مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية المجلد(9)، العدد (2)، (ديسمبر-2024)، ص 333-357
ISSN: 2602-5566 EISSN:2716-8999

تقييم كفاءة الأنظمة الصحية للدول العربية لتعزيز التغطية الصحية الشاملة باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA)

Evaluating the efficiency of health systems in Arab countries to enhance universal health coverage using the data envelopment analysis (DEA) method

جهيد صيدون[1]*، أحمد دردیش[2]

1 مخبر الدراسات السكانية، الصحة والتنمية المستدامة في الجزائر، جامعة لونيسي علي البليدة2، (الجزائر)
d.saidoun.etu@univ-blida2.dz

[2] مخبر الدراسات السكانية، الصحة والتنمية المستدامة في الجزائر، جامعة لونيسي علي البليدة2، (الجزائر)
a.derdiche@univ-blida2.dz

تاريخ الإرسال: 2024/02/22 **تاريخ القبول:2024/11/12**

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة الأنظمة الصحية للدول العربية لتعزيز التغطية الصحية الشاملة، وذلك من خلال قياس الكفاءة النسبية التامة لـ (22) دولة عربية، بالإضافة الى تحديد الأنظمة الصحية الكفؤة والأنظمة التي تعاني نقصا في الكفاءة الصحية. تم توظف المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، وتمت الاستعانة بأسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA) نسخة 2.1 على مجموعة من المؤشرات الصحية التي تم تمثيلها كمدخلات ومخرجات لبناء نموذج البرمجة الخطية. كشفت الدراسة على وجود 06 دول من أصل 22 دولة عربية تحتوي على مستوى درجة كفاءة ثابت وهي: فلسطين، موريتانيا، السودان الصومال، سوريا، تونس واليمن. بينما تفوقت كل من دول الأردن، قطر، الإمارات، عمان ومصر بنسب أعلى في كل من درجة الكفاءة الفنية والحجمية. واعتبرت الدراسة أن النظام الصحي القطري أكثر بلد مرجعي بنظامه الصحي للبلدان ذات النظام غير الكفء.

كلمات مفتاحية: تقييم؛ كفاءة نسبية؛ أنظمة صحية؛ تغطية صحية.

Abstract:

This study aims to evaluate the efficiency of health systems in Arab countries to enhance universal health coverage. This is achieved by measuring the overall relative efficiency of 22 Arab countries, as well as identifying efficient health systems and those suffering from efficiency deficiencies. A descriptive-analytical was adopted, applying the Data Envelopment Analysis (DEA) version 2.1 technique to a set of health indicators, classified as inputs and outputs, to formulate a linear programming model. The study revealed that six out of the 22 Arab countries exhibited a constant level of efficiency: Palestine, Mauritania, Sudan, Somalia, Syria, Tunisia, and Yemen. On the other hand, Jordan, Qatar, the UAE, Oman, and Egypt outperformed others in terms of both technical and scale efficiency. The study considered the Qatari health system as the most benchmark system for countries with inefficient systems.

Keywords: Evaluation; relative efficiency; health systems; health coverage.

* المؤلف المرسل.

مقدمة:

تسعى معظم دول العالم جاهدة لتحقيق متطلبات الرعاية الصحية والتي بدورها تعد أهم أهداف الدولة الحديثة في سبيل الارتقاء بالمستوى الصحي لسكانها، ويستند ذلك على ضرورة توفير الخدمة الصحية وتحسين نوعية وكفاءة الخدمة الصحية المقدمة للسكان وتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

يشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن العديد من دول العالم لا تزال تعاني من نقص في الرعاية الصحية، حيث يواجه ما يقارب 150 مليون شخص تكاليف باهظة في تلقيها، و 100 مليون شخص يدفعون نحو الفقر بسبب الدفع المباشر لتلقي الخدمات وتكاليف اقتناء الأدوية (World Health Organization (OMS), 2023, p. 24). كما يشير هذا التقرير إلى أن تخصيص الأموال الكافية لقطاع الرعية الصحية لا يفي بالغرض لتحقيق التغطية الكاملة، بل يجب الاستفادة من تجارب الدول الأخرى لضمان التغطية الصحية الشاملة بأدنى التكاليف، وذلك من خلال الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة.

على غرار هذه الدول فبلدان الوطن العربي وبالرغم من القواسم المشتركة بينها، إلا أنها تتمايز بتنوع أنظمتها الصحية التي لا تزال بعيدة عن تحقيق التغطية الصحية الشاملة بالرغم من زيادة الإنفاق المالي، حيث تشير الإحصائيات إلى ارتفاع نسبة الإنفاق المباشر للأسر على تلقي خدمات الرعاية الصحية (نحو 61.2 و 52.4 و 65.6 و 78.8 في المئة) في كل من مصر والعراق والسودان واليمن سنة 2021 على التوالي (المركز العربي للأبحاث والدراسات، 2023، صفحة 65). تشير هذه النسب إلى ضعف نظم التغطية الصحية الحالية في تأمين السكان وحاميتهم من المخاطر المالية والاقتصادية المترتبة على المرض، وفي توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع.

وعليه أصبح من الضروري تركيز هذه الدول على تقييم أنظمتها الصحية من خلال بناء مؤشر الكفاءة الذي يعتبر عامل يمثل درجة أداء القطاع الصحي كما يعتمد على تقدير مؤشرات الكفاءة باستخدام متغيرات تصنف ضمن المؤشرات الصحية التي تهدف إلى تحقيق أهداف التنمية المستدامة كاستخدام البنية التحتية الصحية، الموارد البشرية، الإنفاق الصحي، التغطية الصحية وغيرها. وكانت بداية الدراسات المهتمة بقياس كفاءة الأنظمة الصحية على المستوى الدولي عقب

التقرير الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية (OMS) سنة 2000. (تقرير منضمة الصحة العالمية، 2011، صفحة 39).

ومن هذا المنطلق تبلورت إشكالية بحثنا هذا في محاولة منا ابراز مختلف التباينات بين الدول العربية في تقييم أنظمتها الصحية من خلال طرح التساؤل الآتي: **ما هو مستوى تقييم الكفاءة النسبية للأنظمة الصحية للدول العربية في سبيل تعزيز التغطية الصحية الشاملة؟**

ولإعطاء هذا البحث الطابع العلمي الذي يرتكز على مختلف الدراسات التي أجريت في هذا المجال، اعتمدنا على نتائج ثلاثة (03) دراسات خصصت لتقييم الأنظمة الصحية، تتلخص فيما يلي:

- **دراسة عبد الرحمن حسن حسن محمد، (2023):** "تقييم كفاءة الأنظمة الصحية للدول ذات الانفاق المرتفع والمتوسط للسيطرة على جائحة كورونا بالتطبيق على المملكة العربية السعودية"، كلية العلوم والآداب بسراة عبيدة-جامعة الملك خالد. (حسن محمد، 2023، الصفحات 27-42).

هدفت هذه الدراسة إلى قياس كفاءة أداء الأنظمة الصحية للدول ذات الإنفاق المرتفع والمتوسط للسيطرة على جائحة كورونا وبتطبيقها على المملكة العربية السعودية، وذلك من خلال قياس الكفاءة النسبية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات DEA، وتضمنت عينة الدراسة 63 دولة ذات إنفاق صحي مرتفع ومتوسط، وتوصلت الدراسة الى أن عدد الأنظمة الصحية ذات الكفاءة التامة الى أربعة عشر (14) نظام، منهم أربعة (04) أنظمة من الدول ذات الإنفاق المرتفع وعشرة (10) أنظمة من الدول ذات الإنفاق المتوسط لكل من التوجه المدخلي والمخرجي. كما حققت المملكة العربية السعودية التفوق على ثمانية عشر (18) نظام صحي متقدم، ووصلت الدراسة الى أن الإنفاق الصحي المرتفع ليس هو الطريق الوحيد لتحقيق كفاءة السيطرة على تفشي جائحة كورونا وضرورة الاستعانة بالدراسات العلمية الدقيقة لتطبيقه بفاعلية كأسلوب تحليل مغلف البيانات.

- **دراسة اياد ضاوي، (2020):** "كفاءة الأنظمة الصحية ومحدداتها-دراسة تحليلية لمجموعة من البلدان النامية"، المعهد التونسي للقدرة التنافسية والدراسات الكمية. (ضاوي، 2020).

هدفت هذه الدراسة لمعرفة الكفاءة النسبية للأنظمة الصحية لمجموعة من البلدان النامية عالية ومتوسطة الدخل، بالإضافة الى ترتيب النظام الصحي التونسي منها، تم استخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات DEA اعتمادا على الحجم المتغير BCC. بينت نتائج العينة المدروسة بحصول هذه البلدان على كفاءة نسبية في المتوسط بالتوجه المدخلي تصل الى 77.6 % و 81.8 % لتونس، في حين وصلت نسبتها بالتوجه المخرجي الى 69.6 % و 96.4 % لتونس.

- **دراسة عبد الكريم منصوري وعكاشة رزين، (2016):** "قياس وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات "كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير-جامعة سعيدة. (منصوري و رزين، 2016، الصفحات 111-124).

هدفت هذه الدراسة الى قياس الكفاءة الإنتاجية للأنظمة الصحية للبلدان العربية، و ذلك باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات DEA، بقياس المسافة بين أدنى حد للمدخلات (النفقات الصحية الحالية، الأطباء و الأسرة الاستشفائية) عند مستوى معين من النتائج (أمل الحياة عند الولادة)، و أظهرت النتائج بأن متوسط مؤشرات الكفاءة الإنتاجية لسنة 2013 بلغ 83.8%، كما أظهرت النتائج أن عشرة (10) أنظمة حصلت على نسبة كفاءة تامة، أبرزها سوريا والمغرب، كما أوضحت النتائج كذلك عن عدم وجود ارتباط بين كفاءة النظام الصحي و طبيعة هيكل الاقتصاد الوطني، وأنه لا يمكن الحكم على كفاءة النظام الصحي بدرجة تطور الاقتصاد.

تم الاستفادة من هذه الدراسات كون أنها تطرقت لأسلوب تحليل مغلف البيانات الذي يعتبر من برامج بحوث العمليات التي تساعد في تقديم نتائج دقيقة تعكس التقييم الفعلي للمدخلات والمخرجات، كما أننا استفدنا منها من خلال طريقة الانتقاء والربط بين متغيرات الدراسة، حيث استخدمت المتغيرات التي تعكس الوضعية الراهنة للأنظمة الصحية على غرار الانفاق الصحي، عدد الأطباء والأسرة والممرضين، أمل الحياة، عدد وفيات الأطفال. كما أن نتائجها المطبقة على كل من دول البلدان النامية والدول ذات الانفاق المرتفع والمتوسط قادتنا لمعرفة واقع الأنظمة الصحية الحالي للدول العربية مع التطبيق على النظام الصحي الجزائري.

تنبثق أهمية هذا البحث من حجم الجهود العالمية المبذولة لرسم خطط ومناهج مستقبلية في سبيل إقامة أنظمة صحية متكاملة تهدف إلى تحقيق متطلبات شعوبها الصحة، وكذا تحقيق تغطية صحية شاملة ومستدامة، ولتحقيقها لابد على الحكومات ومن ضمنها الجزائر من بذل السبل في الاستغلال الأمثل لمواردها المتاحة.

كما تتمثل أهداف البحث في تحديد الأنظمة الصحية التي تعاني نقصا في الكفاءة والتي لا تحسن استعمال مدخلاتها، مع تحديد الأنظمة الصحية الكفؤة والتي تعتمد على تقليص وحدات مدخلاتها وإبراز واقع الأنظمة الصحية للدول العربية وكذا مستوى النظام الصحي الجزائري منها في إطار تعزيز التغطية الصحية الشاملة.

أما بخصوص منهج الدراسة، فقد تم توظف المنهج الوصفي التحليلي نظراً لكونه الأنسب في تحليل وتقييم كفاءة الأنظمة الصحية للدول العربية وابراز حجم التباينات وكذا كفاءة أنظمتها

الصحية مع تحديد الأنظمة الصحية المرجعية. كما تم الاستعانة بالمؤشرات الصحية الصادرة عن كل من صندوق النقد العربي (التقرير السنوي الموحد للدول العربية 2022)، البنك الدولي وكذا منظمة الصحة العالمية.

1- كفاءة الأنظمة الصحية ومساهمتها في التغطية الصحية

تلعب الكفاءة الصحية دورًا مهمًا في ضمان التغطية الصحية الشاملة، حيث تشير إلى قدرة النظام الصحي على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية وتكلفة معقولة مع امكانية جميع الأفراد من الحصول عليها دون تحمل عناء أو أعباء مالية باهظة، مما يجعل الرعاية الصحية أكثر سهولة في الوصول إليها لجميع الأفراد.

1-1 كفاءة الأنظمة الصحية

سنتطرق في هذا المطلب الى ابراز مختلف العناصر المتعلقة بكفاءة الأنظمة الصحية والمتمثلة في: تعريف النظام الصحي، معايير تقييم الأنظمة الصحية، المشكلات التي تواجهها، إضافة الى ابراز معوقات قياس الكفاءة على مستوى هذه الأنظمة.

1-1-1 تعريف النظام الصحي

تعرف منظمة الصحة العالمية النظام الصحي بأنه: "مجموعة الأنشطة التي يكون هدفها الأول: الترقية، الإصلاح أو الحفاظ على الصحة" (Johnson, 2008, p. 65)، وعموما فان النظام الصحي يجب أن يحتوي على المكونان الرئيسيان التاليان: المكون الأول هو هدف النظام الصحي، وهو الحفاظ على الصحة ومعالجة الأمراض في المجتمع، بينما المكون الثاني فيمثل في مجموعة "الميكانيزمات" التي تحول الموارد المتعلقة بالصحة إلى خدمات صحية، لبلوغ أهداف النظام الصحي.

2-1-1 معايير تقييم الأنظمة الصحية

حددت منظمة الصحة العالمية جملة من المعايير لتقييم مستوى أداء وكفاءة النظم الصحية (بن زيان و أوشن، 2016، صفحة 03)، والمتمثلة أساسا في:

- **معدل الحياة والوفيات وعبء المرض:** تعكس هذه المؤشرات بصفة وجيزة واقع الصحة لعامة السكان خاصة بالنسبة لمستويات الأطفال دون سن الخامسة ووفيات حديثي الولادة، وكذا وفيات الأمهات؛
- **الوفيات والأمراض الناجمة عن أسباب محددة:** يشمل عدد الحالات المرضية في مجموعة سكانية؛

- الأمراض **المعدية المنتقاة:** تتمثل في جملة التحديات والجهود المبذولة من طرف البلدان لتعزيز رصد الأمراض وتوخي الدقة في تحديد الأمراض المعدية وتشخيصها وتبليغها والتصدي لها واتخاذ التدابير الوقائية؛
- **التغطية بالخدمات الصحية:** يعبر هذا المؤشر عن مدى حصول المحتاجين على التدابير الصحية المهمة بالفعل، وتشمل هذه التدابير في توفير الرعاية التامة للنساء قبل الحمل، أثناء الولادة وبعدها، ورعاية الأطفال والوقاية من انتشار الأمراض المعدية الشائعة؛
- **عوامل الخطر:** يفسر هذا المعيار المؤشرات المتعلقة بعوامل خطر معينة مرتبطة بزيادة معدلات الوفيات والمراضة والمخاطر التي بمكن تجنبها والمتمثلة في الماء غير المأمون، نقص مرافق الإصحاح، استخدام الوقود الصلب في المنازل، الوزن الضعيف عند الولادة، نقص التغذية في مرحلة الطفولة، زيادة الوزن أو السمنة، الاستهلاك الضار للكحول، تعاطي التبغ؛
- **انخفاض الوزن عند الميلاد:** يعتبر عامل مهم في التنبؤ بصحة المواليد والبقاء على قيد الحياة، غير أنه غير مستعمل في كثير من الأماكن خاصة في رصد الولادات التي تتم خارج المرافق الصحية؛
- **الأنظمة الصحية:** يتناول هذا المعيار أهم البنى التحتية المتوفرة في البلد وكثافة القوى العاملة الصحية بها؛
- **الإنفاق الصحي:** يعرض هذا القسم الإنفاق الصحي من قبل الحكومة والقطاع الخاص والقطاع الخارجي والضمان الاجتماعي، والمواطنين من جيوبهم؛
- **حالات الغبن في المجال الصحي:** يشمل هذا المعيار ثلاثة مؤشرات صحية تتمثل في نسبة الولادات بإشراف عمال صحيين مهرة، ووفيات الأطفال دون الخامسة مصنفة وفقا لمكان الإقامة في الحضر أو الريف، وثروة الأسرة ومستوى تعليم الأم؛
- **الإحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية:** يتناول هذا المعيار أهم البيانات والإحصاءات عن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي هي من المحددات الرئيسية للصحة؛

3-1-1 المشكلات التي تواجه الأنظمة الصحية

تواجه الأنظمة الصحية العديد من المشكلات التي تعيق سيرها ومن أهمها (بواعنة، 2004، صفحة 125):

- العوائق المالية لتمويل متطلبات الرعاية الصحية كما ونوعا؛
- التوزيع الجغرافي السيئ وغير العادل للقوى البشرية أو للطاقات البشرية الطبية ووحدات الرعاية الصحية، وتتمركز بشكل عام في المدن الكبيرة أولا ثم الصغيرة ثانيا، كما أن الطاقات البشرية تتبع ذلك وكذلك الأجهزة الطبية الحديثة؛
- تفاقم رسوم تكلفة المعالجة والرعاية الصحية وبالتالي أصبح الأمر في الحصول على خدمات صحية من قبل متوسطي وضعيفي الدخل عسيرا أو مستحيل؛
- كلما ازداد التخصص دقة وتفرعا كلما اقتربنا من مشكلة توجيه المريض بين عدة اختصاصات وتضخمت فاتورة العلاج قيمة ورسوما، كما أنها تؤثر نفسيا عليه وتؤثر على علاقته مع مقدمي الرعاية الصحية.

4-1-1 معوقات قياس الكفاءة على مستوى الأنظمة الصحية

هناك بعض الأمور التي يجب الحذر منها عند قياس الكفاءة على مستوى الأنظمة الصحية، نذكر أبرزها (منصوري و رزين، 2016، صفحة 113):

- ضيق في السيطرة المباشرة من قبل السلطات الصحية على القطاع الصحي نظرا لتأثر نتائجه بقطاعات أخرى، مقابل المسائلة الواسعة لدور الإشراف من السلطات الصحية على هذا القطاع؛
- صحة الفرد بالمجتمع تحدده عدة عوامل، بما فيها الخدمات الصحية، لذلك فمن المفيد تحديد أثر كل عامل؛
- أهداف وعوامل وسيطة فالقياس الجيد للأداء يجب أن يحتوي مؤشرات الأداء الوسيطية والنهائية؛
- الأداء والوقت: الدراسات الاقتصادية لقياس الكفاءة تقيس المخرجات وتقارنها بالمخرجات المثلى الممكنة، ففي الأنظمة الصحية يوجد فارق زمني مهم بين القيام بالإجراءات وبين الحصول على النتائج، وتعريف المخرجات المثلى يتوقف على التوقيت الذي يجرى فيه عملية قياس الأداء؛
- مشكلة أوزان نتائج النظام الصحي لكل دولة: لإجراء المقارنات الجيدة يجب تحديد أوزان أهم نتائج النظام الصحي، حيث تختلف هذه الأوزان باختلاف الشعوب والأفراد.

2-1 التغطية الصحية الشاملة

تعتبر التغطية الصحية الشاملة مصطلح يشير إلى نظام رعاية صحية يضمن من خلاله جميع الأفراد من الحصول على خدمات الوقاية والعلاج والتأهيل الصحي التي يحتاجون إليها، دون ضائقة مالية أو عناء أو تمييز، ومن خلال هذا المطلب سنتناول العناصر التالية: مفهوم التغطية

الصحية الشاملة، سبل تحقيقها، إضافة الى تقييم كفاءة الأنظمة الصحية في تحقيق التغطية الصحية شاملة.

1-2-1 مفهوم التغطية الصحية الشاملة:

إن التغطية الشاملة تعتني بوجود عدالة في الحصول على الرعاية والحماية من المخاطر المالية، كما يستند إلى فكرة العدالة في التمويل (جينيس و ايزمان ، 2015، صفحة 246)، حيث إن المساهمات تعتمد على القدرة على الدفع، وليس على إمكانية الإصابة بالمرض، والهدف التغطية الصحية الشاملة هو منح حماية ضد تسديد مدفوعات الجيب للرعاية الصحية أثناء وقت استخدام الخدمة وتجنب تكبد نفقات صحة كارثية وغيرها من النفقات التي قد تزيد عن حد معين من الدخل حيث قد تدفع أرباب البيوت للفقر، كما يهدف مفهوم التغطية الشاملة إلى أخد العوائق غير المالية كالمسافة، والرضى عن الخدمات وبالأخص الجودة.

2-2-1 سبل تحقيق تغطية صحية شاملة

حثت منظمة الصحة العالمية سنة 2005 كافة الدول الأعضاء على تطوير أنظمة صحة فعالة لتحقيق التغطية الشاملة، فمعظم الدول حاليًا تضع في عنين الاعتبار كيفية وصول أنظمة الصحة إلى التغطية الشاملة، أو المحافظة عليها. هناك العديد من الطرق للوصول للتغطية الشاملة، وفي الواقع قد يتم بتمويل التغطية الشاملة من خلال ضرائب عامة، أو مشاريع التأمين الصحي، أو خليط من المصادر المالية، ويمكن تحقيق التغطية الشاملة من خلال نظام قومي واحد أو عدة مخططات مختلفة، ولكن جميع أشكال التغطية الشاملة تحتاج إلى جمع رأس مال مسبق الدفع، والتأكد أن التمويل المستخدم من المجموعات الأغنى على درجات مختلفة لإعانة المجموعات الأفقر باستخدام الرعاية الصحية.

يهدف تحقيق تغطية شاملة هو تحقيق امتدادات في ثلاثة جوانب:

- **مدى اتساع التغطية:** نسبة السكان الذي مكنهم الحصول على رعاية بسيطة التكاليف، وعالية الجودة؛
- **عمق التغطية:** نطاق الخدمات المتاحة، والمتوفرة للسكان المحتاجين؛
- **طول التغطية:** نسبة تكاليف الرعاية الصحية المغطاة بنظام التمويل.

3-2-1 تقييم كفاءة الأنظمة الصحية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة:

يمكن تقييم كفاءة الأنظمة الصحية على ثلاثة مقاربات في سبيل تحقيق التغطية الصحية شاملة (طلعت الدمرداش ، 2006، صفحة 366)، تتمثل فيما يلي:

- **المقاربة على مستوى المرض:** تدرس العلاقة بين فعالية وتكلفة العلاج الصحي للأمراض، ولهذه المقاربة أهمية كبيرة، لما تمده من مزايا علاجية معينة، كما تستخدم في مقارنة الكفاءة ما بين البلدان؛
- **المقاربة داخل النظام الصحي:** ترتكز على المستشفيات وحجم نشاطها، مثل عدد العلاجات الاستشفائية وعلاقتها بالتكلفة أو عدد الزيارات لدى الطبيب، وتستخدم في مقارنة النشاطات المتجانسة؛
- **المقاربة على مستوى النظام الصحي:** تقدم هذه المقاربة الأهمية لصحة السكان كنتيجة وتأخذ النفقات الصحية كمدخل لها، وذلك نظرا لمحدودية المعطيات على مستوى الأمراض وكذا أجزاء القطاع الصحي (المستشفيات مثلا)، كما تستخدم مؤشرات الوفيات والحياة للتعبير عن الحالة الصحية للسكان، وترتبط بشدة مع مؤشرات انتشار الأمراض ودراسة نوعية الحياة.

2- مؤشرات الأنظمة الصحية في الدول العربية

تختلف الأنظمة الصحية في الدول العربية اختلافًا كبيرًا، من حيث الهيكل التنظيمي، التمويل، الوصول إلى الخدمات، والجودة. كما أن هناك فروقات نسبية في بعض المؤشرات الصحية الأساسية ساهمت في تعميق فجوة التصنيف. مما جعلها تبذل جهودًا في تبني الإصلاحات الهيكلية والتمويلية لأنظمتها الصحية وزيادة الاستثمار في القطاع الصحي وتحسين جودة الخدمات الصحية.

1-2 بعض مؤشرات التغطية الصحية

نتناول في هذا المطلب دراسة بعض المؤشرات المستخدمة في تعزيز الأنظمة الصحية للدول العربية من خلال العناصر التالية: مستوى الكثافة الطبية أي مستخدمي الصحة وكذا نسبة التغطية الصحية.

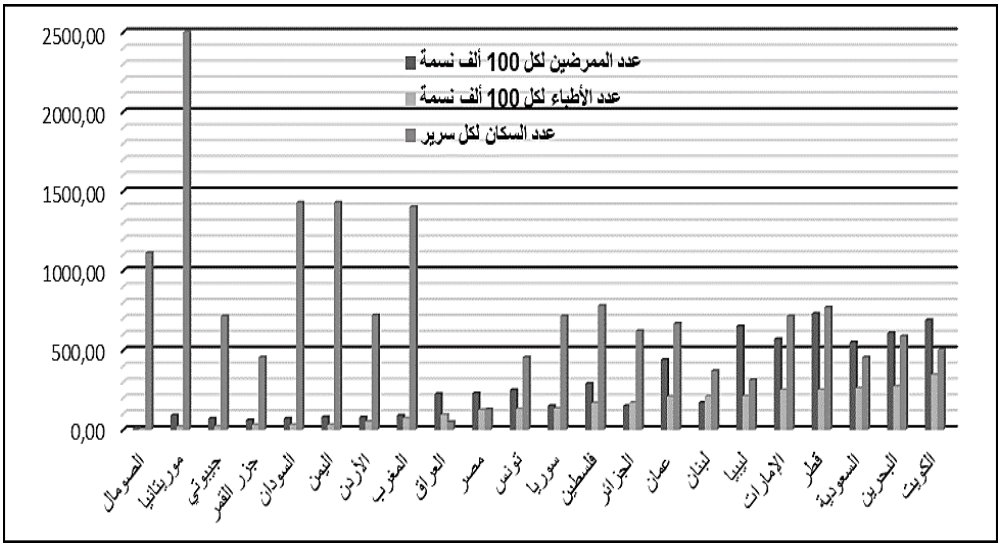
1-1-2 مستوى الكثافة الطبية (مستخدمي الصحة):

يعتبر أعوان الصحة المحرك الأساسي لأي تطور في المجال الصحي، إذ أن عديد الدراسات تبين أثر الكثافة الطبية في تفسير التفاوت في الحالة الصحية على المستويات الوطنية أو الجهوية (منصوري، 2015، صفحة 162)، هذا الأثر ملاحظ كثيرا في المجتمعات المهمشة، وهذه الاختلافات في الحصول على العلاج تساهم كثيرا في عدم التساوي في الصحة، بحيث أن تأثير عرض العلاج على الوفيات هو نسبيا كبير في المجتمعات المهمشة. ومن المنطقي أنه في الأنظمة الصحية التي تكون

فيها الموارد نادرة، فان الحصول على العلاج يكون صعب للجميع، ويكون الأمر أسوأ بالنسبة للأشخاص المحرومين، حيث تشكل تكاليف التنقل عبأ ثقيل على هذه الطبقة.

كما تشير الإحصاءات المتوافرة للدول العربية بخصوص مستوى الكثافة الطبية سنة 2022 (التقرير الاقتصادي العربي الموحد، 2022، صفحة 349)، إلى عدم كفاية الكوادر الطبية (أطباء، كادر التمريض) بالمقارنة مع عدد السكان في الدول العربية، إذ يصل متوسط عدد الأطباء لكل 100 ألف نسمة في جل الدول العربية إلى ما لا يتجاوز حوالي 139 طبيب. وبلغ عدد الممرضات لكل 100 ألف نسمة كمتوسط في كل الدول العربية حوالي 284 ممرضة، وتتوزع هذه النسب كما هو مبين في الشكل (1).

الشكل (1): مستوى الكثافة الطبية للدول العربية



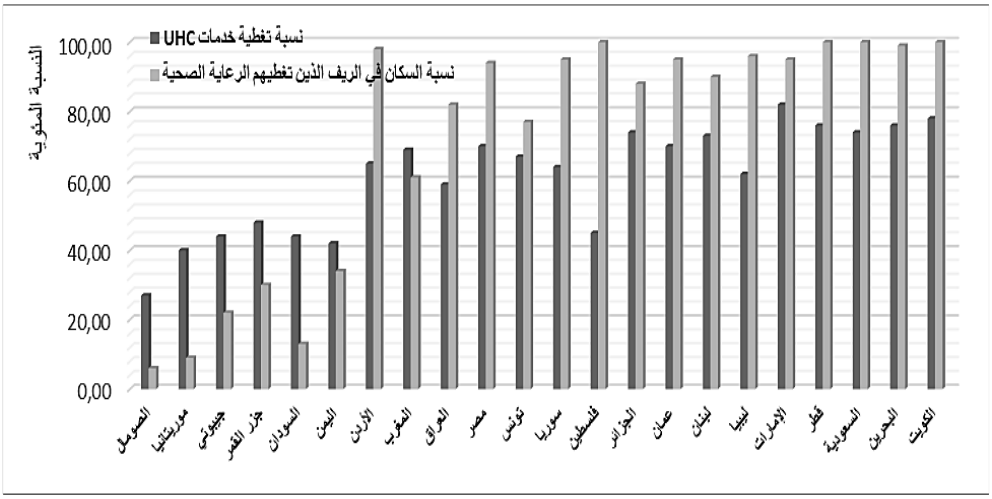
المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مؤشرات البنك الدولي لسنة 2021.

من خلال الشكل رقم 01 نلاحظ نسبة كثافة طبية ضعيفة لكل من دول الصومال، موريتانيا، جيبوتي، جزر القمر، السودان، اليمن، الأردن والمغرب وهذا ما نلاحظه من خلال ارتفاع عدد السكان لكل سرير حيث يصل إلى أقصى حد في الصومال إلى ما يقارب 1111 مريض لكل سرير، كذلك تتميز بنقص عدد الأطباء والممرضين لكل 100 ألف نسمة في هذه الدول. بينما تتصدر المراتب الأولى في حجم الكثافة الطبية كل من دولة قطر، الكويت، الإمارات، البحرين، ليبيا والسعودية حيث تمتلك دولة الكويت ما يقارب 689 ممرض و345 طبيب لكل 100 ألف نسمة و503 مريض لكل سرير.

2-1-2 نسبة التغطية الصحية:

تمكنت معظم الدول العربية، حسب آخر بيانات متوافرة (التقرير الاقتصادي العربي الموحد، 2022، صفحة 57)، من تحقيق تقدم ملحوظ في التوسع في الخدمات الصحية، حيث تجاوزت في عام 2021 نسبة السكان الذين يحصلون على الرعاية الصحية نسبة 90 في المائة في معظم الدول العربية، أما بالنسبة لدرجة التغطية للخدمات الاستشفائية الكبرى فهي موزعة حسب البلد في الشكل (2) أدناه.

الشكل (2): نسبة التغطية الصحية في الدول العربية



المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مؤشرات البنك الدولي لسنة 2021.

تشير الإحصاءات في الشكل رقم 02 المتعلقة بالتغطية الصحية للدول العربية على وجود فوارق بين هذه الدول حيث تسجل كل من دولة الصومال، موريتانيا، جيبوتي، جزر القمر، السودان واليمن ضعف كبير في نسبة التغطية الصحية خاصة في المناطق الريفية، بينما نلاحظ نسبة تغطية شاملة في الخدمات الاستشفائية الكبرى لكل من دولة الكويت، البحرين، السعودية، قطر، والأردن كما تسجل نسبة تغطية الرعاية الصحية في الريف تراوح ما بين 70% الى 80% وهذا ما يفسر بكفاءة أنظمتها الصحية. أما بالنسبة للجزائر فقد سجلت نسبة تغطية الخدمات الاستشفائية الكبرى تقدر بـ 74%، كما سجلت نسبة 88% في تغطية الرعاية الصحية في الريف.

2-2 مساهمة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في تحقيق التغطية الصحية

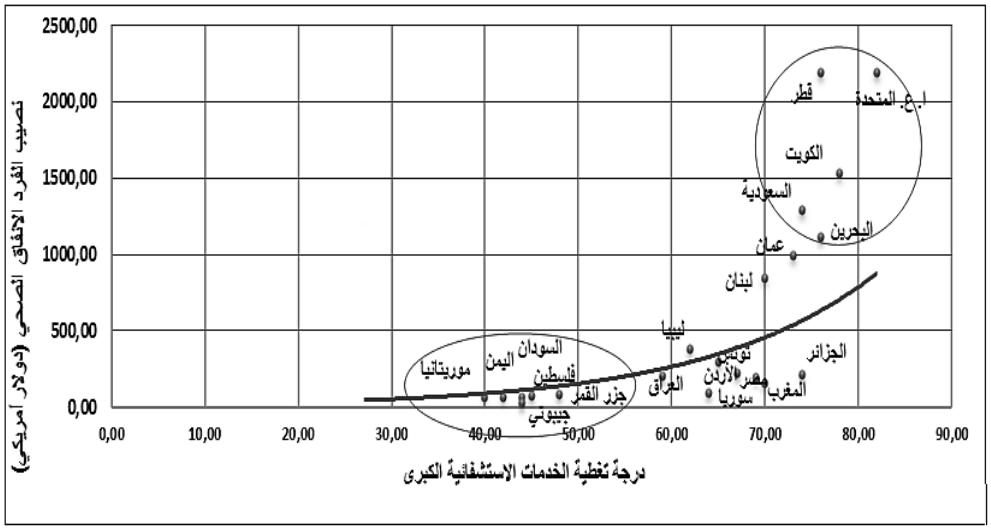
يساهم نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في تحقيق التغطية الصحية من خلال توفير الموارد المالية اللازمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة لجميع المواطنين. نتناول في هذا الجزء علاقة

نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مع كل من درجة تغطية الخدمات الاستشفائية الكبرى وكذا أمل الحياة عند الولادة.

1-2-2 علاقة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مع درجة تغطية الخدمات الاستشفائية الكبرى

طبقا لتقرير منظمة الصحة العالمية، هناك نسبة كبيرة من السكان في العالم مازالت محرومة من الحصول على الرعاية، في حين يواجه 150 مليون شخص النفقات الباهظة ويدفع حوالي 100 مليون شخص نحو الوقوع في براثن الفقر بسبب الدفع المباشر من أموالهم الخاصة للحصول على الخدمات والأدوية. كما يشير التقرير كذلك إلى أن تخصيص الأموال الكافية لا يفي بالغرض في سبيل تحقيق الرعاية الكاملة، بل لا بد من الاستفادة من تجارب العديد من البلدان لضمان التغطية الصحية الشاملة بأدنى التخصيصات وذلك من خلال الاستغلال الأمثل والمستدام وتحقيق الفعالية والكفاءة للموارد المتاحة للبلد.

الشكل (3): علاقة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مع درجة تغطية الخدمات الاستشفائية الكبرى في الدول العربية



المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مؤشرات البنك الدولي لسنة 2021.

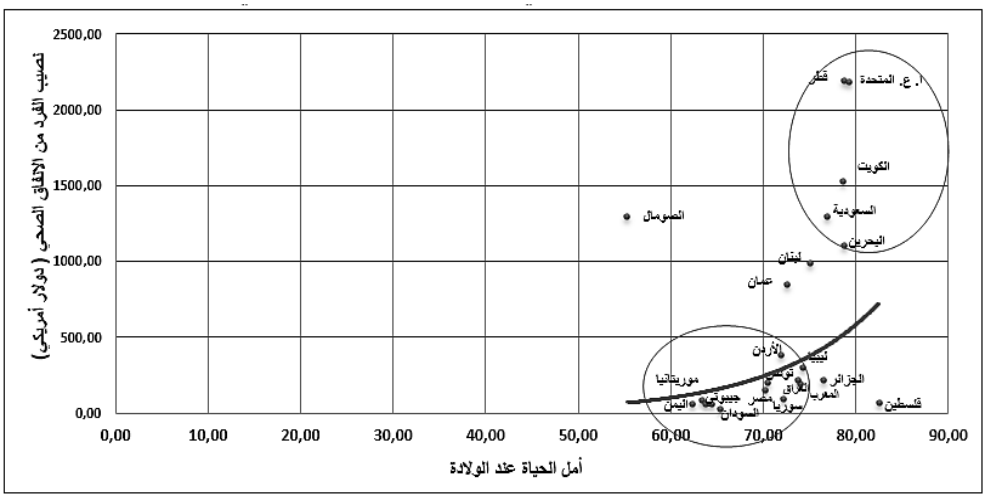
تبين المقارنات الدولية في الشكل أعلاه أن البلدان العربية المرتفعة الدخل تسجل درجة تغطية الخدمات الاستشفائية الكبرى أعلى على غرار الإمارات العربية المتحدة، قطر، الكويت، البحرين والسعودية، في حين تسجل البلدان المنخفضة الدخل درجات ضعيفة في مستوى تغطية خدمات المستشفيات مثل السودان، جزر القمر، اليمن، موريتانيا، فلسطين وجيبوتي، كما نلاحظ

كذلك لبعض الدول أنها بالرغم من ضعف نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي إلا أنها تسجل مستويات مرتفعة في تغطية الخدمات الاستشفائية الكبرى على غرار المغرب، تونس، لبنان، الأردن، الجزائر ومصر.

2-2-2 علاقة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مع أمل الحياة عند الولادة

من خلال هذا الجزء نحاول إعطاء نظرة حول العلاقة بين نصيب الفرد من الإنفاق الصحي للدول العربية مع الأمل في الحياة عند الولادة الذي يعتبر مؤشر مهم في تقييم الأنظمة الصحية ومدى كفاءتها حيث يقاس بعدد السنوات التي يمكن أن يعيشها مولود جديد، إذا بقيت ظروف الوفيات نفسها طيلة فترة حياة الطفل مثل زمن ولادته، ويتم تقدير هذه القيمة باستخدام جداول الحياة والمعطيات حول وفيات الأطفال. ومن خلال الشكل رقم 4 تم ربط معطيات 22 دولة عربية.

الشكل (4): علاقة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مع أمل الحياة عند الولادة في الدول العربية



المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مؤشرات البنك الدولي لسنة 2021.

يظهر الشكل رقم 04 ترابطا وصفيا في المنطقة العربية لا يتفق تمام الاتفاق مع الأدلة النظرية والتجريبية في بقية أرجاء العالم، بحسب العلاقة البسيطة المكيفة لهذا الإطار، حيث نلاحظ عند مقارنة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي مع أمل الحياة عند الولادة أن دول الإمارات العربية المتحدة، قطر، الكويت، السعودية، البحرين ضمن الدول التي سجلت أمل حياة عند الولادة مرتفع، بينما تعتبر كل من دول اليمن، موريتانيا، جيبوتي، السودان ضمن الدول الضعيفة في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي، حيث سجلت أمل حياة عند الولادة

ضعيف. على عكس دولة الصومال التي تتميز بنصيب الفرد مرتفع نوعا ما يصل إلى 1111ألف دولار إلا أن أمل حياة عند الولادة بها جد منخفض يصل إلى 55.28.

3- الطريقة والأدوات

يستخدم أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA) لقياس الكفاءة النسبية للأنظمة الصحية. ويعتمد هذا الأسلوب على مقارنة الأنظمة الصحية ببعضها البعض، من حيث المخرجات التي تنتجها، والعوامل المدخلة التي تستخدمها. تم استخدام هذا الأسلوب لقياس كفاءة الأنظمة الصحية للدول العربية لإبراز حجم التباينات وكذا كفاءة الأنظمة الصحية للدول العربية، مع تقديم الأنظمة الصحية المرجعية للأنظمة التي تعاني نقصا في الكفاءة.

3-1-الإجراءات المتبعة

اتبعنا في بحثنا جملة من الإجراءات تتلخص فيما يلي:

- **منهج البحث:** اتبع البحث المنهج الوصفي التحليلي من خلال استخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات DEA؛
- **عينة البحث:** يشمل مجتمع البحث 22 دولة عربية حسب البيانات المجمعة من المواقع الرسمية للصندوق النقد العربي، صندوق الأمم المتحدة للسكان(UNFPA) ومنظمة الصحة العالمية (OMS)؛
- **النموذج المستخدم:** سوف نستخدم الصيغة الرياضية لأسلوب (DEA)، والتي تفترض عوائد الحجم المتغيرة لأن العلاقة بين المدخلات والمخرجات غير خطية؛
- **أداة البحث:** تم تطبيق النموذجين BCC الذي يستند إلى فرضية تغير غلة الحجم، وتم اختيار الاتجاه الإدخالي لتفسير النتائج لأنه يتناسب وأهداف وحدات اتخاذ القرار (كفاءة الأنظمة الصحي). والاستعانة ببرنامجDEAP نسخة 2.1 باعتباره برنامج متخصص في حل المسائل الرياضية ودراسة الارتباطات بين مختلف الأنظمة.

3-2-أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA)

تحليل مغلف البيانات (**DEA**.Envelopment Analysis Data) هو أسلوب إحصائي يستخدم لقياس الكفاءة النسبية لوحدات اتخاذ القرار (Quey-Jen , 1996, pp. 980-988)، حيث يعتمد على البرمجة الخطية لتحديد الوحدات الأكثر كفاءة في مجموعة معينة، كما تعطى كل وحدة مؤشر كفاءة يتراوح من 0 إلى 1، حيث كلما اقترب الى القيمة (1) نقول أن الوحدة ذات كفاءة مرتفعة

والعكس، أما اذا كان المؤشر مساويا للقيمة 1 نقول أن كفاءة الوحدة ثابتة، أما القيمة صفر (0) فهي تمثل عدم الكفاءة الكاملة.

تحدد وحدات DEA الكفؤة من خلال إيجاد الحد الأدنى من مدخلات المخرجات لكل وحدة في المجموعة. تعرف الوحدات التي تصل إلى الحد الأدنى بوحدات الكفاءة، ويتم بعد ذلك تحديد مؤشر الكفاءة لكل وحدة أخرى من خلال مقارنة مدخلاتها ومخرجاتها بوحدات الكفاءة. كما يستخدم هذا الأسلوب كذلك لمقارنة الكفاءة بين وحدات مختلفة أو لتحديد المجالات التي يمكن للوحدات تحسينها.

كما أننا نستخدم الصيغة الرياضية للأسلوب DEA، والذي تفترض عوائد الحجم المتغيرة (Return To Scale. VRS Variable)، نبدأ بالصيغة الأساسية وفي الأخير نوضح القيد الذي يشكل الفرق بين صيغة عوائد الحجم الثابتة و صيغة عوائد الحجم المتغيرة، و كمبدأ يجب أن تكون الكفاءة الجيدة تمثل المدخلات الأقل وليس من الضروري أن تتطابق وحدات القياس سواء في المدخلات أو المخرجات (قيم نقدية، عدد أشخاص، مسافات،...).

تتم الصياغة الرياضية لنموذج CCR والذي يفترض بأن الوحدات المقيمة تعمل في ظل فرضية اقتصاديات الحجم المتغيرة BCC ومكتفين بوضع المدخلات التي يجب تدنينها في دالة الهدف وتحويل بسط دالة الهدف كقيد يساوي القيمة (1)، بصيغة النموذج الأولي. (Joumady, 2000, p. 14) كما يلي:

$$\text{Min } \theta_{\pi} \sum_{i=1}^{m} U_i \,.\, X_{i\pi} \qquad \text{دالة الهدف}$$

$$\text{S/C (القيود)} \begin{cases} \sum_{r=1}^{s} U_r \,.\, Y_{rj} - \sum_{i=1}^{m} U_i \,.\, X_{ij} \leq 0 \\ \sum_{r=1}^{s} U_r \,.\, Y_{r\pi} = 1 \\ U_r \,.\, U_i \geq 0 \quad j=1....n.\ r=1....s.\ \pi=1....m \end{cases}$$

حيث يمثل كل من:

- j: عدد وحدات اتخاذ القرار التي يتم مقارنتها مع بعضها البعض؛
- U_j: وحدة اتخاذ القرار رقم j؛
- X_{ij}: قيمة المدخل i المستعمل من قبل وحدة اتخاذ القرار j؛
- r: عدد المخرجات المنتجة من قبل كل وحدة اتخاذ قرار؛
- i: عدد المدخلات المستعملة من قبل كل وحدة اتخاذ القرار؛
- U_r: المعامل أو الوزن للمخرج r؛
- U_v: المعامل أو الوزن للمدخل i؛
- Y_{rj}: قيمة المخرج r المنتج من قبل وحدة اتخاذ القرار j؛

- θ: مؤشر الكفاءة للوحدة تحت التقييم.

3-3 وصف مؤشرات النموذج

تم في هذه الدراسة ابراز مؤشرات النموذج في شكل مدخلات ومخرجات، وتم استخدام متغيرات النموذج كما هو موضح في الجدول رقم 01.

الجدول (1): مخرجات ومدخلات النموذج

المدخلات	المخرجات
- نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق العام بالدولار الأمريكي؛ - عدد الأطباء لكل 100 ألف نسمة؛ - عدد الممرضين لكل 100 ألف نسمة؛ - عدد السكان مقابل كل سرير.	- معدل وفيات الأمهات؛ - معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات؛ - أمل الحياة عند الولادة.

المصدر: من إعداد الباحثان

أما بخصوص البينات المتعلقة بهذه المؤشرات فهي مجمعة حسب الملحق رقم (01) الصادرة عن كل من صندوق النقد العربي (التقرير السنوي الموحد للدول العربية 2022)، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية.

4- النتائج

بعد تطبيق نموذج التوجيه المدخلي الذي يهدف الى تقليص وحدات المدخلات إلى أقصى ما يمكن مع الإبقاء على الأقل وحدات المخرجات الحالية من خلال عرض درجات الكفاءة ثم وصف وتحليل مقارن ومحاولة تفسير النتائج وفي الأخير استنتاج الوحدات المرجعية والتحسين المطلوب في الوحدات التي تعاني نقصا في الكفاءة، وعليه وبتطبيق البرمجة الرياضية بأسلوب تحليل مغلف البيانات تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول رقم 02.

الجدول (2): مخرجات قياس مؤشرات كفاءة الأنظمة الصحية للدول العربية

الدول	الكفاءة النسبية	الكفاءة الفنية	الكفاءة الحجمية	غلة الحجم
الإمارات	0.611	0.867	0.611	متزايدة
البحرين	0.534	1	0.534	متزايدة
جزر القمر	0.769	0.783	0.581	متناقصة
جيبوتي	0.836	0.366	0.765	متناقصة

الجزائر	0.825	1	0.825	متزايدة
مصر	0.818	0.845	0.968	متناقصة
العراق	0.618	0.624	0.99	متناقصة
فلسطين	1	1	1	ثابتة
الأردن	0.970	1	0.970	متزايدة
الكويت	0.611	1	0.611	متزايدة
لبنان	0.587	0.733	0.801	متزايدة
ليبيا	0.8	1	0.8	متزايدة
المغرب	0.886	1	0.886	متزايدة
موريتانيا	1	1	1	ثابتة
عمان	0.395	0.4	0.986	متناقصة
قطر	0.921	1	0.721	متزايدة
السعودية	0.814	1	0.814	متزايدة
السودان	1	1	1	ثابتة
الصومال	1	1	1	ثابتة
سوريا	1	1	1	ثابتة
تونس	1	1	1	ثابتة
اليمن	1	1	1	ثابتة
المتوسط	0.817	0.891	0.857	

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج DEAP Version 2.1

5- مناقشة

5-1-الكفاءة النسبية التامة:

- بلغت تقديرات الكفاءة النسبية التامة بالتوجه المدخلي 06 دول من أصل 22 دولة عربية تحتوي على مستوى درجة كفاءة ثابت (1)، أي أن درجة كفاءة نضامها الصحي لا يتأثر بتقليص حجم مدخلاتها لإبقاء مستوى مخرجات ثابت وتتمثل هذه الدول في كل من فلسطين، موريتانيا، السودان الصومال، سوريا، تونس واليمن.
- بلغ متوسط الكفاءة النسبية التامة لعامة الدول 0.8 وهي نسبة فوق المتوسط تؤشر على الاستخدام فوق المتوسط لموارد الأنظمة الصحية من قبل دول العينة. وحصلت كل من دولة

عمان على أقل كفاءة نسبية قدرت بـ 0.395 تلتها البحرين بـ 0.534 ثم لبنان بـ 0.587 وهي دول ذات إنفاق عالي على الأنظمة الصحية لكن يبقى نظامها الصحي غير كفئ ما يعني أن هذه الدول يجب عليها تخفيض مدخلاتها المستخدمة بنسبة تزيد على 30% للمحافظة على نفس مستوى مخرجاتها؛

- تفوقت دولة الأردن بأعلى مستوى كفاءة نسبية قدره 0.97 ثم قطر بـ 0.921 ثم المغرب بـ 0.886 وهي دول تتميز بأنظمة الصحية فعالة بحيث كل تدنية لمدخلاتها ستساهم في ثبات مخرجاتها.

5-2- الكفاءة الفنية

تقيس هذه الكفاءة درجة قدرة الأنظمة الصحية للدول العينة لتحقيق أعظم ناتج أو خدمة في ظل مجموعة الموارد المتوفرة، بحيث حصلت غالبية الدول على مؤشر ثابت (01) أي درجة قدرة أنظمتها الصحية لا يحقق أعظم ناتج أو خدمة في ظل مجموعة مواردها المتوفرة، نذكر منها البحرين، الجزائر، فلسطين، سوريا، اليمن، الصومال، السودان، ليبيا، موريتانيا. كما حققت كل من الإمارات ومصر أعظم ناتج أو خدمة في ظل مجموعة مواردها المتوفرة على التوالي 0.867 و0.845.

5-3-الكفاءة الحجمية

تقيس هذه الكفاءة الدرجة التي يمكن أن تتوسع بها الأنظمة الصحية طبقا لحجم عملياتها، بحيث حصلت على أعلى درجة توسع أنظمها الصحية كل من الدول التالية: العراق 0.990 ثم عمان 0.986 ثم الأردن 0.970 ثم مصر 0.968.

5-4-الأنظمة الصحية المرجعية:

يقصد بالأنظمة المرجعية البلدان التي حصلت على مؤشرات كفاءة كاملة، وتقترح كمرجع من ناحية التوجيه المدخلي الذي يهدف لتقليص وحدات المدخلات إلى أقصى ما يمكن مع الإبقاء على وحدات المخرجات الحالية، أي كيف يمكن للأنظمة التي تعاني نقصا في الكفاءة أن تصبح كفاءة عالية إذا اتبعت شكل التصرف في الموارد في الأنظمة الكفؤة الشبيهة لها، ونرى من خلال الجدول أدناه الأنظمة الصحية غير كفؤة متخذة الأنظمة الشبيهة الأكثر مرجعية لها التي حصلت على كفاءة كاملة وليست كفاءة بتباطؤ أو ثابتة.

الجدول (3): الأنظمة الصحية المرجعية للأنظمة التي تعاني نقصا في الكفاءة

رقم الدولة	النظام الذي يعاني نقصا في الكفاءة	النظام الصحي المرجعي لها
3	جزر القمر	عمان، تونس، قطر
4	جيبوتي	الجزائر، مصر، المغرب
7	العراق	تونس
8	فلسطين	الأردن، ليبيا، السعودية، قطر
11	لبنان	البحرين، قطر، تونس
14	موريتانيا	البحرين، عمان
18	السودان	مصر، قطر
19	الصومال	الجزائر
20	سوريا	عمان
22	اليمن	الجزائر، قطر

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على محرجات برنامج DEAP Version 2.1

يظهر النظام الصحي القطري أكثر بلد مرجعي بنظامه الصحي للبلدان ذات النظام الذي يعاني نقصا في الكفاءة بحوالي 5 مرات، تليه الأنظمة الجزائر، تونس، عمان بحوالي 3 مرات، ثم نظامي مصر والبحرين ب مرتين ثم في الأخير بمرة واحدة لكل من أنظمة الأردن وليبيا. وعليه نستنتج أن نظام الصحي لدولة قطر أكثر الأنظمة المرجعية الكفؤة التي يتطلب على غالبية الدول العربية غير كفؤة بإتباع منهاجها.

تأتي الجزائر بنسبة كفاءة تقدر بـ 0.825 وهي نسبة فوق المتوسط توحي بالاستخدام معقول لموارد النظام الصحي لها، كما أنها بهذه النسبة حصلت على توسع جيد في نظامها الصحي طبقا لحجم عملياتها وهذا طبقا لدرجة الكفاءة الحجمية. بينما حصلت على مؤشر ثابت للكفاءة الفنية يدل على أن درجة قدرة الأنظمة الصحية لا يحقق أعظم ناتج أو خدمة. أما بخصوص نظامها الصحي فهو نظام مرجعي لكل من دولة اليمن والصومال وجيبوتي.

5- خاتمة

توصلت هذه الدراسة من خلال تقديرات الكفاءة النسبية التامة بالتوجه المدخلي أنه هناك 06 دول من أصل 22 دولة عربية تحتوي على مستوى درجة كفاءة ثابت أي أن درجة كفاءة نضامها الصحي لا يتأثر بتقليص حجم مدخلاتها لإبقاء مستوى مخرجات ثابت وتتمثل هذه الدول في كل من فلسطين، موريتانيا، السودان الصومال، سوريا، تونس واليمن. بينما تفوقت كل من دول الأردن، قطر، الإمارات، عمان، مصر بنسب أعلى في كل من درجة الكفاءة الفنية والحجمية،

واعتبرت الدراسة أن النظام الصحي القطري أكثر بلد مرجعي بنظامه الصحي للبلدان ذات النظام الذي يعاني نقصا في الكفاءة. ويمكن عرض هذه النتائج في النقاط الآتية:

- بلغت تقديرات الكفاءة النسبية التامة بالتوجه المدخلي 06 دول من أصل 22 دولة عربية تحتوي على مستوى درجة كفاءة ثابت يصل (01)، أي أن درجة كفاءة نظامها الصحي لا يتأثر بتقليص حجم مدخلاتها لإبقاء مستوى مخرجات ثابت؛
- حصلت كل من دولة عمان، البحرين ولبنان على أقل كفاءة نسبية وهي دول ذات إنفاق عالي على الأنظمة الصحية لكن يبقى نظامها الصحي غير كفئ ما يعني أن هذه الدول قادرة على تخفيض مدخلاتها المستخدمة بنسبة تزيد على 30% للمحافظة على نفس مستوى مخرجاتها؛
- تفوق كل من دولة الأردن وقطر والمغرب بأعلى مستوى كفاءة نسبية وهي دول تتميز بأنظمة الصحية فعالة بحيث كل تدنية لمدخلاتها ستساهم في ثبات مخرجاتها؛
- حصلت غالبية الدول على مؤشر ثابت في درجة الكفاءة الفنية الذي يقيس قدرة الأنظمة الصحية في تحقيق أعظم ناتج أو خدمة في ظل مجموعة الموارد المتوفرة، وهي البحرين، الجزائر، فلسطين، سوريا، اليمن، الصومال، السودان، ليبيا، موريتانيا، أي درجة قدرة أنظمتها الصحية لا يحقق أعظم ناتج أو خدمة في ظل مجموعة مواردها المتوفرة. كما حققت كل من الإمارات ومصر أعظم ناتج أو خدمة في ظل مجموعة مواردها المتوفرة؛
- بخصوص درجة الكفاءة الحجمية الذي يقيس الدرجة التي تتوسع بها الأنظمة الصحية طبقا لحجم عملياتها، بحيث حصلت على أعلى درجة توسع أنظمها الصحية كل من الدول التالية: العراق، عمان، الأردن ومصر؛
- يظهر النظام الصحي لدولة قطر أكثر بلد مرجعي بنظامه الصحي للبلدان ذات التي تعاني نقصا في الكفاءة، تليه الأنظمة لكل من دول الجزائر، ثم تونس، ثم عمان ثم نظامي مصر والبحرين ثم بدرجة أقل كل من أنظمة الأردن وليبيا؛
- يتميز النظام الصحي الجزائري بدرجة كفاءة نسبية فوق المتوسط توحي بالاستخدام معقول لموارد النظام الصحي لها، كما أنها بهذه النسبة حصلت على توسع جيد في نظامها الصحي طبقا لحجم عملياتها وهذا طبقا لدرجة الكفاءة الحجمية. بينما حصلت على مؤشر ثابت للكفاءة الفنية يدل على أن درجة قدرة الأنظمة الصحية لا يحقق أعظم ناتج أو خدمة. أما بخصوص نظامها الصحي فهو نظام مرجعي لكل من دولة اليمن والصومال وجيبوتي.

من خلال هذه النتائج نقترح ما يلي:

- ✓ العمل على وضع برامج واستراتيجيات للنهوض بالأنظمة الصحية اعتمادًا على أساليب ذات كفاءة وذات رؤية استشرافية، اقتصادية، بيئية، سكانية ووقائية متكاملة. مع تكثيف الالمام بالبحوث التطبيقية وبحوث العمليات في تقييمها؛
- ✓ ايعاز وزارة الصحة على تبني نظام صحي فعال قائم على أسس ومبادئ النجاعة والجودة والابتكار والتكنولوجيا الحديثة وذلك بالاستفادة من الأنظمة الصحية العربية الرائدة التي وصلت الى تحقيق تغطية صحية شاملة وعادلة؛
- ✓ تفعيل رقابة الأداء داخل المؤسسات الصحية وترسيخ مبادئ الحوكمة الرشيدة؛
- ✓ مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها وتأهيل الإمكانات التقنية وفتح المجال للاستثمار الاستشفائي الخارجي؛
- ✓ زيادة الاهتمام بتنمية القوى البشرية وتأطيرها لضمان كفاءة الأداء مثل الهيئة الإدارية وضمان التوزيع الإقليمي المتوازن والعادل لعدد الممرضين والأطباء والممارسين الصحيين والأسرة الاستشفائية.

في هذا الصدد، ومن خلال جملة الاقتراحات بخصوص هذا البحث، أصبح من المهم التوسع فيه مستقبلا من خلال تناول الموضوع من عدة زوايا والتركيز بالخصوص على الجوانب التالية:

- تقييم جودة الخدمات الصحية: فحص مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في الدول العربية، بما في ذلك الرعاية الأولية، والرعاية الاستشفائية، وتقييم كفاءتها في تحسين صحة المواطنين؛
- تحليل البنية التحتية الصحية: دراسة متعمقة للبنية التحتية الصحية في الدول العربية، بما في ذلك المستشفيات، والمراكز الصحية، والمعدات الطبية المتاحة، وتقييم كفاءتها ومدى توزيعها الجغرافي وإمكانية الوصول إلى اليها؛
- نظرة استشرافية في تحليل التحديات الصحية الخاصة بالمجتمعات المحرومة: استكشاف التحديات الصحية التي تواجهها المجتمعات المحرومة في الدول العربية، وكيفية توجيه الجهود لتحسين التغطية الصحية لهذه الشرائح؛
- تقييم الابتكارات الصحية: دراسة الابتكارات في مجال الرعاية الصحية في الدول العربية، بما في ذلك استخدام التكنولوجيا والحلول الرقمية، وتحليل دورها في تحسين كفاءة الأنظمة الصحية.

الملاحق:

الملحق رقم 01: بيانات الدراسة

الرقم	الدول	المدخلات				المخرجات		
		نصيب الفرد من الإنفاق الصحي	عدد الأطباء لكل 100 ألف نسمة	عدد الممرضين لكل 100 ألف نسمة	عدد السكان لكل سرير	معدل وفيات الأمهات	معدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات	أمل الحياة عند الولادة
1	الصومال	1291.13	3	10	1111	621	117	55.28
2	موريتانيا	59.05	20	90	2500	464	72.9	64.36
3	جيبوتي	62.81	21	70	714	234	57.3	62.31
4	جزر القمر	80.82	30	60	455	217	62.9	63.42
5	السودان	23.39	30	70	1429	270	58.2	65.27
6	اليمن	63.3	30	80	1429	183	58.4	63.75
7	الأردن	298.64	50	78	720	41.2	19.1	74.26
8	المغرب	187.4	71	89	1402	72	22.2	74.04
9	العراق	202.31	93	225	48	76	35.5	70.38
10	مصر	150.91	124	229	128	17	19.8	70.22
11	تونس	221.68	130	250	455	37	4.1	73.77
12	سوريا	88.69	133	150	714	30	21.5	72.06
13	فلسطين	68.37	167	291	780	0.85	45.3	82.5
14	الجزائر	214.85	170	150	621	78	23.2	76.38
15	عمان	844.62	207	440	667	17	10.8	72.54
16	قطر	994.49	210	170	370	21	7.7	75.05

17	السعودية	380.93	210	650	313	72	11.5	71.91
18	السودان	2191.81	250	570	714	9	7.2	78.71
19	الصومال	2188.38	250	730	769	8	6.5	79.27
20	سوريا	1291.13	260	550	455	16	6.6	76.94
21	تونس	1110	273	609	588	16	8.8	78.76
22	اليمن	1532.56	345	689	503	7	7.9	78.67

المصدر: -التقرير السنوي الموحد للدول العربية 2022 الصادر عن صندوق النقد العربي (https://www.amf.org.ae/ar/publications/reports/joint-arab-economic-reports)؛

-البنك الدولي (https://data.albankaldawli.org/indicator)؛

-منظمة الصحة العالمية (https://www.who.int/data/collections).

قائمة المراجع

أولا المراجع باللغة العربية

1. إبراهيم طلعت الدمرداش. (2006). *اقتصاديات الخدمات الصحية* (الإصدار الطبعة 2). مصر: دار الكتاب المصرية؛
2. التقرير الاجتماعي المصري. (2008). *مؤشرات لرصد العدالة الاجتماعية*. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المؤتمر العاشر للسياسة الاجتماعية وتحقيق العدالة الاجتماعية، القاهرة؛
3. *التقرير الاقتصادي العربي الموحد*. (2022). الصندوق النقد العربي. تم الاسترداد من https://www.amf.org.ae/sites/default/files/publications/2023-04/ARABIC%20REPORT.pdf
4. المركز العربي للأبحاث والدراسات. (2023). *النظم الصحية في البلدان العربية بين النجاحات والاخفاقات وسبل الإصلاح*. ورشة عمل رقم 11 و12، منظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط، الدوحة-قطر؛
5. اياد ضاوي. (09، 2020). *المعهد التونسي للقدرة التنافسية والدراسات الكمية*. تاريخ الاسترداد 2023، من http://www.itceq.tn/files/politiques-sociales/etude-systemes-sante.pdf

6. إيمان بن زيان، و ريمة أوشن. (26 06، 2016). واقع أداء النظام الصحي في الجزائر- دراسة تحليلية. (كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير- جامعة الحاج لخضر، باتنة، المحرر) *40*؛
7. تقرير منضمة الصحة العالمية. (2011). *تعزيز النظم الصحية، الاتجاهات والتحديات الراهنة*. منظمة الصحة العالمية. تم الاسترداد من https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/4575/B128_37-isAllowed=y&ar.pdf?sequence=1
8. جينيس ,ل & .,ايزمان ,ف .(2015) .*مدخل إلى الاقتصاد الصحي الكويت، 2015، ص.246*)م .سعد عبد اللطيف (.Trad ,الكويت :سلسلة المناهج الطبية العربية، المركز العربي لتأليف؛
9. عبد الرحمن حسن حسن محمد. (2023). تقييم كفاءة الأنظمة الصحية للدول ذات الانفاق المرتفع والمتوسط للسيطرة على جائحة كورونا بالتطبيق على المملكة العربية السعودية"، كلية العلوم والآداب بسراة عبيدة-جامعة الملك خالد. *المجلة العربية للادارة، 2*(44). doi:https://doi.org/DOI: 10.21608/aja.2021.83898.1116
10. عبد الكريم منصوري. (2015). قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية في البلدان متوسطة ومرتفعة الدخل. *رسالة الدكتوراه*. تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي لكر بلقايد، الجزائر. تم الاسترداد من https://www.asjp.cerist.dz/en/article/17056
11. عبد الكريم منصوري، و عكاشة رزين. (21 01، 2016). قياس وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات. *مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، 4*(2). تم الاسترداد من https://www.asjp.cerist.dz/en/article/17056
12. عبد المهدي بواعنة. (2004). *إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية* (المجلد الطبعة الأولى). عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

ثانيا المراجع باللغة الاجنبية

13. Johnson, J. (2008). Comparative Health Systems (Vol. Second édition). United States of America, School of Health Sciences, United States of America: World Headquarters;
14. Joumady, O. (2000, 06 09). Efficacité Et Productivité Des Banques Au Maroc Durant La Période De Libéralisation Financière : 1990 -1996.

17èmes Journées Internationales d'Economie Monétaire Et Bancaire, Lisbonne, Portugal, 14. Université Lumière Lyon 2, Ecully Cedex - France;

15. Quey-Jen , Y. (1996). The Application of Data Envelopment Analysis in Conjunction with Financial Ratios for Bank Performance Evaluation. Journal of the O. Research Society, 08(47). Retrieved from https://doi.org/doi:10.1057/jors.1996.125
16. World Health Organization (OMS). (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.