



جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
Ain Témouchent University Belhadj Bouchaib



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم المالية والمحاسبة

التخصص: محاسبة وجباية معمقة

الموضوع

تقييم كفاءة الانفاق العام في قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة (2012-2020)

باستعمال أسلوب تحليل مغلف البيانات DEA

مذكرة مقدمة للحصول على شهادة ماستر أكاديمي

إعداد الطالبتين:

الاسم واللقب: سكيذة نادية

الاسم واللقب: عبد السلام فطومة حنان

مقدمة أمام لجنة المناقشة المكونة من:

رئيسا	..... بن حدو أمينة	الأستاذ (ة): الاسم واللقب
مشرفا	..... حبشي فادية.....	الأستاذ (ة): الاسم واللقب
ممتحنا	..... بلغماري مولاي ابراهيم.....	الأستاذ (ة): الاسم واللقب

السنة الجامعية: 2023 - 2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر

يقول عليه الصلاة والسلام

" من لا يشكر الناس لا يشكر الله "

ربنا لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك، وعظيم سلطانك ومجدك كل ما انعمت علينا من نعم لا

تحصى منها توفيقك إيانا، لإتمام هذه المذكرة.

نتوجه بالشكر الخالص والتقدير الخاص لكل من قام بالإشراف على هذا العمل ولم ييخل علينا

بتقديم النصح والإرشاد والمساعدة حيث الشكر الكبير لأستاذتي الفاضلة. "حبشي فادية" عما فعلته

من اجلنا وامننى لها كل التوفيق والنجاح في عملها.

وزميلنا من الدفعة "يحياوي بوداود" الذي ساعدنا في المذكرة أتمنى له كل التوفيق.

ونشكر كل من ساعدنا في إنجاز هذا التقرير من قريب أو من بعيد ولو بكلمة طيبة أو

ابتسامة صادقة.

وشكرا للجميع

إهداء 1

الى روح امي الغالية رحمة الله عليها واسكنها فسيح جناته

الى والدي العزيز اطل الله في عمره وحفظه

الى من غمرني بحبه ودعمه زوجي العزيز الدكتور مسيردي عبد القادر

الى أولادي قرّة عيني ونور قلبي حفظهم الله وسدد خطاهم محمد اسلام

وعبد الاله.

الى عائلتي سيكدة بالأخص اخوتي واخواتي وذرياتهم

الى اساتذتي الكرام الذين لم يبخلوا بوقتهم في تعليمي وتوجيهي، شكرا

لكم على علمكم وارشادكم

الى زملائي وأصدقائي الذين شاركوني لحظات الفرح و التحدي، شكرا

لكم على دعمكم و صحبتكم

و أخيرا الى نفسي على الصبر و الاجتهاد و تحقيق هذا الإنجاز.

الطالبة: نادية

إهداء 2

اهدي تخرجي

الى نبع الحنان والقلب الناصع بالبياض من تستقبلني بابتسامة وتودعني
بدعوه

إلى من وضعتني على طريق الحياة، وجعلتني رابطة الجأش، ...
وراعتني حتى صرت كبيرة،

امي الغاليه اطال الله في عمرها

والى سندي وضياء دربي من علمني الاصرار والمثابرة مصدر الامل والطموح
إلى صاحب السيرة العطرة، والفكر المُستنير؛

فلقد كان له الفضل الأوّل في بلوغي التعليم العالي

ابي حبيبي، أطال الله في عُمره.

الى من انجبت امي اجمل الهدايا و من قاسموني حلوة الحياة و مرها
اخوتي هدايات و بشرى و سيدي محمد الحبيب رزقهم التوفيق في حياتهم ،

الى عائلتي الكبيرة ، أصدقائي و كل معارفي ،

اساتذتي الكرام ،

داعياً المولى - عزّ وجلّ - أن يُطيل في أعمارهم، ويرزقكم بالخيرات.

الطالبة: حنان

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

كلمة شكر	.....	-
إهداء	.....	-
فهرس المحتويات	.....	-
قائمة الجداول	.....	I
قائمة الأشكال	.....	III
مقدمة	.....	ب
الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة	.....	2
المبحث الأول: النفقات العامة	.....	3
المطلب الأول: مفهوم النفقات العامة	.....	3
الفرع الأول: تعريف النفقات العامة	.....	3
الفرع الثاني: خصائص النفقات العامة	.....	5
الفرع الثالث: ضوابط النفقات العامة	.....	6
الفرع الرابع: تقسيمات النفقات العامة	.....	7
المطلب الثاني: الإنفاق العمومي الصحي	.....	9
الفرع الأول: تعريف الإنفاق العمومي الصحي	.....	9
الفرع الثاني: مكونات النفقات العمومية الصحية	.....	10
الفرع الرابع: مصادر تمويل النفقات العمومية الصحية في الجزائر	.....	11
المبحث الثاني: الإطار النظري للكفاءة	.....	14
المطلب الأول: مفهوم الكفاءة بصفة عامة	.....	14
الفرع الأول: تعريف الكفاءة:	.....	14
الفرع الثاني: أنواع الكفاءة	.....	15
- الفرع الثالث: الكفاءة والمفاهيم الاقتصادية ذات صلة	.....	17
المطلب الثاني: مفهوم الكفاءة في القطاع الصحي	.....	20
الفرع الأول: تعريف الكفاءة في القطاع الصحي	.....	20
الفرع الثاني: أهمية قياس كفاءة الخدمات الصحية	.....	21

21	- الفرع الرابع: صعوبات قياس كفاءة المستشفيات
23	المبحث الثالث: الدراسات السابقة
23	المطلب الأول: الدراسات باللغة العربية
25	المطلب الثاني: الدراسات باللغة الاجنبية
30	الفصل الثاني
30	دراسة تحليلية وقياسية لكفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر
32	المبحث الأول: تحليل النفقات العامة للصحة في الجزائر ومؤشرات ذات العلاقة
32	المطلب الأول: تطور الانفاق العام للصحة في الجزائر
32	الفرع الأول: نسبة الانفاق الصحي المحلي من الناتج المحلي الخام الفترة ما بين 2000 و 2021
34	الفرع الثاني: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة
37	الفرع الثالث: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد
43	المبحث الثاني: الطريقة والأدوات المستخدمة في الدراسة
43	المطلب الأول: النموذج المستخدم
43	الفرع الأول: تعريف أسلوب تحليل مغلف البيانات DEA
43	الفرع الثاني: النماذج الرئيسية لتحليل مغلف البيانات
44	الفرع الثالث: شرح بعض المصطلحات الخاصة بأسلوب DEA
45	المطلب الثاني: المنهجية المتبعة، متغيرات وعينة الدراسة
45	الفرع الأول: المنهج التحليلي الكمي
45	الفرع الثاني: العينة
45	الفرع الثالث: نموذج الدراسة والأداة
46	الفرع الرابع: المتغيرات المحددة
46	1. التعريف بالمتغيرات
49	المبحث الثالث: عرض النتائج ومناقشتها
49	المطلب الأول: نتائج الكفاءة بالتوجه المدخلي:
50	الفرع الأول: الكفاءة النسبية عبر السنوات 2012-2020
51	الفرع الثاني: الدول المرجعية لنموذج التوجه المدخلي
52	الفرع الثالث: الكفاءة النسبية لسنة 2021 حسب نموذج التوجه المدخلي
54	المطلب الثاني: التوجه المخرجي:

55.....	الفرع الأول: الكفاءة النسبية لـ 15 دولة MENA للفترة بين 2000-2020 بالتوجه المخرجي
57.....	الفرع الثاني: نتائج الكفاءات الفنية، الحجمية وطبيعة غلة الحجم (التوجه المخرجي)
62.....	خاتمة
64.....	قائمة المراجع
68.....	الملخص

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
11	مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة	1-1
12	مساهمة الضمان الاجتماعي في الإنفاق الكلي للصحة	2-1
13	مساهمة الافراد الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الكلي	3-1
33	الإنفاق الصحي المحلي العمومي للحكومة كنسبة مئوية من الناتج المحلي	1-2
35	تطور النفقات الصحية في الجزائر كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة	2-2
37	ميزانيتي التسيير والتجهيز لقطاع الصحة خلال 2000-2021	3-2
38	تطور النفقات الصحية للفرد في الجزائر بالدولار الأمريكي للفترة 2000-2021	4-2
41	عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة.	5-2
42	نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي لكل 100 ألف مولود)	6-2
43	العمر المتوقع عند الميلاد اجمالي (بالسنوات)	7-2
48	مدخلات ومخرجات لنموذج العينة المدروسة (سنة 2021)	7-2
51	الكفاءة النسبية للدول للفترة 2012-2020	8-2
52	الدول المرجعية للدول لكل سنة 2012-2020	9-2
54	نتائج الكفاءة الفنية، التقنية، الحجمية وطبيعة غلة الحجم عبر 15 دولة MENA لسنة 2021 (التوجه المدخلي).	10-2
56	الكفاءة النسبية ل 15 دولة MENA للفترة 2000-2020.	11-2
58	نتائج الكفاءة الفنية، التقنية، الحجمية، طبيعة غلة الحجم عبر 15 دولة MENA لسنة 2021 (التوجه المخرجي)	12-2
59	الدول المرجعية للدول لكل سنة 2012-2020	13-2

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
34	منحى الإنفاق الصحى المحلى العمومى للحكومة كنسبة مئوية من الناتج المحلى	1-2
36	منحى الانفاق الصحى المحلى للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة	2-2
39	منحى الانفاق الصحى المحلى على كل فرد بالدولارات الامريكية	3-2
40	منحى معدل الوفيات الرضع لكل 1000 مولود حي	4-2
43	منحى العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات).	5-2

مقدمة

توطئة:

بعد فترة الاستقلال، واجهت الجزائر العديد من التحديات، بما في ذلك إنشاء نظام مجاني للرعاية الصحية. هذا النظام، رغم طموحه وأهميته لتلبية احتياجات السكان، واجه صعوبات بسبب الأزمات الاقتصادية المتتالية، والتي كانت ترتبط بشكل رئيسي بتقلبات أسعار النفط.

كان قطاع الصحة في الجزائر دائماً من أولويات الدولة، حيث خصصت موارد كبيرة لضمان الرعاية الصحية للجميع. ومع ذلك، ومع تكرار الأزمات الاقتصادية، أصبح من الضروري ترشيد النفقات وتخصيص الموارد بشكل أكثر فعالية مع ضمان الكفاءة .

اليوم، تجد الجزائر نفسها في موقف يحتاج إلى إدارة مثلى لموارد الصحة. حيث يُظهر تقرير منظمة الصحة العالمية أن النفقات الصحية تشكل حوالي 10% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي. في هذا السياق، يجب على الجزائر السعي إلى تحسين استخدام مواردها والبحث عن أساليب تمويل جديدة لتغطية النفقات المتزايدة. على الرغم من الجهود الكبيرة لإصلاح النظام الصحي، لا تزال كفاءة نفقات الصحة تشكل تحديًا كبيرًا. وهذا ما يدفعنا لطرح الإشكالية

أولاً: إشكالية الدراسة:

ما هو مستوى كفاءة النفقات العامة للصحة في القطاع الصحي الجزائري خلال الفترة الممتدة من 2012 الى 2020؟

1- والأسئلة الفرعية

- ما المقصود بالنفقات الصحية في الجزائر؟
- كيف تقاس كفاءة النفقات الصحية في الجزائر؟
- ما هو مستوى كفاءة النفقات الصحية التي حققتها الجزائر مقارنة بدول أخرى نامية؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

للإجابة عن هذه الدراسة، نطرح الفرضيات التالية:

- النفقات الصحية في الجزائر تشمل جميع الأموال التي تنفقها الحكومة والمؤسسات الخاصة والأسر لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين
- يمكن قياس كفاءة النفقات الصحية في الجزائر بشكل فعال باستخدام طريقة تحليل مغلف البيانات (DEA).
- إن مستوى كفاءة النفقات الصحية في الجزائر أقل من مستوى العديد من الدول النامية الأخرى.

ثالثا: أهمية الدراسة

تتجلى الأهمية الكبرى لهذه الدراسة في:

- الدور الحيوي والبارز للقطاع الصحي في منظومة الدولة وكذلك الإنفاق الحكومي على القطاع.
- التعرف على العلاقة بين الإنفاق الصحي ومصادر التمويل.

رابعا: أهداف الدراسة

- التعرف على مؤشرات قطاع الصحة
- التعرف على الأسباب التي أدت إلى ارتفاع النفقات في القطاع الصحي.
- قياس كفاءة الإنفاق في القطاع الصحي.
- التعرف على مؤشرات الحكم الراشد في الإنفاق الحكومي.

خامسا: المنهجية المتبعة

لإجراء هذه الدراسة، استخدمنا عدة مناهج بحثية تناسب كل جانب من جوانب البحث:

أ. المنهج الوصفي:

في الإطار النظري، قمنا بإتباع المنهج الوصفي لـ:

- تقديم النفقات العامة بشكل عام والنفقات الصحية بشكل خاص.
- دراسة الكفاءة والمؤشرات المرتبطة بها.
- عرض الدراسات السابقة حول الموضوع.

ب. المنهج التحليلي

في الفصل الثاني، قمنا بتحليل مختلف المؤشرات المتعلقة بالنفقات العامة للصحة ومؤشرات أداء القطاع

الصحي في الجزائر من خلال:

- استخدام النسب المئوية لتتبع تطور النفقات والمؤشرات.

ج. المنهج الكمي للبحث العملي

لقياس كفاءة النفقات العامة للصحة، استخدمنا طريقة تحليل مغلف البيانات (DEA) تم تطبيق هذه الطريقة

على عينة من الدول النامية لتقييم أداء الجزائر في سياق مقارن.

سادسا: أسباب اختيار الموضوع

أ. أسباب شخصية

- اهتمامنا بقطاع الصحة كموظفة في المجال.
- انتمائنا إلى عائلة تعمل في قطاع الصحة.

- الرغبة في إثراء المكتبات بهذا البحث وتقديم معلومات مفيدة للباحثين.
- ب. أسباب موضوعية

- إظهار أهمية قطاع الصحة في حياة الأفراد.
- إبراز اعتماد القطاع الصحي على النفقات العامة.

سابعاً: صعوبات الدراسة

- سرية البيانات نظراً لحساسية القطاع.
- نقص بعض المراجع الضرورية للبحث.

ثامناً: حدود الدراسة

- الحدود الزمانية: 2012-2021
- الحدود المكانية: 15 دولة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

تاسعاً: تقسيمات الدراسة

تتكون هذه الدراسة من فصلين رئيسيين. يتناول الفصل الأول الإطار النظري والدراسات السابقة، ويشمل ثلاثة مباحث: الأول حول مفهوم وأهمية النفقات العامة للصحة ومكوناتها، الثاني يركز على تعريف الكفاءة وأنواعها وطرق قياسها، والثالث يستعرض الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع مقسمة إلى دراسات عربية وأجنبية. أما الفصل الثاني فيقدم دراسة تحليلية وقياسية لكفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر، ويشمل ثلاثة مباحث: الأول عن تحليل النفقات العامة للصحة ومؤشرات الأداء الصحي، الثاني حول المنهجية والأدوات المستخدمة مثل طريقة تحليل مغلف البيانات (DEA) ، والثالث يعرض النتائج ومناقشتها وتقديم توصيات لتحسين كفاءة الإنفاق الصحي في الجزائر. تختتم الدراسة بتلخيص النتائج الرئيسية وتقديم توصيات للسياسات المستقبلية ومقترحات للبحث المستقبلي.

الفصل الأول: الإطار النظري

والدراسات السابقة

تمهيد:

تعتبر الكفاءة من اهم العوامل التي تمثل الاداء. خاصة على المستوى الصحي. وكانت اولى الدراسات المهمة بقياس كفاءة الانظمة الصحية في العالم بعد التقرير الذي اصدرته منظمة سنة 2000. حيث دعت الي عدم دراسة عينة صغيرة في تحديد أهداف النظم الصحية. OMS. وان اقتصاد الصحة يسعى الى حل المشكلات التي تواجه الانظمة الصحية والمتعلقة بالكفاءة والفعالية في استخدام الموارد المتاحة. دون نسيان قضية التمويل الصحي وتغطيته الانفاق. على هذا الاساس سوف نتطرق في هذا الفصل الى معرفة مفهوم النفقات العامة وخصائص النفقات العامة. وتقسيمات النفقات العامة وفي المبحث الثاني الذي خصصناه الى دراسة الكفاءة بصفة عامة والكفاءة في القطاع الصحي بصفة خاصة وختمناه بالدراسات السابقة والتي كانت اما دراسات عربية او دراسات اجنبية وسنقوم بالمقارنة بين دراستنا وهذه الدراسات

المبحث الأول: النفقات العامة.

لقد تطرقنا في هذا المبحث الى عنصرين هامين وقسمناهم إلى مطلبين اثنين هما: المطلب الأول: النفقات العامة والمطلب الثاني: الإنفاق الصحي ومكوناته

المطلب الأول: مفهوم النفقات العامة

تعتبر النفقات العامة أداة تمويل لعدة قطاعات والمشاريع التنموية، فهي فعالة في تحسين معيشة الأفراد والأداء الاقتصادي لمختلف الدول، لذلك نجد عدة تعاريف للنفقات العامة من أهمها:

الفرع الأول: تعريف النفقات العامة

-التعريف الأول: تعرف النفقة العامة على أنها مبلغ من النقود يقوم بإنفاقه شخص عام يقصد إشباع حاجة من الحاجات العامة¹

- التعريف الثاني: كما تعرف النفقة العامة على أنها مبلغ من المال يخرج من الذمة العامة للدولة، أو إحدى المؤسسات التابعة لها حيث يهدف للإشباع الحاجات العامة²

- التعريف الثالث: في حين أن النفقة العامة هي صرف إحدى الهيئات والإدارات العامة مبلغ معين لغرض سداد إحدى الحاجات العامة³

ومن خلال التعاريف السابقة التي تطرقنا إليها نستنتج أن النفقات العامة هي عبارة عن مبلغ مالي تنفقه الدولة لغرض إشباع الحاجات العامة للأفراد.

1- مفهوم النفقات في الاتجاه الحديث والتقليدي

-أولاً: النفقات العامة في ظل الدولة الحارسة (التقليدي): لقد ساد في الفكر الاقتصادي التقليدي مفهوم الدولة الحارسة الذي اقتصر دورها في تأمين الدفاع الأمن والعدالة إضافة إلى بعض أوجه النشاط المحدود وقد ترتب على ذلك اقتصار الاتفاق على تأدية هذه الوظائف التي تستهدف توفير بعض الخدمات والمرافق العامة التي لا تتعارض مع مبدأ مذهب الفردي الحر، حيث نادى المفكرون التقليديون بضرورة الرشادة

¹ مجدي شهاب، أصول الاقتصاد العام "المالية العامة"، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2004، ص193

² نوار بومدين، النفقات العامة على التعليم" دراسة حالة قطاع التربية الوطنية للجزائر (1980-2008)"، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2010، ص11، غير منشورة.

³ محمد الطيب ذهب، دور سياسة الإنفاق العامة على الاستثمارات العمومية في الجزائر، دراسة حالة الجزائر (2001-2014)، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الماستر في العلوم الاقتصادية-كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي، الجزائر 2015، ص 3، غير منشورة.

والعقلانية في النفقات العامة إلى أبعد الحدود وكان تبريرهم لذلك أن الإنفاق الحكومي ما هو إلا استهلاك غير إنتاجي من ثروة المجتمع وإن الدولة تقوم بتغطية نفقاتها من خلال الضرائب وإن التوسيع في النفقات يعني التوسيع في تحصيل المزيد من الضرائب وهذا يؤثر على استهلاكاتهم ومدخراتهم حيث يمكن للأفراد استخدام المبلغ الذي دفع كضريبة في الحصول على سلع استهلاكية وادخارية⁴

وقد ظهرت عدة مبادئ للفكر الكلاسيكي التي أثرت في مفهوم النفقات العامة أهمها⁵

- أفضل النفقات العامة هي أقلها حجماً، لأن النفقات العامة يترتب عنها تحويل الموارد الاقتصادية القيمة من قطاع خاص المنتج إلى القطاع الحكومي غير المنتج ولذا فإن زيادة حجم هذه النفقات يعني تحويل موارد من قطاع يتحقق به عائد إلى قطاع آخر غير منتج.

- أولوية التحديد لجانب النفقات العامة في الموازنة العامة وذلك من أجل تحقيق المبدأ الأول وحتى لا نقلل من رفاهية الأفراد فنحدد أولاً حجم الإنفاق ثم نبحث عن ذلك عن مصادر الإيرادات العامة الأقل تكلفة لتمويل هذه النفقات

- حيادية النفقة العامة وهذا يعني إن النفقة العامة لا يجب أن تؤثر على الأنشطة الاقتصادية المختلفة الزراعية الصناعية التجارية وغيرها أو على مراكز على أصحاب الدخل المختلفة في المجتمع.

- توازن الميزانية العامة سنوياً حيث لا يجب سحب موارد اقتصادية من أفراد المجتمع تزيد أو نقل عن حجم الإنفاق العام المقدر لا نه في الحالة الأولى تبدد الموارد الاقتصادية وفي الحالة الثانية لا تستطيع الدولة القيام بوظائفها الأساسية مثل: الأمن.⁶

ثانياً: النفقات العامة في ظل الدولة المتدخلة (الحديثة): يعتبر تطور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية دلالة هامة ودالة على ضرورة التخلي عن مفهوم الدولة الحارسة الذي انتشر بدله مفهوم الدولة المتدخلة خاصة بعد أن ساد العالم أزمة الكساد الكبير 1929 وفي الوقت ذاته برزت أفكار النظرية الكينزية للاقتصادي الإنجليزي " جون مينارد كينز خلال ثلاثينيات القرن العشرين التي قامت على ضرورة تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي من خلال الإنفاق باعتباره مضخة التي تنشط الدورة الدموية للنشاط الاقتصادي والتخلي عن الحياد المالي وإحلال محله المالية الوظيفية والذي يقرر بتحديد الإنفاق العام المطلوب أولاً ولا مانع من أن يتحدد إنفاق عام أكبر من الإيرادات العامة

ليكون في ظل الدولة الاشتراكية والمنتجة التي تتحمل مسؤولية النشاط الاقتصادي في مجموعة نتيجة سيطرتها الفعلية على وسائل الإنتاج، ازداد حجم النفقات العامة وذلك لاتساع نطاق نشاط الدولة، الذي

⁴ علي خليل سليمان أحمد اللوزي، المالية العامة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 92

⁵ حامد عبد المجيد ودرار المرسي الحجازي، المالية العامة، بدون ذكر دار النشر الإسكندرية مصر، ص 220

⁶ حامد عبد المجيد ودرار المرسي الحجازي، نفس المرجع السابق، ص 221

يهدف إلى توزيع موارد الإنتاج بين مختلف الاستخدامات وتنسيق أوجه النشاط الاقتصادي بين الإنتاج والاستهلاك، أما الدول النامية تتحمل الدولة مسؤولية أحداث التغييرات الهيكلية اللازمة لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية

الفرع الثاني: خصائص النفقات العامة

ووفقا لهذه التعاريف يمكن للنفقة العامة أن تشمل على ثلاث عناصر أساسية وهي⁷

1/ النفقة العامة مبلغ نقدي: تقوم الدولة بواجباتها في الاتفاق العام باستخدام مبلغ من النقود ثمنا لما تحتاجه من منتجات سلع وخدمات من أجل تسيير المرافق العامة وثمرنا لرؤوس الأموال الإنتاجية التي تحتاجها للقيام بمشروعات الاستثمارية التي تتولاها، ولمنح مساعدات والإعانات المختلفة من اقتصادية واجتماعية وثقافية وغيرها.

2/ النفقة العامة يقوم بها شخص عام: وعليه فان النفقات التي ينفقها أشخاص خاصة، طبيعية أو اعتبارية لا تعتبر نفقة عامة حتى ولو كانت تهدف إلى تحقيق نفع عام.

وقد استند الفكر المالي في سبيل تحديد طبيعة هذا الاتفاق الى معيارين وهما قانوني ووظيفي⁸

- **المعيار القانوني (المعنوي):** أي الطبيعة القانونية للجهة التي تقوم بالإنفاق ما إذا كانت عامة أو خاصة، فالنفقات العامة هي تلك النفقات التي يقوم بها أي شخص يخضع للقانون العام او شخص معنوي عام وهي الدولة وكل هيئة عامة تابعة لها. اما النفقات الخاصة إذا قام بها الافراد والمؤسسات الخاصة بغض النظر عما تهدف اليه من مقاصد بخلاف النفقة العامة الصادرة عن شخص معنوي بهدف تحقيق منفعة عامة.

- **المعيار الوظيفي:** ويستند على طبيعة الوظيفة الاقتصادية للشخص قائم بالإنفاق وليس على الطبيعة القانونية للشخص القائم به، كما لا تعتبر جميع النفقات التي تصدر عن الأشخاص العامة نفقات عامة وبالتالي فتعتبر النفقة العامة التي تقوم بها الدولة أو الهيئات العامة في الظروف نفسها التي يقوم القطاع الخاص للإنفاق فيها فإنها نفقات خاصة

3/ تحقيق منفعة عامة: يمثل هذا العنصر الغرض من إنفاق الدولة وهو إشباع الحاجات العامة، ويقصد بالحاجات العامة جميع الخدمات والأعمال التي يحقق إشباعها منفعة جماعية ويدخل القيام بها ضمن واجبات الدولة، حيث تتأثر كمية ونوعية الحاجات العامة، في بلد ما بالفلسفة السياسية، وبوضعه المالي فقد تكون الحاجات العامة في نطاق ضيق كان تقتصر على الدفاع الخارجي، والأمن الداخلي وتأمين العدالة بين المواطنين وبعض الأشغال والخدمات العامة. وقد تتسع الحاجات العامة فتشمل بالإضافة إلى

7- سوزي عدلي ناشد، أساسيات المالية العامة ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت لبنان، 2008، ص 25

8- ابن عزة محمد، ترشيد سياسة الاتفاق العام باتباع منهج الانضباط بالأهداف دراسة تقييمية السياسة الانفاق العام في الجزائر خلال الفترة 1990/2009، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والتجارية، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، 2010، ص15، غير منشورة.

الحاجات الأساسية خدمات أخرى كالصحة، التعليم، النقل الخ، ويؤثر الوضع المالي للدولة على كمية ونوعية الحاجات التي تستطيع الدولة إشباعها، فإذا كانت موارد الدولة المالية وفيرة فإنها تستطيع إشباع عدد كبير من الحاجات العامة، إما إذا كانت قليلة فتكون مقدرتها على تقديم وإشباع الحاجات العامة ضعيفة⁹

الفرع الثالث: ضوابط النفقات العامة

من أجل سلامة المال العام يجب اتباع ضوابط وتعليمات تتضمن كيفية الإنفاق العام وعدم الهدر والتبذير فيه بحيث تتحقق المنفعة العامة بأقل نفقة ممكنة ويمكن تحديد هذه الضوابط فيما يلي:

- أولاً: قاعدة المنفعة¹⁰

يقصد بقاعدة المنفعة أن يكون الهدف من النفقات العامة دائماً في ذهن القائمين به هو تحقيق أكبر منفعة ممكنة، إذ يعتبر اشتراط تحقيق المنفعة في النفقة العامة شرطاً منطقياً، إذ لا يمكن تبرير النفقة العامة إلا بحجم الفوائد. المترتبة عليها، وبذلك فإن قيام الدولة بالنفقات العامة في ميدان معين دون الحصول على منفعة تعود على الأفراد، معناه أن تدخل الدولة بالاتفاق لا مبرر له. ولهذا فإن تحقيق أكبر قدر من المنفعة يعني في المقام الأول ألا توجه النفقة العامة لتحقيق المصالح الخاصة لبعض الأفراد أو بعض فئات المجتمع دون البعض الآخر، لما يتمتعون به من نفوذ سياسي أو اقتصادي أو اجتماعي، كما يقصد أيضاً أن يتم الإلمام بالاحتياجات الإجمالية الحقيقية للمصالح العمومية لتقدير احتياجات كل مصلحة أو مرفق وكل باب من أبواب النفقات على ضوء احتياجات كل المصالح وأوجه الإنفاق الأخرى. وبوجه عام يمكن القول بأن تحقيق أقصى منفعة للأفراد يتوقف على عاملين:

1- مقدار الدخل النسبي، أي أن نصيب كل فرد من الدخل القومي

2- طريقة توزيع الدخل القومي على الأفراد.

- ثانياً: قاعدة الاقتصاد في النفقة

وهي قاعدة تقليدية تنص على وجوب الاقتصاد في الإنفاق العام وعدم التبذير ولا يقصد في النفقة التقدير أي بمعنى الشح في النفقة ولكن يقصد به إنفاق ما يلزم إنفاقه مهما بلغ مقداره على المسائل الجوهرية وضرورة الابتعاد عن الإنفاق على ما هو غير ضروري بعد الاقتصاد في الإنفاق شرطاً ضرورياً ضابطاً المنفعة أي قاعدة المنفعة السابقة ذكرها، إذ من البديهي أن المنفعة الجماعية القصوى على النفقات لا تتصور إلا إذا كان تحققها ناتجاً من استخدام أقل نفقة ممكنة أو الالتزام بمبدأ الاقتصاد في الإنفاق، لذا وجب على السلطات العمومية الاحتياط من التبذير لما قد يسببه ذلك من ضياع الأموال ضخمة دون أن

⁹ عصفور محمد شاكر، اصول الموازنة العامة ط1، دار الميسرة، مصر 2008، ص 278-279

¹⁰ محمد عباس محرز، اقتصاديات المالية العامة، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2003، ص 95-96

تولد أية قيمة مضافة أو تحمل أية منفعة، وفضلا عن هذا فإن التبذير يضعف الثقة في الإدارة المالية للدولة ويبرر التهرب من دفع الضرائب في نظر المكلفين بدفعها¹¹ ومظاهر التبذير الحكومية متعددة وذائعة على الأخص في البلدان السائرة في طريق النمو نتيجة نقص أو غياب رقابة سياسية كفلة وفعالة وتأخذ هذه المظاهر صور على سبيل المثال اقتناء أدوات ولوازم للحكومة فوق ما تحتاج إليه فعلا، استئجار المباني والسيارات بدلا من شرائها، لهذا فإن الحاجة تدعو إلى ضبط النفقات العامة في شتى القطاعات على أساس مراعاة الحاجات الحقيقية الفعلية، بشكل يجعل الدولة لا تتحمل النفقات عامة إلا إذا كانت ضرورية تماما، وبالقدر اللازم فقط، لتحقيق المصلحة العمومية لجميع أفراد الشعب ويتحملون في نفس الوقت أقل عبء ممكن .

ثالثا: الرقابة على الاتفاق العام

كما يجب التذكير في هذا المقام بالدور الحيوي الذي يمكن أن تؤديه وسائل الإعلام والرقابة في خلق رقابة فعالة على عمليات صرف النفقات العامة التي تقوم بها الحكومة والرقابة على صرف النفقات العامة يمكن أن تمارسها ثلاث جهات هي: الإدارة، الهيئات السياسية وجهات أخرى مستقلة ومتخصص.

الفرع الرابع: تقسيمات النفقات العامة

لقد قام العلماء الاقتصاديون بتقسيم النفقات العامة وتمييزها عن بعضها البعض وذلك استنادا إلى عدة معايير ومن أهم هذه التقسيمات نجد: التقسيمات الاقتصادية والتقسيمات الوضعية
أولا: التقسيمات الاقتصادية للنفقات العامة

1- من حيث اغراضها. وفقا لهذا التقسيم يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع مختلفة للنفقات العامة وهي¹²

***النفقات الادارية:** وهي النفقات المتعلقة بسير المرافق العامة واللازمة لقيام الدولة وهي تشمل على نفقات الادارة العامة والدفاع والأمن والعدالة والتمثيل السياسي، وأهم بنود هذا النوع من النفقات هي نفقات الدفاع الوطني.

***النفقات الاجتماعية:** حيث يغلب على هذه النفقات الطابع الاجتماعي حيث يكون الغرض من هذه النفقات هو زيادة الرفاهية للأفراد المجتمع، حيث تشمل على نفقات التعليم والصحة والسكن والاعانات النقدية الاجتماعية.

***النفقات الاقتصادية:** وهي النفقات التي تقوم الحكومة بإنفاقها من اجل تحقيق بعض الأهداف الاقتصادية كالتشجيع وحدات القطاع الخاص من اجل زيادة الإنتاج أو تحقيق الكفاءة، بزيادة الموارد وزيادة الطاقة الإنتاجية للاقتصاد وذلك من خلال تشجيع وتحفيز الاستثمارات وزيادة كفاءتها

¹¹ على خليل، المالية العامة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 95

¹² -اسعيد عبد العزيز عثمان، مقدمة في الاقتصاد العام مالية عامة مدخل تحليلي معاصر، الدار الجامعية، 2003 الإسكندرية، مصر،

حيث نجدها كالاتي¹³

2- من حيث طبيعتها:

***النفقات الحقيقية (الفعالية):** ويقصد بها تلك النفقات التي تصرفها الدولة في مقابل الحصول على سلع وخدمات أو رؤوس أموال الإنتاجية كالرواتب والأجور وإثمان التوريدات والمهمات اللازمة لسير المرافق العامة، سواء التقليدية أو الحديثة التي يقتضيها تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية، والنفقات الاستثمارية أو الرأسمالية.

***النفقات التحويلية:** يقصد بها تلك النفقات التي لا يترتب عليها حصول الدولة على سلع وخدمات ورؤوس أموال إنما تمثل تحويل لجزء من الدخل القومي عن طريق الدولة من بعض الفئات الاجتماعية كبيرة الدخل إلى بعض الفئات الأخرى المحدودة الدخل ومثال على ذلك الإعانات والمساعدات الاجتماعية المختلفة كالضمان الاجتماعي والإعانات ضد البطالة والشيخوخة وإعانات غلاء المعيشة.

3- من حيث دوريتها: وهي كالاتي¹⁴

***النفقات العادية:** ويقصد بها تلك النفقات التي يتكرر صرفها دوريا وبشكل منتظم سنويا، ومثالها الرواتب والأجور، نفقات الصيانة، ويلزم لتغطيتها الإيرادات العامة العادية من أملاك الدولة الضرائب والرسوم.

***النفقات غير العادية:** وتعني بها تلك النفقات العامة التي لا تتكرر بانتظام ولا تتميز بالدورية، فهي تحدث على فترات متباعدة وبصورة غير منتظمة ومثالها النفقات الاستثمارية الضخمة، نفقات الحروب والنفقات اللازمة لمواجهة الكوارث الطبيعية من الفيضانات والزلازل، ويتم تمويلها من الإيرادات العامة غير العادية كالقروض والإصدار النقدي.

4- من حيث شموليتها: بحيث تتمثل فيما يلي¹⁵

***النفقات المحلية:** وهي النفقات التي تختص بها الجماعات المحلية كالمحلية والبلدية والولايات، وتختص لخدمة سكان إقليم أو منطقة معينة وذلك داخل حدود الدولة ويكون حسب التقسيم الإداري للدولة (ولاية، دائرة، بلدية....).

***النفقات المركزية:** وهي تلك النفقات التي ترد في ميزانية الدولة وتقوم الحكومة بهذه النفقة، فهي تلك النفقة الموجهة للمصلحة القومية ومصالح الأمة برمتها، ويكون هدفها تحقيق المصلحة العليا للدولة كالدفاع والأمن والقضاء

¹³ محمد خالد المهاني، محاضرات في المالية العامة، المعهد الوطني للإدارة سوريا، 2013، ص 18-19

¹⁴ نوار بومدين، مرجع سبق ذكره، ص 21-22

¹⁵ سعيد عبد العزيز عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 461

ثانياً: التقسيمات الوضعية للنفقات العامة

إن التقسيمات الوضعية للنفقات العامة هي تلك التي تتبناها الموازنات العامة للدول المختلفة استناداً إلى الاعتبارات الواقعية أو العملية، وخاصة الاعتبارات الإدارية والوظيفية التي تدعو في الغالب إلى عدم الالتزام بالتقسيم العلمي (الاقتصادي) للنفقة.

ويهتم التقسيم الإداري للنفقات العامة تبعاً للهيئات الإدارية التي تقوم بها، وبغض النظر عن أوجه النشاط والوظائف التي بها هذه الهيئات، وقد أخذ على التقسيم الإداري صفته الإدارية البحتة وعدم اهتمامه بتجميع النفقات حسب موضوعها.

أما التقسيم الوظيفي فهو يهتم بتقسيم النفقات العامة حسب الوظائف التي تقوم بها الدولة دون الاهتمام بطبيعة النفقة، وهذه الطريقة تسمح بجمع كافة النفقات التي تهدف إلى تحقيق نفس الغرض في قسم واحد حتى ولو كانت موزعة على عدة وزارات أو مصالح، ويتميز هذا التقسيم في كونه لا ينظر إلى مشتريات الدولة في حد ذاتها وإنما ينظر إليها في نطاق الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه من ورائها¹⁶

المطلب الثاني: الإنفاق العمومي الصحي

لقد عرفت النفقات الصحية تطوراً هائلاً في أواخر القرن العشرين وهذا راجع لزيادة عدد الأفراد في الدول وايضاً لكثرة الأمراض وتنوعها ومنه أصبحت تكاليف القطاع الصحي عبئاً ثقيلاً على العديد من الدول مما أدى إلى ظهور اقتصاد الصحة من أجل دراسة هذه الزيادة. وفي هذا المطلب سوف نتعرف على النفقات العمومية الصحية بالتطرق إلى تعريفها وذكر مكوناتها ومصادر تمويلها

الفرع الأول: تعريف الإنفاق العمومي الصحي

تعرف منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الإنفاق الصحي على أنه الإنفاق الاستهلاكي النهائي على السلع والخدمات الصحية. وتشمل النفقات العمومية والخاصة بما في ذلك نفقات الأسر للرعاية العلاجية والتأهيلية وطويلة الأجل، وكذلك للسلع الطبية مثل الأدوية. وهي تشمل أيضاً الإنفاق على برامج الصحة العمومية والوقاية والإدارة. يتم تقديم هذا المؤشر في شكل رقم عالمي وحسب مصدر التمويل (عام / إلزامي، اختياري وتعتمد على المرضى)، ويتم التعبير عنه كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي، كنسبة مئوية من إجمالي النفقات الصحية والاجتماعية، بالدولار الأمريكي للفرد.¹⁷ ومن خلال هذه التعاريف نستنتج أن النفقات الصحية هي تلك النفقات التي تصرفها الدولة أو الخواص على قطاع الصحة.

¹⁶ محمد خالد المهاني، نفس المرجع السابق، ص 20-21

¹⁷ موقع بيانات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm>

الفرع الثاني: مكونات النفقات العمومية الصحية

يمكننا تقسيم مكونات النفقات العمومية الصحية إلى ثلاثة أقسام:

1- النفقات الطبية الاستشفائية:

تخص هذه النفقات كل ما يتعلق بتكاليف التمريض الخاصة بالمؤسسات الصحية الاستشفائية (مثل المستشفيات الجامعية، المؤسسات الصحية المتخصصة)، وتقيم هذه التكاليف بيوم الاستشفاء "Journée d'hospitalisation"، وتتكون من تكاليف استعمال الموارد الطبية المادية: الأشعة، أجهزة الكشف والتحليل، المستلزمات الطبية والجراحية، الأدوية والنقل الطبي. إضافة إلى الموارد الطبية البشرية وتخص: أجر الأطباء، جراحي الأسنان، الصيادلة، الممرضين عمال الإدارة الصحية والقطاع الصحي. يتم تمويل هذه النفقات من طرف الدولة، هيئات الضمان الاجتماعي بشكل كبير ومن طرف الأسر بمستوى أقل عن طريق دفع جزافي.

2- النفقات الطبية غير الاستشفائية:

تخص هذه النفقات تكاليف التمريض العيادة أو ما يسمى بطب المدينة مثل الزيارات الطبية إلى عيادات الطب العام أو الخاص أو طب الأسنان في القطاع العمومي (المصحات) أو القطاع الخاص (العيادات الطبية) وتقيم بحسب الرؤوس أو بحسب الفعل الطبية وتقيم بحسب الرؤوس "Capitation" أو بحسب الفعل "à l'acte". يتم تمويل هذه النفقات من طرف الدولة عن طريق الاقتطاع الضريبي أو الضمان الاجتماعي عن طريق الاشتراك أو عن طريق الدفع المباشر من طرف الأسر

3- النفقات الصيدلانية والشبه صيدلانية :

تخص كل ما يتعلق بتكاليف المنتجات الصيدلانية أو شبه الصيدلانية أو المؤسسات التي تعمل في قطاع الصحة، تتضمن هذه النفقات الأدوية التي تباع بوصفة طبية أو بغير وصفة وكل المستلزمات الطبية ومواد التجميل والمكملات المرخصة من طرف هيئات الصحة والتي تقدم من طرف المؤسسات السالفة الذكر.. يتم تمويل هذه النفقات من طرف الأسر أو عن طريق هيئات الضمان الاجتماعي بشكل كبير وعن طريق الدولة بشكل أقل.

الفرع الثالث: أنواع النفقات الصحي

أولاً- النفقات المباشرة والغير مباشرة المباشرة: هي كافة النفقات ذات الصلة المباشرة بالمنتج أو الخدمات وتشمل التكاليف المباشرة للمواد والعمال وبالنسبة للقطاع الصحي فالنفقات المباشرة هي تلك النفقات التي تصرف مباشرة على نشاطات المنشآت الصحية كالأجور والرواتب والمواد والمصاريف الأخرى. أما النفقات الغير مباشرة هي التكاليف التي تم تسديدها والتي لا ترتبط مباشرة بالمنتج نفسه، وهي النفقات التي يشار إليها على أنها مصاريف غير مباشرة أو مصاريف تشغيل وقد تشمل بنودا كالأجور والكهرباء والهاتف ...

الخ، أما بالنسبة للقطاع الصحي هي جزء من مصاريف قسم آخر تحمل المصاريف القسم المعني نتيجة لاشتراكه في تأدية الخدمات الصحية¹⁸

ثانيا- النفقات الثابتة والغير الثابتة: تمثل النفقات الثابتة تلك النفقات التي لا تتغير مطلقا مع تغير مستوى نشاط المشروع خلال الأجل القصير كتكاليف المباني التكاليف الرأسمالية للألات والمعدات، وتشمل كذلك تكاليف مرتبات العاملين أصحاب العقود طويلة الأجل مثل الأطباء الاستشاريين. أما النفقات الغير ثابتة (المتغيرة) فهي التي تتغير باستمرار مع مستوى نشاط المشروع مثل تكاليف إطعام المرضى، مفروشات الأسرة المواد المستهلكة في غرفة العمليات مثل قفازات المطاط، والقطن الطبي والمطهرات الطبية والخيوط الطبية.... أيضا مرتبات العاملين بالعقود قصيرة الأجل أو المؤقتة النفقات الكلية وهي مجموع النفقات المباشرة والغير المباشرة.

الفرع الرابع: مصادر تمويل النفقات العمومية الصحية في الجزائر

إن نظام تمويل النفقات الصحية في الجزائر لا يزال يشكل عقبة أمام إصلاح والنهوض بهذا القطاع بالنظر إلى غياب أسس علمية صحيحة وسليمة لتغطية نفقات الخدمات الصحية. وفي هذا الفرع سنتطرق الى تبيان أهم المصادر الأساسية لتمويل المنظومة الصحية، والمتمثلة في ثلاث عناصر أساسية وهي التمويل عن طريق الدولة، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، التمويل عن طريق الأسرة، بحيث تختلف مساهمة كل قطاع حسب طبيعته وخصوصيته.

-أولا: حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة:

الجدول (1-1): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة التمويل	46%	50%	49%	51%	47%	45%	43%	45%	46%	45%	43%
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة التمويل	46%	50%	45%	45%	42%	41%	40%	40%	33%	32%	31%

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على المنظمة العالمية للصحة

يشير الجدول إلى نسبة مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة في الجزائر على مدار السنوات من 2000 إلى 2021. يمكن ملاحظة عدة اتجاهات من خلال تحليل هذه البيانات:

¹⁸ مالكي هبة الرحمان، نفقات قطاع الصحة في الجزائر، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة، الجزائر،

1. الفترة من 2000 إلى 2010: خلال هذه الفترة، تراوحت نسبة تمويل الدولة بين 43% و51%. شهدت هذه الفترة تذبذبات طفيفة، مع أعلى نسبة في عامي 2003 و2001 (51% و50% على التوالي)، وأدنى نسبة في عام 2010 (43%).
 2. الفترة من 2011 إلى 2021: شهدت هذه الفترة انخفاضاً مستمراً في نسبة التمويل. بدأت بنسبة 46% في عام 2011، واستمرت بالانخفاض لتصل إلى أدنى مستوى لها عند 31% في عام 2021.
- التحليل التفصيلي:

- بداية العقد الأول من القرن الحادي والعشرين: كانت مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة مستقرة نسبياً حول متوسط 47%. تشير هذه النسبة إلى اهتمام نسبي من قبل الدولة بتمويل قطاع الصحة.
 - منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين: بالرغم من التذبذبات في هذه الفترة، كانت النسب متقاربة بشكل عام حول متوسط 45%. يمكن اعتبار هذه الفترة فترة استقرار نسبي في التمويل.
 - الفترة من 2011 إلى 2021: يلاحظ تراجع كبير وثابت في نسبة التمويل من 46% في 2011 إلى 31% في 2021. هذا الانخفاض يشير إلى تقلص مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة، مما قد يؤثر سلباً على جودة الخدمات الصحية المتاحة.
- الأسباب المحتملة لهذا التراجع:

- التحديات الاقتصادية: قد يكون الانخفاض في نسبة التمويل نتيجة لأزمات اقتصادية أو تقلص في الموارد المالية للدولة.
- إعادة توزيع الموارد: قد تكون هناك أولويات أخرى في الإنفاق الحكومي أدت إلى تقليص الميزانية المخصصة للصحة.

- ثانياً: التمويل نفقات الصحة عن طريق الضمان الاجتماعي

الجدول (1-2): مساهمة الضمان الاجتماعي في الإنفاق الكلي للصحة

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة المساهمة	26%	26%	26%	26%	24%	24%	25%	25%	26%	26%	26%
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة ال	25%	23%	26%	27%	28%	27%	27%	27%	30%	29%	28%

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على المنظمة العالمية للصحة

يبين الجدول مساهمة الضمان الاجتماعي في الإنفاق الكلي للصحة في الجزائر على مدى السنوات من 2000 إلى 2021. هنا تحليل للبيانات:

1. الفترة من 2000 إلى 2010: خلال هذه الفترة، بقيت نسبة مساهمة الضمان الاجتماعي ثابتة عند حوالي 26%، ما عدا في عام 2004 و2005 حيث انخفضت إلى 24%.
2. الفترة من 2011 إلى 2021: شهدت هذه الفترة بعض التقلبات، حيث انخفضت النسبة إلى أدنى مستوياتها في عام 2012 (23%)، ثم ارتفعت مجدداً في السنوات التالية لتصل إلى 30% في عام 2019 قبل أن تنخفض مرة أخرى في السنوات الأخيرة.

ثالثاً: مساهمة العائلات (التمويل الذاتي):

الجدول (1-3): مساهمة الأفراد الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الكلي

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة التمويل	26%	22%	23%	21%	26%	28%	29%	28%	26%	27%	29%
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة التمويل	28%	26%	28%	27%	28%	31%	32%	32%	35%	37%	39%

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على المنظمة العالمية للصحة

الجدول يوضح مساهمة الأفراد الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الكلي في الجزائر على مدى السنوات من 2000 إلى 2021. هنا تحليل للبيانات:

1. الفترة من 2000 إلى 2010: خلال هذه الفترة، كانت نسبة مساهمة الأفراد الخاصة في التمويل تتراوح بين 21% و29%. شهدت هذه الفترة تقلبات ملحوظة في مساهمة الأفراد الخاصة، مع زيادة في النسبة في بعض السنوات مثل 2005 و2010 (28% و29% على التوالي).
2. الفترة من 2011 إلى 2021: شهدت هذه الفترة ارتفاعاً ملحوظاً في مساهمة الأفراد الخاصة، حيث ارتفعت النسبة من 28% في 2011 إلى 39% في 2021. هذا الارتفاع يدل على زيادة مساهمة الأفراد الخاصة في تمويل الصحة خلال هذه الفترة.

المبحث الثاني: الإطار النظري للكفاءة

دفعت زيادة حدة المنافسة بالكثير من منظمات الأعمال للعمل على تخفيض تكاليفها وتعظيم أرباحها، ومن ثم تحسين كفاءتها بعد اختبارها من خلال تجميع البيانات عن نتائجها إذ يعد موضوع الكفاءة موضوعاً هاماً إذ عولج بكثرة خلال هذه الفترة ويتقاطع مصطلح الكفاءة مع العديد من المصطلحات الأخرى أهمها الفعالية والإنتاجية، ما جعل هناك تشابك أدى إلى الخلط بينهما في بعض الأحيان إلا أنه لكل مصطلح مدلوله الاقتصادي. ولا يقتصر موضوع الكفاءة فقط على المؤسسات الربحية، ففي الوقت الراهن المؤسسات العمومية بحاجة ماسة للاهتمام بها ومحاولة ترشيدها، نظراً لما تملكه من موارد بشرية ووسائل مادية ولما يخصص لها أيضاً من اعتمادات المباشرة نشاطها وتعتبر المؤسسة الاستشفائية واحدة من المؤسسات التي تتطلب دراسة واهتمام من قبل الباحثين والممارسين على حد سواء، وتفرض على مسيرتها اللجوء لمختلف الأساليب الحديثة لإدارتها والارتقاء بمستوى أدائها لمستويات جيدة. وفي هذا المبحث سوف نتطرق إلى مفهوم الكفاءة فقسمناه إلى مطلبين إثنين الأول هو مفاهيم عامة عن الكفاءة والثاني خصصناه لكفاءة القطاع الصحي.

المطلب الأول: مفهوم الكفاءة بصفة عامة

الفرع الأول: تعريف الكفاءة:

تعددت التعاريف بشأن الكفاءة وتنوعت وهنا يمكن ان نعرف الكفاءة بما يلي:

أولاً: التعريف اللغوي: يشير بأن "الكفيء" : النظير، وكذلك الكفة والكفوء، على وزن فعل وفعول، والمصدر الكفاءة، بالفتح والمد، ونقول: لا كفاء له بالكسر، وهو في الأصل مصدر لا نظير له، والكفاء : النظير المساوي، وتكافأ الشيطان تماثلاً، وكافأه وكفاء : مثله، ومن كلامهم: الحمد لله كفاء الواجب أي قدر ما يكون مكافئاً له، والإسم الكفاءة والكفاء، وأكفأت الإبل : كثر نتاجها.

ومنه فإن الكفاءة لغة يمكن القول عليها بأنها الحالة التي يكون فيها الشيء مساوياً لشيء آخر.¹⁹

ثانياً: التعريف الاصطلاحي: يعود مفهومها تاريخياً إلى الاقتصادي فلفيدو باريتو، الذي طور صياغة هذا المفهوم وأصبح يعرف بـ أمثلة باريتو " وتعرف على أنها : إنجاز الكثير بأقل ما يمكن أي العمل على تقليل الموارد المستخدمة، سواء كانت بشرية أو مادية أو مالية والعمل على تقليل الهدر والعطل في الطاقة الإنتاجية .

¹⁹ ابن منظور، لسان العرب الطبعة 01، المجلد 12، دار احياء التراث، بيروت، 1998، ص 112-115

هي القدرة على العمل بشكل جيد، أو القدرة على تحقيق النتائج الصحيحة، أو القدرة على العمل بأسلوب مناسب وبشكل سريع.²⁰

الكفاءة هي مجموع المعارف والمهارات التي يمتلكها الفرد التي تمكنه من أداء عمله بشكل أحسن.²¹ وتعرف كذلك على أنها الاستخدام العقلاني والرشيد والمفاضلة بين البدائل واختيار أفضلها، الذي يقلل التكاليف ويعظم العائد.²² ومن هنا نستنتج أن الكفاءة هي استخدام كل المعارف والقدرات المتوفرة لدينا من أجل تقليل التكاليف والوصول الى نتائج أحسن.

الفرع الثاني: أنواع الكفاءة

تعد الكفاءة مجموعة من الخصائص والمهارات الملموسة التي تساعد على أداء الوظيفة وتحسن من كفاءتها وهناك عدة أنواع للكفاءة نذكر منها:

أولاً- الكفاءة الاقتصادية: هي العلاقة بين مدخلات العملية الإنتاجية من جهة وبين المخرجات الناتجة عن هذه العملية من جهة أخرى، حيث ترتفع الكفاءة الإنتاجية (الاقتصادية) كلما ارتفعت نسبة الناتج إلى المستخدم من الموارد.²³

وهي مدى العائد الذي يعود على المجتمع من استثمار موارده في النشاط الاقتصادي، فالنشاط الذي يترتب عليه ناتج أكبر من استخدام الموارد لا شك أن يكون كفاءة من الناحية الاقتصادية.

والجدير بالذكر أن الكفاءة الاقتصادية تستخدم بشكل واسع من قبل الاقتصاديين في تقويم السياسة الاقتصادية، حيث يركزون على موضوع الكفاءة إما بتقليل الكلفة أو بتعظيم الربح وبالتالي فإن الكفاءة الاقتصادية تتعلق بزيادة رفاة المجتمع

وتدرس الكفاءة الاقتصادية من زاويتين هما:

1- الكفاءة الإنتاجية : حيث تعني تحديد أفضل كمية من الموارد الإنتاجية التي يمكن الجمع بينها لإنتاج حجم معين من الإنتاج على أساس تكنولوجيا الإنتاج السائدة في صناعة ما وعلى أساس هذه الموارد .

²⁰ بن آباد محمد وآخرون ، الكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة في المؤسسات الخدمية باستخدام أسلوب تحليل التطويقي للبيانات ، دراسة تطبيقية على جامعة تلمسان ، المؤتمر العربي الدولي السادس الضمان جودة التعليم العالي ، جامعة تلمسان ، الجزائر ، 2014 ، ص 476

²¹ هاملي عبد القادر ، وظيفة تقييم كفاءات الأفراد في المؤسسة دراسة حالي مؤسسة سونلغاز المديرية الجهوية تلمسان وشركة تسويق وتوزيع المنتجات البترولية المتعددة نفضال تلمسان ، رسالة لنيل درجة الماجستير في علوم التسيير ، جامعة أبو بكر ، تلمسان ، الجزائر ، 2010-2011 ، ص 51

²² محمد توفيق ماضي ، إدارة الانتاج والعمليات الدار الجامعية ، مصر ، 1999 ، ص 52

²³ بوخنان سليمة ، التكوين المهني والكفاءة الإنتاجية ، مذكرة ماجستير تخصص تنمية وتسيير الموارد البشرية ، كلية الحقوق وعلوم اجتماعية ، جامعة أوت 1955 سكيكدة ، الجزائر ، 2007-2008 ، ص 33-34 .

2- الكفاءة التوزيعية : وتعني أن موارد المجتمع قد توزعت بكفاءة إذ كان لا يمكن تغيير هذا التوزيع دون أن يؤدي ذلك إلى أن يصبح بعض أفراد المجتمع في وضع أسوأ عما كان عليه قبل التغيير، أما إذ كان التغيير يمكن أن يفيد البعض دون أن يحدث ضرراً للبعض الآخر يكون التوزيع السابق للموارد أقل كفاءة²⁴

ثانياً - الكفاءة الهيكلية

يعبر مفهوم الكفاءة الهيكلية عن الكفاءة التقنية لصناعة ما لقطاع ما، وقد قدمه "فيرال" وطوره كلاً من "فورسوند و هجالمارسون" في دراستيهما سنتي 1974 و 1978. ويهدف هذا النوع من الكفاءة إلى قياس مدى استمرار تطور الصناعة وتحسن أدائها بالاعتماد على أفضل وحداتها بالاعتماد على أفضل وحداتها وتقاس الكفاءة الهيكلية لصناعة بحساب المعدل المرجح أو المعدل الموزون للكفاءة التقنية للوحدات التي تشكل الصناعة، ويكون الترجيح بمعامل الكمية لكل وحدة داخل الصناعة، والذي يمثل الكمية المنتجة للوحدة إلى الكمية المنتجة للصناعة، وعليه تعبر الكفاءة الهيكلية للصناعة من محصلة الكفاءة التقنية للوحدات مضروبة في معاملات الكمية على عدد الوحدات. بينما يعتقد كل من "فورسوند و هجالمارسون" أن حساب الكفاءة الهيكلية للصناعة يتم بأخذ المتوسط الحسابي للمدخلات والمخرجات بدلاً من المعدل المرجح والذي قد ينتج عنه كفاءة من الناحية التقنية دون الناحية السعرية، وذلك اعتماداً على فرضية عدم تجانس للوحدات داخل الصناعة، وقد أثمرت دراستهما لسنة 1978 على نوعين من الكفاءة الهيكلية للصناعة:

1- كفاءة هيكلية حجمية: حيث تقيس مستوى الزيادة في الإنتاج وذلك بالنسبة للوحدة أو الصناعة

2- هيكلية تقنية: حيث تقيس مستوى الادخار في المدخلات²⁵

ثالثاً - الكفاءة التشغيلية (كفاءة إكس)

إن مفهوم كفاءة (إكس) جاء به "ليبينستين" عام 1966 في مقاله المعنون الكفاءة الوظيفية وكفاءة (إكس) هذا المفهوم ينطبق على المؤسسات التي تستخدم مواردها بطريقة مثلى، حيث لاحظ أن هناك مؤسسات تظهر تماثلاً من حيث الموارد والتكنولوجيا وعناصر الإنتاج لكن تختلف من مؤسسة الأخرى من حيث الإنتاجية ورقم الأعمال، وبالتالي فسر لابينستين هذه الظاهرة بوجود مدخلات (إكس) تختلف عن العناصر التقليدية (راس المال والعمل) والتي تعكس كفاءة المؤسسة في استغلال الموارد المتاحة بشكل أفضل وإذا

²⁴ بن لباد محمد وآخرون، الكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة في المؤسسات الخدمية باستخدام أسلوب تحليل مخلف البيانات، المؤتمر

العربي الدولي السادس لضمان جودة التعليم العالي تلمسان، الجزائر، 2016، ص 476

²⁵ بن عثمان مفيدة، قياس الكفاءة النسبية للوكالات البنكية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر 2015، ص 11-12

كان من الصعب ملاحظة مستوى المدخلات (إكس) فمن الممكن تحديده بشكل تقريبي من خلال مفهوم الكفاءة (إكس) والتي تتمثل في تحديد نشاط المؤسسة من خلال حدود الكفاءة للإنتاج أو التكاليف . وتتمثل درجة الكفاءة (إكس) عند لبيينشتاين بالنسبة لتركيب المدخلات ' في النسبة بين مستوى الإنتاج المحقق وأكبر مستوى إنتاج يمكن تحقيقه، وتتمثل درجة الكفاءة بالنسبة لمستوى المخرجات في النسبة بين أدنى تكلفة ممكن تحملها والتكلفة المحتملة.

رابعاً - الكفاءة النسبية²⁶

تكمن الكفاءة النسبية في نجاح وحدة ما من إنتاج أكبر عدد مكن من المخرجات انطلاقاً من مجموعة المدخلات وذلك بقياس الانحرافات بالنسبة للأداء الأفضل في المؤسسة وبذلك يمكن تفسير الانحرافات الإنتاجية الإجمالية لعوامل الإنتاج أي تقييم الوحدات المتجانسة مقارنة بكفاءة وحدة فيها. وخرج فيرال (الاقتصادي الأمريكي) بدراسة من أن الكفاءة الاقتصادية للمؤسسة تتكون من مكونين هما

1- الكفاءة الفنية: أي أن المؤسسة تستخدم أقل ما يمكن من المدخلات كوحدات بغض النظر عن تكلفتها، وهذا يشير إلى عدم وجود هدر للمدخلات من جهة تقليل المدخلات، أما من جهة تعظيم المخرجات وهذا ينطبق على الإنتاج فالمؤسسة تكثر من المخرجات بغض النظر عن سعرها.

2- الكفاءة السعوية: حيث أن المؤسسة تحسن اختيار التشكيلة من المدخلات لغرض تقليل التكلفة، أما بالنسبة لتعظيم المخرجات فالمؤسسة تختار التشكيلة من المخرجات لغرض زيادة المداخل، أي تأخذ في الاعتبار عامل السعر

- الفرع الثالث: الكفاءة والمفاهيم الاقتصادية ذات صلة

في معظم الأحيان يتم الخلط بين مصطلح الكفاءة ومصطلحات اقتصادية أخرى كالإنتاجية، الفعالية الكفائية، الأداء. وعليه سنحاول التمييز بين هذه المصطلحات

أولاً - الكفاءة والإنتاجية

كثيراً ما يستخدم مصطلح الإنتاجية كمرادف المصطلح الكفاءة ولكن هناك فرق بين المصطلحين سنحاول توضيحه فيما يلي:

تعريف الإنتاجية بأنها " مقدار ما تنتجه الوحدة الواحدة من عوامل الإنتاج، فهي تتعلق بفاعلية استخدام المدخلات والتكنولوجيا المرتبطة بالعلاقة الإنتاجية. وفي هذا الإطار نميز بين نوعين من مفاهيم الإنتاجية: 1- الإنتاجية الجزئية : وتعني مقدار ما ينتجه أحد عوامل الإنتاج كالعامل ورأس المال، فهي نسبة بين

²⁶ أحمد عمان و أحلام بوعبدلي، قياس درجة الكفاءة التشغيلية ودورها في إدارة مخاطر السيولة في البنوك التجارية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات مجلة رؤى اقتصادية ، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي الجزائر ، العدد 11 ديسمبر 2016 ، ص 316

المخرجات وعنصر واحد من العناصر اللازمة للحصول على المخرجات. ومن هنا يمكن الحديث عن الإنتاجية الجزئية لرأس المال أو العمالة أو الموارد أو المعدات والآلات... إلخ

2- الإنتاجية الكلية: والتي تعني مقدار ما تنتجه جملة عوامل الإنتاج، فهي العلاقة بين الناتج (المخرجات) وجميع عناصر الإنتاج التي استخدمت في الحصول عليه (المدخلات) في حين أن الكفاءة تعني تحسين الربحية، وتقديم الخدمات بأقل الأسعار وبأفضل جودة مع الاهتمام بكيفية استغلال الموارد المتاحة أفضل استغلال²⁷

ثانيا - الكفاءة والفعالية²⁸

تعرف الفعالية بأنها نسبة الهدف المتحقق إلى الهدف المخطط له، ويعرفها بارتولي بأنها : العلاقة بين النتائج المحققة فعلا والنتائج المقدرة، وذلك من خلال قياس الانحراف"، كما تعرف على أنها درجة تحقيق الأهداف المسطرة طبقا لمعايير محددة مسبقا .

وتجدر الإشارة إلى أن الفعالية تعني إمكانية تحقيق الهدف والوصول إلى النتائج التي يتم تحديدها مسبقا، وإن الهدف عبارة عن نقطة نهاية (نتيجة) يراد الوصول إليها في وقت محدد لذلك لكي تتمكن المؤسسة من تحقيق أهدافها فإن هذه الأهداف يجب أن تكون محددة بشكل دقيق وواضح، في حين الكفاءة تعبر عن الاستخدام الأمثل والعقلاني والرشيد في المفاضلة بين البدائل واختيار البديل الأفضل، الذي يقلل التكاليف وبتعظيم العائد إلى أقصى درجة ممكنة، ويكون ذلك عند اختيار أسلوب عملي معين للوصول إلى هدف معين.

والجدير بالذكر أن الفعالية تتضمن التأكيد على تحقيق الأهداف المسطرة، حيث أن المؤسسة إذا حققت الهدف توصف بأنها فعالة، والعكس إذا لم تحقق الهدف بالشكل المطلوب توصف بأنها أقل فعالية، وإذا لم تستطيع تحقيقه كلية توصف بأنها غير فعالة، في حين أن الكفاءة تعبر عن قدرة المؤسسة على تحقيق النتائج المطلوبة بأقل التكاليف.

إذن يمكن القول بأن الفعالية تركز على النقطة النهائية الواجب الوصول إليها، بينما الكفاءة تهتم بالكيفية التي يمكن من خلالها بلوغ هذه النقطة. كما أن الكفاءة تشير إلى تحديد الأهداف وإلى نسبة المخرجات إلى المدخلات، إذ يتوجب على التنظيم تحقيق الأهداف المحددة بالموارد الموجودة، وهي موارد محدودة سيتلزم إدارتها بشكل اقتصادي بينما تشير الفعالية إلى القدرة على النجاح في تحقيق الأهداف.

²⁷ فيصل شياح ، قياس تغيرات الإنتاجية باستعمال مؤشر ما مكويست ، مجلة دراسات اقتصادية إسلامية ، المجلد 18، العدد 2، ص

²⁸ شريفة جعدي ، قياس الكفاءة التشغيلية في المؤسسات المصرفية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه تخصص دراسات مالية واقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة الجزائر، 2014، ص 6.

ثالثاً - الكفاءة والأداء²⁹

1-تعريف الأداء

يعرف الأداء من وجهة نظر الإدارة على أنه قدرة المؤسسة على توليد الأرباح وتشكيل الثروة من عنصرين رئيسيين: مدى قدرة الأصل الاقتصادي على توليد المبيعات ومدى قدرة المؤسسة على توليد الأرباح من خلال مبيعاتها، ويتوقف ذلك على معدل دوران الأصل الاقتصادي والهامش الربحي. كما يعرف الأداء على أنه: درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد وهو يعكس الكيفية التي تحقق أو يشبع بها الفرد متطلبات الوظيفة.

وغالباً ما يقع تداخل أثناء تحديد مفهوم الأداء بين الجهد والسلوك، فالجهد يشير إلى الطاقة المبذولة، أما السلوك هو ما يقوم به الأفراد من أعمال في المؤسسة التي يعملون بها كعقد اجتماعات أو تصميم نموذج، أما الأداء فيقاس على أساس النتائج السلوك فهي النتائج التي تمخضت على ذلك السلوك.

ومما سبق يمكن تقديم تعريف شامل للأداء:

الأداء هو ما يصدر عن المستخدم أثناء قيامه بعمله من درجة تحقيق وإتمام المهام والمسؤوليات المكونة للوظيفة التي يشغلها وهو يقدم من خلال النتائج المحصل عليها إما كمية الإنتاج ونوعيته أو السرعة والدقة في العمل.

2- قياس الأداء: إن قياس الأداء هو المقياس الصحيح الذي يتحدد من خلال جمع جميع العوامل المؤثرة في التقدم نحو الهدف، وقياس قدرة كل واحد منها على حدة ثم القياس التجميعي لها ثم قياس النتيجة الصحيحة بعيداً عن العوامل الوهمية التي قد تطفو على السطح، وبحيث يكون ذلك المقياس قياساً شاملاً للعمليات الحسابية والاجتماعية والشخصية والإعلامية وغيرها من جوانب العمل المختلفة

3- وسائل قياس الأداء

*القياس الحسابي: وهو الوسيلة الأكثر استخداماً للقياس، حيث يعتمد على الأرقام الحسابية في تقدير نسبة الجودة والإنتاجية وتقدم الأداء أو العكس ويمتازها المقياس بوضوح معايير وسهولة الحصول عليه، إلا أنه يفتقر إلى إظهار الميول النفسية والاجتماعية لدى المنتفعين من الخدمة.

*قياس الاتجاهات: وهو وسيلة من وسائل قياس الأداء تعتمد على التركيز على مدى قابلية المستفيد والمنتفع بالخدمة للخدمة، وكذلك ميول واتجاهات الأفراد العاملين، ومدى قناعاتهم والإنجاز وكذلك يعمل هذا النوع من القياس في مجال التقلبات النفسية والاجتماعية المحيطة بالعمل.

²⁹ ددان عبد الغني، قياس وتقييم الأداء المالي في المؤسسات الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه جامعة الجزائر، 2007، ص 26

*القياس الرمزي: وهي وسيلة تتبلور فيها النتائج إلى رموز معبرة عن مستوى النجاح سواء كانت هذه الرموز خطوطا بيانية أو أشكال هندسية أو غيرها وهذا النوع من القياس يستفيد به القائم بالقياس في شرح وجهة نظره للمسؤولين وكذلك على نوعية معينة من الأعمال أو في خطوات التقديم المتقدمة. وعليه فإن الأداء العام للمؤسسة هو المحصلة المتكاملة لنتائج أعمال المؤسسة في ضوء تفاعلها مع عناصر بيئتها الداخلية والخارجية وهو يشتمل على الأبعاد التالي:

- أداء الأفراد في الوحدة التنظيمية
- أداء الوحدات التنظيمية في إطار السياسات العامة للمؤسسة.
- أداء المؤسسة في إطار البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

المطلب الثاني: مفهوم الكفاءة في القطاع الصحي

إن القطاع الصحي ينشط في محيط مملوء بالتحويلات العميقة والمتداخلة، وفي ظل كل هذه المتغيرات كان لا بد من البحث على طرق ووسائل تساعد في الرفع من جودة أداء الخدمات وتحسينها لذى لجأ المسؤولون على هذا القطاع بالاهتمام بسبل تعزيز كفاءة المستشفيات. وفي هذا المطلب سنتطرق إلى تعريف الكفاءة في القطاع الصحي

الفرع الأول: تعريف الكفاءة في القطاع الصحي

إذا كانت الكفاءة معيارا مهما في الكم على جودة أداء أي منظمة، فهي تحتل أهمية خاصة بالنسبة للمستشفيات على اعتبار أنها مطالبة بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في الوقت والمكان المناسبين للحفاظ على صحة أفراد المجتمع، حيث تمتاز الخدمات الصحية فيها بالتكلفة العالية، هذا مع محدودية الموارد الموجهة لها.³⁰

إن محدودية المعطيات على مستوى قياس الكفاءة على مستوى الأمراض أو أجزاء القطاع الصحي للمستشفيات (مثلا)، وكذلك مشكل عدم ثبات المفاهيم على المستوى الدولي، والذي يدعم مقارنة قياس الكفاءة على مستوى النظام الصحي ككل، تعطي هذه المقاربة الأهمية لصحة السكان كنتيجة و على النفقات الصحية كمدخل مهم من بين المدخلات و في العادة تستخدم مؤشرات الوفيات و الحياة للتعبير عن الحالة الصحية للسكان، و رغم عدم أمثلتها إلا أنها منطقية وترتبط بشدة مع مؤشرات انتشار الأمراض و نوعية

³⁰ محمد الجموعي قريشي والحاج عرابة، قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات ، مجلة الباحث ، العدد 11، جامعة قاصدي مرياح ورقلة ، الجزائر ، 2012 ، ص 13

الحياة، بالإضافة إلى أن مقارنة كفاءة الأنظمة الصحية هي الوحيدة التي تأخذ في الاعتبار التفاعل والتنسيق ما بين مكونات النظام الصحي و مدى تخصيص الموارد داخل مكوناته.³¹ و تبدو عملية قياس الكفاءة بالغة الأهمية بالنسبة لصانعي السياسات الصحية، أولاً: يمكن أن يحقق النظام الصحي الأهداف المسطرة دون أن ينفق المزيد من الموارد (السبب ربح الفوارق في الكفاءة تحسن من أداء النظام الصحي)، ثانياً: بعد عملية قياس الكفاءة يمكن التحقق من المحددات خارج النظام الصحي و التي تجعله غير كفؤ، كإنخفاض فعالية الحكومة، عدم العدالة في توزيع الدخل، أو الطريقة التي يدار و يمول بها النظام الصحي ثالثاً: القياس المنتظم للكفاءة عبر الزمن يعتبر مهم المراقبة أثر سياسات الإصلاح الرامية إلى رفع الكفاءة الإنتاجية و السعوية.³²

الفرع الثاني: أهمية قياس كفاءة الخدمات الصحية

تعتبر عملية قياس كفاءة الأنظمة الصحية بالغة الأهمية للأسباب التالية:³³

- يمكن أن تحقق للنظام الصحي الأهداف المسطرة دون أن ينفق المزيد من الموارد.
- يمكن التحقق من المؤشرات التي هي خارج النظام الصحي والتي تجعله غير كفؤ ومن ثم تحسينها.
- القياس المنتظم للكفاءة: يعتبر مهم لمراقبة أثر سياسات الإصلاح الرامية إلى رفع الكفاءة
- توفر الفرصة على إيجاد نوع من المنافسة بين النظم الصحية المتماثلة باتجاه زيادة المنتج كما ونوعاً مع ترشيد تكاليفها.

- الفرع الرابع: صعوبات قياس كفاءة المستشفيات

تحليل الكفاءة يتصف بالصعوبة النسبية عند تقييم المؤسسات الصحية بشكل عام والمستشفيات بصفة خاصة وذلك للأسباب التالية:³⁴

1- قياس الخدمة الصحية بحد ذاتها تشكل عقبة كون غالبية مداخلتها ومخرجاتها غير ملموسة، حيث يصعب في كثير من الأحيان الاعتماد على نفس المعايير الاقتصادية التي تطبق على الخدمات الأخرى.

³¹ عرابة الحاج ، تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية ، دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات ، مجلة الباحث ، العدد 10/2012 ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، الجزائر ، 2012 ، ص 12

³² محمد الجموعي قريشي والحاج عرابة ، مرجع سبق ذكره ، ص 12

³³ عبد الكريم منصور ، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات للبلدان المتوسطة الدخل ، أطروحة دكتوراه ، جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان ، 2014 ، ص 111

³⁴ - لعور ياسمين وقرواز بشرى ، تقدير الكفاءة الفنية للمؤسسات الإستشفائية باستخدام أسلوب تحليل البيانات ، مذكرة ماستر علوم مالية ومحاسبة ، جامعة عبد الحميد بوالصوف ميلة ، 2018/2019 ، ص 35

- 2- خدمات المستشفى تتميز بكونها عامة للجمهور سواء كانوا أفراد أو منظمات أو هيئات مع اختلاف معايير الكفاءة لكل منهم.
- 3- تتعدد الموارد المتاحة لكل مستشفى تبعاً لمقدار المسؤولية المناطة بها في الرقعة الجغرافية التي تؤدي خدماتها الصحية فيها.
- 4- ارتباط عملية تحديد الهدر في استعمال الموارد في الخدمات الصحية بمستوى النوعية المقررة لتلك الخدمة.
- 5- تباين نوع وكفاءة المعدات المستعملة في عمليات الخدمة الصحية، مما ينعكس على اعتماد طريقة القياس لتحديد مستوى الانحراف المقبول عما خطط له في تحديد نسبة الكفاءة
- 6- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة، وذلك فيم يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها.
- 7- تذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم مع وجوب تقديم الخدمة الصحية لطالبيها بشكل مستمر.

المبحث الثالث: الدراسات السابقة

من أجل تحديد متغيرات الدراسة واستنتاج النظريات حولها، لا بد من عرض مختلف الدراسات السابقة حول الموضوع. سنتطرق من خلال هذا المبحث إلى بعض البحوث المهمة في مجال كفاءة النفقات العامة وبالخصوص المتعلقة بقطاع الصحة

المطلب الأول: الدراسات باللغة العربية

1- دراسة شوال عماد الدين (2020) بعنوان: تحليل النفقات العمومية الصحية في ظل السياسة الصحية للجزائر خلال الفترة 2015-2018³⁵

هذه الدراسة تهدف إلى تقييم كفاءة الإنفاق العام على الصحة في الجزائر، من خلال مقارنة تخصيصاته في مختلف ولايات الجزائر خلال الفترة من 2015 إلى 2018. ولهذا الغرض، استخدم الباحثون منهج DEA (تحليل الحزمة البيانية). وتشير النتائج إلى أن كفاءة الإنفاق على الصحة تختلف بشكل كبير بين المناطق المختلفة، مع تحسن عام بنسبة 63.9% بين عامي 2015 و2018 وفقاً لتحليل DEA. وهذا يعني أنه تم استخدام ما يقرب من ثلثي الموارد المخصصة للنفقات الصحية بكفاءة. وتكشف الدراسة أيضاً عن اختلافات كبيرة بين المناطق، سواء من الناحية الاقتصادية (المناطق الشمالية مقابل الجنوبية) أو الديموغرافية (المناطق الحضرية مقابل الريفية) أو الجغرافية (المناطق الساحلية مقابل المناطق الداخلية). وتوجد المناطق الأكثر كفاءة عادة في المناطق التي تتميز بالتطور الاقتصادي والكثافة السكانية العالية، بينما تتميز المناطق غير الكفؤة بتحديات اجتماعية واقتصادية وجغرافية. وبالإضافة إلى ذلك، تشير التحليلات إلى أن الكفاءة النسبية للإنفاق على الصحة زادت بنسبة 30% خلال الفترة المدروسة. ومع ذلك، يلاحظ الباحثون أنه على الرغم من هذا التحسن، فإن هناك تحديات هامة تبقى أمامنا لضمان استخدام أمثل لموارد الصحة، خاصة في المناطق غير الكفؤة. وتشير النتائج إلى ضرورة تخصيص الموارد بشكل أكثر استراتيجية وتبني سياسات مستهدفة لتحسين كفاءة النظام الصحي بشكل عام.

2- دراسة عبد الكريم منصوري وعكاشة رزين (2015) بعنوان: قياس وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات³⁶

³⁵ عماد-الدين شوال، تحليل النفقات العمومية الصحية في ظل السياسة الصحية للجزائر خلال الفترة 2015-2018، أطروحة

دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2019-2020

³⁶ عبد-الكريم منصوري، عكاشة رزين، قياس وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات،

مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد 8، 2015

الهدف من هذه الورقة البحثية هو قياس الكفاءة الإنتاجية للأنظمة الصحية للبلدان العربية، وذلك باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات بقياس المسافة بين أدنى حد للمدخلات (النفقات الصحية الإجمالية، الأطباء، والأسرة الاستشفائية) عند مستوى معين من النتائج (الأمل في الحياة بصحة جيدة عند الولادة)، باستخدام تحليل التطويق للبيانات. (DEA). أظهرت النتائج أن متوسط مؤشرات الكفاءة الإنتاجية لسنة 2013 بلغ 83.8 %، كما أظهرت النتائج أن عشرة أنظمة حصلت على نسبة كفاءة 100 %، أبرزها سوريا والمغرب. وأوضحت النتائج عدم وجود ارتباط بين كفاءة النظام الصحي وطبيعة هيكل الاقتصاد الوطني، كما لا يمكن الحكم على كفاءة النظام الصحي من خلال درجة تطور الاقتصاد.

3- دراسة عبد الرحمن حسن محمد (2024) بعنوان: تقييم كفاءة الأنظمة الصحية للدول ذات الإنفاق المرتفع والمتوسط للسيطرة على جائحة كورونا بالتطبيق على المملكة العربية السعودية

هدفت الدراسة إلى قياس كفاءة أداء الأنظمة الصحية للدول ذات الإنفاق المرتفع والمتوسط للسيطرة على جائحة كورونا بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، وذلك من خلال قياس الكفاءة النسبية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات. (DEA) وتم استخدام الإنفاق الصحي وعدد الممرضين وعدد الأطباء وعدد الممارسين الصحيين وعدد الأسرة الاستشفائية كمداخلات للنموذج، ونسبة المتعافين من مرض كورونا وعدد الوفيات كمخرجات للنموذج. واشتملت عينة الدراسة على 63 دولة ذات إنفاق صحي مرتفع ومتوسط، وكانت النتائج العامة للدراسة كالتالي: أظهرت الدراسة وجود 14 نظام صحي ذو كفاءة تامة بنسبة 100 %، من بينها 4 أنظمة من الدول ذات الإنفاق المرتفع و10 أنظمة من الدول ذات الإنفاق المتوسط، في كل من التوجه المدخلي والمخرجي لتحليل مغلف البيانات. وحققت المملكة العربية السعودية التفوق على 18 نظام صحي متقدمًا، منها دول عريقة مثل أمريكا وألمانيا واليابان. وأوصت الدراسة بضرورة الاستعانة بالدراسات العلمية الدقيقة لتطبيقها بفاعلية كأسلوب تحليل مغلف البيانات، مشيرة إلى أن الإنفاق الصحي المرتفع ليس الطريق الوحيد لتحقيق كفاءة السيطرة على تفشي جائحة كورونا³⁷.

³⁷ عبد الرحمن حسن محمد، تقييم كفاءة الأنظمة الصحية للدول ذات الإنفاق المرتفع والمتوسط للسيطرة على جائحة كورونا بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، المجلة العربية للإدارة، مجلد 44، ع2، 2024

4- دراسة كريمة براهيم، مداوي ايمان (2023) بعنوان: تقييم كفاءة الإنفاق العام على الصحة في عينة من الدول متوسطة الدخل باستخدام تحليل مغلف البيانات³⁸

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة الإنفاق العام على الصحة لعينة من عشرين دولة متوسطة الدخل، باستعمال تحليل مغلف البيانات بالتوجه المدخلي والإخراج في ظل عوائد الحجم المتغيرة، في هذا التحليل تم استخدام الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي كمتغير إدخال، والعمر المتوقع عند الولادة ومعدل بقاء الرضع على قيد الحياة كمخرجات. تظهر النتائج أن الدول التي تعمل على حدود الكفاءة هي الصين، لبنان، بيرو، وروسيا، وتشير النتائج أيضا إلى أنه يمكن تحقيق مكاسب كبيرة في النتائج الصحية من خلال تحسين كفاءة الإنفاق العام على الصحة.

5- دراسة إياد ضاوي (2020) بعنوان: كفاءة الأنظمة الصحية ومحدداتها -دراسة تحليلية قياسية باستخدام مغلف البيانات DEA لمجموعة من البلدان النامية

تهدف هذا الدراسة إلى تقييم الكفاءة النسبية للأنظمة الصحية في مجموعة من البلدان النامية ذات الدخل العالي والمتوسط، وذلك باعتماد أسلوب تحليل المغلفات DEA واستخدام عوائد الحجم المتغيرة (BCC). كما تهتم الدراسة بتوقع كفاءة النظام الصحي في تونس ضمن هذه البلدان. أظهرت نتائج العينة المدروسة حصول هذه البلدان في المتوسط على كفاءة نسبية بنسبة 11.1% (لتونس بالتوجه المدخلي) و 21.1% (لتونس بالتوجه المخرجي). في مرحلة ثانية، تم استخدام نموذج انحدار (Tobit) لغرض تفسير مؤشرات الكفاءة بواسطة متغيرات هيكلية تخص النظام الصحي ومتغيرات أخرى كمدخلات غير متحكم فيها. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ومعنوية مقبولة بين مؤشرات الكفاءة وإنفاق الصحة العام والتأمين. بالنسبة لبقية المتغيرات المفسرة للتفاوت في مؤشرات الكفاءة، فقد جاءت أغلبها متوافقة مع النظريات الاقتصادية والمنطق الصحي³⁹.

المطلب الثاني: الدراسات باللغة الاجنبية

1-دراسة Lekë Pula و Alban Elshani 2022 بعنوان:

³⁸ كريمة ابراهيمي. ايمان مداوي، تقييم كفاءة الإنفاق العام على الصحة في عينة من الدول متوسطة الدخل باستخدام تحليل مغلف البيانات، مجلة إضافات اقتصادية، المجلد: 07 / العدد: 01، 436-454

³⁹ إياد ضاوي، كفاءة الأنظمة الصحية ومحدداتها -دراسة تحليلية قياسية باستخدام مغلف البيانات DEA لمجموعة من البلدان النامية، المعهد التونسي للقدرة التنافسية والدراسات الكمية، سنة 2020

The Efficiency of Educational and Healthcare public expenditures in Kosovo: A Data Envelopment Analysis Technique

تقيم هذه الورقة البحثية أداء وكفاءة الإنفاق العام الحكومي في قطاعي التعليم والصحة في سياق الاقتصادات الناشئة، مع مقارنة خاصة بين كوسوفو ودول البلقان الغربية. تم استخدام مؤشرات قطاعي التعليم والصحة لتقييم مؤشر أداء القطاع العام (PSP) ومؤشر كفاءة القطاع العام (PSE). كما تستخدم هذه الدراسة الطريقة غير البارامترية تحليل مغلف البيانات (DEA) لتقييم الكفاءة الموجهة للمدخلات والمخرجات. تجد هذه الدراسة أن نطاق أداء التعليم يتراوح من 0.43 كحد أدنى إلى 1.48 كحد أقصى. وفي قطاع الصحة، يتراوح نطاق مؤشر PSP من 0.81 كحد أدنى إلى 1.09 كحد أقصى. تحتل كوسوفو المرتبة 41 من أصل 42 دولة في هذا العينة، من حيث قطاع التعليم، بمؤشر أداء يبلغ 0.67، وهو أقل بنسبة 37% من المتوسط البالغ 1.00، بينما تحتل المرتبة 39 من أصل 42 دولة في العينة من حيث قطاع الصحة⁴⁰.

2- دراسة Francesco Grigoli and Javier Kapsoli (2013) بعنوان:

Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies

تهدف هذه الورقة البحثية إلى قياس عدم كفاءة الإنفاق العام على الصحة والإمكانات المحتملة للتحسين في الاقتصادات الناشئة والنامية. تستخدم الدراسة نموذج الحدود العشوائية الذي يتحكم في المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة، وتقدم تقديرات خاصة بكل دولة لتحديد مدى كفاءة الإنفاق الصحي العام. تشير النتائج إلى أن اقتصادات أفريقيا لديها أدنى مستويات الكفاءة. عند مستويات الإنفاق الحالية، يمكنهم زيادة متوسط العمر المتوقع حتى حوالي خمس سنوات إذا اتبعوا أفضل الممارسات⁴¹.

⁴⁰ Chen, S., Kuhn, M., Prettnner, K., Bloom, D. E., & Wang, C. (2022). The Efficiency of Educational and Healthcare Public Expenditures in Kosovo: A Data Envelopment Analysis Technique. *Ekonomika*, 101(2), 92–108.

⁴¹ Grigoli, F., & Kapsoli, J. (2013). Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies. *IMF Working Paper*, WP/13/187. International Monetary Fund.

3-دراسة João Medeiros and Christoph Schwierz (2015) بعنوان:

Efficiency estimates of health care systems in the EU

تهدف هذه الورقة إلى تقدير الكفاءة النسبية لأنظمة الرعاية الصحية عبر جميع دول الاتحاد الأوروبي. تستخدم الورقة مجموعة شاملة من النماذج مع تركيبات مختلفة من متغيرات المدخلات والمخرجات. تشمل المخرجات مؤشرات النتائج الصحية الشائعة، مثل متوسط العمر المتوقع، ومتوسط العمر المتوقع الصحي، ومعدلات الوفيات الممكن تجنبها. تشمل المدخلات الإنفاق على الرعاية الصحية لكل فرد، والمدخلات المادية، والمتغيرات البيئية. تتماشى النتائج التي تم الحصول عليها في هذه الورقة مع الأبحاث التجريبية السابقة. في المتوسط، يمكن زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة بنسبة 2.3% أو 1.8 سنة عند الانتقال من الوضع الحالي إلى حدود الكفاءة في الاتحاد الأوروبي. على وجه التحديد، تمتلك جمهورية التشيك، وليتوانيا، وسلوفاكيا أدنى درجات الكفاءة في معظم النماذج المستخدمة. أما المجر، ولاتفيا، وبولندا، وإستونيا، فعلى الرغم من تسجيلها درجات أفضل قليلاً من المجموعة السابقة، فإنها لا تزال ضمن الأداء الضعيف. تحتل بلجيكا، وقبرص، وإسبانيا، وفرنسا، وإيطاليا، والسويد، وهولندا بشكل مستمر المراتب السبع الأولى في معظم النماذج⁴².

4-دراسة Novignon, Jacob (2015) بعنوان :

On the efficiency of public health expenditure in Sub-Saharan Africa:

Does corruption and quality of public institutions matter?

كان هدف الدراسة هو فحص تأثيرات الفساد وجودة المؤسسات العامة على الكفاءة. كما تم مقارنة كفاءة الإنفاق الصحي عبر بعض دول أفريقيا جنوب الصحراء المختارة. تم الحصول على بيانات الدراسة من مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي لـ 45 دولة تغطي الفترة من 2005 إلى 2011. تم استخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) على مرحلتين للتحليل. تحسب المرحلة الأولى درجات الكفاءة بينما تفحص المرحلة الثانية محددات الكفاءة باستخدام نموذج TOBIT. تم استخدام الإنفاق الصحي لكل فرد كمدخل، في حين تم استخدام معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة ومعدلات الوفيات الخام كمخرجات.

⁴² European Commission. (2015). Health spending, efficiency and fiscal sustainability. *Economic Papers* 549. European Commission. Disponible à l'adresse suivante : https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf.

تظهر النتائج أن كفاءة الإنفاق الصحي كانت منخفضة بمتوسط درجات حوالي 0.5. وهذا يشير إلى وجود إمكانيات كبيرة لدول أفريقيا جنوب الصحراء لتحسين نتائج الصحة السكانية بالنظر إلى مستوى الإنفاق. كان هناك تفاوت كبير بين الدول حيث كانت الرأس الأخضر، وإريتريا، وموريشيوس من بين الدول الكفؤة بينما كانت غينيا الاستوائية، وسيراليون، وسوازيلاند أقل كفاءة نسبياً. أدى ارتفاع الفساد وضعف المؤسسات العامة إلى تقليل كفاءة الإنفاق الصحي.

تؤكد النتائج على حقيقة أنه، في حين أن زيادة الإنفاق الصحي ضرورية، فإنه من المهم أيضاً ضمان الكفاءة في استخدام الموارد عبر دول أفريقيا جنوب الصحراء. يمكن تحقيق ذلك من خلال برامج فعالة للرصد والتقييم تضمن تقليل الفساد وتحسين المؤسسات العامة.⁴³

5- دراسة Santiago Herrera و Gaobo Pang (2015) بعنوان:

Efficiency Of Public Spending In Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach

تحاول هذه الورقة القيام بهذا القياس وتتألف من جزأين رئيسيين. الجزء الأول يقدر الكفاءة على أنها المسافة بين توليفات المدخلات والمخرجات والملاحظة وحدود الكفاءة (المعرفة على أنها الحد الأقصى من المخرجات الممكن تحقيقه لمستوى معين من المدخلات). يتم تقدير هذه الحدود لعدة مؤشرات لمخرجات الصحة والتعليم باستخدام تقنيتي الغلاف المتاح المجاني (FDH) وتحليل مغلف البيانات (DEA). يتم تسجيل كل من كفاءة المدخلات (الاستهلاك الزائد للمدخلات لتحقيق مستوى معين من المخرجات) وكفاءة المخرجات (نقص المخرجات لمستوى معين من المدخلات) في عينة من 140 دولة باستخدام بيانات من 1996 إلى 2002. الجزء الثاني من الورقة يسعى إلى التحقق من أسباب التفاوت بين الدول في الكفاءة. تظهر النتائج أن الدول التي تسجل مستويات إنفاق أعلى تسجل درجات كفاءة أقل، وكذلك الدول التي تمثل فيها فاتورة الأجور حصة أكبر من ميزانية الحكومة. وبالمثل، وكذلك الدول التي تعاني من وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والدول ذات التفاوت الكبير في الدخل. الدول التي تعتمد بشكل كبير على المساعدات تسجل أيضاً درجات كفاءة أقل، ربما بسبب تقلب هذا النوع من التمويل الذي يعيق التخطيط والميزانية على المدى المتوسط⁴⁴.

⁴³ Novignon, J. (2015). On the efficiency of public health expenditure in Sub-Saharan Africa: Does corruption and quality of public institutions matter? *MPRA Paper No. 39195*. Munich Personal RePEc Archive. Disponible à l'adresse suivante : <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/39195/>.

⁴⁴ Herrera, Santiago. 2005. "Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach." Policy Research Working Paper No. 3645. World Bank, Washington, DC. <http://hdl.handle.net/10986/8325>. License: CC BY 3.0 IGO.

خلاصة الفصل:

بعد عرضنا للدراسات السابقة، تمكنا من اخذ نظرة شاملة حيث قدمت لنا هذه الأخيرة إضاءة قيمة على كيفية تقييم الكفاءة للأنظمة الصحية والنتائج المتكررة والمتشابهة بينها والتي ترسي قاعدة قوية لاختبار وجهة البحث الخاص بنا. تُظهر التفاصيل والاكتشافات المتنوعة التي قدمت في هذا القسم تطور المجال بطابعه الديناميكي وتسلط الضوء على النواقص التي تتطلب استكشافاً أعمق.

الفصل الثاني

دراسة تحليلية وقياسية لكفاء النفقات

العامّة للصحة في الجزائر

تمهيد:

تُعد النفقات العامة في قطاع الصحة أحد العوامل الرئيسية التي تؤثر على جودة الخدمات الصحية وتوفرها بشكل فعال للمواطنين. تأتي أهمية تحليل وقياس كفاءة هذه النفقات من الحاجة الملحة لضمان استخدام هذه الأخيرة بشكل أمثل وتحقيق أقصى قدر من الفوائد الصحية للمجتمع.

جاء هذا الفصل لتوضيح الطريقة والأدوات المستخدمة في دراسة تحليلية وقياسية لكفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر. تمثل هذه الأدوات والطرق الأساسية الأساس لفهم وتقييم الكفاءة والفاعلية في استخدام النفقات العامة في هذا القطاع الحيوي. يتناول هذا الفصل بشكل خاص استعراض وشرح البرنامج المستخدم، وهو DEAP، بالإضافة إلى أسلوب تحليل مغلف البيانات DEA الذي تم تطبيقه في الدراسة. سيتم توضيح كيفية استخدام هذه الأدوات لتقييم كفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر وإظهار بعض المؤشرات ذات علاقة بالصحة، ومقارنتها بـ 15 دولة المشرق الأوسط وشمال إفريقيا وذلك لتعزيز كفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

المبحث الأول: تحليل النفقات العامة للصحة في الجزائر ومؤشرات ذات العلاقة

يهدف هذا المبحث إلى تقديم تحليل شامل للنفقات العامة للصحة في الجزائر، والمؤشرات الصحية ذات العلاقة وكيفية توجيه هذه النفقات نحو تحقيق الأهداف الصحية والاجتماعية المرجوة.

المطلب الأول: تطور الانفاق العام للصحة في الجزائر.

الفرع الأول: نسبة الانفاق الصحي المحلي من الناتج المحلي الخام الفترة ما بين 2000 و2021

تمثل النفقات الصحية جهداً أساسياً يقوم به المجتمع الصالح لصحته، وهي ضرورية للتخطيط والتنمية، حيث تربط بين الاستثمارات في الجوانب الاقتصادية والاجتماعية. تشمل هذه النفقات الخدمات الوقائية والعلاجية وتنظيم الأسرة والتغذية، بالإضافة إلى المساعدات الصحية الطارئة. تبين الجدول الموالي تقييم إجمالي النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج الداخلي الخام في الجزائر خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2021.

الجدول رقم (1-2): الإنفاق الصحي المحلي العمومي للحكومة كنسبة مئوية من الناتج المحلي

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة التمويل	%3	%3	%3	%3	%3	%2	%2	%3	%3	%4	%4
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة التمويل	%4	%4	%4	%5	%5	%4	%4	%4	%4	%4	%3

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على البنك الدولي حول مؤشرات التنمية

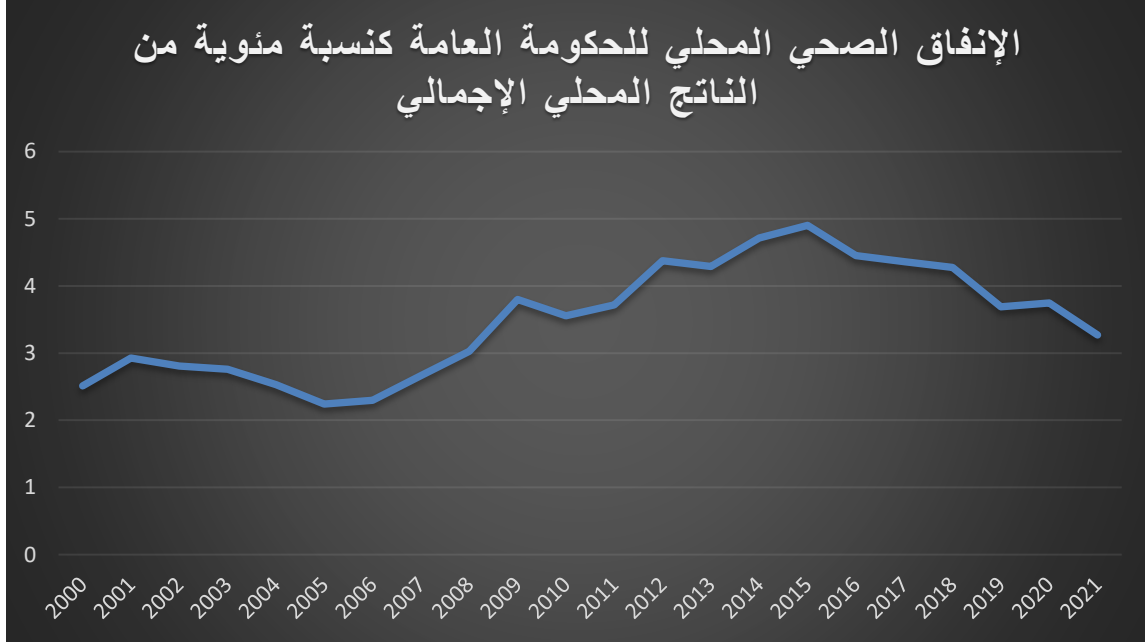
من خلال الجدول أعلاه يتبين أن:

نفقات الصحة العمومية في الناتج الداخلي الخام هي في تزايد مستمر خلال الفترة 2000 الى 2021 حيث سجل متوسط سنوي قدره 3.54%، وأعلى مستوى سنة 2015 قدره ما يقارب 5% وأدنى مستوى ما يقارب 2% سنة 2005.

وأن هذه النفقات الصحية للقطاع العام تشمل مجموع النفقات الموحدة المباشرة وغير المباشرة بما في ذلك النفقات الرأسمالية لمختلف المستويات الإدارية لمنظمات الضمان الاجتماعي والوكالات المستقلة وغيرها

من الأموال الخارجة من ميزانية الدولة لقطاع الصحة، وتشمل أيضا مخصصات لتحسين الحالة الصحية للسكان وتوفير السلع والخدمات والرعاية الطبية للسكان.

الشكل (1-2): منحى الإنفاق الصحي المحلي العمومي للحكومة كنسبة مئوية من الناتج المحلي



المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على معطيات البنك الدولي .

تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي في الجزائر قد عرفت نموا تدريجيا، ما يبرز الجهود المبذولة في إطار النهوض بالقطاع الصحي وتطويره، و "العمل" بتوصيات منظمة الصحة العالمية التي تفيد بضرورة تخصيص للإنفاق الصحي ما يفوق 5 % من الناتج المحلي الإجمالي.

أما إذا تم مقارنتها بالدول التي لها نفس الخصائص كتونس والمغرب التي بلغت نسبتهما على التوالي ب 7.23% و 5.25% سنة (2017)، فيمكن القول أن نسبتها متواضعة ولكنها تعد ضعيفة وغير كافية، ولا يمكن تفسير الضعف التخصيص بانخفاض حجم الموارد المالية المخصصة للقطاع، خاصة أن الجزائر كانت تعيش خلال الفترة الأخيرة وفترة مالية كبيرة لم يسبق لها مثيل، وعليه يمكن إرجاع ذلك لعدة عوامل نجد من بينها⁴⁵:

- ضعف إدراك الدولة لفكرة أن الصحة الجيدة للفرد تساهم وتزيد في الإنتاج والإنتاجية، لذلك وجب على الدولة الاهتمام أكثر بالفرد من الفورة القطاع ضمن ميزانيتها العامة

⁴⁵ علي دحمان محمد. (2017). تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة

- ضعف مساهمة القطاع الخاص، باعتبار أن العبء المالي الأكبر يتحمله القطاع العام.

الفرع الثاني: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة

يمثل احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصاديات المتقدمة ، وقد نما هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية ، ويمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات، وخلال نفس الفترة ارتفع أيضا الإنفاق الخاص على الصحة الذي يمثل في المتوسط نحو ربع النفقات الكلية على الصحة في الاقتصاديات المتقدمة، وفي حين تزامن تزايد الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد أوجد أيضا ضغوطا كبيرة على الميزانيات، وخصوصا في الوقت الحالي، حين بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات غير مسبوقة في الاقتصاديات المتقدمة. ويشكل الإنفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه، ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والأفراد، وتعطي هذه النفقات، الخدمات الصحية، الوقائية والعلاجية، التخطيط الأسري، وحملات التوعية والمساعدات الطبية المستعجلة ويستتني من هذه النفقات خدمات توفير المياه والصرف الصحي.⁴⁶ وفي الجزائر فإن ارتفاع عدد السكان وزيادة حجم الاستثمارات في قطاع الصحة سواء كانت بنية تحتية أو تجهيزات طبية دفع بوتيرة الإنفاق الصحي إلى الأعلى، لذا سيكون مطلب التحكم في النفقات الصحية حاسما لضمان قدرة الجزائر لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان، هذا ما جعل مسألة احتواء النفقات الصحية الوطنية من أهم التحديات التي تواجهها السلطات العمومية في الجزائر⁴⁷.

الجدول رقم (2-2) تطور نفقات الصحة في الجزائر كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة.

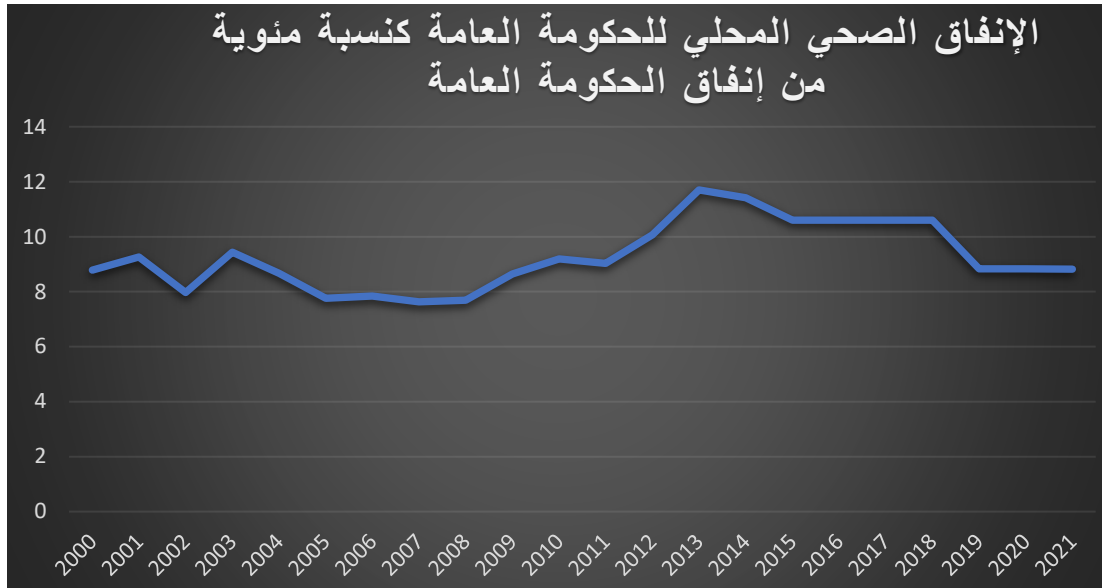
السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
نسبة الانفاق	%9	%9	%8	%9	%9	%8	%8	%8	%8	%9	%9
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
نسبة الانفاق	%9	%10	%12	%11	%11	%11	%11	%11	%9	%9	%9

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على بيانات المنظمة العالمية للصحة

⁴⁶ عبد الكريم المصوري، قيدي وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد 08، 2015، ص: 117.

⁴⁷ نشيدة معزور، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، العدد 01،

الشكل 2-2: منحى الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة كنسبة مئوية من إنفاق الحكومة



المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على بيانات المنظمة العالمية للصحة

توضح هذه البيانات نسبة الإنفاق على الصحة كجزء من الإنفاق العام الكلي في الجزائر على مدى السنوات الماضية. هنا بعض التفسيرات:

1. استقرار نسبة الإنفاق: (2000-2009) خلال هذه الفترة، بقيت نسبة الإنفاق على الصحة مستقرة عند حوالي 8-9% من الإنفاق العام الكلي. يُظهر هذا الاستقرار تفاني الحكومة أو السلطات المعنية في الاستثمار في الرعاية الصحية والحفاظ على مستوى معين من التمويل.
2. زيادة ملحوظة في الإنفاق: (2010-2013) شهدت هذه الفترة زيادة ملحوظة في نسبة الإنفاق على الصحة، حيث ارتفعت من 9% في عام 2010 إلى 12% في عام 2013. قد يرجع ذلك إلى التزام الحكومة بتعزيز الرعاية الصحية وزيادة الاستثمار في هذا القطاع.
3. استقرار وعودة إلى المعدلات السابقة: (2014-2021) بعد الزيادة الكبيرة في الإنفاق خلال السنوات السابقة، عادت نسبة الإنفاق على الصحة إلى مستوياتها السابقة حوالي 9-11% من الإنفاق العام الكلي. قد يعكس ذلك تحسناً في الظروف الاقتصادية أو تغييرات في الأولويات الحكومية.

انخفاض أسعار البترول وسياسات التقشف تأثرت بهما العديد من الدول، بما في ذلك الجزائر، وقد أحدثتا تحديات اقتصادية ومالية هائلة. إليك البعض من التأثيرات والتحديات التي يمكن أن تظهر نتيجة لهذين العاملين

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية لكفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر

- تأثير انخفاض أسعار البترول على العائدات الحكومية: تعتمد الجزائر بشكل كبير على الإيرادات من صادرات البترول، وبالتالي، فإن انخفاض أسعار البترول يمكن أن يؤثر بشكل كبير على العائدات الحكومية. هذا يمكن أن يقلل من قدرة الحكومة على تمويل برامجها ومشاريعها، بما في ذلك القطاع الصحي.
- تباطؤ النمو الاقتصادي: ترتبط الاقتصادات المعتمدة على البترول بشكل كبير بأسعار النفط، وبالتالي، فإن انخفاض أسعار البترول يمكن أن يؤدي إلى تباطؤ النمو الاقتصادي وزيادة معدلات البطالة، مما يمكن أن يؤثر سلباً على القدرة الشرائية للمواطنين والمستوى العام للحياة.

الجدول (2-3): ميزانيتي التسيير والتجهيز لقطاع الصحة خلال 2000-2018

السنة	ميزانية التسيير	ميزانية التجهيز	المجموع	ميزانية التسيير %	ميزانية التجهيز %
2000	33900	21134	55034	61,6	38,4
2001	38324	27499	65823	58,3	41,7
2002	49117	28540	77657	63,3	36,7
2003	55430	33538	88968	62,4	37,6
2004	63770	31986	95756	66,6	33,4
2005	62460	27858	90318	69,2	30,8
2006	70337	41024	111361	63,2	36,8
2007	93552	50386	143938	64,9	35,1
2008	129201	64689	193890	66,7	33,3
2009	178323	34141	212464	83,9	16,1
2010	195012	41934	236946	82,4	17,6
2011	227859	180631	408490	55,8	44,2
2012	404945	31324	436296	92,9	7,1
2013	306926	9982	316908	96,9	3,1
2014	365946	55340	421286	86,9	13,1
2015	381972	46691	428663	89,2	10,8
2016	379407	19747	399154	95	5
2017	389073	30236	419309	92,8	7,2
2018	392163	47239	439402	89,3	10,7

المصدر: من إعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق من مديرية الميزانية لوزارة المالية

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية لكفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر

هذه البيانات تبين نسبة ميزانية التجهيز وميزانية التسيير كجزء من الميزانية الإجمالية على مدى السنوات الماضية. إليك تحليل لهذه البيانات:

1. تغيرات في نسبة ميزانية التجهيز وميزانية التسيير: تظهر البيانات تغيرات ملحوظة في نسبة ميزانية التجهيز وميزانية التسيير على مدى السنوات الماضية. هذا يعكس التغيرات في الأولويات والاحتياجات المالية للحكومة خلال هذه الفترة.
2. زيادة ميزانية التجهيز مقارنة بميزانية التسيير: في بعض السنوات، مثل عام 2001 و2011، كانت نسبة ميزانية التجهيز أعلى من ميزانية التسيير. يمكن أن يكون هذا نتيجة للتركيز على تحسين وتطوير البنية التحتية والمشاريع الكبيرة.
3. تقليل نسبة ميزانية التجهيز مقارنة بميزانية التسيير: في سنوات أخرى، مثل عام 2009 و2010، كانت نسبة ميزانية التسيير أعلى من ميزانية التجهيز. قد تشير هذه الزيادة إلى التركيز على تشغيل الخدمات الحالية وتكاليف الإدارة.
4. تقلبات في الأولويات المالية للحكومة: تظهر البيانات تقلبات في الأولويات المالية للحكومة على مدى السنوات، مما يعكس التغيرات في الظروف الاقتصادية والسياسية والاجتماعية التي تواجهها البلاد في كل فترة زمنية.

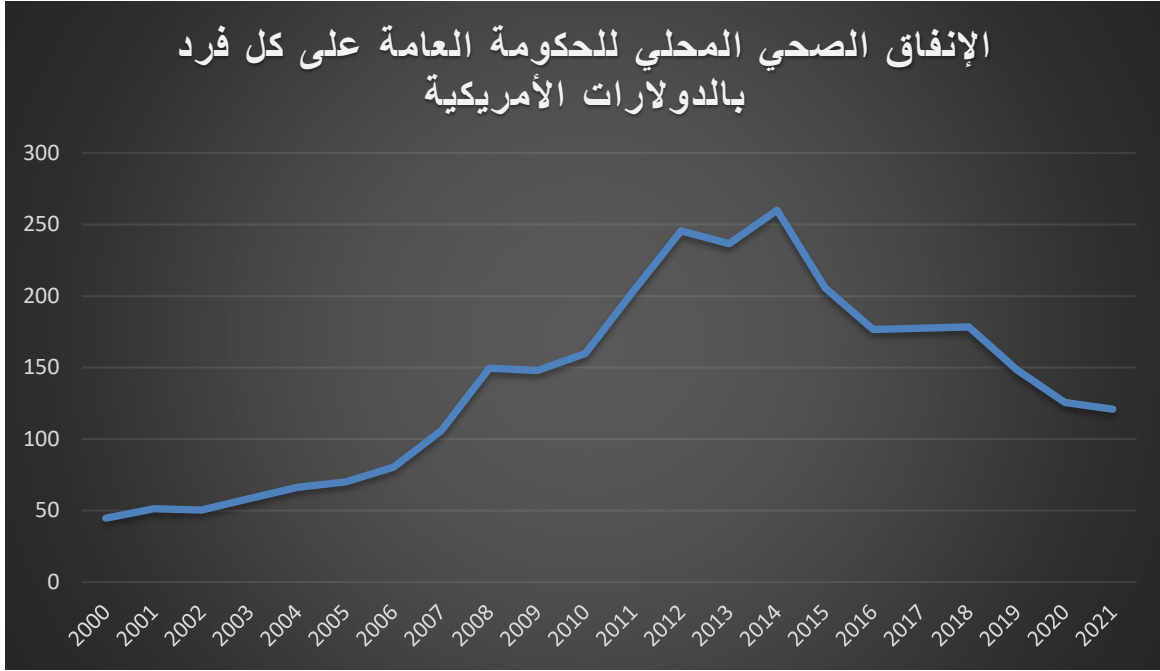
الفرع الثالث: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد.

الجدول (2-4) تطور النفقات الصحية للفرد في الجزائر بالدولار الأمريكي للفترة (2000-2021)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
الانفاق بالدولار الأمريكي	45	51	50	58	66	70	80	106	150	148	160
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
الانفاق بالدولار الأمريكي	204	246	237	260	206	177	177	178	148	126	121

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على المنظمة العالمية للصحة

الشكل رقم 2-3 : منحى الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولارات الأمريكية.



المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على المنظمة العالمية للصحة.

المنحنى اعلاه يبين تطور النفقات الصحية للفرد في الجزائر بالدولار الأمريكي على مدى الفترة من عام 2000 إلى عام 2021. يُلاحظ أن النفقات الصحية تباينت خلال هذه الفترة، حيث شهدت زيادات وانخفاضات في الإنفاق.

- في الفترة الأولى من العام 2000 حتى العام 2010، تمت زيادة مستمرة في النفقات الصحية، حيث ارتفعت من مستوى 45 دولار في عام 2000 إلى 160 دولار في عام 2010.
- بدايةً من عام 2011 وحتى عام 2015، شهدت النفقات الصحية زيادات كبيرة وتذبذبات، حيث وصلت إلى أعلى مستوياتها في عام 2012 بقيمة 246 دولار.
- بعد عام 2015، بدأت النفقات الصحية في الانخفاض وذلك بسبب انخفاض أسعار البترول، وتراجعت إلى مستويات متدنية مثل 121 دولار في عام 2021.

المطلب الثاني: تحليل بعض مؤشرات الصحة

📊 مؤشر معدل وفيات الرضع:

هي وفيات الأطفال الأقل من سنة (01)، ويقاس هذا المعدل حالات وفيات الأطفال خلال السنة الأولى من ميلادهم. ويعتبر مؤشرا يقيس تقدم الدول على مستوى الخدمات الصحية حيث يعكس ما تقدمه الدولة من خدمات صحية لائقة للسكان. وهو من بين المؤشرات الديموغرافية لقياس التقدم الاقتصادي والاجتماعي والصحي ويحسب بالقانون التالي:

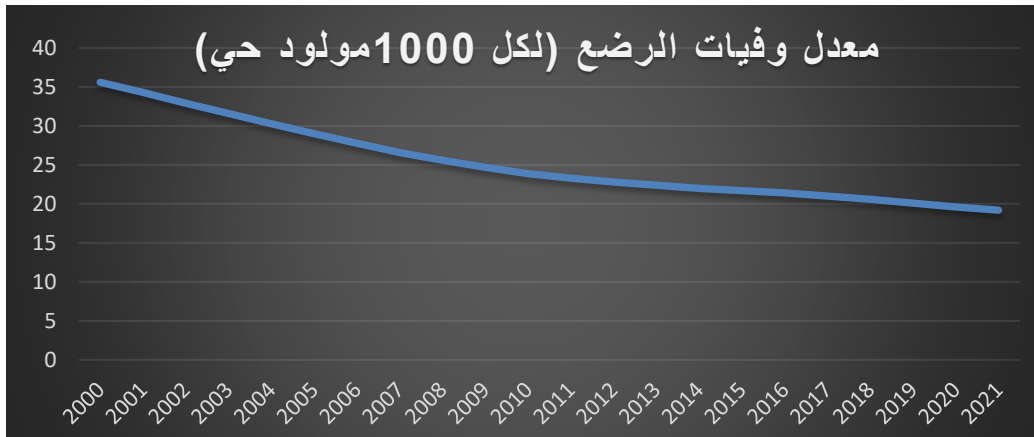
$$TMI = D(01)/NV$$

حيث:

D(0.1) هو : عدد الوفيات الأقل من سنة في سنة معينة

NV هو : عدد المواليد الأحياء خلال نفس السنة

الشكل (2-5): منحنى معدل وفيات، الرضع (لكل 1000 مولود حي).



المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على البنك الدولي

يعكس المنحنى انخفاض معدل وفيات الرضع في الجزائر من عام 2000 إلى عام 2021، ويعزى هذا التحسن إلى عدة عوامل:

1. تحسين الرعاية الصحية: شهدت الجزائر تحسناً في جودة الرعاية الصحية المقدمة للأمهات والأطفال، مما ساهم في خفض معدل وفيات الرضع. توفرت رعاية صحية أفضل خلال الحمل وبعد الولادة.
2. برامج التطعيم: نفذت الجزائر برامج تطعيم واسعة النطاق لمكافحة الأمراض المعدية التي تؤثر على الرضع، مما قلل من معدلات الوفيات الناتجة عن هذه الأمراض.
3. التغذية: تحسين التغذية للأمهات والأطفال، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية، ساعد في تقليل معدلات الوفيات.
4. زيادة الوعي الصحي: زيادة الوعي بأهمية الرعاية الصحية والتغذية الجيدة للأمهات والأطفال من خلال الحملات التوعوية والبرامج التعليمية.
5. البنية التحتية الصحية: استثمارات في البنية التحتية الصحية مثل بناء المستشفيات والمراكز الصحية في المناطق الحضرية والريفية، مما زاد من الوصول إلى الرعاية الصحية.

6. السياسات الحكومية: تبني السياسات الحكومية التي تهدف إلى تحسين صحة الأطفال والرضع وتوفير الخدمات الصحية اللازمة.

بالتالي، يمكن ملاحظة أن التحسن في هذه العوامل مجتمعة أدى إلى انخفاض تدريجي ومستمر في معدل وفيات الرضع في الجزائر خلال الفترة المذكورة.
 🇩🇿 عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

يتمثل في متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة، وتحتاج هذه المرحلة من الطفولة إلى العناية والحماية التي تبعدهم عن خطر الوفاة

الجدول رقم 2-5: عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
عدد الوفيات	25052	24138	23336	22895	22769	22706	22698	22812	23067	23332	23544
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
عدد الوفيات	23766	24174	24470	24655	24898	24937	24709	24191	23456	22565	21567

المصدر من اعداد الطالبتين بالاعتماد على البنك الدولي

هذا الجدول يوضح عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر على مدى الفترة من عام 2000 إلى عام 2021. يُلاحظ أن هناك تقلبات في عدد الوفيات خلال هذه الفترة.

- يبدو أن هناك تراجعًا طفيفًا في عدد الوفيات خلال السنوات الأولى من الفترة المذكورة، حيث تقلص العدد من 25052 وفاة في عام 2000 إلى 22706 وفاة في عام 2005.
- لكن بعد ذلك، يظهر أن عدد الوفيات بدأ في الارتفاع مرة أخرى، مع تقلبات صغيرة على مدار السنوات، حيث وصل إلى ذروته في بعض الأحيان مثل في عام 2010 بعدد وفيات قدره 23544، ثم انخفض ببطء مستمر إلى 21567 في عام 2021.

هذه التقلبات قد تعكس تغيرات في البنية التحتية للرعاية الصحية، والوصول إلى الخدمات الصحية، وتوفير الرعاية الطبية للأطفال دون سن الخامسة، بالإضافة إلى العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي قد تؤثر على صحة الأطفال في الجزائر

✚ نسبة وفيات الأمهات:

وفيات الأمهات هي مشكلة صحية على المستوى العالمي، وكذلك هي مشكلة بالنسبة للجزائر فبملاحظة معدلات وفيات الأمهات عبر السنوات هناك تذبذب في هذا المعدل ولقد أشارت وزارة الصحة معد الوفيات وهذا ما سوف نتعرض عليه من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (2-6): نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
معدل الوفيات	150	156	150	153	137	144	134	125	117	115	112
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
معدل الوفيات	105	99	94	86	89	89	89	79	77	78	-

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على البنك الدولي

يتضح من الجدول أن هناك تحسناً ملحوظاً في معدل وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي في الجزائر على مدى الفترة من عام 2000 إلى عام 2020.

- في بداية الفترة في عام 2000 كان معدل وفيات الأمهات 150، ومن ثم تراجع ببطء إلى 112 في عام 2010.
- خلال العقد التالي، استمر التحسن في معدل وفيات الأمهات، حيث انخفض المعدل إلى مستويات أقل من 100 بدءاً من عام 2011، ووصل إلى 78 في عام 2019، ثم انخفض إلى 77 في عام 2020.

هذا التحسن يعكس الجهود المستمرة للسلطات العمومية في الجزائر في تحسين الرعاية الصحية للنساء الحوامل والأمهات الجديديات. على الرغم من هذا التحسن، فإن مشكلة وفيات الأمهات لا تزال تشكل تحدياً، ويظل هناك العديد من العوامل المتعلقة بالحمل والولادة والرعاية الصحية تحتاج إلى التركيز والتحسين لمواجهة هذه المشكلة بشكل شامل.

✚ العمر المتوقع عند الميلاد: يقصد به متوسط السنوات المتوقع أن يعيشها الفرد، ويعتبر مؤشراً

افتراضياً يقيس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والصحي للسكان، ويعرف بأنه متوسط عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المولود الجديد إذ ظلت الأوضاع الصحية والمعيشية على

الفصل الثاني: دراسة تحليلية وقياسية لكفاء النفقات العامة للصحة في الجزائر

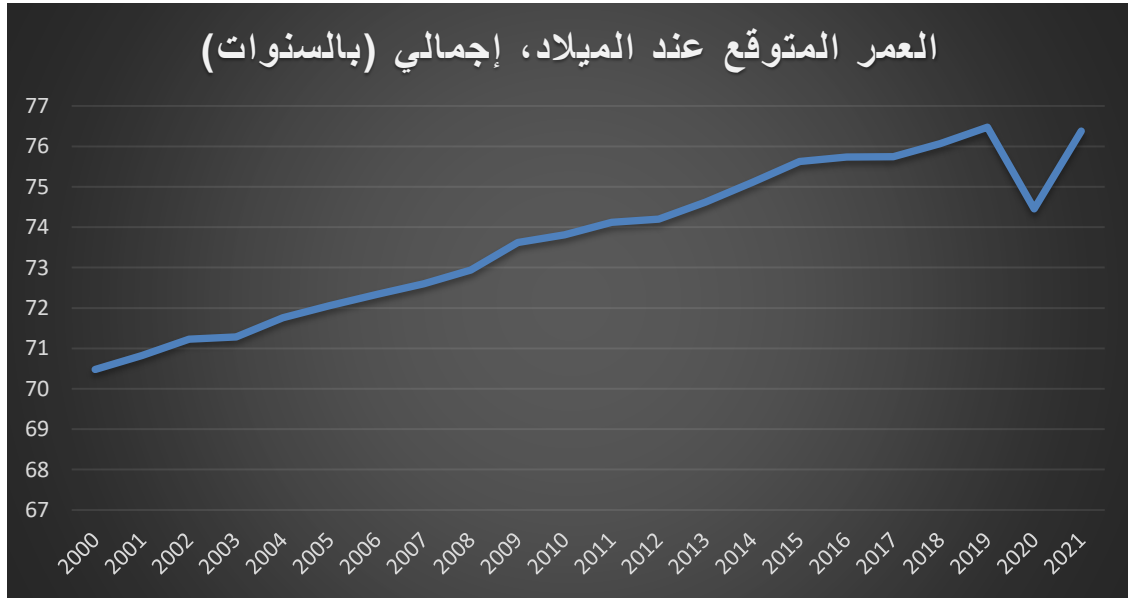
نفس المستوى) منظمة التعاون الإسلامي 2015، صفحة (40)) ويقاس أمل الحياة باستخدام أساليب إحصائية

الجدول رقم (2-7): العمر المتوقع عند الميلاد اجمالي (بالسنوات)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
العمر المتوقع	70	70	71	71	71	72	72	72	72	73	73
السنة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
العمر المتوقع	74	74	74	75	75	75	75	76	76	74	76

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على البنك الدولي

الشكل (2-6): منحنى العمر المتوقع عند الميلاد، إجمالي (بالسنوات)



المصدر: اعداد الطالبتين بالاعتماد على البنك الدولي

من خلال الجدول والشكل نلاحظ تزايد في امل الحياة عبر السنوات بينما كان في سنة 2000 عن عمر 70 سنة أصبح في 2021 بعمر 76 سنة وذلك راجع الى تحسن في الخدمات الصحية الا انه شهد انخفاض في سنة 2020 بعمر 74 سنة. وهذا راجع الى الازمة الصحية العالمية التي شهدتها الجزائر "كوفيد19" التي ادت بوفيات عدد كبير من سكان الجزائر والعالم بأسره.

المبحث الثاني: الطريقة والأدوات المستخدمة في الدراسة

الغرض من هذا المبحث هو تفصيل الأساليب والأدوات المستخدمة في البرمجة الرياضية لقياس الكفاءة. سوف ندرس بالتفصيل الأساليب المنهجية المعتمدة للإجابة على أسئلة البحث لدينا، وكذلك الأدوات والتقنيات المحددة المستخدمة لجمع وتحليل البيانات

المطلب الأول: النموذج المستخدم

الفرع الأول: تعريف أسلوب تحليل مغلف البيانات DEA

أسلوب تحليل مغلف البيانات هو أسلوب يستخدم البرمجة الرياضية لقياس الكفاءة النسبية لمجموعة من وحدات اتخاذ القرار القابلة للمقارنة فيما بينها والتي تستعمل مجموعة متعددة من المدخلات والمخرجات، وذلك بقسمة مجموع المخرجات على مجموع المدخلات لكل وحدة، ويتم مقارنة هذه النسبة مع الوحدات الأخرى، وإذا حصلت الوحدة ما على أفضل نسبة كفاءة فإنها تصبح "حدود كفاءة"، وتقاس درجة عدم الكفاءة للوحدات الأخرى نسبة إلى الحدود الكفاءة باستعمال الطرائق الرياضية، ويكون مؤشر الكفاءة للوحدة محصور بين القيمة واحد (1) والذي يمثل الكفاءة الكاملة، وبين المؤشر ذو القيمة صفر (0) والذي يمثل عدم الكفاءة الكاملة (أما سبب تسمية هذا الأسلوب باسم التحليل التطويقي للبيانات فيعود إلى كون الوحدات ذات الكفاءة تكون في المقدمة وتطوق الوحدات الإدارية غير الكفاءة، وعليه يتم تحليل البيانات التي تغلفها الوحدات الكفاءة.

وظهرت نماذج متعددة لإيجاد مؤشرات الكفاءة باستخدام أسلوب (DEA) ومن أبرزها نموذج عوائد الحجم الثابتة (Constant Return Scale) ونموذج عوائد الحجم المتغيرة (Variable Return Scale)، في كلا النموذجين يمكن إيجاد مؤشرات الكفاءة، أما من جانب المدخلات وتسمى نماذج التوجيه الإدخالي (Input oriented models) ومن جانب المخرجات وتسمى نماذج التوجيه الإخراجي (Output Oriented Models)⁴⁸

الفرع الثاني: النماذج الرئيسية لتحليل مغلف البيانات

• نموذج غلة الحجم الثابتة CCR

قام كلاً من Charnes، Cooper and Rhodes بصياغة نموذج عوائد الحجم الثابتة (CRS) في عام 1978، الذي يعتبر النموذج الأساسي الذي بنيت عليه النماذج اللاحقة، ويأخذ منحى حد الكفاءة في نموذج عوائد الحجم الثابتة شكل خطيحيث يمر بنقطة الأصل ويمس الوحدات ذات الكفاءة التامة. وله

⁴⁸ عبد الرحمن حسن محمد، مرجع سبق ذكره

القدرة على قياس نسبة الكفاءة التقنية لوحدة إتخاذ القرار المراد تقييمها. ويلائم هذا النموذج الحالة التي تكون فيها كافة الوحدات محل المقارنة في مستوى أحجامها المثلّي (تعمل في ظل طاقتها القصوى)

• نموذج عوائد الحجم المتغيرة BCC

تمت صياغة نموذج (VRS) في عام 1984 من قبل الباحثين (Charnes, Cooper, Banker) يختلف هذا نموذج عن النموذج الأساسي عوائد الحجم الثابتة بأنه يفترض عوائد الحجم المتغيرة، ويمثل منحني حد الكفاءة هذا النموذج بشكل منحني، وله القدرة على قياس نسبة الكفاءة التقنية ونسبة الكفاءة الحجمية لوحدة إتخاذ القرار المراد تقييمها، بالإضافة إلى تحديد نسبة عائد الحجم المتغير (نسبة زيادة المخرجات بزيادة المدخلات).⁴⁹

الفرع الثالث: شرح بعض المصطلحات الخاصة بأسلوب DEA

- **المدخلات Input:** هي العوامل التي تُستخدم في عملية الإنتاج، مثل العمالة (L) ورأس المال (K)، ويمكن أن تشمل أيضًا الموارد الطبيعية والتكنولوجية.
- **المخرجات Output:** هي النتائج أو المنتجات التي تنتجها عملية الإنتاج، مثل السلع والخدمات. إذا اخذنا مثال المستشفى فستكون مخرجاته على سبيل المثال وليس الحصر: عدد المرضى الذين تعافوا
- **DMUs (Decision Making Units) وحدات القرار:** هي الوحدات التي تتخذ القرارات في هذا السياق، مثل الشركات، المدارس، المستشفيات، أو حتى الدول.
- **التوجه Orientation:** نقصد بالتوجه الهدف من استعمال المدخلات والمخرجات، وهنا نميز بين توجيهين، التوجه المدخلي أي التقليل في المدخلات لمستوى معين من المخرجات، أو التوجه المخرجي، أي تعظيم المخرجات لمستوى معين من المدخلات
- **عوائد الحجم Returns to scale:** هي العلاقة بين تغير المدخلات والمخرجات، يمكن ان تكون عوائد الحجم ثابتة ، أي ارتفاع في المدخلات يعطي ارتفاع في المخرجات بنفس النسبة. في حالة عوائد الحجم المتغيرة أي ارتفاع في المدخلات يعطي ارتفاع غير نسبي في المخرجات، في هذه الحالة تكون عوائد الحجم اما متزايدة او متناقصة.⁵⁰

⁴⁹ سمية محمد علي سعيد. "قياس الكفاءة النسبية لجامعة صلاح الدين-العراق باستخدام تحليل مغلف البيانات". المجلة العلمية لتحليل

البيانات وتطبيقات التعلم الآلي، المجلد 1، العدد 2، يونيو 2023، الصفحات 99-144

⁵⁰ عماد-الدين شوال، مرجع سبق ذكره

المطلب الثاني: المنهجية المتبعة، متغيرات وعينة الدراسة

في هذا القسم، سنصف بالتفصيل المنهجية المتبعة لتقييم الكفاءة التقنية للإنفاق العام على الصحة في الجزائر. استخدمنا طريقة DEA (تحليل تغليف البيانات) مع نموذج BCC (نموذج عوائد الحجم المتغيرة)، واخترنا توجه مدخلي ومخرجي لتحليلنا. كما اخترنا ثلاث متغيرات محددة: نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة بالدولار الأمريكي المعدل بالمكافئ للقدرة الشرائية كمدخلات، وبقاء الرضع ومتوسط العمر المتوقع كمخرجات. غطت دراستنا 15 دولة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا خلال الفترة 2012-2021. سنقدم أيضا سبب استعمال مؤشر بقاء الرضع، بالإضافة إلى الإحصائيات الوصفية لمتغيراتها.

الفرع الأول: المنهج التحليلي الكمي

اعتمدنا نهجا تحليليا كميا لتقييم الكفاءة التقنية للإنفاق العام على الصحة في الجزائر. ويتيح لنا هذا النهج دراسة كيفية تحويل البلدان الموارد المالية إلى نتائج لبقاء الرضع ومتوسط العمر المتوقع. استخدمنا طريقة DEA بسبب قدرتها على تقييم الكفاءة النسبية لوحدات القرار (DMUs) باستخدام مدخلات ومخرجات متعددة. تم اختيار نموذج BCC لقدرته على التعامل مع عوائد متفاوتة على نطاق واسع، وهو أمر بالغ الأهمية في تحليلنا.

الفرع الثاني: العينة

تشمل عينتنا 15 دولة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: الإمارات العربية المتحدة، البحرين، الجزائر، مصر، جمهورية إيران العربية، إيران، جمهورية - الإسلامية، العراق، الأردن، الكويت، لبنان، المغرب، عمان، قطر، المملكة العربية السعودية، السودان، تونس. نظرنا إلى البيانات من 2012 إلى 2021 لتسجيل الاتجاهات على مدى عقد من الزمان.

الفرع الثالث: نموذج الدراسة والأداة

استخدمنا نموذج BCC (عوائد الحجم المتغيرة VRS -) كجزء من تحليل تغليف البيانات (DEA). يسمح نموذج BCC بمعالجة العوائد المتغيرة على نطاق واسع، وهو أمر بالغ الأهمية في تحليلنا لأن البلدان قد يكون لديها مستويات مختلفة من الكفاءة اعتمادا على حجمها والموارد المتاحة. لتنفيذ تحليلنا، استخدمنا برنامج DEAP الذي طوره Coelli، والذي يعرف على نطاق واسع بكفاءته في إجراء تحليل DEA.

الفرع الرابع: المتغيرات المحددة

1. التعريف بالمتغيرات

- نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة بالدولار الأمريكي وفقا لتبادل القوة الشرائية: يمثل هذا المتغير الموارد المالية التي تخصصها الحكومة لصحة مواطنيها، معدلة في تعادل القوة الشرائية للسماح بإجراء مقارنات دولية ذات مغزى.
- بقاء الرضيع (المخرج 1): يقيس بقاء الرضيع احتمال بقاء الطفل على قيد الحياة بعد عيد ميلاده الأول. ويتأثر بطائفة متنوعة من العوامل، بما في ذلك نوعية الرعاية الصحية للأمهات والأطفال، والحصول على الخدمات الصحية، والظروف الاجتماعية والاقتصادية.
- تم حساب بقاء الرضيع باستخدام معدل وفيات الرضع. ويعرف هذا المعدل بأنه عدد الأطفال الذين يموتون قبل بلوغهم سن أول بين 1000 مولود حي خلال نفس الفترة. استخدمنا هذا الإجراء لأنه يوفر مؤشرا مباشرا على قدرة النظام الصحي على الحفاظ على حياة الرضع.
- اخترنا استخدام معدل بقاء الرضيع بدلا من معدل وفيات الرضع لأن نموذج BCC يقبل علاقة إيجابية بين المتغيرات. وبعبارة أخرى، ينبغي نظريا أن تقترن الزيادة في الإنفاق العام على الصحة بتحسين في بقاء الطفل. يسمح لنا استخدام معدل بقاء الرضع بالنقاط هذه العلاقة الإيجابية في تحليلنا
- متوسط العمر المتوقع (المخرج 2): متوسط العمر المتوقع عند الولادة هو تقدير لمتوسط عدد السنوات التي يمكن للفرد أن يتوقع أن يعيشها من وقت الولادة. غالبا ما يستخدم كمؤشر عام لصحة ورفاهية السكان

2. الإحصاء الوصفي للمتغيرات

الجدول 2-8: مدخلات ومخرجات نموذج العينة المدروسة (سنة 2021)

البلدان	وفيات الرضع	العمر المتوقع عند الولادة	نصيب الفرد من النفقات العامة للصحة
الإمارات العربية المتحدة	5,4	78,71	508 1
البحرين	5,9	78,76	756
الجزائر	19,2	76,377	121
جمهورية مصر العربية	16,2	70,221	68
جمهورية إيران الإسلامية	10,9	73,875	217
العراق	20,7	70,378	123
الأردن	1,7	74,256	106
الكويت	7,5	78,673	669 1
لبنان	7,1	75,047	89
المغرب	15,4	74,042	86
عُمان	8,7	72,541	743
قطر	4,5	79,272	644 1
المملكة العربية السعودية	5,7	76,936	110 1
السودان	38,9	65,267	6
تونس	14	73,772	157
متوسط	12	75	560
الانحراف المعياري	9,34758945	3,88554503	629,3694383
القيمة الأدنى	2	65	6
القيمة العظمى	39	79	669 1

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على بيانات المنظمة العالمية للصحة والبنك الدولي باستعمال برنامج EXCEL يقدم الجدول والشكل السابقان بيانات عن ثلاث متغيرات رئيسية لكل بلد في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: مقدار الإنفاق العام على الصحة للفرد بالدولار الأمريكي، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة، ومعدل وفيات الرضع. فيما يلي تحليل لكل متغير:

- نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة:

وتختلف القيم اختلافا كبيرا من بلد إلى آخر، حيث تتراوح من 6 دولار (السودان) إلى 1669 (الكويت) بتعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي. وتسجل الإمارات العربية المتحدة والكويت وقطر أعلى نسبة إنفاق على الصحة العامة للفرد الواحد، مما قد يشير إلى ارتفاع الاستثمار في القطاع الصحي. وعلى النقيض

من ذلك، فإن نصيب الفرد من الإنفاق في السودان هو الأدنى من حيث الإنفاق، مما قد يعكس قيود الميزانية أو التحديات الهيكلية في النظام الصحي.

• متوسط العمر المتوقع عند الولادة:

كما يختلف متوسط العمر المتوقع بشكل كبير، حيث تتراوح القيم من 65,267 سنة (السودان) إلى 79,272 سنة (قطر). وتتمتع بلدان الخليج، مثل قطر والإمارات العربية المتحدة والكويت، بمستويات عالية من متوسط العمر المتوقع، وهو ما يمكن أن يعزى إلى البنية التحتية الصحية المتقدمة والظروف الاجتماعية والاقتصادية المواتية. ولدى السودان أدنى متوسط عمر متوقع، والذي قد يكون نتيجة لعوامل اجتماعية واقتصادية وصحية عامة متعددة، بما في ذلك محدودية الوصول إلى الرعاية الصحية والموارد.

• معدل وفيات الرضع:

وتتراوح معدلات وفيات الرضع بين 1.7 في الأردن و38.9 في السودان. ولدى بلدان مثل الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين معدلات وفيات منخفضة نسبياً للرضع، مما يشير إلى تحسن نوعية الرعاية الصحية للأمهات والأطفال. ويوجد في السودان أعلى معدل لوفيات الرضع، مما يشير إلى وجود تحديات كبيرة في مجال صحة الطفل والأم.

وبالإضافة إلى ذلك، توفر الإحصاءات الإجمالية (المتوسط، والانحراف المعياري، والحد الأدنى والحد الأقصى) معلومات عن توزيع البيانات على الصعيد الإقليمي، وكذلك عن التباين بين البلدان. يشير الانحراف المعياري المرتفع لنصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العامة إلى وجود تفاوت كبير بين بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من حيث التمويل الصحي. وعلى النقيض من ذلك، يشير انخفاض الانحراف المعياري لمتوسط العمر المتوقع ومعدل وفيات الرضع إلى الاتساق النسبي في هذه التدابير في جميع أنحاء المنطقة.

المبحث الثالث: عرض النتائج ومناقشتها

من خلال هذا المبحث سوف نتطرق الى عرض النتائج ومناقشتها حيث تعد مناطق المشرق الاوسط وشمال إفريقيا من بين أكثر المناطق اهتمامًا على الصعيدين الاقتصادي والاجتماعي، نظرًا لتنوعها الثقافي والسياسي والاقتصادي. يهدف هذا البحث إلى عرض نتائج تحليل البيانات لـ 15 دولة في هذه المنطقة باستخدام أسلوب مغلف البيانات. يتمحور التحليل حول توجيهين رئيسيين: الإنفاق العام على الصحة ومتوسط العمر للإنسان ومعدل بقاء الرضيع على قيد الحياة.

يتم تحديد توجه الوحدات الغير كفاءة وفقا لاستراتيجيتين: إما الإبقاء على نفس مستوى المخرجات والقيام بتخفيض المدخلات وهو ما يعرف بالتوجه المدخلي، أو الإبقاء على نفس مستوى المدخلات ومحاولة الزيادة في المخرجات وهو ما يعرف بالتوجه المخرجي.

بالنسبة لحالة بحثنا، إذا قمنا باستخدام التوجه المدخلي أي القيام بتخفيض المدخلات (النفقات الصحية)، للحصول على نفس مستوى من المخرجات (بقاء الرضيع على قيد الحياة ، متوسط العمر المتوقع) فهذه الاستراتيجية مناسبة كوسيلة لعقلنة وترشيد الموارد الصحية للحصول على نفس مستوى منتوجات الصحة، أما إذا قمنا باستخدام التوجه المخرجي أي القيام بالرفع من المخرجات (تحسين الحالة الصحية للمجتمع في ظل نفس المستوى من المدخلات فهذا سيؤدي حتما إلى نفس نتائج الحالة الأولى فالاستعمال الأمثل لعوامل الإنتاج أدى إلى الرفع من منتوجات الصحة وبالتالي هناك تحسن في استغلال مدخلات الصحة. فضلنا دراسة الكفاءة بالتوجيهين التوجه المدخلي والتوجه المخرجي. وللقيام بذلك استعملنا برنامج IDEAP 1.2 الذي تم تطويره من طرف Coelli لتقدير نتائج الكفاءة واقتصاديات الحجم والوحدات المرجعية والتحسينات في المدخلات والمخرجات.

المطلب الأول: نتائج الكفاءة بالتوجه المدخلي:

نستعرض هنا تطبيق نموذج التوجه المدخلي الذي يهدف لتخفيض وحدات المدخلات إلى أقصى ما يمكن مع الإبقاء على الأقل على مستويات المخرجات الحالية. ويتم ذلك من خلال عرض درجات الكفاءة ثم وصف وتحليل ومحاولة تفسير النتائج وأخيرا الوحدات المرجعية والتحسين المطلوب في الوحدات غير الكفاءة.

الفرع الأول: الكفاءة النسبية عبر السنوات 2012-2020

الجدول (2-9): الكفاءة النسبية للدول للفترة 2012-2020

البلدان	الكفاءة النسبية 2012	الكفاءة النسبية 2013	الكفاءة النسبية 2014	الكفاءة النسبية 2015	الكفاءة النسبية 2016	الكفاءة النسبية 2017	الكفاءة النسبية 2018	الكفاءة النسبية 2019	الكفاءة النسبية 2020
الإمارات العربية المتحدة	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.001	0.001	1.000	1.000
البحرين	1.000	1.000	1.000	0.008	0.001	0.002	0.002	0.002	1.000
الجزائر	0.004	0.004	0.004	0.005	0.006	0.006	0.006	0.007	0.008
جمهورية مصر العربية	0.024	0.024	0.021	0.019	0.022	0.030	0.029	0.024	0.021
جمهورية إيران الإسلامية	0.006	0.006	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.006	0.006
العراق	0.015	0.013	0.015	0.029	0.009	0.012	0.009	0.008	0.009
الأردن	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
الكويت	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
لبنان	0.004	0.004	0.004	0.004	0.003	0.003	0.003	0.003	0.004
المغرب	0.014	0.012	0.014	0.016	0.016	0.015	0.014	0.014	0.012
عُمان	0.002	0.002	0.002	0.001	0.002	0.002	0.002	0.002	0.001
قطر	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
المملكة العربية السعودية	0.002	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	1.000
السودان	0.048	0.059	0.042	0.071	0.048	0.077	0.125	0.125	0.125
تونس	0.007	0.006	0.006	0.008	0.008	0.008	0.009	0.008	0.007

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج DEAP

من خلال الجدول نجد: الإمارات العربية المتحدة: تظهر نسبة الكفاءة المتطورة ثابتة عند 1.000 خلال السنوات 2012-2015 و 2019-2020. ومن الملاحظ تغير كبير في العامين 2016 و 2017 حيث انخفضت النسبة بشكل كبير إلى 0.001، ثم عادت للارتفاع في 2018. البحرين: يبدو أن نسبة الكفاءة كانت مستقرة عند 1.000 في السنوات الأولى ولكن تراجعت بشكل حاد في 2014 و 2015 ثم استمرت بالتراجع بشكل طفيف في السنوات التالية. الجزائر: تراجعت نسبة الكفاءة بشكل طفيف منذ 2012 حتى 2019، حيث تحسنت بقليل في 2020. جمهورية مصر العربية: تراوحت نسبة الكفاءة بين 0.019 و 0.030 خلال الفترة 2012-2019. جمهورية إيران الإسلامية: بينما كانت الكفاءة مستقرة تقريباً خلال

السنوات الأولى، هناك تغيير طفيف في 2020. العراق: تبدو الكفاءة متقلبة بشكل كبير عبر السنوات، مع تحسن ملحوظ في 2015 وتدهور في 2019. الأردن وقطر: يظهر الجدول أن نسبة الكفاءة كانت ثابتة عند 1.000 عبر السنوات المدرجة. الكويت: تراجعت نسبة الكفاءة بشكل كبير في 2014، ثم عادت للاستقرار في السنوات التالية. لبنان: تراجعت الكفاءة بشكل طفيف عبر السنوات، مع استقرار نسبي في السنوات الأخيرة. المغرب: يظهر الجدول تقلباً طفيفاً في نسبة الكفاءة عبر السنوات. عُمان: تراجعت نسبة الكفاءة بشكل طفيف عبر السنوات، مع استقرار في السنوات الأخيرة. المملكة العربية السعودية: تراجعت نسبة الكفاءة بشكل كبير خلال السنوات الأولى ثم استقرت عند 1.000 في 2020. السودان: تراوحت نسبة الكفاءة بين 0.042 و0.125 عبر السنوات المدرجة. تونس: تراجعت نسبة الكفاءة بشكل طفيف عبر السنوات، مع بعض التقلب في الأرقام.

حيث نجد الدول الكفؤة: الإمارات العربية المتحدة. البحرين. الأردن. الكويت. قطر. الدول متوسطة الكفاءة: السودان، جمهورية مصر العربية، المغرب. الدول غير الكفؤة: عمان. جمهورية إيران الإسلامية. العراق، تونس، الجزائر، لبنان

يمكن تفسير الكفاءة المنخفضة لبعض الدول مثل الجزائر على حتمية تحسين استثماراتها في القطاع الصحي لتحسين العمر المتوقع للحياة وخفض معدلات وفيات الأطفال.

الفرع الثاني: الدول المرجعية لنموذج التوجه المدخلي الجدول (2-10): يمثل الدول المرجعية للدول لكل سنة 2012-2020

البلدان	الدول المرجعية	الدول المرجعية	الدول المرجعية	الدول المرجعية	الدول المرجعية	الدول المرجعية	الدول المرجعية	الدول المرجعية	الدول المرجعية
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	1	1	1	1	12	12	12	12	12
2	2	2	2	12, 7, 1	12	12	12	12	2
3	1	1	1	1	12	12	12	12	12
4	1	1	1	1	12	12	12	12	12
5	1	1	1	1	12	12	12	12	12
6	1	1	1	1	12	12	12	12	12
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	12/1	12/1	12/1	8	12	12	12	12	12
9	1/12	12/1	1/12	8/1	12	12	12	12	12
10	1	1	1	1	12	12	12	12	12
11	1	1	1	1	12	12	12	12	12
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	1	1	1	1	12	12	12	12	12
14	1	1	1	1	12	12	12	12	12
15	1	1	1	1	12	12	12	12	12

المصدر: مخرجات برنامج DEAP

من خلال الجدول أعلاه و من خلال أسلوب DEA الذي يقترح دول مرجعية للدول الغير كفؤة من حيث النفقات الصحية نلاحظ ان الدول المرجعية لكل دولة هي : الإمارات العربية المتحدة :دولة مرجعية لنفسها في جميع السنوات. البحرين :دولة مرجعية لنفسها في جميع السنوات. الجزائر :الإمارات العربية المتحدة. جمهورية مصر العربية :الإمارات العربية المتحدة. جمهورية إيران الإسلامية :الإمارات العربية المتحدة. العراق :الإمارات العربية المتحدة. الأردن :الأردن هو دولة مرجعية لنفسه في جميع السنوات. الكويت :الإمارات العربية المتحدة والأردن. لبنان :الأردن والكويت. المغرب :الإمارات العربية المتحدة. عُمان : الإمارات العربية المتحدة. قطر :الإمارات العربية المتحدة. المملكة العربية السعودية :الإمارات العربية المتحدة. السودان :الإمارات العربية المتحدة. تونس :الإمارات العربية المتحدة

و من هنا نستنتج ان الإمارات العربية المتحدة هي الدولة المرجعية لكل دولة في اغلب الحالات بحيث تعتبر الإمارات العربية المتحدة واحدة من الدول التي قامت بتحقيق تقدم كبير في القطاع الصحي على مر السنوات. وتشير البيانات والإحصائيات إلى أن الإمارات قد قامت بزيادة كبيرة في الإنفاق على الصحة، وذلك من خلال توفير الرعاية الصحية عالية الجودة لمواطنيها ومقيميها. تُعتبر الإمارات من الدول التي تولي اهتماماً كبيراً بتطوير البنية التحتية الصحية، وتقديم خدمات الرعاية الصحية المتطورة والمتكاملة. وقد تم تخصيص موارد كبيرة لتحسين البنية التحتية الصحية، بما في ذلك بناء وتطوير المستشفيات والعيادات، وتوفير التكنولوجيا الطبية الحديثة، وتدريب الكوادر الطبية. بالتالي، يُمكن تفسير الإمارات العربية المتحدة كدولة كفؤة في مجال النفقات الصحية بناءً على هذا الاهتمام الكبير بتحسين الرعاية الصحية والإنفاق الذي تقوم به الحكومة في هذا القطاع.

الفرع الثالث: الكفاءة النسبية لسنة 2021 حسب نموذج التوجه المدخلي

قبل عرض نتائج الجدول الموالي، لا بد من توضيح بعض المصطلحات

1. الكفاءة الفنية :تقييم لكيفية استخدام كل دولة للموارد المتاحة لديها في عمليات الإنتاج والإنتاجية. يشير الرقم إلى مدى فعالية استخدام الموارد الفنية المتاحة. مثلاً، إذا كانت الكفاءة الفنية قريبة من الواحد فهذا يعني أن الدولة تستخدم مواردها بكفاءة عالية.
2. الكفاءة التقنية :يقيس هذا المؤشر قدرة الدولة على تبني واستخدام التكنولوجيا بفعالية لتحسين إنتاجها وفعاليتها. كلما ارتفعت النسبة، زادت قدرة الدولة على استخدام التكنولوجيا بشكل أفضل.
3. الكفاءة الحجمية :يعكس هذا المؤشر كفاءة الدولة في استغلال حجم اقتصادها لتحقيق النتائج المثلى. كلما زادت القيمة، زادت قدرة الدولة على استخدام حجمها الاقتصادي بشكل فعال.

4. طبيعة غلة الحجم: يوضح هذا المؤشر كيفية تغير حجم الاقتصاد مع مرور الوقت. مثلاً، إذا كانت الطبيعة "متزايدة"، فهذا يعني أن حجم الاقتصاد يتزايد بمرور الوقت.

الجدول (2-11): نتائج الكفاءات الفنية، التقنية، الحجمية وطبيعة غلة الحجم عبر 15 دولة MENA لسنة 2021 (التوجه المدخلي)

البلدان	الكفاءة الفنية	الكفاءة التقنية	الكفاء الحجمية	طبيعة غلة الحجم
الإمارات العربية المتحدة	0.999	1.000	0.999	متزايدة
البحرين	0.001	0.001	0.999	ثابتة
الجزائر	0.008	0.008	0.985	ثابتة
جمهورية مصر العربية	0.015	0.015	0.988	ثابتة
جمهورية إيران الإسلامية	0.005	0.005	0.994	ثابتة
العراق	0.008	0.008	0.984	ثابتة
الأردن	0.009	1.000	0.009	متناقصة
الكويت	0.997	1.000	0.997	متزايدة
لبنان	0.011	0.011	0.997	ثابتة
المغرب	0.012	0.012	0.989	ثابتة
عمان	0.001	0.001	0.996	ثابتة
قطر	1.000	1.000	1.000	ثابتة
المملكة العربية السعودية	0.999	1.000	0.999	متزايدة
السودان	0.161	0.167	0.965	متزايدة
تونس	0.006	0.006	0.990	ثابتة
متوسط	0.282	0.349	0.926	ثابتة

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على نتائج البرنامج DEAP

- الكفاءة الفنية: يحيث أن معظم البلدان لديها مستويات متفاوتة من الكفاءة الفنية في استخدام النفقات الصحية المدفوعة من الحكومة. الإمارات العربية المتحدة وقطر والمملكة العربية السعودية تظهر كفاءة فنية عالية، بينما البلدان الأخرى تتراوح بين متوسطة إلى منخفضة.
- الكفاءة التقنية: هناك تباين كبير في الكفاءة التقنية بين البلدان. البعض يظهر تقنيات فعالة مثل الإمارات العربية المتحدة وقطر، بينما البلدان الأخرى تظهر مستويات منخفضة من الكفاءة التقنية.
- الكفاءة الحجمية: حيث أن معظم البلدان لديها كفاءة حجمية مرتفعة، مما يشير إلى قدرتها على التوسع في استخدام النفقات الصحية دون فقدان الكفاءة. الدول الغير كفؤة، يمكن تحسين كفاءتها الحجمية من خلال تحسين تخصيص الموارد وتعزيز البنية التحتية الصحية.
- طبيعة غلة الحجم: معظم البلدان تظهر غلة حجمية ثابتة، مما يعني أن كفاءتها تبقى ثابتة عند زيادة النفقات الصحية.

تبين أن هناك فرصًا لتحسين الكفاءة الفنية والتقنية في العديد من البلدان، خاصة تلك التي تظهر مستويات منخفضة. قد يكون من النافع دراسة التجارب الناجحة في البلدان ذات الأداء الجيد وتطبيقها في البلدان الأخرى لتحسين أداء الرعاية الصحية

التوجه المدخلي في هذا السياق يعني أن فعالية العمليات تُقاس بناءً على الموارد (المدخلات) المستخدمة لتحقيق النتائج المرغوبة. في حالة الجزائر وغيرها من البلدان المدرجة، يعني ذلك أن الهدف هو تحسين النتائج الصحية عن طريق تقليل استخدام الموارد مثل النفقات العامة، والتكنولوجيا، والكادر الطبي، إلخ. عندما نقول إن الجزائر يمكنها خفض مواردها مع الحفاظ على نفس النتائج الصحية، فهذا يعني أن البلد لديه القدرة على تحسين كفاءة نظامه الصحي عن طريق استخدام موارده الحالية بشكل أكثر فعالية. ونعرض فيما يلي بعض التوصيات

1. **تحسين النفقات العامة:** يمكن للجزائر إعادة النظر في سياستها لتمويل الرعاية الصحية لضمان توجيه الموارد المالية المتاحة بطريقة فعالة، من خلال التركيز على المجالات التي تؤثر بشكل أكبر على صحة السكان.

2. **الاستفادة الأفضل من التكنولوجيا:** من خلال اعتماد التكنولوجيا الصحية الابتكارية والفعالة، يمكن للجزائر تحسين الرعاية الصحية وفي الوقت نفسه خفض التكاليف. على سبيل المثال، يمكن لتقنيات الطب عن بُعد أن تسهم في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق النائية دون الحاجة إلى استثمارات ضخمة في بنية تحتية جديدة.

3. **تدريب الكادر الطبي:** يمكن للاستثمار في تدريب وتطوير المهنيين الطبيين تحسين كفاءة الرعاية الصحية عن طريق تمكينهم من استخدام الموارد المتاحة بشكل أفضل وتقديم رعاية صحية ذات جودة أعلى.

4. **الوقاية وتعزيز الصحة:** من خلال التركيز على الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة، يمكن للجزائر تقليل الطلب على الرعاية العلاجية المكلفة، مما قد يؤدي إلى تخفيف الضغط على النظام الصحي وتكاليف الرعاية المرتبطة.

باختصار، التوجه المدخلي يتضمن إعادة النظر في كيفية استخدام الموارد في النظام الصحي، من خلال التركيز على الكفاءة والتحسين، بهدف تحقيق نفس النتائج الصحية.

المطلب الثاني: التوجه المخرجي:

نستعرض في هذا القسم تطبيق نموذج التوجيه المخرجي الذي يهدف إلى تعظيم مستويات المخرجات في ظل استهلاك مستويات المدخلات الحالية، ويتم ذلك من خلال عرض لدرجات الكفاءة ثم وصف وتحليل ومحاولة تفسير النتائج وأخيرًا الوحدات المرجعية والتحسين المطلوب في الوحدات غير الكفاء

الفرع الأول: الكفاءة النسبية ل 15 دولة MENA للفترة بين 2000-2020 بالتوجه المخرجي

الجدول (2-12): الكفاءة النسبية ل15 دولة MENA للفترة بين 2000-2020

البلدان	الكفاءة النسبية 2012	الكفاءة النسبية 2013	الكفاءة النسبية 2014	الكفاءة النسبية 2015	الكفاءة النسبية 2016	الكفاءة النسبية 2017	الكفاءة النسبية 2018	الكفاءة النسبية 2019	الكفاءة النسبية 2020	متوسط الكفاءة النسبية
الإمارات العربية المتحدة	1.000	1.000	1.000	1.000	0.999	0.999	0.999	0.999	0.999	0.999
البحرين	1.000	1.000	1.000	0.999	0.999	0.999	0.999	0.999	1.000	0.999
الجزائر	0.981	0.981	0.982	0.982	0.982	0.982	0.983	0.983	0.983	0.982
جمهورية مصر العربية	0.984	0.984	0.985	0.986	0.986	0.987	0.987	0.987	0.987	0.986
جمهورية إيران الإسلامية	0.988	0.989	0.989	0.990	0.990	0.991	0.991	0.991	0.991	0.990
العراق	0.978	0.979	0.979	0.978	0.980	0.979	0.980	0.980	0.980	0.979
الأردن	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
الكويت	0.998	0.998	0.999	0.999	0.998	0.998	0.998	0.998	0.997	0.998
لبنان	0.998	0.998	0.998	0.998	0.998	0.997	0.997	0.997	0.997	0.998
المغرب	0.981	0.982	0.984	0.985	0.986	0.986	0.987	0.987	0.986	0.985
عُمان	0.995	0.995	0.995	0.995	0.995	0.994	0.994	0.994	0.993	0.995
قطر	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
المملكة العربية السعودية	0.995	0.996	0.996	0.996	0.996	0.996	0.997	0.997	0.999	0.996
السودان	0.958	0.959	0.960	0.961	0.962	0.963	0.964	0.964	0.965	0.962
تونس	0.989	0.989	0.989	0.988	0.988	0.988	0.988	0.988	0.988	0.989
	0.990	0.990	0.990	0.991	0.991	0.991	0.991	0.991	0.991	

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على برنامج DEAP

بالاعتماد على متوسط نسب الكفاءة النسبية لكل بلد. سنقارن الكفاءة النسبية بين الدول على مدار السنوات في مدى استخدام البلد لموارده بفعالية لتحقيق أهدافه. كلما كانت النسبة أقرب إلى 1.000، كلما كان البلد أكثر فعالية في استخدام موارده لتحقيق أهدافه.

1. الأردن وقطر مصنفان في الصدارة بدرجة كاملة من الكفاءة النسبية 1.000، مما يعني أنهما كانا الأكثر فعالية في استخدام مواردهما لتحقيق أهدافهم.

2. عُمان والسعودية والإمارات العربية المتحدة يتبعون قريباً بدرجات عالية جداً تتراوح بين 0.995 إلى 0.999.

3. السودان في القاعدة مع درجة 0.962، مما يعني أنه كان أقل فعالية في استخدام موارده مقارنة بالبلدان الأخرى في القائمة.

بشكل عام، هذه التصنيفات تعكس مستوى الكفاءة لكل بلد في استخدام موارده لتحقيق أهدافه، حيث يُعتبر البلدان ذات الدرجات الأعلى أكثر فعالية.

أما فيما يخص الجزائر، فهي تُصنف في المرتبة الثالثة عشرة في هذه القائمة، مما يضعها بين الدول التي تظهر فعاليةً نسبيةً قليلة مقارنةً بالدول الأخرى المذكورة. ومع ذلك، فمن المهم أن نلاحظ أنه وعلى الرغم من أن الجزائر تحتل المرتبة السفلية من القائمة، إلا أن نقاط فعاليتها النسبية التي بلغت 0.982 لا تزال مرتفعة بما يكفي، مما يشير إلى أنها لا تزال فعالة نسبيًا في استخدام مواردها لتحقيق أهدافها الصحية. هذا الموقف في الترتيب يوحي بوجود فرص للتحسين لدى الجزائر من أجل تحسين استخدام مواردها بشكل أكبر وتعزيز نظامها الصحي. ويمكن أن تشمل هذه الجهود الإصلاحية زيادة فعالية الإنفاق العام على الصحة، وتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية، والاستثمار في تدريب الكوادر الطبية وفي التكنولوجيا الطبية.

الفرع الثاني: نتائج الكفاءات الفنية، الحجمية وطبيعة غلة الحجم (التوجه المخرجي)

الجدول (2-13): نتائج الكفاءات الفنية، التقنية، الحجمية وطبيعة غلة الحجم عبر 15 دولة MENA لسنة 2021 (التوجه المخرجي)

البلدان	الكفاءة الفنية	الكفاءة الحجمية	طبيعة غلة الحجم
الإمارات العربية المتحدة	0,999	1,000	ثابتة
البحرين	0,998	0,001	متناقصة
الجزائر	0,984	0,008	متناقصة
جمهورية مصر العربية	0,986	0,015	متناقصة
جمهورية إيران الإسلامية	0,991	0,005	متناقصة
العراق	0,981	0,008	متناقصة
الأردن	1,000	0,009	متناقصة
الكويت	0,997	1,000	ثابتة
لبنان	0,995	0,011	متناقصة
المغرب	0,987	0,012	متناقصة
عُمان	0,993	0,001	متناقصة
قطر	1,000	1,000	ثابتة
المملكة العربية السعودية	0,999	1,000	ثابتة
السودان	0,965	0,167	متناقصة
تونس	0,988	0,006	متناقصة
متوسط	0,991	0,283	ثابتة

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على برنامج DEAP

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ:

- الدول الكفوة (تظهر درجات عالية في الكفاءة الحجمية والكفاءة الفنية): قطر، المملكة العربية السعودية، الإمارات العربية المتحدة، والكويت.
- الدول ذات الكفاءة الحجمية المتوسطة مع كفاءة فنية جيدة: الأردن.
- الدول ذات الكفاءة الحجمية المنخفضة مع كفاءة فنية متوسطة إلى منخفضة: البحرين، متوسط، الجزائر، جمهورية مصر العربية، جمهورية إيران الإسلامية، العراق، لبنان، المغرب، عُمان، السودان، وتونس.

اعتمادا على البيانات المقدمة في الجدول، يمكن ترتيب الجزائر بالنسبة لباقي الدول على أساس كفاءتها الشاملة، التي تشمل الكفاءة الحجمية والكفاءة الفنية. لذا، يمكن تقدير ترتيب الجزائر بالنسبة لباقي الدول

على أنها تقع في المجموعة التي تظهر كفاءة حجمية منخفضة مع كفاءة فنية متوسطة إلى منخفضة. وبناءً على هذا التقدير، يمكن أن تكون الجزائر في المرتبة السابقة للبلدان مثل متوسط، جمهورية مصر العربية، جمهورية إيران الإسلامية، العراق، لبنان، المغرب، عُمان، السودان، وتونس، ولكن قبل البحرين وبعد الإمارات العربية المتحدة.

الجدول (2-14) : الدول المرجعية للدول لكل سنة 2012-2020

البلدان	الدول المرجعية 2012	الدول المرجعية 2013	الدول المرجعية 2014	الدول المرجعية 2015	الدول المرجعية 2016	الدول المرجعية 2017	الدول المرجعية 2018	الدول المرجعية 2019	الدول المرجعية 2020
1	1	1	1	1	12	12, 7	7, 12	12	12
2	2	2	2	12, 7	12, 7	7, 12	12, 7	7, 12	2
3	12, 2, 7	2, 12, 7	2, 12, 7	7, 12	12, 7	12, 7	7, 12	12, 7	7, 12
4	7, 1	7, 1	7, 1	1, 7	12, 7	7, 12	7, 12	12, 7	7, 12
5	7, 1	7, 1	7, 1	7, 12	12, 7	7, 12	7, 12	7, 12	12, 7
6	7, 1	7, 1	7, 1	1, 7	12, 7	7, 12	7, 12	12, 7	7
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	7, 2	2, 12	12, 1	8	12	12	12	12	12
9	2, 12, 7	12, 2, 7	2, 7, 12	12, 7	12, 7	12, 7	7, 12	12, 7	7, 12
10	7, 1	7, 1	7, 1	1, 7	12, 7	7, 12	7, 12	12, 7	7, 12
11	2, 12, 7	12, 2, 7	2, 7	12, 7	12, 7	12, 7	12, 7	12, 7	12, 7
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	2, 7	2, 7	2, 7	12, 7	7, 12	7, 12	7, 12	12, 7	12
14	7, 1	7, 1	7, 1	1, 7	12, 7	7, 12	7, 12	7, 12	7, 12
15	12, 2, 7	2, 12, 7	2, 12, 7	Pairs	12, 7	12, 7	12, 7	12, 7	12, 7

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج deap

إضافة ان هذا الجدول يبين الدول المرجعية لكل بلد , يبدو أن الإمارات العربية المتحدة تظهر كثيراً كمرجع رئيسي للعديد من البلدان الأخرى في مختلف السنوات، مما يشير إلى دورها البارز في التنمية الاقتصادية والتقنية في المنطقة. كما يظهر الاعتماد المستمر على العديد من الدول الأخرى مثل البحرين والجزائر كمراجع ثانوية في بعض الأحيان، مما يشير إلى التبادل الثقافي والاقتصادي والتقني بين هذه الدول.

- من خلال الجدولين الأخيرين، يتضح أن الجزائر لم تكن دائماً تظهر كفاءة عالية مقارنة بدولة الإمارات العربية المتحدة فيما يتعلق بالمرجعين متوسط العمر وبقاء الرضيع على قيد الحياة. في العديد من السنوات، يظهر أن الإمارات العربية المتحدة كانت تصنف على أنها دولة ذات كفاءة عالية في هذه

المؤشرات، بينما كانت الجزائر تظهر كفاءة منخفضة أو متوسطة. هذا الفارق في الكفاءة قد يرجع إلى عدة عوامل، بما في ذلك الفروقات في التطور الاقتصادي والاجتماعي بين البلدين، والاستثمارات في البنية التحتية الصحية، والبرامج الصحية الوطنية، والسياسات الصحية، ومستوى التعليم، وعوامل أخرى. تلك العوامل يمكن أن تؤثر بشكل كبير على مدى تحسين مؤشرات الصحة في البلدان. بالمقارنة مع الإمارات العربية المتحدة، التي تظهر كفاءة عالية في هذه المؤشرات، يمكن أن تستفيد الجزائر من دراسة سياسات وبرامج الصحة المعمول بها في الإمارات والعمل على تحسين البنية التحتية الصحية وتوفير الرعاية الصحية عالية الجودة والمتاحة للجميع.

خلاصة الفصل الثاني:

نستخلص من خلال الدراسة التحليلية والقياسية لكفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر تركيز على تقييم كفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر مقارنة ببعض الدول الأخرى، بما في ذلك الإمارات العربية المتحدة. من خلال التحليل والقياسات، يتم تقديم مقارنة بين مؤشرات الصحة العامة مثل متوسط العمر وبقاء الرضع على قيد الحياة بين الجزائر والإمارات العربية المتحدة. تظهر البيانات الناتجة عن التحليلات أن الإمارات العربية المتحدة تتمتع بمستويات صحية أعلى مقارنة بالجزائر، حيث تظهر درجات عالية في المؤشرات الصحية المقدمة، مما يشير إلى كفاءة أعلى لنفقات الصحة في هذه الدولة مقارنة بالجزائر. بناءً على التحليلات والقياسات، يتم اقتراح مجموعة من التوصيات لتحسين كفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر، مما قد يشمل تحسين إدارة الموارد، وتحسين البنية التحتية الصحية، وتعزيز البرامج الوقائية والتوعوية.

خاتمة

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر مقارنة بالدول النامية الأخرى، مع التركيز على تحسين استخدام الموارد الصحية المتاحة. تم تقسيم الدراسة إلى فصلين رئيسيين: تناول الفصل الأول الإطار النظري والدراسات السابقة، حيث تم تعريف النفقات الصحية والكفاءة وطرق قياسها، واستعراض الدراسات السابقة في هذا المجال. في الفصل الثاني، تم تحليل مؤشرات النفقات العامة للصحة وأداء القطاع الصحي في الجزائر باستخدام النسب المئوية وتطبيق طريقة تحليل مغلف البيانات (DEA) لتقييم كفاءة النفقات الصحية في الجزائر مقارنة بالدول النامية الأخرى.

أولاً: نتائج الدراسة

1. **قبول الفرضية الأولى:** أظهرت الدراسة أن النفقات الصحية في الجزائر تشمل جميع الأموال التي تنفقها الحكومة والمؤسسات الخاصة والأسر لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين.
 2. **قبول الفرضية الثانية:** يمكن قياس كفاءة النفقات الصحية في الجزائر بشكل فعال باستخدام طريقة تحليل مغلف البيانات (DEA).
 3. **قبول الفرضية الثالثة:** أظهرت النتائج أن مستوى كفاءة النفقات الصحية في الجزائر أقل من مستوى العديد من الدول النامية الأخرى، حيث تحتل الجزائر المرتبة الثالثة عشرة من حيث كفاءة النفقات الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بمتوسط كفاءة نسبية يبلغ 0.982.
- تشير هذه النتائج إلى أن الجزائر لديها فرصة كبيرة لتحسين استخدام مواردها الصحية من خلال ترشيد الإنفاق وتخصيص الموارد بشكل أفضل لتحقيق نتائج أفضل مقارنة بالدول النامية الأخرى.

ثانياً: توصيات الدراسة

توصي الدراسة بضرورة التركيز على تحسين كفاءة استخدام الموارد الصحية في الجزائر من خلال:

- تنفيذ إصلاحات تهدف إلى ترشيد الإنفاق الصحي.
- تعزيز آليات الرقابة المالية لضمان تخصيص الموارد بشكل أمثل.
- الاستثمار في تدريب الكوادر الصحية واستخدام التكنولوجيا الحديثة في تقديم الخدمات الصحية.
- تطوير سياسات تحفيزية لتشجيع الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تقديم الرعاية الصحية.

ثالثاً: آفاق الدراسة

تقترح الدراسة عدة مواضيع للبحث المستقبلي، منها:

- دراسة تأثير السياسات الصحية الجديدة على كفاءة النفقات الصحية في الجزائر.
- مقارنة كفاءة النفقات الصحية في الجزائر مع دول أخرى خارج منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.
- تحليل تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على كفاءة النفقات الصحية في الجزائر.
- استكشاف آليات تمويل جديدة ومستدامة لتحسين كفاءة الإنفاق الصحي في الجزائر.

قائمة المراجع

أولاً: الكتب

1. شهاب، مجدي. أصول الاقتصاد. دار الجامعة الجديدة، مصر، 2004.
2. عصفور، محمد شاكر. أصول الموازنة العامة. دار الميسرة، مصر، 2008.
3. اللوزي، علي خليل سليمان أحمد. المالية العامة. دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2000.
4. الحجازي، حامد عبد المجيد، دراز، المرسي. المالية العامة. بدون ذكر دار النشر، الإسكندرية، مصر، 220.
5. ناشد، عدلي. أساسيات المالية العامة. منشورات الحلبي، بيروت، لبنان، 2008.
6. محرز، محمد عباس. اقتصاديات المالية العامة. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003.
7. عبد العزيز، سعيد. مقدمة في الاقتصاد العام: مالية عامة مدخل تحليلي معاصر. الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2003.
8. المهاني، محمد خالد. محاضرات في المالية العامة. المعهد الوطني للإدارة، سوريا، 2013.
9. ابن منظور. لسان العرب. دار إحياء التراث، بيروت، 1998.

ثانياً: المذكرات والأطروحات

1. بومدين، نوار. دراسة حالة قطاع التربية الوطنية للجزائر. (1980-2008) رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2010.
2. ذهب، محمد الطيب. دور سياسة الإنفاق العامة على الاستثمارات العمومية في الجزائر (2001-2014). مذكرة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، الجزائر، 2015.
3. مالكي هبة الرحمان، نفقات قطاع الصحة في الجزائر، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة، الجزائر، 2015، ص19.
4. ابن عزة، محمد. ترشيد سياسة الإنفاق العام باتباع منهج الانضباط بالأهداف دراسة تقييمية السياسة الإنفاق العام في الجزائر. (1990-2009) رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2010.
5. هاملي، عبد القادر. وظيفة تقييم كفاءات الأفراد في المؤسسة دراسة حالي مؤسسة سونلغاز المديرية الجهوية تلمسان وشركة تسويق المنتجات البترولية المتعددة نفضال تلمسان. رسالة ماجستير، كلية علوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2010-2011.

6. سليمة، بوخنان .الكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة في المؤسسات الخدمية باستخدام أسلوب تحليل التطويقي للبيانات .مذكرة ماجستير، كلية الحقوق، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة، الجزائر، 2007-2008.
7. بن عثمان، مفيدة .قياس الكفاءة النسبية للوكالات البنكية .أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2015.
8. جعدي، شريفة .قياس الكفاءة التشغيلية في المؤسسات المصرفية .أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2014.
9. دادن، عبد الغني .قياس وتقييم الأداء المالي في المؤسسات الاقتصادية .أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2007.
10. منصوري، عبد الكريم .قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات للبلدان المتوسطة الدخل .أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2014.
11. ياسمين، لعور، بشرى، قرواز .تقدير الكفاءة الفنية للمؤسسات الإستشفائية باستخدام أسلوب تحليل البيانات .مذكرة ماستر، جامعة عبد الحميد بوالصوف، ميلة، الجزائر، 2018-2019.
12. شوال، عماد الدين .النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2015-2018 .أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2019-2020.

ثالثا: المجالات والمؤتمرات

1. ماضي، محمد توفيق .إدارة الإنتاج والعمليات .الدار الجامعية، مصر، 1999.
2. شياد، فيصل .قياس تغيرات الإنتاجية باستخدام مؤشر ماكويست .مجلة دراسات اقتصادية إسلامية، المجلد 18، العدد 2، 2014.
3. حسن، عبد الرحمن .تقييم كفاءة الأنظمة الصحية للدول ذات الدخل المتوسط والمرتفع في ظل جائحة كورونا .المجلة العربية للإدارة، مجلد 44، عدد 2، 2020.
4. بوعبدلي، أحلام .قياس درجة الكفاءة التشغيلية ودورها في إدارة مخاطر السيولة في البنوك التجارية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات .مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 11، ديسمبر 2016.
5. عرابية، الحاج، قريشي، محمد الجموعي .قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات .مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، العدد 11، 2012.

6. منصوري، عبد الكريم، رزين، كاشة. قياس وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات. مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد 8، 2015.
7. محمد، بن آباد وآخرون. الكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة في المؤسسات الخدمية باستخدام أسلوب تحمليل البيانات. المؤتمر العربي الدولي السادس لضمان جودة التعليم العالي، الجزائر، 2014.

رابعاً: المراجع باللغة الأجنبية

Articles de revues

1. Chen, S., Kuhn, M., Prettner, K., Bloom, D. E., & Wang, C. (2022). The Efficiency of Educational and Healthcare Public Expenditures in Kosovo: A Data Envelopment Analysis Technique. *Ekonomika*, 101(2), 92-108.
2. Grigoli, F., & Kapsoli, J. (2013). Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies. IMF Working Paper, WP/13/187. International Monetary Fund.
3. European Commission. (2015). Health spending, efficiency and fiscal sustainability. *Economic Papers* 549. European Commission. Disponible à l'adresse suivante: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf
4. Novignon, J. (2015). On the efficiency of public health expenditure in Sub-Saharan Africa: Does corruption and quality of public institutions matter? MPRA Paper No. 39195. Munich Personal RePEc Archive. Disponible à l'adresse suivante: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/39195/>
5. Herrera, Santiago. (2005). Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach. Policy Research Working Paper No. 3645. World Bank, Washington, DC. <http://hdl.handle.net/10986/8325>. License: CC BY 3.0 IGO.

خامساً: المواقع الإلكترونية

1. منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية: Available at:

<https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm> .

المخلص

الملخص باللغة العربية

تهدف الدراسة إلى تقييم كفاءة النفقات العامة للصحة في الجزائر مقارنة بالدول النامية الأخرى خلال الفترة 2012-2020، مع التركيز على تحسين استخدام الموارد الصحية المتاحة. استخدمت الدراسة مناهج بحثية متعددة، بما في ذلك البحث الوثائقي لعرض مصطلحات النفقات الصحية والكفاءة، والمنهج التحليلي لمؤشرات النفقات العامة وأداء القطاع الصحي، والمنهج الكمي باستخدام طريقة تحليل مغلف البيانات (DEA) لتقييم أداء الجزائر مقارنة بدول نامية أخرى. أظهرت الدراسة أن الجزائر تحتل المرتبة الثالثة عشرة من حيث كفاءة النفقات الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بمتوسط كفاءة نسبية يبلغ 0.982 وهي كفاءة منخفضة نسبياً. تشير النتائج إلى أن الجزائر لديها فرصة كبيرة لتحسين استخدام مواردها الصحية من خلال ترشيد الإنفاق وتخصيص الموارد بشكل أفضل لتحقيق نتائج أفضل مقارنة بالدول النامية الأخرى.

الكلمات المفتاحية: النفقات العامة للصحة، الكفاءة، الجزائر، DEA

Abstract

الملخص باللغة الإنجليزية

The study aims to evaluate the efficiency of public health expenditures in Algeria compared to other developing countries, with a focus on improving the use of available health resources. The study employed multiple research methodologies, including documentary research to present terms related to health expenditures and efficiency, analytical methods for indicators of public expenditures and health sector performance, and quantitative methods using Data Envelopment Analysis (DEA) to assess Algeria's performance in comparison to other developing countries. The study found that Algeria ranks thirteenth in terms of health expenditure efficiency in the Middle East and North Africa region, with an average relative efficiency of 0.982, which is relatively low. The results indicate that Algeria has significant opportunities to improve the use of its health resources by optimizing spending and better allocating resources to achieve better outcomes compared to other developing countries.

Keywords: Public health expenditure, Efficiency, Algeria, DEA