21 September University for Medical and Applied Sciences.
Journal of Administrative Sciences.
Vol. 1, No. 1, Jan 2026

جـامـعـــة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية
مـجـلـــة العلوم الإدارية
العدد. 1، المجلد. 1، يناير 2026

Evaluation of Spending Allocations in the State, S general budget on the health Sector in Yemen Republic

Mohammed Ali Saleh Al-Makardi[1] Ghada Adel Mohammed Al-Areeqqi[2], Horia Hussien Mohsen Salman[2], Haifa Habeb Mohammed Al shawesh[2], Amat Alrahman Yahya Ahmed Dahabh[2],Ghadeer Mohammed Ahmed AL-taib

Received 20/12/2025, Accepted: 5/1/2026, Published: 10/1/2026

Abstract: Objectives: This study aims to assess spending allocations in the general budget for the health sector in the Republic of Yemen during the period (2009-2020 AD)، in order to reveal the extent of its adequacy ،efficiency and effectiveness. its adequacy ،analyzing the structure of public spending on the health sector to show its efficiency ،and evaluating the effectiveness of public spending on the health sect1`or by evaluating the results obtained from the analysis.

The study reached a set of results ،the most important of which are: the insufficient allocation of the general budget to cover health services in the Republic of Yemen ،as the population growth is greater than the growth in the health sector ،which led to the decline of the most important health indicators and their incompatibility with international standards. The results of the study data analysis showed that the public spending policy on the health sector is characterized by a decline in efficiency ، efficiency and effectiveness ،which led to the deterioration of the health situation and the decline in the quality of its services.

The study concluded with many recommendations ،the most important of which are: increasing the general budget allocations to cover health services in proportion to population growth ،reconsidering the distribution of health spending to achieve efficiency and effectiveness ،and the need to activate efforts to deliver health indicators and approach global indicators and those of neighboring countries of similar nature. conditions of the Republic of Yemen.

Keywords: General adequacy, Efficiency.

تقييم مخصصات الإنفاق في الموازنة العامة على القطاع الصحي بالجمهورية اليمنية

الباحثين /محمد علي صالح المكردي[1]، غادة عادل محمد العريقي[2]، حورية حسين محسن سلمان[2]، هيفاء حبيب محمد الشاوش[2]، أمه الرحمن يحيى أحمد دحابه[2]، غدير محمد احمد الطيب[2]

تاريخ التسليم: (2025/12/20)، تاريخ القبول: (2026/1/5)، تاريخ النشر: (2026/1/10)

ملخص: الهدف: هدفت الدراسة إلى تحليل حجم الإنفاق في الموازنة العامة للقطاع الصحي في الجمهورية اليمنية خلال الفترة (2009-2020م)، وذلك للكشف عن مدى كفايته وكفاءته وفعاليته، وتم جمع البيانات من ديوان وزارة الصحة اليمنية، ووزارة المالية، ووزارة التخطيط والتعاون الدولي، وقد اعتمدت الدراسة في إجراء التحليل على أسلوب التحليل الوصفي، وذلك من أجل استخراج المؤشرات التي تحقق أهداف الدراسة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، من أهمها: عدم كفاية مخصصات الموازنة العامة للقطاع الصحي في تغطية الخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية كونه لا يتناسب مع النمو السكاني، وتدني مؤشرات الإنفاق الصحي للنظام الصحي الوطني وعدم توافقها مع المعايير العالمية، وسياسة الإنفاق العام على القطاع الصحي تتميز بالانخفاض في الكفاية والكفاءة والفعالية، والتوزيع غير الكفء للإنفاق العام وتحيزه لصالح القطاعات الأخرى على حساب القطاع الصحي.

وقد أوصت الدراسة بالعديد من التوصيات أهمها: زيادة مخصصات الموازنة العامة لتغطية الخدمات الصحية وذلك بما يتناسب مع النمو السكاني، ورفع كفاءة الإنفاق الصحي من خلال إعادة النظر في توزيع الإنفاق على القطاع الصحي بما يحقق الكفاءة والفاعلية، وتعديل نمط تخصيص الإنفاق الصحي بما يحقق الأهداف المرجوة إلى أقصى حد ممكن

الكلمات المفتاحية: الإنفاق العام، الكفاءة، الكفاية، الفعالية.

1-أستاذ مشارك- الاقتصاد جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية – اليمن

2-عضو هيئة تدريس مساعد- جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية – اليمن

2-قسم إدارة الخدمات الطبية،كلية الإدارة الطبية،جامعة21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيق

Professor - Economics, 21 September University for Medical and Applied Sciences – Yemen

E:almakradi@21umas.edu.ye

E:alareeqighada1999@21umas.edu.ye

Lecturer -21 September University for Medical and Applied Sciences - Yen

المقدمة

يتكون الإنفاق العام على القطاع الصحي من إجمالي موارد الدولة؛ فكلما زادت مخصصات الإنفاق العام على القطاع الصحي، وتحققت تغطية الخدمات الصحية للمواطنين، أصبح القطاع الصحي أكثر كفاءة وأكثر إسهامًا على النهوض بواقع الخدمات الصحية، وتحسين مخرجاتها، والحصول على رضا المواطنين من حيث تقديم الخدمات بصفة عادلة وذات كفاءة عالية وبصيغة دائمة ومستمرة.

ولابد للدول أن تولي اهتماماً متزايداً لتحصيل الإيرادات، وذلك لجمع قدر كافٍ من العوائد لتمويل القطاع الصحي بصفة مستمرة وعادلة في حق المواطنين، وحتى يتسنى للمجتمع الاستفادة من الخدمات الصحية الأساسية، وكذا توفير الحماية المالية لمواجهة مختلف الأمراض والإصابات غير المتوقعة.

وفي اليمن يعد قطاع الصحة من القطاعات الأكثر هشاشة، نظرا لضعف نظامه الصحي والذي كان يتصف بتدني جودة الخدمات الصحية التي يقدمها وعدم كفايتها لتلبية احتياجات السكان المتزايدة وذلك بسبب شحة الموارد المالية التي كانت ولا تزال تشكل تحدياً رئيساً في النظام الصحي.

الإطار العام للدارسة والدراسات السابقة

الإطار العام للدراسة:

تناول هذا المحور خلفية عامة عن الدراسة تتضمن الإطار العام للدارسة من حيث المشكلة، والأهداف، والأهمية، والحدود الزمنية، والمنهجية، وعلى النحو التالية:

مشكلة الدراسة:

إن المشكلة الرئيسة يمكن إجمالها بانخفاض المخصصات المالية في الموازنة العامة للدولة للقطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى؛ مما يجعل هذا القطاع غير قادر على تقديم خدماته بكفاءة وبما يساعد على نهوض هذا القطاع (المكردي،2018) **ومن هنا يمكن صياغة المشكلة بالتساؤل الرئيس التالي:**

ما مدى كفاية مخصصات الموازنة العامة للقطاع الصحي في تغطية الخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية؟

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

هل الإنفاق الصحي في الجمهورية اليمنية يتميز بالكفاية؟

هل الإنفاق الصحي في الجمهورية اليمنية يتميز بالكفاءة؟

هل الإنفاق الصحي في الجمهورية اليمنية يتميز بالفعالية؟

هل الإنفاق العام في الجمهورية اليمنية يوزع بين القطاعات بحسب الأهمية الاجتماعية والاقتصادية؟

أهداف الدراسة:

يتمثل الهدف العام للبحث بدراسة واقع الإنفاق العام على القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية. **وينبثق منه الأهداف الفرعية الآتية:**

تحليل البيانات والمؤشرات لتحديد مدى كفاية المخصصات في الموازنة العامة للقطاع الصحي في اليمن.

تحليل مدى كفاءة الإنفاق العام على القطاع الصحي في اليمن.

تحليل مدى فاعلية الإنفاق العام على القطاع الصحي في اليمن.

تقديم اقتراحات وتوصيات في ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج لإصلاح الإنفاق العام على القطاع الصحي في اليمن.

أهمية الدراسة:

تتجلى الأهمية العملية والعلمية لهذه الدراسة في الآتي:

أولا: الأهمية العلمية:

بالنظر للقصور في الأبحاث والدراسات السابقة الخاصة بالإنفاق على القطاع الصحي فإن هذا البحث يعد إضافة لما سبق من دراسات سابقة، مما يعزز المكتبة اليمنية في هذا الجانب.

ثانياً: الأهمية العملية:

حاول هذا البحث – من خلال التحليل للمؤشرات والبيانات المالية للقطاع الصحي ومقارنتها بالمعايير الدولية في هذا الجانب – التوصل إلى بعض النتائج والاستنتاجات التي يمكن أن تساعد القائمين على قطاع الصحة على رفع كفاءتهم في تقديم الخدمات الصحية.

حدود الدراسة:

أولا: الحدود الموضوعية: اقتصر البحث على معرفة واقع الإنفاق العام على القطاع الصحي بالجمهورية اليمنية.

ثانياً: الحدود الزمنية: 2009– 2020 م

ثالثاً: الحدود المكانية: القطاع الصحي (ديوان عام وزارة الصحة)، الجمهورية اليمنية . صنعاء.

منهجية الدراسة:

اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي التحليلي لأنه يركز على استطلاع الآراء، ويتميز هذا الأسلوب بنظرة شمولية إذ يتم اقتران وصف الحالة بتحليلها، ومن ثم استخلاص النتائج والمؤشرات المستخدمة في جمع البيانات والمعلومات، ويستخدم التحليل لأغراض تحديد النتائج والوقوف على أبرز المؤشرات لاختبار صحة الفرضيات أو نفيها والمنبثقة من نموذج البحث الافتراضي.

الدراسات السابقة:

دراسة (ناجم،2020) بعنوان (توجيه الإنفاق العام لاستهداف النمو الاقتصادي –الجزائر). هدفت هذه الدراسة إلى دراسة فعالية الإنفاق العام في استهداف النمو الاقتصادي بالجزائر في ظل الاعتماد شبه الكلي على موارد النفط في تمويل الإنفاق العام، والذي يتسم بتقلب أسعاره واستخدم الباحث نموذج الانحدار الذاتي ذي الفجوات الزمنية المبطئة ARDL، حيث تم التعبير عن النمو الاقتصادي من خلال الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي كمتغير تابع، وكانت المتغيرات المستقلة تتمثل بالإنفاق الجاري (نفقات التسيير)، الإنفاق الاستثماري وأسعار صحاري بلاند. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج والتي كان أهمها: وجود علاقة موجبة ضعيفة بين النمو الاقتصادي وهيكل الإنفاق العام في الجزائر، في المقابل وجود علاقة سالبة غير معنوية بين أسعار النفط والنمو الاقتصادي في الجزائر.

دراسة (كرمين ،2019) بعنوان (تقييم فعالية سياسات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في ضوء المعايير، الكفاءة والكفاية والعدالة– الجزائر). هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى فاعلية الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (1990–2016)، وذلك للكشف عن مدى كفاءته وكفايته وعدالته وفي هذه الدراسة تم التطرق إلى تحليل حجم الإنفاق الحكومي على الصحة لتبيين مدى كفايته، وتحليل الهيكل العام للإنفاق العمومي على الصحة لتبيين مدى كفاءته، وتحليل نمط توزيع الإنفاق العمومي على الصحة لتبيين مدى عدالته، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، والتي كان من أهمها: إن سياسية الإنفاق العمومي على القطاع الصحي تتميز بالانخفاض في الفعالية والكفاءة والكفاية والعدالة، مما أدى إلى تدهور حال الصحة وانحدار جودة خدماتها.

دراسة) أزمور، محمد،2018) بعنوان (تقييم الإنفاق الصحي من خلال مؤشرات أهداف الألفية – الجزائر). هدفت هذه الدراسة إلى توضيح انعكاس الإنفاق على القطاع الصحي بالجزائر على مريديه، وذلك من خلال تحليل أهم مؤشرات قياس إنتاجية الإنفاق العام على الصحة. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج والتي كان من أهمها: إن إنتاجية الإنفاق العام على الصحة المتحصل عليها باستخدام مؤشرات الخدمات الصحية وكذلك مؤشرات توقعات الحياة والوفيات لا تعكس المبالغ الكبيرة الموجهة لهذا القطاع، حيث إنه بالرغم من التحسن المسجل من سنة لأخرى إلا أن ذلك يبقى بعيدا عما تسجله الدول الأخرى التي تعيش في نفس الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، وهذا راجع إلى تركيز هذه المخصصات المالية على عدد الهياكل الصحية على حساب جانب الجودة في الخدمات الصحية.

دراسة (العيساوي،2015) بعنوان: تقييم هيكل الإنفاق الصحي في مستشفيات دائرة صحة النجف الأشرف. هدفت الدراسة إلى تحديد هيكل الإنفاق الصحي وأيضا إيجاد الحلول اللازمة لإصلاح القطاع الصحي في العرق من خلال التوزيع

الصحيح في الإنفاق الحكومي على أبواب الصرف وحسب الأولويات. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج التي كان من أهمها: إن هيكل الإنفاق الصحي يعكس فلسفة الدولة وسياسته.

التعليق على الدراسات السابقة:

تناول الباحث الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الإنفاق على الصحة، من زوايا مختلفة وذلك بناء على الخلفية والتوجه لدى الباحث الذي قام بالدراسة، لكن ما يميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة أن هناك ندرة في الدراسات التي تعرض لها الموضوع من جانب تقييم الإنفاق على قطاع الصحة وكفايته وكفاءته وفعاليته (على حد علم الباحثات)، وكذلك جانب تقييم الإنفاق على كل القطاعات حسب وظائف الدولة، وهو الجانب الذي لم نجده في أي دراسة منشورة، لهذا يمكن تحديد أوجه التشابه والاختلاف بين البحث الحالي والدراسات السابقة من خلال الآتي:

انطلاقاً من الدراسات السابقة لاحظ الباحث بأنها تطرقت إلى مواضيع مشتركة إلا أنها اختلفت من حيث العناوين والمواضيع والهدف والمواطن والمؤسسات، من خلال تبني أهداف جديدة وعينة مختلفة.

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أن أغلب البلدان التي أجريت فيها الدراسات السابقة قد قطعت شوطاً كبيراً في مجال الإنفاق على الرعاية الصحية مقارنة بالجمهورية اليمنية.

الإطار النظري للدراسة:

الإنفاق العام:

يعد الإنفاق العام من أدوات السياسة المالية التي تستخدمها الدولة لتحقيق بعض الأهداف الاقتصادية والاجتماعية، لذلك فإن دراسة الإنفاق العام ومعرفة آثاره تحتل جانبًا مهمًا في الدراسات الاقتصادية الكلية، فهو يعكس جميع الأنشطة العامة للدولة، بغض النظر عن النظام وطبيعة الملكية فيه، وقد زادت أهمية دراسة الإنفاق العام بالنظر إلى نسبتها المتزايدة في مستوى الناتج المحلي الإجمالي لأغلب الدول سواء كانت متقدمة أم نامية.

مفهوم الإنفاق العام:

يرجع مفهوم الإنفاق العام إلى أنه مبلغ من النقود تنفقه الدولة لغرض تحقيق نفع عام، ويرى الدعمي بأن الإنفاق العام هو "مبلغ نقدي يقوم بتنفيذه شخص عام بهدف تحقيق نفع عام". ويتمثل الإنفاق العام بجميع المدفوعات والمشتريات التي تقوم بها جهات حكومية مختلفة، إذ تشمل المدفوعات والمشتريات التي لا يستطيع القطاع الخاص توفيرها ولكنها مهمة للصالح العام ككل، ومن أمثلتها الإنفاق على الدفاع والبنى التحتية وقطاع الصحة والتعليم ومدفوعات الرعاية الاجتماعية (الدعمي، 2018، ص 8).

خصائص الإنفاق العام:

أ. الإنفاق العام يكون في شكل نقدي:

تقوم الدولة عن طريق هيئاتها ومؤسساتها المركزية والمحلية بدفع مبالغ نقدية ثمنا لما تحتاجه من سلع وخدمات لممارسة المهام المنوطة بها كتسيير المرافق العامة، كما تمنح إعانات ومساعدات مختلفة، وأيضاً قد تدفع نقودا تمثل رؤوس أموال في المشاريع الاستثمارية المختلفة التي تقوم بها (ناجم،2016، ص13).

ب . الإنفاق العام يقوم به شخص عام:

أي أن الإنفاق العام يتم عن طريق إحدى مؤسسات الدولة، بمعنى الأشخاص المعنوية العامة وعلى رأسها الدولة والمؤسسات التي تمثلها، كالهيئات الوطنية (الوزارات) والإدارة المحلية (الولايات، البلديات) والأشخاص المعنوية الأخرى.

ج . الإنفاق العام يهدف إلى تحقيق مصلحة عامة:

أي أنه لابد أن يكون الهدف من الإنفاق العام هو تحقيق نفع عام يعود على جميع المواطنين لا على فرد أو فئة معينة بذاتها، وترتكز هذه الخاصية على ثلاث دعائم (داود، 2009 :26). هي:

يجب تبرير الإنفاق العام بتوجيهه إلى تحقيق وتلبية الحاجات العامة، والتي تتولى الدولة أو ممثليها عملية إشباعها.

ب- كون المنفعة المراد تحقيقها مشروعة وفق ما تنظمه الأحكام التشريعية والتنظيمية.

في النفع العام كنتيجة للمساواة بينهم في تحمل الأعباء العامة.

ضوابط النفقات العامة:

من أهم تلك الضوابط ما يلي (المكردي، 2018، 49-50):

تحقيق أكبر قدر من المنفعة: بمعنى أن هدف أي إنفاق عام هو تحقيق أقصى منفعة للمجتمع ككل وليس لفئات محددة، وبالتالي تعظيم هذه المنفعة إلى أقصى حد ممكن.

ضبط النفقات العامة: ونعني هنا بضبط النفقة العامة: التخطيط السليم للإنفاق العام وتحقيق أقصى كفاءة لتلك النفقات، إذ يتطلب من الحكومة عدم الإسراف في إنفاق الأموال العامة، لأن الإسراف يضعف الثقة في الإدارة المالية للدولة، وقد يؤدي إلى تهرب المجتمع من دفع الضرائب ولكي تتحقق تلك الكفاءة فمن الواجب على الحكومة والجهات الرقابية ممارسة كافة أشكال الرقابة على الإنفاق العام.

مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية:

مفهوم الخدمة الصحية:

هي عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت موجهة للفرد أم وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض (إبراهيم، 1983، ص 23).

خصائص الخدمات الصحية:

تتميز الخدمات الصحية بالخصائص (غنيم، 2006، ص274-272). الآتية:

الا ملموسية.

عدم الانفصال بين وقت إنتاج واستهلاك الخدمة الصحية (التلازم).

عدم تجانس الخدمة الصحية.

عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين.

تكامل عناصر الخدمات الصحية.

الطبيعية الاحتكارية للخدمة الصحية.

كثافة عنصر العمل.

الفعالية والكفاءة في الخدمات الصحية:

مفهوم الفاعلية في الخدمات الصحية:

تحتل مسألة الفاعلية أهمية كبيرة في مجال الخدمات الصحية وتقدميها وذلك نظرا لما لها من أثر واضح في نتائجها النهائية على الفرد والمجتمع، لكن وعلى الرغم من هذه الأهمية الكبرى إلا أن مسألة تحديد مفهوم الفاعلية في الخدمات الصحية تكتنفه العديد من الصعوبات لأسباب كثيرة، يبرز في مقدمتها عدم ملموسية النتائج النهائية التي تصل إليها المؤسسات الصحية عند تقدميها للخدمات الصحية، ومدى قناعة الفرد أو المجتمع بتلك الخدمات لكونه صاحب المنفعة والمصلحة الحقيقية من تلك الخدمات المقدمة (دحمان،2016، ص17-18).

وفيما يلي أهم المؤشرات الخاصة بتقييم فاعلية الخدمات الصحية:

يمكن أن تقسم مؤشرات تقييم الفاعلية للمنظمات الصحية في ضوء الخدمات التي تقدمها إلى مجموعتين:

المدخلات(inputs):

وهي الأشكال المختلفة من الموارد التي تحصل عليها المنظمات الصحية من البيئة التي تعمل بها وغالبا ما تكون بشكلين هما: الموارد البشرية، والموارد المالية.

المخرجات(outputs):

وهي مجموع ما يتم تحقيقه من نتائج مختلفة عبر الأنشطة التي تزاولها المنظمة الصحية في تقديم خدماتها إلى الجمهور المستفيد منها، ويمكن أن تكون نتائج هذه الأنشطة ملموسة عبر عدد من المؤشرات (عدد العمليات المنجزة، عدد الكوادر الطبية، عدد المؤسسات الصحية. . .. إلخ). أو أن تكون غير ملموسة (الرضا النفسي للمريض. التوعية الصحية. . .. إلخ)

وبشكل عام يمكن قياس مخرجات المنظمات الصحية في خدماتها المقدمة وفاعلية الخدمة من خلال الآتي (محمد، 2016، ص45).:

مؤشرات المهام الوقائية: وهي تشمل:

عدد المراكز الوقائية وسعة انتشارها الجغرافي.

معدل عدد الإصابات والوافيات الناجمة عن الأمراض المعدية.

معدل عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة.

معدل عدد الولادات السليمة.

مؤشرات المهام العلاجية:

عدد المستشفيات العامة والخاصة والمتخصصة.

عدد المراكز الصحية الرئيسة والفرعية وانتشارها الجغرافي.

عدد العيادات الخاصة.

عدد القائمين على إنتاج الخدمة الصحية (عمال السلك الطبي شبه الطبي والإداريين)

مؤشرات المهام التعليمية: وتشمل على:

عدد الكليات والمعاهد والمدارس الطبية.

عدد الدورات الطبية المتحققة لرفع المستوى التعليمي.

الأجهزة والمعدات المستعلمة في العمل ومدى حداثتها.
الأجهزة والمختبرات التحليلية والطبية.

الكفاءة في الخدمات الصحية:

إن مفهوم الكفاءة يتعلق بالتوازن بين كمية الموارد المستخدمة في المؤسسة كمدخلات وبين كمية النتائج المحققة في المخرجات أي أنه يرتبط باقتصادية العمل فكلما كانت المدخلات أقل وكانت المخرجات أكثر كان ذلك معبرا عن عنصر الكفاءة في الأداء (كمال،1992، ص15).

قياس الكفاءة للخدمات الصحية: يرتبط قياس الكفاءة للخدمات الصحية بالموارد المتاحة والمستخدمة في عمليات إنتاج الخدمة، والتي تتمثل بالموارد البشرية المالية والمادية، وبالتالي يمكن قياس الكفاءة على الرغم من أن الأمر لا يخلو من صعوبة في ذلك.

خاصة أن الكفاءة في الخدمات الصحية ترتبط بمستوى النوعية المقدمة، إذ لا يكفي الحصول على عدد أو حجم من المخرجات التي تمثل خدمة صحية بل المدى في النوعية الخدمية الصحية، وما يمكن أن تحققه من رضا لدى المستفيدين منها. وبالعناصر المجتمعة من خلال الموازنة العامة بين ما تحقق فعلا من مخرجات وما تم التخطيط له فعلا:

الكفاءة = المخرجات الفعلية ÷ المخرجات المخططة(المعيارية)

والنتيجة التي تتم التوصل إليها تمثل الكفاءة في حسن استثمار الموارد المتاحة وفقا لما تم التخطيط له مسبقا وما عكسته النتائج النهائية لأداء المنظمة الصحية. (محمد،2016، ص46).

تحليل الوضع الصحي في اليمن:

تحليل الوضع الصحي في الجمهورية اليمنية:

تسعى اليمن جاهدة إلى توفير خدمات الرعاية الصحية المقدمة للسكان، بهدف توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين دون تمييز، كحق من حقوق الإنسانية التي كفلها الدستور اليمني، والتزاماً دولياً بالمواثيق والتشريعات الدولية التي نصت على هذا الحق وصادقت عليها اليمن.

وقد شهدت الجمهورية اليمنية تطوراً ملحوظاً في الارتقاء بالخدمات الصحية للمواطن، وذلك من خلال زيادة عدد الوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات وعدد الأسرّة والكوادر الطبية، هذا إلى جانب التوسع في إنشاء المراكز الوقائية والعلاجية، إضافة إلى انتشار الخدمات الصحية، والبرامج الرأسية (برامج التحصين، ومكافحة الأمراض، والترصد الوبائي)، ومع ذلك يظل هذا الإنجاز دون المستوى المطلوب. (تقرير تحليل الوضع الراهن للخطة الثانية للرؤية الوطنية:2)

وبالرغم من توجه الدولة نحو تطوير وتحسين قطاع الصحة ورفع مستوى الخدمات التي يقدمها هذه القطاع والتحسن الملموس في بعض المؤشرات الصحية إلا أن اليمن لا يزال في مصاف الدول التي تعاني كثيرا من المشاكل والأمراض الصحية؛ كون هذا القطاع لا يزال يواجه الكثير من التحديات، وأهمها: تدني نصيب الصحة من الإنفاق العام والذي يتراوح بين (3-4) % تقريباً مما جعل الكثير من المراكز الصحية تعاني من نقص في تجهيزاتها وفي مواردها المالية وكوادرها الفنية والطبية إضافة إلى محدودية انتشار الخدمات الصحية. وفي هذا المبحث تم التعرف على تطور البنية التحتية لقطاع الصحة العامة، وتطور الخدمات الصحية الأولية. (تقرير تحليل الوضع الراهن للخطة الثانية للرؤية الوطنية:2).

تطور البنية التحتية لقطاع الصحة العامة:

تعتمد التنمية في المجال الصحي على وسائل وأدوات عامة كالمستشفيات والمراكز الصحية ووحدات الرعاية الصحية الأولية وغيرها من المرافق الصحية التي تهدف إلى توفير رعاية صحية لجميع المواطنين دون تمييز كحق من الحقوق الإنسانية التي كفلها الدستور اليمني.

أولاً: المنشآت الصحية العامة خلال 2009- 2019:

جدول 1: المنشآت الصحية العامة خلال 2009- 2019

السنوات	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2019
المستشفيات	230	236	236	241	243	243	264	264	251	264
النسبة إلى الإجمالي	5. 9%	5. 9%	5. 8%	5. 8%	5. 8%	5. 8%	5. 8%	5. 9%	5. 7%	5. 9%
المراكز الصحية (بأسرة + بدون أسرة)	791	841	852	873	881	881	993	993	1026	1036
النسبة إلى الإجمالي	20. 3%	21. 0%	21. 0%	21. 0%	21. 0%	21. 0%	22. 0%	22. 0%	23. 0%	23. 1%
وحدات الرعاية الصحية الأولية	2849	2871	2929	3007	3043	3047	3277	3277	3112	3148
النسبة إلى الإجمالي	73. 0%	72. 0%	72. 0%	72. 0%	72. 0%	72. 4%	71. 7%	72. 6%	70. 2%	70. 1%
المجمعات	28	34	39	41	36	36	36	36	41	44
النسبة إلى الإجمالي	0. 7%	0. 9%	1. 0%	1. 0%	0. 9%	0,9%	0. 8%	0. 8%	0. 9%	1. 0%

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان، النشرة الإحصائية للوزارة خلال الفترة (2009-2019).

يتضح من بيانات الجدول السابق الزيادة الملحوظة التي شهدها قطاع الصحة العامة في المنشآت الصحية، حيث ارتفع عدد المستشفيات العامة من 230 مستشفى سنة 2009م إلى264 مستشفى عام سنة 2019م، بمعدل نمو (7 .14%) وبمتوسط معدل النمو, وبلغ معدل التغطية بالمستشفيات مستشفى واحد لكل100 ألف نسمة من السكان خلال الفترة 2009_2019م, وهو أقل بكثير من المعدل الموصي به من قبل منظمة الصحة العالمية، لتوفير الرعاية الصحية للجميع الذي يقدر ب (4-5) مستشفيات ريفية لكل 100 ألف نسمة من السكان و10 مستشفيات في المدن لكل 100ألف نسمة.

وفيما يخص وحدات الرعاية الصحية فقد كان هناك ارتفاعاً بطيءً حيث ارتفع عددها من 2849 وحدة صحية سنة 2009م إلى3148 وحدة صحية سنة 2019م، بمعدل نمو 5 .10%وبمتوسط نمو 1 .0%، حيث كان معدل التغطية بمقدار وحدة صحية لكل 10 ألف نسمة عام 2019م، وهو أقل بكثير من المعدل الموصي به من قبل منظمة الصحة العالمية لتوفير الرعاية الصحية الأولية للجميع والذي يقدر بـ 52 مركزاً صحياً ريفياً لكل 10ألف نسمة.

على الرغم من حدوث تطور بطيء في معدل التغطية بالموارد البشرية والمادية خلال الفترة (2009-2019) إلا أن هذا التطور لا يتواكب مع النمو السكاني، ولا يتناسب مع الاحتياجات الصحية للسكان، ولا يتفق مع المعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية لتحقيق الهدف الأساسي للنظام وهو توفير الرعاية الصحية الأولية للجميع.

أما فيما يخص المراكز الصحية فقد ارتفع عدد المراكز الصحية (بأسرة وبدون أسرة) من 791 مركزاً صحياً سنة 2009م إلى 1036مركزا صحيا سنة 2019 بمعدل نمو 9 .30% وبمتوسط نمو 8 .2% وبمقارنة هذا المعدل بمعدل النمو السكاني الذي يبلغ 3% سنوياً مما يبين عدم تلبية القطاع الصحي للاحتياجات والرغبات الصحية، وكذلك لا يتفق مع المعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية.

أما المجمعات الحكومة فقد ارتفعت من 28 مجمعاً صحياً عام 2009 م إلى 44 مجمعاً صحياً عام 2019م بمعدل نمو 57% وبمتوسط نمو2 .5%، وبلغ متوسط نسبتها. 97% من إجمالي المنشآت الصحية العامة، وهي أقل نسبة، حيث كانت النسبة الأكبر لوحدات الرعاية الصحية، حيث بلغ متوسط نسبة وحدات الرعاية الصحية الأولية 1 .70% من إجمالي المنشآت الصحية العامة خلال الفترة ذاتها، مما يعني أنّ المنشآت الصحية العامة معظمها وحدات رعاية صحية أولية.

ثانياً: معدل التغطية بالأطباء وهيئة التمريض ومعدل التغطية بالأسرة:

ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول 2: معدل التغطية بالأطباء وهيئة التمريض والأسرة

التفاصيل	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
عدد الأطباء	6468	6599	6469	6570	6741	6741	6741	6741	6900	6564	6556
عدد أطباء الأسنان	587	573	572	622	670	670	670	670	642	648	656
عدد السكان للطبيب الواحد	3477	3509	3684	3733	3744	3850	3959	4069	4083	40405	4525
عدد الممرضين	12211	12785	12685	12885	12927	12927	12927	12927	13907	13096	13096
عدد الممرضين للطبيب الواحد	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
عدد الأسرة	16095	16534	16695	16826	16851	16851	14961	14961	16648	16348	17012
عدد السكان للسرير الواحد	1397	14-00	1428	1458	1498	1540	1784	1833	1692	1769	1744

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان، النشرة الإحصائية للوزارة للفترة. 2009-2019م

تشير البيانات المشار إليها في الجدول أعلاه إلى ارتفاع معدل التغطية بالأطباء وهيئة التمريض في الجمهورية اليمنية، وقع هذا الارتفاع خلال الفترة (2009-2019) إلا أن معدل التغطية بالأطباء وهيئة التمريض تراجع في الأعوام الأخيرة، حيث انخفض عدد كل من الأطباء وهيئة التمريض من13907 -6900 على التوالي، عام2017 إلى 6556-13096 حتى عام2019، وقد يعود ذلك إلى هجرة الكوادر الطبية إلى بلدان أخرى، وكذلك وفيات الكوادر الطبية الناجمة عن الدمار الذي تسبب به العدوان على المنشآت الصحية. أما معدل التغطية بالأسرة فقد شهد زيادة ملحوظة في عدد الأسرة حيث بلغ عددها 16095 سريراً عام2009 وارتفع عددها ليصل إلى 17021 سريراً عام 2019 بمعدل نمو (7 .5%), إلا أن ارتفاع معدل التغطية بالأسرة أقل من معدل النمو السكاني والذي يقدر ب (3%) سنوياً. أما معدل التغطية بالأسرة فقد ارتفع من سرير واحد لكل 1397 عام 2009 إلى سريرا واحد لكل 1744 نسمة عام2019 وهو أقل بكثير من الحد الأدنى الموصي به من قبل منظمة الصحة العالمية وهو (سرير واحد لكل 1000 نسمة) مما يؤدي إلى عدم حصول جميع السكان لخدمات القطاع الصحي.

ثالثاً: تطور الخدمات الصحية الأولية:

على الرغم من ندرة البيانات الحديثة عن المؤشرات الصحية والاتجاهات الديموغرافية في الجمهورية اليمنية، فإن تحليل اتجاهات ما قبل الأزمة يظهر بالفعل ضعف النظام الصحي، ولاسيما فيما يتعلق بصحة الأم والطفل، وبسبب الصراع الذي طال أمده، لم ترد تقارير رسمية عن المؤشرات، مثل متوسط العمر المتوقع والخصوبة ووفيات الأمهات ووفيات الرضع منذ عام 2015/ 2014م، وتستند جميع المؤشرات الصحية والأرقام الديموغرافية الحديثة تقريباً إلى التوقعات التي وضعت وفقاً للاتجاهات السائدة قبل تصاعد الصراع عام 2015م، وتقدم المؤشرات الموجزة التالية لمحة سريعة عن الوضع الصحي في اليمن، على الرغم من عدم توفر بيانات دقيقة عن النواتج الصحية بسبب صعوبة جميع البيانات ميدانياً.

1- **معدل وفيات الأطفال:**

يوجد مؤشران مهمان من المؤشرات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية سنوياً يعطيان فكرة واضحة وجيدة في مجال صحة الطفل، وهما مؤشر وفيات الأطفال دون الخامسة ووفيات الرضع حديثي الولادة.

ويمكن توضيح معدل وفيات الأطفال لكل 1000حالة وفاة أثناء الفترة (2010-2015) وكذلك أثناء الفترة (2015-2020)

جدول 3: معدل وفيات الأطفال لكل 1000 مولود خلال الفترة 2009- 2019م

الفترة	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات الرضع لكل 1000
2010- 2015	86	68
2015-2020	79	64

المصدر: وزارة الصحة العامة والإسكان، الإسقاطات السكانية للجمهورية اليمنية للفترة(2010-2020)

توضح البيانات المشار إليها بالجدول أعلاه الانخفاض في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة ومعدل وفيات الرضع حديثي الولادة، ومع محاولة الحكومة اليمنية في خفض معدل وفيات الأطفال في اليمن إلا أننا نلاحظ ارتفاع معدل الوفيات في الجمهورية اليمنية إذا ما قارنها مع بعض الدول العربية. فمثلاً بلغ معدل وفيات الرضع لكل 1000مولود حي في عمان الأردن والبحرين 9 .6% ,17% ,6 .9% على التوالي في عام 2017م بينما في الجمهورية اليمنية بلغ معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي 2 .47% في نفس العام. (كتيب الإحصائيات العالمية،2017).

مما يتوجب على الدولة القيام بجهود إضافية لتحسين الوضع الصحي للأطفال من خلال البرامج الصحية الوطنية الموسعة، مثل: برامج التحصين للأطفال، وكذلك برامج التحصين ضد الدفتيريا، السعال الديكي، والتيتانوس وغيرها من البرامج التي تهدف إلى تقليل معدل وفيات الأطفال.

2- **معدل وفيات الأمهات:**

ويعد معدل وفيات الأمهات من أكثر مؤشرات التنمية تعقيدا فهو لا يعكس مدى فعالية النظام الصحي فحسب وإنما يكشف عن تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية على حياة الأمهات (وزارة التخطيط والتعاون الدولي، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، التقرير الوطني الثاني لأهداف التنمية الألفية، 2010، ص32).

جدول 4: معدل وفيات الأمهات

التفاصيل	2013	2017	2018	2019
معدل وفيات الأمهات لكل 100,000 ولادة حية	148	385	400	500

المصدر: رئاسة مجلس الوزراء، المكتب التنفيذي لإدارة الرؤية الوطنية، محور الصحة، تقرير تحليل الوضع الراهن للخطة الثانية للرؤية الوطنية:6.

من خلال الجدول (4) نلاحظ ارتفاع معدل وفيات الأمهات من 148 إلى 500 حالة وفاة لكل100,000 نسمة خلال الفترة2013-2019 بمقدار 34% وهو مستوى مقلق للمنظومة الصحية ويعود ذلك إلى عدة أسباب، منها: ارتفاع نسبة الأمهات الآتي لا يحصلن على الخدمات الصحية، وذلك نتيجة التشتت السكاني وارتفاع تكلفة النقل وصعوبة الوصول إلى المرافق الصحية الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية، وتدني مستوى الرعاية الصحية المقدمة للأمهات أثناء الولادة، غالبية الولادات تتم في المنازل وبالوسائل التقليدية مما يعرض صحة الأم والطفل للخطر، بسبب سن الإنجاب حيث أشار تقرير اليمن لأهداف التنمية الألفية في عام 2010 بأن وفيات الأمهات ممن قل أعمارهن عن 20 سنة تقدر بثلث الوفيات(وزارة التخطيط والتعاون الدولي، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، التقرير الوطني الثاني لأهداف التنمية الألفية، 2010، ص31)، مما يتطلب رفع الوعي بخطورة الأنجاب المبكر ومساهمة الحكومة في تعزيز خدمات الصحة الإنجابية وتوسع نطاقها.

3- مؤشر أمل الحياة عند الولادة:

يعد هذا المؤشر حصيلة التقدم الإجمالي في مختلف المجالات الصحية والغذائية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

ويقصد به عدد السنين المتوقعة للبقاء على قيد الحياة عند الميلاد للذكور والإناث، وهذا المؤشر يعطي بالضرورة مؤشراً بضرورة الإسراع بتخصيص جزء كبير من الدخل للاستثمار في الصحة لخفض معدلات ومدة وشدة انتشار الأمراض الرئيسة، وزيادة الاستثمار في تحسين نوعية الحياة للسكان (تقرير تحليل الوضع الراهن للخطة الثانية للرؤية الوطنية،2019 ص6)

جدول 5: مؤشر أمل الحياة عند الولادة للفترة (2010-2020م)

الفترة	ذكور	إناث	كلا الجنسين
2010-2015	62	63	63
2015-2020	63	65	64

المصدر: الإسقاطات السكانية للجمهورية اليمنية خلال لفترة (2010-2020).

من خلال الإحصائيات الواردة في الجدول نلاحظ أن مؤشر أمل الحياة عند الولادة ارتفع من 63 للفترة (2010-2015) إلى 64 للفترة (2015-2020)، وبمقدار 6 .1%، وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة يقابله انخفاض في مؤشر الخصوبة حيث انخفض من 9 .4 خلال الفترة (2015-2010) إلى 3 .4 للفترة (2015-2020) وبمقدار2 .12 % كما هو موضح في الجدول التالي.

جدول6: معدل الخصوبة الكلي

الفئات العمرية من 15-49	2010-2015	2015-2020
معدل الخصوبة الكلي لكل امرأة	4. 9	4. 3

المصدر: الإسقاطات السكانية للجمهورية اليمنية خلال لفترة (2010-2020).

وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة راجع إلى معالجة الأسباب الجذرية لسوء التغذية من خلال تحقيق الأمن الصحي، الغذائي، بغرض خفض الإصابات الناجمة عن نقص الغذاء وسلامته والأمن الصحي البئي، حيث استمر ارتفاع مؤشر أمل الحياة حيث وصل إلى9 .66 في عام 2017 وزاد إلى 3 .67 في عام 2019 حسب تقارير مؤشرات التنمية في العالم.

إلا أن الجمهورية اليمنية مازالت من الدول ذات المعدلات المنخفضة مقارنة مع الدول العربية الأخرى، مثل الكويت التي يقارب المعدل فيها 76 سنة، لتوقع الحياة عند الميلاد (رئاسة مجلس الوزراء، المكتب التنفيذي لإدارة الرؤية الوطنية، محور الصحة، تقرير تحليل الوضع الراهن للخطة الثانية للرؤية الوطنية، ص (6).

٤. تطور الإنفاق العام على قطاع الصحي:

تطور الإنفاق العام للقطاعات العامة:

يعد التبويب الوظيفي من أهم التبويبات للموازنة العامة، ويعكس الأثر الاجتماعي والاقتصادي من توزيع الإنفاق العام على وظائف الدولة والعدالة في توزيع هذا الإنفاق على كل الوظائف وفقاً للمؤشرات العامة.

وقد تطور هذا التبويب عبر الزمن بما يخدم الأهداف العامة، حيث تم تبني التبويب الوظيفي وفقاً لدليل إحصائية مالية الحكومة 2001م والبدء بالعمل به ابتداء من عام 2006م.

وتم إصدار دليل التبويب الوظيفي للموازنة في عام 2007م إذ قسم النفقات العامة إلى ثلاث مجموعات رئيسة، وعشر مجموعات فرعية، وفقاً للجدول التالي:

جدول 7: التبويب الوظيفي للنفقات

مجموعة	رقم	البيان السنة
الأولى1	1	خدمات الجمهور العام منها:
		دعم مركزي
	2	الدفاع
	3	النظام العام والسلامة
الثانية11	4	الشؤون الاقتصادية
	5	حماية البيئة
	6	شؤون الإسكان والمجتمع المحلي
	7	الصحة
	8	الترفيه والثقافة والدين
الثالثة111	9	التعليم
	10	الحماية الاجتماعية

المصدر: المكردي، اقتصاديات المالية العامة، (2018,ص 77)

جدول 8: الوزن النسبي للنفقات العامة للدولة حسب التبويب الوظيفي (%)

م	المجموعة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	المتوسط
1	خدمات الجمهور العام منها	19. 56	20. 96	21. 85	21. 83	21. 83	21. 83	21. 31
2	الدفاع	16. 43	12. 67	11. 65	12. 78	12. 78	12. 78	13. 18
3	النظام العام والسلامة	7. 7	6. 85	7. 03	7. 32	7. 32	7. 32	7. 26
4	الشؤون الاقتصادية	28. 13	19. 04	8. 75	13. 26	13. 26	13. 26	15. 95
5	حماية البيئة	0. 15	0. 23	0. 27	0. 59	0. 59	0. 59	0. 4
6	شؤون الإسكان والمجتمع المحلي	3. 05	0. 47	0. 38	1. 08	1. 08	1. 08	1. 19
7	الصحة	3. 69	3. 85	4. 02	5. 65	5. 65	5. 65	4. 75
8	الترفيه والثقافة والدين	0. 92	1. 09	1. 04	1. 38	1. 38	1. 38	1. 19
9	التعليم	15. 95	13. 65	15. 24	17. 03	17. 03	17. 03	15. 99
10	الحماية الاجتماعية	2. 53	19. 83	26. 52	16. 62	16. 62	16. 62	16. 46
	إجمالي النفقات حسب التبويب الوظيفي	98. 11	98. 64	96. 76	97. 54	97. 54	97. 54	97. 69
	تسديد القروض	1. 89	1. 36	3. 24	2. 46	2. 46	2. 46	2. 31
	الإجمالي العام للنفقات	100	100	100	100	100	100	516. 66

المصدر: المكردي، اقتصاديات المالية العامة، 2018، ص 78.

جدول 9: معدل النمو للنفقات العامة للدولة حسب التبويب الوظيفي (%)

م	المجموعة	2011	2012	2013	2014	2015	2016	المتوسط
1	خدمات الجمهور العام	7. 18	43. 14	5. 18	1. 9	0	0	9. 57
2	الدفاع	8. 4	3. 02	7. 29-	11. 93	0	0	2. 68
3	النظام العام والسلامة	17. 47	18. 94	3. 54	6. 13	0	0	7. 68
4	الشؤون الاقتصادية	-11. 48	-9. 58	-53. 61	54. 51	0	0	-3. 36
5	حماية البيئة	-88. 29	103. 3	14. 9	126. 69	0	0	26. 1
6	شؤون الإسكان والمجتمع المحلي	-41. 58	-79. 21	-18. 89	189. 54	0	0	8. 31
7	الصحة	0. 52	39. 65	5. 23	43. 38	0	0	14. 79
8	الترفيه والثقافة والدين	-19. 5	57. 51	-3. 14	34. 97	0	0	11. 64
9	التعليم	12. 2	14. 33	12. 68	14	0	0	8. 87
10	الحماية الاجتماعية	6. 77	945. 4	34. 93	-36. 1	0	0	158. 5
11	إجمالي النفقات حسب التبويب الوظيفي	-1. 56	34. 33	-1. 04	2. 83	0	0	5. 76
12	تسديد القروض	57. 8	-3. 44	139. 81	-22. 66	0	0	28. 59
13	الإجمالي العام للنفقات	-0. 85	33. 62	0. 88	2	0	0	5. 94

المصدر: المكردي، اقتصاديات المالية العامة، 2018، ص79

ومما سبق يتضح من الجدولين (8) (9) والشكل (4) أن الإنفاق العام على قطاع الصحة ارتفع من 69 .3% عام 2011م إلى65 .5% عام 2016م، ليحقق 8 .4% في المتوسط خلال الفترة ذاتها، وبمعدل نمو 8 .14% في المتوسط خلال ذات الفترة، مما يدل على اهتمام الدولة بقطاع الصحة، ولكن مقارنة بالقطاعات الأخرى نجد أن قطاع الصحة يظل في المرتبة السابعة من الأهمية خلال الفترة، حيث جاء قطاع الشؤون الاقتصادية في المرتبة الأولى عام 2011م، وذلك بسبب برنامج الإصلاح الاقتصادي لهذا العام، حيث بلغ قطاع الشؤون الاقتصادية ما نسبته .28 13% من إجمالي الإنفاق العام، وبعدما أنعكس برنامج الإصلاح الاقتصادي سلباً على الناس، وبدأت الدولة وبمساعدة البنك الدولي وصندوق النقد الدولي ترفع نصيب قطاع الحماية الاجتماعية حيث بلغ 52 .26% عام 2013م، وانخفض قطاع الشؤون الاقتصادية إلى 75 .8% عام 2013م، وذلك لارتفاع مؤشرات الفقر نتيجة الأزمة التي حدثت عام 2011م، مما أدى إلى توسع صندوق الرعاية الاجتماعية خلال الفترة 2012-2013م، وبمقارنة هذه النسب بنسبة الإنفاق على قطاع الصحة نجد أن الفرق كبير، حيث يتجاوز 21%، مما يشير إلى عدم وجود عدالة في توزيع الإنفاق العام بين القطاعات المختلفة، أما فيما يخص الإنفاق العام على قطاع خدمة الجمهور فقد بلغ 3 .21% في المتوسط خلال ذات الفترة، ويزيد على متوسط الإنفاق الصحي ما نسبته 5 .16%، والإنفاق على قطاع الدفاع بلغ 2 .13% في المتوسط خلال ذات الفترة، وهو أكبر من متوسط الإنفاق على قطاع الصحة ب4 .8% مما يعكس الأهمية النسبية التي توليها الدولة لبعض القطاعات وذلك على حساب قطاعات أخرى، وحصول قطاع الصحة على المرتبة السابعة يدل على أنه لم يكن أولوية في قائمة اهتمامات الدولة، بينما تهتم البلدان المتطورة بالإنفاق الصحي وتخصص له نسبة عالية من موازنتها تصل في بعض البلدان إلى 17% من مجموعة الموازنة، كما تشير الإحصائيات العالمية لعام 2017 أن إجمالي نفقات الصحة في اليمن بلغت 6 .5% من الناتج المحلي الإجمالي، وهي نسبة منخفضة مقارنة بالدول العربية، مثل تونس والجزائر البالغ (0 .7), (2 .7) % على التوالي، (الولايات المتحدة، الإحصائيات العالمية,2017).

. **سياسات الإنفاق على القطاع الصحي:**

على الرغم من محدودية الموارد المالية وعجز الموازنة العامة، تسعى الحكومة اليمنية إلى توفير خدمات رعاية صحية فعالة وجيدة للأعداد المتزايدة من السكان.

وتم تقييم سياسات الإنفاق للدولة على الصحة في اليمن في ضوء معايير أساسية، وهي الكفاية والكفاءة.

أولاً: معيار الكفاية:

يمكن قياس كفاية الإنفاق العام على الصحة من خلال تحليل نسبة هذا الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي وحجمه من الإنفاق العام الإجمالي ونصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية، كما يمكن مقارنتها بالمعايير الدولية وكذا بالدول المتقدمة والنامية.

1. نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي:

يقيس هذا المؤشر ما يمكن تخصيصه للرعاية والخدمات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي، وفيما يلي نوضح أهم النسب المسجلة خلال الفترة (2009-2017):

جدول 10: نسبة الإنفاق الصحي من الناتج الملحي

السنوات	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	المتوسط
نسبة الإنفاق الصحي من GDP	6	5. 2	4. 8	5. 2	5	4. 8	4. 9	5. 6	5. 2

المصدر: الموقع الإلكتروني https://ar. knoema. com/atlas

من خلال البيانات الواردة في الجدول السابق نلاحظ تراجع ميزانية القطاع الصحي من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2009-2011م حيث انخفض من 0 .6% في السنة المالية 2009إلى 8 .4% في السنة المالية 2011م، وقد أظهرت النسب المسجلة اتجاهاً تنازلياً من قيمة منخفضة إلى قيمة أقل، وهذا ما يوضح الضعف في التخصيص وعدم كفاية الموارد المالية المتاحة للرعاية الصحية، وفي سنة 2012 ارتفعت هذه النسبة مجدداً إلى 2 .5%ثم إلى 6 .5% سنة2017، ومن الملاحظ أن الارتفاع بسيط جداً لا يكاد يذكر ناهيك عن التأرجح الذي حدث لهذه النسبة خلال الفترة 2011-2017م، ويمكن إرجاع سبب ذلك إلى عدم استقرار الأوضاع السياسية والأمنية، وكذلك الأوضاع الاقتصادية في الجمهورية اليمنية بسبب الصراع الذي طال أمده.

2. متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية:

يمثل مؤشر نصيب الفرد من الإنفاق الصحي المقدار المتحصل عليه لكل فرد من الرعاية الصحية، أي أنه يدل على مستويات وجودة الرعاية الصحية، ودرجة قدرات الدولة على تطوير الخدمات الصحية والاهتمام بها، ويؤكد الاقتصاديون على مسألة ارتباط نمو الإنفاق على الرعاية الصحية بنمو الدولة اقتصادياً.

وبذلك يتقارب الاثنان من الاتجاهات العامة المهمة في سياق التحول في تمويل الرعاية الصحية، وبالتالي زيادة نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة وانخفاض النفقات التي يتحملها من الخدمات الصحية. ويمكن توضيح نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في الجدول التالي:

جدول 11: متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي خلال الفترة 2009-2015 (بالدولار الأمريكي)

السنوات	م2009	م2010	م2011	م2012	م2013	م2014	م2015	المتوسط
نصيب الفرد من الإنفاق الصحي	67	69	66	75	80	81	73	73

المصدر: الموقع الإلكتروني https://ar. knoema. com/atlas

من خلال المعطيات الموضحة في الجدول (11) نلاحظ أن متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي قد ارتفع ولكن بنسبة ضئيلة جداً حيث إن الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية لا يتناسب مع حجم السكان مقارنة ببعض الدول حيث نجد أن نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في الجمهورية اليمنية بلغ أعلى قيمة له في سنة 2014م، والمقدرة ب81 دولارا أمريكيا، أما في بعض الدول العربية، مثل: الجزائر والسعودية فقد بلغ نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على صحة 2466، 932 دولار أمريكي على التوالي سنة 2014، ومن خلال ذلك نلاحظ وجود

اختلاف وتفاوت كبير، في حين أن الدول المتقدمة قد سجلت نسب مرتفعة جداً، إذ تم تسجيل أن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية بلغ 9403 دولار أمريكي، وفرنسا فقد سجلت أن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بلغ 4508 دولار أمريكي في السنة ذاتها، وهذا ما يبرهن مدى اهتمام البلدان المتطورة بصحة الفرد وجعلها من أولوياتها. (سميرة، 2019، ص 124).

ويتضح مما سبق عدم كفاية الإنفاق العام الموجه للرعاية الصحية في اليمن، وهو ما يمكن تفسيره بعدم قيام الحكومة بمسؤولياتها تجاه صحة المجتمع، ويعود هذا الأمر إلى عدم تخصيص الموازنة العامة لتطوير القطاع الصحي من جانب ومن جانب آخر إلى عدم كفاءة إدارة الموارد المحدودة.

ثانياً: معيار الكفاءة:

ترتبط الكفاءة بالتوزيع والاستخدام الأمثل للموارد المالية المتاحة، وذلك من أجل تحقيق الأهداف المرجوة إلى أقصى حد ممكن.

وتم قياس كفاءة تخصيص الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي من خلال مؤشرين، هما:

1. توزيع النفقات الصحية: جاري، رأسمالي، مركزي، محلي:

يقيس هذا المؤشر كفاءة التخصيص للنفقات الصحية من خلال الآتي:

جدول 12: توزيع النفقات الصحية: جاري، رأسمالي، مركزي، محلي لمتوسط الفترة 2013م -2015 (%)

البيانات	جاري	رأسمالي	مركزي	محلي
إجمالي نفقات الصحة	**0. 83**	**0. 17**	**0. 53**	**0. 47**
المنتجات والأجهزة للمعدات الطبية	**0. 68**	**0. 32**	**0. 64**	**0. 36**
خدمات العيادات الخارجية	**0. 8**	**0. 2**	**0. 33**	**0. 67**
خدمات المستشفيات	**0. 97**	**0. 03**	**0. 87**	**0. 13**
خدمات صحية عامة	**0. 73**	**0. 27**	**0. 32**	**0. 68**
البحث والتطوير في مجال الصحة	**0**	**0**	**0**	**0**
شؤون صحية غير مصنفة	**0. 99**	**0. 1**	**1**	**0**

المصدر: الوزارة المالية، نشرة إحصائية مالية الحكومة للفترة 2013-2015م.

يبين الجدول (12) أن النفقات الجارية مثلت 83%م من إجمالي نفقات الصحة، بينما تمثل النفقات الرأسمالية 17%في المتوسط خلال الفترة 2013-2015م، ويمثل الإنفاق الجاري على خدمات المستشفيات نسبة 97% مقابل 3% للنفقات الرأسمالية، وذلك يفسر ضعف كفاءة التخصيص للإنفاق الحكومي على القطاع الصحي لذات الفترة، حيث لم تخصص سوى نسبة ضئيلة جداً للإنفاق الرأسمالي (الاستثماري)، والمتمثل في اكتساب أصول ثابتة من المرافق الصحية والأسرة

والأجهزة والمعدات الطبية الجديدة أو إصلاحات جوهرية لإطالة أعمار المباني والأجهزة، أو اكتساب أصول مالية، بحيث لم تتجاوز نسبته 17% من إجمالي موازنة الصحة، في حين استحوذ الإنفاق الجاري على 83% من موازنة الصحة، وذلك يفسر محدودية التغطية بالمرافق الصحية الحكومية، وافتقارها إلى التجهيزات الطبية والأسرة والتكنولوجيا العلاجية والتشخيصية.

ومن حيث توزيع النفقات (مركزي ومحلي) فإن السلطة المركزية تستحوذ على تنفيذ 53% من نفقات الصحة، والسلطة المحلية على 47% لمتوسط الفترة 2013–2015م مما يدل على عدم وجود عدالة وكفاءة في توزيع النفقات الصحية، حيث تشير الإحصائيات الرسمية إلى أن 70% من السكان يقطنون في الريف، مما يعني أن نسبة 30% من السكان يحصلون على خدمات أفضل بينما 70% لا يحصلون على تلك الخدمات. (الجهاز المركزي للإحصاء، كتاب الإحصاء السنوي، 2017).

2. توزيع النفقات الحكومية على الصحة حسب الخدمات الصحية:

يظهر هذا المؤشر الطريقة التي يتم بها توزيع النفقات الصحية بين الخدمات الصحية المختلفة، وذلك حسب الأهمية التي توليها الدولة لكل خدمة.

جدول 13: توزيع النفقات الحكومية على الصحة حسب الخدمات الصحية (مليون ريال)

البيان	2013	2014	2015	المتوسط بالمليون	%
إجمالي نفقات الصحة	113665	124467	91323	111485	100
المنتجات والمعدات والأجهزة الطبية	2621	996	701	1439	1. 3
خدمات العيادات الخارجية	7012	6815	1913	5246	4. 7
خدمات المستشفيات	39828	38626	33858	37437	33. 6
خدمات المراكز الصحية والأمومة	5848	3261	424	3177	2. 9
خدمات صحية عامة	62231	61866	53452	59183	53. 1
البحوث والتطوير في مجال الصحة	0	0	0	0	0
شؤون صحية غير مصنفة	1973	16162	1399	6511	5. 8

المصدر: الوزارة المالية، نشرة إحصائية مالية الحكومة، للفترة 2013–2015م

يظهر الجدول السابق سوء توزيع الإنفاق العام على الخدمات الصحية الأكثر فاعلية، حيث نجد أن الإنفاق على خدمات المستشفيات بلغ 6 .33% من إجمالي الإنفاق الصحي في المتوسط لذات الفترة، في حين أن الإنفاق على مراكز الرعاية الصحية الأولية والأمومة لا يتجاوز نسبة 9 .2%من إجمالي نفقات الصحة، وهذا يدل على أن المستوى الأول للرعاية الصحية (حزمة الخدمات الأساسية) يحتاج إلى مزيد من الاهتمام لأنه يمثل أولوية في تقديم الخدمات للأمهات والأطفال، وتعد البنية الأساسية لإيجاد مجتمع صحيح فإذا توفرت الوقاية اللازمة للأطفال والأمهات فإن ذلك يقي المجتمع الأمراض القاتلة وبالتالي تشكل عبء على القطاع الصحي في المستقبل. كما أن الإنفاق على خدمات الأجهزة التكنولوجية الطبية والأدوية وتوفيرها لا يتعدى 3 .1%، في حين لا يستحوذ الإنفاق على البحث والتطوير في مجال بحوث الصحة أي شيء حيث بلغ 0% خلال الفترة 2015-2013م.

بينما الإنفاق على الخدمات الصحية العامة (نفقات ديوان عام وزارة الصحة وفروعها بالمحافظات، مصروفات البرامج التابعة لوزارة الصحة، المجلس الأعلى للأمومة والطفولة، المركز الوطني لنقل الدم وأبحاثه، المركز الوطني لمختبرات الصحة المركزية) استحوذ على 1 .53%من إجمالي الإنفاق الصحي لمتوسط الفترة 2013-2015م وهو يعكس الأهمية الكبيرة التي توليها الحكومة للخدمات الصحية العامة.

ومما سبق يلاحظ اختلال هيكل الإنفاق لصالح الأعمال الإدارية على حساب الخدمات الصحية مما يتطلب إعادة النظر في توزيع الإنفاق على القطاع الصحي وبما يحقق الكفاءة والفاعلية.

ثالثاً: تقييم فعالية الإنفاق العام على القطاع الصحي:

يرتبط مفهوم الفعالية بالمخرجات والآثار أكثر من ارتباطه بالمدخلات حيث تقيس الفعالية قدرة المنظمة على تحقيق الأهداف والغايات التي تم تحديدها مسبقا (محمد، 2015: 15).

ويمكن تقييم فعالية الإنفاق العام على قطاع الصحة من خلال المؤشرات التي تمكن الباحثين من الحصول عليها، ويمكن الاستعانة بالبنود التالية لتلخيص أهم النتائج التي تم التوصل إليها، ومن هذا البنود وجود بنية تحتية صحية، التحسن في بعض مؤشرات نظام تقديم الخدمات الصحية، التحسن في بعض مؤشرات الحالة الصحية.

أ- وجود بنية تحتية صحية:

شهدت المنشآت الصحية (المستشفيات، المراكز الصحية، وحدات الرعاية الصحية الأولية، مجمعات) في بلادنا نموًا متزايدًا في الفترة 2009-2019 بمتوسط نمو (-2 .5% 3 .1%-1 .0%-8 .2%) ولكن ما يمكن الإشارة إلية هو رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة لتوسع البنى التحتية الصحية إلا أن هذا التوسع لا يتناسب مع النمو السكاني والمقدر ب (3%) وهذا يمثل تحدياً أمام السياسية الصحية لمواجهة وإيجاد الحلول لزيادة التوسع في البنى التحتية.

ب- التحسن في بعض مؤشرات نظام تقديم الخدمات الصحية:

ارتفع عدد الممارسين للصحة (أطباء، أطباء أسنان، ممرضين) خلال الفترة 2009-2019 بمتوسط نمو (.0% 12 .0%-1 .1%-65) إلا أن الزيادة في عدد الأطباء بدأت بالانخفاض خلال الأعوام الأخيرة 2018-2019-2017 حيث تراجع عدد الأطباء من 6900 عام 2017 إلى 6556 عام 2019 وهذا يعّد نموا سلبياً، وبالنسبة لهيئة التمريض خلال الأعوام الأخيرة 2018-2019 فقد شهدت ثباتًا بمقدار 13096 دون زيادة لمواجهة النمو السكاني.

ت- التحسن في بعض مؤشرات الحالة الصحية:

مؤشرات الحالة الصحية لكل من وفيات الأطفال دون الخامسة والأطفال الرضع لكل 1000 مولود حي، وفيات الأمهات لكل 100,000ولادة حية، وكذلك مؤشر أمل الحياة عند الميلاد.

وانخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامس والأطفال الرضع خلال الفترة 2010-2020 بمقدار(1 .0-6 .0) على التوالي ومع الإنجازات والنتائج المحققة إلا أن معدل انخفاض وفيات الأطفال في الجمهورية اليمنية أقل من المعدل الذي تحققه بعض الدول العربية، مثل: الأردن حيث بلغ معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي بمقدار 17% عام 2017، بينما في اليمن فقد بلغ معدل وفيات الرضع خلال نفس العام ب مقدار 2 .47% وهذا يمثل مؤشراً متدنياً، وبالنسبة لوفيات الأمهات فقد ارتفع معدل وفيات الأمهات خلال الفترة 2013-2019من 148 إلى 500 حالة وفاة لكل 100,000 وهو مستوى مقلق للمنظومة الصحية، أما مؤشر أمل الحياة عند الميلاد فقد ارتفع ارتفاعاً مستمراً أكثر من الفترات السابقة، حيث وصل إلى 9 .66 عام 2017 وزاد إلى 3 .67 عام 2019، ومع الرغم من ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الميلاد فأن الجمهورية اليمنية من الدول المنخفضة المعدلات مقارنة مع الدول العربية الأخرى، مثل: الكويت والتي يقارب المعدل فيها ب76 سنة لتوقع الحياة عند الميلاد.

ومما سبق يمكن مقارنة بند مؤشرات الحالة الصحية لعام 2017 مع أهداف الخمسية الرابعة لعام 2015، كما في الجدول التالي.

جدول1

4: مقارنة بند مؤشرات الحالة الصحية لعام 2017 مع أهداف الخمسية الرابعة لعام 2015

المؤشر	قيمة المؤشر 2017	هدف الخمسية الرابعة 2015	الفجوة
معدل وفيات الأمهات	385	135	250
معدل وفيات الأمهات دون الخامسة	57	42	15
معدل وفيات الرضع	43	38	5

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على التقييم الوطني للتنمية المستدامة، 2015 ص 52.

نلاحظ من البنود السابقة أن اليمن لم تحقق الأهداف الخاصة بقطاع الصحة كتخفيض معدلات الوفيات والرفع من مؤشر أمل الحياة عند الولادة. . .. إلخ، وبالتالي فإن الإنفاق العمومي على الرعاية الصحية غير فعال ولم يؤد إلى تحقيق كل الأهداف التي تم وضعها في السياسة الصحية الوطنية.

٥. النتائج والتوصيات:

أولاً: النتائج:

من خلال التحليل للبيانات توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، يمكن توضيحها فيما يلي:

1. عدم كفاية مخصصات الموازنة العامة لتغطية الخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية، حيث إن النمو السكاني أكبر من النمو في القطاع الصحي، بالإضافة إلى تدني أهم المؤشرات الصحية مقارنة بالمعايير العالمية خلال الفترة المدروسة.
2. عدم كفاية المنشآت الصحية المقدمة للخدمات الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية.
3. عدم كفاية الموارد البشرية والمادية مقارنة بالمعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية.
4. التوزيع غير الكفء للإنفاق العام وتحيزه لصالح القطاعات الأخرى على حساب القطاع الصحي.
5. انخفاض متوسط الإنفاق الصحي من الناتج المحلي في الجمهورية اليمنية مقارنة بالدول الأخرى.
6. انخفاض متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية.
7. ضعف كفاءة الإنفاق العام على الرعاية الصحية.
8. تحيز الإنفاق العام على قطاع الصحة لصالح السلطة المركزية على حساب السلطة المحلية.
9. عدم فعالية الإنفاق العام على قطاع الصحة.

ثانياً: التوصيات:

بناء على النتائج التي توصلت لها الدراسة، توصي الدراسة بما يلي:

1-زيادة مخصصات الموازنة العامة المخصصة للقطاع الصحي وذلك من أجل التغطية الشاملة للخدمات الصحية بما يتناسب مع الزيادة السكانية في البلد والتطورات الطارئة للبلد.

2-التركيز على إنشاء مرافق صحية لخدمات الرعاية الصحية الأولية؛ لأنها لا تحتاج إلى تكلفة عالية.

3-زيادة القدرة الاستيعابية للجامعات اليمنية التي تقدم العلوم الطبية ورفع مستوى الأداء لكوادرها، والمحافظة على الأطباء الحاليين من الهجرة ومن خلال توفير نظام أجور يضمن لهم حياة كريمة.

4-توفير الموارد المالية الكافية واللازمة للقطاع الصحي وذلك من أجل تحقيق التنمية الشاملة.

5-رفع كفاءة الإنفاق الصحي من خلال إعادة النظر في توزيع الإنفاق على القطاع الصحي بما يحقق الكفاءة والفاعلية، وتعديل نمط تخصيص الإنفاق الصحي بما يحقق الأهداف المرجوة إلى أقصى حد ممكن.

6-ضرورة تفعيل الجهود لإيصال المؤشرات الصحية والاقتراب من المؤشرات العالمية ومؤشرات الدول المجاورة ذات الطبيعة المشابه لظروف اليمن.

7-إحكام الرقابة على الإنفاق الصحي ومحاربة الفساد الإداري بكل أشكاله.

8-إجراء المزيد من الدراسات والبحوث في هذا المجال.

المصادر والمراجع:

أولاً: الكتب والمؤلفات:

1- الحاج، طارق. (2009). "المالية العامة"، مشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنات.
2- الصديقي، سلوى عثمان. (1999). "مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية"، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، مصر.
3- المكردي، محمد. (2018). "اقتصاديات المالية العامة"، مطابع سيف بن ذي يزن، صنعاء.
4- عبد الرزاق، فارس. " الحكومة والفقراء والإنفاق. العام-دراسة لظاهرة عجز الموازنة وآثارها الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربية، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، لبنان.
5- مصر.

ثانياً: المقالات والدوريات:

6- الحجايا، سليم وعدينات، محمد. (2017). "الحجم الأمثل للإنفاق الحكومي في الأردن للفترة (2014)، المجلة الأردنية للعلوم الاقتصادية، المجلد 4، العدد 2.
7- العيساوي، علي. (2017). " تقييم هيكل الإنفاق الصحي في مستشفيات دائرة صحة النجف الأشرف"، مجلة الغربي للعلوم الاقتصادية والإدارية _ العدد3.
8- الغزالي، عيسى محمد. (2003). " اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22، الكويت.
9- المزروعي، علي سيف علي. (2012). "أثر الإنفاق العام على الناتج المحلي الإجمالي: دراسة تطبيقية على دولة الأمارات العربية المتحدة خلال السنوات (1990-2003)، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 28، العدد1.
10- إبراهيم، محمد. (1983). "طبيعة حماية المستهلك في مجال الخصائص الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد 4، جامعة أسيوط، القاهرة.
11- حسن، أمين عبد العزيز. (1993). "الطلب على الخدمات الصحية ونظم تسويقها، مجلة الإدارة، العدد 3.
12- دحمان، محمد وبو قناديل، محمد. (2016). "تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر بنسبة إلى الموازنة العامة خلال الفترة (2000_2014)، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 2، الجزائر.
13- رشيد، أزمور ودحمان، علي. (2018). "تقييم الإنفاق الصحي من خلال مؤشرات أهداف الألفية"، مجلة التنمية والاستشراف للبحوث والدراسات، العدد 4، الجزائر.
14- سميرة، كرمين (2019). "تقييم فعالية سياسات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في ضوء المعايير. الكفاءة والكفاية والعدالة"، مجلة البحوث والدراسات التجارية، العدد 3، الجزائر.

ثالثاً: الرسائل والأطروحات:

15- الدعمي، زينب جبار. (2018). "إنتاجية الإنفاق العام في العراق وإشكالية التفاوت الزمني خلال السنة المالية"، جامعة كربلاء، العراق.
16- المعارك، محمد وعلي، شفيق. (2003). "أصول وقواعد الموازنة العامة مع الإشارة إلى تطبيقات من المملكة ودول أخرئ. جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
17- المهايني، محمد والخطيب، خالد. (2015). "المالية العامة"، جامعة دمشق، سوريا.
18- الوحيدي، سرين جميل حسن. (2017). "الإنفاق الحكومي وأثرة على الاقتصاد الفلسطيني- دراسة قياسية"، جامعة الأزهر، غزة.
19- بودخدخ، كريم. (2010). " أثر سياسة الإنفاق العام على النمو الاقتصادي دراسة حالة الجزائر (2001-2009)"، جامعة دالي إبراهيم، الجزائر.
20- صالح، عبدالمحي محمود حسن. (2003). "الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الزاريطة، مصر.
21- محمد، دعاء رضا رياض. (2015). "التأصيل النظري لمفهومي الكفاءة والفعالية وتحليل طبيعة العلاقة بينهما وبحث في تطور الفكر الإداري، جامعة القاهرة، مصر.
22- محمد، علي دحمان. (2016). "تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على المستوى القطاع الصحي با الجزائر، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.

23- محمد، علي. (2010). "تقييم نفقات الصحة والتعليم- دراسة حالة لولاية تلمسان"، جامعة إبي بكر بلقايد، الجزائر.

24- مصطفى، زاير. (1998). "تسيير الموارد الصيدلانية في القطاعات الصحية العمومية بالجزائر، جامعة تلمسان، الجزائر.

25- ناجم، وافي. (2019). "توجيه الإنفاق العام لاستهداف النمو الاقتصادي بالجزائر في ظل تقلبات أسعار النفط خلال الفترة (1990-2016)، جامعة أحمد دراية أدرار، الجزائر.

26- نور الدين تاوريت، (2005-2006)، قياس الفعالية التنظيمية من خلال التقييم التنظيمي، أطروحة دكتوراه في علم النفس العمل التنظيمي، كلية علوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد منتوري، الجزائر.

رابعاً: التقارير والنشرات:

27- التقييم الوطني للتنمية المستدامة. (2015). " التقرير العربي حول التنمية المستدامة، اليمن.

28- الجهاز المركزي للإحصاء. (2017). كتاب الإحصاء السنوي، الجمهورية اليمنية.

29- إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية. (2017). كتيب الإحصائيات العالمية، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية، العدد 41.

30- رئاسة مجلس الوزراء، المكتب التنفيذي لإدارة الرؤية الوطنية، محور الصحة، تحليل الوضع الراهن للخطة المرحلية الثانية للرؤية الوطنية، اليمن.

31- وزارة التخطيط والتعاون الدولي. (2010). "التقرير الوطني الثاني لأهداف التنمية الألفية"، اليمن.

32- وزارة التخطيط والتعاون الدولي. (2020). "التقرير الاقتصادي السنوي للعام 2019 القضايا الحرجة والمعالجات الطارئة، اليمن.

33- وزارة الخطيط والتعاون الدولي. (2020). " المستجدات الاقتصادية والاجتماعية (اليمن في مجابهة فايروس كورونا المستجد)"، اليمن، العدد47.

34- وزارة الصحة العامة والسكان. (2010-2020). "النشرة الإحصائية الحيوية".

35- وزارة الصحة العامة والسكان. (2009-2019). "النشرات الإحصائية الصحية السنوية".

36- وزارة التخطيط والتعاون الدولي. (2015). "تحليل موازنة الطفل في الجمهورية اليمنية"، اليمن.

37- وزارة المالية. (2015-2013) "نشرة إحصائية مالية الحكومة".

خامساً: مواقع روابط إلكترونية:

38- (https://news. un. org/ar/story/2019/06/1035071)

39- (https://www. Syrian clinic. com/forum/discussion/7305/%D9%)

40- (knoema. com/atlas)

41- (https://news. un. org/ar/story/2019/06/1035071)