 3) .

٤ - توصية المجلس الأمريكى لوضع معايير المحاسبة المالية والخاصة بالمبادئ المحاسبية المتعلقة بأهداف التقارير المالية فى المشروعات التى لا تهدف إلى الربح والتى أفادت أنه على الرغم من وجود مجموعة من الخصائص المميزه لتلك المشروعات إلا أن خط الفصل بينها وبين مشروعات الأعمال ليس دائما حادا (FASB , 1980 , p. x) حيث أن البيئة المحيطة بكلاهما تكون متشابهة فى العديد من الأمور خصوصا فيما يتعلق بإستخدام الموارد النادرة لإنتاج وتوزيع السلع أو الخدمات (FASB , 1980 , p. xii) .

٥ - موقف المجلس الأمريكى لوضع معايير المحاسبة المالية الذى يتضمن إمكانية تطبيق التوصيات التى طورت لكى تخدم مشروعات الأعمال على المشروعات التى لا تهدف إلى الربح طالما أنها تتلائم مع الخصائص المميزه لتلك المشروعات . وتمشيا مع هذا التوجه شكل المجلس مجموعة عمل لدراسة إمكانية إجراء بعض التعديلات على بعض إصدارات المجلس (FASB Concepts Statements No. 2,3) لكى تطبق على المشروعات التى لا تهدف إلى الربح (FASB , 1984 , p.1) .

٦ - توصية المجلس الأمريكى لوضع معايير المحاسبة المالية والخاصة بالمبادئ المحاسبية المتعلقة بعناصر القوائم المالية (FASB , 1985) والتى جاءت كترجمة لموقف المجلس السابق حيث تم إدراج مشروعات الأعمال مع المشروعات التى لا تهدف إلى الربح فى نفس التوصية .

وتمشيا مع التوصيات انطلقت فكرة البحث لدراسة إمكانات الإستفادة من بعض تقنيات الموازنة الرأس مالية التي طورت في مشروعات الأعمال أو المشروعات التي تهدف إلى الربح لكي يمتد إستخدامها إلى المشروعات التي لا تهدف إلى الربح ، على وجه التحديد مشروعات الخدمات الصحية ، بهدف بناء نموذج أولويات للإقتراحات الإستثمارية يمكن الإعتماد عليه في ترشيد قرارات تخصيص الإستثمارات بهذا القطاع . وقد تم إختيار قطاع الخدمات الصحية كمجال لتطبيق البحث بإعتباره أحد القطاعات الحيوية الهامة في الإقتصاد القومي ويعتبر أحد المستهلكين الأساسيين للنتائج القومية الإجمالية ، بل أنه يفوق قطاع الدفاع القومي في بعض الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية (Arnold, 1991, p.122) .

وتستمد قرارات تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية أهميتها ليس فقط بسبب أن الموارد المتاحة لهذا القطاع غالباً ما تكون قاصرة عن مواجهة الإحتياجات الإستثمارية المتزايدة لهذا القطاع الحيوى ، بل أيضاً بسبب أن هذه القرارات تنتمى إلى مجموعة قرارات التخطيط القومي ذات الآثار غير المباشرة والتي تضم القرارات المتساندة والقرارات المتعارضة والقرارات المختلطة ، وتتميز هذه المجموعة من القرارات بأن الأثر الذي يحدثه أى قرار منها لا يقتصر على الظاهرة التي يتحكم فيها القرار وإنما يمتد إلى الظواهر الأخرى التي تتحكم فيها باقى القرارات . ومن ثم تحتاج هذه المجموعة من القرارات إلى معايير موضوعية وجهد كبير عند دراستها حيث أن التنبؤ عند إتخاذ هذه القرارات لا يقتصر على ظاهرة واحدة فقط وإنما يمتد إلى الظواهر الأخرى التي تؤثر فيها القرارات تأثيراً غير مباشراً . فعلى سبيل المثال عند تقويم المنافع المتوقعة من تنفيذ

برنامج صحى للتحكم فى مرض معين فإن الأمر لا يقتصر على التنبؤ بالتكاليف المباشرة للمرض التى يمكن تجنبها فى حالة تنفيذ البرنامج الصحى ، والتى تتمثل فى الموارد الإنتاجية التى تستنفد فى الحصول على الخدمات الصحية للمريض مثل تكاليف إكتشاف المرض والتشخيص والعلاج وأخيراً تكاليف مرحلة النقاهة ، بل أن الأمر يستلزم أيضاً التنبؤ بالتكاليف غير المباشرة التى يمكن تجنبها فى حالة تنفيذ هذا البرنامج الصحى والتى تتمثل فى الخسائر فى الناتج القومى بسبب فقد أيام العمل نتيجة للإصابة بهذا المرض .

وهكذا فإنه على الرغم من الشواهد العلمية التى تقترح أهمية قطاع الخدمات الصحية بصفة عامة وأهمية قرارات تخصيص الإستثمارات بهذا القطاع بصفة خاصة ، إلا أن هناك ندرة واضحة فى عدد البحوث التى حاولت التعرف على معيار موضوعى يمكن الإعتماد عليه فى ترشيد قرارات التخصيص . ويأتى هذا البحث كمحاولة للوصول إلى هذا المعيار الموضوعى .

أهداف البحث :

فى ضوء المناقشة السابقة لكل من الشواهد العلمية التى تقترح أهمية قرارات تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية ، فإن أهداف البحث تتلخص فى الآتى :

- ١ - دراسة مدى الحاجة إلى معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية فى قطاع الخدمات الصحية .

٢ - دراسة إمكانات الإستفادة ببعض تقنيات الموازنة الرأس مالية ،
التي طورت فى مشروعات الأعمال أو المشروعات التى لا تهدف
إلى الربح ، لكى تستخدم فى تخصيص الإستثمارات بقطاع
الخدمات الصحية .

أهمية البحث :

من الممكن تلخيص أسباب أهمية هذا البحث من وجهة نظر
الباحث فى الآتى :

١ - أنه نظرا للدور الحيوى الذى يلعبه قطاع الخدمات الصحية فى
الإرتفاع بالمستوى الصحى والإنتاجى للمجتمع ، فإن أحد أسباب
أهمية هذا البحث تكمن فى محاولته إلقاء الضوء على مشكلة
تخصيص الإستثمارات فى هذا القطاع باعتبارها من المشكلات
ذات التأثير على كفاءة هذا القطاع وفعاليتها فى تحقيق أهدافه .

٢ - أن هذا البحث يعد إستجابة لإتجاه بدأ ينمو فى الآونة الأخيرة فى
مجال بحوث تقويم أداء المشروعات التى لا تهدف إلى الربح سواء
كان تقويم أداء النشاط الجارى أو الإستثمارى ، بمقتضاه بدأ
اهتمام الباحثين يمتد إلى الجوانب غير القياسية بالإضافة إلى
الجوانب القياسية .

٣ - حظى موضوع إستخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية ، كمعيار
موضوعى يعتمد عليه فى ترشيد قرارات تخصيص الإستثمارات
بمشروعات الأعمال ، بقدر كبير من البحوث (Haka , 1987)
إلا أن هناك ندرة واضحة فى عدد البحوث التى حاولت التعرف
على معيار موضوعى يمكن الإعتماد عليه فى تخصيص
الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية . ويأتى هذا البحث
كمحاولة للوصول إلى هذا المعيار الموضوعى .

: خصبا ت ليرتصه

فروض البحث :

يختبر هذا البحث الفرض الرئيسى التالى :

" إن تقنيات الموازنة الرأس مالية التى طورت لكى تستخدم فى مشروعات الأعمال أو المشروعات التى تهدف إلى الربح يمكن أن تستخدم أيضا فى ترشيد قرارات تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية . "

بالإضافة إلى هذا الفرض الرئيسى سوف يتم إختيار ستة فروض أخرى تتعلق بمدى توافر عوامل زيادة فاعلية إستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصص ، كأحد تقنيات الموازنة الرأس مالية الشائعة الإستخدام ، بقطاع الخدمات الصحية . يختص ثلاثة من هذه الفروض بإختبار مدى توافر عوامل زيادة الفاعلية الخارجية ، بينما يختص الثلاثة الأخرين بإختبار مدى توافر عوامل زيادة الفاعلية الداخلية .

منهج البحث :

ينتهج هذا البحث المنهج الإستنباطى الذى يهدف إلى إختبار الحقائق حيث يسعى البحث إلى إختبار إمكانات تطبيق تقنيات معينة طورت فى ظروف معينة لكى تطبق فى ظروف أخرى . وعند إجراء هذا الإختبار تم إستعراض مناهج دراسة الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية بجمهورية مصر العربية بالإضافة إلى دراسة بعض الحالات فى الدول الأخرى بغرض تحليلها بهدف الوصول إلى الإستنتاجات المرتبطة بموضوع البحث .

محتويات البحث :

يشتمل هذا البحث على قسمين ، يتضمن كل منهما ثلاثة مباحث ، على النحو التالي :

القسم الأول : يتناول الحاجة إلى معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية بقطاع الخدمات الصحية .
القسم الثانى : يعرض إمكانات استخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية فى تخصيص الأستثمارات بقطاع الخدمات الصحية .

القسم الأول

الحاجة إلى معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية بقطاع الخدمات الصحية

يهدف هذا القسم إلى إبراز الحاجة الماسة إلى معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية بهذا القطاع الحيوى من خلال ثلاثة مباحث . فى المبحث الأول ستحاول تحديد موقع قرارات تخصيص الإستثمارات بهذا القطاع بين مجموعة القرارات التى تتضمنها الخطة القومية لبيان الأهمية الخاصة لتلك القرارات . وفى المبحث الثانى سنتعرف على مناهج دراسة الإستثمارات بهذا القطاع لإظهار حاجة المناهج المختلفة إلى معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية . وفى المبحث الثالث سنناقش مشاكل استخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية كمعيار موضوعى لتخصيص الإستثمارات بهذا القطاع .

المبحث الأول

الأهمية الخاصة لقرارات تخصيص الإستثمارات في قطاع الخدمات الصحية

في هذا المبحث سنحاول تحديد أهمية قرارات تخصيص الإستثمارات في هذا القطاع من خلال دراسة مجموعات القرارات التي تتضمنها الخطة القومية وتحديد موقع قرارات تخصيص الإستثمارات في قطاع الخدمات الصحية بين تلك المجموعات . وقد أمكن أحد الكتاب (أحمد حسنى ، ١٩٦٤) التمييز بين أربعة مجموعات من القرارات التي تتضمنها الخطة القومية طبقا للأثر الذي تحدثه هذه القرارات في المتغيرات الإقتصادية المختلفة وهذه المجموعات هي :

المجموعة الأولى : تتضمن القرارات التي تعطى آثار إيجابية غير مباشرة ، بمعنى أن الأثر الذي يحدثه كل قرار في هذه المجموعة لا يقتصر على الظاهرة التي يتحكم فيها القرار ، وإنما يمتد إلى الظواهر الأخرى التي تتحكم فيها باقى القرارات التي تنتمى إلى نفس المجموعة ويؤثر فيها تأثيرا إيجابيا يدعم الآثار المباشرة لهذه القرارات ، وهذه القرارات يمكن أن يطلق عليها " القرارات المتساندة " ومن أمثلتها قرارات الإستثمار فى برامج الصحة المهنية التي تختص بصحة العاملين فى المهن المختلفة حيث أن الإستثمار فى هذه البرامج يؤثر تأثيرا إيجابيا ويعتبر من أهم دعائم رفع إنتاجية العمل ومن ثم الإنتاج الصناعى .

المجموعة الثانية : تتضمن القرارات التي تعطى آثارا سلبية غير مباشرة بمعنى أن الأثر الذي يحدثه كل قرار فى هذه المجموعة لا يقتصر على الظاهرة التي يتحكم فيها القرار ، وإنما يمتد إلى الظواهر الأخرى التي تتحكم فيها باقى القرارات التي تنتمى إلى نفس المجموعة ويؤثر فيها تأثيرا سلبيا يضعف الآثار المباشرة لهذه القرارات

وهذه القرارات يمكن أن يطلق عليها "القرارات المتعارضة" ومن أمثلتها قرارات الإستثمار فى مستشفيات جديدة تقام على أرض زراعية خصبة حيث أن هذا الإستثمار ينتج عنه آثار سلبية غير مباشرة تتمثل فى الإضرار بالإنتاج الزراعى .

المجموعة الثالثة : تتضمن القرارات التى تعطى آثارا غير مباشرة تمتد إلى الظواهر الأخرى التى تتحكم فى باقى القرارات التى تنتمى إلى هذه المجموعة وتؤثر فيها تأثيرا إيجابيا يدعم الآثار المباشرة لبعض هذه القرارات وتؤثر فى بعضها الآخر تأثيرا سلبيا يضعف الآثار المباشرة لبعض القرارات وهذه القرارات يمكن أن يطلق عليها "القرارات المختلطة" ومن أمثلتها القرارات المتعلقة بتحديد الإنفاق القومى وتوزيعه بين الإنفاق الإستثمارى والإنفاق الإستهلاكى .

والمجموعة الرابعة : تتضمن مجموعة القرارات التى تنعدم آثارها غير المباشرة بمعنى أن أى قرار منها لا يسند أو يعارض القرارات الأخرى ويقتصر تأثيره على الظاهرة التى يتحكم فيها دون أن يتعداها إلى الظواهر الأخرى وهذه القرارات يمكن أن يطلق عليها "القرارات المحايدة" ومن أمثلتها القرارات الإستهلاكية التى يتخذها الأفراد .

لو حاولنا البحث عن موضع القرارات الإستثمارية بصفة عامة وقرارات تخصيص الإستثمارات فى قطاع الخدمات الصحية بصفة خاصة بين المجموعات السابقة من القرارات سنجد ما يلى :

(أ) أن هناك مجموعتان من القرارات التى تتضمنها الخطة القومية الأولى لها آثارا غير مباشرة بمعنى أن الأثر الذى يحدثه كل قرار لا يقتصر على الظاهرة التى يتحكم فيها القرار وإنما يمتد إلى

الظواهر الأخرى التى تتحكم فيها باقى القرارات ويدخل تحت هذه المجموعة كل من القرارات المتساندة والقرارات المتعارضة والقرارات المختلطة . والمجموعة الثانية تنعدم آثارها غير المباشرة بمعنى أن أى قرار منها يقتصر تأثيره على الظاهرة التى يتحكم فيها ويدخل تحت هذه المجموعة القرارات المحايدة فقط .

(ب) إن عملية إتخاذ القرارات تتطلب التنبؤ بالظروف المستقبلية للظواهر التى تتحكم فيها القرارات وهذا يعنى أن إتخاذ القرارات ذات الآثار غير المباشرة يحتاج إلى جهد أصعب إذا ما قورن بالقرارات التى تنعدم آثارها غير المباشرة . فالتنبؤ فى الحالة الأولى لا يقتصر على ظاهرة واحدة فقط وإنما يمتد إلى الظواهر الأخرى التى يؤثر فيها القرار تأثيرا غير مباشرا بينما نجد أن التنبؤ فى الحالة الثانية يقتصر على ظاهرة واحدة فقط وهى تلك التى يؤثر فيها القرار دون أن يتعدها .

(ج) وبالنظر إلى القرارات الإستثمارية التى تتضمنها الخطة القومية سنجد أنها تشمل القرارات التى تحدد الأولويات العامة للإستثمار القومى والتى توزع الموارد المتاحة للإستثمار بين القطاعات المختلفة وتوزع الموارد التى تخصص لكل قطاع بين المشروعات المختلفة داخل القطاع . وجميع هذه القرارات تنطوى على آثاراً غير مباشرة وهذا يعنى أن القرارات الإستثمارية تندرج تحت مجموعة القرارات ذات الآثار غير المباشرة والتى تحتاج إلى جهد كبير فى عملية التنبؤ بالظروف المستقبلية .

(د) وبالنظر إلى قرارات تخصيص الإستثمارات فى قطاع الخدمات الصحية سنجد أنها تندرج تحت مجموعة القرارات ذات الآثار غير المباشرة (القرارات المتساندة والقرارات المتعارضه والقرارات المختلطة) والتي تحتاج إلى جهد كبير فى دراستها. ويضاف إلى ذلك أن الهدف الأساسى لقطاع الخدمات الصحية هو الإرتفاع بالمستوى الصحى للمجتمع فى حين أن الموارد المتاحة لهذا القطاع غالباً ما تكون قاصرة عن مواجهة المشاكل والإحتياجات الصحية للمجتمع. أى بعبارة أخرى هناك فجوة بين الموارد والإحتياجات فى هذا القطاع ويجب على متخذي القرارات أن يبحث عن الأساليب الممكنة لسد هذه الفجوة. وأساليب سد هذه الفجوة يمكن تلخيصها فى أسلوبين : الأول هو زيادة الموارد المتاحة لهذا القطاع ، والثانى هو ترشيد إستخدام الموارد لهذا القطاع دون زيادتها ، مع ملاحظة أنه يمكن الجمع بين الأسلوبين (p.1 , 1978 , Office Of International Health) وحيث أن هناك قيود على زيادة الموارد المتاحة لذلك نجد أن متخذ القرارات فى هذا القطاع يتجه فى معظم الأحوال إلى الأسلوب الثانى القائم على عملية ترشيد تخصيص الإستثمارات ، ومن ثم تتضح الأهمية الخاصة لقرارات تخصيص الإستثمارات فى قطاع الخدمات الصحية . ولكى تتم عملية التخصيص على أسس سليمة فإن الأمر يحتاج إلى البحث عن معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية . وقبل البحث عن هذا المعيار لابد من التعرف على مناهج دراسة الإستثمارات فى هذا القطاع الهام .

المبحث الثانى

مناهج دراسة الإستثمارات فى قطاع الخدمات الصحية
والحاجة إلى معيار موضوعى لتقويم الإقتراحات الإستثمارية

فى هذا المبحث سنحاول دراسة هذه المناهج (Office Of
(p.7 , 1978 , International Health) التى يمكن تصنيفها على
أساس مصدر أو مصادر تمويل الإستثمارات أو على أساس وظيفى أى
من حيث طبيعة الوظائف المؤداة بواسطة برنامج أو برامج الخدمات
الصحية ، وأخيراً على أساس جغرافى أى من حيث مكان تخصيص
الإستثمارات .

١/٢/١ دراسة الإستثمارات فى الخدمات الصحية على
أساس مصادر التمويل :

وفقاً لهذا المنهج يتم تبويب الإستثمارات على
أساس مصدر أو مصادر تمويلها سواء كانت مصادر
عامّة أى من الموازنة العامة للدولة أو مصادر
مختلطة أى أن جزء منها يأتى من موازنة الدولة
والباقى يأتى من مساهمات أو اشتراكات الأفراد ،
وأخيراً هناك المصادر الخاصة أى أن التمويل يتم بالكامل من
القطاع الخاص .

وبالنظر إلى الوضع في جمهورية مصر العربية (وزارة الصحة ، ١٩٨٠ ، ص ٥-٩) سنجد أن الدولة إنتهجت النظم الثلاثة في تمويل استثمارات الخدمات الصحية . فوزارة الصحة تتلقى التمويل الإساسى لإستثماراتها من الموازنة العامة للدولة ، كما تشرف الوزارة على هيئات حكومية لها الإستقلال الذاتى فى تقديم عناصر الخدمة الصحية للمواطنين وتتلقى هذه الهيئات جزء من تمويلها من الموازنة العامة للدولة والجزء الآخر من مساهمات الأفراد والمنظمات فى نظم الخدمة الصحية المستخدمة ، ومن أمثلة هذه الهيئات : الهيئة العامة للتأمين الصحى ، المؤسسة العلاجية لمحافظة القاهرة ، المؤسسة العلاجية لمحافظة الأسكندرية ، والهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية ، وأخيراً هناك الإستثمارات بواسطة القطاع الخاص ومن أمثلتها المستشفيات الخاصة أو الإستثمارية .

وتختلف صعوبة تقويم الإقتراحات الإستثمارية على حسب مصدر أو مصادر التمويل ، ويمكن إيضاح ذلك من خلال دراسة النواحي التالية :

(أ) معيار تقويم الإقتراحات الإستثمارية : إذا كان مصدر أو مصادر التمويل من الموازنة العامة للدولة يجب على القائم بعملية التقويم أن يأخذ فى الإعتبار جميع التكاليف والمنافع الإجتماعية التى قد تنتج عند قبول الإقتراح الإستثمارى ، وهو الأمر الذى يزيد من

صعوبة عملية التقويم . فى حين إذا كان مصدر أو مصادر الأموال من القطاع الخاص قد نجد أن القائم بعملية التقويم هدفه الأساسى هو تعظيم الربح أو تخفيض التكلفة أى بعبارة أخرى تعظيم العائد لأصحاب رأس المال . وقد لا يأخذ القائم بعملية التقويم التكاليف والمنافع الإجتماعية فى الإعتبار وإن كان إغفالها أمر غير مرغوب فيه (Bierman and Smidt, 1988, p.352)

(ب) الآثار المترتبة على الإقتراحات الإستثمارية :
الإقتراحات الإستثمارية التى يتم تمويلها من الأموال العامة تمتد آثارها إلى العديد من الطوائف فى المجتمع فى حين أن الإقتراحات الممولة من الأموال الخاصة تؤثر مباشرة على أصحاب رأس المال . فهناك عدد من الإعتبارات الأساسية التى يجب مراعاتها بواسطة القائم بتقويم الإقتراحات الإستثمارية التى يتم تمويلها من الأموال العامة وهى : صافى المنفعة (المنافع الإجتماعية مطروحا منها التكاليف الإجتماعية) من الإقتراح الإستثمارى ، الفئات المستفيدة عند تنفيذ الإقتراح الإستثمارى ، وأخيراً وسائل توصيل المنافع إلى المستفيدين (Bierman and Smidt, 1988, p.344) والإعتبارات الثلاثة يجب مراعاتها بنفس الدرجة من الأهمية ، فعلى سبيل المثال عند تقويم إقتراح بالإستثمار فى أحد نظم الخدمة الصحية المجانية الحكومية قد يكون صافى المنفعة

الإجتماعية من هذا الإقتراح موجبا ورغم ذلك قد يفشل هذا الإستثمار بسبب عدم التحديد الدقيق للفئات المستفيدة من هذا النظام الصحى أو بسبب عدم تحديد طرق توصيل الخدمة الصحية إليهم أو بسبب تجنب هذه الفئات لهذا النظام الصحى بسبب إكسابه صفة المجانية .

(ج) مدى خضوع الإقتراحات الإستثمارية للضرائب على الدخل : الإقتراحات الإستثمارية التى يتم تمويلها من الأموال العامة لا تخضع للضرائب على الدخل مما يسهل مهمة القائم بعملية التقويم إذا ما قورنت بمهمته فى الإستثمارات الخاصة (Canada and White , 1980 , p.173) .

(د) إعتداد الإقتراحات الإستثمارية : الإقتراحات الإستثمارية التى يتم تمويلها من الأموال العامة تحتاج عند الموافقة على تنفيذها إلى إعتداد العديد من الجهات بما فيها السلطة التشريعية . والأمر قد يكون أقل صعوبة فى القطاع الخاص حيث أن الإعتداد الأساسى لتنفيذ الإقتراح يكون من أصحاب رأس المال بالإضافة طبعاً إلى إعتداد بعض الجهات الحكومية (Bierman and Smidt , 1988 , p. 344) .

٢/٢/٨ دراسة الإستثمارات فى الخدمات الصحية على أساس وظيفى أو برامجى :

وفقا لهذا المنهج يتم تبويب الإستثمارات على أساس وظيفى أى على أساس طبيعة الوظيفة أو الهدف من برنامج الخدمات الصحية . وتنقسم برامج الخدمات الصحية وفقا لهذا التبويب إلى مجموعتين رئيسيتين : الأولى تشمل برامج الخدمات الصحية العلاجية والتي تتعامل مع المرض بعد الإصابة به فعلاً ، والثانية تشمل برامج الخدمات الصحية الوقائية والتي تحاول الوقاية من المرض قبل حدوثه .

وبالنظر إلى الوضع فى جمهورية مصر العربية (وزارة الصحة ، ١٩٨٠ ، ص ٥) سنجد أن الخدمة الصحية تشمل الجانب الوقائى والجانب العلاجى فى نفس الوقت مع ملاحظة أن الخدمات الصحية الوقائية المجانية مسؤولة قاصرة على وزارة الصحة .

وبالإضافة إلى التبويب الرئيسى إلى برامج علاجية وبرامج وقائية فإنه يمكن تقسيم كل مجموعة رئيسية إلى مجموعات فرعية ، كما أنه يمكن تقسيم البرنامج الصحى الواحد إلى مجموعة من القنوات أو الخطوات الفرعية ، فعلى سبيل المثال لو كان لدينا برنامج للتحكم فى مرض معين ، فإنه يمكن افتراض النموذج التالى :

(أ) إذا كانت ك تمثل التكاليف الكلية للبرنامج ، وكانت ك١ ، ك٢ ، ك٣ ، ك٤ تمثل تكاليف الموارد المستخدمة في إكتشاف المرض ، التشخيص ، العلاج ، النقاهة (قنوات البرنامج الصحي) على التوالي فإن :

$$ك = ك١ + ك٢ + ك٣ + ك٤$$

(ب) إذا كانت م تمثل المنافع الكلية للبرنامج الصحي وكانت م١ ، م٢ ، م٣ ، م٤ تمثل المنافع المتوقعة من إكتشاف المرض ، التشخيص ، العلاج ، النقاهة (قنوات البرنامج) على التوالي فإن :

$$م = م١ + م٢ + م٣ + م٤$$

(ج) بالإستناد على العلاقات السابقة فإنه يمكن للقائم بعملية تقويم الإقتراحات الإستثمارية أن يحسب التكاليف والمنافع المتوقعة لكل قناة من قنوات البرنامج الصحي بالإضافة إلى التكاليف والمنافع الكلية للبرنامج .

إذا كانت هناك ثلاثة برامج خدمات صحية بديلة فإنه يمكن عرض بياناتها في صورة جدول تفصيلي . هذا الجدول يمكن القائم بعملية تقويم الإقتراحات الإستثمارية من المقارنة بين البرامج الثلاثة على أساس صافي المنفعة المتوقعة من كل برنامج :

البرنامج الثالث		البرنامج الثانى		البرنامج الأول		البرنامج القنوات
التكاليف المنافع		التكاليف المنافع		التكاليف المنافع		
٣١م	٣١ك	٢١م	٢١ك	١١م	١١ك	إكتشاف المرض
٣٢م	٣٢ك	٢٢م	٢٢ك	١٢م	١٢ك	التشخيص
٣٣م	٣٣ك	٢٣م	٢٣ك	١٣م	١٣ك	العلاج
٣٤م	٣٤ك	٢٤م	٢٤ك	١٤م	١٤ك	النقاهاة
٣م	٣ك	٢م	٢ك	١م	١ك	الإجمالى

وإذا أمكننا تحديد التكاليف والمنافع بصورة دقيقة (أو أقرب إلى الدقة خصوصاً إذا كانت فى صورة غير كمية) فإنه يمكن الوصول إلى معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية .

والخلاصة أن دراسة الإقتراحات الإستثمارية فى مجال الخدمات الصحية على أساس وظيفى أو برامجى تعطى مردود إيجابى على عملية تقويم هذه الإقتراحات وذلك من خلال إكسابها صفة الموضوعية بشرط التحديد الدقيق للتكاليف والمنافع المتوقعة من برامج الخدمات الصحية .

٣/٢/٨ دراسة الإستثمارات فى الخدمات الصحية على أساس جغرافى :

وفقاً لهذا المنهج يتم دراسة الإستثمارات على أساس منطقة الإنتفاع بالخدمات الصحية إبتداءً من المستوى القومى ومروراً بالمستوى الإقليمى (المحافظات) وإنتهاءً بالمستوى المحلى . ويعتبر المستوى القومى بطبيعة الحال من أهم المستويات التى يجب دراستها والإهتمام بها لأنه يتضمن الهيئات والمؤسسات والمستشفيات ذات الحجم الكبير والتى تقدم تغطية شاملة للخدمات الصحية على مستوى الدولة .

وبالنظر إلى الوضع فى جمهورية مصر العربية (وزارة الصحة ، ١٩٨٠ ، ص ٧-٨) سنجد أن شبكة الخدمات الصحية لوزارة الصحة تنقسم جغرافياً إلى :

(أ) على المستوى المحلى : هناك الوحدات الصحية الريفية وهى الحلقة الأولى لتقديم الخدمة الصحية فى أعماق الريف ، كما أن هناك المجموعات الصحية الريفية والمستشفيات القروية وتعتبر المستوى الثانى والتالى لتقديم الخدمة الصحية .

(ب) على مستوى المحافظات : هناك المستشفيات المركزية وهى المستوى التخصصى الأول لتقديم الخدمات العلاجية وتوجد بالمدن والمراكز فى المحافظات ، كما أن هناك المستشفيات العامة وتوجد فى عواصم المحافظات وتعتبر أعلى مستوى للخدمة العلاجية فى المحافظة .

(ج) على المستوى القومى : هناك المستشفيات التخصصية وتوجد فى العواصم الكبرى مثل القاهرة والأسكندرية وكذلك المعاهد الطبية البحثية والمؤسسات العلاجية والهيئات العامة مثل الهيئة المصرية العامة للمستحضرات الحيوية واللقاحات والتي تغطى الإحتياجات القومية من المستحضرات الحيوية واللقاحات .

وتتبع كثير من الدول المتقدمة الأساس الجغرافى فى دراسة الإستثمارات فى قطاع الخدمات الصحية ومنها على سبيل المثال المملكة المتحدة (Nahapiet, 1988, p. 335) فالنظام القومى للخدمات الصحية بها ينقسم إلى أربعة عشرة سلطة صحية إقليمية تتبع مباشرة وزير الصحة ومسئولياتها الأساسية تتمثل فى التخطيط وتخصيص الإستثمارات على كافة المستويات بالإضافة إلى بعض الواجبات المحدودة فى تقديم الخدمة الصحية . فى حين أن المسئولية الأساسية لتقديم الخدمة الصحية تقع على المستويات الأدنى وهى السلطات الصحية على مستوى المنطقة أو على مستوى الوحدات المحلية . والعلاقة بين المستويات الثلاثة علاقة تخطيط ومراقبة بحيث أن كل مستوى يخطط ويراقب المستوى الأدنى له . كما أن له الحق فى الحصول على كافة البيانات التى يحتاجها .

والخلاصة أن عملية تقديم الإقتراحات الإستثمارية فى مجال الخدمات الصحية يمكن أن تتم بواسطة أى مستوى من المستويات الجغرافية ولكن نظراً للأهمية الخاصة للإستثمار فى هذا المجال فإن عملية تقويم الإقتراحات الإستثمارية وتخصيص الإستثمارات بين المستويات المختلفة يجب أن تتم بشكل مركزى لضمان عدالة وموضوعية توزيع الإستثمارات بين المستويات المختلفة فى ضوء التحديد الدقيق لإحتياجات كل مستوى .

في هذا المبحث تناولنا تحليل مناهج دراسة الإستثمارات في قطاع الخدمات الصحية وقد أظهر هذا التحليل النقاط التالية :

(أ) المناهج الثلاثة التي تمت دراستها ليس من الضرورة أن تكون متعارضة بمعنى أنه يمكن إستخدام المناهج الثلاثة في نفس الوقت . فعلى سبيل المثال يمكن تبويب الإستثمارات على أساس وظيفي إلى مجموعة من برامج الخدمات الصحية العلاجية ومجموعة أخرى من برامج الخدمات الصحية الوقائية ثم يتم تبويب البرامج في كل مجموعة على حسب مصدر أو مصادر التمويل أو على حسب منطقة الإنتفاع الجغرافي بالخدمات الصحية .

(ب) إن دراسة الإقتراحات الإستثمارية على أساس وظيفي أو برامجي تعطى مردود إيجابي على عملية تقويم هذه الإقتراحات وذلك من خلال إكسابها صفة الموضوعية بشرط التحديد الدقيق للمنافع والتكاليف المتوقعة من برنامج الخدمات الصحية .

(ج) أظهرت دراسة المناهج الثلاثة الحاجة الماسة إلى معيار موضوعي لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية في مجال الخدمات الصحية خصوصاً إذا كان مصدر تمويل الإقتراحات الإستثمارية من الأموال العامة حيث يجب أن يأخذ القائم بعملية تقويم الإقتراحات في الإعتبار جميع التكاليف والمنافع الإجتماعية التي قد تنتج عن قبول الإقتراح الإستثماري .

وفى مجال مشروعات الأعمال أو المشروعات التى تهدف إلى الربح حاولت العديد من الدراسات الوصول إلى معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية بإستخدام مجموعة من التقنيات . والسؤال الآن هل هناك إمكانية لإستخدام هذه التقنيات فى تخصيص الإستثمارات فى قطاع الخدمات الصحية ؟ وماهى المشاكل التى تواجه إستخدام هذه التقنيات فى عملية تخصيص الإستثمارات ؟

المبحث الثالث

مشاكل إستخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية فى تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية

فى هذا المبحث سنحاول التعرف على هذه المشاكل مع ملاحظة أن هناك مشاكل عامة تواجه إستخدام هذه التقنيات فى المجال الذى صممت من أجله وهو مشروعات الأعمال أو المشروعات التى تهدف إلى الربح يضاف إلى ذلك المشاكل التى تواجه إستخدام هذه التقنيات فى قطاع الخدمات الصحية بصفة خاصة . ومن أجل التعرف على هذه المشاكل سنتعرض بصورة سريعة لأهم تقنيات الموازنة الرأس مالية بالصورة التى تخدم هدف البحث .

١/٣/١ تبويب تقنيات الموازنة الرأس مالية :

هناك تبويبات متعددة لتقنيات الموازنة الرأس مالية ،
فهناك من يبويبها إلى تقنيات تقليدية وتقنيات التدفق
النقدى المخصوص (Hawkins and Pearce , 1979) كما
يمكن تبويبها على أساس مدى أخذها فى الإعتبار للقيمة
الزمنية للنقود (Decoster and Schafer, 1982) حيث
يمكن تقسيمها إلى مجموعتين :

المجموعة الأولى : التقنيات التى تأخذ فى الإعتبار القيمة
الزمنية للنقود The Time Value Of Money وتندرج تحت
هذه المجموعة تقنيات صافى القيمة الحالية ونسبة المنافع
المخصوصة إلى التكاليف المخصوصة وأخيراً معدل العائد
الداخلى أو معدل العائد المعدل بالقيمة الزمنية للنقود .

وتطبق التقنيات الثلاثة نفس المعيار لتقويم الإقتراحات
الإستثمارية ، فالإقتراح يكون مقبولاً إذا كانت المنافع
المخصوصة (المعدلة بالقيمة الزمنية للنقود) مساوية أو أكبر
من التكاليف المخصوصة للإقتراح ويكون مرفوضاً إذا كانت
التكاليف المخصوصة أكبر من المنافع المخصوصة .

ويختلف أسلوب تطبيق هذا المعيار فى التقنيات الثلاثة .
فعند إستخدام صافى القيمة الحالية يمكن قبول الإقتراح
الإستثمارى إذا كان صافى القيمة الحالية مساوياً صفراً أو
موجباً ، ويتم رفض الإقتراح إذا كان صافى القيمة الحالية

سالباً ، وعند إستخدام نسبة المنافع المخصومة إلى التكاليف المخصومة يمكن قبول الإقتراح إذا كانت هذه النسبة مساوية واحد صحيح أو أكثر ويتم رفض الإقتراح إذا كانت النسبة أقل من واحد ، وبالنظر إلى معدل العائد الداخلى فهو يمثل معدل العائد الفعلى الذى يجعل صافى القيمة الحالية للإقتراح الإستثمارى مساوياً صفراً ، وهنا يجب على القائم بعملية تقويم الإقتراحات الإستثمارية أن يقرر معدلاً ما يعتبر حداً أدنى لقبول الإقتراح الإستثمارى ، بمعنى أن كل الإقتراحات التى تحقق معدلاً أقل من هذا المعدل المرغوب فيه تعتبر غير مقبولة .

ويمكن أن يطلق على معدل العائد المرغوب فيه (Horngren, 1982) أيضاً معدل التخطى Hurdle Rate أو تكلفة رأس المال Cost Of Capital أو معدل الخصم Discount Rate ، وبصفة عامة يعتبر حساب هذا المعدل مشكلة أساسية وعامة تواجه إستخدام التقنيات الثلاثة (Osteryoung and McCarty , 1985) فى تقويم الإقتراحات الإستثمارية .

المجموعة الثانية : التقنيات التى لا تأخذ فى الإعتبار القيمة الزمنية للنقود ويندرج تحت هذه المجموعة تقنية بسيطة وهى تقنية فترة الإسترداد والتى تقيس الفترة الزمنية التى يمكن خلالها إسترداد الإستثمار الأسمى من خلال التدفقات النقدية الداخلة ويتم ترجيح الإقتراح

الإستثمارى الذى يمكن إسترداد الأموال المستثمرة فيه فى أقرب وقت ممكن ، وينتمى إلى هذه المجموعة أيضاً تقنية معدل العائى المحاسبى أو معدل العائد غير المعدل بالقيمة الزمنية للنقود وتستخدم هذه التقنية المفاهيم المحاسبية لتحديد صافى الدخل ، ويتم ترجيح الإقتراح الإستثمارى الذى يحقق أعلى معدل فائدة .

وهذه المجموعة يطلق عليها البعض التقنيات التقليدية (Hawkins and Pearce, 1979) والمشكلة الأساسية فى هذه التقنيات هو تجاهلها التام لتوقيت التدفقات النقدية وطول فترة هذه التدفقات أو بعبارة مختصرة عدم الأخذ فى الإعتبار القيمة الزمنية للنقود .

والمفاضلة بين التقنيات التى تأخذ فى الإعتبار القيمة الزمنية للنقود أو ما يطلق عليها تقنيات التدفق النقدى المخصوص وبين التقنيات التى تتجاهل القيمة الزمنية للنقود أو ما يطلق عليه التقنيات التقليدية ترجح فى معظم الأحوال لصالح تقنيات المجموعة الأولى ، وقد دفع ذلك بعض الكتاب إلى وصف تقنيات المجموعة الثانية بالتقنيات السااذجة (Haka, 1987) نظراً لأنها تتجاهل القيمة الزمنية للنقود .

وقد أصبح إستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصوص فى تقويم الإقتراحات الإستثمارية أمر شائع إذا ما قورنت بالتقنيات التقليدية ، ولكن هذ التقنيات تواجه عند

إستخدامها فى المجال الذى صممت من أجله وهو مشروعات الأعمال أو المشروعات التى تهدف الربح مجموعة من المشاكل المتعلقة بتقدير متغيرات نموذج التدفق النقدى المخصوم مثل التدفقات النقدية المستقبلية ومعدل الخصم والعمر الإنتاجى للإقتراح الإستثمارى وتكاليف الإستثمار الأولية والجارية .

وتواجه هذه التقنيات عند إستخدامها فى قطاع الخدمات الصحية نفس المشاكل المتعلقة بتقدير متغيرات نموذج التدفق النقدى المخصوم . وقد تناول العديد من الكتاب وضع الحلول لتلك المشاكل فى ظل الظروف المختلفة (Canda and White, 1980; Decoster and Schafer, 1982; Bierman and Smidt, 1988) لذلك

فإن هذه المشاكل العامة لن تكون موضع تركيز البحث ، حيث أن الإهتمام سوف ينصب على المشاكل الخاصة التى تواجه إستخدام هذه التقنيات فى قطاع الخدمات الصحية . فبالنسبة لتقدير التدفقات النقدية المستقبلية سنجد أن المنافع الناتجة عن الإستثمار فى برامج الخدمات الصحية تكون فى معظم الأحوال فى صورة غير كمية ، ومن ثم نحتاج إلى قياس هذه المنافع فى صورة كمية . كما أن الجانب الأكبر من تمويل الإستثمارات فى هذا القطاع يأتى من مصادر الأموال العامة والمنافع من الإستثمارات تتحقق فى نقاط زمنية مختلفة مما يستلزم إستخدام سعر خصم يتلائم مع طبيعة هذه الإستثمارات .

وتعتبر هاتين المشكلتين : قياس المنافع فى صورة كمية ، وتحديد سعر الخصم الملائم من أهم المشاكل التى تواجه إستخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية فى قطاع الخدمات الصحية . لذلك سوف نتناولها بالتفصيل فى القسم التالى من البحث حيث أن إمكانيات إستخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية فى هذه القطاع تعتمد بدرجة كبيرة على وجود حلول لهاتين المشكلتين .

أظهر التحليل فى القسم الأول من البحث أن عملية تخصيص الإستثمارات تكتسى أهمية خاصة فى قطاع الخدمات الصحية حيث أن الموارد المتاحة لهذا القطاع غالباً ما تكون قاصرة عن مواجهة إحتياجات الإستثمار المتزايدة فى هذا القطاع الهام . وعملية التخصيص السليمة تستلزم الإستناد إلى معيار موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية بإستخدام مجموعة من التقنيات . ولقد تم تطوير مجموعة من تقنيات التخصيص تستخدم فى مشروعات الأعمال أو المشروعات التى تهدف إلى الربح وهى تناسب هذه المشروعات ولكنها بالطبع تواجه مجموعة من المشاكل عند إستخدامها فى قطاع الخدمات الصحية . لذلك سوف نخصص القسم الثانى من البحث لدراسة هذه المشاكل والتعرف على إمكانيات إستخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية فى تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية .

القسم الثانى

إمكانات إستخدام تقنيات الموازنة الرأسمالية فى تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية

سبق أن أوضحنا أن إستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصوم فى تقويم الإقتراحات الإستثمارية أصبح أمر شائع إذا ما قورن بإستخدام التقنيات التقليدية ، بل أن هناك بعض الدراسات تناولت العوامل التى تؤثر على فاعلية إستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصوم مع بيان أثر إستخدام هذه التقنيات على مستويات الأداء فى المشروعات المختلفة (Klammer, 1973; Kim, 1982; Larcher, 1983; Haka et al, 1985) وفى المبحث الأول من هذا القسم سنحاول التعرف على هذه العوامل ثم ندرس إمكانات توافرها فى قطاع الخدمات الصحية من خلال إختبار ستة فروض ، ثلاثة منها تتعلق بعوامل زيادة فاعلية إستخدام تقنيات الخصم الخارجية والأخرى تتعلق بالعوامل الداخلية . وفى المبحث الثانى سنتعرف على إمكانات قياس المنافع من الإستثمارات فى هذا القطاع . وفى المبحث الثالث سنناقش إمكانات تحديد سعر الخصم الملائم فى هذا القطاع .

المبحث الأول

عوامل زيادة فاعلية إستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصوم ومدى توافرها بقطاع الخدمات الصحية

تناولت إحدى الدراسات (Haka, 1987) تحليل هذه العوامل من خلال دراسة ميدانية مقارنة بين مجموعة من المنشآت التى تستخدم

هذه التقنيات ومجموعة أخرى لا تستخدمها على أساس أن فاعلية هذه التقنيات تعتمد على قدرة المنشأة على تقدير متغيرات نموذج التدفق النقدي المخصوم والتي تتأثر هي الأخرى بمجموعتين من العوامل ، الأولى تختص بالعوامل الخارجية والثانية تختص بالعوامل الداخلية .

المجموعة الأولى : عوامل زيادة فاعلية إستخدام تقنيات الخصم الخارجية والتي تتعلق بالسياسات والإستراتيجيات التي تتبعها المنشأة في التفاعل مع القوى البيئية الخارجية ، وتتضمن ما يلي :

العامل الأول : إستراتيجية المنشأة في الإستثمار وهي إستراتيجية المدافع أو المحلل أو المتوقع . والمنشأة المدافعة هي التي تعمل في ظروف بيئية أقرب إلى السكون وإستثماراتها تكون في منتجات أو خدمات ذات طابع تقليدي . أما المنشأة المتوقعة أو المبتكرة فهي على العكس تماماً من المنشأة المدافعة حيث تعمل في ظروف بيئية ديناميكية وتسعى دائماً إلى الإستثمار في المنتجات أو الخدمات الجديدة وتتجنب الإرتباطات طويلة الأجل في تكنولوجيا معينة لإتاحة الفرصة للتغيير المستمر وإدخال التكنولوجيا الأحدث . وتجمع المنشأة التي تتبع إستراتيجية المحلل بين إستراتيجية الدفاع وإستراتيجية التوقع ، أي أنها تجمع بين الإستثمارات في النواحي التقليدية بطبيعتها الساكنة والنواحي الإبتكارية بطبيعتها المتغيرة .

وتزداد المنافع المتوقعة من إستخدام تقنيات التدفق النقدي المخصوم في المنشأة التي تتبع إستراتيجية الدفاع على أساس أن هناك تجارب إستثمارية سابقة في النواحي التقليدية يمكن الإستفادة منها في

تقدير متغيرات نموذج التدفق النقدي المخصوم . ويمكن أيضا للمنشأة التي تتبع إستراتيجية المحلل أن تستخدم هذه التقنيات بنجاح خصوصاً إذا كان الإستثمار فى نواحي تقليدية . أما المنشأة المتوقعة أو المبتكرة فإن فرص نجاحها فى إستخدام هذه التقنيات محدودة لعدم معرفة خصائص الإستثمارات الجديدة وبالتالي عدم القدرة على تحديد متغيرات نموذج التدفق النقدي المخصوم بدقة . ومن ثم يمكن تطوير الفرض الأول التالى :

" كلما تحركت المنشأة من إستراتيجية المتوقع أو المبتكر إلى إستراتيجية المدافع كلما زادت فاعلية تقنيات التدفق النقدي المخصوم عند إستخدامها بواسطة المنشأة " .

والسؤال الآن : ما هى إستراتيجية قطاع الخدمات الصحية فى الإستثمار ؟ هل هى إستراتيجية المدافع أم المحلل أم المبتكر ؟

فى الواقع أن قطاع الخدمات الصحية لا يمكن أن ينتمى إلى إستراتيجية المدافع فقط حيث أن الإكتشافات العلمية تأتى كل يوم بالجديد مثل ذلك الإستثمارات المتعلقة بفيروس نقص المناعة المكتسبة AIDS أو إلتهاب الكبد الوبائى وخلافه ، يضاف إلى ذلك التكنولوجيا الحديثة فى مجال المعدات مثل أجهزة غسيل الكلى وغيرها . وفى نفس الوقت لا يمكن القول أن هذا القطاع يتجه نحو الإبتكار فقط ، فهناك إستثمارات ذات طابع تقليدى مثل الإستثمارات فى بناء المستشفيات أو برامج الصحة العامة . ومما سبق يمكن القول أن إستراتيجية الإستثمار فى قطاع الخدمات الصحية أقرب إلى إستراتيجية المحلل الذى يجمع بين الجانب التقليدى والإبتكارى فى نفس الوقت . ومن ثم فإن فرصة هذا القطاع فى إستخدام تقنيات التدفق النقدي المخصوم بفاعلية تكون مناسبة إذا ما أمكن تقدير متغيرات نموذج هذه التدفقات .

العامل الثانى : إمكانية المنشأة فى التنبؤ بظروف البيئة المحيطة : ويقصد بها إمكانية التنبؤ بإحتياجات المستهلكين أو المنتفعين بالخدمات المقدمة وكذلك بتحركات المنافسين والتغيرات المالية والتكنولوجية فى مجال إنتاج السلع أو تقديم الخدمات . ويمكن القول أن المنشأة تعمل فى بيئة ساكنة إذا كانت إحتياجات المستهلكين والمنتفعين بالخدمات ثابتة والتكنولوجيا اللازمة لإنتاج السلع أو تقديم الخدمات تتغير ببطء أو قد لا تتغير على الإطلاق وكذلك إذا كانت التغيرات فى تحركات المنافسين والأسواق المالية محدودة . والمنشأة التى تعمل فى مثل هذه الظروف يمكنها التنبؤ بها ومن ثم تزداد فرص نجاحها عند إستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصوص إذا ما قورنت بمثيلتها التى تعمل فى ظروف البيئة المتحركة حيث يصعب التنبؤ بها وتقلل من قدرة المنشأة على تقدير متغيرات نموذج التدفق النقدى المخصوص . ومن ثم يمكن تطوير الفرض الثانى التالى :

" كلما زادت إمكانية المنشأة فى التنبؤ بظروف البيئة المحيطة كلما زادت فاعلية تقنيات التدفق النقدى المخصوص عند إستخدامها بواسطة المنشأة " .

والسؤال الآن : هل قطاع الخدمات الصحية يعمل فى ظروف البيئة الساكنة أم المتحركة ؟

يمكن القول أن الهدف الأساسى للمستفيد من الخدمات الصحية هو " صحة أفضل " وهو هدف محدد مقدماً ورغبة ثابتة ، أما من ناحية تكنولوجيا تقديم الخدمة الصحية فهى فى تطور مستمر ولكن الأمر لا يمنع من أن التكنولوجيا التقليدية لها دور كبير فى تقديم الخدمة الصحية ، ومن حيث التغيرات فى الأسواق المالية وتأثيرها على هذا القطاع فهى محدودة أخذين فى الإعتبار أن الجانب الأكبر من التمويل

فى هذا القطاع يأتى من مصادر حكومية . والخاصة أن هذا القطاع يعمل فى ظروف بيئية أقرب إلى حالة السكن ، ومن ثم تزداد فرص نجاح تقنيات التدفق النقدى المخصوم إذا أمكن إستخدامها .

العامل الثالث : مدى التنوع فى ظروف البيئة المحيطة بالمنشأة : ويقصد بها مدى التنوع فى إحتياجات المستهلكين أو المنتفعين بالخدمات وكذلك التكنولوجيا المستخدمة . والمنشأة التى تعمل فى ظروف البيئة المتنوعة تواجه إختيارات متعددة عند دراسة الإستثمارات فى وسائل الإنتاج ، ومن ثم تكون قدرتها محدودة نسبياً عند تقدير متغيرات نموذج التدفق النقدى المخصوم إذا ما قورنت بمثيلتها التى تعمل فى ظروف بيئية غير متنوعة . ومن ثم يمكن تطوير الفرض الثالث التالى :

" كلما قل التنوع فى ظروف البيئة المحيطة بالمنشأة . كلما زادت فاعلية تقنيات التدفق النقدى المخصوم عند إستخدامها بواسطة المنشأة " .

والسؤال الآن : ما هو مدى التنوع فى ظروف البيئة المحيطة بقطاع الخدمات الصحية ؟

يمكن القول أن إحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية محددة فى الحصول على خدمة صحية أفضل ، ولكن مستوى تقديم هذه الخدمة قد يتنوع على حسب مستوى الدخل للمستفيدين والذى قد يمكن التنبؤ به . والخاصة أن هذا القطاع يعمل فى ظروف بيئية يقل فيها التنوع ويمكن التنبؤ بها ، ومن ثم تزداد فرص نجاح تقنيات التدفق النقدى المخصوم إذا أمكن إستخدامها .

المجموعة الثانية : عوامل زيادة فاعلية إستخدام تقنيات الخصم الداخلية والتي تتعلق بالمتغيرات الهيكلية التي يمكن التحكم فيها بواسطة المنشأة وتتضمن ما يلي :

العامل الأول : توافر نظام المعلومات يمكن الإعتماد عليه عند توفير المقترحات الإستثمارية ، من خلال هذا النظام يمكن توفير معلومات عن المقترحات الإستثمارية التي تم تنفيذها فعلاً وبيان مدى إختلاف التكاليف التقديرية عن التكاليف الفعلية ، بالإضافة إلى تحليل التكاليف - المنفعة أو التكاليف - الفاعلية لهذه المقترحات . هذه المعلومات يمكن أن تستخدم في تقدير متغيرات نموذج التدفق النقدي المخصوم مثل التدفقات النقدية المستقبلية أو تكاليف الإستثمار الأولية وخلافه . ومن ثم يمكن تطوير الفرض الرابع كالاتي :

" كلما توافر نظام للمعلومات يمكن الإعتماد عليه في تقدير متغيرات نموذج التدفق النقدي المخصوم كلما زادت فاعلية تقنيات التدفق النقدي المخصوم عند إستخدامها بواسطة المنشأة " .

وبالنظر إلى قطاع الخدمات الصحية سوف نجد أن جانب غير ضئيل من الإستثمارات في هذا القطاع لها طابع التكرار مثل الإستثمارات في برامج الصحة العامة أو المستشفيات وخلافه ، ومن ثم يمكن الإستفادة بالمعلومات عن تجارب الإستثمار الماضية في بناء نظام يمكن الإعتماد عليه في تقدير متغيرات نموذج التدفق النقدي المخصوم .

العامل الثاني : توافر نظام حوافز مرتبط بتقويم أداء الموازنة الرأسمالية ، من خلال هذا النظام يمكن تشجيع الأداء الناجح للموازنة الرأسمالية كما يلي .

(أ) تقديم مكافآت عن الجهود والوقت المستنفذ في إعداد المقترحات الإستثمارية .

(ب) عدم تشجيع التحيز في تقدير التدفقات النقدية للمقترحات الإستثمارية من خلال وضع برامج المراجعة المستمرة للمقترحات أثناء تنفيذها مع إتخاذ الإجراء التصحيحي الملائم في حالة إكتشاف أى نوع من التحيز .

(ج) تقديم مكافآت عن تقديم المقترحات الإستثمارية التي تثبت جدواها في الأجل الطويل من خلال المراجعة النهائية للإقتراحات الإستثمارية التي تم تنفيذها فعلاً .

هذا النظام سوف يؤدي إلى تشجيع الإستخدام الناجح لتقنيات الموازنة الرأس مالية بصفة عامة وتقنيات التدفق النقدي المخصوص بصفة خاصة . ومن ثم يمكن تطوير الفرض الخامس التالي :

" كلما توافر نظام حوافز لتشجيع الإستخدام الناجح لتقنيات التدفق النقدي المخصوص كلما زادت فاعلية هذه التقنيات عند إستخدامها بواسطة المنشأة " .

وبالنسبة لقطاع الخدمات الصحية فقليلاً ما نجد مثل تلك الأنظمة على الرغم من أهميتها كأحد العوامل الداخلية الهيكلية التي يمكن التحكم فيها ، وعلى الرغم من ذلك يمكن القول أنه ليس هناك عوائق تحول دون إدخال تلك الأنظمة في ذلك القطاع .

العامل الثالث : اللامركزية فى إتخاذ قرارات الموازنة الرأسمالية ، كلما طبقت المنشأة أسلوب اللامركزية كلما زادت فرصة مشاركة كافة الأطراف المعنية فى إعداد الموازنة الرأسمالية وكلما زادت أيضاً فرصة الحصول على المعلومات الضرورية لتقدير متغيرات نموذج التدفق النقدى المخصوم .

ولقد أثبتت الدراسات الميدانية (Merchant, 1984) وجود ارتباط قوى بين مستوى أداء الموازنة ودرجة مشاركة الأفراد فى إعدادها ، ومن ثم فإنه من المتوقع أن تزداد فرص نجاح تقنيات التدفق النقدى المخصوم فى المنشآت التى لا يكون فيها مركزية فى إتخاذ قرارات الموازنة الرأسمالية . ويمكن تطوير الفرض السادس التالى :

" كلما زادت درجة اللامركزية فى إعداد الموازنة الرأسمالية كلما زادت فاعلية تقنيات التدفق النقدى المخصوم عند إستخدامها بواسطة المنشأة " .

وبالنسبة لقطاع الخدمات الصحية فإنه يجب التفرقة بين عملية تقديم المقترحات الإستثمارية وعملية تقويمها ثم تخصيص الإستثمارات بين المستويات المختلفة . فعملية تقديم المقترحات يمكن أن تتم بشكل لا مركزى لإتاحة فرصة الحصول على المعلومات اللازمة لتقدير متغيرات نموذج التدفق النقدى المخصوم . أما عملية التقويم والتخصيص فيجب أن تتم بشكل مركزى نظراً لخطورة الإستثمار فى هذا القطاع الحيوى .

بدراسة مدى توافر عوامل زيادة فاعلية أستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصوم فى قطاع الخدمات الصحية إتضح أن هذه العوامل تتوافر بشكل أو بآخر فى هذا القطاع . فبالنسبة لعوامل زيادة

فاعلية الإستخدام الخارجية إتضح أن إستراتيجية الإستثمار فى هذا القطاع أقرب إلى إستراتيجية المحلل حيث يمكن الإستفادة من التجارب الإستثمارية السابقة فى النواحي التقليدية ومن ثم يمكن تقدير متغيرات نموذج التدفق النقدى المخصوم ، بالإضافة إلى إمكانية التنبؤ بظروف البيئة المحيطة حيث يقل التنوع فيها . وبالنسبة لعوامل زيادة فاعلية الإستخدام الداخلية مثل مدى توافر نظام معلومات للخدمات الصحية أو نظام حوافز مرتبط بتقويم أداء الموازنة الرأسمالية أو نظام لا مركزى فى إعداد الموازنة الرأسمالية ، فقد إتضح أن هذه العوامل تتعلق بمتغيرات هيكلية يمكن التحكم فيها بواسطة المسئولين عن عذا القطاع . وبتوافر عوامل زيادة فاعلية إستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصوم فى قطاع الخدمات الصحية سيصبح من المفيد دراسة مشاكل إستخدام هذه التقنيات فى ذلك القطاع ، وهو ما خصص له الباحثين التاليين .

المبحث الثانى

إمكانات قياس المنافع من الإستثمارات فى قطاع الخدمات الصحية

تنقسم التقنيات التى حاولت قياس المنافع من الإستثمارات فى برامج الخدمات الصحية إلى مجموعتين : الأولى حاولت قياس المنافع فى صورة كمية أو نقدية ، والثانية تجنبت مشكلة القياس الكمية وحاولت ربط المنافع بتكاليف الإستثمارات فى البرامج أو ما يطلق عليه تحليل التكاليف - الفاعلية . وسوف نناقش هذه التقنيات فى هذا المبحث .

١/٢/٢ تقنيات القياس الكمي للمنافع :

ويندرج تحت هذه المجموعة تقنيتان هما :

١/١/٢/٢ القياس أو التسعير المباشر للمنافع :

وفقاً لهذه الطريقة تقاس المنافع من برامج الخدمات الصحية على أساس المبالغ التي يكون المنتفعين من الخدمات الصحية على إستعداد لدفعها كثمن لهذه الخدمات ، فعلى سبيل المثال إذا كان هناك شخص ما على إستعداد لدفع مبلغ خمسة جنيهاً كثمن للتطعيم ضد مرض معين فإن هذا المبلغ يمثل بالنسبة له المنافع المباشرة من برنامج التطعيم والتي تتمثل فى التقليل أو منع خطر الإصابة بالمرض .

والسؤال الآن : هل يمكن الإعتماد على القياس أو التسعير المباشر للخدمات الصحية كأساس لقياس المنافع ؟

فى الواقع أن هناك صعوبات مختلفة تحد من فاعلية هذه الطريقة ويتلخص أهمها فيما يلى :

(أ) يعتبر سوق الخدمات الصحية سوق غير كفاء كنتيجة للعوامل التالية :

العامل الأول : التدخل الحكومى المباشر فى هذا السوق أمر حتمى للحفاظ على مستوى أداء الخدمة ولتنظيم الأسعار للحد من التغيرات فى مستوياتها .

العامل الثانى : بالإضافة إلى التدخل الحكومى تتداخل العديد من القوى لتنظيم الأسعار فى سوق الخدمات الصحية مثل نقابات الأطباء والصيادلة وعمال الخدمات الصحية مما ينعكس أثره على عدم تمثيل سعر الخدمة الصحية لقيمتها الحقيقية . والمشكلة أن هذه القوى تتدخل فى معظم الأحيان لمصلحة الفئات التى تمثلها وليس لمصلحة المنتفعين بالخدمات الصحية (Needleman et al , 1978) .

العامل الثالث : وجود العديد من نظم الدفع التى لا تعكس السعر الحقيقى للخدمة الصحية مثل نظم التأمين الصحى ونظم العلاج الإقتصادى ونظم الدفع عن طريق اشتراك شهرى أو سنوى مما يجعل المنتفع بالخدمة الصحية غير قادر على التعرف على قيمتها الحقيقية .

العامل الرابع : فى بعض الأحيان قد لا يدفع المنتفع بالخدمة الصحية ثمنها على الإطلاق ويحصل عليها مجاناً ، ومن أمثلة ذلك برامج التطعيم ضد الأمراض الوبائية أو برامج تطعيم الأطفال خلال السنة الأولى أو أقسام العلاج المجانى بالمستشفيات التى تخصص لحدودى الدخل .

والخلاصة أن هذه العوامل تجعل السعر المدفوع بواسطة المنتفعين بالخدمات الصحية كثرمن لهذه الخدمات لا يمثل القيمة الحقيقية للخدمات المؤداة .

(ب) صعوبة قياس دالة المنفعة للمستفيدين بالخدمات الصحية : تواجه أى فرد فى المجتمع عدة قرارات تمويلية أساسية تتمثل فى توزيع دخله بين الإستهلاك والإستثمار من أجل تعظيم المنفعة من هذا الدخل . وتتاح أمامه العديد من فرص الإستهلاك والإستثمار والتمويل مما يجعل قياس المنفعة الفردية فى صورة دقيقة أمر يصعب عمليا (Porterfield, 1965) . وتزداد المشكلة تعقيداً إذا ما تمت محاولة قياس دالة المنفعة للمجتمع ككل أو دالة تفضيله بين الإستهلاك والإستثمار .

(ج) الوزن النسبى الكبير المنافع غير المباشرة من برامج الخدمات الصحية تمكنت إحدى الدراسات (Price, 1968) من قياس هذه المنافع من خلال دراسة التكاليف المباشرة وغير المباشرة للمرض فى المجتمع الأمريكى . وقد بلغت التكاليف أو الخسائر الناتجة عن المرض مبلغ ١.٥ بليون دولار موزعة كما يلى :

٣٤٢ بليون دولار تمثل المبالغ المدفوعة بمعرفة المنتفعين كثمن للرعاية الطبية وخدمات المستشفيات وكافة الخدمات الصحية الأخرى .

٧.٠ بليون دولار تمثل الخسائر فى الإنتاج بسبب المرض أى الخسائر فى الناتج القومى الأمريكى بسبب فقد أيام العمل بسبب المرض .

فإذا افترضنا إمكانية تطوير برنامج صحى للتحكم فى المرض فإن المنافع المباشرة لهذا البرنامج بالنسبة للمنتفعين من خدماته سوف تتمثل فى مبلغ ٢٤٣ بليون دولار لأنهم سوف لا يدفعون هذا المبلغ كثمن للخدمات الصحية ، فى حين أن المنافع غير المباشرة لهذا البرنامج تبلغ ٧٠٧ بليون دولار أى حوالى ضعف المنافع المباشرة ، وعلى الرغم من ذلك لا يدرج المنتفعين بالخدمات الصحية هذه المنافع فى الحسابان عند قياسهم للمنافع من برامج الخدمات الصحية .

والخلاصة أن هناك العديد من الصعوبات جعلت القياس أو التسعير المباشر للمنافع من الخدمات الصحية بمعرفة المنتفعين بهذه الخدمات أمر صعب عملياً .

٣/١/٢/٢ القياس الشامل للمنافع من برامج الخدمات الصحية :
إنطلقت هذه الطريقة من الإنتقادات الموجهة للطريقة السابقة وأهمها عدم الأخذ فى الإعتبار المنافع غير المباشرة من برامج الخدمات الصحية على الرغم من الوزن النسبى الكبير لهذه المنافع . ووفقاً لهذه الطريقة تتضمن منافع البرنامج الصحى ما يلى :

(أ) منافع مباشرة : وتتمثل فى التكاليف المباشرة التى يمكن تجنبها فى حالة تنفيذ البرنامج الصحى . فعلى سبيل المثال فى حالة المرض تتمثل هذه التكاليف فى جميع الموارد الإنتاجية التى تستنفذ فى الحصول على الخدمات الصحية للمريض مثل تكاليف إكتشاف المرض والتشخيص والعلاج وأخيراً النقاهاة .

(ب) منافع غير مباشرة : وتتمثل في التكاليف غير المباشرة التي يمكن تجنبها في حالة تنفيذ البرنامج الصحي . فعلى سبيل المثال في حالة المرض تتمثل التكاليف في الخسائر في الناتج القومي نتيجة الإصابة بالأمراض بسبب فقد أيام العمل وخلافه (Migue, 1974) .

ويمكن تلخيص خطوات تقويم الإقتراحات الإستثمارية في برامج الخدمات الصحية وفقا لهذه الطريقة فيما يلي :

- (١) قياس تكاليف الإقتراح الإستثماري سواء كانت تكاليف الإستثمار الأولية أو الجارية وإيجاد القيمة الحالية لها بإستخدام معدل الخصم الملائم .
- (٢) قياس المنافع المتوقعة للإقتراح الإستثماري سواء كانت منافع مباشرة أو غير مباشرة وإيجاد القيمة الحالية لها بإستخدام معدل الخصم الملائم .
- (٣) نسبة المنافع المخصومة إلى التكاليف المخصومة ثم ترتيب الإقتراحات الإستثمارية وفقا لهذا المؤشر .

ويمكن تمثيل نتائج تحليل المنافع والتكاليف للإقتراحات الإستثمارية في شكل جدول (جدول رقم ١) يمكن الإستعانة به في ترتيب هذه الإقتراحات وفقا لأولياتها . فالإقتراح الإستثماري الخاص بمكافحة سرطان الرئة يأتي في المرتبة الأولى في حين أن الإقتراح الإستثماري الخاص بمكافحة سرطان القولون يأتي في المرتبة الأخيرة .

جدول رقم (١)
تحليل المنافع والتكاليف لخمسة إقتراحات
إستثمارية فى مجال مكافحة السرطان *

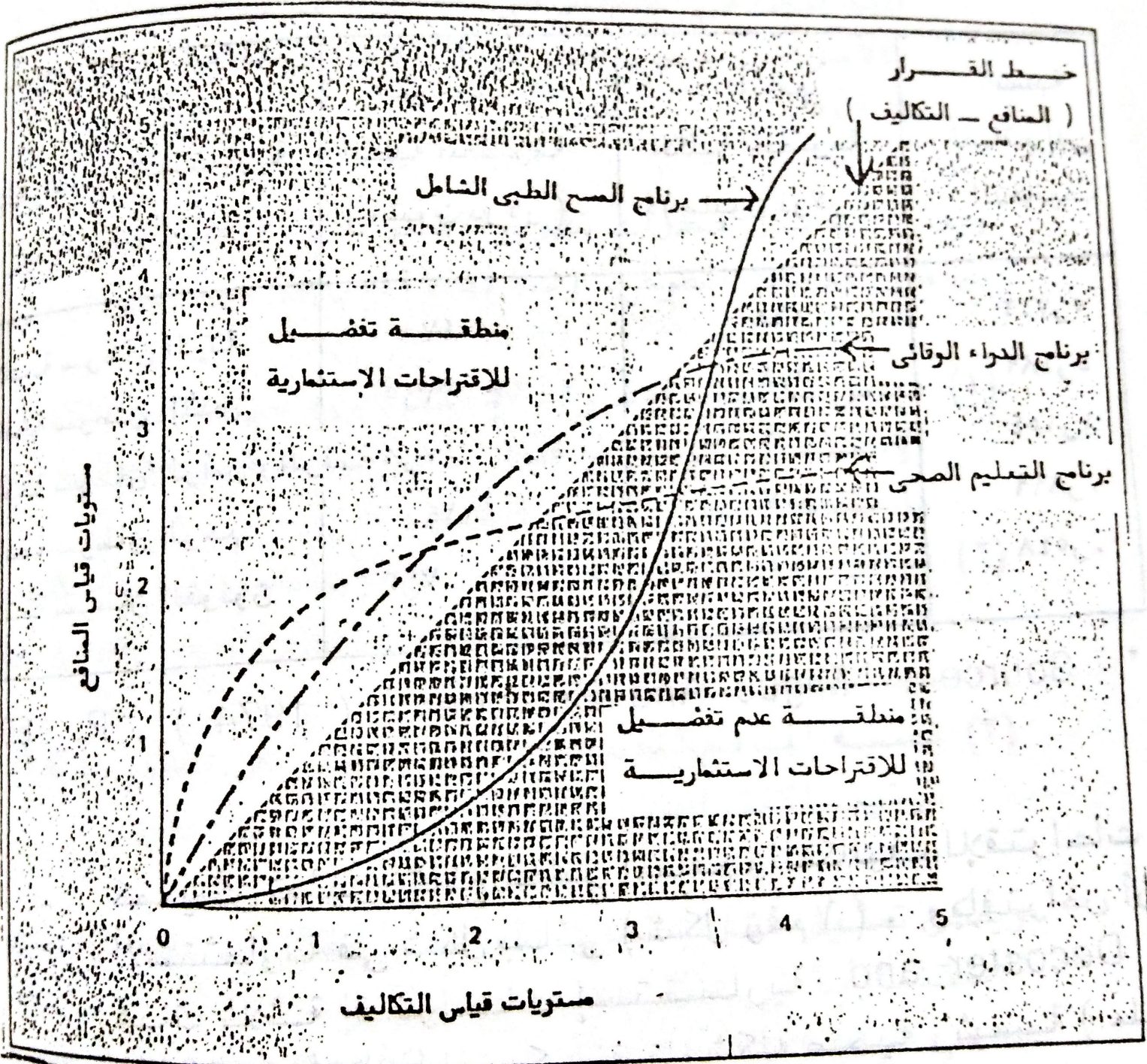
نسبة المنافع إلى التكاليف	المنافع الكلية المخصصة (مليون دولار)	التكاليف الكلية المخصصة (مليون دولار)	الإقتراحات الإستثمارية
٥٧.٢	٢٦٨	٤٧	مكافحة سرطان الرئة
٤٨٩	١.١	٢٢٥	مكافحة سرطان الثدي
١٥٤	٩	٧٨	مكافحة سرطان الرأس والرقبة
٨٩٩	١.٧	١١٩	مكافحة سرطان الرحم
٥٤٨	٤	٧٣	مكافحة سرطان القولون

* Source : Migue And Belanger , (1974) , P. 160 .

كما يمكن تمثيل نتائج تحليل المنافع والتكاليف للإقتراحات
الإستثمارية فى شكل بياني (شكل رقم ١) . وبإفتراض أن
هناك ثلاثة إقتراحات إستثمارية (Decoster and Schafer, 1982)
للتحكم فى مشكلة صحية رئيسية (على
سبيل المثال مشكلة البلهارسيا فى جمهورية مصر
العربية) :

شكل رقم (١)

تحليل المنافع والتكاليف لثلاثة إقتراحات
إستثمارية فى مجال الخدمات الصحية



Source : Decoster And Schafer , (1982) , P. 643 .

الإقتراح الأول يتضمن برنامج تعليمى صحى والإقتراح الثانى يتضمن تعميم دواء وقائى والإقتراح الثالث يتضمن إجراء بحث طبى شامل . ويتم تمثيل المنافع (هناك خمسة مستويات إفتراضية لقياس المنافع) على المحور الرأسى ، أما التكاليف (هناك أيضا خمسة مستويات إفتراضية لقياس التكاليف) فيتم تمثيلها على المحور الأفقى . وبالنسبة لمعيار تقويم الإقتراحات الإستثمارية فإنه ممثل فى خط القرار (المنافع والتكاليف) وأى نسبة للمنافع إلى التكاليف تقع على يسار هذا الخط فهى نسبة مفضلة (منطقة تفضيل للإقتراحات الإستثمارية) وأى نسبة للمنافع إلى التكاليف تقع على يمين هذا الخط فهى نسبة غير مفضلة . وبالنظر إلى الشكل البيانى يمكننا ملاحظة ما يلى :

(أ) الإقتراح الأول والذى يتضمن برنامج تعليمى صحى يقدم مستوى عالى من المنافع (مستوى رقم ٢) عند مستوى تكاليف منخفض (مستوى رقم ١) . أى أن نسبة المنافع إلى التكاليف حوالى ٢ : ١ . على الرغم من ذلك فإن هذه النسبة تتناقص بشكل ملحوظ كلما زادت التكاليف لتصل إلى أقل من ١ : ١ بعد مستوى التكاليف رقم ٢ ، وبالنظر إلى الإقتراح الثانى والذى يتضمن تعميم دواء وقائى فإنه يقدم نسبة أعلى للمنافع إلى التكاليف إذا ما قورن بالإقتراح الأول مع ملاحظة أن هذه النسبة الأفضل تتحقق بعد مستوى تكاليف

حوالى ١٧ وتستمر حتى مستوى تكاليف رقم ٥ ، فى حين أن الإقتراح الثالث والذي يتضمن إجراء بحث طبي شامل يتطلب مستوى تكاليف مرتفع (حوالى قياس ٣٥) قبل أن يدخل إلى منطقة التفضيل على يسار خط القرار (المنافع - التكاليف) .

(ب) إذا ما حاول القائم بعملية تقويم الإقتراحات الإستثمارية الثلاثة المفاضلة بينها سيجد الآتى :

- عند مستوى قياس التكاليف رقم ١ يأتى الإقتراح الإستثمارى الخاص بالبرنامج التعليمى الصحى فى المرتبة الأولى .

- عند مستوى قياس التكاليف رقم ٢ ، ٣ يأتى الإقتراح الإستثمارى الخاص بتعميم دواء وقائى فى المرتبة الأولى .

- عند مستوى قياس التكاليف رقم ٤ يكون الإقتراح الإستثمارى الخاص بإجراء بحث طبي شامل هو البرنامج الوحيد المفضل عند هذا المستوى .

ومن ثم فإن القائم بعملية تقويم الإقتراحات الإستثمارية يكون مقيد بحجم الموارد المتاحة للإستثمار والتي تمثل العامل المتحكم فى إختيار البرنامج الصحى الملائم . والميزة الأساسية لهذه الطريقة تتمثل فى أنها تعطى أساس موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات

الإستثمارية ، ومن ثم يمكن إستخدام نتائج التحليل فى بناء نموذج أولويات للإستثمارات فى برامج الخدمات الصحية . وتزدادفاعلية هذه الطريقة فى حالة توافر نظام معلومات قومى للخدمات الصحية حيث يمكن الإستفادة بالمعلومات عن المنافع والتكاليف للبرامج التى تم تنفيذها فعلاً فى تقدير المنافع والتكاليف للإقتراحات الإستثمارية خصوصاً عند الإستثمار فى برامج خدمات صحية لها صفة التكرار .

وتستخدم هذه الطريقة معدل الخصم لإيجاد القيمة الحالية لمنافع وتكاليف برامج الخدمات الصحية ، ومن ثم تظهر مشكلة إختيار معدل الخصم الملائم والتى سوف يتم مناقشتها فى مبحث مستقل .

٢/٢/٢ تقنيات القياس غير الكمية للمنافع من برامج الخدمات الصحية :

١/٢/٢/٢ تحليل التكاليف - الفاعلية لبرامج الخدمات الصحية : حاولت هذه الطريقة تجنب مشكلة القياس الكمية أو النقدى لمنافع برامج الخدمات الصحية من خلال ربط هذه المنافع بتكاليف الإستثمار فى البرامج . ومن ثم تحولت مشكلة القياس الكمية للمنافع إلى مشكلة ربط تكاليف الإستثمار بمخرجات البرنامج فى محاولة للوصول إلى البديل الأقل تكلفة .

ويمكن تلخيص خطوات تقويم الإقتراحات الإستثمارية في برامج الخدمات الصحية وفقاً لهذا التحليل (Sorenson and Grove, 1977) فيما يلي:

(١) التعرف على الهدف العام المراد تحقيقه (على سبيل المثال: معالجة مرضى البلهارسيا في مرحلة عمرية معينة وليكن ١٠٠٠٠ حالة).

(٢) تحديد برامج الخدمات الصحية البديلة لتحقيق هذا الهدف.

(٣) تحديد تكاليف كل برنامج.

(٤) تقويم أثر تنفيذ كل برنامج على الهدف العام (المخرجات: عدد الحالات المتوقع علاجها في فترة زمنية معينة).

(٥) ربط التكاليف بمخرجات البرنامج لتحديد تكلفة وحدة الخدمة الصحية، ثم ترتيب البرامج وفقاً لهذا التحليل.

ويمكن استخدام نتائج تحليل التكاليف الفاعلية في بناء نموذج أولويات للإستثمارات في برامج الخدمات الصحية، ومن ثم فإن هذا التحليل يعطى أساساً يمكن الإعتماد عليه في تخصيص الإستثمارات ولكنه يفتقد ميزة القياس النقدي للمنافع. وتواجه هذا التحليل صعوبة أساسية تتمثل في أن هناك العديد من العوامل قد تشارك في تحقيق الهدف الذي يسعى البرنامج الصحي إلى تحقيقه، مثال

ذلك أن إرتفاع المستوى التعليمى ومستوى الدخل قد يؤثران فى تحسين المستوى الصحى ، ويكون من الصعب تحديد أثر كل عامل على حدة فى تحسين المستوى الصحى (Grossman , 1972) . أى بعبارة أخرى أن التداخل بين هذه العوامل قد يؤثر على فاعلية نتائج هذا التحليل .

فى هذا المبحث تمت مناقشة التقنيات التى حاولت قياس المنافع من الإستثمارات فى برامج الخدمات الصحية . ومعيار المفاضلة بين هذه التقنيات هو مدى مساهمتها فى بناء نموذج أولويات للإستثمارات فى برامج الخدمات الصحية والذى يمكن الإستفادة به عند تخصيص الإستثمارات فى هذا القطاع الهام . وقد إتضح أن هناك العديد من العوامل التى جعلت القياس المباشر للمنافع بواسطة المنتفعين بالخدمات الصحية أمر صعب عملياً ، ومن ثم لا يمكن إستخدام هذه التقنية فى بناء نموذج الأولويات . وبالنسبة لتحليل التكاليف - الفاعلية فعلى الرغم من أنه يمكن أن يساهم فى بناء نموذج الأولويات إلا أنه إفتقد ميزة القياس النقدى للمنافع . هذا الأمر الذى جعل أسلوب القياس الشامل للمنافع يأتى فى المرتبة الأولى حيث أنه يعطى أساساً موضوعياً لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية ، ومن ثم بناء نموذج الأولويات وتخصيص الإستثمارات . ولكن تبقى مشكلة تواجه هذا الأسلوب وهى إختيار معدل الخصم الملائم والتى خصص لها المبحث التالى .

المبحث الثالث

إمكانات تحديد سعر الخصم الملائم
فى
قطاع الخدمات الصحية

سبق أن أوضحنا أن الجانب الأكبر من الإستثمارات فى هذا القطاع تأتى من مصادر الأموال العامة وأن المنافع من هذه الإستثمارات تتحقق فى نقاط زمنية مختلفة مما يستلزم إستخدام سعر خصم يتلائم مع طبيعة هذه الإستثمارات . فى هذا المبحث سوف نناقش بعض المناهج التى حاولت تحديد سعر الخصم فى مجال الإستثمارات العامة .

١/٣/٢ المعدل الإجتماعى للتفضيل الزمنى :

إذا كان قياس المنفعة الفردية أو دالة تفضيل الفرد بين الإستهلاك والإستثمار أمر صعب عملياً (Porterfield, 1965) فإنه بالنسبة للمجتمع ككل والذى يتكون من مجموعات من الأفراد يكون قياس دالة تفضيله بين الإستهلاك والإستثمار أو بين الإستهلاك الحالى والإستهلاك المستقبلى أمراً أكثر صعوبة . وبصورة رمزية إذا كان المعدل الحدى للإحلال بين الإستهلاك فى السنة (ن) والسنة (ن - ١) يساوى (١ + رن) تكون رن هى المعدل الإجتماعى للتفضيل الزمنى بين هاتين السنتين أو معدل الخصم بينهما . وبإستخدام هذا المعدل يمكن تحديد القيمة الحالية للإستهلاك المستقبلى فى صورة وحدات من الإستهلاك الحالى . ولتحديد هذا المعدل هناك عدة بدائل ، من أهمها :

(أ) إستخدام معدل الفائدة السائد فى الأسواق كمعدل خصم إجتماعى : وفقاً لهذا الأسلوب يتم إستخدام معدل الفائدة السائد فى الأسواق كمعدل خصم عند تقويم الإستثمارات العامة . والإنتقاد الموجة لهذا الأسلوب هو أن فرض توافر السوق الكفاء ، خصوصاً فى ظروف الدول النامية ، قد يصعب الوصول إليه بسبب عوامل عدم الكفاية المختلفة وأهمها التدخل الحكومى . ولذلك فإن معدل الفائدة السائد قد لا يعكس المعدل الحقيقى للتفضيل الزمنى للمجتمع . ومن أجل هذا لا يفضل إستخدام هذا المعدل عند تقويم الإستثمارات العامة (Feldstein , 1964) .

(ب) إستخدام معدل الإقتراض الحكومى قصير الأجل كمعدل خصم إجتماعى : وفقاً لهذا الأسلوب يتم إستخدام معدل الفائدة الأعلى فى عطاءات أذون الخزانة كمعدل خصم عند تقويم الإستثمارات العامة . والإنتقاد الموجة لهذا الأسلوب هو أن معظم الإستثمارات العامة ذات طابع طويل الأجل ، لذلك فإن خصمها بإستخدام معدل قصير الأجل قد لا يعكس المعدل الحقيقى للتفضيل الزمنى للمجتمع .

(ج) إستخدام معدل الإقتراض الحكومى طويل الأجل كمعدل خصم إجتماعى : وفقاً لهذا الأسلوب يتم إستخدام معدل الفائدة على السندات الحكومية طويلة الأجل كمعدل خصم عند تقويم الإستثمارات العامة . والإنتقاد

الموجة لهذا الأسلوب هو أن هذا المعدل قد يعكس عوامل أخرى بالإضافة إلى المعدل الإجتماعى للتفضيل الزمنى مثل التغيرات فى السياسات المالية . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا المعدل يعتبر من أفضل البدائل حيث أنه يتفق مع الطبيعة الخاصة للإستثمارات العامة كإستثمارات طويلة الأجل .

٢/٣/٢ تكلفة الفرصة البديلة :

وفقاً لهذا المنهج يتم إختيار معدل الخصم الإجتماعى على أساس معدل العائد الذى يمكن أن يتحقق للمجتمع من أفضل بديل تالى إذا ما تم إستثمار الموارد المتاحة فى هذا البديل بدلاً من البديل الذى يسبقه فى الترتيب . ولتحديد هذا المعدل وفقاً لمفهوم تكلفة الفرصة البديلة هناك عدة أساليب نتناول منها ما يلى :

(أ) إستخدام معدل الفائدة السائد فى الأسواق كمعدل خصم إجتماعى : وفقاً لهذا الأسلوب يتم إستخدام معدل الفائدة السائد فى الأسواق كمعدل خصم إجتماعى . فطالما أن الموارد التى تستخدم فى الإستثمارات العامة يمكن أن تستخدم فى الإستثمارات بالقطاع الخاص ، لذلك يجب ألا تنفذ الإستثمارات العامة إلا إذا حققت معدل عائد مساوياً لمعدل العائد الذى يمكن تحقيقه فى الإستثمارات الخاصة (Feldstein , 1973) . فى الواقع أن هناك بعض الغموض يشوب تطبيق مفهوم تكلفة الفرصة البديلة بهذا الأسلوب . فكيف يمكن أن

يقارن الإستثمار العام بالإستثمار الخاص !! فالفرصة البديلة يجب أن تحسب معدل العائد الذى يمكن أن يتحقق للمجتمع من أفضل بديل تالى فى نفس مجال الإستخدام ، أى فى مجال الإستثمارات فى الخدمات الصحية أو فى إستثمارات عامة أخرى . فالعامل الأساسى فى تحديد الفرصة البديلة هو توافر المعلومات عن أفضل بديل تالى فى نفس مجال الإستخدام وفى حالة عدم توافر الإستخدام البديل تكون تكلفة الفرصة البديلة صفراً (Chenhall , 1991) . فعلى سبيل المثال إذا كانت هناك أموال مخصصة للإستثمار فى مجال معين وليس لها إستخدام بديل مثل أموال المعونات التى تخصص للإستثمار فى مجال تنظيم الأسرة أو مكافحة الأمراض المتوطنة . فى مثل تلك الظروف تكون تكلفة الفرصة البديلة صفراً .

(ب) إستخدام معدل الإقتراض الحكومى طويل الأجل كمعدل خصم إجتماعى : على الرغم من أن هذا المعدل يمكن تحديده على أساس موضوعى عند تقويم الإقتراحات الإستثمارية . إلا أنه لا يمكن قبول الإقتراض أن جميع الإستثمارات العامة يتم تمويلها من خلال الإقتراض . حيث أن هناك مصادر أخرى لتمويل الإستثمارات مثل أموال الضرائب والرسوم التى يدفعها المستفيدين من هذه الإستثمارات . هذا الخليط من مصادر التمويل يؤثر على التكاليف الإجتماعية للإقتراحات الإستثمارية ويجب أن يؤثر على معايير الإختيار بينها . أى بعبارة أخرى يجب أن يكون تطبيق مفهوم تكلفة الفرصة البديلة فى مجال قياس التكاليف الإجتماعية للإقتراحات الإستثمارية وليس فى مجال خصم المنافع . وهو الأسلوب الذى تم إستخدامه فى المنهج التالى .

٣/٣/٢ استخدام كلاً من المعدل الإجتماعى للتفضيل الزمنى
وتكلفة الفرصة البديلة عند تقويم الإقتراحات
الإستثمارية :

يجمع هذا المنهج بين المنهجين السابقين حيث يتم تقويم
الإقتراحات الإستثمارية وفقاً للخطوات التالية :

(أ) تحديد المنافع الإجتماعية المتوقعة للإقتراح
الإستثمارى .

(ب) تحديد التكاليف الإجتماعية المتوقعة للإقتراح
الإستثمارى بإستخدام مفهوم تكلفة الفرصة البديلة أى
التكلفة التى يتحملها المجتمع إذا ما تم التضحية بأفضل
بديل تالى فى نفس مجال الإستثمار العام أى فى مجال
الخدمات الصحية . وفى حالة عدم توافر هذا البديل
تكون تكلفة الفرصة البديلة صفراً .

(ج) استخدام المعدل الإجتماعى للتفضيل الزمنى فى خصم
المنافع والتكاليف للإقتراح لإستثمارى ثم إيجاد الفرق
بينهما . وإذا كان الفرق مساوياً صفراً أو موجباً يمكن
قبول الإقتراح الإستثمارى . ويتم رفض الإقتراح إذا
كان الفرق سالباً .

ويتميز هذا المنهج في أنه يتمشى مع التطبيق السائد لمفهوم تكلفة الفرصة البديلة كأسلوب لقياس التكاليف وليس كأسلوب لقياس العائد من أفضل بديل تالى . بالإضافة إلى أن هذا المنهج يمكننا من ترتيب الإقتراحات الإستثمارية وبناء نموذج أولويات يمكن الإستفادة به عند تخصيص الإستثمارات فى هذا القطاع الهام .

فى هذا المبحث تمت مناقشة المناهج التى حاولت تحديد معدل الخصم للإستثمارات العامة فى مجال الخدمات الصحية . وقد إتضح أن إستخدام كلاً من المعدل الإجتماعى للتفضيل الزمنى وتكلفة الفرصة البديلة عند تقويم الإقتراحات الإستثمارية يعطى أساساً موضوعياً لترتيبها ، ومن ثم تخصيص الإستثمارات بينها .

أظهر التحليل فى القسم الثانى من البحث أن هناك إمكانية لإستخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية فى تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية . فبدراسة مدى توافر عوامل زيادة فاعلية إستخدام تقنيات التدفق النقدى المخصوم إتضح أن هذه العوامل تتوافر بشكل أو بآخر فى هذا القطاع . وقد أمكن إستخدام تقنيات قياس المنافع كأساس موضوعى لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية ، ومن ثم بناء نموذج للأولويات يمكن الإعتماد عليه عند تخصيص الإستثمارات بين هذه الإقتراحات .

خلاصة البحث وتوصياته

* * * * *

يستهدف البحث إلى دراسة إمكانات إستخدام تقنيات الموازنة الرأسمالية في ترشيد قرارات تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية ، وقد حدد هذا الهدف تمشياً مع التوصيات التي أصدرتها المجمعات المحاسبية المهنية والمتعلقة بإمكانية الإستفادة ببعض التقنيات التي طورت في مشروعات الأعمال أو المشروعات التي تهدف إلى الربح لكي يمتد إستخدامها إلى المشروعات التي لا تهدف إلى الربح مع مراعاة الظروف والخصائص المميزة لتلك المشروعات .

ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث بإستعراض مناهج دراسة الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية والتي أظهرت أن هناك حاجة ماسة إلى معيار موضوعي لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية بهذا القطاع . ويمكن الوصول إلى هذا المعيار بالإسترشاد ببعض تقنيات الموازنة الرأسمالية المستخدمة في مشروعات الأعمال . وبإختبار مدى توافر عوامل زيادة فاعلية إستخدام تقنيات التدفق النقدي المخصوم ، كأحد تقنيات الموازنة الرأسمالية الشائعة الإستخدام ، إتضح أن هذه العوامل تتوافر بشكل أو بآخر في قطاع الخدمات الصحية . وبالنسبة لقياس المنافع من الإستثمارات في برامج الخدمات الصحية فقد تبين أن القياس المباشر لهذه المنافع أمر صعب عملياً ، كما أن تحليل التكاليف - الفاعلية إفتقد ميزة القياس النقدي للمنافع وهو الأمر الذي جعل أسلوب القياس الشامل للمنافع يأتي في المرتبة الأولى بين تقنيات قياس المنافع حيث أنه يعطى

سائماً موضوعياً لتقويم وترتيب الإقتراحات الإستثمارية ، ومن ثم ترشيد قرارات تخصيص الإستثمارات . وقد إتضح أيضاً أن إستخدام كلاً من المعدل الإجتماعى للتفضيل الزمنى وتكلفة الفرصة البديلة يعتبر أسلوب ملائم لتحديد سعر الخصم فى قطاع الخدمات الصحية .

وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك إمكانية لإستخدام تقنيات الموازنة الرأس مالية كمعيار موضوعى يمكن الإعتماد عليه فى ترشيد قرارات تخصيص الإستثمارات بقطاع الخدمات الصحية مع ضرورة الأخذ فى الإعتبار الخصائص المميزة لتلك الإستثمارات . وهكذا توفر الدراسة للمسئولين عن تخطيط الإستثمارات بهذا القطاع الحيوى بعض التوجهات لو تم مراعاتها لربما أمكن تجنب وقوع بعض حالات الإستثمار غير المجدى . وغنى عن البيان أنه إذا كان تجنب وقوع الإستثمار غير المجدى له أهمية خاصة فى مشروعات الأعمال أو المشروعات التى تهدف إلى الربح لإنعكاساته الخطيرة على أصحاب رأس المال وهم عدد محدود من الأفراد بالمجتمع ، فإنه يعد أكثر أهمية فى المشروعات التى لا تهدف إلى الربح مثل مشروعات الخدمات الصحية لإنعكاساته أيضاً على أصحاب رأس المال وهم فى هذه الحالة المجتمع ككل .

ويمكن إستخدام نتائج البحث فى تقديم التوصيات التالية للمسئولين عن تخطيط الإستثمارات بهذا القطاع :

١ - توجيه مزيد من الإهتمام إلى البحوث والدراسات المتعلقة بتقويم الإقتراحات الإستثمارية فى مجال الخدمات الصحية ، والتى تكاد تكون وظيفية مهمة فى هذا القطاع وذلك لضمان أفضل إستخدام للموارد المتاحة للإستثمار التى غالباً ما تكون قاصرة عن مواجهة الإحتياجات الإستثمارية المتزايدة لهذا القطاع الهام .

٢ - الإهتمام بنظم المعلومات بقطاع الخدمات الصحية حيث أن جانب غير ضئيل من الإستثمارات فى هذا القطاع لها طابع التكرار مثل الإستثمارات فى برامج الصحة العامة أو المستشفيات وخلافه . ومن ثم يمكن الإستفادة بالمعلومات عن الإقتراحات الإستثمارية التى تم تنفيذها فعلا مثل المعلومات عن مدى إختلاف التكاليف التقديرية عن التكاليف الفعلية أو تحليل التكاليف - المنافع أو تحليل التكاليف - الفاعلية لهذه الإقتراحات فى بناء نظام للمعلومات يمكن الإعتماد عليه فى تقويم الإقتراحات الإستثمارية الجديدة .

٣ - إدخال نظام حوافز مرتبط بتقويم أداء الموازنة الرأس مالية بقطاع الخدمات الصحية بما يكفل تشجيع الأداء الناجح للموازنة .

٤ - إدخال نظم مراجعة الإستثمارات بالقطاع سواء كانت نظم المراجعة المستمرة للإقتراحات الإستثمارية أثناء تنفيذها لضمان إتخاذ الإجراء التصحيحي اللازم أو نظم المراجعة النهائية للإقتراحات بعد إتمام التنفيذ .

٥ - تطبيق الأسلوب اللامركزى فى المراحل التمهيديّة لإعداد الموازنة الرأس مالية بالقطاع بما يكفل مشاركة كافة الأطراف فى تقديم الإقتراحات الإستثمارية . أما تقويم الإقتراحات الإستثمارية فيجب أن يتم بشكل مركزى لضمان عدالة وموضوعية توزيع الإستثمارات بين المستويات المختلفة فى ضوء التحديد الدقيق لإحتياجات كل مستوى .

والتوصيات المذكورة أعلاه هي توصيات على مستوى الممارسة أو التطبيق . أما على المستوى العلمى أو الاكاديمى وتدعيما للنتائج التى توصل إليها هذا البحث فإن الباحث يوصى بتطبيق تقنيات الموازنة الرأس مالية على قطاعات أخرى من المشروعات التى لا تهدف إلى الربح وخصوصاً تلك التى تستهلك نصيب أساسى من الناتج القومى الإجمالى مثل قطاع التعليم . فتحقيق الموضوعية ، ولو بشكل جزئى ، فى تخصيص الإستثمارات يعتبر أفضل بكثير من التخصيص العشوائى .

مراجع البحث

أولاً : المراجع باللغة العربية :

(١) أحمد حسنى ، نماذج التخطيط الإقتصادى - تحديد القرارات التى تتضمنها الخطة القومية ، (القاهرة : معهد التخطيط القومى ، مذكرة خارجية رقم ٤٢٩ ، ١٩٦٤) .

(٢) وزارة الصحة ، دراسة عن التمويل والإنفاق الصحى فى جمهورية مصر العربية ، (القاهرة : وزارة الصحة ، مشروع الخريطة الصحية لمصر ، نشرة رقم ١ ، ١٩٨٠) .

- American Accounting Association, Committee on Accounting Practices of Not-for-Profit Organizations, "Report of the Committee on Accounting Practices of Not-for-Profit Organizations, 1966-1970", The Accounting Review, (Supplement 1971), pp. 80 - 163.
- Anthony, R.N., Financial Accounting in Nonbusiness Organizations, Research Report, (Stamford Connecticut: FASB, May 1978).
- Arnold, P.J., "Accounting and the State Consequences of Merger and Acquisition Accounting in the U.S. Hospital Industry", Accounting Organizations and Society, Vol.16, No. 2, (Great Britain: 1991), pp. 121 - 140.
- Bierman, H. and Smidt, S., The Capital Budgeting Decision: Economic Analysis of Investment Projects, Seventh Edition, (New York: Macmillan Publishing Company, 1988).
- Canada, J.R. and White, J.A., Capital Investment Decision Analysis for Management and Engineering, (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1980).
- Chenhall, R., "The Effect of Cognitive Style and Sponsorship Bias on the Treatment of Opportunity Costs in Resource Allocation Decisions", Accounting Organizations and Society, Vol. 16, No.1, (Great Britain: 1991), pp. 27 - 46.
- Decoster, D.T. and Schafer, E.L., Management Accounting: A Decision Emphasis, Third Edition, (New York: John Wiley & Sons Inc., 1982).
- Feldstein, M.S., "The Social Time Preference Rate". In Layard, R., (ed.), Cost-Benefit Analysis, Penguin Modern Economics Readings, (Great Britain: Penguin Books, 1976), pp. 245 - 269.
- _____, "The Inadequacy of Weighted Discount Rates". In Layard, R., (ed.), Cost-Benefit Analysis, Penguin Modern Economics Readings, (Great Britain: Penguin Books, 1976), pp. 311 - 331.
- Financial Accounting Standards Board, Statement of Financial Accounting Concepts No. 4 - Objectives of Financial Reporting by Nonbusiness Organizations, (Stamford, Connecticut: FASB, December, 1980).

_____, Statement of Financial Accounting Concepts No. 5 - Recognition and Measurement in Financial Statements of Business Enterprises, (Stamford, Connecticut: FASB, December, 1984).

_____, Statement of Financial Accounting Concepts No. 6 - Elements of Financial Statements, (Stamford, Connecticut: FASB, 1985)

Grossman, M., The Demand of Health: A Theoretical and Empirical Investigation, (New York: National Bureau of Economic Research, 1972).

Haka, S.F., Gordon, L.A., and Pinches, G.E., "Sophisticated Capital Budgeting Techniques and Firm Performance", Accounting Review, (October, 1985). pp. 651 - 669.

Haka, S.F., "Capital Budgeting Techniques and Firm Specific Contingencies: A Correlational Analysis", Accounting Organizations and Society, Vol. 12, No. 1, (Great Britain: 1987), pp. 31 - 48.

Hawkins, C.J., and Pearce, D.W., Capital Investment Appraisal, Macmillan Studies in Economics, Second Edition (Hong Kong: The Macmillan Press Ltd., 1979).

Hornigren, C.T., Cost Accounting: A Managerial Emphasis, Fifth Edition (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall International Inc., 1982).

Kim, S.H., "An Empirical Study on the Relationship Between Capital Budgeting Practices and Earnings Performance", The Engineering Economist, (Spring, 1982), pp. 185 - 196.

Klammer, T.P., "The Association of Capital Budgeting Techniques with Firm Performance", The Accounting Review, (April 1973) pp. 353 - 364

Larcher, D.F., "The Association Between Performance Plan Adoption and Corporate Capital Investment", Journal of Accounting and Economics, (1985), pp. 3 - 30.

Merchant, K.A., "Influence on Departmental Budgeting: An Empirical Examination of a Contingency Model", Accounting Organizations and Society, Vol.9, No.1, (Great Britain: 1984) pp. 291 - 307.

Migue, J.L. and Belanger, G., The Price of Health, (Canada: The Macmillan Company of Canada, 1974).

- Nahapiet, J., "The Rhetoric and Reality of An Accounting Change: A study of Resource Allocation", Accounting Organizations and Society, Vol. 13, No. 4, (Great Britain: 1988), pp. 333 - 358.
- Needleman, J., Joe, T. and Lewin, L.S., "Health Care Capital Financing: Regulation, the Market, and Public Policy". In Macleod, G.K. and Perlman, M. (editors), Health Care Capital: Competition and Control, Proceedings of Capital Investment Conference sponsored by the University of Pittsburgh, (USA, Massachusetts: Ballinger Publishing Company, 1978).
- Office of International Health, U.S Department of Health, Education and welfare, An Approach to the Study of Health Financing in Developing Countries, (Washington: Government Printing Office, 1978).
- Osteryoung, J.S. and McCarty, D.E., Analytical Techniques for Financial Management, Second Edition (New York: John Wiley & Sons, Inc., 1985).
- Overhiser, J.C., "Accounting Postulates and Principles for Non-profit Organizations", The New York Certified Public Accountant, (May, 1962), pp. 307 - 312.
- Porterfield, J.T.S., Investment Decisions and Capital Costs, (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1965).
- Price, D.P., The Direct and Indirect Cost of Illness, Federal Programs for Development of Human Resources - Joint Economic Committee, (Washington: Government Printing Office, 1968).
- Sorenson, J.E and Grove, H.D., "Cost - Outcome and Cost - Effectiveness Analysis: Emerging Non-profit Performance Evaluation Techniques", The Accounting Review, (July, 1977).