



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان -



كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية

تخصص: تسيير المالية العامة

بعنوان:

تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر

إشراف الأستاذ الدكتور:

شعيب بغداد

إعداد الطالب:

علي دحمان محمد

— السادة أعضاء لجنة المناقشة —

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أد. تشوار خير الدين
مشرفا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أد. شعيب بغداد
ممتحنا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ التعليم العالي	أد. عمراني قمر عبد النور
ممتحنا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ التعليم العالي	أد. هواري جمال
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذة محاضرة "أ"	د. قارة تركي آسية
ممتحنا	جامعة عين تموشنت	أستاذ محاضر "أ"	د. مزيان تاج

السنة الجامعية
2017/2016

المقدمة العامة

الفصل الأول: بعض عناصر اقتصاد الصحة

المبحث الأول: الصحة والخدمات الصحية

-المطلب الأول: ماهية الصحة

-المطلب الثاني: مفاهيم أساسية حول الخدمة الصحية

-المطلب الثالث: الفاعلية والكفاءة في الخدمات الصحية

المبحث الثاني: المقاربات النظرية لاقتصاد الصحة

-المطلب الأول: مدخل عام لظهور اقتصاد الصحة

-المطلب الثاني: تعريف اقتصاد الصحة

-المطلب الثالث: أسباب ظهور فرع اقتصاد الصحة

-المطلب الرابع: قطاع الصحة من وجهة نظر اقتصادية

المبحث الثالث: التحليل الاقتصادي للصحة

-المطلب الأول: خصوصيات فرع اقتصاد الصحة

-المطلب الثاني: خصائص المنتج والمستهلك للخدمات الصحية

-المطلب الثالث: القيود المنهجية للتحليل الاقتصادي للصحة

المبحث الرابع: سوق السلع والخدمات الصحية

-المطلب الأول: المشكلة الاقتصادية وأسواق الخدمات الصحية

-المطلب الثاني: ماهية السوق الصحي (سوق السلع والخدمات الصحية)

-المطلب الثالث: العرض والطلب على الخدمات الصحية

-المطلب الرابع: مرونة العرض والطلب على الخدمات الصحية

-المطلب الخامس: تسعير الخدمات الصحية

خلاصة الفصل

الفصل الثاني: المنظومة الصحية عرض وتحليل

المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية

-المطلب الأول: مفهوم المنظومة الصحية

-المطلب الثاني: وظائف وأهداف النظام الصحي

-المطلب الثالث: مكونات النظام الصحي و نشاطاته

-المطلب الرابع: مميزات النظام الصحي و العوامل المحددة له.

المبحث الثاني: نماذج عن المنظومة الصحية للبلدان متوسطة و مرتفعة الدخل

(التحديات و الرهانات)

-المطلب الأول: المنظومة الصحية الفرنسية

-المطلب الثاني: المنظومة الوطنية للصحة (منظومة بيفرج) Beveriadge

-المطلب الثالث: المنظومة الصحية الحرة الليبرالية (الولايات المتحدة الأمريكية

- المبحث الثالث: المنظومة الصحية بالجزائر
-المطلب الأول: هيكلية المنظومة الصحية بالجزائر
-المطلب الثاني: أسس ومبادئ تنظيم المنظومة الوطنية للصحة
-المطلب الثالث: الأهداف الإستراتيجية والوظائف الأساسية للمنظومة الصحية
-المطلب الرابع: التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية.

- المبحث الرابع: الوضع العام للقطاع الصحي بالجزائر وحتمية الإصلاح
-المطلب الأول: تخطيط عملية إصلاح القطاع الصحي بالجزائر
-المطلب الثاني: أهداف مشروع الإصلاح و ملفاته
-المطلب الثالث: ملامح تحديات النظام الصحي و التدابير المقترحة
-المطلب الرابع: التنظيم الجديد للخريطة الصحية والتطلعات والخطط الانتقالية
خلاصة الفصل

الفصل الثالث: تمويل الصحة

- المبحث الأول: مصادر و أنظمة تمويل الإنفاق الصحي
-المطلب الأول: إشكالية تنامي الإنفاق الصحي كظاهرة عالمية
-المطلب الثاني: مصادر و أنماط تمويل الخدمات الصحية
-المطلب الثالث: نماذج عن تمويل المنظمات الصحية في العالم.

- المبحث الثاني: المبحث الثاني: تطور نظام تمويل المنظومة الصحية بالجزائر
-المطلب الأول: مرحلة التمويل المختلط(1962-1973)
-المطلب الثاني: المرحلة الثانية(1973-1990)
-المطلب الثالث: المرحلة الثالثة(1990-2010)
-المطلب الرابع: تشخيص الجوانب الايجابية والسلبية لنمط التمويل في الجزائر.

- المبحث الثالث: مصادر تمويل المنظومة الصحية بالجزائر
-المطلب الأول: مساهمة الدولة
-المطلب الثاني: مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي
-المطلب الثالث: مساهمة العائلات (التمويل الذاتي).

- المبحث الرابع: النظام التعاقدي كبديل لتمويل المنظومة الصحية بالجزائر
-المطلب الأول: مفهوم العقد
-المطلب الثاني: أهداف التعاقد
-المطلب الثالث: بعض التجارب العالمية في ميدان التعاقد
-المطلب الرابع: النظام التعاقدي بالجزائر كبرنامج لم يكتمل بعد

الفصل الرابع: الإنفاق الصحي عرض وتحليل

المبحث الأول: تقييم الإنفاق الصحي نسبة إلى الموازنة العامة

-المطلب الأول: تقييم الإنفاق على التسيير

-المطلب الثاني: تقييم الإنفاق على التجهيز والاستثمار

-المطلب الثالث: تقسيم الإنفاق الصحي من خلال النفقات الاجتماعية بالمعنى الحصري والتحويلات

-المطلب الرابع: تقييم الإنفاق الصحي بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية

المبحث الثاني: إنتاجية الإنفاق الصحي من خلال مؤشرات الصحة العامة

-المطلب الأول: تقييم الإنفاق الصحي من خلال مؤشرات الصحة العامة

-المطلب الثاني: تقييم الإنفاق الصحي من خلال تحليل حجم الإمكانيات المادية والبشرية

-المطلب الثالث: تقييم الإنفاق الصحي من خلال سوق الموارد الصيدلانية.

المبحث الثالث: ترشيد الإنفاق العام كآلية لتحقيق الكفاءة والفعالية بالإنفاق الصحي في الجزائر

-المطلب الأول: آليات ترشيد الإنفاق الصحي

-المطلب الثاني: بعض التجارب الرائدة في ترشيد الإنفاق الصحي

-المطلب الثالث: التحديات المعاصرة والمستقبلية للمنظومة الصحية الجزائرية

-المطلب الرابع: آليات تحقيق تنمية مستدامة بالقطاع الصحي في الجزائر

المبحث الرابع: محاولة لتقييم الإنفاق الصحي من خلال دراسة قياسية-

-المطلب الأول: محددات الصحة

-المطلب الثاني: تأثير الإنفاق الصحي على الإنتاجية الصحية

خلاصة الفصل

الخاتمة العامة

قائمة المراجع

قائمة الأشكال

الفهرس العام

المقدمة العامة

1. تمهيد:

تتصدر قضية الصحة الأجندة الدولية لحقوق الإنسان مما أعطى الدول والمجتمع الدولي فرصة عظيمة وتحدياً جديداً. إذ يشكل التوافق العالمي في سياسات الصحة أحد أهم المشكلات الرئيسية. بحيث يعد قطاع الصحة قطاعاً مركباً ومعقداً جداً في إدارته وتشابكه فهناك أكثر من 100 منظمة عالمية كبرى معنية بقطاع الصحة بما يفوق أي قطاع آخر ومع ذلك لا توجد هيكلية جماعية أو تنسيقية عالمية كافية.

وعلى هذا الأساس يحتاج قطاع الصحة إلى آليات تضمن التمويل طويل المدى كما تتدخل محددات غير صحيحة عديدة في مخرجات الصحة مما يدعو إلى التناول الأفقي والقطعي المركب في آن واحد كما تتدخل السلوكيات الفردية في مخرجات الصحة والتي من الصعب التحكم فيها أو تغييرها. وأيضاً يسهم القطاع الخاص بثقل في تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحية ومع ذلك يغيب دوره عند مناقشة ووضع السياسات الصحية.

من جهة أخرى تعتبر الصحة عنصراً ومكوناً أساسياً للتنمية البشرية حيث أن هناك تفاعل ديناميكي بين صحة الإنسان صانع التنمية وبين التنمية كهدف منشود فعندما تمكن الأفراد من إشباع حاجاتهم المادية إلى حد ما انتقلوا ضمن سلم الحاجات لإشباع تلك الحاجات غير المادية ومنها خدمات الرعاية الصحية وخلال هذا الانتقال أضحى جلياً دور خدمات الرعاية الصحية في خدمة المجتمع والاقتصاد على حد سواء على اعتبار أن الفرد المتمتع بصحة جيدة يعد مورد بشري جاهز للاستعمال في العملية الإنتاجية. ومن أبرز النتائج التي أظهرتها الدراسات السابقة فيما يتعلق بعلاقة الصحة بالنمو، أنه توجد هناك علاقة سببية تبادلية بين الصحة والنمو، فالصحة تؤثر بطريقة مباشرة على النمو من خلال تأثيرها على الإنتاجية، حيث أن الصحة الجيدة تعطي الفرد المقدرة على بذل مجهود أكبر خلال نفس وحدة الزمن. والعمل لوقت أطول خلال نفس اليوم والعيش حياة إنتاجية أطول، وكل هذه عوامل تساعد على زيادة الإنتاج والإنتاجية. وعلى اعتبار أن الصحة هي سلعة شبه سوقية تتميز بعدم القدرة على الاستبعاد يفشل السوق في توفيرها لكل أفراد المجتمع. وإنما يمكن أن يوفر بعضها للقادرين فقط. فإنه يستلزم على الدولة تمويل وتوفير الرعاية الصحية والصحة العامة لأفراد المجتمع. وتأسيساً على ما سبق يبدو جلياً دور الدولة في تحقيق الأمن الصحي، ولا يتأتى هذا إلا من خلال وجود سياسة إنفاذية رشيدة للحكومات تعمل على توسيع الخيارات الصحية أمام أفراد المجتمع وتوفير التمويل العادل للخدمات الصحية والسعي نحو الاستجابة لحاجيات السكان.

على الرغم من أهمية هذا القطاع الحيوي إلا أنه لم يحظى إلا بإهمال القليل من الباحثين الاقتصاديين والاجتماعيين فعلى الرغم من أهميته وخصوصيته وتفردته عن باقي القطاعات من خلال بعده الاجتماعي ووقعه

الإنساني. فجل الأبحاث كانت تنصب على القطاعات الاقتصادية إلا أن الواقع الحالي فرض على المفكرين الاهتمام بهذا الجانب عبر التحاليل النظرية والأبحاث الانتقادية للسياسات المنتهجة ونتائجها. فالمشاكل التي عرفها هذه القطاع وبالأخص حالة الانسداد على مستوى هيكله، والتي كانت نتاجا لتفاقم الحالة المالية والتسييرية لها هي من أكثر العوامل التي أدت إلى الحديث عن السياسات المتبعة لتسوية جوهر هذه المشاكل خاصة وأن الأرقام المتعلقة بدرجة تحقيق مختلف أهداف النظم الصحية بينت وجود علاقة إيجابية بين درجة تطوير النظام الصحي ومستوى أدائه كما أشارت في نفس الوقت إلى أن مستوى الإنفاق على الصحة لوحده لا يشكل محددًا رئيسيًا لتطوير الكفاءة الاقتصادية للنظم الصحية. ونلاحظ في هذا الصدد أن دول نامية تنفق مبالغ مالية متواضعة بالمقارنة بما ينفق في الدول المتقدمة. قد حققت نتائج جيدة فيما يخص تحقيق الأهداف الرئيسية والكفاءة العامة للنظام الصحي.

ويختلف حجم الإنفاق الصحي من بلد لآخر كما تختلف أنظمة الرعاية الصحية بينها وتباين نتائج الإنفاق الصحي للحكومات على الحالة الصحية العامة، وإن ظهور مشكل ضغط النفقات الصحية المتزايدة جعل تحديد طبيعة العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي ونتائجه الصحية في غاية الأهمية وهذا ما جعل النقاشات اليوم مستمرة حول العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي الحكومي ومخرجات الصحة الوطنية لأن تحديد طبيعة هذه العلاقة سيسهم في المساعدة على اتخاذ القرارات الملائمة والفعالة فيما يخص الإنفاق الصحي خاصة مع ضغط تكاليفه.

أما بالنسبة للجزائر فقد شهدت هذه القطاع تطورات كبيرة تزامن مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام. وقد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذه القطاعات، وهو محاولة القيام بالتغييرات الضرورية في المنظومة الصحية عبر تطبيق سياسات مبرمجًا أما من الناحية المادية فتظهر تنمية هذه القطاعات من خلال مخصصاتها المالية من الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع في التنمية.

لكنعلي الرغم من ارتفاع حجم الإنفاق علي هذا القطاع، وما تبدله الدولة من جهود في سبيل الرفع من مستوى الخدمات الصحية إلا أن الاستفادة من ذلك ما زال دون المستوى المطلوب أين بقي عرضة للعديد من المشاكل (نتيجة للقصور الإداري من جهة وعدم فعالية السياسات الموضوعة من جهة أخرى). إن الارتفاع المذهل في تكاليف القطاع الصحي جعل السلطات وجميع الفاعلين بالقطاع تتساءل عن هذا المشكل وعن السياسة الواجب إتباعها لتسويته وبهذا فقد أصبح ينظر إلى الصحة كمصدر للنفقات الباهظة والتبذير بدلا

من كونها منفذ لدفع وتيرة النمو. وأمام هذه التحديات النوعية فقد بات لزاما علي المشرفين عليها التفكير بصفة جدية في سبل مواجهة هذه التحديات وبالتالي المحافظة علي جودة الخدمات الصحية من خلال عقلانية وحسن تسيير الطاقات المسخرة حتى تؤدي المهام المرسومة لها علي أكمل وأحسن وجه. وبذلك تتفادى المصير المشؤوم الذي آلت إليه القطاعات الاقتصادية الأخرى وكل ذلك لا يأتي إلا ببروز نية صادقة في تغيير نمط التسيير وكذا التحليل الهيكلي والمالي لجوانب الإنفاق بهذه القطاعات مع استبعاد الإنفاق غير فعال.

2. الإشكالية:

➤ من خلال ما تطرقنا اليه سابقا تتبادر لنا إشكالية الموضوع التي تتمحور حول البحث عن بعض المؤشرات التي يمكن من خلالها تقييم مدى فعالية الانفاق الصحي بالجزائر، لدى ارتأينا اجراء هذه الدراسة بغية الإجابة على الإشكالية التالية:

➤ ما مدى فعالية الإنفاق الصحي بالجزائر؟ و هل أن إنتاجية هذا القطاع تعكس حجم المبالغ المخصصة له؟

يشترك من صميم هذا السؤال الرئيسي أسئلة فرعية أخرى تتمحور حول الدراسة شكلا ومضمونا وتحليلا في الإجابة عليها، وعلى سبيل المثال:

➤ نظرا للأوضاع المزرية التي عرفها القطاع هل يمكن اعتبار الصحة حاجة للاستهلاك أم أنها استثمار؟

➤ هل أن المخصصات المالية هي كافية لتغطية نفقات القطاع؟

➤ ما مدى فعالية السياسات المنتهجة علي مستوى القطاع؟ وما مدى تأثيرها علي جانب التسيير؟

➤ هل أن المردود الذي يقدمه القطاع يتلاءم وحجم الجهود المبذولة فيه؟

➤ ما هو الدور الذي تلعبه مستويات التغطية الطبية بين مختلف المناطق، من أجل تجسيد مبدأ العدالة

والمساواة في الحصول على العلاج بالجزائر؟

➤ ما هو حجم الدور الذي يؤديه القطاع العام والخاص؟ وما هو الشيء المنتظر منهم مستقبلا؟

➤ كيف يمكن التحكم بالتكاليف الصحية والتحكم بحجم الإنفاق الصحي بوجه عام؟

3. فرضيات الدراسة:

بعد جمع المراجع المختلفة التي لها صلة بموضوع البحث استطعنا صياغة الفرضيات التالية التي تحدد ساحة النقاش وترسم بذلك حدودا للبحث وهي كالتالي:

✚ إن المشاكل التي يعاني منها قطاع الصحة بالجزائر، خاصة مع تزايد الطلب على العلاج لا تكمن في نقص الوسائل (الإمكانيات المادية، المالية والبشرية) وإنما إلى سوء استخدامها، وهو ما يستوجب البحث عن العقلانية في التسيير.

✚ إن سوء تسيير هذه الإمكانيات المتاحة بالقطاع أدى إلى تزايد الإنفاق الصحي غير المبرر وبالتالي عدم القدرة على إشباع الطلب المتزايد على العلاج.

✚ انخفاض مستوى فعالية القطاع جاء كنتيجة لعدم ملائمة السياسات المنتهجة على مستوى القطاع الصحي باعتبارها لا تتماشى والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية الراهنة.

✚ يقدم القطاع الخاص دورا فعالا على مستوى القطاع الصحي باعتباره مكملا للجهود ومساعدى الحكومة بالرغم من أنها تظل مساهمة محتشمة مقارنة ببعض الدول.

✚ أساس تمويل القطاع الصحي هو الدولة والضمان الاجتماعى والأسرة لكن يجب أن تحدد معالمه من خلال تحديد حصة كل هيئة على أساس برامج صحية مع البحث عن مصادر أخرى للتمويل.

4. أهمية الدراسة:

تتبع أهمية البحث من الناحية العلمية باعتباره يحاول ملء الفجوة الحالية في الأدبيات العربية من خلال التوصل إلى إطار فكري متكامل لتقويم مدى فعالية القطاع الصحي بالجزائر بالشكل الذي يزيد من فعالية وكفاءة الأداء للمنظومة الصحية.

رغم أهمية الدراسات السابقة التي تمت بنفس هذا الموضوع، إلا أننا حاولنا من خلال هذا البحث إعطاء تقييم شامل للقطاع من جميع الجوانب التي تمس المنظومة الصحية الجزائرية بشكل عام، مع إجراء بعض المقارنات الدولية من حيث المؤشرات الصحية وذلك من أجل على مردود القطاع.

كما سعت الدراسة إلى البحث عن نموذج تطبيقي يمكن من خلاله تقييم مستوى الفعالية بالقطاع إذ تعتبر هذه الفترة نقطة تحول لإجراء عمليات التطور والتغيير في المنظومة الصحية مما يمكن من تعديل الأداء بها وتحقيق الأهداف وأداء رسالتها نحو توفير خدمة صحية للمواطنين على أحسن وجه وبمستوى يتسم بالكفاءة والفعالية.

5. أهداف البحث:

- تمثل أهداف هذا البحث في مجموعة من النقاط الرئيسية التي يمكن بلورتها علي النحو التالي:
- التعرف علي مختلف العوامل التي يمكن أن تؤدي إلي تحسين وتطوير مستوى وكفاءة المنظمات الصحية.
- وصف وتقييم دقيق للقطاع الصحي خلال الفترة محل الدراسة لاكتشاف الخلل الذي أصابه مما أدى انخفاض في مستوى فعاليته.
- التعرف علي الممارسات التي تؤدي إلي ارتفاع مستوى الفعالية التنظيمية وتلك التي تؤدي إلي انخفاضها.
- التوصل إلي بعض الاقتراحات التي يمكن أن تساهم في تنمية وتطوير الأداء وتدعيم قدراته علي تقديم خدمات صحية متميزة تتفق مع أهداف القطاع وتوقعات المرضى.

6. منهج الدراسة:

بالنظر إلى أهمية الدراسة فقد اعتمدنا على تطبيق المناهج المعتمدة في الدراسات الاقتصادية وذلك من خلال تطبيق المنهج الوصفي التحليلي عبر إظهار الإطار النظري لاقتصاد الصحي وماهية النظام الصحي ثم يكون تحليليا عند الحديث عن جانب التمويل الإنفاق على القطاع كما اعتمدنا على المنهج الإحصائي خلال الفترة محل الدراسة وفي الأخير اعتمدنا على نموذج رياضي لإثبات مدى صحة الدراسة التحليلية وهذا من خلال إظهار علاقة الإنفاق الصحي بمخرجات القطاع عن طريق الاعتماد على نموذج التكامل المشترك المتزامن.

7. دوافع اختيار البحث :

- لقد تم اختيار موضوع البحث للأسباب التالية:
- نقص الدراسات التي تتناول البحث في ميدان الصحة، خاصة باللغة الوطنية.
- الوضعية السيئة التي يعيشها هذا القطاع خاصة في الآونة الأخيرة.
- أهمية هذا الموضوع في الاقتصاد الوطني باعتبار أن هذا القطاع هو الأكثر استهلاكاً للموارد المالية وأكثر تأثيراً على تنمية البلاد.

8. تحديد اطار البحث:

يتحدد نطاق هذه الدراسة بما يلي:

- تهتم هذه الدراسة بالتأطير الأكاديمي لموضوع الصحة وعلى هذا الأساس سعت هذه الدراسة الى ابراز مختلف المفاهيم ذات الصلة بالمنظومة الصحية ، مع محاولة دراسة علاقة هذا القطاع بعلم الاقتصاد من خلال ما يعرف باقتصاديات الصحة.
- بالإضافة الى ذلك فقد سعت هذه الدراسة الى تقديم رؤية واضحة عن أهم اشكال يعترض المنظومات الصحية ألى وهو ملف تمويل القطاع الصحي .
- وباعتبار أن عملية تقييم الانفاق الصحي تعتمد على مؤشرات ملموسة فقد استندت الدراسة الى بعض المؤشرات منها:
 - ✓ تقييم الانفاق نسبة الى الموازنة العامة.
 - ✓ تقييم الانفاق الصحي نسبة الى إنتاجية القطاع.
 - ✓ تقييم مدى تأثير الانفاق الصحي على المؤشرات الصحية.
- من أجل الحصول على منظومة صحية مثالية بالجزائر تتماشى وحجم الجهود المبذولة بالقطاع فقد سعت الدراسة الى الاستعانة ببعض المنظومات الصحية الرائدة بهذا المجال و يتعلق الأمر بالمنظومة الصحية الفرنسية، البريطانية والأمريكية.

9. صعوبات الدراسة :

إن الصعوبات التي واجهتنا أثناء إنجاز هذا البحثلا تختلف عن تلك التي هي مألوفة لدى بقية الباحثين والتي نوجزها في ما يلي:

- النقص الكبير في المراجع سواء تعلق الأمر باللغة العربية أو باللغة الأجنبية.
- صعوبة الاتصال بالمصالح المعنية للإدلاء بأي معلومات لها صلة بالموضوع وهو ما يكرس مبدأ البيروقراطية لذي الإدارات العمومي.
- تضارب في الإحصائيات بين المصالح والوزارات.
- ندرة الدراسات التي تتناول موضوع تقييم نفقات الصحة وإن وجدت فهي لا تتناول إلا بعض الجوانب الفنية نتيجة انعدام معايير يستند إليها في عملية التقييم.

- طبيعة الأنظمة المغلقة والتي تصعب من وجود بيانات وإحصائيات دقيقة (غير موثوق به) والتي غالبا ما تدفع الباحث إلي العزوف عن أي دراسات نقدية لهذه السياسات.

10. الدراسات السابقة:

- دراسة" أثيل عبد الجبار الجومرد، محمد وحيد حسن": العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي (2007)

تعد العلاقة بين متغير الصحة والنمو الاقتصادي علاقة متبادلة (يؤثر كل منهما في الآخر)، ويعد متغير معدل الوفيات مؤشرا أساسيا لتوضيح أثر النمو الاقتصادي في عموم الوضع الصحي، فضلا عن مؤشرات أخرى مثل: مؤشر التغذية، العناية الصحية العامة والنظافة البيئية. وعلى هذا الأساس فقد حاول الباحث من خلال هذه الدراسة البحث والتعرف في طبيعة العلاقة السببية المتبادلة من خلال مجموعة من القنوات تبين تفصيل آليات التأثير في كلا الاتجاهين.

لتوضيح العلاقة بين هذين المتغيرين فقد استعان الباحث بمجموعة من الدراسات خاصة ما يتعلق بدراسة

كل من (Barro, 1996) و (Boom caning and Sevilla 2004).

استعان الباحث في هذه الدراسة لتفسير العلاقة بمؤشر الدخل.وقد خلصت الدراسة إلى كون أن السمات الأساسية لهذا التحليل هو السببية العكسية بين كل من الصحة والنمو الاقتصادي، وعلى الرغم من أن التركيز يكون منصبا على الآثار الاقتصادية المترتبة على تحسين الحالة الصحية، إلا أن السببية بين الصحة والدخل تبرز بشكل واضح من خلال العلاقة بينهما. إذ أن مستويات الدخل الأعلى تسمح بالحصول على تدخلات صحية أفضل والتي تترجم إلى صحة أفضل، فضلا عن ذلك فالصحة الجيدة لها تأثير مباشر وغير مباشر في الدخل من خلال العديد من القنوات .

- دراسة" علاء بن محمد صالح بن علي باز":دالة الإنتاج في القطاع الصحي السعودي (2010)

لقد قام الباحث من خلال هذه الدراسة بصياغة نموذج لتقدير دالة الإنتاج الصحي السعودي خلال الفترة 1970-2006 باستخدام العمر المتوقع عند الميلاد كمؤشر لمستوى الصحة في المملكة، وبثلاثة متغيرات تفسيرية تتمثل في العوامل الاقتصادية الاجتماعية والبيئية.

حيث تم تمثيل العوامل الاقتصادية بمتوسط دخل الفرد بالمملكة، أما العوامل الاجتماعية بأعداد القوى البشرية الطبية العاملة بالمملكة، وتمثيل العوامل البيئية بانبعاث غاز ثاني أكسيد الكربون.وقد اعتمدت الدراسة

على نمذجة قياسية لتقدير دالة الإنتاج الصحي باستخدام نموذج التكامل المشترك وتصحيح الخطأ بطريقة جوهانسن.

وقد خلصت الدراسة إلى ضرورة تأهيل القوي البشرية الطبية والتركيز على سبل تحسين الدخل الفرد لجني ثمار تحسين مستوى الصحة العام.

- دراسة "مديحة محمود خطاب": أولويات الإنفاق في مصر والدول العربية (2009) اهتمت هذه الدراسة بتحليل الوضع الصحي بمصر خلال الفترة الممتدة (2000-2006) من خلال التركيز على بعض المؤشرات الصحية التي تساعد على تقييم مدى فعالية الموارد التي تم صرفها على القطاع، مع الإشارة إلى أهم المصادر التي تعتمد عليها مصر في عملية تمويل القطاع، وفي الأخير تم اختتام الدراسة بملامح إصلاح النظام الصحي بمصر وأهم الخطط الانتقالية للفترة المستقبلية.

وقد خلصت الدراسة إلى أنه ينبغي على واضعي السياسات الصحية بالدول النامية التركيز على الإنفاق الخاص مثل الإنفاق العام، كما ينبغي على هذه الدول التركيز على المصادر الداخلية للتمويل، فهي المسؤولة عن الحجم الأكبر لمصادر إنفاقهم على الصحة. أما فيما الحجم الأمثل للإنفاق العام فان القطاع يحتاج دائما إلى موارد إضافية (في ظل إشكالية تزايد الإنفاق العام) لكن مزيد من المال لن يحقق نتائج ما لم يتم التعامل مع المعوقات الرئيسية لقطاع.

- دراسة "عياشي نور الدين": المنظومة الصحية المغربية (2010/2009)

لقد حاول الباحث من خلال هذه الدراسة إظهار الفائدة الاقتصادية من الجهود التي تبذل لتحسين الوضع الصحي، انطلاق من أن الإنفاق على الصحة يمثل استثمارة بشريا وقد برزت هذه الأبحاث بالنظر للتنامي الطلب على الخدمات الصحية مقابل موارد محدودة. وعلى هذا الأساس فقد ركزت الدراسة على ثلاثة بلدان مغربية (تونس، المغرب الجزائر). وقد خلصت الدراسة التحليلية لواقع القطاع الصحي بهذه البلدان أن:

- النجاحات المحققة بهذه البلدان على صعيد التوازنات الاقتصادية الكبرى لا تخفي الإخفاق الشديد على المستوى الاجتماعي (كالصحة، السكن، التعليم...). وعلى هذا الأساس أصبح القطاع الصحي من المحاور الكبرى التي يجب إدراجها عند الحديث عن أي إصلاحات اقتصادية حقيقية شاملة.
- أصبح ملف تمويل الإنفاق الصحي يطرح إشكالا كبيرا على مستوى هذه الدول، مع تسجيل تفاوتات في حصة النفقات العمومية والخاصة.

• يمثل الإنفاق العام نسبة 75% من حجم الإنفاق الكلي على القطاع وهي نسبة معتبرة مقارنة بالدول المجاورة (تونس والمغرب) وهذا طبعا في ظل النسبة المحتشمة التي يساهم بها القطاع الخاص بالجزائر.

- دراسة "محمد الجموعي قريشي، الحاج عرابة": قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية (2011)

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة الخدمات الصحية من طرف المستشفيات الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلق البيانات، وتم استخدام الأطباء والمرضى العاملين في مستشفيات العينة كمدخل للنموذج، وعدد المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين كمخرجات للنموذج، وتضمنت الدراسة عشرة (10) مستشفيات.

وقد توصلت الدراسة إلى كون الكفاءة النسبية يعتبر مؤشرا جيدا لتقييم ومقارنة أداء وحدات اتخاذ القرار في أي قطاع من القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، كما يعتبر أسلوب تحليل مغلق البيانات (DEA) بجانبه الادخاري والإخراجي وبرنامج (DEAXL) المعلوماتي أداتين مناسبتين لحساب وقياس هذا المؤشر. وعند استخدام هذا المؤشر على عينة الدراسة فقد تم التوصل إلى أن القطاع الخاص يتميز بمستويات كفاء أعلى نسبيا من وحدات القطاع العام، والسبب في ذلك يعود إلى للأحجام الكبيرة في مدخلات ومخرجات القطاع العام مقارنة بالأحجام الصغيرة لمدخلات ومخرجات القطاع الخاص.

- دراسة "عتيق عائشة": جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية (2011/2012)

تعد جودة الخدمة من المجالات الأكثر أهمية في قطاع الخدمات الصحية. وعلى هذا الأساس فقد اهتمت هذه الدراسة بالبحث في مستوى جودة الخدمات الصحية العامة والخدمات الصحية الخاصة، والذي يقوم على أسلوب البحث العلمي عن طريق استخدام مقياس جودة الخدمة (Servqual Scale) الذي وضع من قبل (Parasuraman, Zeithaml, and Berry) عام 1988/1985 المكون من خمس أبعاد أساسية وهي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد (الثقة)، التعاطف، فضلا عن استمارة الاستبيان على مستوى المؤسسة العمومية لولاية سعيدة. وقد تمكنت الدراسة من التوصل أن المريض راض عن الأبعاد الأربعة (الاستجابة، الضمان، التعاطف، الاعتمادية) إلا أنه غير راض عن بعد الملموسية مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتماشى مع احتياجات المرضى، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.

- دراسة "عبد الكريم منصوري": قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلق البيانات (DEA) للبلدان متوسطة والمرتفعة الدخل (نمذجة قياسية) (2013/2014)

لقد سعت هذه الدراسة إلى قياس الكفاءة النسبية لـ 131 نظام صحي، تخص البلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل وذلك باستخدام أسلوب تحليل مغلق البيانات (DEA) من خلال مرحلتين أساسيتين:

- حيث تتمثل المرحلة الأولى: في قياس مؤشرات الكفاءة باستخدام أسلوب تحليل مغلق البيانات.
- بينما تختص المرحلة الثانية: باستخدام انحدار TOBIT لغرض تفسير مؤشرات الكفاءة بمتغيرات هيكلية تخص النظام الصحي، ومتغيرات أخرى (اقتصادية اجتماعية) تحيط بالنظام الصحي.

وبينت نتائج الدراسة إلى وجود تقارب في استخدام الموارد الصحية للعينة المدروسة وذلك بمعدل 98.8% بينما هناك تباعد ملحوظ في كيفية اختيار الموارد الصحية وذلك بمعدل 64.7%. كما بينت النتائج بأن الحكومات التي تنفق موارد أكثر على القطاع الصحي تمتاز أنظمتها الصحية بالكفاءة.

- دراسة "Nouara KaiLe système de sante Algérien entre efficacité et équité"

لقد سعت هذه الدراسة إلى تشخيص الوضع الصحي العام بالجزائر بصفة عامة من خلال التركيز على صحة الطفل كونه أفضل استثمار للموارد البشرية وذلك من خلال تهيئة الطفل وتمكينه من التحدي لعقبات المستقبل.

كما بينت هذه الدراسة الإصلاحات الاقتصادية المتخذة ضمن آليات وميكانزمات اقتصاد السوق تطرح مشكل تمويل قطاع الصحة، وعلى هذا الأساس تحاول الجزائر التحكم في النفقات الاجتماعية وبالخصوص تلك المتعلقة بالقطاع الصحي وذلك من خلال التخلي التدريجي للدولة عن الميدان المالي مما أثر سلبا على السياسة الصحية المتبعة، كما عملت الجزائر على تحويل النفقات المالية للدولة إلى العائلات وهذا التحول يسمح بالاحتفاظ بالنظام الحالي وذلك بتخفيض حدة إفلاس القطاعات العمومية.

- دراسة "Benmansour Sonia :Financement ede système de santé dans les pays du Maghreb (2012)"

إن حماية وتعزيز الصحة أمر ضروري، لاكن هناك إشكال رئيسي يواجهه القطاع على مستوى أغلب دول العالم والمتمثل في الخيارات الصعبة في تمويل الأنظمة الصحية. وعلى هذا الأساس فقد اهتمت هذه الدراسة بتحليل الوضع الصحي في البلدان المغاربية (تونس المغرب والجزائر) مع التركيز على جانب التمويل.

وقد خلصت الدراسة إلى كون أن تزايد الطلب على العلاج بهذه الدول من أهم العوامل التي أدت إلى زيادة تكاليف القطاع وبالتالي ينبغي على الفاعلين بالسياسات الصحية من البحث عن موارد بديلة لتمويل القطاع بما يستجيب لاحتياجات الأفراد على العلاج.

- دراسة "Preston S": العلاقة السببية بين الصحة والنمو الاقتصادي في البلدان النامية¹1975:"

إن البحث المقدم من قبل برستون الذي يناقش تغير العلاقة بين معدل الوفيات ومستوى التنمية الاقتصادية لعام 1975 ما تزال تشكل حجر الأساس لكثير من السياسات العالمية للصحة العامة والنقاش الأكاديمي للصحة العامة والتي توضح حقيقتين مركبتين:

• الأولى: هي علاقة موجبة بين مستويات الدخل القومي وتوقعات الحياة في البلدان الأكثر فقرا وعلى الرغم من كون هذه العلاقة غير خطية لمستويات توقعات الحياة في البلدان الأغنى إلا أنها تكون أقل حساسية للتباين في متوسط الدخل.

• الثانية: إن العلاقة تتغير مع زيادة توقعات الحياة بمرور الزمن عند جميع مستويات الدخل. كما قام برستون بدراسة وتقدير العلاقة بين مستويات الدخل ومؤشر الصحة ممثلا بتوقعات الحياة خلال ثلاثة سنوات 1900 1930 1965 والتي تم التوصل من خلالها إلى وجود علاقة صحيحة بين الدخل وتوقعات الحياة.

- دراسة "Gupta et Verhoeven": كفاءة الإنفاق الحكومي في إفريقيا (2001)²

اهتم الباحثان من خلال هذه الدراسة إلى قياس كفاءة النفقات العمومية الصحية من خلال الاعتماد على نموذج FDH من خلال استخدام عينة من 85 دولة نامية وذلك خلال الفترة الممتدة من 1984-1995 واعتمد الباحثان من خلال هذاالدراسة على المتغيرات التالية:

- بالنسبة للمدخلات فقد تمثلت في المتغيرات التالية: نصيب الفرد من الإنفاق الصحي .
- أما المخرجات فقد تم استخدام المتغيرات التالية: أمل الحياة عند الولادة، معدل وفيات الأطفال، معدل التلقيح ضد الحصبة، معدل التلقيح ضد DPT السعال الديكي، الخناق ، التيتانوس).

¹- Marmot M., 2002, ***The influence of income on health***: views of an epidemiologist. *Health Affairs* 2002, p 46.

²- S. Gupta, M. Verhoeven, ***The Efficiency Of Government Expenditure Experiences From Africa***, *Journal of Policy Modeling*, vol. 23, 2001, p. 433 – 467.

وقد توصلت الدراسة إلى أن البلدان الإفريقية هي غير كفؤة من حيث منظومتها الصحية وبالأخص من حيث عرض الخدمات الصحية وهذا مقارنة مع نظيراتها من الدول الأخرى من بلدان آسيا وأمريكا اللاتينية (وهذا في إطار عينة الدراسة) والسبب في ذلك يرجع إلى:

-ارتفاع معدل الإنفاق العمومي على الصحة بالدول الإفريقية خاصة خلال منتصف الثمانينات مقابل انخفاض في مستوى إنتاجية هذه النفقات وهذا بالمقارنة مع دول آسيا و أمريكا اللاتينية.

- إن علاقة الإنفاق الصحي بمخرجات النظام الصحي والمعبر عنه بكفاءة الإنفاق الصحي هي علاقة سلبية بمعنى أن الرفع من كفاءة النظام الصحي لا يعني بالضرورة الزيادة من مخصصات النفاق على القطاع، وبالتالي هنالك عوامل أخرى تتحكم في كفاءة المنظومة الصحية إلى جانب فعالية الإنفاق والتي لم تشير إليها الدراسة.

- دراسة " معدي محمد آل مذهب ": المصروفات والإنتاجية(2009):

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار "قانون جامون" حول المدخلات والمخرجات في القطاع الصحي السعودي، وزارة الصحة علي وجه الخصوص باستخدام برنامج SPSS وقد أشارت نتائج الدراسة الى أن هناك أدلة كافية توضح أن قانون جامون ينطبق على وزارة الصحة السعودية الى حد كبير، فبينما ازدادت المدخلات، نقصت المخرجات بشكل عام، وقد اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسات أخرى مشابهة في دول متقدمة، واقترحت الدراسة اختبار القانون على المنظمات الصحية عامة في المملكة مع الأخذ في الحسبان الربط بين الإنتاجية ونوعية الخدمة"¹.

- دراسة " Anca Ştefania SAVA": تحديات تحليل فعالية التكلفة في ترشيد الإنفاق العام على الرعاية الصحية(2011)

لقد كان الهدف من هذه الدراسة هو معالجة التحديات التي تواجه استخدام تحليل فعالية التكاليف (CEA) من خلال صناع القرار في ترشيد الإنفاق العام على الرعاية الصحية. وعلى هذا الأساس فقد عمدت هذه الورقة على معالجة طرق قياس النتائج الصحية والتكاليف من خلال تحليل الإنفاق على الرعاية الصحية بعد عام 1990 في رومانيا، مقارنة مع تلك الدول الأعضاء بالاتحاد الأوروبي من الناحية النقدية، مع الاستعانة ببعض مؤشرات الكفاءة الداخلية"².

- دراسة "Roland Craigwell" فعالية الإنفاق العام على الرعاية الصحية والتعليم في منطقة البحر الكاريبي (2012):

يعتبر الاستثمار في التنمية البشرية وسيلة لتحسين نوعية الحياة - الغرض واستدامة النمو الاقتصادي في منطقة البحر الكاريبي. والغرض من هذه الورقة هو تقييم

¹ -Moaddi M. Almeth-hib , Expenditure and Productivity: **An Examination of Gammon's Law in the Saudi Public Health Sector**, College of Business Administration, Vol. 23 No. 2, 2009 , pp: 3-13

²-Anca Ştefania Sava, **Challenges of Using Costeffectiveness Analysis in Rationalizing Health Care Public Spending** ,Annals of "Dunarea de Jos" University of Galati Fascicle I. Economics and Applied Informatics, Years XVII – no2/2011,P 55.

فعالية الإنفاق العام على الرعاية الصحية والتعليم من خلال تقييم متوسط العمر المتوقع والالتحاق بالمدارس بمعدلات هذه البلدان. منهجية الدراسة اعتمدت على مجموعة من البيانات التي تحتوي على 19 دولة في منطقة البحر الكاريبي خلال الفترة من 1995 إلى عام 2007 للرعاية الصحية و1980-2009 للتعليم، وكشفت النتائج أن الإنفاق الصحي له تأثير إيجابي كبير على النتائج الصحية، في حين أن الإنفاق على التعليم ليس له تأثير ملموس للالتحاق بالمدارس الأولية أو الثانوية¹

- دراسة "هيثم أحمد عيسى، عثمان أوتارا": أثر الإنفاق الصحي الحكومي والخاص في معدل وفيات الأطفال الرضع وعلاقته بمستوى تطور الدولة (2012)²:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العوامل المؤثرة في معدل وفيات الأطفال الرضع وتركز بشكل خاص على متغيرات الإنفاق الصحي، لذلك شملت عينة الدراسة 160 بلد خلال الفترة الممتدة (1990 - 2000] ولذلك فقد قسمت بيانات الإنفاق الصحي إلى صنفين: إنفاق صحي خاص وإنفاق صحي حكومي. كذلك تم تصنيف البلدان محل الدراسة إلى مجموعتين] المجموعة الأولى تضم البلدان النامية] أما المجموعة الثانية فهي تضم الدول المتقدمة.

أظهرت النتائج أن الإنفاق الحكومي على الصحة يكون مؤثراً بشكل أكبر في معدل وفيات الرضع في البلدان النامية ويكون أثر الإنفاق الخاص ضعيفاً بالمقابل كانت نتائج مجموعة البلدان المتقدمة معاكسة تماماً حيث يكون الإنفاق الخاص على الصحة مؤثراً، والإنفاق الحكومي على الصحة أضعف تأثيراً. ووفقاً لنتائج هذه الدراسة فإنه يجب على الدول النامية إذا أرادت تخفيض معدل وفيات الأطفال (والذي يمثل أحد أهداف الألفية) تخصيص موارد مالية أكبر من ميزانيتها على الخدمات الصحية.

-دراسة "Savas Cevik, M Okan Tasar" "اثر الإنفاق العام على النتائج الصحية (2013)"³

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية (المؤشرات الصحية) وذلك من خلال إجراء دراسة مقارنة على عينة من دول OCDE. من خلال هذه الدراسة فقد تم دراسة الارتباط بين الإنفاق الصحي ومعدل وفيات الأطفال. وعلى هذا الأساس فقد خلصت الدراسة إلى وجود ارتباط سلبي بين الإنفاق الصحي (كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي ومعدل وفيات الأطفال) في الدول المرتفعة الدخل أين تتحدد المؤشرات الصحية بعوامل اجتماعية أخرى كالدخل، التعليم... إلى غير ذلك.

¹ - Roland Craigwell, The effectiveness of government expenditure on education and health care in the Caribbean, , International Journal of Development Issues, Vol. 11 Issn: 1, 2012, pp. 4 - 18

² - هيثم أحمد عيسى ، عثمان أوتارا: أثر الإنفاق الصحي الحكومي والخاص في معدل وفيات الأطفال الرضع وعلاقته بمستوى تطور الدولة، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 28، العدد الأول، 2012، ص 21.

³ -Savas Cevik, M Okan Tasar, **public Spending on Helth Care And Helath Outcomes**, journal of Business Economics ,France ,ISSN,2146-7943,volume 02 ,2013 ,P82.

بينما الإنفاق على الرعاية الصحية يكون أكثر تأثير بالنسبة للدول المنخفضة الدخل، بحيث أن هذه الدول نجدها أقل إنفاقاً على القطاع الصحي وذلك طبعاً في ظل إخفاق مشاركة القطاع الخاص في دعم القطاع العمومي.

- دراسة "بوقناديل محمد، أحمد زغودي" دور نفقات الصحة في تحسين صحة الأم و الطفل في الجزائر(2015)

في إطار تقصي آثار وانعكاسات سياسة الإنفاق العام على الصحة قامت هذه الدراسة باختبار أثر الإنفاق العام في الصحة على الطفولة في الجزائر خلال الفترة ما بين (1985-2013) على هذا الأساس تم استخدام نموذج التكامل المشترك من خلال تقدير نموذج العلاقة في المدى الطويل بين صحة الطفولة وكل من الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام على التعليم¹.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة في المدى الطويل بين صحة الطفولة وكل من الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام على التعليم. وهو ما يثبت أهمية ونجاعة السياسات الصحية المنتهجة في الجزائر منذ 1985. بينما نجد أن الإنفاق العام على تعليم الأطفال لم يكن له الأثر المنشود وهو ما يثبت ضرورة بذل المزيد من الجهود في المجال التعليمي خاصة من ناحية نوعية وجودة التعليم من جهة⁵ وترشيد الإنفاق العام من جهة أخرى. من أجل الارتقاء بصحة أطفالنا وأجسامهم وعقولهم. لنحصل على أفراد منتجين ومتزنين في المستقبل القريب.

11. تقسيمات البحث:

من خلال ما تطرقنا إليه سابقاً جاء اختيارنا لموضوع البحث، ومن أجل الإجابة على الإشكالية العامة والإحاطة بالإمام بمختلف جوانب الموضوع فقد ارتأينا تقيمه إلى أربعة فصول بالدراسة والتحليل كما يلي:

تناولنا في الفصل الأول بعض عناصر اقتصاد الصحة: حيث أننا من خلاله سوف نتطرق بالدراسة والتحليل إلى تطور مفهوم الصحة من خلال الفكر الاقتصادي، كما تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى مختلف المقاربات النظرية لاقتصاد الصحة كفرع اقتصادي حديث النشأة يبحث عن السبل المثلى لترشيد عملية استخدام الموارد المتاحة للقطاع.

¹ بوقناديل محمد، زغودي أحمد: دور نفقات الصحة في تحسين صحة الأم و الطفل في الجزائر، مداخلة مقدمة في اطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والأفاق، جامعة المسيلة، 24-25 نوفمبر 2015، ص 20.

إن الحديث عن علاقة الصحة بالفكر الاقتصادي تطلبت منا التطرق إلى لب المشكلة الاقتصادية المطروحة بأسواق الخدمات الصحية، وعليه من خلال المبحث الرابع تطرقنا إلى سوق الخدمات الصحية وآليات تحديد الأسعار على مستوى هذه الأسواق.

✚ أما في الفصل الثاني فقط تطرقنا من خلاله إلى المنظومة الصحية عرض وتحليل: بحيث تم أولاً عرض الإطار النظري للمنومة الصحية. كما تم دراسة بعض الأنظمة الصحية العالمية في بعض الدول المصنفة حسب البنك الدولي للإنشاء والتعمير ضمن الدول ذات الدخل المرتفع ونخص بالذكر المنظومة الصحية البريطانية (منظومة بيفردج) (المنظومة الصحية الفرنسية (النظام المزيج) وأخيراً المنظومة الصحية للولايات المتحدة الأمريكية (النظام الحر). كما تناولنا من خلال هذا الفصل بعض الجوانب الخاصة بالمنظومة الصحية للجزائر وذلك من خلال التطرق إلى أهم المراحل التي مر بها النظام الصحي بالجزائر، وفي الأخير اختتمنا هذا الفصل بعرض موجز لأهم الإصلاحات والخطط الانتقالية للفترة المستقبلية.

✚ أما من خلال الفصل الثالث فقد تطرقنا من خلاله إلى تمويل المنظومة الصحية: باعتبار أن مصادر وطرق تمويل الصحة تختلف من نظام صحي إلى آخر، وبناء على هذا تختلف حدود مكونات كل نظام. وعلى هذا الأساس فقد تم عرض إشكالية تنامي الإنفاق الصحي كظاهرة عالمية، كما تم عرض تجارب بعض الدول الرائدة في تمويل هذا القطاع الحيوي، وفي الأخير اختتمنا هذا الفصل بدراسة المنظومة الصحية الجزائرية وما تعتمد من مصادر لتلبية احتياجات القطاع.

✚ أما من خلال الفصل الرابع فقد تم تقييم الإنفاق الصحي من خلال دراسة تحليلية قياسية: بحيث انصبت في جوانبها على تحليل الإنفاق الصحي من خلال الموازنة العامة وكذا بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية ومن أجل الحكم على مدى فعالية الإنفاق العام على القطاع استعرضنا ببعض المؤشرات الصحية الواردة بميثاق الألفية وكذا بعض المؤشرات الأخرى غير واردة بأهداف الألفية إضافة إلى المنظومة الدوائية. وفي الأخير تم عرض بعض الأساليب والتجارب التي يمكن الاسترشاد بها لتنمية القطاع نحو تحقيق تنمية مستدامة.

أما الشطر الثاني لهذا الفصل فقد اقتصر على الدراسة القياسية التي من خلالها تم دراسة أهم محددات الإنفاق الصحي إضافة إلى دراسة مدى تأثير الإنفاق الصحي على إنتاجية القطاع.

الفصل الأول:

بعض عناصر اقتصاد الصحة

- المبحث الأول: الصحة والخدمات الصحية. 
- المبحث الثاني: المقاربات النظرية لاقتصاد الصحة. 
- المبحث الثالث: التحليل الاقتصادي للصحة. 
- المبحث الرابع: سوق السلع والخدمات الصحية. 

تمهيد

إن الصحة الجيدة من دون شك تعتبر رأس مال الإنسان فالحياة في حد ذاتها تعتبر من أكثر السلع نفاسة ولهذا أصبحت الخدمات الصحية واحدة من أبرز الخدمات التي تزايدت لها حاجة الإنسان عبر العصور.

ولما كان لزاما تلبية هذا الاحتياج بصورة أكثر كفاءة ودقة كان لا بد للحكومات أن تلعب الدور المهم والحيوي في تحقيق تلك الاستجابة الدقيقة والواضحة لتلك الحاجات الإنسانية والتصدي لبعض القضايا الصحية المعاصرة من خلال إتاحة الخدمات الصحية على أساس من العدل والإنصاف فضلا عما يتصل بها من قضايا تتعلق بحسن الأداء وجودة هذه الخدمات. لكن وبالرغم من أن الصحة ليس لها ثمن إلا أنه وفي المقابل فالمحافظة عليها وتحسينها يتطلب تكاليف باهظة والتي لا طالما أثقلت كاهل المنظمات الممولة لها، ولذلك فالأمر يتطلب تدخل الاقتصاد في الميدان الصحي للبحث عن أحسن السبل للتحكم في النفقات الصحية المتزايدة من فترة لأخرى. وعلى هذا الأساس ادخل التقنيات الاقتصادية بالميدان الصحي عجل بظهور فرع اقتصادي جديد أين يتميز بعدة خصائص مقارنة بالفروع الاقتصادية الأخرى خاصة وأنه ساهم وبمخبط وافر في عقلنة نفقات القطاع وجعلها أكثر فعالية.

دراستنا لقطاع الصحة تفرض علينا التطرق بالدراسة إلى العديد من القطاعات الاقتصادية التي تؤثر بصفة أو بأخرى على مستوى أخذ القرار داخل المنظومة الصحية، وفي هذا الاتجاه تطرقنا إلى علاقة الصحة بالاقتصاد، ثم إلى المقاربات الصحية الاقتصادية لنخرج باستنتاج هو أن الصحة يمكن أن تكون استثمار قبل أن تكون استهلاك إذ بالمحافظة على صحة الفرد فإننا نحافظ على أسس العمل الاقتصادي. لكن وقبل ذلك فقد كان لزاما علينا التطرق طبعاً إلى ماهية كل من الصحة والخدمات الصحية.

المبحث الأول: الصحة والخدمات الصحية

عند التعرض لموضوعات مثل الصحة والرعاية الصحية نجد أنفسنا أمام موضوعات متشابكة ومعقدة ومتعددة الأبعاد فهي متشابكة لأنه لا توجد صحة بدون رعاية صحية يقدمها نظام صحي مناسب ومحدد، وهي معقدة لأن التعريفات والقياسات المحددة للصحة غير بسيطة وغير مطلقة، وهي متعددة الأبعاد لأن موضوع الصحة يؤثر ويتأثر بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية والسمات الفردية للإنسان.

المطلب الأول: ماهية الصحة

الفرع الأول: تطور مفهوم الصحة خلال الفكر الاقتصادي

لم يهتم الاقتصاد السياسي بالنشاطات الاجتماعية للأفراد إلا بعد الحرب العالمية الأولى وأعتبرها كنشاط اجتماعي ليس له أي علاقة بالنشاطات الاقتصادية الأخرى لأنها لا تساهم في خلق الثروة ونموها.

➤ أول تيار في الفكر الاقتصادي يمثله التجارون عن طريق المخزون النقدي والمعادن النفيسة المتراكمة من جراء التجارة الخارجية.

➤ أما بالنسبة للفيزيوقراطيون فيرى فرانسوا كيسنييه (François Quesnay) أن الثروة تتمثل في المنتجات المادية وعليه فإنه يستبعد نشاط الخدمات الصحية كنشاط منتج للثروة إذ يعتبر أن الربح هو العامل الوحيد في إحلال الثروة أما عناصر الإنتاج الأخرى فهي غير منتجة¹.

➤ في حين أهتم الكلاسيكيون بزعماء آدم سميث (Adam Smith) بالتحليل الاقتصادي الذي يركز على القطاعات التالية: الزراعية والصناعية والتجارية والتي اعتبرت كقطاعات منتجة في حين أعتبر أن النشاطات الاجتماعية الأخرى كنشاطات غير منتجة.

➤ بينما ريكاردو (Ricardo) فقد أشار في نظرية العمل في القيمة على أنه لكي يكون للسلعة قيمة فلا بد أن تكون السلعة نافعة. فالعملية الإنتاجية حسبها تأخذ بعين الاعتبار نسب مختلفة من رأس المال الثابت وكذا رأس المال المتداول وبالتالي النشاطات الاجتماعية تبقى بعيدة عن حقل التحليل.

➤ أما كارل ماركس (K-Marx) فيرى على أن رأس المال ينتج في عملية الإنتاج وهذا لا يتم إلا من خلال الأشياء المادية.

وعلى هذا الأساس يمكن القول أن النشاطات الاجتماعية بصفة عامة والصحية بصفة خاصة ظلت مهمشة بالنسبة للتحليل الاقتصادي إلى حلول أزمة 1929 أين ظهر التحليل الاقتصادي الكلي عن طريق

¹ - د. محمد دويدار، مبادئ الاقتصاد السياسي، الشركة الوطنية للنشر و التوزيع، الجزائر، 1981، ص 167.

الافتراض الكينيزي مع عرض معطيات الاقتصاد الجزئي بحيث تركز المقاربات الكينيزية علي ضرورة تدخل الدولة عن طريق قراراتها المؤثرة على النشاطات الاقتصادية والتوازن الاقتصادي بصفة عامة "1".

لقد ركزت النظريات الاقتصادية في تحليلها على الأشياء المادية وكل نشاط يساهم في خلق الثروة لكن مع بداية الستينات أخذت الأبحاث الخاصة بالصحة مجرى آخر من خلال توظيف التحليل الاقتصادي في النشاطات الاجتماعية حيث أن أغلبية الأعمال الاقتصادية تبنت المفاهيم الخاصة بالمدرستين "الحدية والكينيزية" وهذا راجع إلى بعض الظروف والمعطيات التي أثرت وبشكل بالغ على النمو الاقتصادي، يتعلق الأمر ب:

✓ ارتفاع في نسبة التكاليف الصحية المبالغ فيها "2".

✓ البحث على المستوى الأمثل لتوزيع الموارد على هذا القطاع والذي يخضع إلى عوامل غير قابلة للقياس.

الفرع الثاني : تعريف الصحة

حينما نتناول قضية التنمية في العالم فلا بد أن نبرز الدور الذي تحتله الصحة على خريطة التنمية أي أن الصحة لا تنعزل عن عناصر التنمية [1] وهذا نظرا للعلاقة الوثيقة والتفاعل الديناميكي بين صحة الإنسان صانع التنمية وبين التنمية كهدف.

لقد عاش الإنسان سنوات طويلة من عمره، وفي تصوّره أن مهمة العلوم الطبية هو علاج المرضى فإذا امتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض، وعلى هذا الأساس لقد تعددت مفاهيم الصحة لكنها لم تلتزم بالدقة فهي تتسم أحيانا بالغموض وأحيانا أخرى بالتناقض، فلقد كان الشائع بين الأطباء والمشتغلين في المجال الصحي بأن الصحة: "هي غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل"3. إذن فكل جسم إنسان خلا من العلل والداء فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح: لكن هذا المفهوم لم يقنع الأشخاص الذين تولوا أمر المنظمة العالمية للصحة، إذ اعتبروا أن هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي نظرا لارتباطها بعوامل متعددة (كالفقر، المستوى المعيشي، العمل... إلى غير ذلك) فهي في مجملها عوامل اجتماعية نسبية يصعب التحكم فيها"4.

¹-Philip Musgrove, **Health Economics in developement** , The World Bank ,2004,p 15.

²- د. عيسى محمد الغزالي، **اقتصاديات الصحة**، سلسلة دورية تعني بفضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، الكويت، أكتوبر 2003، ص 04.

³- د.عبد المحي محمود حسن صالح، **الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي**، دار المعرفة الجامعية، الزارطة، مصر 2003، ص 17.

⁴-MuchelMougot, **Système de santé**, édition economica, Paris 1986, P 02.

أولاً. الصحة العامة لغة: الصحة العامة هي مجموعة من الأنشطة التي تهدف بصفة مباشرة أو غير مباشرة إلى تحسين صحة الأفراد. إذن فمصطلح الصحة يعكس النظام الصحي لبلد ما والذي هو تابع إلى القطاع العمومي من ناحية التسيير والتمويل³ وعلى هذا الأساس فالصحة هي مجموعة من العلوم والمهارات الموجهة لصون صحة جميع الناس من خلال إجراءات اجتماعية. تتغير أنشطة الصحة العمومية بتغير التكنولوجيا والقيم الاجتماعية غير أن أساسها يبقى ثابت، وبالتالي الصحة العمومية هي مؤسسة اجتماعية واختصاص علمي وممارسة¹.

ثانياً. الصحة العامة اصطلاحاً: تعرف الصحة في الاصطلاح بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة، وهو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعاده، واعتماد تعزيزها، والارتقاء بها إلى السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية. ويتوقف مدلولها بصفة عامة على التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع في إطار القيم². انطلاقاً من هذا المفهوم فقد جرت محاولات عديدة من المفكرين لتعريفها حيث:

✚ عرفتها المنظمة العالمية للصحة (OMC): في المادة الأولى من ميثاقها: أثناء الندوة العالمية بنيويورك (بتاريخ 1946/07/22) على أنها: "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً لا مجرد الخلو من المرض أو العجز"³.

✚ عرفها مارشال في الفصل الخامس من الجزء الرابع في كتابه "مبادئ الاقتصاد"⁴ الصحة بأنها: "القوة الجسمية والقوة العقلية والنفسية للفرد ويرتبط المستوى الصحي للفرد بالمسكن ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه ومستوى نظافة البيئة⁵ والخدمات الصحية المتاحة ومدى إمكانية الحصول عليها".

✚ كما عرف البنك الدولي (World Bank) الصحة بأنها: "القدرة على تحقيق الصحة في داخل المجتمع وأنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه ازدياد الدخل والتعليم في سلوك الأفراد ومقدار النفقات وكفاءة استخدامها في النظام الصحي للدولة مع النظر لمدى انتشار الأمراض في داخل المجتمع ملتزماً مع ظروف المناخ والبيئة"⁵.

✚ لقد ورد في ميثاق منظمة الصحة العالمية تحديد للدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن والسلام والاستقرار وذلك ضمن إطار يحوي مبادئ أساسيين:

¹ منظمة الصحة العالمية اللجنة الإقليمية لشرق الأوسط، القاهرة: 02 أكتوبر 2003.
² - فندي رمضان: الحق في الصحة بالقانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار، الجزائر، العدد 06، جانفي 2012، ص 219.
³ - عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مرجع سابق، ص 17.
⁴ - Alfred Marshall **principals of economics** Eighth London Macmilland Press LTD 1977, P 161.
⁵ - البنك الدولي، تعزيز التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، 1993، ص 71.

■ مبدأ التمتع بأعلى مستوى صحي كحق أساسي من حقوق الإنسان بغض النظر عن الجنس أو الدين أو الانتماء السياسي أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية.

■ أما المبدأ الثاني فهو يعتبر أن صحة الشعوب هي أمر محوري لتحقيق الأمن والسلم محليا ودوليا.

وبموجب ذلك ينصب مفهوم الصحة في معناه الأساسي إلى: "تحقيق السلامة العامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد"

✚ ولقد حدد إعلان مؤتمر آلماتا الشهير في الاتحاد السوفياتي عام 1978 باتفاق المجتمع الدولي تعريفا للصحة بأنها: "لا تعني غياب المرض والوهن فحسب بل أنها حالة متكاملة للسلامة البدنية والذهنية والجسمية".

✚ أما العالم بركنز فقد عرفها: "على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم من خلال تكييفه مع العوامل الضارة التي يتعرض لها"¹.

✚ أما العالم ونسلو فقد عرف الصحة العامة على أنها: "علم الوقاية من المرض وإطالة العمر: وذلك من خلال مجهودات منظمة للمجتمع" من أجل تعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض وتطوير الحياة الاجتماعية² ليتمكن كل فرد من الحصول على حقه المشروع في الحياة"².

✚ وهناك تعريف آخر يحدد مفهوم الصحة على أنها: "ذلك التوازن أو الانسجام لكل الإمكانيات للكائن البشري (النفسية والاجتماعية... الخ). هذا التوازن يلزم من جهة إشباع الحاجيات الأساسية للإنسان والتي هي قريبا نفسها عند جميع البشر من جهة ومن جهة أخرى تأقلم وبدون توقف للإنسان مع بيئة دائمة التغير".

ثالثا. المفهوم الإجرائي للصحة العامة: إن مفهوم الصحة هو أوسع من مجرد غياب المرض، فتعقد عالم اليوم جعل مفهومها متعدد الأوجه وفي حالة تحوّل دائم أين يتحتّم علينا دراسة كل الأوجه ومن جميع الزوايا. وعلى هذا الأساس سوف نحاول وضع تعريف يضمّ كل الأوجه الخاصة بالتعاريف السابقة إذن:

- فالصحة العامة هي علم يهدف إلى تعزيز صحة الأفراد من الناحية، النفسية والبدنية وكذا الاجتماعية، من خلال تدابير التقائية التي تتمتع:

● بالعدالة بين الأشخاص.

⁵- د.سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية (مصر)، 2004، ص 41.

²- د.أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة الأولى، بيروت، 2000، ص 42.

- فعالية وجودة في الخدمات الصحية المقدمة.
- أن يكون التمويل الصحي بما يلبي ويغطي جميع احتياجات الأفراد.
- كذلك إن مفهوم الصحة يشمل على ثلاثة فروع هي كالتالي:
 - **الصحة الوقائية:** وتهدف إلى منع حدوث الأمراض والحد من انتشارها.
 - **الصحة العلاجية:** وتهدف إلى علاج المرضى وإخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها إلى الحالة الطبيعية، عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة وصولاً إلى الهدف الأسمى وهو تخفيف الآلام وإنهاء الأعراض المرضية.
 - **الصحة المهنية:** متعلقة بصحة العاملين في المهن المختلفة.
- من جهة أخرى يمكن القول أن الصحة العامة هي من المقومات الثروة الغير قابلة للتعرف وهي في هذا العدد تشبه إلى حد ما الأشكال الأخرى من رأس المال البشري كالتعليم والمعارف المهنية إلا أن هناك أوجه اختلاف فيما بينها فالصحة معرضة لأخطار جسيمة لا يمكن توقعها ولا يرتبط بعضها ببعض في أغلب الأحيان كما لا يمكن اكتسابها للمعارف والمهارات"¹.

الفرع الثالث: إنتاج الصحة

يقصد بإنتاج الصحة استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة: مستوى التغذية ونوعية البيئة ونوعية الإسكان، ومستوى التعليم والتحضر، طبيعة المهنة ساعات العمل مستوى الدخل والعادات الصحية الشخصية وأخيراً مستوى الخدمات الصحية وتحسين مستوى الوصول إليها. عند تخصيص الموارد بهدف إنتاج الصحة، سنجد أن هناك عدة برامج بديلة تتنافس على تلك الموارد وتلك البرامج (كبرامج التعليم ببرامج تحسين التغذية ببرامج خاصة بنشر الوعي الصحي لتحسين الحالات الصحية الشخصية... إلخ)"².

ويضيف "FILMER DEON" أن هناك مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعالية مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبية"³.

¹- تقرير منظمة الصحة العالمية: **تحسين أداء النظم الصحية**، التقرير الخاص بالصحة في العالم، سنة 2000، ص 04

²- Paul J. FeldsTein, **health Care Economi seconded** (New York John Willey 1983), P 15.

³-Deon Filmen: **Health Policivin Poor ContriesWeakens links in the chain wachinton** DC, World Bank policy research working papers, 1989.

بناء على ذلك يمكن استنتاج أن هناك جهات عديدة تساهم في دفع مستوى الصحة إضافة إلى الخدمات الصحية، وقد قام "MICHEL GROS MAN" سنة 1972 بإعداد نموذج يربط بين نتيجة الصحة كالمسكن التعليم وبيئة العمل كمدخلات إضافية إلى الخدمات الصحية ويفترض أن الفرد سيحاول تعظيم منفعته على مدار حياته والتي تعتبر دالة في عدد الأيام التي قضاها بصحة جيدة خلال حياته حتى الممات وقد عرض نموذجاً لذلك مستخدماً فيه الإنتاجية الحدية في التحليل.

ويرى البعض الآخر مثل "MC KEON" أن دور الطلب والخدمات الصحية في تحسين الحالة الصحية للسكان مبالغ فيه وأن عناصر أخرى مثل المسكن والتعليم الغذاء مستوى المعيشة لها تأثير كبير على مستويات الصحة بالمقارنة لما نعتقده بالنسبة لأثر الخدمات الصحية وهكذا تمثل الخدمات الصحية مدخلا واحدا فقط في إنتاج الصحة. ويجب عدم الإغفال إلى كون جميع الخدمات الصحية التي تقدمها الأسر داخل المنزل باستخدام إجراءات بسيطة وليس من خلال نظام الخدمات الصحية الرسمية سواء الخاص أو العام^[1] وبالتالي هناك علاقة تبادلية بين الصحة^[2] مستوى الدخل ونمط توزيعها والتعليم... الخ.

الفرع الرابع: أساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها

إن الهدف الرئيسي للصحة العمومية هو تحسين صحة الأفراد وعلى هذا الأساس يعدّ تقديم المنافع من خلالها وكذا الإجراءات التي تتخذها الدولة ما هو إلا جزء هام واستراتيجي لدى الصحة العمومية. أولاً. أساليب تحقيق الصحة العامة: يمكن تحقيق الصحة العامة لدى الأفراد من خلال ثلاثة إجراءات أساسية¹ وهي:

➤ الوقاية العامة: وهي تشمل مجموعة من الإجراءات والخدمات الشاملة التي تهدف إلى تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والعقلية دون تركيز الاهتمام على فئة معينة.

➤ الاكتشاف المبكر للحالات المرضية: وهي تشمل مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى علاج الأمراض في حالة ظهورها في أطوارها الأولى مما يساعد على تجنب حدوث أي مضاعفات وهذا من خلال:

- الفحوصات المستمرة والدورية للأفراد.
- التحاليل الطبية.
- الإشعاعات المختلفة.

¹ - سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، 1999 ص 38-41.

الإجراءات التأويلية: وهي مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى تفادي حدوث أي مضاعفات بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للأفراد من خلال:

- التأهيل النفسي للفرد.
 - التأهيل الاجتماعي من خلال اختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب مع طبيعة العجز.
- ثانياً. مؤشرات الصحة العامة: إن الهدف الرئيسي من دراسة مؤشرات الصحة العامة وهو تحديد أهم المشاكل التي تعترض القطاع الصحي ومن ثم تحديد أولوياتها وبالتالي تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية ويمكن تقسيم هذه البرامج إلى ثلاثة أقسام:

-القسم الأول: وهو عبارة عن مجموعة من المؤشرات المرتبطة بصحة الأفراد، وهي تشمل على ما يلي:

أ. مؤشرات إيجابية حيث نجد:

✓ معدل المواليد.

✓ العمر المتوقع عند الحياة.

ب. مؤشرات سلبية¹ حيث نجد:

✓ المعدل العام للوفيات.

✓ معدل انتشار الأمراض.

ج. مؤشرات لها ارتباط بعوامل اجتماعية: وهي مجموعة من العوامل التي قد تتسبب وبطريقة غير مباشرة في

حدوث مشاكل صحية² ونجد منها:

✓ الفقر.

✓ الجهل.

✓ الانحراف والجريمة.

-القسم الثاني: تشمل البيئة على مجموعة من الظروف والعوامل التي من شأنها أن تؤثر في تكوين الفرد ونموه

وهذا من خلال عوامل طبيعية اجتماعية... إلى غير ذلك. وعلى هذا الأساس يمكن أن نجد المؤشرات التالية:

أ. البيئة الطبيعية: هي تشمل على مجموعة من العوامل التي من شأنها أن تؤثر في صحة الأفراد بشكل مباشر أو

غير مباشر عن طريق.

¹ - د. سعيد عبد العزيز عثمان، اقتصاديات الخدمات، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية (مصر)، 1998، ص 204.
² - د. أيمن مزاهرة، د عصام حمدي الصفدي، ليلي أبو حسن، علم اجتماع الصحة، دار اليازوردي للنشر، الطبعة الأولى، عمان (الأردن) 2003، ص 44.

✓ الحالة الجغرافية والجيولوجية.

✓ حالة المناخ.

ب. البيئة الاجتماعية والاقتصادية: تؤثر البيئة الاجتماعية والاقتصادية على صحة الأفراد عن طريق العوامل التالية:

✓ كثافة السكان.

✓ المستوى التعليمي.

✓ مستوى الدخل.

القسم الثالث: يشمل هذا القسم على مجموعة من المؤشرات ذات الارتباط بالجهود المبذولة من أجل تحسين صحة الأفراد حيث نجد العوامل التالية¹:

✓ الخدمات الطبية.

✓ خدمات الضمان الاجتماعي.

✓ نسبة الإنفاق العام.

المطلب الثاني: مفاهيم أساسية حول الخدمة الصحية

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية سواء كانت بشرية أو تقنية أو مالية للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية كما تعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص والتي تؤثر في الطلب عليها الأمر الذي يتطلب منها تحديد مفهومها مع ذكر هذه الخصائص.

الفرع الأول: مفهوم الخدمات الصحية

لقد وردت مجموعة من التعاريف التي تناولت مفهوم الخدمات الصحية ومن بين هذه التعاريف نجد: تعرف الخدمة الصحية بأنها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاجية الأدوية

¹ - د أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص 59.

والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض"¹.

يتبين من التعريف أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة.

كما يقصد أيضا بالخدمة الصحية: "مجملة الخدمات التشخيصية أو العلاجية أو الاستشفائية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي أو العناية التمريضية أو التحاليل المخبرية التشخيصية التي يقدمها المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص".

من خلال هذا التعريف نجد أن الخدمات الصحية تكون إما خدمات علاجية أو استشفائية أو تشخيصية بعبارة أخرى كل الخدمات التي يؤديها أعضاء الفريق الطبي لتشمل بذلك مجموعة من النشاطات: فحوصات طبيّة، دواء غذاء... الخ.

الفرع الثاني: خصائص الخدمات الصحية

لا تختلف خصائص الخدمة الصحية عن تلك الموجودة بشكل عام بعناصرها المعروفة والتي تم ذكرها سابقا غير أن الشيء الملاحظ أن الخصائص تأخذ سمة واسعة وشمولية كافية للعديد من الجوانب، هذا بالإضافة إلى مجموعة أخرى من الخصائص التي تتمتع بها الخدمة الصحية والتي نميزها عن غيرها من الخدمات الأخرى ويمكن إجمال هذه الخصائص فيما يلي"²:

- أن الخدمات الصحية لا توفر أو تتيح المعلومات الكافية لمستهلكيها ويزترتب على هذا ما يلي:
- يصعب على المستهلك الخدمة الصحية الحكم على جودة الخدمة وتقييمها، حيث أنها ليست سلعة معيارية تستهلك في ظروف معيارية كما هو الحال بالنسبة للسلع والخدمات الأخرى.
- يصعب على المستهلك تحديد المنفعة عند الاستهلاك أو عدم استهلاك الخدمة الصحية وبالتالي لا يمكن التنبؤ بالنتائج في حالة ما لم يحصل المستهلك على هذه الخدمة الصحية.
- أن معلومات المستهلك حول الخدمة الصحية يعيقها كذلك غياب الإعلان والدعاية، وسائل الاتصال (عن طريق وسائل الإعلان أو خارج وسائل الإعلان) بحيث تكون نادرة في الرعاية الصحية.

¹- محمد ابراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخصائص الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983، ص 23

²- فريد توفيق نصيرات: إدارة المستشفيات، الثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص 32-33.

- هناك تحيز ضمن إطلاق ميكانيزمات وحوافز السوق (قوى العرض والطلب والمنافسة) لتعمل في قطاع الرعاية الصحية بسبب تضارب المصالح حول عملية تقديم الخدمات الصحية، وكذلك بسبب الاعتبارات الأخلاقية ودواعي العدالة الاجتماعية والنواتج الاقتصادية المترتبة عن ذلك.
- كذلك على غرار باقي السلع والخدمات الأخرى تتميز السلع والخدمات الصحية أن العرض يخلق الطلب عليه بحيث أنه من المعروف أن وجود المزيد من الأطباء وأسرة المستشفيات والتكنولوجيا الطبية تخلق مزيدا من الطلب على السلع والخدمات الصحية.
- الخدمة الصحية هي خدمة ثم تسييسها حيث أن الوصول للخدمة والانتفاع بها أصبح وبشكل متزايد وفي معظم المجتمعات حق معترف به لكل مواطن.
- تتميز الخدمة الصحية أيضا بكثافة العمالة وهذا يعني أن الجزء الأعظم من الإنفاق على الرعاية يذهب للرواتب والأجور والتي تصل إلى 70% من مجمل الإنفاق على القطاع¹.
- من النادر أيضا أن يجلب الاستثمار الرأسمالي محل القوى العاملة في الخدمات الصحية فالغالبية العظمى من التكنولوجيا هي خالقة للعمالة في القطاع الصحي على عكس القطاعات الأخرى.
- تعتبر خدمات الرعاية الصحية مزيجا من الاستثمار والاستهلاك فالخدمات المقدمة لمعالجة الألم والمعاناة لدى كبار السن تعتبر استهلاكاً بينما الخدمات الصحية التي تقدم إلى باقي الفئات العمرية تعد استثماراً. وهذا ما يجب أن يأخذ بعين الاعتبار عند وضع السياسات الصحية للإنفاق على القطاع.
- تتميز الخدمات الصحية بمرونة سعريّة مختلفة تختلف كثيرا عن باقي الخدمات الأخرى فمثلا بعض الخدمات الصحية تكون معدومة المرونة وهو ما يميز الخدمات الاستعجالية- في حين أن بعض الخدمات الأخرى الوقائية تتميز بمرونة سعريّة عالية.
- قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية: الخدمات الصحية هي خدمات فردية نظرا لاختلاف طبيعية الأفراد وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فالخدمة تتنوع من فرد لآخر وحتى للفرد الواحد². نفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فهي تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، وهذا الأمر يتطلب تقدير الطلب على كل تخصص عند تقدير الطلب على الخدمة الصحية³.

¹ - عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان 2012/2011، ص 15.

² - فريد توفيق نصيرات: إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 172-173

³ - حسن أمين عبد العزيز: الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها، مجلة الإدارة المجلد الخامس والعشرون العدد الثالث، اتحاد جمعيات التنمية الإدارية القاهرة، جانفي 1993 ص 67

- الخدمة الصحية منتج غير ملموس: الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر أو غير مباشر وفعال بين مقدمي الخدمات الصحية (عمومية أو خاصة) والمستفيد منها، وهذا حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات. وعلى هذا الأساس يستوجب على الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية والمشرفة عليها أن تتأكد بصفة مستمرة عن طريق أساليبها الخاصة من تحقيق هذا الاتصال بما يضمن تحقيق خدمة فعالة للمستفيدين منها"¹.

إضافة إلى خصائص الخدمات الصحية السالفة الذكر، يضيف بعض المفكرين مجموعة من الخصائص والتي تعرف بالخصائص الاقتصادية والتي تشمل على جانبين أساسيين:
أ. خصائص تقتصر على جانب الطلب على الخدمات الصحية: وهي تتمثل فيما يلي:

1/ الخدمة الصحية تعد سلعة استهلاكية جماعية: فالسلع الجماعية تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع لكل أفراد: وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية إذ أن تحسين صحة الفرد لا يعود بالفائدة فقط على هذا الفرد وحده وإنما يفيد أسرته وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشار الخارجية الموجهة للخدمات الصحية. من جهة أخرى ونظرا لكون أن الخدمة الصحية هي سلعة عامة فهي تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية، وتتميز هذه السلع بأنها حساسة للأفراد. وقد حدد كل من مسجراف (MUSGRAVE) وبوسطن (BOSTON) سنة 1976 خاصيتين للسلع العامة أو الخدمات العامة هما: المنافسة والإقصاء:

بالنسبة للخاصية الأولى: فهي تعني أن الفرد عندما يستهلك خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع فرد آخر.

أما بالنسبة للخاصية الثانية: وهي خاصية الإقصاء أو الابتعاد فهي تعني إمكانية إقصاء البعض من الأفراد من فوائد الخدمة مثل: إقصاء بعض المستفيدين من الخدمات عندما تكون تكاليفها مرتفعة"².
وعلى هذا الأساس قد يكون من المفيد تقديم هذه الخدمات من طرف القطاع العام بصفة مجانية وشبه مجانية دون أن ننسى الدور المكمل الذي يلعبه القطاع الخاص بالنسبة لهذا النوع من الخدمات لكن بشرط أن يكون بدعم وإشراف وتنظيم من القطاع العام"³.

¹ - محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخصائص الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 27
² - حسن أمين عبد العزيز: الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها، مجلة الإدارة، المجلد الخامس والعشرون، العدد الثالث، اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، القاهرة، جانفي 1993، ص 68
³ - أسامة عبد الحليم: تحليل ظاهرة تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية وآثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، الجزء الأول، المجلد الثاني والعشرون، العدد الثاني، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، القاهرة، يوليو 2000 ص 33.

2/الطلب على الخدمات الصحية يعد طلبا مشتقا: يطلق مفهوم الطلب المشتق عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي³ وكذلك الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع التي تساعد في عملية الإنتاج بالتالي يمكن اعتبار أن الخدمات الصحية طلب مشتق وذلك باعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة"¹.

3/الخدمات الصحية تعد إنفاقا استهلاكيا: السلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل المنفعة التي تقدمها إما بصفة مباشرة أو غير مباشرة وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية² إذ أن شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعد منفعة مباشرة² في حين أن شراء أجهزة خاصة بالخدمات الصحية يعطي منافع مباشرة ممتدة عبر الزمن"².

4/اختلاف وتذبذب حجم الطلب على الخدمات الصحية: بحيث أن عدم تجانس الخدمة الصحية واختلافها من فرد لآخر طبقا لحاجاته الشخصية يؤدي إلى اختلاف مخرجات المؤسسات الصحية الواحدة وكذلك تباين الخدمات التي يقدمها العاملون بمؤسسة الخدمة الصحية من وقت لآخر، ومن ثم إلى صعوبة التنبؤ بالطلب على المؤسسات الصحية.

5/صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: وذلك نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات وعدم استقرار، فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العام أو لفترة زمنية قصيرة طوال السنة مثل: زيادة الإصابة بنزلات البرد في الشتاء: انتشار أوبئة أخرى في الصيف كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد أو حتى في اليوم الواحد: وهو ما يؤهب المستشفيات بعض الخدمات بعد تحديد حجم الطلب مستقبلا.

ب. الخصائص التي تقتصر على جانب العرض: يمكن إدراج هذه الخصائص كالاتي:

1/تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي: لعل الشيء الملاحظ فيما يخص الخدمات الصحية (سواء تلك التي تتعلق بالقطاع العام أو الخاص) هو أن المؤسسات الصحية عامة تخضع لأنظمة وقوانين حكومية تجعلها خاضعة لها وهذا بهدف تأطيرها وتنظيمها وتحديد منهج عملها"³.

¹ - فوزي شعبان، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، دار الكتب المعرفية، القاهرة، 2000، ص 184.

² - فوزي شعبان، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 185.

³ - تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوردي للنشر، الأردن، 2012، ص 59.

2/ انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير: يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير وذلك لأن توفير الهياكل والتجهيزات الخاصة بالقطاع يحتاج إلى فترة زمنية ليس بالقصيرة وهذا ما يجعل من العرض غير مرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية "1".

3/ كثافة استخدام عنصر العمل: إن العمل في المؤسسات الصحية يتميز بدرجة عالية من التخصص وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية بدءاً بالأطباء والمديرين كأهم عناصر بشرية وإنهاءً بعمال التغذية والنظافة الأقل درجة "2".

الفرع الثالث: الرعاية الصحية والرعاية الطبية

عندما نتطرق إلى تعريف الخدمات الصحية فلا بد من التفريق بين مفهومين أساسيين يتعلق الأمر بالرعاية الطبية والرعاية الصحية "3":

الرعاية الصحية: يشمل مفهوم الرعاية الصحية بالإضافة إلى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية لمفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع "4" فهي تشمل على جميع أنشطة رعاية المريض وإعادة التأهيل الاجتماعي، حيث أنها تركز على جودة الحياة بصفة عامة "5". وبهذا نستطيع القول أن الرعاية الصحية هي: "مجموعة الإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع أفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي لهم والحيلولة دون حدوث الأمراض لهم، والعمل دائماً على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها "6".

هنالك أربعة مستويات في الرعاية الصحية وهذا من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي والنوعي التي تتطلبها الحياة ويمكن ذكر هذه المستويات كما يلي:

أولاً. مستوى الرعاية الصحية الذاتية: وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد والعائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية ويتوقف هذا المستوى على مستواهم الثقافي والاجتماعي.

1- أسامة عبد الحليم مصطفى، تحليل ظاهرة تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية وأثاره الاقتصادية، مرجع سابق، ص 35.

2- توفيق فريد نصيرات، إدارة المستشفيات مرجع سابق، ص 168.

3- مكرم عبد المسيح تاسيلي، المحاسبة في المنشآت الفندقية، رؤية إدارية الفنادق، المكتبة المصرية، 2006، ص 152.

4- عصماني سفيان: دور التسويق في نظام الخدمات الصحية، رسالة مذكرة مقدمة للحصول على شهادة ماجستير، تخصص علوم تسيير فرع تسويق، جامعة المسيلة 2005، ص 41.

5- عدنان مرزوق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم تسيير جامعة الجزائر، 2007/2008 ص 35.

6- عصماني سفيان، دور التسويق في نظام الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 37.

ثانيا. مستوى الرعاية الصحية الأولية: وتعرف أيضا على أنها جميع الخدمات الصحية الشاملة والأساسية المسيرة لجميع الأفراد في جميع المستويات، وذلك من خلال مساهمة الأفراد في دفع تكاليف هذا النوع من الخدمات. وعلى هذا الأساس يمثل هذا المستوى أوسع المستويات الخدمية الصحية التي يتم تقديمها على مستويات متعددة (مستوصفات، عيادات... إلخ). وهناك تسعة عناصر من الخدمات الصحية التي تؤلف هذا المستوى: رعاية الأم والطفل، طب الأطفال والصحة المدرسية، مكافحة الأمراض السارية، صحة البيئة وتحسينها، صحة الإنسان والوقاية العلاجية، صحة العيون والإرشاد والتثقيف الصحي، الفحص السريري والمعالجة الدوائية والمداخلة الجراحية البسيطة.

ثالثا. مستوى الرعاية الصحية المتخصصة: عند عجز المستوى الثاني في مواجهة بعض الحالات المستعصية فإنه يوجه مباشرة إلى مستوى الرعاية الصحية المتخصصة من أجل تقديم نوع معين من الخدمات الصحية المتخصصة (كجراحة أمراض القلب جراحة العيون... إلخ) ونتيجة لذلك فهذا المستوى يشمل على أخصائيين في الفروع المختلفة أين مجال إليهم المرض للمشورة والعلاج.

رابعا. مستوى الخدمات الصحية المتطورة التخصصية: وهي الخدمات الصحية التي يكون بالمستطاع تقديمها في المستويات أين تكون حدة المرض معقدة جدا.

الرعاية الطبية: ويقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية كالخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يرتبط بها من خدمات طبية متخصصة مكاملة كالفحوص المخبرية والتحليل الطبية الطوارئ العيادات الخارجية الأشعة الإسعاف التمريض الخدمات الصيدلانية وغيرها.

تصنف الرعاية الطبية إلى قسمين رئيسيين هما¹:

- رعاية طبية مباشرة: وهي الخدمات التي يقوم بها الطبيب بنفسه مثل تشخيص المرض وعلاجه.
- رعاية طبية غير مباشرة: وهي الخدمات الطبية التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي، لتشمل بذلك على خدمات التمريض، خدمات التحاليل المخبرية، خدمات الأشعة، خدمات حفظ السجلات، خدمات الخاصة بتسيير الشؤون المالية والإدارية... إلخ.

انطلاقا مما سبق يتبين أنه لا يجب الخلط بين مفهومي الرعاية الصحية والرعاية الطبية بحيث أن هذه الأخيرة هي فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، من جهة أخرى الرعاية الطبية تقتصر على مدى تعامل

¹ - عصماني سفيان: دور التسويق في نظام الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 41.

عمال الفريق الطبي مع المريض عند حدوث المرض في حين أن الرعاية الصحية لا تنتظر حدوث المرض بل تعمل على منع حدوثه، وإذا حدث تعمل على معالجته، ففي الكثير من الأحيان لا يكفي العلاج لوحده مما يتطلب مرحلة مواءمة وهي مرحلة تأهيل المريض أي بعد العلاج¹.

المطلب الثالث: الفاعلية والكفاءة في الخدمات الصحية

الفرع الأول: الفاعلية في الخدمات الصحية

هناك شبه إجماع من طرف الباحثين والمفكرين في ميدان المعرفة الإدارية أمثال "كاتز"

(KATZ) و"كاين" (KAHN) و"ميشا كاليكا" (M.KALIKA) و"إتزيوني" (ETZIONI..A) حول مفهوم

الفاعلية لذلك سنورد التعاريف التالية التي تعطي مفهوما شاملا للفاعلية:

فيرى الباحث "أحمد نور": "أن الفاعلية تستخدم لقياس قدرة الوحدة الاقتصادية على تحقيق أهدافها المخططة وعلى هذا الأساس يتم قياس فعالية الوحدة الاقتصادية بنسبة ما تحققه من نتائج فعلية إلى ما كانت ترغب في تحقيقه طبقا للخطة"².

إن الفاعلية بهذا المفهوم ترتبط بكمية المخرجات النهائية دون النظر إلى كمية الموارد المستنفذة في سبيل الحصول عليها. ترتبط الفاعلية بتحقيق الأهداف فنقول عن مؤسسة ما أنها فعالة إذا استطاعت أن تحقق أهدافها المسطرة وأقل فعالية إذا حققت جزءا منها بينما توصف بأنها غير فعالة تماما إذا لم تستطع تحقيقها كلية.

أما "ميشال كاليكا" فيعرف الفاعلية كما يلي: "هي درجة تحقق الأهداف المسطرة من طرف المؤسسة

وبهذا المفهوم فإن الفاعلية أوسع من مفهوم الكفاءة بل إنها تتضمن الكفاءة.

أثبتت الدراسات أيضا أن الفاعلية يمكن النظر إليها باعتبارها متغيرا تابعا يتحدد بفعل عدد من المتغيرات المستقلة وإحدى هذه المتغيرات هي كفاءة استخدام الموارد لتحقيق الأهداف المحددة"³. وعلى هذا الأساس يتضح جليا أنه يستلزم على المؤسسة أن تحقق مستوى معيناً من الكفاءة والفاعلية معا حتى تتمكن من البقاء والنمو.

إن قياس الفاعلية في المنظمات الصحية تجابه بصعوبات متعددة تنسب في أغلبها إلى تعددية الأهداف المطلوب إنجازها أولا وصعوبة قياسها ثانيا، فضلا عن المتطلبات الكثيرة التي تستوجبها عملية الاستغلال الأمثل

¹ - فريد كورتل: تسويق الخدمات الصحية، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008، ص 319.

² - أحمد نور، مبادئ محاسبة التكاليف الصناعية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص 59.

³ - الداوي الشيخ: دراسة تحليلية للكفاءة في التسبير، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، تخصص مالية، جامعة الجزائر، 1995/1994، ص ص: 10-11.

للموارد وقياس النتائج الغير ملموسة. إلا أن هذا لا يمنع من التطرق لهذا العنصر من خلال التعرف على مفهومها وعلى أهم المؤشرات المستخدمة لقياس الفاعلية في المنظمات الصحية.

أولاً. مفهوم الفاعلية في الخدمات الصحية: تحتل مسألة الفاعلية أهمية كبيرة في مجال الخدمات الصحية وتقديمها وذلك نظراً لما تظهروه 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 تقديمها للخدمات الصحية، ومدى قناعة الفرد أو المجتمع بتلك الخدمات لكونه صاحب المنفعة والمصلحة الحقيقية من تلك الخدمات المقدمة، إذ أن ذلك لا يمنع من البحث في الموضوع والتأثير في تفاصيل قياسها مؤكداً بأن الموضوع قد نشأ أصلاً في منظمات الأعمال. وفي هذا الإطار يمكن القول بأن منظمة الصحة العالمية WorldHealthorganisation قد اهتمت في بلورت مفهوم الفاعلية في المنظمات الصحية من خلال انعكاس تأثيرها بإسهامات المفكرين والمختصين في مجال إدارة الأعمال وقد عرفت في مداها الصحي على أنها: "مقياس لمدى تحقيق الأهداف الصحية". وقد عادت إلى تعريفها مرة أخرى في عام 1971 إلى أنها: "تأثير النشاطات والنتائج النهائية: المخرجات أو العوائد للسكان والمتحققة في ضوء الأهداف المحددة".

هذا التعريف يشير في مضمونه إلى أن المنظمة الصحية عامة تعمل في ظل نظام مفتوح وهي ترتبط أساساً بمدى تحقيقها للأهداف الموضوعة لها اتجاه المجتمع ومقاساً أصلاً بالمخرجات النهائية التي تعبر عن حجم ومقدار النشاط المحقق في إنجازاتها لبلوغ الأهداف الموضوعة.

وقد تبلور هذا الاتجاه بشكل أوضح في مرحلة لاحقة عندما عرفت فاعلية الخدمات الصحية على أنها: "العلاقة بين الإنجازات الفعلية والمرغوبة كأهداف نهائية".

وفي هذا التعريف إشارة إلى وجود علاقة بين ما يمكن التعبير عنها بالفجوة (CAP) حيث تسعى المنظمات عامة في الغالب إلى محاولة غلقها بما هو متاح لها من إمكانيات وقدرات إبداعية.

وفي تعريف آخر للفاعلية في الخدمات الصحية: "على أنها قياس لمدى قدرة الخدمات الصحية على تخفيض حدة حالات معينة أو تحسين الأوضاع الصحية ودرجة الرضا عنها.

يبدو لنا من هذا التعريف بأن الفاعلية تمتد إلى الربط ما بين الأهداف المتحققة مع بعض المستلزمات الرئيسية الواجب توفرها من أجل ذلك وأهمها المشاركة من قبل المجتمع ومدى رضاه عن تلك الخدمات.

ثانياً. أهم المؤشرات الخاصة بتقويم فاعلية الخدمات الصحية: يمكن أن نقسم مؤشرات تقويم الفاعلية للمنظمات الصحية في ضوء الخدمات التي تقدمها إلى مجموعتين هما:

1- المدخلات (INPUTS): وهي الأشكال المختلفة من الموارد التي تحصل عليها المنظمات الصحية من البيئة التي تعمل بها وغالبا ما تكون بشكلين هما:

أ. الموارد البشرية وتشمل على:

- ذوي المهن الطبية (أطباء صيادلة أطباء أسنان).
- ذوي المهن الصحية (الكوادر الوسيطة من ممرضين ومساعدين).
- العاملين الآخرين من غير ذوي المهن الطبية والصحية كالإداريين والفنيين والمساعدين... إلخ.

ب. الموارد المالية وتشمل على:

- الموارد التي تحصل عليها من الميزانية العامة للدولة.
- الموارد من أنشطة التمويل الذاتي المختلفة.
- مصادر أخرى (كالتبرعات مثلا).

لذلك يمكن القول بأن الزيادة أو النمو في المدخلات سواء كانت كمية أو نوعية تعد كمؤشر لفاعلية المنظمة الصحية على أساس أن تلك الموارد مستلزمت ضرورية يتم استعمالها في سبيل إنجاز وتحقيق الأهداف الصحية المخططة أو المرغوب تحقيقها. وفي نفس الوقت يعبر عن مدى قدرة المنظمة الصحية على البقاء في تنفيذ الرسالة التي صممت لها أصلا.

2- المخرجات (OUTPUTS): وهي مجموع ما يتم تحقيقه من نتائج مختلفة عبر الأنشطة التي تزاوها 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 لتقويم فاعلية الخدمة من خلال الآتي:

أ. مؤشرات المهام الوقائية: وهي تشمل على:

- عدد المراكز الوقائية وسعة انتشارها الجغرافي.
- معدل عدد الإصابات والوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية.
- معدل عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة.

- معدل عدد الولادات السليمة.
 - ب. مؤشرات المهام العلاجية: وتشمل على:
 - عدد المستشفيات العامة والمتخصصة.
 - عدد المراكز الصحية الرئيسية والفرعية وانتشارها الجغرافي.
 - عدد العيادات الخاصة.
 - عدد القائمين على إنتاج الخدمة الصحية (عمال السلك الطبي شبه الطبي وإداريين).
 - ج. مؤشرات المهام التعليمية: وتشمل على:
 - عدد الكليات والمعاهد والمدارس الطبية.
 - عدد الدورات الطبية المتحققة لرفع المستوى التعليمي.
 - الأجهزة والمعدات المستعملة في العمل ومدى حداتها.
 - الأجهزة والمختبرات التحليلية والطبية.
- الفرع الثاني: الكفاءة في الخدمات الصحية**

إن مفهوم الكفاءة يتعلق بالتوازن بين كمية الموارد المستخدمة في المؤسسة كمدخلات وبين كمية النتائج المحققة في المخرجات أي انه يرتبط باقتصادية العمل فكلما كانت المدخلات أقل وكانت المخرجات أكثر كان ذلك معبراً عن عنصر الكفاءة في الأداء¹ هذا التعريف طرح مفهومًا للكفاءة" والعلاقة بين المدخلات والمخرجات كما دل على أن الكفاءة هي أحد عناصر الأداء.

ويعرفها عبد السلام أبو قحف بأنها: "الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة لتحقيق حجم أو مستوى معين من النواتج أو المخرجات".

هذا التعريف أشمل نوعاً ما [1] بحيث يبين الباحث بأن الكفاءة تعتمد على الاستغلال الأمثل لموارد المؤسسة المختلف [2] من اجل تحقيق النتائج أو الأهداف المرسومة.

إذا ما كانت الكفاءة موضوع اهتمام من قبل المنظمات عامة فإن لها خصوصية الاهتمام في المنظمات الصحية ولعل ذلك الاهتمام يكمن في كون النتائج المتحققة كمخرجات ترتبط ب حياة الإنسان في بقاءه من عدمه وهذا ما يستدعي من القائمين على الخدمة الصحية مستوى عالي من الرقابة على الأداء والتقييم الدقيق

¹ - نور الله كمال: **وظائف القائد الإداري**، دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر، الطبعة الأولى، دمشق، 1992، ص 15.

للطاقات المتاحة من موارد بشرية ومادية ومالية للوصول إلى الأهداف المطلوبة والمتعلقة بصحة المجتمع وعبر النتائج المخطط لها كمخرجات من خلال استثمار هذه الموارد. فضلا عن ذلك يمكن إبراز أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية من خلال المؤشرات التالية:

- طول المدة الزمنية التي تستغرقها عملية إعداد وتأهيل القائمين على إنتاج الخدمة الصحية (خاصة الأطباء والصيدالدة) وذلك باعتبار أن هذه الفئة تتميز عن غيرها بصفة الندرة من جهة ومن جهة أخرى تتطلب التخطيط والانتظار إلى أمد طويل.
 - الخدمة الصحية تعتمد إلى حد كبير على مهارة القائمين على إنتاجها وهذه المسألة تتباين من فرد لآخر ولا يمكن وضع مقاييس معيارية لأدائها وقياسها وتكيفها لأن تكون قابلة للقياس والتوحيد.
 - لبلوغ الكفاءة المخططة نحو تحقيق الأهداف فالأمر يستوجب توفر المستلزمات التكنولوجية المواكبة لحالة التطور الحديث في المجال الطبي.
 - كذلك الأمر يستوجب في المقابل توفير المستلزمات المالية للحصول على الموارد البشرية والتكنولوجية القادرة فقط على تحقيق الخدمة الصحية المناسبة.
- من مجمل ما سبق يمكن القول بأن مفهوم الكفاءة في الخدمة الصحية حظي باهتمام القائمين على المنظمات الصحية بمختلف مستوياتها وسعة شموليتها ولذلك فقد عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) كفاءة الخدمات الصحية على أنها: "العلاقة بين النتائج النهائية المتحققة والجهود المصروفة على شكل نقود وموارد ووقت".
- مما سبق يتضح أن هذا التعريف المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة حول الكفاءة الصحية قد حصر مفهومها بالتركيز على الجانب المالي وذلك بسبب السهولة النسبية في تقديرها واحتسابها.
- وعادت مرة أخرى لتعريفها على أنها: "ما يتعلق بتحقيق أهداف منظمات الخدمات الصحية بأقل النفقات في الجهود، سواء كانت تلك الجهود على شكل أموال، قوى عاملة أو موارد أخرى، ومدى قبول تلك الخدمات الصحية".

من خلال هذا التعريف يتضح أن مفهوم الكفاءة في الخدمات الصحية لا ينحصر فقط بالتركيز على الجانب المالي بل يمتد إلى أبعد من ذلك إذ ارتبط مفهومها أيضا بمدى القبول المتحقق لدى المستفيد منها¹.

1. قياس الكفاءة للخدمات الصحية: يرتبط قياس الكفاءة للخدمات الصحية بالموارد المتاحة والمستخدم في عمليات إنتاج الخدمة الصحية والتي تتمثل بالموارد البشرية المالية والمادية وبالتالي يمكن قياس الكفاءة على

¹ - تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، مرجع سابق ، ص 177- 189.

الرغم من أن الأمر لا يخلو من صعوبة في ذلك¹ خاصة أن الكفاءة في الخدمات الصحية ترتبط بمستوى النوعية المقدمة¹ إذ لا يكفي الحصول على عدد أو حجم من المخرجات التي تمثل خدمة صحية بل المدى في نوعية الخدمة الصحية وما يمكن أن تحققه من رضا لدى المستفيدين منها. ويمكن قياس الكفاءة بعناصرها المجتمعة من خلال الموازنة العامة بين ما تحقق فعلا من مخرجات وما تم التخطيط له فعلا:

$$\text{الكفاءة} = \frac{\text{المخرجات الفعلية}}{\text{المخرجات المخططة (المعيارية)}}$$

النتيجة التي يتم التوصل إليها تمثل الكفاءة في حسن استثمار الموارد المتاحة وفقا لما تم التخطيط له مسبقا وما عكسته النتائج النهائية لأداء المنظمة الصحية. وعلى هذا الأساس كلما قربت النتيجة من الواحد (1) فهذا يعني بأن الضياع أو الهدر كان صفرا أو يقارب الصفر وأن الطاقات الفعلية مساوية للطاقات المخططة.

وفي الوقت نفسه يمكن قياس الكفاءة للخدمات الصحية من خلال نسبة المخرجات الفعلية إلى كل من الموارد البشرية والمواد المادية المخططة وذلك لتأثير كفاءة كل مورد على حدة قياسا بالمخرجات الفعلية من الخدمات الصحية وفقا للصيغة التالية:

$$\text{كفاءة الموارد البشرية} = \frac{\text{المخرجات الفعلية للخدمات الصحية}}{\text{المخرجات المخططة للخدمات الصحية}}$$

$$\text{كفاءة الموارد المالية} = \frac{\text{المخرجات الفعلية للخدمات الصحية}}{\text{المخرجات المخططة من الموارد المالية}}$$

المبحث الثاني: المقاربات النظرية لاقتصاد الصحة

بعدها كان التداوي يتم بواسطة طرق تقليدية عبر العصور، ومع تطور العلوم ولا سيما علم الطب الذي كان يهتم فقط بالجانب الصحي للإنسان، لم يكن هناك حاجة لإيجاد علاقة بين الصحة والاقتصاد أي أنها لم تكن تهتم بالمواد المادية بقدر ما كانت تهتم بالمواد البشرية وذلك راجع للرءاء الذي كان يعم أغلب الدول الغربية. لكن وبعد الحرب العالمية الثانية التي خلقت آثار سلبية مما استدعى ضرورة جعل قاعدة لكل تدريس جامعي يختص في الجانب الاجتماعي والصحي وتطورت هذه المبادرة في نهاية الخمسينيات في كل من

الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا إلا أنه ونتيجة للأزمة التي ظهرت في نهاية السبعينيات فقد أصبح من المستحيل تغطية الطلب الاجتماعي على العلاج حيث بدأت محاولات الربط بين المقاربة الطبية والمقاربة الاقتصادية للصحة أو بالأحرى النظام الصحي بحيث أن الاستهلاك الطبي الذي كان يرتفع من سنة لأخرى كان أكبر من الزيادة في حجم الناتج الداخلي الخام² فعلى سبيل المثال فرنسا قاربت نفقاتها الصحية³ 03ملايير دولار سنة 1950 لتنتقل إلى 30 مليار دولار سنة 1965 ثم 200 مليار دولار سنة 1980 ثم 400 مليار دولار سنة 1985 لتصل إلى 550 مليار دولار سنة 1990.

ومن هنا برزت أهمية الربط بين علم الطب الذي يهتم بالمريض وشفاءه في البحث على أحسن الطرق لعلاج وعلم الاقتصاد الذي يهتم بتصرفات الأشخاص التي تنتج وتستهلك وتبادل لإشباع حاجات الأفراد أمام ندرة الموارد. ولقد بدأت هذه الأفكار تتجسد تدريجيا على أرض الواقع ومن بين الدول التي فكرت في صحة شعبها خلال السبعينيات فرنسا في محاولات منها إلى جمع وتنظيم بحوث قطاع الصحة.

المطلب الأول: مدخل عام لظهور اقتصاد الصحة

ظهر اقتصاد الصحة في نهاية الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا العظمى وبداية السبعينات في فرنسا، والنقطة الموحدة بين المختلف البحوث تتمثل في اختيار قطاع الصحة كمجال للتطبيق⁴ وذلك للتوصل إلى التحليل الاقتصادي والتطور النظري، خلال عشرية الثمانينات أعطيت أهمية لاقتصاد الصحة لأسباب تطبيقية تخص متطلبات تسيير قطاع الصحة والهيئات المقدمة للعلاج. في نهاية سنوات السبعينات ظهرت قيود اقتصادية مخيفة حدت من المتطلبات الاجتماعية للسكان في ميدان الاستهلاك الطبي. بعد أزمة 1929م ظهر التحليل الاقتصادي الجزئي (micro-économie) عن طريق الاقتراب الكنزي، في هذا الجو الجديد ظهر اقتصاد الصحة وعم مجال تحليل النشاطات الاجتماعية فأغلبية الأعمال الاقتصادية المتعلقة بميدان الصحة تبنت الميكانيزمات، المفاهيم والوسائل المنهجية للمدرستين الحدية والكنزية. ومن هنا نستخلص إلى أن الفكر الاقتصادي في مختلف المدارس كان مهاجرا لدور قطاع الصحة بحيث لم يتم التطرق إليها بل اعتبروها نشاطا اجتماعيا ليس له أي تأثير على النشاط الاقتصادي.

إن فلسفة اقتصاد الصحة تجمع بين مفهومين متباعين وهما الاقتصاد والطب فالتفكير الاقتصادي يعتمد على قيد الموارد الإجمالية المتاحة، ويتخذ الاقتصادي الصفة التقنية الذي عليه تخصيصها بطريقة عقلانية أما الطبيب فليست له قيود في مجال نشاطه إذ يتجاوز فكرة محدودية الأموال فبالنسبة له "الصحة ليس لها ثمن".

على الرغم من أن اقتصاد الصحة من العلوم الحديثة النشأة إلا أنه قد تطور بسرعة وسبب ذلك أنه علم متفرد وهذا ما أشار إليه العديد من المفكرين الاقتصاديين على غرار (BOURBOUN)BUSSET حيث أنه قال: "إنه من الأهمية خلق وتطوير علاقات مباشرة بين الحقول البشرية المختلفة، ويجب الملاحظة أنه غالبا وبالتقاء فرعي معرفة مختلفين تحدث نتائج هامة، إذ أنه ليس من العشوائي أن العلوم المركبة من اسمين هي التي تتطور بسرعة".¹

هذا وقد أضاف في نفس السياق أنه: "يجب الحد من الاحتكار العلمي والمقصود من ذلك على ألا يبقى على فرع مغلق على أفكاره بل يجب التفتح على العلوم الأخرى لإيجاد تقارب والوصول إلى نتائج لم يحقها الفرع الأحادي لوحده".²

على الرغم من أن اقتصاد الصحة حديث النشأة إذ ظهر في النصف الثاني من القرن العشرين كفرع مستقل بذاته ليتطور بعد ذلك في الربع الأخير من هذا القرن إلا أن ذلك لم يأتي صدفة بل إن علاقة علم الاقتصاد بالصحة ليست بالشيء الجديد وإنما هي قديمة سبقت القرن العشرين. وقد تبلورت هذه العلاقة من خلال انفصال فرع اقتصاد الصحة كفرع مستقل بذاته مما أدى إلى ظهور ملامح التقارب بين العلوم الطبية والعلوم الاقتصادية والدليل على ذلك أن أوائل المفكرين الذين أرسو علم الاقتصاد كانوا أطباء أيضا ومنهم F- Quesney الفيزوقراطي الذي كان اقتصادي وطبيب في نفس الوقت.

المطلب الثاني: تعريف اقتصاد الصحة

للصحة خصائص اقتصادية لا بد من دراستها لذلك يهتم علم الاقتصاد بدراسة طريقة تحديد الخيارات الأفضل من أجل الاستخدام الأمثل للموارد النادرة لإشباع الحاجات المتنوعة، وتصبح المعضلة أصعب إذا لم يأخذ بعين الاعتبار حاجة المستهلكين المحتملة في المستقبل. وهنا تظهر أهمية اقتصاد الصحة. فرغم الصعوبات التي واجهها من حيث المحتوى والشكل إلا أنه ولد وتطور بسرعة لإيجاد حل للتناقض القائم بين الحاجات الاجتماعية من جهة والقيود الاقتصادية من جهة أخرى.

أما من وجهة نظر الاقتصاديون فقد اختلفت نظرهم إلى اقتصاد الصحة حيث:

¹-J.DE Bourbon.Busset : La prospective du prospectve cahier de sociologie Et de la démographie médicales paris 1983,N 02.

²-Stéphan A. : Besoins de santé et couverture économique individue et nation, paris cahier de sociologie et de démographie, N 2. P 198.

✚ **F.V. Guyot و P.Bonamour** في كتابهما الاقتصاد الطبي (Economie médicale) على أنه: "فرع المعرفة

التي تهدف إلى تعظيم النشاط الطبي دراسة الشروط المثلى لتخصيص الموارد التي تملكها حتى نضمن للسكان أحسن حالة صحية ممكنة أخذًا بعين الاعتبار القيود والوسائل المتواجدة."¹

✚ كذلك هناك تعريف "**GUY DEHAND**" فيعرف اقتصاد الصحة: "فرع مختص من العلوم الاقتصادية:

الذي يهدف إلى دراسة القيود التي يفرضها المحيط السوسيو اقتصادي على النظام الصحي".

✚ **H.Guitton**: "اقتصاد الصحة هو فرع جزئي وصفي يهتم بمعرفة المعطيات الأساسية التي تساهم في

استرجاع الصحة الضائعة ووقايتها حتى لا تضيع: وبصفة عامة تكيف الإنسان مع الوسط الذي يحيط به: في هذه الحالة يقوم الاقتصادي بوصف النفقة: تقديرها وتحليلها".

من خلال هذه التعاريف نجد أن اقتصاد الصحة فرع من فروع العلوم الاقتصادية يهدف إلى دراسة القيود التي ينقلها المحيط الاجتماعي والاقتصادي على المنظومة الصحية، فالاقتصاد أصبح يهتم بالنشاطات الاجتماعية التي همشت عن ميدان التحليل الاقتصادي منذ الخمسينات، وكانت الولايات المتحدة أول بلد تم فيه إعداد مختلف المحاولات لتطبيق التحليل الاقتصادي ثم عمت بعدها في مختلف دول أوروبا. وقد بين الدكتور H.Paret أن المورد البشري يمكن له المساهمة في النمو الاقتصادي كون أن العوامل المادية أصبحت غير كافية فقد قال: "لقد اكتشفنا الدور المحدود لرأس المال في النمو الاقتصادي ولهذا السبب لا بد من الاستثمار في رأس المال البشري مع وضع خطة اقتصادية لتبرير الاستثمارات التي خصصت لهذا القطاع غير المنتج. لكن وعلى الرغم من وجود نقاط مشتركة بين الفرعين فهناك بعض نقاط الاختلاف بينهما وذلك من حيث:

✓ **حقل التحليل:** بحيث أن عمال القطاع (السلك الطبي والشبه طبي) يهتمون أساسًا بالمريض وعلته دون الاهتمام بمشاكل التسيير، أما الاقتصادي فهو يهتم بتفسير سلوك الأفراد الذين ينتجون.

✓ **من حيث الهدف:** بحيث يهدف عمال قطاع الصحة إلى الاستجابة لأكبر شريحة من طالبي الصحة: ضف إلى ذلك توفير نتائج الاكتشافات العلمية في هذا الميدان والتجهيزات المتطورة من أجل إنقاذ حياة المرضى، في حين أن هدف رجل الاقتصاد هو عقلنة سير المنظومة الصحية من خلال ترشيد استخدام الموارد المتاحة بالقطاع.

✓ **من حيث منطقتي التحليل:** أساس المنطق الصحي هو استرجاع الحالة الصحية للمريض دون الأخذ بعين الاعتبار التكاليف الناتجة عن ذلك، في حين أن الاقتصاد يحاول عقلنة هذه التكاليف إلى أدنى حد ممكن.

¹-P. Bounamour et F.Guyot: **Economie médicale**. Editions médicales et universitaires, paris 1979.

دائما وفي نفس السياق يشير H. GUITTON والذي يعتبر من الاقتصاديين الجامعيين الذين اهتموا بتطوير المقاربة الاقتصادية لمشاكل الصحة أن اقتصاد الصحة يحتوي على مستويين أساسيين وهما:

-**المستوى الأول:** وهو فرع وصفي لمعرفة المحيطات الأساسية والتي تساهم في استرجاع الصحة الضائعة والوقاية للصحة الدائمة من خلال التطرق إلى تكاليف الصحة وتفسيرها والبحث على أحسن الطرق للتنبؤ بها.

-**المستوى الثاني:** اقتصاد الصحة هو عبارة عن فرع معياري يهتم أساسا بأحداث توازن بين التكاليف والموارد وذلك من أجل الحكم على فعالية ونجاعة النظام الصحي، وذلك لأن المؤشرات الصحية هي صورة إحصائية لحالة معينة معتمدين على نماذج وتحاليل مختلفة للوصول إلى نتائج مرضية. وقد قسم "EVILEVY" هذه المؤشرات إلى أربعة مؤشرات أساسية:

***مؤشر العرض:** دورها توضيح النظام الديمغرافي وهيكلته: الاستهلاك الغذائي ونمط الحياة.

***مؤشر الحماية:** دورها توضيح نسبة التغطية بالخدمات الطبية (من حيث عدد المستخدمين الطبيين والشبه طبيين من حيث عدد الفحوص الطبية بالنسبة لكل شخص... إلى غير ذلك).

***مؤشر الانتظار:** دورها توضيح نسبة الوفيات (المحسوسة المحللة والموضوعية).

***مؤشرات النتائج:** يتمثل دورها في التعرف على أسباب الوفيات العامة والطفولية كما توضح لنا أمل الحياة. وعلى هذا الأساس فقد أوضح "EVILEVY" على أنه لا يمكن تحديد مؤشرات خاصة تلي مجموعة من الأهداف بل نختار المؤشرات من خلال الدراسة المتبعة.¹

✚ أما "JEAN FRANCOIS" فهو يفصل بين مؤشرين يأخذ بهما في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية ألا وهما:

***مؤشرات كلاسيكية:** وهي تعتمد على المعلومات الموجودة، إذ تبحث على قياس الحالة الصحية من خلال الوفيات: أمل الحياة وعدد المرضى.

***المؤشرات المبنية:** وهي أكثر تطورا باعتبارها تجمع ما بين المدة المتوسطة للعجز، الوقت الضائع بسبب الموت وهي عبارة عن أرقام استدلالية مبنية من طرف الأطباء.

المطلب الثالث: أسباب ظهور فرع اقتصاد الصحة

هناك عدة أسباب عجلت بظهور فرع اقتصاد الصحة منها ما هو اقتصادي ومنها ما هو اجتماعي

لكن ما يهمنا بالدرجة الأولى كإقتصاديين الأخذ بالأسباب الاقتصادية.

¹- EVILEVY: introduction à la gestes hospitalière, paris 1978, édition ouvriers, p 09.

الفرع الأول: الثقل الاقتصادي للنفقات الصحية

الترايط بين الصحة والاقتصاد يبرز بشكل كبير في ظل الأزمات الاقتصادية التي واجهت المجتمعات البشرية وبالمخصوص بعد الحرب العالمية الثانية وذلك نتيجة بروز الثقل الاقتصادي الذي أصبح يشكله الإنفاق الصحي ومن ثم أصبح التفكير منصبا على البحث في طريقة تسيير جيدة أكثر عقلانية للموارد والوسائل المقدمة لقطاع الصحة وكذا معرفة النتيجة المثلى لهذا الجهد الإنفاق.

إذن أمام ظروف صحية مزرية وتنامي متواصل للإنفاق الصحي نجد أن رجل الاقتصاد مضطر إلى إدخال اعتبارات اقتصادية في القرارات الطبية وذلك بهدف إنقاذ أكبر عدد ممكن من الأفراد وبأقل تكلفة آخذا بعين الاعتبار حجم الموارد المتوفرة.

الفرع الثاني: البحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي

تزايد النفقات الصحية تزامن مع الرفاهية الاقتصادية التي سادت الدول المصنعة خلال الثلاثين سنة التي تلت نهاية الحرب العالمية الثانية إذ أصبح من الضروري تطبيق تقنيات التعبير في الميدان الصحي وذلك تزامنا مع الركود الاقتصادي ومحدودية الموارد المالية التي تلت مرحلة اليسر المالي هذا من جهة، ومن جهة أخرى عقلنة النفقات لغرض إشباع أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع تحت قيد الموارد المالية.

المطلب الرابع: قطاع الصحة من وجهة نظر اقتصادية

من خلال اللوحة الوجيزة التي تم عرضها عن مفهوم اقتصاد الصحة ونظرا لاختلاف وجهات نظر الاقتصاديين فإننا سنحاول تبيان موقف الاقتصاديين من قطاع الصحة وماهي المكانة التي يكتسبها هذا القطاع؟ وما هي طبيعة الصحة كسلعة؟ هل هي سلعة استهلاكية أو استثمارية؟

الفرع الأول: اقتراب اقتصاد السوق

يرى الليبريون أن اقتصاد الصحة لا يختلف كثيرا عن بقية الأنشطة الاقتصادية (الخدمات السوقية الأخرى) لكن ما لاحظته الاقتصاديون أن هذا الاقتراب جزئي وذلك باعتبار أن الخدمات الطبية جزء منها غير تجاري أي أنه لا يخضع لقانون السوق ولهذا يتعذر تطبيق مفاهيم اقتصاد السوق على كل أنشطة هذا القطاع خاصة من حيث التكلفة والفعالية، إذ يواجه الاقتصاديون أكبر مشكل في اقتصاد الصحة والذي يتمثل في تعريف وقياس منتج النشاطات الصحية. ضف إلى ذلك فالأجور هي محددة من طرف الدولة وبهذا فهي لا تخضع لقانون السوق (العرض والطلب) بخلاف الأنشطة الاقتصادية الأخرى، لعل من بين المفكرين الذين أشاروا إلى هذه النقطة نجد:

Michel Foucher : "بحيث أنه يعتبر الإنتاج قابل للتسويق عندما توفر عملية التبادل في السوق بسعر يغطي على الأقل نفقات الإنتاج ويمكن أن نعطي للسعر المطبق عدة تسميات جباية، رسم المرور: حقوق: اشتراكات اختيارية".

إذن فالرسوم الضريبية حتى وإن كانت ذات طابع إجباري فهي تعتبر كسعر مقابل الخدمة المسوقة أي السعر الذي يكرس المنفعة الحدية للمشارك والتكلفة الحدية للبائع.

Joseph Brunet Jailly : يشير في هذا الشأن أيضا أن: "الطب يخرج عن مجال الأذواق والألوان ولهذا لا يمكن أن يخضع لتقييمات تجارية"¹.

من جهة فالإشكال الذي يطرح نفسه للنقاش لما نتحدث عن اقترابات اقتصاد الصحة باقتصاد السوق وهو ما يخص المنظومة الصحية إذ يرتبط مفهوم النظام بمفهوم الهيكل والنموذج بحيث يسمح بتحليل مجموعة من العناصر التي هي مرتبطة والتي ليس لها معنى، ولعل من بين المفكرين الاقتصاديين الذين تطرقوا إلى هذا المشكل " **Emile Levy** " إذ يقول: " إن مفهوم المنظومة الصحية مستعمل بصفة جارية دون وضوح محتواه وهو يعتقد بأن هذا المشكل ذا طابع منهجي. من خلال هذه المقاربة اتضح صعوبة أخرى والتي تتمثل في كيفية إدماج ضمن هذا النظام مع بعض العناصر مثل محاربة الأمراض وخاصة المعدية، مراقبة مختلف المواد المقدمة للاستهلاك " الصناعة الصيدلانية التي تنتمي إلى اقتصاد العلاجات الطبية... الخ".
أما فيما يخص المشكل الأخير الذي يطرحه هذا الاقتراب فهو يتمثل أساسا في كون أن الصحة هلهي استثمار أم استهلاك؟.

أولا. الصحة كسلعة استهلاكية: إذا اعتبرنا الصحة سلعة فإننا نعتبر في هذه الحالة وجود سوق للصحة، إلا أن الصحة تتميز بميزات خاصة سواء من ناحيتي العرض أو الطلب. وعلى هذا الأساس فصحة هذه الفرضية يعتمد على وجود العرض من طرف المعالج (الطبيب) والطلب من طرف المريض، وفي هذه الحالة تصبح الخدمات الصحية عبارة عن منتج يعرض ويطلب في السوق أما السعر فيحدده قانون العرض والطلب². لكن وحسب هذا التعريف المستهلك لا يملك عنصر الأفضلية نظرا لجهله للعلاج وكذا العلة كما أنه لا يستطيع حساب منفعته الحدية أو القيام بتقدير أولي لنوعية المنتج المعروض. هذا ما يمنح للطبيب سلطة غير محدودة، كما يصبح وسيطا وصاحب قرار. وبالتالي إذا كانت الصحة عبارة عن سلعة استهلاكية فهذا يعني أنها تخضع إلى منافسة

¹-Joseph Brunet Jailly dans : quelque évidences sur l'évolution du system de santé, revue économique, N03 :1976.

²-.J.F.NYS dans : la santé consommation ou investissement ,Edition economica 1961,p80.

في السوق لكن هذه السلطة تميز عن غيرها بمجموعة من الخصائص كونها محدودة في السوق⁸ أما الاستثمار والدعاية فهي ممنوعة تحدد التسعيرة من طرف السلطات العمومية حسب جدول مرجعي.

إذن فالخدمات الصحية تصبح منتج سلعي تعرض وتباع في السوق إذا اعتبرنا بأن الصحة منفعة للاستهلاك إلا أن هذا التحليل يبقى يعاني من عدة نقائص والتي تتلخص فيما يلي:

- عجز المستهلك في تحديد متطلباته والتي تم تصنيفها من طرف بعض الاقتصاديين إلى ثلاثة أنواع: احتياج مطلق يتمثل في غريزة الاستهلاك، احتياج تقني، احتياج محسوس (يتمثل في العلة التي يشعر بها المريض).
- من جهة أخرى يجب الإشارة أن الطلب على الخدمات الصحية يختلف عن الطلب الاقتصادي بحكم أنه يتأثر بعدة عوامل منها: نسبة الوفيات، مداخيل النفقات الاجتماعية التطور الثقافي نمو الاستهلاك عوامل طبيعية أو بيئية.

ثانيا: **الصحة كاستثمار**: إن أول من أدرك خاصية الاستثمار في الصحة هو "E.Chadwick" في بريطانيا سنة 1842 وقد بين ذلك في تقرير له حول الظروف الصحية للعمل، وكانت أول محاولة لربط الصحة بالاقتصاد . يمكن اعتبار نفقات الصحة استثمارات كون أن هدف المستهلك للعلاجات الطبية هو تحسين قدراته الإنتاجية ومدخوله، ونجد أن نظرية رأس المال البشري مرت بمراحل لتصل إلى قناعة كون الصحة سلعة استثمارية.

منذ الاقتصادي "A.Marchal" بقيت اعتبارات رأس المال المادي طافية على السطح واعتبرت أنها المسؤول الوحيد المحرك لعجلة الاقتصاد حيث فرض أفكاره على النظريات التي سبقته لكل من Ficher وWalras، أما الرأس المال البشري فيعتبر مصطلحا جديدا نسبيا وقد أستعمل بعد الحرب العالمية الثانية من طرف مدرسة شيكاغو. ومن ثم قام المؤلفين الجدد بتطوير نظرياتهم الخاصة برأس المال البشري واهتموا باقتصاد الصحة وحلوا أثر الصحة على الاقتصاد بعد الحرب العالمية الثانية. ومن هنا تبلورت فكرة نفقات الصحة كاستثمار على الإنسان حيث اقترح "MUSHKINS.J" و "B.A.WEIBORD" ضرورة تقييم الاستثمار الصحي من خلال النفقات التي تخصص لصحة الفرد إذ يرى أنه بواسطة نفقات التكوين والصحة يزداد أمل الحياة ومن ثم يزيد مردود الاستثمار الصحي باعتبار أن الإنسان هو صانع التنمية ومطلب الحياة من خلال صحة جيدة هو أولى مطالب هذا الإنسان نفسه رأسمال¹.

¹-M. RIBOUD dans : étude de l'accumulâtes du capital humain en France, revue économique , mars 1975 , p 222.

وقد دعم هذا الموقف بعض المفكرين الاقتصاديين مثل: "BOCKERTWSHULTG.S" من خلال إعطاء أهمية كبيرة لنفقات الصحة بصفة عامة والبرامج الصحية بصفة خاصة إذ اقترح "J-MYDVAL" ثلاثة مفاهيم أساسية يمكن الاعتماد عليها من أجل بناء تحليل اقتصادي لنفقات الصحة والتي تمثل في: مفهوم رأس المال البشري" مفهوم الاستهلاك المنتج" مفهوم إنتاجية النفقات العامة.

الفرع الثاني: مقاربات الاقتصاد المخطط

من الوهلة الأولى، زاوية الاقتراب بالتخطيط الصحي مميز، ففي الدول التي بدأت في تبني الاشتراكية" الصحة العمومية عندها هي نشاط اجتماعي من بين الأنشطة الاجتماعية الأخرى" لهذا وبالتلاحم مع النشاطات الأخرى" فالصحة لا بد أن تخدم الأهداف العامة للمجتمع الاشتراكي، وقد تم إتباع هذا الاتجاه بعض الأنظمة مثل السويد، الدانمرك إنجلترا التي أمت مستشفياتها لتلبية حاجياتها الصحية وبما أن نظام الأسعار مخطط، فسوق خدمات الصحة في هذا النظام ليس له وجود ويرجع أساسا إلى مجانية هذه الخدمات التي تتحمل نفقاتها الدولة عن طريق موارد جبائية عامة والاشتراكات. حيث ينظر "H.Paret" إلى التخطيط كوسيلة عقلانية لتلبية الحاجيات ومن جهة أخرى كأداة لتقنين السلع والخدمات الطبية، ولذا يجب تحديد الوسائل الأساسية من أجل تحقيق هذا الهدف.

ويقول "Riabouchkine": بأن الطبيعة الاقتصادية للخدمات المنتجة من طرف المؤسسة الاشتراكية تقارب الطبيعة الاقتصادية للإنتاج، وكما هو الشأن بالنسبة للإنتاج تدخل الخدمة المجانية مجال التبادل القيمة التبادلية المنشأة من طرف الاقتصاد الوطني، فرفاهية الفروع المنتجة للخدمات ترفع فورا من دخل الحكومة الاشتراكية"¹. ومن هذه الرؤية، نجد أن قطاع الصحة في ظل نظام الاقتصاد المخطط يعد نشاط اجتماعي من بين الأنشطة الاجتماعية الأخرى.

المبحث الثالث: التحليل الاقتصادي للصحة

يعتبر فرع اقتصاد الصحة كفرع اقتصادي يحمل العديد من الخصوصيات التي لا نجدها في باقي الفروع الاقتصادية الأخرى، هذه الخصوصيات دفعت بالاقتصاديين للبحث والتعمق فيها لفهم هذا الفرع الاقتصادي الجديد وذلك بتحليل الظواهر في هذا الميدان والعمل على التحكم فيها. وعلى هذا الأساس أمام هذه

¹ - تاتي نافع، تجربة العيادات الخاصة في الجزائر، مذكرة نهاية تربص، تخصص إدارة الصحة، الدورة 37، المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر، 2003-2004، ص 23.

الصعوبات سيصطدم رجل الاقتصاد بالعديد من القيود لكن وقبل ذلك لا بد علينا أن نتعرف على أهم خصوصيات هذا الفرع الاقتصادي وكذلك على خصوصيات المنتج والمستهلك للخدمات الصحية.

المطلب الأول: خصوصيات فرع اقتصاد الصحة

الفرع الأول: تدخل الدول

بعد الأزمة الاقتصادية لسنة 1929 تبين أن تدخل الدولة ضروري لتنظيم الحياة الاقتصادية في الدول ذات الاقتصاد اللبرالي لكن تدخل الدولة في الميدان الصحي لا يقتصر في التعديل أو التوجيه فقط بل يتعدى ذلك أين تصبح الدولة المسؤول الأول عن القطاع.

يبدأ تدخل الدولة بالقطاع الصحي من خلال الشهادات الممنوحة لمتخرجين والتي تسمح لهم بممارسة النشاط الطبي بمختلف اختصاصاته (يجدر الإشارة على أنه وفي بعض الدول كالولايات المتحدة الأمريكية الشهادات الممنوحة من قبل الدولة لا تكفي لتوظيف بالقطاع وإنما يلزم إرفاقها بشهادات إثبات الذات والتي تمنح من طرف الخواص بعد مرحلة تجريبية). إضافة إلى شروط التوظيف تدخل الدولة بالقطاع يمس أيضا ميدان التأمينات والمساعدات الاجتماعية للطبقات الفقيرة) أصحاب الأمراض المزمنة... إلى غير ذلك.

تتدخل الدولة أيضا يكون من خلال مراقبة الهياكل الصحية (مستشفيات، عيادات... إلخ) إذ تختصر هذه المراقبة في تحديد سعر الخدمات المقدمة في هذه المرافق.

على الرغم من أن معظم دول العالم قد تخلت عن مراقبة أسعار الخدمات السوقية من خلال إخضاعها إلى قانون السوق إلا أنها لم تستطع التخلي عن عملية تسعير الخدمات بهذا القطاع الحساس بالذات بحيث طبق نظام المراقبة لأسعار وتكاليف الصحة في و.م.أ ابتداء 1971.

تدخل الدولة في هذا الميدان يمس أيضا التدريس الطبي والبحث العلمي ويظهر هذا جليا من خلال المخصصات المالية التي ترصدها الدول لتغطية نفقات القطاع، فضلا عن هذا كله تقوم الدولة بمنح مجموعة من الإعفاءات الضريبية الخاصة بالاشتراكات والتأمينات الممنوحة من طرف أرباب العمل. كل هذه الجهود المبذولة من طرف الدولة تهدف من خلالها إلى ضمان السير الحسن للقطاع.

الفرع الثاني: عدم اليقين

يندرج اللايقين في كل ركن من حقل الرعاية الصحية، فاللايقين قد يبدأ بالمستهلك (أي المريض في الرعاية الصحية) لكن بالتأكيد لا ينتهي هناك، ضف إلى ذلك مزودو الرعاية الصحية يواجهون أيضا لا يقينا كبيرا بالرغم من انه لا يظهر أنهم تعرفوا عليه فرديا، علاوة على ذلك في مواقف مشابهة فالأطباء غالبا ما

يوصون بالمعالجة عند أسعار شديدة التفاوت، وغالبا ما يتباعدون كثيرا عن أي معالجات يوصون بها، وبالتالي فاختيار العلاج يتغير خلال الزمن غالبا مع قليل أو بدون أساس علمي للقرار.

إن التناقض بين مدخلنا إلى اللايقين في بعض نواحي العناية الطبية (مثل أدوية جديدة)، إلى لايقين أكبر في نواحي أخرى (مثل الكفاءة في الأسلوب) ليستوجب أيضا الانتباه، فأحيانا تنظم السوق بكثافة وفي أخرى ترخص لمزودي الرعاية الصحية ومن ثم نضع ثقتنا فيهم لاتخاذ القرارات الملائمة.

الفرع الثالث: عدم تماثل المعرفة

يتواجد التماثل عندما يتطابق شيان (الحجم، الشكل أو القوة) وعندما يساوم شخصان في تبادل اقتصادي وأحدهما لديه الكثير من المعلومات المتعلقة بالآخر، فهذا الأمر يتضح بالمثل في مفاوضات نزع السلاح والمناقشات بين الطبيب والمريض، إلا أنه في الحالة السابقة كلا الجانبين لديه الفرصة ونفس المهارات في تقييم الأوضاع وادعاءات الآخر. أما في الرعاية الصحية فالعكس هو صحيح وذلك باعتبار أن الطرف الأول (طبيب) لديه مستوى أعلى من المعلومات من الطرف الآخر بخصوص القضايا المطروحة (المسماة بالتشخيص) ومعالجة المرضى، وليس فقط ذلك، فالخوافر لإظهار المعلومات تختلف، ففي حالة نزع السلاح الطرفان لديهما نفس الخوافر لإظهار أو إخفاء المعلومات، أما في حالة الطبيب والمريض الطرف الثاني يرغب بوضوح في إظهار المعلومات للطرف الأول ولكن هذا الأخير قد يكون في موقف مختلف كون أن الواجب المهني وأخلاقيات المهنة والمسؤولية الشخصية تدفعه لأن يكون صريحا وأميناً، ومع ذلك فهناك تعارض، وذلك باعتبار أن الدافع البسيط للربح يمكن أن يقود الطبيب إلى اختبارات مختلفة. وبالمثل كما هو في العديد من أوجه الميادين فاقتصاديات الرعاية الصحية يحتوي على مجموعة من الآليات لحماية المرضى (المستهلكين غير المثقفين) من بعض الممارسات غير مشروعة وعلى هذا الأساس فقد ناقش كينيث أرو (1983): "أن أحد الأسباب الهامة للمهن في تواجد مع دستور الأخلاقيات وما هو مشاع من ترخيص مهني هو التزويد بآلية مؤسسية لمساعدة توازن صفقات مثل تلك".

كما يؤكد أرو أيضا أهمية الثقة في العلاقات الجارية وأن التطورات الحديثة في دراسة الرعاية الصحية وأسواق مماثلة قد شكلت رسميا هذه الأفكار بكمالية أكثر، فحينما يعرف طرفان أنهما سيتعاملان مع بعضهما لمدة طويلة، العلاقة التقليدية "علاقة الطبيب، المريض" فإن سلوكهما يمكن أن يختلف جذريا عن صفقة المرة الواحدة.

الفرع الرابع: الوفورات الخارجية

تعتبر الوفورات الخارجية أحد الجوانب الهامة التي تفصل بين الرعاية الصحية والكثير من الأنشطة الاقتصادية وذلك باعتبار أن الكثير من أنشطة الرعاية الصحية لديها القليل أو لا منافع خارجية ولكن للدهشة فالكثير من هذه الأنشطة لها تلك الوفورات الخارجية الجوهرية أصبحت تكون جزء كبيراً من مجتمعنا لدرجة انه غالباً ما نتعرف على وجودها أو عواقبها، فمثلاً مراقبة الصرف الصحي، وقواعد الحجر الصحي لأمراض معينة وبرامج التطعيم الضخمة للأمراض المعدية غالباً ما تمر دون أن يلاحظها الشخص العادي.

المطلب الثاني: خصائص المنتج والمستهلك للخدمات الصحية

هنالك سبب رئيسي وحيد يدفع المستهلك أو يجبره على أن يتفاعل مع المنظومة الصحية والمتمثل أساساً في دافع الحاجة التي يحس بها هذا الفرد هذه الحاجة بدورها تدفعه لانتهاج أحد الأساليب التالية:

■ **بالنسبة للطريقة الأولى:** فهي تلخص في الحالات العادية أي الإصابات البسيطة التي يتعرض لها الفرد والتي تشعره بنوع من الاطمئنان عن حالته الصحية.

■ **بالنسبة للطريقة الثانية:** فهي ناتجة عن التجارب السابقة التي يخوضها الفرد، والتي من خلالها يكون قد امتلك قدر كافي من المعلومات تمكنه من اتخاذ إجراءات ذاتية لغرض تحسين حالته الصحية.

■ **أما بالنسبة للطريقة الثالثة:** فهي تعرف بالطلب الفعال والذي ينشأ أساساً عند فشل كل من الطريقتين الأولى والثانية أين يكون من خلالها المريض ملزم على زيارة الطبيب. في هذه الحالة الرد من طرف طالب العلاج إما بالاطمئنان لحالته ويتوقف طلبه عن هذا الحد أو يتوجه إلى طبيب آخر للكشف عليه.

إذن فاستشارة المريض للطبيب تمكنه من دخول المنظومة الصحية وهذا ما يولد أول خاصية وهي "الاستهلاك المزدوج" حيث أن هذه الخاصية هي ذات ميزة مشتركة بين الطبيب والمريض لكن فقط في سوق الخدمات الصحية على عكس باقي الخدمات السوقية الأخرى. إضافة إلى هذه الخاصية هناك خصائص أخرى "منها ما يمس المستهلك ومنها البعض الآخر يمس المنتج في ميدان الصحة.

الفرع الأول: خصائص متعلقة بالمستهلك

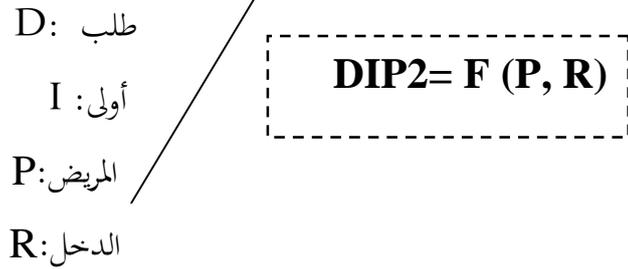
هناك مجموعة من الخصائص التي يتمتع بها المستهلك للخدمات الصحية والتي تتمثل فيما يلي:

أولاً. **المستهلك ليس سيد اختياره دائماً (حسب طبيعة الموقف):** من المتعارف عليه أنه في سوق تسوده المنافسة التامة المعلومات تكون متاحة حول طبيعة المنتج، كما أن البدائل تكون متنوعة أيضاً وهو الأمر الذي يجعل المستهلك حراً في اختياره. لكن بالنسبة لسوق العلاج المستهلك (المريض) لا يكون مخيراً دائماً في اختياره من أجل اختيار العلاج (حسب تكلفة العلاج أو نوعية العلاج التي تناسبه) بل أنه في بعض

الحالات الاستعجالية (كحالة مرض خطير مثلا) تلزم حالة المرض المتنقل ومشكلة الوقت المواطنين على ضرورة الالتزام بتوصيات وزارة الصحة دون الأخذ بعين الاعتبار أي حسابات اقتصادية. إذن مهما كان نوع المرض (بسيطا أو خطيرا) فبمجرد توجه المريض إلى الطبيب يتولد ما يسمى "بالطلب الأولي" والذي ينقسم إلى قسمين أساسيين:

- Dip_1 : الطلب الذي لا يأخذ بعين الاعتبار الحساب الاقتصادي.
- Dip_2 : الطلب الذي يأخذ بعين الاعتبار الحساب الاقتصادي ويكون عبارة عن دالة لسعر

العلاج والدخل كما يلي :



ثانيا. المستهلك ليس له القدرة على الحكم على كفاءة العلاج اللازمة للمرض: كما تطرقنا من خلال الخاصية الأولى أن المستهلك ليس حرا في تحديد أو اختبار قراراته، ضف إلى ذلك أنه يتحمل نتائج العلاج مهما كان عنصر الخطر الموجود أثناء العلاج. إذن فعدم وجود مؤشرات واضحة بالميدان (نتيجة غياب أو نقص المعلومات إضافة إلى جانب الوقت) للحكم على نوعية العلاج ومدى كفاءة مقدم الخدمة، كلها عناصر تجعل من المستهلك في ميدان الصحة غير رشيد في سلوكه أحيانا. وعلى هذا الأساس ينبغي أن يكون العائد المتحصل عليه من طرف عارض الخدمة يتماشى والنتائج المحققة أو المرجوة من طرف المستهلك (المريض).

الفرع الثاني: خصائص متعلقة بالمنتج

عندما نتحدث عن سوق الخدمات الصحية فإننا نتحدث عن عنصرين أساسيين فاعليين في هذا السوق:

أ. المستهلك: الذي لا يكون رشيد في سلوكه في غالب الأحيان نتيجة للظروف والأوضاع الصحية المفروضة عليه.

ب. المنتج: والذي يتمثل في الطبيب والذي لا تكون قراراته في غالب الأحيان صائبة (لأن الطب ليس علم دقيق) كونها محددة بمجموعة من الالتزامات. منها ما يخص الطبيب في حد ذاته والتي تؤثر على قراراته المهنية

الفصل الأول بعض عناصر اقتصاد الصحة

وبالتالي تمنعه من أداء مهنته على أكمل وجه وهي تتمثل أساسا في مجموعة من العوامل الموضوعية (objectifs) أو أخرى ذاتية (subjective).

إذن فالطلب الكلي (مريض طبيب) يتكون من طلب المريض **DIP** وطلب الطبيب **DM** والذي نعبر عنه كما يلي:

$$DT = DIP1 + DIP2 + DM1 + DM2$$

➤ **DT**: الطلب الكلي (total demande)

➤ **DSCM**: الطلب الناتج عن علة خطيرة (déséquilibre critique)

➤ **DM**: طلب الطبيب (demande du médecin)

وعلى هذا الأساس فالطلب الأولي للمستهلك (**DIP**) يكون إما نتيجة علة بسيطة (**DSNCM**) علة خطيرة (**DSCM**).

- وبالتالي إذا كانت العلة بسيطة فالعلاج اللازم لها يعبر عنه: **DM1=F (DSNCM)**.

- أما إذا كانت العلة خطيرة فينتج عنها علاج نرسم له ب: **DM2=F (DSCM)**.

المطلب الثالث: القيود المنهجية للتحليل الاقتصادي للصحة

هناك عدة صعوبات تعيق التحليل الاقتصادي للصحة، فخصائص ميدان الصحة تجعل منه حقل تحليل

يصعب على الاقتصادي التحكم فيه، حيث يواجه مجموعة من الصعوبات منها:

■ غموض المنظومة الصحية.

■ استقلالية الفاعلين في هذا الميدان.

■ عدم اليقين في قبول النتائج.

الفرع الأول: غموض بعض عناصر المنظومة الصحية

إن غموض المنظومة الصحية يبدأ من مفهومها إذ أنه ليس فقط غياب المرض يؤدي إلى صحة جيدة

بل أن هناك نشاطات أخرى لم تأخذ بعين الاعتبار ضمن المنظومة الصحية بحيث أن هذه النشاطات لا تقل

أهمية في المحافظة على صحة الفرد، بالإضافة إلى ذلك ومن بين العناصر التي يجتاحها نوع من الغموض في

التحليل الاقتصادي للصحة ألا وهو تعدد مؤشرات الصحة إذ لا يوجد مؤشر واحد متفق عليه في التحليل

الاقتصادي من أجل المقارنة بحيث أننا نجد هذا النوع من الغموض يظهر من خلال الدور الذي تؤديه التأمينات المرضية وإعادة توزيع الدخل، فدور الدخل وسياسة الأسعار المطبقة فيها تلقي العديد من الانتقادات من طرف الاقتصاديين.

الفرع الثاني: استقلالية أهداف المتعاملين في ميدان الصحة:

إن الفاعلين الأساسيين في كل علاقة اقتصادية هم: المستهلك، المنتج والممول، إذ أن هذه العلاقة الموجودة بين الأطراف الثلاثة يجب أن تكون منظمة ومنسقة من طرف السوق أو من طرف الدولة¹. لكن وبالنسبة لحقل التحليل الاقتصادي في ميدان الصحة، أهداف الناشطين الثلاث هي مستقلة عن بعضها البعض، فالمستهلك يهدف أساساً إلى تحسين حالته الصحية تحت قيد الموارد المالية المتاحة، أما المنتج للخدمات الصحية فهو يهدف إلى الاستجابة للطلب على هذه الخدمات وذلك في ظل وجود أهداف ذاتية لا تلتقي حتماً مع أهداف المستهلك. أما الطرف الثالث والمتمثل في الممول فهو يسعى إلى التوفيق بين أهداف المستهلك والمنتج للخدمات الصحية والذي يتمثل أساساً في التأمين الصحي الذي يسعى إلى تمويل نفقات الأفراد المؤمنين تحت قيد تحقيق توازن مالي ماكرو اقتصادي والذي لا يخدم بالأساس لا المستخدم ولا المنتج. إذن وفي ظل غياب التنسيق الفعال ما بين هذه الأطراف الفاعلة في الميدان الصحي يصعب التنسيق ما بين الأهداف المختلفة.

الفرع الثالث: عدم اليقين في قبول النتائج

يسعى الاقتصادي إلى عقلنة الميدان الصحي بالاستجابة لأكثر عدد ممكن من حجم الطلب على السلع والخدمات الصحية من خلال الاعتماد على موارد محدودة بالقطاع بحيث أن الهدف من هذه الخدمات هو تحسين صحة الأفراد بعد العلاج لكن السؤال المطروح هو أنه: كيف يمكن قياس الحالة الصحية للأفراد بعد العلاج؟.

في حقيقة الأمر أنه لا يوجد مؤشر وحيد متفق عليه يقيس لنا الحالة الصحية للأفراد بعد العلاج وبالتالي الإدلاء بمدى فعالية الإنفاق الصحي المبذول، لكن وعلى العموم هنالك بعض المؤشرات الموضوعية والتي يمكن الاعتماد عليها من أجل التأكد من مدى صحة الأفراد بعد تلقي العلاج ونذكر على سبيل المثال:

✓ مؤشرات تمس فقدان الحياة.

✓ مؤشرات خاصة بالإعاقة (دائمة أو مؤقتة).

✓ مؤشرات حول الصحة الاجتماعية.

¹. GUY BELANDE: introduction à l'économie de santé, édition John Libby paris 1991, p 59.

✓ مؤشرات حول قياس الآلام.

المبحث الرابع: سوق السلع والخدمات الصحية

قبل التطرق إلى سوق السلع والخدمات الصحية، سنتطرق أولاً إلى المشكلة الاقتصادية ثم بعد ذلك إلى مفهوم السوق الصحي، هيكل سوق السلع والخدمات الصحية والذي من خلاله يمكن تبيان المنتجات التي يقوم بإنتاجها هذا السوق ومن ثم دراسة العرض والطلب عليها وآليات تسعير هذا النوع من السلع.

المطلب الأول: المشكلة الاقتصادية وأسواق الخدمات الصحية

تتمثل المشكلة الاقتصادية في أي مجتمع من المجتمعات في عدم القدرة على إشباع جميع الاحتياجات البشرية، ويرجع هذا أساساً إلى الندرة، أي قصور الموارد المتاحة لمجتمع من المجتمعات عن الوفاء لكل ما يحتاج إليه أفرادها ويمكن ذكر أسباب ظاهرة الندرة في الآتي¹:

✓ عدم استغلال موارد المجتمع أو سوء استغلالها.

✓ قابلية بعض الموارد للنفاذ.

✓ زيادة عدد السكان بنسب تفوق الزيادة في الإنتاج

وعلى هذا الأساس إذا كانت المشكلة الاقتصادية تواجه الاقتصاد القومي ككل وبالتالي فهي تنصرف إلى جميع القطاعات المكونة له ومن ثم فإن قطاع الخدمات الصحية ليس بمنأى عن تلك المشكلة، فهناك مشكلة يومية تواجه المشتريين ومن يقدمون الخدمات الصحية العامة، وتتمثل في عدم وجود موارد كافية لتلبية كل الحاجات المشروعة، وقد لا تكفي الموارد المتاحة لتلبية بعض الحاجات العاجلة أحياناً.

فهناك العديد من القضايا الأساسية التي تهم المرضى والأطباء والمديرين والسياسيين هي قضايا أساسية بطبيعتها، وهذه القضايا ترتبط بشدة بالقرارات الهامة التي يجب أن تتخذ يومياً والتي تتطلب وضع خطط هامة لمستقبل نمط الخدمات الصحية واستخدام الموارد المتاحة. ويمكن حصر عناصر المشكلة الاقتصادية على مستوى القطاع الصحي فيما يلي²:

الفرع الأول: الندرة والاختيار

¹- د.سكينة بن حمود: مدخل لعلم الاقتصاد، دار المحمدية العامة للنشر، الجزائر، 2009، ص 19.
²- طلعت الدمرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر، 1999، ص 21.

تمثل المشكلة الأساسية التي تواجه مستهلكي ومقدمي الخدمات الصحية في أنه بينما تكون الحاجات الإنسانية غير محدودة فإن عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدودا، وهذا يعني أنه يجب أن تكون هناك اختيارات يقوم بها المستهلكون أو من يمثلهم بشأن الخدمات التي سيشترونها من دخولهم المحدودة، وهناك اختيران يقوم بهما المنتجون بشأن السلع والخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة وتصبح هذه المعضلة صعبة إذا لم تأخذ بعين الاعتبار حاجة المستهلكين لتخطيط حاجاتهم المحتملة في المستقبل وحاجة المنتجين إلى تخطيط كيفية تلبية هذه الحاجات عندما تظهر. تتطلب الإدارة العامة الحديثة الانتقال من تفسير وتطبيق قواعد وتعليقات محدودة سالفًا إلى نمط إداري أكثر نشاطًا وقدرة على التنظيم وهذا حسب كل من (GAY JENHINS) (1990) و (GLYRERKINS) (1990) بحيث يتمتع المخطط الاستراتيجي بنظرة أوسع للموارد والتي تساهم فيما يسمى "بالنظرة المبنية على الموارد".

الفرع الثاني: تكلفة الفرص البديلة

تضمن الاختيارات السليمة استخدام الموارد المحدودة لتحقيق أقصى نتيجة ممكنة فمثلا: لا يعد استخدام جراح ما هو لازم لإجراء عملية تقليدية بمثابة الاستخدام الأمثل لذلك المورد إذا أمكن استخدامه في نشاط أكثر تعقيدا. ويشير الاقتصاديون إلى هذا المعنى بتعبير "نفقة الفرص البديلة": وتقاس تكلفة فرصة استخدام موارد نادرة في استخدام معين بالخسارة الناتجة عن عدم استخدامها لتحقيق أغراض أخرى، أي أن استخدام الموارد في إنتاج خدمة معينة يحول دون استخدام الموارد لغرض معين بقيمة البديل الأعلى قيمة الذي يجب التضحية به. وهنا نطرح التساؤل التالي: كيف يمكن الحكم بأن نشاطا أعلى قيمة من الآخر؟

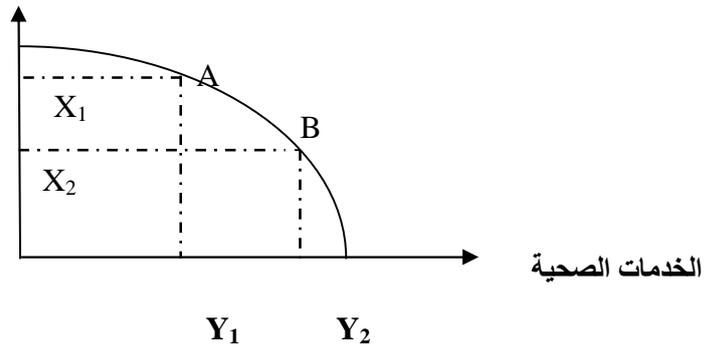
أولا. منحني إمكانيات الإنتاج والتنافس على الموارد بين قطاع الخدمات الصحية والقطاعات الأخرى داخل الاقتصاد القومي: لقد أشرنا سابقا إلى أن الموارد الاقتصادية هي موارد محدودة إذا ما قورنت بالاحتياجات المتنافسة على استخدامها حيث تظل تلك الاحتياجات لانتهائية، ومن ثم فإن مشكلة ندرة الموارد الاقتصادية تفرض مبدأ الاختيار أي: ما هي الاحتياجات الاقتصادية لأفراد المجتمع التي سيتم إشباعها وأيهما سيتم تأجيلها للمستقبل في انتظار زيادة عرض الموارد أو ظهور ابتكار لأساليب جديدة تزيد من كفاءة استخدام الموارد المتاحة؟

وينطبق ذلك على قطاع الخدمات الصحية داخل الاقتصاد القومي، فإذا كانت هناك رغبة لزيادة إنتاج الخدمات الصحية فإنه سيترتب على ذلك تحويل بعض الموارد العاملة في إنتاج السلع والخدمات الأخرى لتعمل في قطاع الخدمات الصحية وهو ما يظهره منحنى إمكانيات الإنتاج بالشكل التالي:

الشكل (1-1): منحنى إمكانيات الإنتاج والتنافس على الموارد بين قطاع الخدمات الصحية والقطاعات

الأخرى

السلع والخدمات الأخرى



المصدر: طلعت الدمرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية مرجع سبق ذكره ص 27

يلاحظ من تحليل الشكل أنه إذا كان قرار تخصيص الموارد في الاقتصاد القومي عند البديل A على منحنى إمكانيات الإنتاج فإنه سيتم إنتاج الكمية X_1 من السلع والخدمات والكمية Y_1 من الخدمات الصحية أما إذا تحولت رغبة المجتمع في تخصيص الموارد عند البديل B فسيترتب عن ذلك زيادة إنتاج الخدمات الصحية إلى Y_2 وانخفاض في إنتاج السلع والخدمات الأخرى إلى X_2 .

إذن نفقة الفرصة البديلة = $\frac{DX}{DY}$ أي التغير في السلع والخدمات الصحية نسبة إلى التغير في السلع والخدمات الأخرى المنافسة.

ثانياً. منحنى إمكانيات الإنتاج والخدمات المتنافسة على الموارد داخل قطاع الخدمات الصحية

في هذا البند سنفترض أنه تم تخصيص حجم محدد من الموارد الاقتصادية لقطاع الخدمات الصحية، هنا ستظهر مشكلة أخرى للاختيارات داخل هذا القطاع، فطالما أن كمية الموارد المخصصة للقطاع هي محدودة فإنه سيتعين تحديد أي الخدمات الصحية أكثر ضرورة وإلحاحاً ليتم إنتاجها.

الفرع الثالث: الاختيارات الاقتصادية

تظهر مشكلة الخيارات الاقتصادية عندما يحاول المجتمع تقديم إجابات للتساؤلات الأساسية والتي تتعلق بالمشكلة الاقتصادية والتي تتمثل في:

✓ ماهي الخدمات الصحية التي يجب إنتاجها وبأي كمية؟

✓ كيف يتم إنتاج هذه الخدمات الصحية؟

✓ من الذي يجب أن يستفيد من هذه الخدمات الصحية وعلى أي أساس؟

هذه هي الأسئلة التي يجب أن يواجهها الأطباء والمديرون والسياسيون والمستهلكون، ونظرا لأن الموارد محدودة دائما يجب اتخاذ قرارات بشأن الخدمات المقدمة، وبالتالي يجب على كل طرف أن يوازن بين اهتماماته بهدف تقديم أفضل خدمة ممكنة في حدود الموارد المتاحة وفي حالة الخدمات الصحية من خلال القطاع العام يظهر سؤال رابع هام هو: كيف يجب اتخاذ القرارات؟

تبنى الحكومتين البريطانية والهولندية الرأي القائل بأن آلية السوق الداخلية في خدمات القطاع العام هي أفضل إطار لاتخاذ مثل هذه القرارات لأنه يقدم سلسلة من الحوافز لكل من الكفاءة والفعالية. إلا أنه وبغض النظر عن الإطار العام، الأساليب الاقتصادية لتحليل الحدي والتقييم الاقتصادي يمكن أن تكون ذات فائدة كبيرة في تحديد النمط الأمثل لاستخدام الموارد.

أولا. تحديد الخدمات الصحية التي يجب إنتاجها: أصبح تعبير المكاسب الصحية بارزا في مناقشات الإدارة والسياسات الصحية إذ تحظى قضية المكاسب الصحية باهتمام كبير لدى المشتريين والمنتجين في مجال الخدمات الصحية وهذا التعبير يعني ببساطة التحسن في الصحة ففي القطاع الخاص تقوم المشروعات بتجميع الموارد النادرة لإضافة قيمة إلى مدخلاتها وذلك من اجل تحقيق مكاسب صحية للمرضى الذين يعالجونهم. وهنا تطرح العديد من التساؤلات:

✚ **الإشكالية الأولى:** تتعلق بكيفية استخدام الموارد النادرة لإضافة قيمة أقصى مكاسب صحية ممكنة. من أجل قياس هذه المكاسب الصحية هناك مجموعة من المؤشرات المختلفة للصحة العامة للسكان مثل: أمل الحياة عند الولادة، معدل الوفيات، التغطية الصحية... إلخ.

✚ **أما الإشكالية الثانية:** هي كون هذه الإجراءات التي تهدف إلى تحقيق مكاسب صحية قد تستغرق وقتا طويلا حتى تؤتي ثمارها.

✚ **أما الإشكالية الثالثة:** فهي تتمثل في كون أن المكاسب الصحية للفرد أو لمجموعة من الأفراد يجب تقييمها في سياق المجتمع.

في ظل محدودية الميزانية يجب إجراء اختيارات بشأن كيفية استخدام الموارد النادرة المخصصة للخدمات الصحية لتحقيق أكبر مكاسب صحية ممكنة. وهنا تظهر قضية تكلفة الفرصة البديلة كما هو الحال في كل التحليلات الاقتصادية.

ثانياً. تحديد الكيفية التي يتم بها إنتاج الخدمات الصحية: تتسع الأساليب التي يمكن أن تنتج بها الخدمات الصحية حيث يمكن إنتاج الخدمات الصحية من خلال مؤسسات و وحدات إنتاج مملوكة للحكومة وتمول من قبل الموازنة العامة للدولة كذلك من الممكن أن تخضع الخدمات الصحية لآليات السوق ليتم إنتاجها من قبل القطاع الخاص والذي يحكمه دافع تعظيم الربح. كما يمكن أن تقدم تلك الخدمات الصحية من خلال نظام التأمين الصحي. لعل الشيء الملاحظ هو أن نظام التأمين الصحي وكذا الخدمات الصحية العمومية في الكثير من الأحيان ما يكتنفها نوع من الغموض والضباب مع سوء في استخدام الموارد المخصصة لها، وذلك راجع إلى عدم تحديد المسؤولية وتفصي المعلومات للحكم على مدى فعالية التكاليف بينما تتسم الخدمات الصحية في القطاع الخاص بمستوى مرتفع من الكفاءة والفعالية. بالرغم من ذلك فإن الاقتصار على تقديم خدمات صحية من خلال القطاع الخاص لن يؤدي إلى تحقيق معيار العدالة والذي لا يتحقق إلا من خلال إطار حكومي ونظام التأمين الصحي.

ثالثاً. الأساس الذي يستند عليه لتحديد المستفيد من الخدمات الصحية: إن ندرة الموارد والتقدم في المعارف الطبية تزيد من حجم الفجوة بين ما هو مرغوب فيه وما يمكن تحمله فعلاً. ولكن الترشيد غير الرسمي يحدث فعلاً عندما يقوم بعض الممارسين العموميين بتحويل بعض المرضى للعلاج دون تحويل البعض الآخر وعلى هذا الأساس نطرح الإشكال التالي: هل يتمتع المواطنون بأية حقوق في مجال توزيع موارد الخدمات الصحية؟

هنا يمكن أن نتساءل عن الاعتبارات النفعية التي يجب أن تكون المقياس الوحيد الذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار عندما تكون الموارد نادرة وهو ما يطلق عليه "بالأساس المنفعي للفكر الصحي" وإن كان هذا الاتجاه ما زال محدوداً في الفكر الصحي للكثير من الدول.

رابعاً. ترشيد الخدمات الصحية: كثيراً ما ترتبط كفاءة استخدام موارد الخدمات الصحية بإجراءات تخفيض النفقات غير أن هناك أشياء كثيرة ترتبط بمفهوم الكفاءة والتي تمثل أحد أهم المفاهيم في الاقتصاد. وإذا ما أردنا ألا يتصف توزيع موارد الخدمات الصحية بالعشوائية فإنه يجب أن يعتمد على نظام واضح للقيم. بينما يتحدث السياسيون بلغة الأولويات أو معايير خدمة المواطنين نجد أن بعض أعضاء مهن الخدمات الصحية أو

الجمهور العام الذين ينكرون الحاجة إلى ترشيح موارد الخدمات الصحية بحيث أن ترشيح من خلال آليات السوق أفضل من القرارات التحكيمية لمنح أو منع العلاج"¹.

المطلب الثاني: ماهية السوق الصحي (سوق السلع والخدمات الصحية)

ينتج قطاع الخدمات الصحية السلع والخدمات الصحية ليقوم ببيعها لجميع المواطنين حين طلبها، بذلك ينفق المواطن من دخلهم لشراء السلع والخدمات الصحية ضمن إنفاقهم العام ويمثل هذا الدخل إيرادات للمنشآت العاملة في قطاع الخدمات الصحية.

تمارس الحكومة دورا مزدوجا في أسواق الخدمات الصحية فهي تقوم بتحصيل الرسوم والضرائب من المواطنين باعتبارها موردا مهما من إيرادات الموازنة العامة للدولة، وفي المقابل تنفق الحكومة جزءا من هذه الإيرادات في صورة دعم جانب الطلب للخدمات الصحية مجانية وشبه مجانية لغير القادرين أو لجميع الأفراد حسب السياسات الصحية لكل دولة. أما عن علاقة الحكومة بمنتجات الخدمات الصحية. فتحصل الحكومة منهم الرسوم والضرائب لتذهب إلى جانب الإيرادات العامة للدولة ليعاد بعد ذلك في صورة إنفاق حكومي لدعم جانب العرض للخدمات الصحية في صوره المختلفة.

الفرع الأول: مفهوم السوق الصحي

السوق الصحي هو عبارة عن مؤسسة اجتماعية تتفاعل فيها عوامل وقوى العرض والطلب لعقد صفقات تجارية تبادلية للسلع والخدمات والتعاقدات مقابل أثمان مناسبة لهذه المؤسسة وبما يرضيها ويخدم مصالحها. ولتحقيق ذلك لا بد من السيطرة والتحكم بعوامل الإنتاج وقيام السوق على الأسس العلمية بعناصره والعاملين به ومقدار الدخل المتأثر مع تحديد أوجه الاختلاف والتشابه البدائل المناسبة التي يتوجب إدخالها على أساس التكلفة التقديرية والفعلية ومقارنتها مع العوائد آخذين بعين الاعتبار العقبات والمعوقات لكل مرحلة من المراحل ومحاولة حلها معتمدين على التعديلات والتغيرات اللازمة مضافا إليها الأدوات الضرورية لخدمة شقي المعادلة من العرض والطلب.

حتى تتم العملية التجارية لا بد لأي منتج أو مستهلك ولأي سلعة أو خدمة تعرض ويتم الطلب عليها من وجود سوق وتوفر بعض العناصر اللازمة لقيامه وخصوصا الخدمات الصحية والعلاجية والتي تتلخص فيما يلي:

- مؤسسة الملكية الخاصة كي تتم عملية البيع والشراء وتبادل الخدمات بأنواعها.

¹ - طلعت الدمرداش إبراهيم: اقتصاديات الخدمات الصحية، (مرجع سابق)، ص 68.

- ضمان حرية التعاقد كي تتم عملية إبرام العقود.
- التفاعل الحر بين قوى السوق ضمن المصلحة العامة لتفادي حدوث أي تسبب تجاري أو خدمي.
- السعي وراء تعظيم المنفعة² فالمنتج يعظم أرباحه بينما المستهلك لا يشبع كل حاجاته من السلع والخدمات.
- نوعية وكمية المنتج للسوق من السلع والخدمات² فالسوق ينتج الأسعار ويصنفها نتيجة لتعدد السلع المنتجة والخدمات المعروضة ومقدار الطلب الفعال الحقيقي عليها من حيث قيمتها التبادلية والاستعمارية¹.

تختلف سوق الخدمات الرعاية الصحية عن الأسواق النمطية في أن معظم الافتراضات التي يقوم عليها هذا السوق لا تتحقق على باقي الأسواق:

- ففي جانب الطلب عادة ما تسود حالة عدم المعرفة وغياب المعلومات حول الحالة الصحية للفرد وذلك لاتصاف مثل هذه المعرفة بالخصوصية التي تتطلب تدريباً طويلاً بتكلفة عالية- وغياب المعلومات أيضاً حول تركيبية الأسعار السائدة ومدى تعبيرها أيضاً عن جودة الخدمة المقدمة- وحول طبيعة العلاج الملائم للحالة المرضية.

- كذلك تسود حالة من عدم التيقن حول الحالة الصحية للأفراد مما يعني أن عملية اتخاذ القرار لا تتم في بيئة من اليقين بتفضيلات المستهلك وإنما تعتمد على احتمالات حدوث مختلف الحالات الصحية.

- في جانب العرض عادة ما يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال منافذ محدودة تتسم معظمها بمظاهر الاحتكار بمعنى إمكانية التحكم في الأسعار سواء كان ذلك بالنسبة للمستشفيات الكبرى أو المراكز الصحية أو العيادات الخاصة، كذلك ينعدم حافز الربح لدى المستشفيات الحكومية الكبرى. بالإضافة إلى ذلك تتعدد الوصفات العلاجية بتعدد الحالات المرضية مما يعني انعدام حالة التجانس، كذلك تتوفر لدى الأطباء معلومات فنية تتحدد على أسسها نوعية الخدمة المقدمة ولا تتوفر هذه المعلومات للأفراد المستهلكين.

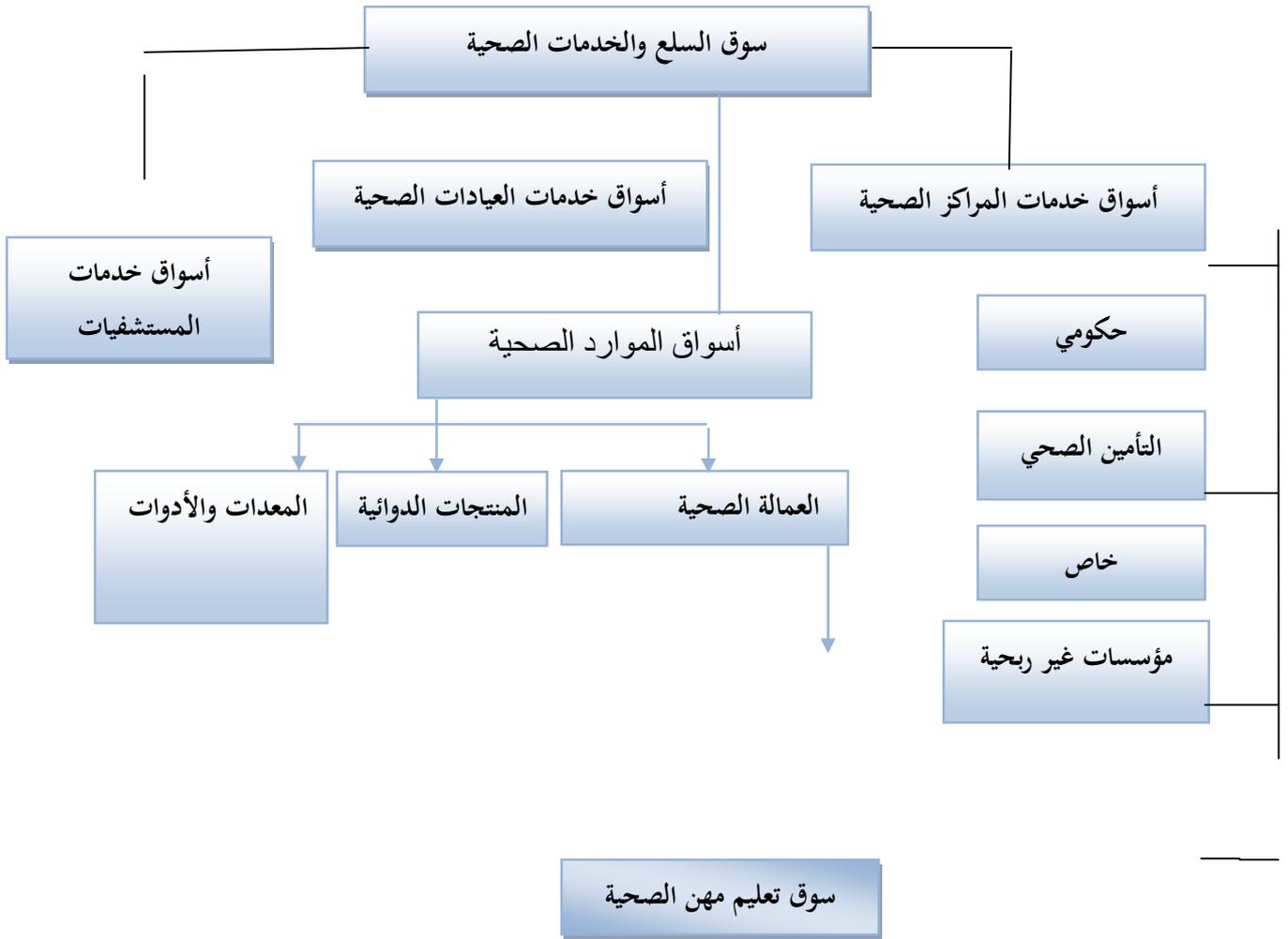
عموماً نلخص الاختلافات بين الأسواق النمطية وسوق الرعاية الصحية في كون أن هذا الأخير يتصف بعدم كمال المعلومات وعدم كمال التنافس (عدم وجود سوق المنافسة التامة). وفي ظل هذه الخصائص عادة ما تفشل آليات السوق في تحقيق كفاءة تخصيص الموارد ومن ثم في تعظيم رفاه الفرد الأمر الذي يستدعي تدخل الدولة لتنظيم مثل هذه الأسواق.

¹-مهند أحمد حلوش: اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004، ص 99.

الفرع الثاني: توصيف هيكل أسواق الخدمات الصحية

تنقسم أسواق الخدمات الصحية إلى سوقين أساسيين هما: سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي وسوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية ويمكن توضيح وتحليل هيكل أسواق الخدمات الصحية من خلال الشكل التالي:

الشكل (1-2): مكونات سوق السلع والخدمات الصحية



المصدر: د. طلال بن عايد الأحمد: التنظيم في المنظمات الصحية، معهد الإدارة العامة للنشر، الرياض: 2011:

أولاً. سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي: يتكون سوق الخدمات الصحية من مستويين أساسيين على النحو التالي:

أ. سوق خدمات المستشفيات: وهي تشمل جميع الخدمات التي تقدم لطالب العلاج من طرف المستشفى وبالتالي هذا النوع يشمل عدة أطر مؤسسية بغض النظر عن إطارها القانوني (خاص، عام الممول من طرف الضمان الاجتماعي).

ب. سوق خدمات العيادات الطبية الخاصة: وهي تشمل جميع الخدمات الصحية التي يقدمها الخواص في عياداتهم الخاصة.

ثانياً. سوق الموارد الصحية: تشمل سوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية على ثلاثة أسواق فرعية تتمثل في:

أ. سوق العمالة الصحية: وتشمل على جميع فئات مورد العمل التي تعمل في إنتاج الخدمات الصحية من أطباء هيئات التمريض وهيئات فنية لأجهزة التشخيص والعلاج... إلخ.

غالباً ما ترتبط سوق العمالة بسوق خلفية وهي سوق تعليم المهن الصحية والتي تشمل مؤسسات التعليم الطبي، حيث يمثل الخريجين من هذه المؤسسات التعليمية جانب العرض في أسواق العمالة الصحية.

ب. سوق المنتجات الدوائية: يشمل جانب العرض في هذه السوق على الصناعات الدوائية المختلفة وكذلك الوحدات التي تقدم الخدمات الصيدلانية سواء اشتملت على تجارة الجملة أو التجزئة للمنتجات الدوائية.

ج. سوق المعدات والأدوات الطبية: يشمل جانب العرض في هذه السوق على صناعات المعدات والأدوات الطبية وكذلك تجارة الجملة وتجارة التجزئة للمعدات والأجهزة والأدوات الطبية.

الفرع الثالث: خصوصيات سوق السلع والخدمات الصحية

سوق السلع والخدمات الصحية عبارة عن سوق خاص لا يخضع دائماً إلى قانون العرض والطلب كباقي أسواق السلع والخدمات الاستهلاكية الأخرى، بحيث أن طالب الخدمة الصحية ليس حرّاً في استهلاكه داخل هذا السوق وذلك لعدم توفر المعلومات الكافية من جهة من أجل تقييم حالته الصحية، من جهة أخرى قرار الاستهلاك يتخذ بالاتفاق مع الطبيب الذي سيكشف على حالته المرضية. يتحول احتياج المريض إلى طلب فعال لشراء السلعة أو الخدمة الصحية ويلقي طلبه في سوق السلع والخدمات الصحية الذي يتميز بدوره بنوع من الخصوصية من ناحية أنه غير خاضع إلى قانون العرض والطلب دائماً، كما يتدخل لإدارته بالإضافة إلى سوق أجهزة التمويل.

وعلى هذا الأساس مثل هذه الصياغة النمطية لسلوك الأفراد وبافتراض أن حافز منتجي الرعاية الصحية يتمثل في تعظيم أرباحهم بالطريقة التقليدية، يمكن التعامل مع سوق خدمات الرعاية الصحية على أساس التحليل الاقتصادي حيث تتحدد الكمية التوازنية لخدمات الرعاية الصحية التي يرغب الأفراد في الحصول عليها والتي يرغب المنتجون في توفرها بتقاطع منحنيات الطلب والعرض. في مثل هذا التحليل يتوقع أن تعمل آلية السوق لتحقيق كفاءة تخصيص الموارد في سوق خدمات الرعاية الصحية مثل بقية أسواق السلع والخدمات في الاقتصاد.

تستند مثل هذه الصياغة النمطية لهذا النوع من الأسواق على عدد من الافتراضات الهامة التي استخدمت للحصول على منحنيات العرض والطلب والتي تعرف السوق في النظرية الاقتصادية ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- أن هناك عدد كبير من المنتجين لخدمة الرعاية الصحية يسعى كل واحد منهم لتعظيم فائده دون أن يكون لذلك تأثير على أسعار الخدمات المقدمة أو أسعار مدخلات الإنتاج.
- أن خدمة الرعاية الصحية التي يتم عرضها في السوق تتسم بالتجانس بمعنى مطابقة مواصفات كل وحدة منها للوحدات الأخرى.
- أن المستهلكين يمتلكون المعلومات الكافية عن أسعار ونوعية وجودة خدمات الرعاية الصحية.
- أن المستهلكين يقومون بمقابلة تكلفة السلعة التي يقومون باستهلاكها بمعنى دفع السعر الذي يحدده السوق.

الفرع الرابع: العلاقة التبادلية بين أسواق الخدمات الصحية المختلفة

تعتبر الخدمات الصحية التي تمثل ناتج سوق الخدمات الصحية المختلفة نُهُائي لعدد من الأسواق المرتبطة ببعضها، وتشمل هذه الأسواق على أسواق خدمات المستشفيات، أسواق خدمات الأطباء وحتى سوق تعليم المهن الصحية. وتتطلب القدرة على التنبؤ بآثار التغير في سياسة الحكومة على قطاع الخدمات الصحية وجود نموذج لقطاع الخدمات الصحية يصف علاقة الأسواق الفرعية ومكونات الخدمات الصحية ببعضها البعض بما يساهم في التنبؤ وتحليل مختلف السياسات الصحية.

وعلى العموم هناك ثلاثة أنواع من الأسواق في قطاع الخدمات الصحية تتفاعل فيما بينها بصورة متسلسلة أحيانا ومتداخلة أحيانا أخرى كما يلي:

أولاً. الأسواق المؤسسية: كما هو معلوم يعتمد طلب العميل على العلاج الطبي وفقاً لمجموعة من الاعتبارات الاقتصادية والغير اقتصادية أو من جهة أخرى يعتمد اختيار الطبيب لأحد الأوضاع المؤسسية (عيادة

مستشفى) على الأسعار النسبية لكل من هذه الأماكن ومدى كفاءتها في العلاج. إذن فالطلب على الخدمات الصحية المؤسسية يعتمد بالدرجة الأولى على طلب المريض واعتبارات الطبيب. ومن جهة أخرى بالأسعار النسبية وكفاءة العلاج في الأوضاع المؤسسية المختلفة وهذه المؤسسات قد تكون مكاملة أو بديلة لبعضها البعض.

ثانياً. أسواق العمل والموارد: إذا كان الطلب على الخدمات الصحية مرتبط بالطلب على العلاج ومدى كفاءة الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية. من جهة أخرى التغير في الطلب على المواقع لهذه المؤسسات الصحية ينعكس في طلب هذه المؤسسات على العمالة والمخططات الأخرى (مثل رأس المال والموارد) إذ تمثل هذه الطلبات المؤسسية جانب الطلب من أسواق العمالة الصحية.

ثالثاً. أسواق التعليم: يعتمد طلب المهنيين الصحيين على التعليم على الطلب عليهم في هذا السوق ويتحدد الطلب على التعليم المهني الصحي الذي يمثل المبلغ الذي يرغب الشخص في دفعه من حيث التعليم والدخل الضائع بالدخل والأجور المتوقع الحصول عليها وبمعايير دافعة غير اقتصادية.

المطلب الثالث: العرض والطلب على الخدمات الصحية

الفرع الأول: الطلب على الخدمات الصحية

الطلب على الخدمات الصحية لا يعني الحاجة أو الاحتياج فالفقراء والمحرومين لديهم حاجات صحية عديدة لكن ليس لديهم القدرة الشرائية لإشباع هذه الحاجات باستهلاكها أو الانتفاع بها و بالتالي لا يستطيعون طلب السلع أو الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها. و يعرف الاقتصاديون الطلب بصفة عامة بأنه الرغبة في شراء سلعة أو خدمة وتساند هذه الرغبة القوة الشرائية اللازمة. السؤال المطروح للنقاش: هل يوجد اختلاف في طبيعة الطلب على الخدمات الصحية عن الطلب للسلع والمنتجات التي تقدمها المنظمات الغير صحية ؟

إن الإجابة عن ذلك يتطلب منا التطرق إلى بعض جوانب هذا الموضوع. بحيث سنتطرق في هذا العنصر إلى سلوك المستهلك إزاء الندرة في قطاع الخدمات الصحية وإلى الاختيارات التي يتخذها من أجل الحصول على أكبر إشباع ممكن.

المستهلك في هذه الحالة ليس بالضرورة فرد يمثل نفسه، بل يمكن أن يكون مسؤول عن أفراد الآخرين، وعلى هذا الأساس سنحاول دراسة سلوك المستهلك على المستوى الجزئي ثم تعميم ذلك لفهم سلوك المجتمع. فالمستهلك للخدمات الصحية لا يختلف كثيرا عن بقية المستهلكين للخدمات السوقية الأخرى وإنما الاختلاف الأساسي يتعلق بطبيعة وخصوصية الخدمة المدروسة في حد ذاتها، بالإضافة إلى ذلك هناك ضغوطات إضافية على قرار المستهلك للخدمات والسلع الصحية. جانب الطلب على الخدمات الصحية وكما هي العادة في أدبيات النظرية الاقتصادية يتم اكتشاف محددات الطلب على هذه الخدمات في إطار نموذج مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت الافتراضات التالية:

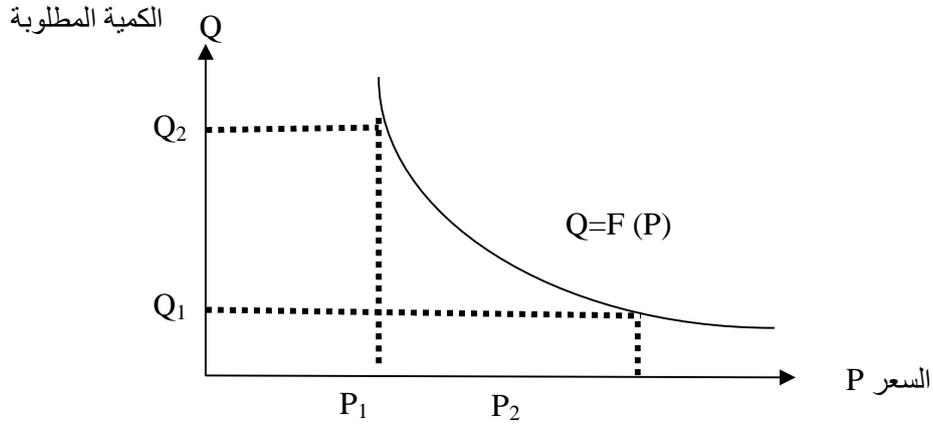
- أن يكون لدى المستهلك النمطي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.
- أن يتمكن من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة المنفعة تكون معرفة على حالته الصحية أو سلعة استهلاكية مجمعة كما تتصف هذه الدالة بما يعرف بالمنفعة الحدية.
- أن يتم إنتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطي بواسطة دالة الإنتاج يستخدم فيها مدخلات لإنتاج الصحة وتقنيات لإنتاج الرعاية الصحية.
- نفرض أن المستهلك رشيد، أي أن المستهلك منطقي في اختياراته فإن وجدت سلعتان متماثلتان في المنفعة ومختلفتين من حيث السعر فإنه سيختار أرخصهما.
- يهدف المستهلكون إلى تعظيم الإشباع أو المنفعة الكلية المستمدة من السلع التي يستهلكونها. لذلك فتعظيم المنفعة الكلية يطلب من المستهلكين توزيع إنفاقهم بطريقة تجعل المنفعة الحدية أو الإشباع الذي تحققه آخر وحدة نقدية متساوية بين كل المنتجات التي يشترونها.
- أن تسود أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية ومدخلات إنتاج الحالة الصحية يأخذها المستهلك النمطي كمعطيات لا يستطيع التأثير عليها، بحيث يمكن اعتبار سعر السلعة الاستهلاكية كمييار للأسعار، وعلى هذا الأساس يواجه هذا المستهلك قيد الميزانية بحيث لا يفوق إجمالي الإنفاق على السلع الاستهلاكية والخدمات الصحية الدخل الثابت.

أولا. قانون الطلب على السلع والخدمات الصحية: على أساس هذه الافتراضات يقوم المستهلك النمطي باتخاذ قراراته الاستهلاكية بتعظيم دالة المنفعة باختيار كمية السلعة الاستهلاكية وكميات إنتاج الحالة الصحية وذلك في ضوء القيود التي تفرضها الموارد المتاحة له في شكل دخل ثابت ودالة إنتاج الحالة الصحية وكما هو

الفصل الأول بعض عناصر اقتصاد الصحة

معروف يؤدي حل هذه المسألة إلى تعريف دوال الطلب للسلعة الاستهلاكية ومدخلات إنتاج الحالة الصحية كدوال في معطيات النموذج (أسعار مدخلات إنتاج الحالة الصحية وإجمالي الموارد المتاحة والحالة التعليمية). إن الطلب الذي سنحاول دراسته في تحليلنا هو الطلب الفعال على الخدمة الصحية أي الطلب الذي يقابله قدرة شرائية كافية ليتحول المستهلك من الشعور بالرغبة إلى شراء السلعة أو الخدمة اللازمة لإشباع حاجاته. وعلى هذا الأساس فالطلب على السلع والخدمات الصحية يتحدد عن طريق سعر هذه السلعة في السوق مع افتراض ثبات بقية العوامل الأخرى كما يلي:

الشكل (1-3): منحنى الطلب على السلع والخدمات الصحية بدلالة السعر



المصدر: من إعداد الباحث

بافتراض ثبات العوامل الأخرى المؤثرة على الطلب وبقاء السعر كعامل وحيد مؤثر على الكمية المطلوبة فإن ذلك يقودنا إلى وضع الدالة التالية $Q=F(P)$ بحيث (P) متغير مستقل أما الكمية المطلوبة (Q) فهي عبارة عن متغير تابع.

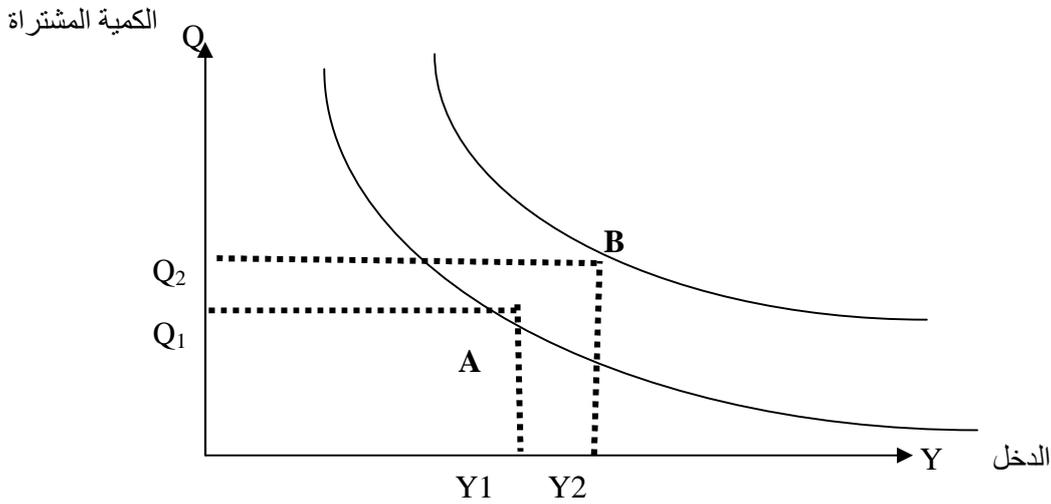
من خلال الشكل نلاحظ أن منحنى الطلب على الخدمات الصحية هو منحنى متناقص ذلك نظرا للعلاقة العكسية بين هاذين المتغيرين، لكن في حقيقة الأمر فهذا التحليل يظل افتراضيا وذلك باعتبار أن سعر السلعة ليس بالمتغير الوحيد المؤثر على الكمية المطلوبة من السلع والخدمات الصحية وإنما في الواقع هنالك متغيرات أخرى (كأسعار السلع الأخرى أذواق المستهلكين... الخ)¹.

¹-Gashaw Andargie :Health Economics, Lecture notes for all Health science Students, University of Gondar, September 2008, p 32.

ثانياً. العوامل المحددة للطلب على السلع والخدمات الصحية: يمثل جانب طلب المستهلك بمجموعة من العوامل تحدد الكميات المطلوبة والتي تتمثل فيما يلي:

أ. **مستوى الدخل:** مستويات الدخل تتفاوت ارتفاعاً أو انخفاضاً حسب شرائح المجتمع فيزيد شراء السلع والخدمات كلما زاد الدخل، ويقل الشراء للسلع والخدمات عموماً كلما قل الدخل. وإن هذا الأمر لا يتعارض مع الاستهلاك في قطاع الخدمات الصحية، فإذا كان بواسطة دخل متاح (Y_1) يمكن شراء كمية (Q_1) من السلعة (X) أما إذا زاد حجم الدخل إلى (Y_2) فإن ذلك سيمكن المستهلك من الحصول على كمية أكبر من السلع والخدمات الصحية (Q_2) حسب ما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل (1-4): تأثير الدخل على الكمية المطلوبة من السلع والخدمات الصحية



المصدر: طلعت الدمرداش: اقتصاديات الصحة: مرجع سابق: ص 98

من خلال الشكل نلاحظ أن الزيادة في حجم الدخل من Y_1 إلى Y_2 تؤدي إلى الزيادة في حجم الكمية المطلوبة من السلع والخدمات (Q_1) إلى (Q_2) وهذا ما يؤدي إلى انتقال منحنى الطلب من المستوى A إلى المستوى B. ولكن في المقابل هناك بعض الحالات الخاصة كما يلي:

1/ الخدمات والسلع العادية: كلما زاد الدخل زاد الطلب والعكس صحيح كلما انخفض الدخل قل الطلب عليها كالأحتياجات الأساسية اليومية والروتينية.

2/ الخدمات والسلع الرديئة: كلما زاد الدخل قل الطلب عليها وكلما قل الدخل إلا وزاد الطلب على هذه السلع والخدمات بمجملها (العلاقة عكسية) فعندما يكون الدخل متدنياً قد يقبل الناس على شراء المواد (السلع

والخدمات) متدنية الجودة نظرا لانخفاض ائتمائها ومعادلتها لقوتهم الشرائية(كمواد التنظيف والتعقيم المصنعة بجودة منخفضة)فقط لسد الحاجة، أما إذا كان دخل الفرد مرتفعا فإنه يستعيز عن مثل هذه السلع بسلع وخدمات عالية الجودة تناسب ودخله عندئذ يلاحظ بأنه يبدأ بالبحث عن النوعية والجودة بغض النظر عن السعر والكمية.

عموما في الدول الأوروبية المتقدمة(كبريطانيا والسويد) أين يسود بها نظام تقديم الخدمات الصحية المجانية للسكان، فإن الدخل في هذه الحالة لا يؤثر على الطلب على الخدمات الصحية، نفس الأمر ينطبق على الدول التي تطبق نظام التأمين الحر(كالمنظومة الصحية الأمريكية مثلا)أين يدفع أرباب العمل أقساط التأمين وبالتالي فالأفراد لا يتأثرون بمستوى الدخل المتاح لديهم عند استهلاكهم للخدمات الصحية.

3/أسعار السلع والخدمات الأخرى:هناك نوعين من السلع الأخرى:"سلع بديلة"و"سلع مكاملة":

- **السلع البديلة:**إذا ارتفع سعر السلعة (X)مثلا فإنه يقل الطلب عليها إجمالا بل وسيلاحظ أن هناك زيادة في الطلب على السلعة البديلة الأخرى (Y) ما دامت محافظة على سعرها السوقي المقبول والعكس صحيح.

- **السلعة المكاملة:**لتكن لدينا سلعتين (x,y)- تكون السلعة (Y)مكاملة للسلعة (X)إذا كانت المنفعة المرجوة من استهلاك السلعة (X)لا تتحقق إلا باستهلاك السلعة (Y) بالتالي ارتفاع سعرالسلعة (X)سيؤدي بالضرورة إلى انخفاض الطلب عليها وبالمقابل سينخفض الطلب على السلعة المكاملة (Y)كون أن هذه الأخيرة لن تحقق المنفعة المرجوة، إلا بوجود السلعة (X).

ب.ذوق المستهلكين:يمكن أن يؤدي تغير أذواق وتفضيلات المستهلكين إلى انتقال منحنيات الطلب مع مرور الزمن.بينما يعتمد قدر كبير من التطور في الخدمات الصحية على الأدلة البحثية فإننا غالبا ما نجد أن هذه الأدلة غامضة وقد يحدث تغيير في نمط العلاج نتيجة "للرأي المستنير". إذن فكلما تغيرت الأذواق في غير صالح سلعة أو خدمة معينة انخفض الطلب عليها.

ج.حجم وهيكل السكان:يؤدي عنصر حجم وهيكل السكان دورا كبيرا في التحولات الجوهرية لعنصر طلب الأفراد على الخدمات الصحية فانخفاض عدد المواليد مثلا، يعني بالضرورة انخفاض الطلب على خدمات وأسر التوليد وكذلك على خدمات أطباء الأطفال أما في حالة الزيادة في أعداد الأفراد فإن هذا سيمثل بزيادة في حجم الطلب لكن ذلك يتوقف على قدرة ورغبة الأسر والمجتمع في دفع المقابل، والتغير في هيكل السكان في اتجاه زيادة العمر المتوقع للسكان سيؤدي إلى زيادة الطلب على خدمات طب الشيخوخة وعلاج أمراض

المستنين ومن جهة أخرى ترجمة هذه الحاجة إلى طلب سيعتمد على رغبة الحكومات في تمويل البحث والتطوير"¹.

د. التأمين الصحي والإنفاق الحكومي على السلع والخدمات الصحية: يترتب على تزايد النسبة التي تدفعها الحكومة والتأمين (الخاص أو العام) من فاتورة الخدمات الصحية تناقص تأثير السعر على استخدام المرضى للخدمات الصحية وكذلك علماختيارهم للجهة التي تقدم هذه الخدمات، ويكون من نتيجة ذلك تهميش وإزالة الحوافز السعرية من جانب المرضى وزيادة قدرة مقدمي الخدمات الصحية على تحميل الأسعار المرتفعة لطرف ثالث ومن ثم فإن التوسع في التأمين الصحي والإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية يؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية.

حالات خاصة: عندما تقدم الخدمات الصحية مجاناً لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى أي دور في التأثير على طلب تلك الخدمة الصحية. بالإضافة إلى العوامل السابقة الذكر هناك بعض العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر في الكمية المطلوبة من السلع والخدمات الصحية مثل:

- تكلفة بعض المستلزمات الطبية التي تدخل ضمن الخدمة المجانية، كالعقدسات والنظارات الطبية على سبيل المثال والتي يتم تنفيذها على نفقة من يرغب في استعمالها.
- تكلفة الفرصة البديلة لوقت الفرد.
- قيود العرض مثل وجود قوائم انتظار طويلة لبعض الخدمات الصحية.

الفرع الثاني: العرض كمحدد للطلب

في هذه الحالة أجريت مجموعة من الدراسات والتي أظهرت أن طريقة عرض الخدمات الصحية (ملائمة أو غير ملائمة) ستكون المحدد للكمية المستعملة من طرف طالب هذه الخدمة ومن أجل توضيح ذلك نأخذ نموذجين أساسيين لعرض الخدمات الصحية:

- القطاع الخاص والمتمثل بالعيادات الخاصة
- القطاع العمومي والمتمثل بالمؤسسات الاستشفائية.

¹ - د. بلال بن عايد الأحمدي: التنظيم في المنظمات الصحية، مرجع سابق، 112.

✚ **القطاع الخاص (الطبيب الخاص كمقدم للعلاج):** طريقة عرض الخدمات الصحية من طرف مقدم

العلاج في هذه الحالة يكون لها تأثير كبير على الكمية المطلوبة من هذه الخدمات الصحية ويمكن أن

نظهر هذا التأثير من خلال جانبين أساسيين:

- المسافة التي تفصل عيادة الطبيب عن المستهلك: بحيث يلاحظ أنه كلما زادت المسافة التي تفصل المستهلك

عن عارض الخدمة كلما انخفض الطلب على الخدمات الصحية باستثناء بعض الخدمات الصحية النادرة.

- نظام التأمين الصحي ونسبة التغطية: بحيث أنه كلما زادت نسبة التغطية الصحية كلما شجع ذلك الأفراد

على طلب خدمات صحية أكثر.

✚ **المستشفى العام كمقدم للعلاج:** يختلف توزيع المستشفيات من منطقة الأخرى في أي دولة كانت وقد

لوحظ أن هذا التوزيع يؤثر بصفة مباشرة في الطلب على العلاج بحيث تبين أنه كلما زاد عدد المستشفيات

مقابل نسبة الأسر إلى عدد السكان كلما زاد الطلب على الخدمات الصحية داخل هذه المستشفيات،

أي بصيغة أخرى كلما زادت الكثافة السكانية المحددة بعدد الأسر إلا وزاد الطلب على الخدمات الصحية

مهما تعددت هذه المرافق الصحية.

أولاً. عرض الخدمات الصحية: يمثل العرض السوقي للسلعة إجمالي الكميات التي يعرضها المنتجون للبيع

ويفترض الاقتصاديون عادة إلى المنتجين يهدفون إلى تعظيم أرباحهم ولكن هناك أهداف أخرى محتملة مثل

تعظيم العائد أو الناتج أو النصيب من السوق. كما يمثل العرض السوقي للسلعة أو الخدمة إجمالي الكميات

التي يعرضها المنتجون للبيع أو الاستهلاك والعرض هو أيضا عبارة عن تدفق مالي عبر الزمن يتحدد بسعر

السلعة إلى جانب عدد من العوامل الأخرى [] ويجدر الإشارة إلى أنه في العديد من نظم الخدمات الصحية

يكون العرض على قدر كبير من التنظيم بحيث لا يترك لقوى السوق بنفس طريقة عرض السلع الاستهلاكية،

وان كان هذا لا يمنع من تحليل عرض الخدمات الصحية من خلال نظام السوق الحر حتى يمكن تفعيل الحوافز

السوقية في أداء نظم الخدمات الصحية وصولاً إلى الكفاءة والفعالية في أداء تلك الخدمات.

من جهة أخرى يلاحظ فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية أن تقنيات إنتاج الخدمات

الصحية تشتمل على مدخل العمل في شكل كوادرات طبية وشبه طبية بالإضافة إلى عوامل إنتاج وسيطة ورأس

المال. وفي هذا الصدد يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات والإرشادات للأفراد

حول طبيعة حالتهم الصحية [] وعن أثر مختلف طرق العلاج والقيام بتوفير خدمات العلاج (كالجراحة وكتابة

الوصفات الطبية)، كذلك إن الأطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في توفير الخدمات

الصحية إذ يتطلب توفير هذه الخدمات أعداد كبيرة من الكوادر الطبية التي تلعب دورا هاما في إنتاج الخدمات الصحية.

تتصف تقنية إنتاج الخدمات الصحية بقدر من الإخلال بين العمل ومثل هذه الإمدادات الطبية إلا أن بعض العناصر لا يتوفر لها بدائل كالأدوية، وعلى هذا الأساس وبالرغم من أهمية المدخلات الرأسمالية في عملية إنتاج الصناعة الصحية، إلا أنها تشكل نسبة متدنية من تكلفة إنتاج الخدمات الصحية في المستويات الأولية للرعاية الصحية. في إطار هذه العلاقات الفنية لإنتاج الخدمات الصحية يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال استعراض الحوافز الاقتصادية والاجتماعية التي تخضع مختلف الأطراف الفاعلة في هذا المجال. وفي هذا الصدد يمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمالة ماهرة تحفزها تركيبة الأجور في اقتصاد يسعى إلى تعظيم دالة المنفعة معرفة على الدخل وعلى الوقت المتاحة، من جانب آخر ونظرا لكونهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول إنتاج الرعاية الصحية يمكن النظر إليهم كمنظمين للعملية الإنتاجية ومن ثم فإن معدل الربح لتقديم الخدمات الصحية سيكون من أهم الحوافز الاقتصادية التي تستند عليها عملية اتخاذ القرارات.

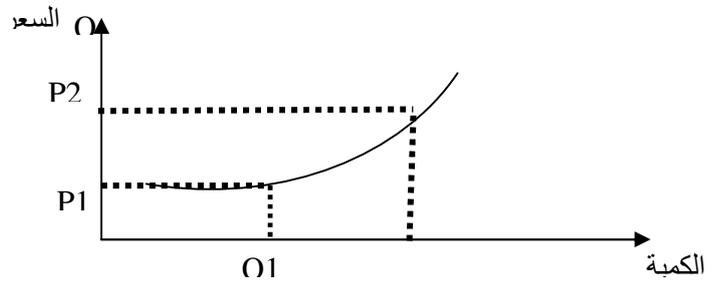
يسبق كل هذا الأدوار والقرارات التي تتخذ حيالها بواسطة الأطباء (حول دراسة الطب ليصبح الفرد طبيبا)، وهو ما يعرف "بالاستثمار في رأس المال البشري" بحيث أن قرارات الاستثمار في هذا النموذج تستند على الافتراضات التالية:

- أن طول فترة التدريب هي المصدر الأساسي للتفاوت في دخول العمال وأن التدريب يرفع إنتاجية العمل.
- يتوقع الأفراد عند اتخاذ القرار بالتدريب الحصول على دخول أعلى في المستقبل تعويض تكلفة التدريب.
- يفترض أن تقتصر فترة التدريب على التكلفة البديلة (الدخل الذي كان سيحصل عليه الفرد إذا لم يلتحق بمؤسسات التدريب).

- يفترض ثبات في سعر الفائدة الذي يستخدمه الأفراد في حجم التدفقات المستقبلية.
على أساس هذه الافتراضات وفي إطار التوازن التنافسي سيكون توزيع العمال بحيث تساوي القيمة الحاضرة للتدفقات المستقبلية وذلك لخيار الانخراط في التعليم أو عدم الانخراط وذلك بعدم حسم التدفقات المالية المستقبلية وسعر الفائدة التنافسي. وعلى هذا الأساس عند وقت اتخاذ قرار الاستثمار يترتب على مثل هذا التحليل أن عرض الأطباء يعتمد على هيكل التكلفة البديلة للدراسة وعلى أسعار الفائدة السائدة في الاقتصاد.

ثانياً. قانون العرض: يتوقع أن ترتبط كمية السلعة المعروضة في السوق ارتباطاً مباشراً بسعرها⁴ مع ثبات الأشياء الأخرى، فإذا زاد سعر السوق، ستزيد الكمية المعروفة من السلعة أو الخدمة. لكن صحة هذا الافتراض يقوم على أساس أن يكون العارضين راغبين في تقديم المزيد من السلع والخدمات الصحية إذا ما عرض عليهم سعر أعلى. وبالإضافة إلى ذلك ألا يتاح المزيد من وحدات المدخلات إلا عند أسعار أعلى. وبالتالي يمكن أن ترتفع تكلفة إنتاج الوحدة مع زيادة الناتج. وهكذا ترتبط الكمية التي يرغب العارضون بطرحها في السوق ارتباطاً موجباً بسعرها¹. (مع ثبات العوامل الأخرى) حسب ما هو مبين في الشكل أدناه:

الشكل (1-5): منحنى العرض للسلع والخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الباحث

من خلال الشكل يتضح وجود علاقة طردية بين سعر السلع والخدمات والكميات المعروضة منها بحيث أنه كلما زاد سعر السلع والخدمات الصحية في السوق إلا وكان ذلك حافزاً للمنتجين على زيادة عرضهم لهذه السلع والخدمات في السوق.

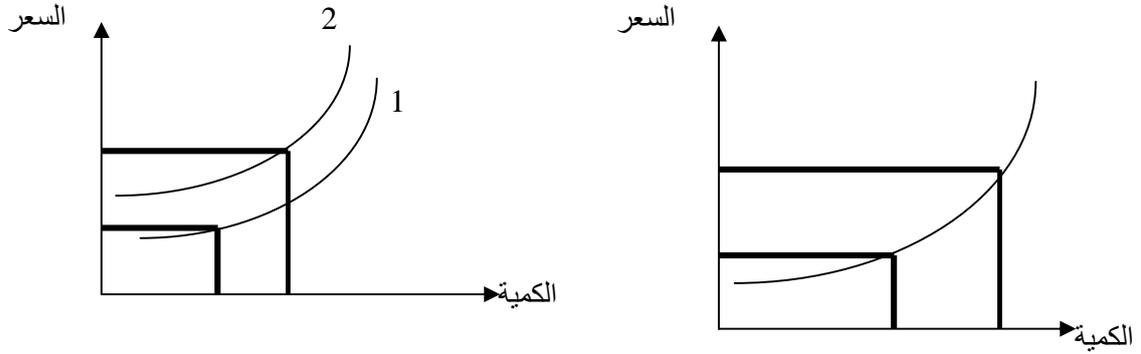
ثالثاً. العوامل المحددة لعرض السلع والخدمات الصحية: توجد عوامل عديدة بخلاف السعر تحدد مستوى العرض للسلعة أو الخدمة في السوق، وهي تشمل على العوامل التي تؤثر في قرارات المنتجين بالنسبة لمستويات الإنتاج داخل مؤسساتهم الإنتاجية والتي يمكن حصرها فيما يلي:

أ. أسعار السلع الأخرى: إذا زاد سعر السلعة X بالنسبة لسعر السلعة Y يحتمل أن يحدث تحول للموارد من إنتاج السلعة Y إلى إنتاج السلعة X وذلك باعتبار أن هذه الأخيرة أصبحت أكثر ربحية بالنسبة للمنتج وهكذا سينتقل منحنى عرض السلعة Y إلى اليسار كما يوضحه الشكل التالي:

¹ د. إبراهيم طلعت: التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث للنشر، القاهرة 2009، ص 109.

الشكل (1-6): أثر تغيير أسعار المنتجات المتنافسة على استخدام نفس المحددات على منحنى

العرض



تغير عرض السلعة Y

تغير الكمية المعروضة من السلعة X

المصدر: طلعت الدمرداش اقتصاديات الصحة مرجع سابق ص 109

من خلال الشكل يتضح أن الزيادة في سعر السلعة X يدفع منتجي هذه السلعة إلى زيادات إنتاجهم لها وذلك باعتبار أن هامش الربح قد زاد في حين أن بعض العارضين للسلعة Y سيقبلون العرض ويفضلون التركيز على السلع والخدمات الصحية التي تحقق هامش ربح أفضل. فمثلا إذا انخفضت تكاليف المستشفيات الخاصة فإن وثائق التأمين الصحي الخاصة ستصبح أكثر ربحية لشركات التأمين عند الأسعار الجارية وسترغب هذه الشركات في عرض المزيد.

ب. تكاليف عوامل الإنتاج: إذا ارتفعت تكاليف إنتاج السلعة مع ثبات بقية العوامل الأخرى، وأن إنتاجها سيصبح أقل ربحية من ذي قبل عند أي سعر محدد وهكذا فإننا نتوقع أن ينتقل منحنى العرض نحو اليسار. ومن جهة أخرى يساهم التطور التكنولوجي أو انخفاض أسعار المدخلات في زيادة إنتاج السلعة المعروضة وذلك لكونها ستصبح أقل تكلفة وأكثر ربحية من ذي قبل عند أي سعر محدد وهو ما يفسر بانتقال منحنى العرض إلى اليمين.

ج. مستوى التكنولوجيا: تساعد التكنولوجيا الحديثة على زيادة عرض بعض الخدمات عندما يترتب على ذلك تخفيض التكاليف أو استخدام مدخلات أخرى ذات إنتاجية عالية. إضافة إلى العوامل المذكورة سابقا هنالك

عوامل أخرى لا تؤثر على جانب عرض السلع والخدمات الصحية وإنما على العاملين بالخدمات الصحية (مقدمي الخدمات) تتمثل فيما يلي¹:

- عوامل الجذب الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية من أطباء وتمريض والخدمات المساندة الأخرى.
- عوامل اختلاف الدخل وتفاوت الأجور لمقدمي هذه الخدمات خصوصا عندما تكون الأعداد المتقدمة لسوق العمل الصحي كبيرة ولمعظم الاختصاصات، مما يعطي للإدارة حرية الاختيار للكفاءات وعملية تحديد الأجور⁹ كما هو الحال في سوق العمل الصحي الأردني حاليا.
- تعدد واختلاف الوظائف ومزاياها وتحديد الأجور والرواتب وخفض النفقات مع توفير الحوافز والامتيازات الجاذبة لبعض الوظائف من أجل تأدية الخدمات نفسها مع تفاوت أجورها(خفض النفقات الصحية وتحقيق عوائد أكبر) وذلك من خلال إبرام عقود العمل التي تلزم المستخدم بالعمل طيلة فترة العقد.

المطلب الرابع: مرونة العرض والطلب على الخدمات الصحية

يعني مفهوم المرونة درجة استجابة الطلب أو العرض لتغيرات الأسعار أو الدخل أو غير ذلك من العوامل التي يمكن أن تؤثر على الطلب أو العرض. بالإضافة إلى معرفة اتجاه تغير الطلب أو العرض نتيجة تغير العوامل المؤثرة في كل منهما، بحيث يجب أن يكون هناك مقياس لمعرفة مقدار التغير في الكمية المطلوبة أو المعروضة نتيجة تغير إحدى العوامل المؤثرة عليها. ومن جهة أخرى يعتبر قياس المرونة من العناصر المهمة والمفيدة التي تساعد صناع القرار الاقتصادي والإداري على وضع الخطط اللازمة لعرض الخدمات الصحية بما يتماشى والكميات المطلوبة من هذه الخدمات.

الفرع الأول: مرونة الطلب على الخدمات الصحية

يمكن حساب مرونة الطلب بالنسبة لكل متغير من المتغيرات المحددة لجانب الطلب. لكن سنكتفي بدراسة حالة وحيدة ألا وهي مرونة الطلب السعرية وهذا من أجل توضيح كيفية حساب المرونة فقط:
أولا. مرونة الطلب السعرية للخدمات الصحية: تعبر مرونة الطلب السعرية عن مدى استجابة الطلب للتغير في السعر وتعرف بأنها التغير النسبي في الكمية المطلوبة على التغير النسبي في السعر كما يلي:

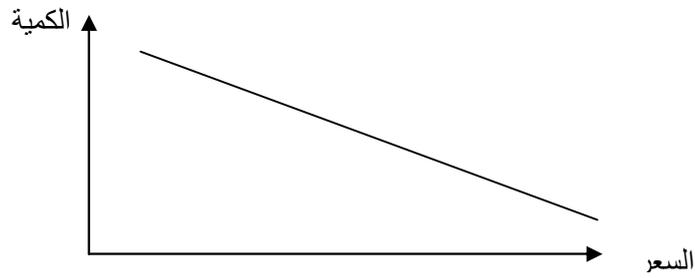
$$\text{مرونة الطلب السعرية} = \frac{\text{التغير النسبي في الكمية المطلوبة}}{\text{التغير النسبي في السعر}}$$

¹ - مهند أحمد حلوش اقتصاديات الصحة، مرجع سابق، ص 70.

أ/ حالات مرونة الطلب السعرية: بالنسبة لحالات مرونة الطلب السعرية الأكثر شيوعا فهي خمسة حالات أساسية وهي:

➡ $E_p = -1$: في هذه الحالة المرونة السعرية ثابتة: أي أن تغير السعر بنسبة معينة سوف يؤثر على الطلب بنفس النسبة عكسيا. وعلى هذا الأساس منحني الطلب في هذه الحالة يأخذ شكل خط مستقيم ذو ميل سالب وللإشارة نجد هذه الحالة في بعض التلقيحات الوقائية للأشخاص الذين يتعدون سن 18 سنة والشكل التالي يوضح ذلك بأكثر تفصيل:

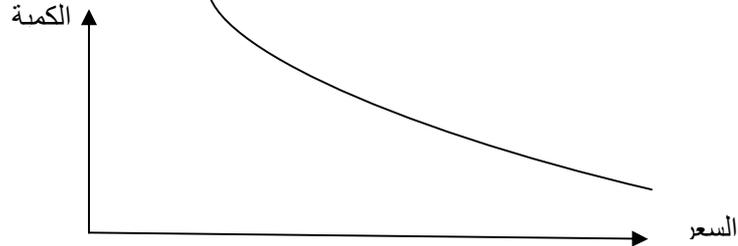
الشكل (7-1): حالة مرونة الطلب مساوية لـ (-1)



المصدر: من إعداد الطالب

➡ $-1 < E_p < 0$: في هذه الحالة مرونة الطلب السعرية تكون سالبة لكن غير تناسبية: أي أن التغير في السعر سيؤثر على الكمية المطلوبة لكن بنسبة أقل في هذه الحالة منحني الطلب يأخذ شكل فرع قطع مكافئ وهي الحالة العامة السائدة لدى الدول التي تتبنى منظومة صحية تكون فيها الخدمات الصحية مدفوعة المقابل من طرف المستهلك كما يوضحه الشكل البياني التالي:

الشكل (8-1): حالة مرونة الطلب السعرية: (-1, 0)



المصدر: من إعداد الباحث

الفصل الأول بعض عناصر اقتصاد الصحة

في هذه الحالة مرونة الطلب السعرية على السلع والخدمات الصحية ستكون سالبة وغير تناسبية بصفة كبيرة كون أن تغير طفيف في السعر سوف يؤدي إلى انخفاض كبير في الكمية المطلوبة. وبالتالي منحنى الطلب سيأخذ شكل قطع مكافئ وهي الحالة التي تخص بعض الجراحات الغير مهمة (كالجراحات التجميلية).

هي حالة خاصة بحيث يكون فيها الطلب عديم المرونة بحيث أن أي تغير في السعر لن يؤدي إلى تغير في الكمية المطلوبة. في هذه الحالة منحنى الطلب يأخذ شكل مستقيم موازي لمحور الفواصل Q وهذه الحالة هي تخص بعض الأشخاص الذين يتمتعون بنسبة تغطية (100%) لعلاجاتهم والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل (1-9): حالة مرونة الطلب السعرية أقل (-1)



المصدر: من إعداد الباحث

في هذه الحالة الطلب يكون مرناً مرونة لانتهائية بمعنى أنه أي تغير طفيف في سعر السلع والخدمات الصحية سيؤدي إلى زيادة في الكميات المطلوبة منها. أما منحنى الطلب لهذه الحالة يأخذ شكل خط مستقيم عمودي على محور الفواصل، وللإشارة فهذه الحالة تميز السلع البديلة لبعضها كما يوضحه الشكل التالي:

الشكل (1-10): حالة مرونة الطلب اللانهائية



المصدر: من إعداد الباحث

ب/العوامل المؤثرة على قيمة مرونة الطلب السعرية: هناك أربعة عوامل رئيسية تحدد قيمة مرونة الطلب السعرية وهي كالتالي:

1/المنتجات البديلة: في هذه الحالة نميز كذلك حالتين أساسيتين:

■ **الحالة الأولى:** وهي تخص المنتجات التي ليس لها بدائل بعد ونخص بالذكر فيما يخص السلع الصحية كالأدوية التي تحصل على براءة اختراع جديدة بحيث أن المخابر الأخرى تمنع من إنتاج هذه الأدوية لمدة 15 سنة وفي هذه الحالة المخبر المخترع هو الوحيد الذي ينتج الدواء ويحدد السعر وبذلك المستهلك يكون مقيد وليس لديه الحرية في اختيار الأسعار.

■ **الحالة الثانية:** وهي تخص المنتجات الصحية التي تكون لها بدائل بحيث في هذه الحالة أي تغيير في السعر سيدفع المستهلكين إلى تغيير وجهتهم نحو أدوية أخرى.

2/مدى أهمية المنتج: بالنسبة للمنتجات الضرورية بالنسبة للمستهلك تغير السعر لن يؤثر في الكمية المطلوبة كون أن الطلب على هذا المنتج يكون غير مرن أما بالنسبة للمنتجات الغير ضرورية (الأقل أهمية) فتغير السعر قد يؤجل من عملية استهلاك هذه السلعة فاسحا المجال نحو منتجات أخرى إلى حين تحسن في الأسعار مستقبلا لهذه السلعة.

3/نسبة الدخل الذي يخصص للمنتج: إذا كان الدخل الذي يخصصه المستهلك لشراء هذه السلع والخدمات الصحية كبير فإن تغير الأسعار سوف يؤثر في الكمية المطلوبة لهذا المستهلك وبهذا فالطلب في هذه الحالة يكون مرن. أما إذا كان الدخل الذي يدفعه المستهلك لشراء السلع والخدمات الصحية غير معتبر في هذه الحالة الكمية المطلوبة من قبل هذا المستهلك تكون غير حساسة لتغير الأسعار أي أن الطلب يكون غير مرن.

4/الفترة الزمنية: غالبا تستغرق عملية إعادة ترتيب خطط الإنفاق وقتا من المستهلكين وقد يكون تأثير تغير في السعر بسيطا في الأجل القصير ولكن تأثيره قد يصبح في الأجل الطويل كبيرا وهكذا نجد أنه كلما طالت الفترة الزمنية كلما كان الطلب على المنتج أكثر مرونة.

الفرع الثاني: مرونة العرض على الخدمات الصحية

مؤشر المرونة في جانب العرض يقيس لنا مدى حساسية العرض (الكميات المعروضة) للتغير الذي يأخذه أحد محددات العرض ممثلا بالعلاقة التالية:

الفصل الأول بعض عناصر اقتصاد الصحة

حيث أن (y) هو واحد محددات العرض. وكذلك بالنسبة لهذا الجانب سنتطرق إلى حالة وحيدة ألا وهي مرونة العرض السعرية كمثال على مرونة العرض.

أولاً. مرونة العرض السعرية: تقيس مرونة العرض السعرية مدى استجابة العرض لتغيرات السعر وتحسب من خلال المعادلة التالية:

$$\text{مرونة العرض السعرية} = \frac{\text{التغير النسبي في كمية المعروضة}}{\text{التغير النسبي في السعر}}$$

نظراً للعلاقة الطردية بين السعر والكمية المعروضة فإن مرونة العرض تأخذ إشارة موجبة وعلى هذا

الأساس يمكن أن نميز الحالات التالية:¹

✚ E = 0 : مرونة العرض معدومة.

✚ 0 < E < 1 : في هذه الحالة السعر ليس له أي تأثير على الكمية المعروضة.

✚ E = 1 : العرض متكافئ المرونة أي أن تغير سعر السلعة بنسبة معينة يؤدي إلى تغير الكمية

المعروضة بنفس الكمية و في نفس الاتجاه.

✚ E > 1 : مرونة العرض السعرية كبيرة في هذه الحالة تغير السعر بنسبة معينة سيؤدي إلى تغير

كبير في الكمية المعروضة.

ثانياً. العوامل المؤثرة على مرونة العرض السعرية: هناك مجموعة من العوامل التي يمكن أن تؤثر على مرونة

العرض والتي تتمثل فيما يلي:

✓ مدى سهولة تحويل عوامل الإنتاج بين الاستخدامات الحالية.

✓ تكلفة ومدى توافر عوامل الإنتاج الإضافية.

✓ الفترة الزمنية: إذ تعتبر من أهم هذه العوامل في تحديد مرونة العرض السعرية وذلك لكون أن العرض عبارة

عن تدفق مالي: وبالتالي فإن الزيادة في معدل الإنتاج تتطلب زيادة حجم المنشآت الصحية وكمية المعدات

وقوة العمل كل هذه الأشياء تتطلب وقتاً [] وهكذا نجد أن عرض العديد من الخدمات غير مرن في الأجل

القصير ولكن سيصبح أكثر مرونة في الأجل الطويل.

المطلب الخامس: تسعير الخدمات الصحية

¹ د. إبراهيم طلعت: التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، مرجع سابق، ص 125.

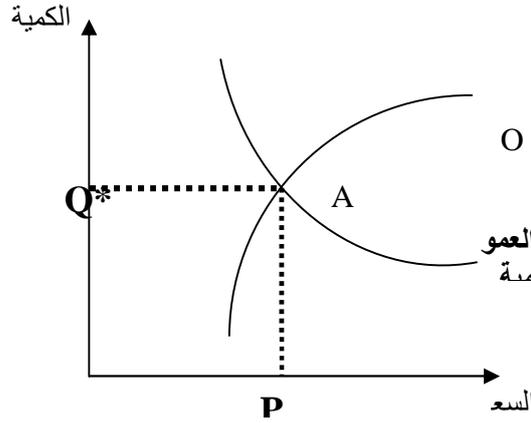
الفصل الأول بعض عناصر اقتصاد الصحة

تطرقنا فيما سبق إلى جانبي العرض والطلب على الخدمات الصحية ومحددات منها مرونتها أمام المتغيرات المحتملة. باستعمال تلك المعلومات سنحاول من خلال هذا العنصر تحديد سعر السلع والخدمات الصحية.

الفرع الأول: تحديد السعر السوقي للخدمات الصحية

يتحدد سعر الخدمات والسلع الصحية كأى خدمة أو سلعة سوقية أخرى بالتقاء منحنى عرض الخدمة والطلب عليها فالنقطة المتحصل عليها تمثل نقطة تقاطع رغبة العارض في عرض كمية معينة من السلع والخدمات الصحية ومجموع رغبات المستهلكين في الحصول على هذه السلع والخدمات كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل (1-11): منحنى تحديد سعر السلعة أو الخدمة الصحية



المصدر: طلعت الدمرداش: اقتصاديات الصحة: مصدر سابق: ص 128

من خلال الشكل يتضح وجود نقطة A التي تمثل نقطة التوازن أين يتحدد من خلالها سعر التوازن وكمية التوازن (Q^*) حيث في حالة سوق المنافسة التامة سعر التوازن سيكون الحكم الرئيسي لتصحيح الاختلالات بين الكمية المعروضة والكمية المطلوبة من جانبي العرض والطلب:

➤ من جانب العرض: من خلال سعر التوازن يستطيع العارضين تعديل الكميات المطروحة في السوق خلال المرحلة الموالية.

➤ من جانب الطلب: سعر التوازن سيكون محفز لرغبات المستهلكين في حالة إذا ما كان سعر منخفض أو كابع لرغبات المستهلكين.

لكن في واقع الأمر هذه الاستنتاجات تبقى نظرية بينما الواقع غير ذلك وذلك باعتبار أن سلوك المستهلك والمنتج قد يكون غير ذلك بحيث:

- أن المستهلك قد يعبر عن مدى رغبته في سلعة أو خدمة صحية معينة على الرغم من ارتفاع أسعارها وسبب في ذلك يرجع بالأساس إلى مدى حاجته لها.
- المقاومة التي سيديها العارضين أمام انخفاض الكمية المعروضة من السلع والخدمات وذلك من خلال لجوئهم إلى طرق وأساليب تحفز المستهلك على زيادة الطلب: كالإشهار الترويجي الاتصال...إلخ.

الفرع الثاني: آلية الأسعار وتخصيص الموارد

في اقتصاد السوق الحر حيث لا يوجد تدخل في عمل آليات السوق تتخذ قرارات التخصيص الخاصة بما لا يجب إنتاجه وكيفية إنتاجه ولمن سيتم إنتاجه وذلك من خلال آلية السعر وكما رأينا سابقا يحدد سعر التوازن من خلال تفاعل العرض والطلب بحيث أن هذا السعر يمثل الكمية المنتجة فقط والتي ستوزع على المستهلكين. كما أنه يعبر عن الثمن الذي يقدر ويرغب المشتريين في دفعه، وعندما نتحدث عن نفس العملية في كل الأسواق فإن قرار ما سيتم إنتاجه وتوزيع المنتجات يتحقق من خلال تحديد الأسعار النسبية في الأسواق المختلفة.

فيما يخص الموارد لما تكون نادرة ترتفع أسعارها وبالتالي ينخفض استهلاك المنتجين والمستهلكين منها في حين أن وفرة هذه الموارد سيجعل أسعارها منخفضة وبالتالي سيزيد استهلاك المنتجين والمستهلكين منها. وعلى هذا الأساس زيادة الطلب على سلعة ما سيدفع المنتجين لعرض المزيد منها.

وعلى هذا الأساس تبدوا لنا العلاقة واضحة بين آلية الأسعار وعملية تخصيص الموارد بما يستجيب لطلب المشتري وهو ما يطلق عليه "باليد الخفية" التي توجه عمل اقتصاد السوق. وهو ما ينطبق على سوق الخدمات الصحية في ظل محدودية الموارد باستخدام توليفة المدخلات الأقل تكلفة وهنا فقط نقول أن الموارد قد تم تخصيصها بكفاءة في ظل هذا النظام طالما أن الأسواق هي تنافسية ولا يوجد أي مظهر للفشل أو الخلل فيها.

الفرع الثالث: أثر القيود السعرية

افترضنا فيها سبق أن سوق السلع والخدمات الصحية هو سوق حر من ناحية أن الأسعار لها حرية الحركة حسب معطيات السوق في لحظة زمنية معينة. تتوقف الأسعار عند الحد الذي تتلاقى فيه رغبة طالب الخدمة وعارضها لكن في الواقع سوق السلع والخدمات الصحية يحتم عليها احتواء خصوصية هذا السوق من خلال التعرف أكثر على المنظومة الصحية لذلك البلد ونهتم بالأساس على جانبين أساسيين:

- الشخص الذي يقوم بدفع مقابل الخدمة الصحية (الممول).

- الفاعلين في عملية تحديد الأسعار.

وفي هذا الصدد نميز حالتين أساسيتين:

أولاً. أثر سياسة الحد الأقصى للسعر: في هذه الحالة سوف يقوم الممول للخدمات الصحية بتحديد سقف معين لسعر الخدمة الصحية ولعل المعنى الأول بهذا السعر هو العارض للخدمة بحيث أنه تبعاً لهذا السعر سوف يقوم بتحديد الكميات المنتجة ومن ثم الكميات المعروضة في السوق.

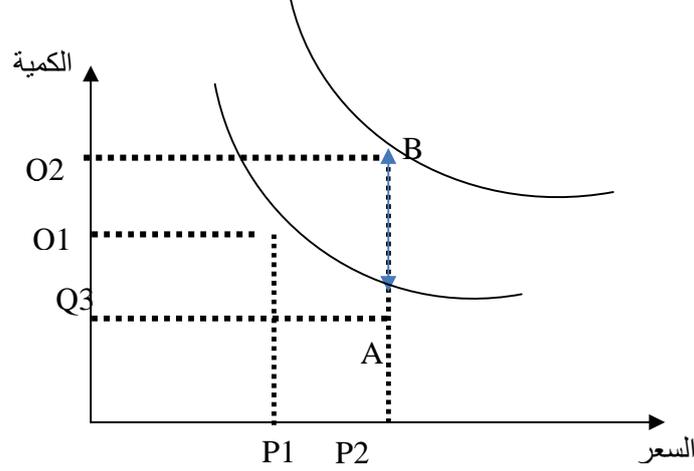
وعلى هذا الأساس في حالة ما إذا كان سعر المحدد أقل من سعر التوازن في هذه الحالة هذا السعر لن يشجع المنتجين على زيادة الكمية المعروضة نظراً لانخفاض العائد المرجو تحقيقه، لكن وفي المقابل الطرف المستفيد هو المستهلك بحيث أن انخفاض السعر سيحثهم على زيادة استهلاكهم من هذه الخدمة.

ثانياً. تأثير سياسة الحد الأدنى للسعر: في هذه الحالة نحن بصدد وضع سعر أدنى لسعر الخدمة الصحية، وعلى هذا الأساس في حالة ما إذا كان سعر التوازن (P) يقابل لكمية (Q)، وبالتالي في حالة ما إذا تم وضع سعر أدنى أعلى من سعر التوازن (P2) فإن هذا الإجراء سوف يشجع المنتجين على زيادة الكمية المعروضة في السوق) لكن وفي المقابل الطلب على هذه السلع والخدمات سوف ينخفض وهو الأمر الذي يخلق فائض في العرض.

لكن وباعتبار أن سعر هذه السلعة أو الخدمة هو محدد سوف يلجأ المنتجين إلى سياسات أخرى من أجل تغيير سلوك المستهلك وتخفيفه على زيادة الطلب وذلك من خلال الترويج للإشهار الإعلان... إلخ¹. ومن أجل توضيح الشكل الموالي يبين ذلك بأكثر تفصيلاً:

¹ - طلعت ابراهيم الدمرداش: اقتصاديات الصحة، مرجع سابق، ص 120-122.

الشكل (1-12): حالة تأثير الحد الأدنى للسعر



المصدر: طلعت الدمرداش مصدر سبق ذكره ص 136

الفرع الرابع: تطبيق التسعيرة في قطاع الخدمات الصحية

يظل تقديم الخدمة الطبية العلاجية أو الوقائية للمرض أحد أهم فروع سوق تقديم الخدمات وهذا الأخير هو بدوره أحد فروع سوق الاستهلاك وفي عالم سوق الاستهلاك يتم تقييم وتحديد سعر وثمان تلقي المستهلكين لمختلف أنواع السلع بناء على معايير واقعية تضمن إقبال المستهلك على طلبها بتكلفة تتناسب مع حجم الاستفادة وأيضاً تتناسب مع حجم أصولها المكتسبة لحيازتها.

تخضع أسعار الخدمات الصحية إلى السياسة المتبعة من طرف المنظومة الصحية في أي بلد من العالم أين لا تكون أسعار الخدمات الصحية حرة بل تعمل المنظومة الصحية على وضع تشريعات لتنظيم وتقييد تلك الأسعار وهذا من أجل تحقيق الصالح العام.

وعلى هذا الأساس ما تعتمد عليه غالبية الأنظمة الصحية هو حساب التكلفة ومن ثم تقدير السعر لكن في الواقع يختلف تسعير الخدمة الصحية وذلك حسب الجهة المقدمة لتلك الخدمة (قطاع عام قطاع خاص) بالإضافة إلى ذلك استعمال الحساب الاقتصادي كقاعدة لحساب التكاليف من أجل تحديد التسعيرة. من أجل توضيح أكثر لعملية تسعير الخدمات الصحية حسب الجهة المقدمة فهو يتم كما يلي:

أولاً. العلاج غير المعطل: ينقسم الأطباء في الدول الغربية إلى صنفين:

- منهم من يخضع لأسعار ناتجة عن المفاوضات بين نقاباتهم وبين شركات التأمين.
- أما البعض الآخر يقوم بتحديد تسعيرة الخدمة الصحية بحرية.

✚ **بالنسبة للصنف الأول:** تزيد نسبته في الدول التي تطبق منظومة صحية اجتماعية: بالمقابل تقل نسبته كلما اتجهنا نحو منظومة صحية حرة. يقوم الطبيب بتحديد تسعيرة الخاصة المقدمة عن طريق جمع أسعار مختلف الخدمات الصحية المقدمة: وسعر كل خدمة يحدد عن طريق الاتفاق بين الأطباء والأجهزة الممولة (أجهزة الدولة: الضمان الاجتماعي: شركات التأمين) وذلك تحت إشراف ورعاية وزارة الصحة وذلك من أجل عقلنة تقديم هذه الخدمات من جهة ومحاولة تخفيض التكاليف من جهة أخرى. من خلال ما سبق يتضح أن تحديد سعر الخدمات الصحية من ناحية هذا الجانب لا يخضع لأي نوع من منافسة ولا بالتكاليف وإنما لعقد الاتفاق الذي يجري بين الأشخاص الفاعلين في القطاع.

✚ **بالنسبة للصنف الثاني:** بالنسبة لهذا الجانب يكون السعر مرتفعاً في الدول ذات منظومة صحية حرة وبالمقابل تقل نسبته في الدول ذات المنظومة الصحية اجتماعية وعلى هذا الأساس يمكن أن نجد طريقتين أساسيتين لتحديد تسعيرة الخدمات الخاصة بهذا الجانب:

أ. **الطريقة الأولى:** بالنسبة لهذه الطريقة يكون فيها الأطباء أحرار في تحديد تسعيرة السلع والخدمات الصحية دون أي ضغط من طرف الأجهزة الممولة وعلى هذا الأساس سيحاول الأطباء (منتج السلع والخدمات الصحية) فرض التسعيرة التي تحتوي على أعلى عائد يمكن للمستهلك أن يدفعه مع العلم أن المستهلك ما دام قد اختار التسعيرة الحرة فهو على استعداد لتسديد. يجدر الإشارة على أن هذا النوع من عملية التسعيرة يسود بعض الخدمات الصحية الغير استعجالية (كالجراحات التجميلية مثلاً).

ب. **الطريقة الثانية:** بالنسبة لهذا النوع من عمليات التسعير يكون فيها الطبيب خاضع لمراقبة الجهة الممولة وعلى هذا الأساس نجد أن عملية التسعير هنا تكون في إطار مقيد وللاشارة فإن هذا النوع من التسعيرة يخص الأطباء الذين يشتغلون في عياداتهم الخاصة خارج الأوقات المتفق عليها مع الجهة الممولة. في هذه الحالة المريض (المستهلك) الذي يطلب خدمات هذا النوع من الأطباء) سوف يسترجع تعويض محسوب على أساس السعر المتفق عليه بين الطبيب وجهاز التأمين وليس السعر الحقيقي الذي يدفعه المريض.

خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل التطرق من خلاله إلى الاقتصاد الصحي كفرع حديث يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية لتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر فعالية للتحليل كما يقدم معايير لتقييم السياسات الصحية ومدى كفاءتها الاقتصادية إذ أصبح من الضروري تطبيق التحليل الاقتصادي في مجال الصحة وهذا نظرا للزيادة في النفقات الصحية، الأمر الذي يستدعي البحث عن أسبابها وكيفية استخدامها بطريقة عقلانية للوصول إلى التحكم في التكاليف وتحقيق الفعالية في الأداء. خاصة وأن المهنيين الطبيين لا يهتمون بالموارد المالية أو تكاليف العلاج بقدر ما يبحثون بكيفية تقديم أحسن طريق للعلاج بتسخير المعارف العلمية واستخدام أحدث التجهيزات للحد من الوفيات.

من جهة أخرى فقد خلصت الدراسة إلى كون أن هنالك تداخل بين هذا الفرع الاقتصادي وبقية الفروع الاقتصادية من خلال ما يعرف بسوق الخدمات الصحية حيث أنه يشترك مع بقية الأسواق في بعض النقاط منها:

- أن المشكلة الاقتصادية لا تختلف من سوق السلع والخدمات الصحية عن بقية الأسواق الأخرى بحث ان ندرة الموارد يبقى العائق الأول أمام بلورة الاختيارات لإشباع الحاجات المتنوعة والمتزايدة.
- الفرضيات والعوامل المؤثرة على جانبي العرض والطلب في سوق السلع والخدمات لا تختلف عن غيرها من الخدمات السوقية الأخرى.
- يسهر على تنظيم هذا السوق أجهزة حكومية والجهات الممولة لتلك الخدمات وبالتالي فعارض الخدمة وطالبا ليس حر حرية مطلقة.
- بالنسبة لعملية تسعير السلع والخدمات الصحية فهي تختلف من منظومة صحية لأخرى كما أن هنالك تطور في طريقة التسعير من فترة لأخرى في المنظومة الصحية نفسها وذلك راجع إلى نقاط القوة والضعف بالنسبة لطرق التسعير السابقة ويبقى الغرض الأساسي من هذا التجديد هو مسايرة متطلبات التسيير واحتواء المستحقات بل والأهم مراعاة القدرة الشرائية للفرد أو بصيغة أخرى المريض كونه طالب للعلاج. تشير التجارب الدولية القرائن والأدلة الاقتصادية إلى قواعد هامة وقوية والتي عادة ما يتم تجاهلها من طرف واضعي السياسات حيث يوجد عشر قوانين للاقتصاد الصحي تحكم الإنفاق على الصحة وهي على النحو التالي¹:

¹ - مديحة محمود خطاب، تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر والدول العربية، القاهرة، ديسمبر 2009، ص.ص 26-27.

✚ **القانون الأول لاقتصاديات الصحة:** هو أن الإنفاق يساوي الدخل أولئك الذين يدعون إلى زيادة نفقات قطاع الصحة الوطنية في الكثير منه قد يكونوا من المستفيدين منه من حيث التعزيز الوظيفي وزيادة الأجور لذلك فانه ليس من غير المألوف أن نرى مجموعات من مقدمي الخدمات الصحية تدعوا إلى زيادة النفقات مما يؤدي إلى زيادة دخلهم وعلى هذا الأساس ينبغي التدقيق في الدفع الخاص بأولئك الذين يدافعون عن المزيد من النفقات لتحديد ما إذا كان هو مجرد تعزيز للدخل أو إلى أي مدى سوف ينعكس على تحسين صحة السكان.

✚ **القانون الثاني لاقتصاديات الصحة:** يمكن أن يهدف المدافعين عن التغيرات في تمويل قطاع الصحة إلى إعادة توزيع عبء تمويل الرعاية الصحية وعادة من الأكثر ثراء للفقراء، وبالتالي استبدال جزء من التمويل من الضرائب مع جزء من رسوم الاستخدام وهو ما يجب أن ينظر إليه على احتمال أن يؤدي إلى دعوة القطاع الخاص للربح وعادة مع وجود الإعانات الضريبية كما هو الحال في أستراليا مما يؤدي إلى التضخم وزيادة التكاليف وزيادة عدم المساواة دون تحقيق المكاسب المرجوة. ومثل هذه السياسات تؤدي إلى زيادة دخل مقدمي الخدمة ولكنها لا تؤدي إلى تحسن فعال لمردود التكلفة على الخدمة الصحية.

✚ **القانون الثالث لاقتصاديات الصحة:** قد تعطي الرقابة على النفقات بعض الإنصاف في توزيع أعباء التمويل ولكنها لا تضمن الكفاءة ولا الإنصاف في توفير خدمات الرعاية الصحية.

✚ **القانون الرابع لاقتصاديات الصحة:** المعروف من التدخلات الطبية يخلق الطلب الخاص به فالمستهلكين عموما ليسوا أفضل المتحكمين في فعالية الخدمات التشخيصية والعلاجية البديلة فعادة ما تفوض الخيارات لعملائها الأطباء وهذا يعطي لمقدمي الخدمة القدرة على خلق خيارات غير لازمة لعملائهم (خلق تكاليف لا تتعلق بجانب الطلب) الأمر الذي قد يعزز أيضا دخلهم ومركزهم ولا كنها لا تفعل الكثير لتحسين صحة السكان.

✚ **القانون الخامس لاقتصاديات الصحة:** يكشف هذا القانون عن المزيد من الإنفاق لتلبية الطلب في المجتمع على نحو متزايد مع تقدم الرعاية الصحية وهذا ببساطة يتجسد من خلال المشاكل التي خلقتها زيادة القدرة على التشخيص، حيث توجد أدلة على أن زيادة الإنفاق في تطوير القدرة التشخيصية يزيد من أوقات الانتظار وهو ما يؤدي إلى زيادة الضغط على التشخيص والقدرة على العلاج.

القانون السادس لاقتصاديات الصحة: إن زيادة الاستثمار يؤدي إلى زيادة إنتاج مكاسب صحية إذا ما أثبتت تلك التدخلات أن الفعالية تناسب تلك التكلفة من الناحية المثالية ينبغي تحديد الأولويات في جميع الأطر الصحية وعلاقتها بمبادرات الانتظار في الوقت والعائد الصحي.

القانون السابع لاقتصاديات الصحة: إن تحديد الرعاية الصحية أمر لا مفر منه ويشمل التحديد حرمان المرضى من الرعاية الصحية التي يمكن أن يستفيدوا منها والتي يودون استهلاكها. إن عملية التحديد صعبة من الناحية السياسية ولاكنها أمر لا مفر منه إذ يجب الاعتماد على قواعد علمية وأساس فعالية التكاليف.

القانون الثامن لاقتصاديات الصحة: حتى ولو كانت الأولويات تحدد بدقة يتم السعي لتحقيق الكفاءة على أساس الفعالية النسبية للتكاليف فهناك معوقات خطيرة للقدرات وهذه القدرات هي القيود التي تخلقها الأنشطة الربحية لمقدمي الخدمات والتي يتم بموجبها توفير تمويل إضافي يتم امتصاصه في ارتفاع الأجور مع تأثير بسيط على حجم النشاط ونوعيته.

القانون التاسع لاقتصاديات الصحة: إن الرعاية الصحية ليست هي الخيار الوحيد لاستثمار الذي يمكن أن يحسن من صحة السكان، فهناك أنواع أخرى من الاستثمارات مثل الاستثمار في التعليم، والتي من شأنها أن تحسن ليس فقط حالتهم الصحية بل تنعكس أيضا على صحة أطفالهم وبالتالي تقليل التفاوت الصحي. إذن فالتحدي في البحوث والسياسات يتجلى من خلال تحديد المدخلات التي تغلف الصحة بأكبر قدرة من الكفاءة عبر مجموعة من خيارات السياسة الاجتماعية.

القانون العاشر لاقتصاديات الصحة: استخدام الحوافز لتحسين مخرجات الصحة يجب أن تستهدف رفع الإنتاجية كما يجب أن تكون محددة وليست مجرد حق مكتسب أو معمم كما يجب استخدام الأدلة التي تعكس اختلاف النشاط والأداء النسبي للاستثماريين لتحسين الكفاءة إلى المستوى المطلوب لتقليل الأخطاء المهنية وكمعيار لتقييم الحوافز.

الفصل الثاني

المنظومة الصحية عرض و تحليل

المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية.

المبحث الثاني: نماذج عن المنظومة الصحية للبلدان متوسطة

ومرتفعة الدخل (التحديات والرهانات).

المبحث الثالث: المنظومة الصحية بالجزائر.

المبحث الرابع: الوضع العام للقطاع الصحي بالجزائر وحتمية

الإصلاح.

تمهيد:

لقد أصبح المختصين لدى في الحقل الصحي قناعة أن الخدمات الصحية على الرغم من كل التقدم والنجاحات الملموسة في دعم ركيزة البنية التحتية لنظام الرعاية الصحية ونظام الجودة الشاملة في هذا القطاع إلا أن طموح الارتقاء بالخدمات الصحية الأولية والثانوية والثالثية لن تتوقف عند حدّ معين على مستوى العالمي. إنها سمة العصر التي لا تسكن على حال وتضغط باتجاه التحسين المستمر لموكبه التطور العلمي الهائل، إلا أن التحديات ومقتضيات التطوير والتحديث للأنظمة تبقي التحدي المتصاعد، بل أحيانا تصدمنا بسرعة الحاجة إليها "ولن يتأتى لنا التناغم مع هذه الحاجة إلا بتطوير خططنا المستقبلية بالاعتماد على منهجية التقييم المتواصل وترتيب أولويات خطط العمل"¹.

لا شك بأن الجزائر ومنذ الاستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية وذلك سعيا منها إلى تجسيد حق المواطنين في العلاج كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسبا ثوريا، هذه السياسات عرفت نجاحات وانتكاسات وذلك عبر مراحل مختلفة التي مرت بها الجزائر. ومن هنا جاءت فكرة دراسة وتشخيص النظام الصحي بالجزائر أسوة بما يجري في دول العالم (فرنسا، بريطانيا، الوم أ) ومن ثم الوقوف على أهم المراحل التي مرّ بها النظام الصحي الجزائري وفي الأخير وضع الصورة النموذجية حسب وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات لتطوير النظام الصحي الراهن في إطار أهداف وتوجهات القيادة الرشيدة .

المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية

المطلب الأول: مفهوم المنظومة الصحية

إن كلمة منظومة "Système" تحصل في طياتها منظورين:

✓ من جهة نموذج يسمح بتحليل مجموعة عناصر مستقلة ليس لها معنى إلا في مجملها وهذا ما يسمى بالنظرة التحليلية.

✓ من جهة أخرى هناك من ينظر إلى المنظومة على أنها تكامل مجموعة العناصر المكونة لها هدفها دراسة المنظومة في مجملها.

¹ - ندى عباس حفاظ: تحسين جودة الرعاية الصحية في البحرين وزيادة خيارات المرضى، تقرير صادر عن وزارة الصحة لمملكة البحرين، سنة 2007. على الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.Bh.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

في ميدان الصحة عند التحدث على المنظومة الصحة فإننا نستعمل النظرة التحليلية حيث أنه ولتفسير المنظومة الصحية يجب تشريح مكوناتها أولاً .

تعددت التعاريف التي قدمها الباحثين والمفكرين لتحديد معني النظام الصحي وهو ما يجعل من الصعب إعطاء تعريف واحد ونذكر من بين أهم هذه التعاريف:

■ تعريف "j.f.NYS" حيث عرف المنظومة الصحة على أنها: "مجموعة النشاطات المرتبطة فيما بينها والتي لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى، والتي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين، وتنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلتنا تجانس واستقرار زميني"¹.

هذا التعريف يؤكد النظرة التحليلية السائدة في ما يخص المنظومة الصحة، أين يمكن هدفها في تحقيق إشباع للسكان من الحاجات الصحية ومن هنا يتبين لنا أن النشاطات التي ليس لها صلة مباشرة في إشباع حاجات صحية (النشاطات الاجتماعية مثلا) لا تدخل ضمن نشاطات المنظومة الصحية.

■ أتفنت تقارير التنمية البشرية التي يشرف عليها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) على أن الوضعية الصحة في أي بلد من العالم أنها هي نتيجة لثلاثة عوامل أساسية:

- الأوضاع العامة في داخل الدولة .

- الأوضاع البيئية.

- فعالية النظام الصحي وسياساته العامة.

وعلى هذا الأساس فالمقصود بالنظام الصحي: "هو جملة المنظمات والمؤسسات التنفيذية والموارد المكرسة لتحقيق وتحسين السلامة الصحية"².

فهو إذن من العوامل الأساسية في تحديد السلامة الصحية في داخل المجتمع من خلال: تحقيق الجودة في تقديم الخدمات وإتاحة العدالة والإنصاف في تيسير الحصول على الرعاية الصحية لجميع الأفراد.

■ حسب ما جاء في تقرير الخاص بالمنظمة العالمية للصحة (O M S) لسنة 2000 أن النظام الصحي: "هو نظام يشمل جميع المنظمات والمؤسسات والموارد المخصصة لإنتاج الأنظمة الصحية".

■ عرفته أيضا (سنة 2007): "النظام الصحي هو جميع المنظمات والأشخاص والإجراءات التي تهدف في المقام الأول إلى النهوض بالصحة أو استعادتها أو الحفاظ عليها".

¹ - j.f.NYS, la santé consommation ou investissement, op cit, p18.

² - منظمة الصحة العالمية: تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بتحسين الصحة في العالم، سنة 2000، ص 04.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- عرفه صلاح محمد دياب: "النظام الصحي وهو عبارة عن أسلوب عمل وطريقة وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في الدولة أو المؤسسة أو في دائرة معينة "
- أما المشرع الجزائري: فقد عرفه من خلال المادة 04 من قانون 05/85: " أنه مجموعة من الأعمال والوسائل التي تجندها الدولة لضمان حماية وترقية صحة الإنسان ".
- كما يمكن تعريف النظم الصحية على أنها: "عبارة عن مجموعة الأشخاص العاملين في إطارها والإجراءات التي يتخذونها بهدف تحسين مستوى الصحة أساسا .ويمكن دمج هذه النظم وإدارتها مركزيا، إلا أن ذلك أصبح الآن في غاية الصعوبة إن لم نقل من المستحيل وذلك باعتبار أن هذه النظم وبعدمها كانت تشكل كيانات صغيرة تفتقر إلى الفعالية في أغلب الأحيان، فقد تطورت الآن من خلال اكتساب وتطبيق المعارف مما ساهم في تحسين مستوى الصحة.وعلى هذا الأساس يعزى الفشل الذي ينتاب الأنظمة الصحية في تحقيق أهدافها إلى ضعف هذه النظم أكثر منه إلى قصور الوسائل"¹.
- كما يمكن تعريف النظام الصحي على أنه: "مجموعة من الوسائل التنظيمية المتمثلة في الوسائل البشرية، الهيكلية والمالية المخصصة لتحقيق أهداف السياسة الصحية ككل، كما أنه نظام اقتصادي فرعي ينافس ويرتبط بأنظمة فرعية، وفي نفس الوقت يخضع لأنظمة أخرى "².
- عند إدارة أي مؤسسة صحية لابد للدارسين في تلك المؤسسة بأن يدركون بأنهم جزء لا يتجزأ من النظام لتلك الدولة التي توجد بها المؤسسة الصحة إذ تقوم هذه الأخيرة بتحقيق جزء من أهداف النظام الصحي العام من خلال تقديمها للخدمات الصحة بمختلف مستوياتها.
- من هذا المنطلق يمكن تعريف النظام الصحي على انه عبارة عن أسلوب عمل وطريقة وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة أو في دائرة معينة، ولذلك عندما تريد أي دولة أن تضع أهدافا صحية لمواطنيها فإنها تأخذ بعين الاعتبار كثيرا من الأمور التي تؤثر في تلك الأهداف وبالتالي فان هذه الأهداف لا يمكن أن تتحقق، إلا من خلال إيجاد مجموعة من أساليب العمل والطرق والإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية والأقسام والقطاعات المختلفة من أجل تحقيق الأهداف الصحية"³.

¹- أحمد بن تيمه: السياسة الشرعية في إصلاح الراعي والرعية، الطبعة الثانية، دار هومة للنشر، الجزائر، 1994 ص 183.

²-Levyca cazaban M (1996): santé publique, édition Masson, PARIS p45.

³- فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسير للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، الأردن، 2009، ص 54.

إن الفهم الجيد للمنظومات الصحية وأهدافها يتطلب منا معرفة مختلف نشاطاتها التي تحتويها وذلك باعتبار أن تحديد هدف كل نشاط يتيح لنا تحديد الهدف الرئيسي الذي وجدت من أجله المنظومة الصحية وهو ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي.

المطلب الثاني: وظائف وأهداف النظام الصحي

الفرع الأول: وظائف النظام الصحي

إن الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد و المجتمع، وذلك على ضوء ما يتوفر عليه من إمكانيات وموارد، ولتحقيق هذا الهدف لا بد للنظام الصحي القيام بمجموعة من الوظائف يمكن تقسيمها إلى أربعة وظائف أساسية وهي :

أولاً. وظيفة الحسبة: وهي الدور الرقابي الشامل الذي تقوم به الحكومة عن طريق وزارة الصحة من أجل تطوير السياسات والإستراتيجية الصحية بدعم من نظم المعلومات الملائمة التي توفر البيانات الصحية، كما تقوم وزارة الصحة بتنسيق مساهمات مختلف الشركاء في التنمية الصحية بما في ذلك وزارات أخرى، والوكالات والمنظمات الغير حكومية (القطاع الخاص).

ثانياً. وظيفة التمويل: هذه الوظيفة تمكن من تعميم سياسات تمويل الخدمات الصحية وتنفيذها كما تعمل على التنسيق بين مختلف مشروعات التأمين من أجل تحقيق التضامن وتحسين فرص العدالة في العلاج كما أنه من شأن هذه الوظيفة أن توفر الإستراتيجيات اللازمة لشراء الخدمات الصحية من الجهات التي تقوم على توفيرها في القطاعين الخاص والعام بموجب ترتيبات تعاقدية يتفق عليها الأطراف المعنية .

ثالثاً. وظيفة تقديم الخدمات: وهي تتصل بالتنظيم العام للرعاية الصحية على أن تأخذ في الحسبان الحاجة إلى التكامل بين مختلف برامج الرعاية ومستوياتها، كما يجب أن تتم عملية توفير الخدمات وفق مبادئ ومقومات الكفاءة من أجل تحقيق الحد الأقصى من الانتفاع بالموارد المخصصة للتنمية الصحية.

رابعاً. وظيفة تخصيص الموارد: وهي تعني بضمان الحصول على المساهمات المناسبة للصحة بما في ذلك الموارد البشرية والموارد المالية والمادية وتوزيعها توزيعاً ملائماً تبعاً لاحتياجات المجموعات السكانية التي تتلقي الخدمات الصحية.

الفرع الثاني: أهداف المنظومة الصحية

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

يتمثل دور المنظومة الصحية في تنظيم العلاقة بين الطلب على العلاج وعرض العلاجمن جهة إعطاء الإمكانات المالية كتعويض للأفراد في حالة الإصابة بالمرض وتغطية تكاليفه، ومن جهة أخرى تنظيم تقديم العلاج من خلال تواجد المنشآت المادية (المستشفيات، المركز العلاج... إلخ).

بالرغم من اختلاف الأشكال التنظيمية والبيئية التي تتواجد فيها أي منظومة صحية إلا أننا وبالنظر إلى المكونات والعناصر التي ذكرناها سابقا والتي من المفترض أن تشملها منظومة صحية، فإننا يمكن أن نقول أنه لا توجد أي منظومة صحية مثالية، وذلك على اعتبار أنها انعكاس للرؤية السياسية السائدة في كل دولة حول الخدمات الصحية والهدف منها هو تقوم هذا الأداء ويتم عادة من خلال: معيار النجاعة، معيار الفاعلية الاقتصادية: معيار العدالة في توزيع الخدمات الصحية. إلا أنه وبالرغم من ذلك يمكن القول أن القاسم المشترك بين أفضل المنظومات يتمثل في مدى تحقيقها للأهداف التالية:

✓ **العلاجات الطبية:** بحيث يهدف التنظيم الصحي إلى عرض العلاج بمختلف مستوياته من خلال عمليات الوقاية، تشخيص ومعالجة الإختلالات الصحية التي تصيب الأفراد.

✓ **الوقاية الصحية:** وذلك من خلال اتخاذ جملة من الإجراءات الردعية قبل ظهور الأمراض، كالقيام بالتقيحات المختلفة .

✓ **التغطية الشاملة للحاجات الصحية:** تسعى أي منظومة صحية إلى ضمان تغطية شاملة لحاجيات السكان من الخدمات الصحية وهي على اختلاف المناطق وكذلك على اختلاف الطبقات الاجتماعية وبالأخص الفئات الفقيرة.

✓ **صناعة وتسويق المواد الطبية:** تهدف أي منظومة صحية إلى صناعة مختلف المواد والأجهزة الطبية، كصناعة المواد الصيدلانية، كالتجهيزات الطبية... إلخ. بل إن فعالية المنظومات الصحية يمكن في مدى ضمان وصول هذه المواد والأجهزة الفنية إلى الأفراد.

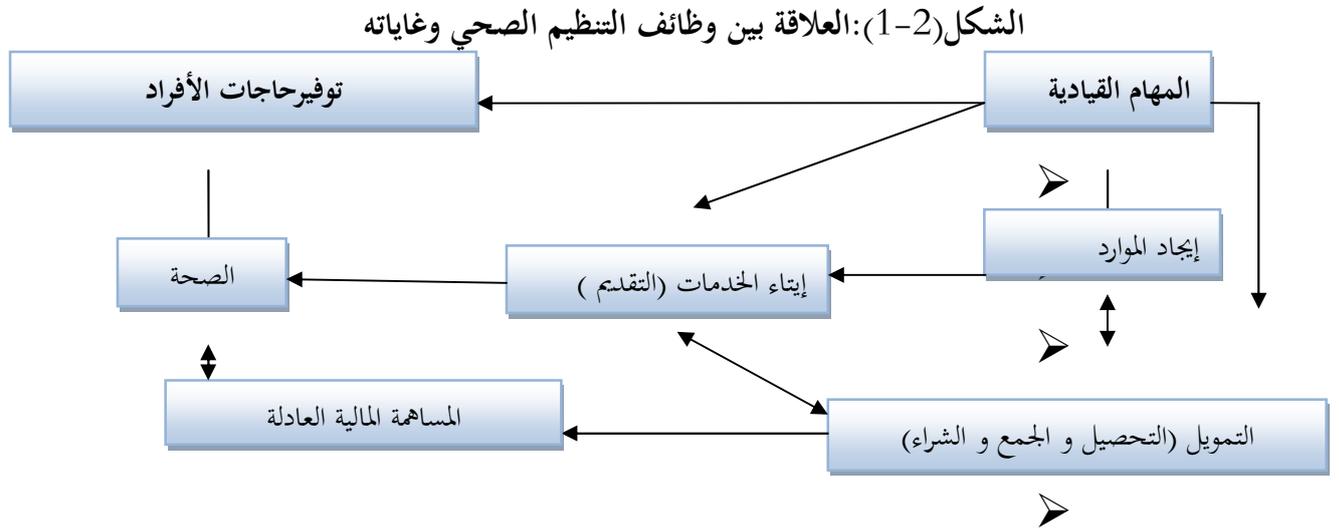
✓ **نقل المرضى:** يهدف هذا النشاط إلى مرافقة المريض إلى الهياكل الصحية من خلال وسائل نقل صحية.

✓ **التعليم والبحث العلمي:** يهدف هذا النشاط إلى تكوين عمال القطاع (السلك الطبي والشبه طبي وحتى الإداريين)) إضافة إلى تطوير الأبحاث العلمية في الميدان الصحي

✓ **تقديم خدمات التسيير:** يتجسد هذا النشاط من خلال مصالح الإدارة ومؤسسات التأمين التي تسعى من خلال عملها إلى تسيير مصالح الأفراد من الجانب الصحي، إضافة إلى إدارة وتسيير أموال التأمين المخصصة لتغطية نفقات الاستهلاك الطبي .

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

➤ في ظل الوظائف التي يؤديها أي نظام صحي يمكن المنظومة الصحية بلوغ مجمل أهدافها إذا ما كان التركيز الجيد على الأداء في ممارستها، حيث يشمل الارتباط بين الأهداف والوظائف علاقة متداخلة كما يوضحه الشكل التالي:



Source: J. Howrad Bolnick, Desining a World –class Health Care financing system, Cancun mexico , 2002 p10.

من خلال الشكل يتحدد لدنا العلاقات بين الأهداف الأساسية للنظم الصحية والوظائف الرئيسية إلى تؤديها هذه النظم والأهداف المشار إليها، والتي تخص تحسين صحة الأفراد والحد من النقص في تقديم الخدمات الصحية، الاستجابة لاحتياجات السكان وضمان العدالة في المساهمة المالية والميزة الواضحة في هذا الإطار يبين على أن تصنيف النظم الصحية لا يتم على أساس تحسين الوضع الصحي فحسب لأن جانبا من هذا التحسين يعزى إلى محددات أخرى غير الرعاية الصحية والتركيز على سرعة الاستجابة وعلى العدالة في المساهمة المالية فداخل هذين البعدين هو لب الحوار الاجتماعي والسياسي حول الصحة والنظام الصحية .

المطلب الثالث: مكونات النظام الصحي ونشاطاته

إن النظام الصحي كأى نظام له تركيبة محددة تتماشى وفق المتطلبات التي يفرضها المجال، وتجتمع هذه المكونات من أجل أداء مجموعة من النشاطات.

الفرع الأول: مكونات النظام الصحي

تعتبر المنظومة الصحية الإطار الذي يتم فيه تحديد الاحتياجات الصحية العامة للسكان والعمل على توفير مختلف الخدمات بصورة شاملة ومتكاملة من خلال إيجاد موارد التمويل اللازمة وبتكلفة مقبولة يمكن تحملها من قبل الأفراد وتكون المحصلة النهائية هي تحسين المؤشرات الصحية للسكان وتعزيزها، غير أن تجسيد

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

هذه الأهداف يستلزم ضرورة اشتراك جميع القطاعات الفاعلة والمؤثرة. وعلى هذا الأساس يمكن إجمال المكونات الأساسية لأي منظومة صحية في العناصر التالية:

أولاً. الخدمات الصحية: وهي كل الخدمات ووسائل العلاج وإجراءات الجراحات اللازمة للمرضى وذلك وفقاً للأصول والقواعد الطبية الفنية فضلاً عن متابعة حجج المرضى والتنسيق بين كافة الأقسام العلاجية المختلفة التي تحتوي عليها المؤسسة الصحية بغية تحقيق أفضل رعاية طبية ممكنة.

ثانياً. القوى العاملة في المجال الطبي: أي عمال القطاع بمختلف أسلاكه (الطبي، الشبه طبي والإداري) والتي تعمل على تحقيق استجابة جيدة من خلال النتائج التي يحققها القطاع، وهذا طبعاً في حالة توفير المواد المالية والظروف المواتية.

ثالثاً. نظام المعلومات: وهو ذلك النظام الذي يضمن إنتاج وتحليل ونشر معلومات موثوقة في الوقت المناسب عن العوامل المحددة للصحة وعن أداء النظم الصحية والوضع الصحي .

رابعاً. المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيا: يضمن النظام الصحي الفعال الحصول على نحو عادل على كل ما هو أساسي من المنتجات واللقاحات والتكنولوجيا المضمونة من حيث الجودة والسلامة والفعالية من حيث التكلفة.

خامساً. تمويل الصحة: تكمن فعالية النظام الصحي في مدى قدرته على جمع أموال كافية بالشكل الذي يكفل حصول أكبر عدد ممكن من الأفراد في الحصول على ما يحتاجون إليه من خدمات صحية.

سادساً. القيادة والإدارة السليمة والإشراف: أي أن النظام الصحي يعمل على ضمان توفر أطر السياسات الإستراتيجية مقترنة ببناء تحالفات من أجل الإشراف الفعال، وبوضع أنظمة و تقديم حوافز ملائمة .

كما يمكن تقسيم المنظومة الصحية إلى ثلاثة منظومات جزئية هي كالتالي¹:

أ/ **المنظومة الجزئية الأولى:** وتتعلق بالحالة الصحية للفرد.

ب/ **المنظومة الجزئية الثانية:** وهي تتعلق بجهاز الخدمات الصحية المقدمة (التجهيزات الفنية عمال السلك الطبي والشبه طبي والسلك الإداري) والتي تهدف إلى تلبية احتياجات الأفراد في مجال تقديم العلاج.

ج/ **المنظومة الجزئية الثالثة:** وهي تشمل أساساً في مختلف آليات التغطية وتمويل هذه التكاليف الصحية والتي تختلف باختلاف السياسات المتبعة ودور الدولة في التكفل بهذه الأعباء أو المؤسسات التأمين الاجتماعي، المؤسسات الخاصة، وكذا دور الأفراد في تحمل جزء من هذه التكاليف بدرجات متفاوتة.

¹ -EMIL Lévy et autre : **Le système de santé**, édition DUNOD ,pris, 1975,p15.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

هنالك البعض الآخر من المفكرين الاقتصاديين من يرى على أن المنظومة الصحية تتكون من أربعة مكونات أساسية بحيث يشكل كل منها نظاما فرعيا ضمن نظام الصحي الكلي كما يلي:

➤ **نظام الإنتاج (production):** وهو يشمل على جمع المنظمات والأنشطة التي تقوم بإنتاج وتقديم خدمات الرعاية العامة وخدمات الصحة الشخصية.

➤ **نظام الصيانة (Maintenance):** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام إعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين في النظام الصحي للقيام بالأدوار المحددة لهم، ومكافأهم على ما يقومون به من أدوار وتمويل أنشطة النظام الصحي الكلي.

➤ **نظام التكيف (Adaptive):** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على رصد ومتابعة التغير الحامل في النظام الاجتماعي الكلي، كالتغير في أنماط انتشار المرض وتكنولوجيا العلاج وطرق تمويل الخدمات الصحية، وطرق إنتاج وتقديم الخدمات، وتوقعات وحاجات المتعاملين مع النظام الصحي والعمل على الاستجابة لهذه التغيرات وتبنيها في عمليات النظام. والجدير بالذكر أن الكثير من المنظمات الصحية لم تظهر كيفية تقييم هذه التغيرات والتكيف معها.

➤ **نظام الإدارة (Administrative):** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام تنسيق وضبط وتوجيه أنشطة المنظمات التي تنطوي تحت الأنظمة الفرعية الثلاث السابقة الذكر. والجدير بالإشارة أن درجة نضج وتطور هذه الأنظمة الفرعية الأربعة ووجودها يختلف من مجتمع لآخر، بل من منظمة صحية إلى أخرى حيث يمكن التعرف عليها بسهولة في بعض المنظمات، كما أنها في البعض الآخر لا تزال في المرحلة الجنينية من التطور كما أن بعضها غير موجود في الكثير من المنظمات الصحية.

وعلى افتراض وجودها فإن هذه الأنظمة الفرعية الأربعة يجب أن تكون مترابطة إلا أن العلاقة بين هذه الأنظمة في عالم الواقع يعتبر مشكلة كما هو الحال بالنسبة لدرجة تطورها، فرغم احتفاظ كل منها بهويته واستقلالته نسبيا، فإن العلاقات التفاعلية والتبادلية بينها تتصف بالضعف وقد لا تستجيب بالسرعة المطلوبة للتغيرات وهذا أكثر ما يمكن أن يكون واضحا بين نظام الإنتاج مثلا بالأطباء والمهنيين الصحيين وإدارة المنظمة الصحية حيث نجد نظام الإنتاج يضبط نفسه حسب النشاطات والمنتظمات، أما النظام الإداري فهو يعمل على تقييم نظام الإنتاج من اجل الحد من هيمنته بل وخلق نوع من التوازن في إطار مصلحة النظام الكلي للمنظمة لكن في غالب الأحيان نجد أن العلاقة التفاعلية بينهما كثيرا ما يشوبها نوع من التوتر والنزاع والضعف مما ينعكس سلبا على النظام الكلي.

الفرع الثاني: نشاطات المنظومة الصحية

كما هو معروف لدى عامة الناس أن النشاطات الصحية مركزة على نظام العلاج المقدم من طرف المستخدمين الطبيين، لكن هذا المفهوم هو ضيق وذلك باعتبار أن نشاطات المنظومة الصحية أوسع بكثير كونها تشمل عدة نشاطات والتي تتمثل فيما يلي:

أولاً. نشاطات الوقاية الصحة: يظهر هذا النوع من النشاطات قبل ظهور العلة أو المرض ولهذا فالغاية هو تلبية احتياجات الجماعة لا الفرد، مما يجعله من النشاطات المتشعبة وعلى العموم فهذا النوع من النشاطات يشمل عدة مستويات أهمها:

- الفحوص الطبية: وظيفتها الأساسية هو حماية الأمومة والطفولة (كالتلقيح: التحليل).

- النظافة العمومية: يتحقق هذا النوع من المستويات عن طريق مجموعة من التدخلات مثل: خدمات صرف المياه المحافظة على البيئة الوقاية من حوادث العمل وتحليل المياه الصالحة للشرب.

- النظافة الفردية: وهي تشمل كلما يخص القرارات الفردية مثل: التغذية، الحد من استهلاك لبعض المواد المضرة (كالكحول، التبغ).

ثانياً. الإسعافات الطبية: وهي تتكون من مجموعة من النشاطات التي لها وظيفة التنبه، التشخيص والعلاج للاضطرابات الصحية التي تحصل لكل فرد والهدف منها تلبية الاحتياجات الفردية.

وعلى هذا الأساس فهذه المجموعة تشمل عدة أنشطة طبية على شكل إسعافات أولية تقدم من طرف مؤسسات عمومية أو خاصة، استثنائية أو غير استثنائية (تجارية).

إن هذا النوع من النشاطات يضم مجموعة من الهياكل الصحية وهي كما يلي:

- نشاطات مراكز العلاج: وتتمثل في مراكز العلاج عامة (مستوصف) أو العلاج المتخصص

- نشاطات خاصة بالعيادات الحرة وتشمل في: عيادات الأطباء العامون أو عيادات الأطباء المتخصصون.

- نشاطات مخابر للتحليل: وهي متعلقة بمخابر للتحليل خاصة أو عامة.

- نشاطات خاصة بنقل المرضى (داخل أو خارج المؤسسات الصحية).

ثالثاً. النشاطات الطبية المشتركة: وهي تشمل كل ما يقدم من خدمات صحية من طرف المؤسسات الصحية

العمومية مثل: الطبيب المدرسي، الصحة العسكرية وطبيب العمل (خاص بالمؤسسات الاقتصادية أو الإدارات

).

رابعاً. النشاطات الخاصة بتجارة وصناعة السلع الطبية: يعتبر هذا النشاط مهما للغاية كونه يضم عدة فروع منها ما هو خاص بتجارة المنتجات الصيدلانية (كالنظارات الطبية، بيع التجهيزات طبية... الخ). ومنها ما هو خاص بالإنتاج الصيدلاني مختلف التجهيزات الطبية"¹.

خامساً. مصلحة التكوين والبحث العلمي: يعتبر التعليم والبحث العلمي من العناصر الأساسية المكونة للمنظومة الصحية وذلك باعتبار أن إنتاج المعارف وتكوين الموظفين بالقطاع (السلك الطبي والسلك الشبه طبي) يساعد على تحسين نوعية العلاج وجودة الخدمات التي يقدمها القطاع.

وعلى هذا الأساس فتتحقق هذا النشاط يستلزم توفير مجموعة من الهياكل الصحية الممثلة فيما يلي:

- العلوم الطبية: وتتعلق بالمعاهد (كليات الطب): المدارس الملحقة (الشبه طبية).
- البحث الطبي: ويتعلق أساساً بالبحث الصيدلاني (البيوكيمياء) (معاهد البحث (الطبي).
- سادساً. تسير القطاع الصحي: يتعلق هذا البند أساساً بنوعين من المصالح:
 - مصالح خاصة بالإدارات العمومية والتي تهدف أساساً إلى إدارة المصالح الجماعية للمواطنين.
 - إدارة الضمان الاجتماعي: والتي تهدف أساساً إلى تغطية نفقات الاستهلاك الطبي للأشخاص المؤمنين اجتماعياً.

المطلب الرابع: مميزات النظام الصحي والعوامل المحددة له

الفرع الأول: مميزات النظام الصحي

بما أن النظام الصحي هو نظام اقتصادي فهو إذن يتميز بعدد من المزايا والخصائص التي تميزه عن باقي الأنظمة الأخرى والتي يمكن حصرها في النقاط التالية"²:

أولاً. عام: يهتم بكل القطاعات التابعة له، خصوصاً قطاع الرقابة .

ثانياً. التعقيد: بسبب وجود العديد من القطاعات والعديد من العلاقات والاتصالات مما يزيد في صعوبة وتعقيد النظام الصحي.

ثالثاً. الصراع: وجود العديد من القطاعات ضمن النظام الصحي وكل واحد من هذه القطاعات لديه أهدافه الخاصة مما يؤدي إلى وجود نوع من الصراعيين مختلف القطاعات الصحية، فمثلاً يهدف القطاع الصحي الخاص إلى تعظيم الأرباح في حين أن القطاع الصحي الحكومي فهو يهدف إلى تقديم خدمات صحية شبه

¹ -J.Dumoulin dans : Essai sur la dynamique de système de soins, édition IREP ,décembre, 1975,p :129-136.

² -Levyi cazaban M.(1996) : santé publique,op.cit.p215.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

مجانية دون أحد بعين الاعتبار هامش الأرباح، وهذا ما يؤدي إلى صراع بين أطراف النظام الصحي. من جهة أخرى قد ينشأ صراع ضمن المؤسسات الصحية في القطاع الواحد كالصراع بين مستشفيات القطاع الخاص مثلاً .

رابعاً. فعال: سواء من جانب التقني الممثل في البحث العلمي الطبي، أو من جانب الاقتصادي من خلال مختلف القرارات المتخذة .

خامساً. القبول العام: يجب أن يحظى أي نظام صحي بموافقة المجتمع، وهو الأمر الذي يتضح لنا جلياً من خلال الصعوبات التي تظهر تطبيق الأنظمة الصحية المستوردة من بلدان لأخرى .

سادساً. قابليته لتخطيط والتقييم: لا بد لأي نظام صحي أن يحظى في مراحله الأولى بمرحلة التخطيط من خلال وضع الإستراتيجيات الأولية التي تظم أهداف النظام وتوجهاته وفقاً لمتطلبات وحاجات الأفراد كما يجب أن يحظى بمرحلة نهائية من خلال عملية التقييم للنتائج المحققة مع مقارنتها بالأهداف الموضوعية لتصحيح الانحرافات واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة لذلك .

سابعاً. المرونة وقابلية التغيير: كذلك من بين المميزات التي يجب أن يتمتع بها أي نظام صحي هو المرونة اللازمة من أجل التأقلم مع التغيرات التي يشهدها المحيط الاقتصادي والاجتماعي وحتى التكنولوجي، وبصيغة أخرى التأقلم مع أي ظرف طارئ قد يؤثر إما بصفة إيجابية أو سلبية على هذا النظام الصحي¹.

الفرع الثاني: العوامل التي تؤثر في وضع النظام الصحي

هناك العديد من العوامل التي تؤثر وتحدد ملامح النظام الصحي لأي دولة والتباين في هذه العوامل يجعل من الأنظمة الصحية متباينة، ولعل أهم تلك العوامل ما يلي:

أولاً. السكان (populations): يعتبر الوضع السكاني من أهم العوامل التي يجب أن يتم أخذها بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي، بل ويمكن اعتباره العامل الأساسي أو الركيزة الأساسية لبناء النظام الصحي وذلك من خلال جمع المعلومات والبيانات عن السكان في المجالات التالية :

عدد السكان: يؤثر عدد السكان في حجم النظام الصحي بحيث أن تصميم نظام صحي لعدد قليل من السكان يختلف عن النظام الصحي الذي تم تعميمه لعدد معتبر من السكان .

¹ - د. فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 61.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

➤ **معدل نمو السكان:** عند وضع أي نظام صحي فلا بد أن يؤخذ في الحسبان معدل نمو السكان لأنه يعكس حجم النظام الصحي المستقبلي ومدى ملائمته، كما يعكس مدى الحاجة إلى إجراء تغييرات على النظام الحالي أي النظام الصحي البديل.

➤ **توزيع السكان:** يتأثر النظام الصحي بتوزيع السكان سواء من حيث الأعمار وكذلك حسب الجنس دون أن ننسى الكثافة السكانية إذ يجب أخذها بعين الاعتبار عند وضع أي نظام صحي.

➤ **المستوى الثقافي للسكان:** كما هو معلوم فأي نظام صحي يشمل أربعة مستويات أساسية، وعلى هذا الأساس في حالة مستوى متدني من الثقافة لدى السكان فإن النظم الصحي سوف يتجه نحو الرعاية الصحة الأولية والتثقيف الصحي والصحة الشخصية أما في حالة وجود مستوى مرتفع من الثقافة فإن تركيز النظام الصحي سوف ينصب على مستويات الرعاية الصحة الثانوية، الثالثة والتأهيلية .

➤ **معدل الدخل:** يعتبر معدل الدخل من العوامل المهمة في تحديد ووضع أي نظام صحي وذلك نظرا للدور الكبير الذي يلعبه في اتخاذ القرار نحو التركيز على قطاع دون آخر وكذا أنظمة التأمين، كما أنه يوجه النظام الصحي نحو استحداث واستخدام أحدث التكنولوجيا أو الاستغناء عنها .

➤ **عوامل أخرى:** هناك عوامل أخرى قد تؤثر على نظام الصحي إما بصفة إيجابية أو بصفة سلبية ونذكر منها: العادات والتقاليد، المعدات الحيوية المختلفة، أعداد الأسرة الواحدة... الخ.

ثانيا. **الموارد الطبيعية المتوفرة (Natural resources):** إن توفير الموارد الطبيعية المختلفة يعكس بالضرورة القدرة العالية على إيجاد نظام صحي يتمتع بالرقى والجودة، وذلك باعتبار أن توفر الموارد المادية يترجم في النهاية إلى موارد مالية نستطيع من خلالها الإنفاق على مختلف مستويات الصحة. ولما نتحدث عن الموارد الطبيعية فلا بد أن نشير إلى أربعة عناصر أساسية: حجم الموارد الطبيعية للدولة، مستوى النشاط الاقتصادي .. حجم القوى البشرية (المؤهلة والغير مؤهلة) ومستوى الرضا لديهم والمبثقة من مدى قناعتهم عن مدى مقدرة دولتهم في خلق وإيجاد نظام صحي متطور يتماشى واحتياجات الطلب على الخدمات الصحية. أما العنصر الأخير فيتمثل في حجم الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى والذي يعكس استعداد الدول للتضحية بمداخيها نحو خدمة وإشباع طلبات الأفراد من خدمات الصحة.

ثالثا. **العوامل البيئية الطبيعية (Environment Factor):** تلعب العوامل البيئية كالمناخ، الطقس والأوبئة... الخ، دورا كبيرا في رسم النظام الصحي خاصة إذا كان هناك معرفة بأن الأمراض تختلف حسب العوامل البيئية، مما يحتم ضرورة أخذها بعين الاعتبار عند تصميم أي دولة لنظامها الصحي.

رابعاً. متغيرات وعوامل مختلفة أخرى (Ethers factor): هناك مجموعة من العوامل الأخرى التي تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي والتي لها أهمية نسبية في إيجاد النظام الصحي وأهم تلك العوامل "1":

- القطاعات الصحية الموجودة.

- تكاليف التعليم والتدريب.

- الهياكل التعليمية التي تتكفل بتدريب المهن الطبية المختلفة .

- معدلات الأمية.

- العوامل الوراثية السائدة .

المبحث الثاني: نماذج عن المنظومة الصحية للبلدان متوسطة ومرتفعة الدخل

(التحديات والرهانات)

المطلب الأول: المنظومة الصحية الفرنسية

تعتمد المنظومة الصحية في تمويلها على الضمان الاجتماعي في حين أن آليات التحكم في تكاليف القطاع الاجتماعي عامة إنما تعود بالدرجة الأولى للحكومة في حين أن تسيير صناديق الضمان الاجتماعي يقوم به الشركاء الاجتماعيون (النقابات وأرباب العمل)، ومن جهة أخرى تقوم الحكومة أيضاً بتحضير القوانين المتعلقة بتمويل الضمان الاجتماعي مع الأخذ بعين الاعتبار توصيات اللجنة العليا للصحة العمومية (HCSP) ونتائج اللجنة الوطنية للصحة "2".

فيما يلي سنقوم بعرض الدور الذي تقوم به مختلف الهيئات الحكومية الفاعلة في المجال الصحي في مختلف المستويات "3":

الفرع الأول: على المستوى الوطني

يتميز النظام الصحي الفرنسي بتعدد الهيئات التي تشرف على تنظيم القطاع الصحي على المستوى الوطني بحيث نجد أربعة هيئات عمومية متعددة الاختصاصات ومتمثلة فيما يلي: البرلمان، الحكومة، اللجنة العليا للصحة العمومية والهيئات والوكالات الصحية.

¹-د.صلاح محمود ذباب: الإدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، الطبعة الأولى دار الفكر للنشر، الأردن، 2009، ص 53، 54.
²-عياشي نور الدين: المنظومات الصحية المغربية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، سنة 2010/2009، ص 25.

³-Emille sauvignet: **Le financement du systèmes de santé en France**: rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire, OMS, 2004 .p 26.

أولاً. البرلمان: لقد كان للبرلمان الفرنسي دور محاميد على مستوى القطاع الصحي: لكن وبحلول سنة 1996 أصبح دوره فعالا على مستوى المنظومة الصحية الفرنسية: بحيث يقوم كل سنة بالمصادقة على قانون تمويل الضمان الاجتماعي: هذا القانون يهدف إلى:

- ✓ تحديد هدف توقعي لنفقات التأمين على المرض للسنة الموالية.
- ✓ كما يحدد توجهات السياسة الصحية والضمان الاجتماعي.
- ✓ تحديد الإجراءات المتعلقة بضبط المنظومة الصحية.

ثانياً. الحكومة: يقوم البرلمان الفرنسي بتحديد الإطار العام للمنظومة الصحية ومن خلاله تقوم الحكومة بضبط منظومة العلاج من خلال وزارتين:

- وزارة الصحة للعائلة، وللأشخاص المعوقين.
- وزارة الشؤون الاجتماعية للعمل والتضامن.

ويساعدها في أداء هذه المهام مجموعة من المديريات التي تدخل ضمن اختصاصات المجال الصحي والتي هي تحت وصاية الوزارتين السابقتين ونذكر منها:

-المديرية العامة للصحة(DG): وهي مكلفة بإعداد السياسة الصحية(من خلال تحديد الأهداف والأولويات) والمساهمة في تنفيذها.

-مديرية الاستشفاء وتنظيم العلاج(DHOS):هي مكلفة بإعداد سياسة عرض العلاج انطلاقاً من أهداف وأولويات السياسة الصحية.

-المديرية العامة للعلاج الاجتماعي(DGAS): وهي تحت سلطة الوزارتين، إذ تتكفل بإعداد وتنفيذ السياسات الاجتماعية (منح مساعدات للعائلات، محاربة الإقصاء والتهميش...الخ).

-مديرية الضمان الاجتماعي(DSS): تمكن وظيفتها بإعداد وتنفيذ السياسة المتعلقة بالضمان الاجتماعي من خلال التوسط بين وزارتين،وزارة الشؤون الاجتماعية وصناديق الضمان الاجتماعي. كما تقوم بتحضير

القوانين الخاصة بتمويل الضمان الاجتماعي (LFSS)

بالإضافة إلى المهام السابقة الذكر تقوم الحكومة أيضا بأداء مهام أخرى على مستوى القطاع وذلك من خلال:

- تحديد عدد الطلبة المسموح لهم بالتسجيل في فروع الطب.
- تحديد التجهيزات اللازمة في المنشآت الصحية.

- تحديد أسعار الأعمال الطبية والأدوية.

ثالثا. اللجنة العليا للصحة العمومية (LE HAUT COMITE DE SANTE PUBLIC) تم استحداثها

سنة 1991 التي تعنى بأداء عدة مهام منها:

- تقديم الاقتراحات المساعدة على اتخاذ القرارات المتعلقة بمشاكل الصحة العمومية.
- تنظيم العلاج مع تقديم تقارير وتحليل دورية للوزارة الصحية حول الحالة الصحية للسكان (كالمؤتمر الوطني للصحة والبرلمان).
- المساهمة في تحديد الأهداف الصحية العمومية.
- تقديم الاقتراحات الكفيلة بتدعيم السياسات والبرامج الوقائية.

هذا وتجدر الإشارة أن هذه اللجنة (HCSP) تعنى أيضا باستشارتها حول بعض النقاط المتعلقة بتنظيم مستويات العلاج، وعلى هذا الأساس يتم تشكيل فرق عمل لدراسة تلك النقاط وتقديم الاقتراحات اللازمة.

رابعا. الهيئات والوكالات الصحية (Les Organismes et agences de Santé): من أجل تنظيم محكم للقطاع الصحي على المستوى الوطني بفرنسا تم إنشاء العديد من الهيئات ذات كفاءات وتخصصات محددة ومتنوعة بحيث أن هذه الهيئات هي تحت وصاية الدولة وتقوم بها وزارة الصحة من خلال المديرية العامة للصحة ولعل من بين هذه الهيئات نذكر ما يلي:

- اللجنة الفرنسية للتربية الصحية CFES.
- المجلس الأعلى للنظافة العمومية CSHPF.
- المعهد الوطني للصحة والأبحاث الطبية INSERM.
- المدرسة الوطنية للصحة العمومية ENSP.
- الوكالة الوطنية للأبحاث ANRS.
- الوكالة الفرنسية للأمن الصحي للغذاء AFSSA.

خامسا. اللجنة الوطنية للصحة: وهي تتشكل من ممثلي عمال السلك الطبي وممثلي المنشآت الصحية إضافة إلى مستعملي المنظومة الصحية. تقوم هذه اللجنة بعقد جلسات نهاية كل سنة من أجل اقتراح الأولويات على مستوى القطاع مع تحديد توجهات السياسة الصحية، لكن يجد الإشارة أنه ابتداء من سنة 2002 تم تكليف هذه اللجنة إضافة إلى المهام السابقة الذكر بإعداد تقارير سنوية لعرضها وهذا بالاستناد على الأعمال والدراسات المنجزة من قبل اللجنة الجهوية للصحة.

الفرع الثاني: المستوى الجهوي

نجد على المستوى الجهوي مجموعة من الهيئات التي لا يقل دورها عن غيرها في تنظيم وتسيير العلاج التي تتمثل فيما يلي:

أولاً. المديريات الجهوية للشؤون الصحية والاجتماعية (DRASS): تم إنشاؤها سنة 1977 ليلعب عددها 22 مديرية، هذه المديريات هي تحت إشراف محافظ المنطقة ومسيرة من قبل المدير الجهوي للشؤون الصحية والاجتماعية. دور هذه المديريات هو ضمان تطبيق السياسات الوطنية في المجال الصحي والاجتماعي من خلال إعداد وتطبيق السياسة الجهوية.

ثانياً. اللجان الجهوية للصحة (CRS): تم إنشاؤها سنة 1994 لتقوم بمجموعة من المهام منها:

- فتح نقاش جهوي حول الصحة بهدف تحليل الأوضاع التي آل إليها القطاع وبالتالي تحليل معالم التطور والاحتياجات الصحية.

- تقديم بعض الاقتراحات والحلول الهادفة إلى تحسين الحالة الصحية.

ثالثاً. الوكالات الجهوية للاستشفاء (ARH): تم استحداث هذه الوكالات سنة 1996 تحت إشراف الوزارتين السابقتين ومن مهامها:

- تحديد وتنفيذ السياسة الجهوية الخاصة بعرض العلاج الاستشفائي إضافة إلى تحديد قيمة الموارد المخصصة لكل مؤسسة استشفائية.

الفرع الثالث: المستوى المحلي (المحافظات)

على المستوى المحلي نجد نوعين من الأجهزة الحكومية التي تتولى ضبط عرض العلاج والتي تتمثل في:

أولاً. مديريات المحافظات للشؤون الصحية والاجتماعية (DDASS): تم استحداثها سنة 1964 ليلعب عددها 96 مديرية أين تتكفل بتطبيق السياسة الصحية والاجتماعية التي تحددها السلطات العمومية على مستوى المحافظات التابعة لها أما فيما يخص اختصاصاتها فهي تتمثل فيما يلي:

✓ مراقبة المنشآت الصحية والاجتماعية.

✓ تسيير بعض الإعانات الاجتماعية.

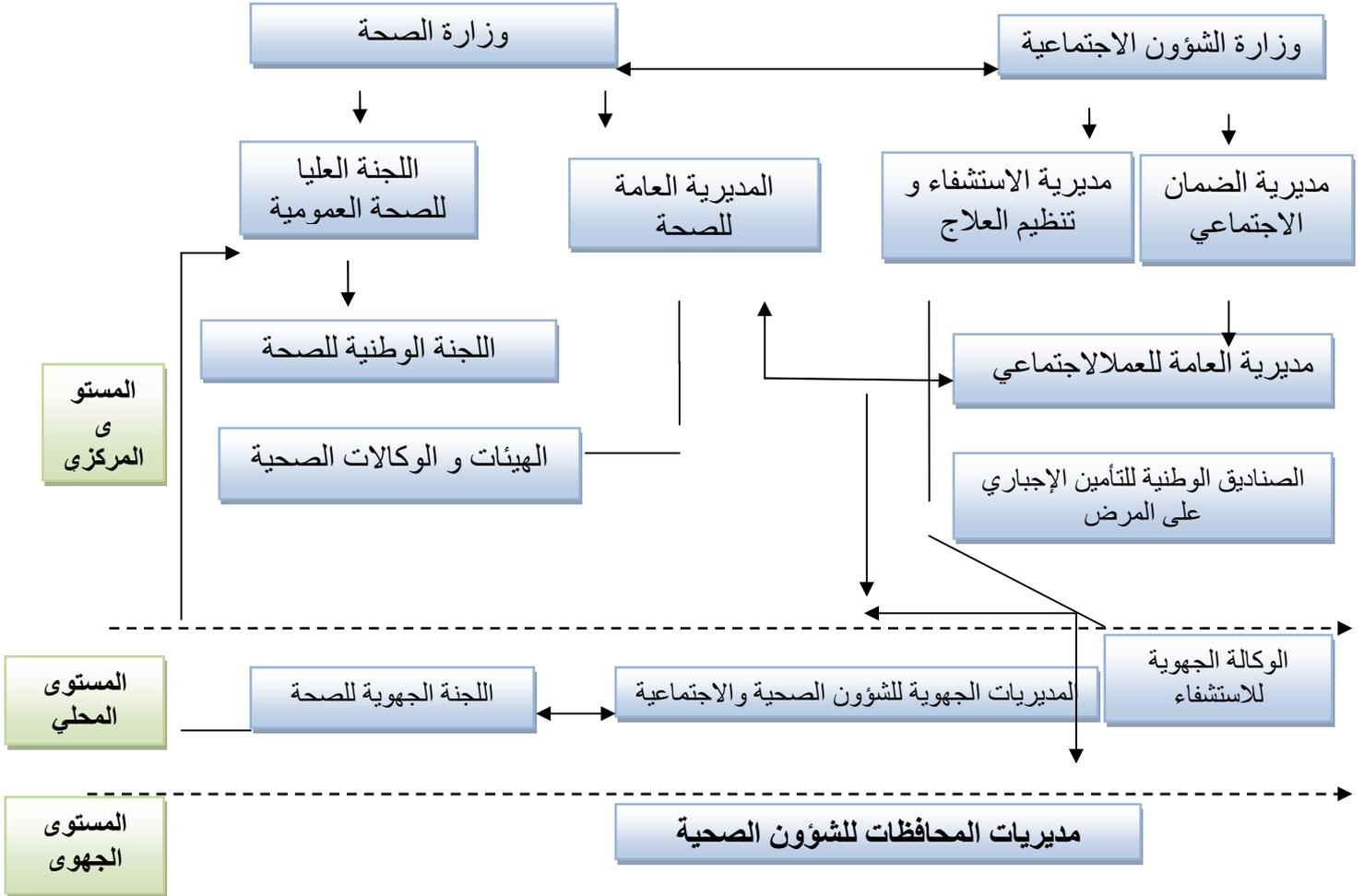
✓ الوقاية من الأمراض ومراقبة الصحة.

✓ الإرشاد، الإعلام والتنسيق.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

ثانيا. مصالح العمل الاجتماعي والصحي للمحافظات: يتلخص دورها بصفة عامة في تحقيق السياسة التي تحددها السلطات العمومية على الصعيدين الاجتماعي والصحي من خلال مجموعة من النشاطات نذكر منها: التلقيح، الوقاية، مراقبة الأمراض، حماية الأمومة والطفولة... الخ. وللتوضيح أكثر الشكل الموالي يبين لنا ذلك:

الشكل (2-2): هيكلية المنظومة الصحية الفرنسية



Source :Emile Sauvignat : **Le financement du systèmes de santé en France** ,op cit ,p 18

المطلب الثاني: المنظومة الوطنية للصحة (منظومة بيفرج) Beveridge

لقد تبنت ثلاثة أرباع الدول الأوروبية هذا النوع من المنظومات الصحية ونخص بالذكر: انكلترا اسكتلندا، السويد، النرويج، فنلندا والدنمارك إضافة إلى بعض دول البحر الأبيض المتوسط كالبرتغال ايطاليا، اسبانيا، اليونان إلى جانب الدول الأوروبية، إذ نجد بعض الدول الأخرى التي تتبع هذه المنظومة مثل: كندا استراليا ونيوزيلندا الجديدة.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

لكن ونظرا لتعدد الدول المنتهجة لهذا النوع من المنظومات الصحية سوف نركز في هذا الجانب على المنظومة الصحية لـانجلترا من خلال إبراز هيكله القطاع الصحي بما قبل الإصلاح مع تحديد معالم التجديد التي تم إدخالها على المنظومة الصحية لهته الدولة.

الفرع الأول:هيكله المنظومة الصحية لانجلترا

إن نشوء المنظومة الصحية في إنجلترا هو انعكاس لفترة وتوجهات حزب العمال في سنوات الأربعينيات من خلال صدور تقرير "وليام بيغردج" سنة 1942 والتي انبثقت منه المبادئ الأساسية للضمان الاجتماعي المتمثلة في: الشمولية مجانية العلاج. هذا التقرير الذي قدمه بيغردج انبثق عنه خمسة قوانين أساسية¹:

- القانون المتعلق بالتأمين الوطني في 1946- الذي قام بتوحيد أنظمة التأمين الموجود.
- القانون الخاص بالهيئة الوطنية للخدمات الصحية سنة 1946 حيث تهتم هذه الهيئة بمجانبة مختلفه الخدمات والحاجيات الصحية، وفيما يخص عملية تسيير هذه الهيئة فقد أوكلت إلى وزارة الضمان الاجتماعي.
- القانون المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.
- القانون الخاص بالحماية الاجتماعية الصادر سنة 1948- والذي تم بموجبه تحديد عتبة الفقر من أجل منح الإعانات خارج إطار الاشتراكات.

-القانون الخاص بمنح الإعانات العائلية حيث اهتم في بادئ الأمر بالعائلات الموجود بها طفلين على الأقل. وعلى العموم اعتمدت المنظومة الصحية لانجلترا قبل الإصلاحات (إصلاحات 1997) على ما يعرف بالهيئة الوطنية للخدمات الصحية(National Health Service) NHS² والتي تميزت بطابعها العمومي(هيمنة عمومية)،تمول مباشرة من الضرائب وتبرز خصوصية هذه الهيئة في ما يلي³:

- ✓ تسلسل العلاج في ضل تكامل وحداتها الصحية.
- ✓ خضوعها للتسيير المباشر من قبل الهيئات الصحية المحلية التي تخضع بدورها إلى الرقابة على المستوى الجهوي والوطني.

¹-عياشي نور الدين: المنظومات الصحية المغربية، مرجع سبق ذكره، ص 50.

²- NHS: النظام الصحي الوطني ممول من دافعي الضرائب وتديرها وزارة الصحة التي تضع السياسة العامة المتعلقة بالقضايا الصحية.
³-DONIS clair : les systèmes de santé Analyse et évaluation comparée dans Les grands industriels Editeur du seuil Avril 2000 ; p 286

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

✓ تتميز هذه الهيئة أيضا بتنظيمها المركزي مقارنة بدول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE)، حيث صممت هذه الهيئة وفق أربعة مستويات (04) هي كالتالي: وزارة الصحة، الإقليم (LA REGIEN)، المقاطعة (ELEDISTRIT) المؤسسات الصحية.

إذن وفقا لهذا التنظيم يمكن اعتبار أن الهيئة الوطنية للخدمات الصحية (NHS) كهيئة عمومية تضمن توزيع العلاج في المجال الطبي والاستشفائي من خلال ميزانية سنوية يصادق عليها البرلمان لتقوم بعد ذلك الهيئات الجهوية (AUTORITE REGIONALE) بتخصيص الميزانية لكل مقاطعة (DISTRECT) آخذين بعين الاعتبار عدد السكان والخصوصيات الاجتماعية والصحية.

إذن وكما أسلفنا الذكر المبدأ الأساسي للمنظومة الصحية الإنجليزية هو التدرج في العلاج ومجانبة العلاج¹:"

أولا. التدرج في العلاج: يعتمد مبدأ التدرج في العلاج على نهج التعاقد بين الأطباء العامون والهيئة الوطنية للخدمات الصحية²، بحيث تتولى هذه الأخيرة تسديد أتعاب كل طبيب بالاعتماد أساسا على عدد الأفراد المسجلين لديه إضافة إلى الأنشطة الأخرى التي يقوم بها في مجال الوقاية. مع العلم أن الهيئات المركزية تعمل على منح بعض التحفيزات للأطباء العامون لتشجيعهم على ممارسة نشاطهم في المناطق التي تعاني نقصا من حيث التغطية الصحية وبالتالي هذا الإجراء من شأنه الحد من التفاوت الجهوي بين المناطق (الأقاليم والمقاطعات) من حيث خدمات العلاج. إذن وبموجب هذا الإجراء فالمريض لا يمكنه زيارة الأخصائي أو المستشفى إلا في حالات نادرة بتوجيه من الطبيب العام وكذلك المريض يتمتع بجرية تامة في الفحص من خلال تغير طبيبه العام حسب اختياره.

ثانيا. مجانية العلاج: تهدف الهيئة الوطنية للخدمات الصحية إلى ضمان مجانية العلاج عبر المستشفيات العمومية من خلال استبعاد عمليات الدفع المباشر للمريض وبالتالي تحاشي كل الخطوات المتعلقة بإجراءات التعويض وهذا ما يساعد على تحقيق نوع من الاقتصاد في التكاليف الإدارية .

في مقابل ما تم عرضه من مميزات المنظومة الصحية لانكلترا (قبل الإصلاحات) فاحتكار الخدمات الصحية العمومية من طرف الهيئة الوطنية للخدمات الصحية قد خلف عدة سلبيات نوجزها فيما يلي:

¹-Christine thayerer ,Dominique Tonneau :**les système En Angleterre annales des mines**, septembre 2000 p 66.

²-Dominique polton : **les système de santé dans les pays occident** ,op cit ,p 54

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- عدم التحكم في نفقات العلاج وهذا مقارنة بباقي الدول الأوروبية خاصة ذات منظومة التأمين على المرض.

- صعوبة الاستفادة من مختلف مستويات العلاج بفضل الإجراء الخاص بالتدرج في العلاج والذي نتج عنه خلق ضغوط انتظار طويلة على مستوى طلب الفحص لدى الأخصائيين.

- ضعف الإمكانيات الخاصة بالتشخيص وكذا التجهيزات الطبية الضخمة وهذا بفضل الإجراءات الصارمة التي اتخذتها الهيئة الوطنية للخدمات الصحية فيما يتعلق باقتناء واستعمال التجهيزات الطبية من أجل تخفيض التكاليف وتفاذي المنافسة بين القطاعين الخاص والعام¹.

وعلى هذا الأساس وبالنظر إلى هذه الوضعية. فإصلاح المنظومة الوطنية للخدمات الصحية أصبح من الأولويات الكبرى التي باشرتها الحكومة بداية من سنوات التسعينيات.

الفرع الثاني: إصلاح المنظومة الصحية البريطانية

اصطلاحات سلك المحافظين سنة 1991

نظرا للاختلالات العميقة التي ميزت عمل الهيئة الوطنية للخدمات الصحية فقد بادر حزب المحافظين إلى تبني مجموعة من الإصلاحات العميقة من خلال القانون المصادق عليه في سنة 1990 والذي كان يهدف بالأساس إلى تحسين فعالية المنظومة الصحية من خلال إدخال إجراءات المنافسة في السوق الداخلية لمنظومة العلاج والتميز بين الفئة المشتري للعلاج والعارضة له².

أولا. **الفئة المشتري للعلاج**: بموجب الإصلاح الجديد الذي حدده قانون 1990 فالفئة المشتري للعلاج تشمل نوعين من الفئات:

1/ الفئة الأولى: وتضم الهيئات الإدارية الصحية للمقاطعة (DHA) حيث تقوم بتحديد حجم العلاج المطلوب (النقائص الموجودة) من أجل شراء الخدمات الصحية، بما يلي هذا الطلب مع مراعاة العناصر التالية³:

- الغلاف المالي الذي تمنحه وزارة الصحة لهذه الهيئات الإدارية الجهوية والإقليمية.

- التركيز على نوعية العلاج (الخدمة الصحية).

¹-Bruno palier ; **la reforme des systemes de santé**, op cit ,p 43.

² -ODILE join lambeet et florence, le fresme ;France ,**le nationale Heath service** ,une institution pérenne pleine transformation, chronique internationale de l'ires-n 91 ,Novembre 2004,p 83.

³-Dian lequet –slama :**régulation des système de santé** ,quelque expériences étrangères de réformes en Europ's revue d'économie financières-76.

-الفعالية في الاتفاق من خلال ترشيد التكاليف.

- تحديد الأولويات الصحية.

2/الفئة الثانية:تتمثل في الأطباء العاملين الذين اكتسبوا صفة مسيري الأموال من خلال العدد المعبر من حجم المرضى المسجلين لديهم (من5000شخص إلى أكثر 11000شخص) وهو ما أهلهم من أن يتحصلوا على اعتمادات مالية معتبرة من الدولة واستعمالها لشراء خدمات علاجية للمرضى المسجلين لديهم. وعلى هذا الأساس فقد مكن هذا الإجراء من توسع حجم العيادات الخاصة، ومن ثم الدخول في منافسة بينهم بل وخلق أسواق داخلية سمحت بتنظيم العلاقة بين الأخصائيين والأطباء العاملين.

كذلك من بين الإجراءات التي نظمها إصلاح 1991 بانكلترا هو تنظيم عمل الأطباء العامون من خلال تشجيع الممارسات الطبية في إطار مجموعات¹، مع ضم السلك شبه الطبي إلى العيادات الخاصة بحيث يتكفل الجهاز الإداري بعمليات التنظيم من خلال تسديد مستحقاتهم (الأجور) من طرف الإدارة المحلية أو العيادات الطبية.

ثانيا. **الفئة العارضة للعلاج:** بموجب إصلاح 1991تم تحويل المستشفيات التي كانت تابعة إلى الهيئة الوطنية للخدمات الصحية (NHS) إلى مؤسسات عمومية مستقلة تتمتع بحرية تحديد حجمها، أسعار خدماتها، وشروط عمل موظفيها. أما وظيفة هذا النوع من المؤسسات الصحية فتكمن في ضمان العلاج من المستوى الثاني والثالث من خلال العقود المبرمة مع الأطباء العامين والهيئات الإدارية الصحية للمقاطعات².

إن الإصلاحات التي بادر بها حزب المحافظين خلال الفترة الممتدة (1991-1995)بمعالجة كل الاختلافات التي كانت تعاني منها المنظومة البريطانية خاصة على مستوى التمويل والتسيير وهو ما عجل بضرورة تبني إصلاحات جذرية من طرف حزب العمال.

🇬🇧 إصلاحات حزب العمال(1997)

نظرا للاختلافات الكبيرة المسجلة على مستوى المنظومة الصحية لانكلترا فقد أقرت حكومة "طوني بليير"(TONY BLAIR) مجموعة من الإصلاحات التي شكلت قطيعة مع أشكال التنظيم السابق (بالأخص الهيئة الوطنية للخدمات الصحية)) بحيث تم إعادة التنظيم في آليات السوق من خلال منحه استقلالية أكثر ومركزية محدودة، وهذا من خلال الفصل بين الفئة العارضة للعلاج والفئة المشتريه له. كذلك من

¹ -Y Bourcuil ,AMAREK et Mous Ques :Médecines de groupes en soins primaires dans six pays européens, en ontaria et au Québec :**quels enseignements pour la France**,Questions d'économie de la santé , n127 novembre 2007,p 16.

² - عياشي نور الدين:**المنظومات الصحية المغربية**،مرجع سابق،ص55.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

بين أكبر المشاكل التي سعت الحكومة الجديدة لحلها ما يتعلق بقوائم الانتظار الطويلة التي لا طالما أرهقت المرضى وشلت حركة القطاع (الفحص لدى الأخصائي يستلزم أكثر من 12 شهر حسب إحصائيات 2002).

وعلى هذا الأساس فقد كان لا بد من ضرورة التركيز على أدوار الهيئات المركزية في تحديد الأهداف وتخصيص الموارد وتحقيق الإنصاف في العلاج. وعليه توجب إعادة النظر في أشكال التنظيم والتسيير من خلال إعادة توزيع الأدوار على المستويين المركزي والمحلي كما يلي:

أولاً. على المستوى المركزي: تحتفظ وزارة الصحة بسلطة أكبر فيما يتعلق بجانب التمويل (تسيير الميزانية) ورسم الاستراتيجيات وتحديد الأهداف.

ثانياً. على المستوى الجهوي: بموجب هذا الإصلاح فقد تم استحداث ثلاثة (03) مستويات أساسية:

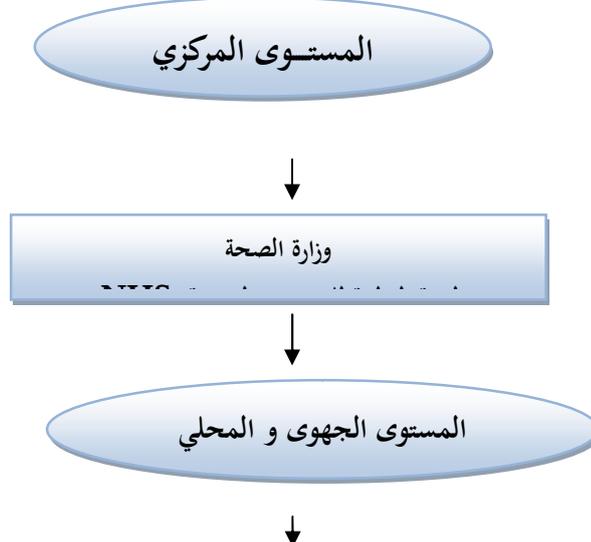
1/ الهيئات الإدارية للصحة الإستراتيجية (SHA): وهي عبارة عن هيئة عمومية تقوم بالإشراف على تسيير الخدمات العلاجية على مستوى المناطق.

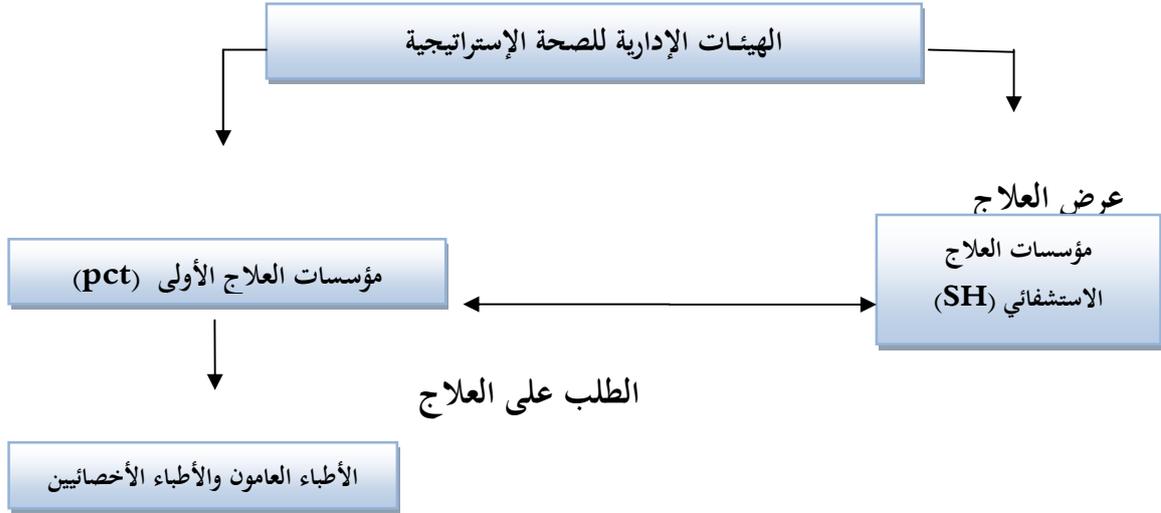
2/ المؤسسات العمومية الاستشفائية (SH): هي عبارة عن هيئات عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

3/ مؤسسات العلاج الأولي (PCT): وهي تتمثل في مجموعة المؤسسات الصحية التي تقوم بتقديم خدمات صحية ذات مستوى أولي.

ويمكن إبراز الهيكل التنظيمي للخارطة الصحية للتنظيم الجديد لمنظومة العلاج في انكلترا من خلال الشكل التالي:

الشكل (2-3): الهيكل التنظيمي لمنظومة العلاج في انكلترا





Source :Dvide Berntein ,op cit ,p 02

وتقول الإحصائيات أن هذا النظام الذي أنشئ عام 1948 وكانت ميزانيته حينذاك 437 مليون جنيهه إسترليني يعالج حاليا ما يصل إلى مليون مريض خلال كل 36 ساعة بميزانية سنوية قدرها 100 مليار جنيهه إسترليني. رغم تعرض حزب العمال حاليا للانتقادات والتوقعات بإزاحته عن الحكومة في الانتخابات المقبلة إلا أنه كان خلف إنشاء وتنفيذ نظام الخدمات الصحية المجانية حين قام وزير الصحة في ذلك الوقت "أنورن بيغن بتدشين" بتطبيق النظام واعداد حينها بأن النظام سيحقق العدالة في العلاج وتقديم الخدمات الصحية لكل شخص بغض النظر عن عمره وجنسه ووظيفته وسيحصل الجميع على أفضل الخدمات الطبية الحديثة والخدمات الصحية المساعدة بسهولة ويسر .

المطلب الثالث: المنظومة الصحية الحرة الليبرالية (الولايات المتحدة الأمريكية)

الفرع الأول: هيكلية المنظومة الصحية للولايات المتحدة الأمريكية

تعتمد المنظومة الصحية في الو.م.أ وكذلك بعض بلدان أوروبا الشرقية والوسطى وبعض دول أمريكا اللاتينية على القطاع الخاص وذلك في ظل وجود سوق حرة لعرض العلاج مع غياب نظام وطني إجباري وشامل للتأمين على المرض بحيث يعتبر النظام الصحي العام للحماية ضد المرض هامشي، بحيث أننا نجد فئات محدودة تستفيد من مساعدة الحكومة في هذا المجال وبالأخص الفقراء المساكين والمعاقين، بينما البقية فعليها اللجوء إلى المؤمنين الخواص. وبهذا نجد أن جزءا كبيرا من المواطنين يبقون بدون حماية ضد المرض بحيث أن عرض العلاج

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

تقريباً يتم من طرف القطاع الخاص. وبهذا نجد أن النظام الأمريكي يحتوي على ثلاثة أنواع للحماية ضد المرض "1":

✓ مساعدة طبية للأكثر فقراً.

✓ تأمين ضد المرض للمسنين.

✓ تأمين خاص موجه للطبقة المتوسطة والميسورة (ممول من طرف العمال أو الأفراد مباشرة).

من خلال تفحص المنظومة الصحية للو.م.أ نلاحظ أن التأمين على المرض لا يعتمد على تغطية شاملة لمجمل السكان ولا على تمويل عمومي من خلال الاقتطاعات الإلزامية بحيث أننا نسجل ثلاثة مستويات للتغطية الصحية اثنتان منهما تابعين للقطاع العام وهما كما يلي:

● التأمين على المرض للأشخاص المسنين والمعاقين والمعروف ببرنامج الرعاية الطبية.

● برنامج الرعاية الطبية المجانية للفقراء.

● هنالك برنامج ثالث هو خاص بالتأمين الصحي الذي تمنحه المؤسسات الاقتصادية لعمالها بصورة اختيارية.

وعلى العموم يمكن توضيح آلية عمل المنظومة الصحية الأمريكية من خلال ثلاثة برامج أساسية:

أولاً. برامج المساعدات الطبية المجانية: بالنسبة لهذا البرنامج فهو موجه أساساً للفئات الفقيرة بحيث يغطي هذا البرنامج عدداً معتبراً من الخدمات الطبية منها ما يتعلق بالتكفل بنفقات الإقامة في المستشفيات لهذه الفئة، الفحوصات الطبية، التحاليل الطبية... الخ. أما فيما يخص الأشخاص المستفيدين من هذا البرنامج فهو يعني فقط بالأسر أو الأفراد الذين لا يتعدى دخلهم مستوى عتبة الفقر والتي يتم تحديدها سنوياً من خلال الأخذ بعين الاعتبار المستوى العام للأسعار. وللاشارة فقط فقد قدرت عتبة الفقر سنة 1999 بمبلغ 8667 دولار سنوياً للفرد وهو ما يمكن أكثر من 30 مليون فرد أمريكي (بنسبة 11% من إجمالي السكان) من أن يستفيدوا من هذا البرنامج.

لكن هذا الرقم لا يدل بصفة حقيقية على نسبة الأسر المستفيدة من المساعدات الطبية المجانية وهذا لكون أن الجزء الأكبر هو مخصص للتكفل بالأشخاص المسنين والمعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة وبهذا نستطيع القول أن المعايير المعتمدة بهذا البرنامج تحرم نسبة كبيرة من الفقراء من الاستفادة من المساعدات الطبية المجانية.

¹- عياشي نور الدين: المنظومات الصحية المغربية، مرجع سابق، ص 65.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

ثانيا. برنامج الرعاية الاجتماعية: لقد تم اعتماد هذا البرنامج سن 1965 من أجل تقديم مجموعة من الخدمات الصحية لفئة المسنين، وقد تم بعد ذلك توسيع هذا البرنامج ليضن نوعا آخر من الفئات والتي تتمثل في الأشخاص المعاقين وحسب إحصائيات 2004 فقد بلغ عدد الأشخاص الذين استفادوا من هذا البرنامج أكثر من 40 مليون أمريكي وهو ما يؤكد أهمية هذا البرنامج ومدى حاجة الفئات المستفيدة منه إلى الخدمات الصحية التي تتضمن ثلاثة مستويات أساسية:

1/المستوى الأول: هو يتعلق بالتأمين الاستشفائي الخاص بالدخول إلى المستشفى وهو تأمين إجباري يتم تمويله من الاشتراكات الاجتماعية التي يدفعها كل من العامل والمؤسسة التي يشتغل بها، لكن يجدر الإشارة إلى أن عدد الأيام الواجب تغطيتها هي 150 يوم ولذلك نجد أن المريض ملزم بدفع تكاليف العلاج بداية من الشهر الموالي.

2/المستوى الثاني: تأمين إضافي اختياري، يشمل هذا النوع من التأمينات الخدمات الصحية التي تتم خارج المستشفى كالتحاليل المخبرية مثلا بحيث يتكفل المريض بتسديد 25% من هذه التكاليف أما الجزء الباقي 75% فهو يقع على عاتق الحكومة الفيدرالية.

3/المستوى الثالث: التأمين الجزئي للأدوية: يتعلق الأمر بالفحوصات الطبية التي يجريها المريض خارج المستشفى بحيث أن المريض ملزم بدفع 25% من هذه التكاليف وتكفل الحكومة بدفع 75% من الجزء الباقي لهذه التكاليف.

ثالثا. التأمينات المرتبطة بالعمل: يعتبر هذا النوع من التأمينات أكثر الأنواع استعمالا بحيث تمثل التأمينات المؤسساتية (العامة والخاصة) نسبة كبيرة تتعدى 90% وهو ما يفسر تدني التأمينات الفردية. هذا وتجدر الإشارة أن نسبة إجراءات التأمين قد تجاوزت بالقطاع العام 87% في حين أن القطاع الخاص فقط تفاوتت نسبة التأمين به تبعا لدعم المؤسسة بل وقد تختلف نسبة التغطية داخل نفس المؤسسة وهذا تبعا لمجموعة من الاعتبارات منها: الأجر، السن... الخ.

إذا وعلى ضوء ما سبق نلاحظ أن المنظومة الصحية الليبرالية تعتمد أساسا على ثلاثة برامج أساسية لعرض العلاج لبعض الفئات المحدودة نوعا ما، لكن ما هي أهم التنظيمات المسؤولة عن تنظيم ومراقبة العلاج؟.

الفرع الثاني: التنظيمات المسؤولة عن عرض ومراقبة العلاج على مستوى المنظومة الصحية

بالنسبة لشبكة تلقي العلاج على مستوى بعض الدول الليبرالية فهي تعتمد على عدة نماذج من أجل تنظيم ومراقبة العلاج التي يمكن تصنيفها إلى ثلاثة تنظيمات أساسية هي كالتالي:

أولاً. المنظمات الخاصة بصيانة الصحة (HMO): وهي تعتبر أولى أشكال المنظمات الصحية التي قامت بإنشائها بعض المؤسسات الاقتصادية للتكفل بالمرضى المنحرفين لديها) بحيث يلتزم المريض بإجراء الفحوصات الطبية لدى الممارسين المتعاقدين أو التابعين لهذا النوع من المنظمات. ليتم بعد ذلك توسيع من نشاط هذه المنظمات لمجموع السكان شريطة أن يلتزم البعض بدفع أقساط ثابتة مقابل الضمانات الصحية التي يتلقاها. وعلى العموم يمكن اعتبار هذا النموذج الأكثر تنظيماً وتكاملاً من حيث عرض العلاج والذي يعتمد على عدة نماذج أهمها:

1/ النموذج الشبكي: تقوم شركات التأمين بإبرام عقود مع الأطباء المنتظمين في مجموعات على مستوى العيادات.

2/ جمعية الممارسين المستقلين: تقوم شركات التأمين بالتعاقد مع الأطباء المستقلين الذي يمارسون نشاطاتهم على مستوى العيادات.

3/ نموذج المستخدمين: تقوم منظمات أو شركات التأمين بإنشاء مراكز صحية ومستشفيات خاصة لعرض العلاج مع تزويدها بعدد معتبر من الأطباء الذين يتم توظيفهم على أساس عقود دائمة بحيث لا يسمح لهم بمزاولة أي نشاط بالعيادات الخاصة الأخرى.

ثانياً. المنظمات المانعة ذات الأولوية: يسعى هذا النموذج إلى التوفيق والتنسيق بين شبكات العلاج (شركات التأمين) وبين التنظيمات الحرة (قاعات العلاج الخاصة، عيادات خاصة... الخ) وهذا من خلال إبرام عقود مع مقدمي العلاج على أساس تطبيق تسعيرة (أجر) مغرية يكون بالاتفاق بين هذه المنظمات والممارسين المتعاقدين.

ثالثاً. نموذج الخدمة حسب المكان: يعتبر هذا النموذج مزيج بين التنظيمين السابقين باعتباره يمنح للمريض الحرية في طلب العلاج بين شركات التأمين أو الخروج من هذه الشبكة وطلب علاج خارجي (الفحص لدى أخصائي غير متعاقد لدى شركات التأمين) وهنا يكون المريض ملزم بتحمل جزء أكبر من التكاليف.

المبحث الثالث: المنظومة الصحية بالجزائر

المطلب الأول: هيكلية المنظومة الصحية بالجزائر

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

من أجل تلبية احتياجات السكان من حيث الخدمات الصحية فقد تم وضع هيكله خاصة للمنظومة الصحية وفق ثلاثة مستويات هي كالتالي: المستوى المركزي (المستوى الولائي) المستوى المحلي.

الفرع الأول: المستوى المركزي

- ✓ تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية للمواطنين وذلك من خلال:
 - ✓ جمع وتحليل المعلومات الإحصائية والوبائية والتي تساعد في تحديد الحاجيات للخدمات الصحية وبوضع صياغة السياسات والاستراتيجيات وانتقاء أفضلها من حيث الكفاءة الفنية والاقتصادية.
 - ✓ تنظيم القطاع الصحي من خلال تحديد الوظائف لمختلف مستويات التدخل (الرعاية الصحية الأساسية والثانوية والثالثية)، وكذلك لمختلف المؤسسات الصحية والاستشفائية التي تقدم خدمات تعزيزية، وقائية تشخيصية علاجية وتأهيلية.
 - ✓ تحديد العلاقة بين مختلف المستويات والمؤسسات وبين المتدخلين في تقديم الخدمات الصحية.
 - ✓ كذلك تقوم وزارة الصحة ضمن الوظائف الرئاسية والقيادية بصياغة ووضع المعايير والضوابط بالنسبة لنوعية الخدمات الصحية وكذلك بتطوير الموارد البشرية للصحة والمحافظة على أخلاقيات المهنة الصحية¹.

وعلى هذا الأساس وحتى يكون هناك فعالية في الأداء فقد تم وضع هيكله خاصة لوزارة الصحة والمستشفيات تضم خمسة أقسام هي كالتالي:

أولاً. الوزير: يقوم وزير الصحة بوضع إستراتيجية شاملة لقطاع الصحة تتمثل في عدة مجالات²:

- وقاية صحة السكان على مستوى الوسط العائلي، العملي والتربوي.
- التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي.
- وضع ملامح الخارطة الصحية.
- تنظيم العلاج الطبي على مستوى الهياكل الصحية.
- تحديد أنماط التكوين الطبي والشبه طبي وهذا من أجل تنمية مؤهلات العاملين بالقطاع.
- تنظيم القطاع الخاص من خلال تدابير تنظيمية وتشريعية في حدود اختصاصاته.

¹ - بلقاسم صبري: الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسينها، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بالاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومة في الوطن العربي -12-14 مارس 2002 ، القاهرة، ص:15/16.

² -Ministère de la santé et de la population , **développement du système national de santé :stratégie Perspective**, mai 2001.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

-البحث عن الآليات التي من خلالها يمكن تزويد القطاع بالأدوية والمعدات الطبية.

ثانيا. **ديوان الوزير:** يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسات (عدددهم 07) وملحقون بالديوان (عدددهم 04) بإعداد حوصلة حول الانشغالات المرتبطة باختصاصهم وهذا من أجل مشاركة الوزير في أعمال الحكومة أو في أي علاقات مع الخارج.

ثالثا. **الأمانة العامة:** تكلف الأمانة العامة التي هي تحت إشراف مدير عام بمساعدة عضوان (02) من الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها من أجل التنظيم والتوجيه.

رابعا. **المفتشية العامة:** يشرف على المفتشية العامة ستة (06) مفتشين تسند إليهم المهام التالية:

- الوقاية من كل أنواع التقصير في تسيير المصالح الصحية.
- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية.
- ترشيد استخدام الوسائل والموارد الخاصة بالقطاع.

خامسا. **المديريات المركزية:** وهي تشمل على ثمانية مديريات وهي كالتالي:

مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلة والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط ومديرية التقنين والمنازعات.

الفرع الثاني: على المستوى الولائي: يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها:

- تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية في حدود اختصاصه.
- توزيع الموارد الصحية توزيعا منهجيا ومتوازنا على مستوى ربوع الولاية التي هي تحت إشرافه.
- تحضير ومتابعة تنفيذ ميزانيات القطاعات الصحية.
- مراقبة عملية توزيع الموارد الصيدلانية والأدوية.
- تحديد الاحتياجات الصحية على مستوى الولاية في مجال:
 - ✓ الوقاية والعلاج والأدوية.
 - ✓ الموارد البشرية والمنشآت القاعدية.
 - ✓ التجهيز وتكوين والممارسين.
- تطبيق البرامج الصحية العمومية خاصة ما يتعلق بالنظافة العمومية والوقاية العامة.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- إعداد دراسات دورية تخص التطور المحقق على مستوى القطاع من حيث: النمو الديموغرافي: نسبة الولادات: نسبة الوفيات: أمل الحياة عند الولادة: التغطية الصحية: نسبة الأمراض.
 - دراسة المنازعات المترتبة بأعمال التسيير لممارسي القطاع.
 - التكفل ببعض الفئات الخاصة (المعوقين المعوزين) من خلال تقديم المساعدات الطبية اللازمة وهذا بالتنسيق مع بعض المديريات (كمديرية النشاط الاجتماعي مثلا).
 - تسيير المراكز الطبية التي تنشئها.
 - تسيير مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية (CMS).
 - تطبيق الإجراءات اللازمة لضمان تطبيق القانون الأساسي من طرف ممارسي الصحة في الولاية.
- عندما نتحدث عن التنظيم الهيكلي على المستوى الولائي فإنه لا بد أن نشير إلى الدور الذي تلعبه المراكز الاستشفائية الجامعية والذي تم استحداثها في 13 جوان 1974 كمنشآت عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والتي يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي بحيث يشرف الوزير المكلف بالصحة على الوصاية الإدارية والوزير المكلف بالتعليم العالي على الوصاية البيداغوجية.
- وعلى هذا الأساس يكلف المركز الاستشفائي الجامعي بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة والبحث. إذن وفي إطار هذه المهام يعنى المركز الاستشفائي الجامعي بما يلي¹:

أولا. في ميدان الصحة

- ضمان شهادات التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعدادات الطبية والوقاية إلى جانب كل نشاط قد يساهم في حمايته ومراقبة صحة السكان.
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في إعداد معايير للتجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسات الصحية.
- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميدان المتعلق بالوقاية الثقافية والصحة ومكافحة الأمراض والآفات الاجتماعية.

¹- المرسوم التنفيذي 86-25 المؤرخ في 22 جمادى الثانية 1406 الموافق 11 فبراير 1986، المتضمن القانون الأساسي لتمويل المراكز الاستشفائية الجامعية المعدل والمتمم.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

إلى جانب هذه المهام يضمن المركز الاستشفائي الجامعي لصالح السكان القاطنين بالقرب منه والذين لا تغطيهم القطاعات الصحية المجاورة المهام المسندة إلى القطاع الصحي.

ثانيا. في ميدان التكوين

- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلقة به.

- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

ثالثا. في ميدان البحث:

- القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة .
- تنظيم المؤتمرات وأيام دراسية وتظاهرات أخرى، تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث العلمي في علوم الصحة.
دائما وفي السياق نفسه عندما نتحدث عن المؤسسات الاستشفائية الجامعية فلا بد أن نتحدث عن الهيكل المنظم الخاص بها والذي يشمل ما يلي:

1/المدير العام: يعين المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي بمرسوم تنفيذي باقتراح من الوزير المكلف بالصحة ويساعده في تأدية مهامه أمين عام ومدبرون: الوحدات عند الضرورة.

2/المجلس العلمي: يكلف بإصدار آراء لاسيما فيما يخص:

- ✓ إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية.
- ✓ مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية.
- ✓ برامج الصحة والسكان.
- ✓ برامج التظاهرات العلمية والتقنية.
- ✓ إنشاء المؤسسات الطبية أو إلغاؤها.
- ✓ الاتفاقيات الخاصة بالتكوين والبحث في علوم الطب.
- ✓ اقتراح الإجراءات التي لها علاقة بنشاطات المصالح من أجل تحسين تنظيم مصالح العلاج والوقاية وسيرها وتوزيع المستخدمين.
- ✓ يشارك المجلس في إعداد برامج التكوين والبحث في علوم الطب.

3/اللجنة الاستشارية:تساعد اللجنة الاستشارية المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي في أداء مهامه وفي تطبيق اقتراحات المجلس العلمي وتوصياته وهي تشمل من ثلاثة رؤساء إلى سبعة رؤساء مصالح يعينهم المجلس العلمي.

الفرع الثالث: على المستوى المحلي

تنظم الخدمات الصحية على المستوى المحلي(الدائرة والبلدية) في شكل قطاعات صحية (المؤسسات عمومية استشفائية،الوحدات الاستشفائية المتخصصة أوالوحدات الصحية القاعدية).تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية وهذا من خلال الاستعمال الأمثل للموارد المادية البشرية.وللحد من الضغط المفروض على المراكز الاستشفائية وضمان تطبيق جيد للخارطة الصحية ثم إنشاء قطاعات صحية فرعية (Sous secteurs sanitaire) التي أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد اكتشافها مع توفير الرعاية الطبية اللازمة¹ إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة وهي تتكون من:

-عيادات متعددة الخدمات (Polyclinique).

-المراكز الصحية(Centre de Santé): والذي أوكلت له مهمة الرقابة الصحية وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات للعامة.

-قاعات العلاج (Salle de Sain):تقوم بتقديم العلاجات البسيطة لكل 1000 و2000 ساكن.

لكن وبمقتضى المرسوم التنفيذي¹ الذي تم إصداره سنة 2007 فقد بموجبه إلغاء القطاعات الصحية

بتقسيم آخر يشمل ثلاثة مؤسسات صحية وهي كالتالي:

- المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH).

-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية(EPSP).

-المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS).

كما ألغيت المراكز الصحية (Centre de Santé) لتحول إلى عيادات متعددة الخدمات (polycliniques) أو إلى قاعات للعلاج (Salle de Sain)وهذا حسب حالة وضعيتها المادية.

وعلى العموم سنتطرق إلى أهم إصلاح شهدته المنظومة الصحية مع عرض الهيكل الجديد للخارطة الصحية وهذا من خلال العنصر الموالي.

¹-المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1421 الموافق لمايو سنة 2002.

المطلب الثاني: أسس ومبادئ تنظيم المنظومة الوطنية للصحة

منذ حصول الجزائر على استقلالها السياسي فقد أخذت الحكومة على عاتقها مسؤولية توفير خدمات صحية لكافة الشرائح وقد تجسد هذا الأمر من خلال نص الميثاق الوطني حيث تضمن الدولة الحماية والأمن وتحسين الصحة لكل المواطنين كما أكده قانون الصحة سنة 1976، حيث يشير إلى أن الخدمات الصحية تسير بطريقة تضمن لكل المواطنين الاستفادة المثلى وتلبية حاجياتهم.

لكن تجدر الإشارة إلى أن اختيار الحكومة لمبدأ مجانية العلاج جعلها تحقق في الوفاء بوعودها والتزاماتها لا من الناحية الصحية ولا من ناحية العدالة الاجتماعية، ولا حتى من ناحية التنظيم. وعلى هذا الأساس وفي ظل التقلبات التي شهدتها المؤسسات الصحية نجد أن الحكومة حاولت دائما إعادة تنظيم المنظومة الصحية وهذا استنادا على مجموعة من المبادئ والأسس مع الاعتماد على هيكلية خاصة تتماشى وأهداف وظائف المنظومة الصحية.

تقوم المنظومة الصحية على ثلاثة مبادئ أساسية تم الاعتماد عليها في بناء المنظومة الصحية والتي تتمثل في:

- التوحيد في تنظيم المصالح الصحية.
 - المساهمة الفعلية للسكان في كل نشاطات الترقية وحماية الصحة وهي عبارة عن نظرة اجتماعية للصحة الهدف منها هو ضمان الديمقراطية.
 - ترقية المعايير الوقائية من خلال مجموع الوسائل والنشاطات التي تخص حماية وترقية الصحة.
- فالمنظومة الصحية أصبحت موحدة في تنظيمها ولا مركزية في سيرها ذات وسائل مدعمة تضمن استقلالية تامة معتمدة على خلق الجهوية الصحية من خلال المبادئ التالية:

الفرع الأول: مبدأ التقسيم القطاعي

من خلال المرسوم التنفيذي الذي خص مجانية العلاج في الجزائر فقد بموجبه تقسيم المستوى الجغرافي للمنظومة الصحية على شكل قطاعات صحية بحيث يضم القطاع الصحي مجموعة من المؤسسات الصحية والمتمثلة فيما يلي:

المستشفيات العيادات المراكز الصحية قاعات الإسعاف والاستشارات الطبية، مراكز حماية الأمومة والطفولة... الخ. أي كل الهياكل الصحية التابعة للقطاع العمومي والموجودة في التقسيم الإداري للدائرة.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

من جهة أخرى فقد حدد المرسوم التنفيذي المؤرخ في 1984/09/05 نوع جديد من المؤسسات العمومية ذات طابع إداري التي تتميز بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. لكن تجدر الإشارة إلى أن هذا التقسيم هو تقسيم إداري جاء لتوحيد التسيير الإداري والمالي وكذلك من أجل تسهيل عملية تنفيذ مختلف البرامج الصحية من طرف مختلف القطاعات إلا أنه وفي حقيقة الأمر فهذا التنظيم قد طرح عدة انشغالات والتي تتمثل أساسا في:

- ارتفاع تكاليف القطاع وبالأخص نفقات المستخدمين وذلك من خلال فتح كل قطاع صحي عدد معتبر من مناصب الشغل.
- معظم القطاعات الصحية أعطت أهمية كبرى لدور المستشفى سواء من حيث توفير التموين اللازم بالأدوية، تخصيص عدد معتبر من الأطباء... الخ، على حساب الهياكل الصحية. ومن ثم إهمال الخدمات الخفيفة التي تقوم بها بعض الهياكل (العيادات المراكز الصحية) من خلال الإسعافات الأولية الوقائية.
- يعتبر القطاع الصحي محور ولب القطاع العمومي بحيث يتمتع بالاستقلالية التامة فيما يخص تنفيذ الميزانية وباللامركزية التنموية للإدارة المركزية، وتخضع المراكز الطبية الاجتماعية (CMS) للهيئات العمومية، حيث مستخدميهما ونشاطاتها يدخلون ضمن القطاع الصحي.

الفرع الثاني: مبدأ سلمية العلاج

إن استمرار المنظومة الصحية بالاعتماد على مبدأ مجانية العلاج أصبح أمراً غير ممكن تحقيقه خاصة على مستوى المستشفيات ما لم يتم تدعيمه بشبكة صحية قاعدية، وعلى هذا الأساس تم الاستناد في بناء المنظومة الصحية على مبدأ سلمية العلاج. ويتمثل هذا المبدأ في التمييز بين النشاطات العلاجية المتعلقة بالكفاءة الصحية للنظام القاعدي، أي تمييز الهيئات الإستشفائية عن غيرها من الهيئات غير استشفائية آخذين بعين الاعتبار درجة التعقيد التقنية المستعملة وكذلك الاحتياجات التي يمكن تلبيتها. وتصنف كل الهيئات الصحية حسب درجة التعقيد والتخصص إلى أربعة مستويات أساسية وهي:

أولا. الصنف "أ": ويشمل هذا الصنف العلاجات ذات التخصص العالي وهو من اختصاص بعض المؤسسات الاستشفائية المتخصصة عادة ما تكون متواجدة على المستوى الجهوي ويمكن اعتبار هذا النوع من المؤسسات الصحية كهيئات مرجعية للمنظومة الصحية الوطنية.

ثانيا. الصنف "ب": وهي تشمل أيضا على نوع معين من العلاجات المتخصصة الذي تقوم به بعض المؤسسات الصحية المتخصصة والمتواجدة على مستوى مقر الولاية.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

ثالثا.الصنف "ج": هي تتمثل في الهياكل الصحية المتواجدة على مستوى الدوائر إذ أنها تهدف إلى تحقيق تغطية شاملة لمتطلبات الدائرة من العلاجات العامة والاستشفائية.

رابعا.الصنف "د": تشمل الهياكل الصحية التي تتولى تقديم الاسعافات الأولية على مستوى المراكز الصحية العيادات، قاعات الإسعاف أي الهياكل الصحية المتواجدة على المستوى المحلي بصفة خاصة البلديات. لكن إذا كان الهدف الأساسي من سلمية العلاج هو التقليل من مجانية العلاج على مستوى المستشفيات من خلال انطواء المستشفيات على أنفسهم إلا أنه وفي المقابل لم يأخذ التصنيف المعمول به احتياجات المواطنين بقدر ما هي أداة لتبذير الموارد البشرية والمالية ومن جهة أخرى مبدأ السلمية لا يلي الهدف الأساسي الذي وضعت من أجله المؤسسات الصحية (تحقيق المصالح الصحية للمواطنين) بقدر ما يخدم مصالح المستشفى من خلال تخفيف من حدة الضغط الممارس عليها إذ تم تكثيف العلاجات الطبية عبر عدة مستويات بدءا بقاعات العلاج ووصولاً للمستشفى المختص¹.

الفرع الثالث: مبدأ الجهوية الصحية

كذلك من بين المبادئ الأساسية التي تقوم عليها المنظومة الوطنية للصحة هو مبدأ الجهوية بحيث أنه من خلال هذا المبدأ تم وضع خريطة وطنية للصحة تقسم التراب الوطني إلى 13 منطقة صحية تضم، كل منطقة تمس عددا معتبرا من الولايات كما تضم 03 أنواع أساسية من القطاعات التالية:

✓ قطاع صحي من نوع "ج": ويضم عددا معينا من الاختصاصات أما بالنسبة لمناطق تواجد هذا النوع من القطاع فيحددها القانون.

✓ قطاع صحي من نوع "ب": يخص المستشفيات التي مقرها الولاية، والتي تضم 20 تخصصا.

✓ قطاع صحي من نوع "أ": متواجد على مستوى المناطق الصحية التي تهتم بتقديم خدمات صحية متعددة لا تقل عن 48 تخصصا².

إنّ هذه المبادئ التنظيمية التي جاء بها ميثاق الصحة، تهدف في حقيقة الأمر إلى تحقيق مجموعة من الأبعاد منها³:

■ المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديته.

¹-MSP Séminaire, sur le développement d'un système national de santé; l'expérience Algérienne; 7-8 avril 1983.

²-MSP Séminaire sur le développement d'un système de santé, op cit.

³-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان: ميثاق الصحة والسكان، الجلسات الوطنية للصحة قصر الأمم ماي 1998. الصنوبر البحري 26-27-28.

- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية وهذا نظرا للدور الذي يلعبه في الخريطة الصحية¹.
 - خلق وظائف التقييم ومراقبة النشاطات الصحية خاصة فيما يخص المواد الصيدلانية.
 - ترتيب وتوزيع العلاجات والاستعمالات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية.
 - تحسين الظروف والأوضاع الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي القطاع وذلك من خلال وضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص بالتنسيق مع الهيئات المعنية.
- إذن من خلال هذه المبادئ يتضح لنا مدى اهتمام السلطات المعنية نحو تحسين مستوى الخدمات الصحية من خلال التركيز على مختلف جوانب الرعاية الصحية دون إهمال الجانب التنظيمي باعتباره أكثر الجوانب تأثيرا على أداء القطاع. لكن ونظرا لضعف التنظيم على مستوى القطاع فقد برز إلى العيان مجموعة من المشاكل التي حالت دون تحقيقه للأهداف الموضوعية وفي مقدمتها ما يخص ظاهرة التبذير في العلاج واستهلاك الأدوية. إضافة إلى التوزيع السيئ للمصالح وهو الأمر الذي أثر وبدون شك على مردود هذه المصالح بصفة خاصة والقطاع ككل بصفة عامة.

المطلب الثالث: الأهداف الإستراتيجية والوظائف الأساسية للمنظومة الصحية

الفرع الأول: الأهداف الإستراتيجية للمنظومة الصحية الوطنية

تقوم المنظومة الصحية الجزائرية على مجموعة من الأهداف الإستراتيجية والتي يمكن أن نلخصها في النقاط الأساسية التالية:

أولاً. إستراتيجية المكاسب: زيادة المكاسب الصحية من خلال التقليل من أعباء الأمراض والتركيز على الأولويات الصحية وخصوصا الأمراض المسببة للوفيات بصورة رئيسية كأمراض القلب والشرابين، أمراض السرطان: السكري والأمراض المزمنة... الخ. وذلك من خلال تطوير المعايير والبروتوكولات الطبية والعلاجية الموحدة وتنفيذ البرامج الوقائية الشاملة لهذه الأمراض.

ثانياً. إستراتيجية الجودة وتطوير الأداء: تطوير جودة استجابة الخدمات الصحية لحاجات الأفراد والمجتمع وتقوية دور الوزارة كمنظم ومراقب للجودة [1] واعتماد الخدمات العلاجية المبنية على القرائن المثبتة علمياً، وعلى إدارة الأداء المؤسسي عند تقديم وتطوير هذه الخدمات.

ثالثاً. إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية: الاستمرار في اعتماد الرعاية الصحية الأولية كعماد وركيزة أساسية للخدمات الصحية في الجزائر وتوفير الرعاية الشاملة لجميع فئات المجتمع.

¹ - المرسوم التنفيذي رقم 88-204 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 المتعلق بفتح وتنظيم وتشغيل العيادات الخاصة.

رابعاً. إستراتيجية الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة: تطوير نظام صحي متكامل للربط بين المستويات الأولية والثانوية والثلاثية وذلك لتقديم رعاية صحية عالية الجودة وسهلة المنال من قبل الجميع.

خامساً. إستراتيجية الاستثمارات المستقبلية: الاعتماد على التوجيهات الإستراتيجية كمرجع أساسي عند الاستثمار في المشاريع الجديدة: وتطوير القوى العاملة لبناء المنشآت وشراء المعدات الطبية الأولية وجميع المستلزمات الأخرى.

سادساً. إستراتيجية العمل المشترك: الشراكة في العمل مع الأطراف ذات العلاقة بالصحة محلياً وإقليمياً وعالمياً وذلك من أجل تقنين الخدمات والاستخدام الأمثل للمهارات والموارد.

سابعاً. إستراتيجية الإدارة والتنظيم: إجراء التعديلات والإصلاحات على الهيكل التنظيمي بما يتناسب وتطبيق التوجيهات والاستراتيجيات الصحية المستقبلية: ونشر اللامركزية كنموذج للإدارة ليتم الفصل بين مهمة رسم السياسات والاستراتيجيات العامة وبين مهمة تنفيذ هذه السياسات والاستراتيجيات على المستوى الإداري اليومي.

ثامناً. إستراتيجية الموارد البشرية: تقوية وتطوير إدارة الموارد البشرية والتخطيط للقوى العاملة ورفع مستوى الأداء لدى جميع العاملين في القطاع الصحي، وتقدير دورهم وتحفيزهم لتقديمهم أفضل الخدمات.

تاسعاً. إستراتيجية التنمية والتعليم وإجراء البحوث: تطوير دور الخدمات الصحية في التنظيم والتدريب وإجراء البحوث والدراسات: والتركيز على بحوث النظم الصحية وذلك بالشراكة مع المؤسسات والمنظمات ذات الاهتمام المشترك.

عاشراً. إستراتيجية الإدارة المالية: تطوير النظم المالية والكفاءة والمهارات الإدارية لتنفيذ الإستراتيجية والعمل على التوظيف الأمثل للموارد المتاحة.

من خلال ما تم ذكره نلاحظ أن هناك تنوع من حيث الأهداف الأساسية الإستراتيجية للمنظومة الصحية الجزائرية لكن هذا لا يمنع من وجود نقائص كون أن المنظومة الصحية لم تأخذ بعين الاعتبار الدور الاستراتيجي للمجتمع المدني وذلك من خلال إشراكه في رسم ملامح النظام الصحي المستقبلي وكذلك الدور الاستراتيجي لنظم المعلومات ووسائل الاتصال في تقوية البنية التحتية للنظام الصحي.

الفرع الثاني: الوظائف الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة

تقوم المنظومة الوطنية للصحة بعدة وظائف أساسية نوجزها فيما يلي:

توزيع العلاجات. 

تنظيم نشاطات التكوين.

تنظيم النشاطات الإدارية للصحة.

أولا. توزيع العلاجات: تتميز هذه الوظيفة بالتكامل المستمر للنشاطات الصحية من خلال تقديم خدمات صحية علاجية وقائية، فتوزيع العلاجات يخص جميع شرائح المجتمع دون تمييز معتمدة في ذلك على ثلاثة عوامل أو عناصر أساسية وهي تخص:

-لامركزية الإدارة الصحية.

-التناسق بين الوظائف.

- استقلالية المنظمة الصحية.

ثانيا. التكوين في العلوم الصحية: لا يمكن ضمان سيرورة السياسة الصحية في غياب إطارات ذات كفاءة ومهارة لائقة: ولذلك فقد كان لا بد من تكوينهم وفق احتياجات القطاع ونخص بالذكر: الأطباء: تقنيي الصحة وموظفي الإدارة الصحية.

ثالثا. تنظيم النشاطات الإدارية ونشاطات الأعضاء المساعدة: كذلك من بين المهام التي تعنى بها المنظومة الوطنية للصحة وهو التنسيق بين النشاطات الرئيسة للمنظومة الصحية أي النشاطات التي تقوم بها الهياكل الصحية (المؤسسات الصحية) وبين الهيئات التابعة لها ونخص في ذلك:

- المنظمات ذات الطابع الاقتصادي لإنتاج وتوزيع المنتجات الصيدلانية.
- المؤسسات الوطنية لصناعة المعدات والأدوات الطبية.
- المؤسسات الجهوية لتمويل بالمنتجات الصيدلانية¹.

المطلب الرابع: التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية

لقد أصبحت لدى المختصين في الحقل الصحي قناعة أن الخدمات الصحية على الرغم من كل التقدم والتطور الحاصل على مدى العقود السابقة: والنجاحات الملموسة في دعم ركيزة البنية التحتية لنظام الرعاية الصحية ونظام الجودة الشامل في هذا القطاع إلا أن طموح الارتقاء بالخدمات الصحية الأولية والثانوية والثالثية لن تتوقف عند حد معين على المستوى العالمي. إنها سمة العصر التي لا تسكن على حال وتضغط باتجاه التحسين المستمر لمواكبة التطور العلمي الهائل: إلا أن التحديات ومقتضيات التطوير والتحديث

¹ - زميت خدوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية فرع تسيير، جامعة الجزائر، 1999-2000، ص49.

للأنظمة تبقى التحدي المتعاقد، بل أحيانا تحد من سرعة الحاجة إليها ولن يتأتى لنا التناغم مع هذه الحاجة إلا بتطوير خططنا المستقبلية بالاعتماد على منهجية التقييم المتواصل وترتيب أولويات خطط العمل.

ومن هنا جاءت فكرة دراسة وتشخيص المنظومة الصحية في الجزائر أسوة بما يجري في دول العالم خاصة وأن هذه المنظومة قد مرت بعدة مراحل، بحيث أنه بعد الاستقلال فقد كانت وضعية الصحة العمومية متردية جددا حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمات مع انتشار الأمراض الوبائية المعدية العديدة، بحيث أن هذه الأمراض إنما كانت نتيجة الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر ضف إلى ذلك أن القليل من المواطنين من كان لهم الحق في العلاج العام والمتخصص. كما أن الأطباء والمستشفيات كانت متمركزة أغلبها في المدن أما المناطق الريفية فقد كانت تسير أمور مرضاها من خلال الطب التقليدي والأعشاب التقليدية وذلك باعتبارها كانت تفتقد لأدنى المراكز الصحية.

إذن فمن الظاهر جليا غداة الاستقلال هو تحديد الأولويات والتركيز على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال خاصة وأن المؤشرات الصحية في ذلك الوقت تميزت بارتفاع معدلات الوفيات والإصابات. بسبب انتشار الأمراض المعدية والمنتقلة على نطاق لم يسبق له مثيل مما دفع الدولة بضرورة التكفل بهذا الانشغال بما يتماشى وحجم الموارد المحدودة وبما يضمن تحقيق هدفين أساسيين هما:

■ مكافحة الأمراض المعدية.

■ تحسين عملية الحصول على الرعاية الصحية.

ومن هنا أصبح لزاما على الحكومة ضرورة انتهاج سياسية واضحة بتطبيق المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي هو خدمة عمومية وأن العيادات تساهم في هذه الخدمة كما يتوجب على المسؤولين إبراز الجهود المبذولة بالقطاع من خلال تزويده بعدد كافي من الهياكل الصحية مع زيادة عدد الممارسين بالقطاع.

أما خلال العقد الثاني بعد الاستقلال فقد كان لا بد على الدولة الجزائرية من إعادة رسم المحاور الكبرى للسياسة الصحية وذلك من خلال وضع إستراتيجية من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق، ولذلك نجد من بين أهم مميزات النظام الصحي خلال هذه الفترة هو تركيزه على ثلاثة محاور كبرى رئيسة هي:

■ تقديم الرعاية المجانية وإقرارها رسمياً ابتداء من يناير 1974 وذلك تطبيقاً للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973.

■ إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات.

■ إنشاء قطاع الصحة وذلك من خلال توسيع رقعة التغطية الصحية من خلال انجاز الهياكل الصحية التي تضمن ذلك والتي تحقق المهام والأهداف المرجوة منها (الرعاية التدريب والبحث العلمي).

لقد كان لهذه الإجراءات أثر إيجابي على المنظومة الصحية الجزائرية بداية من الثمانينات والذي التمسناه من خلال التقدم الملحوظ والمستمر في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطنين، والذي عكسته بعض المؤشرات الصحية التي تحسنت بشكل متسارع) لكن وخلال الفترة الممتدة ما بين (1989-1998) شهد المجال الطبي انتكاسات قوية الحجم تسببت في العديد من الممارسات التي كان لها أثر سلبي على قطاع الصحة من خلال تدهور الخدمات الصحية المقدمة والراجع بالأساس إلى تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية بالإضافة إلى تدمير العديد من الأطباء نتيجة لسوء الوضعية المهنية والاجتماعية.

لقد أدت الاختلالات المسجلة على مستوى القطاع الصحي خلال العشرية الأخيرة إلى ضرورة بعث مشروع إصلاح يهدف إلى إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات مع تحقيق الكفاءة اللازمة للإفناق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات بما يضمن استمرارية الخدمة على المدى البعيد .

وعليه يمكن تقسيم الفترة التي مرت بها المنظومة الصحية بالجزائر إلى أربع مراحل أساسية نبرز من خلالها جهود الحكومة الجزائرية ومدى حرصها الشديد على تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان وهذا من خلال تبني سياسة وطنية واضحة في مصالحها أين تتضمن مجموعة من البرامج ترمي من خلالها إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الطويلة والقصيرة الأجل.

الفرع الأول: النظام الصحي 1962-1974

عملت الجزائر منذ الاستقلال على إعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار الفرنسي والذي كان يميزه الفقر المدقع أو ارتفاع في مستوى وفيات الأطفال، خاصة وفيات الأطفال الرضع ومن ثم يمكن القول أن النظام الصحي آنذاك لم يكن يلي سوى احتياجات نسبة قليلة من السكان المتمركزين في المدى وبعض الأرياف.

وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار هذه المرحلة مرحلة إنعاش القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار بمنظومة صحية أخرى تختلف في عناصرها وأهدافها بما يتماشى والظروف الاقتصادية والاجتماعية وذلك لتوفير

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

المتطلبات الصحية الأولى] ومواجهة الوضع الصحي المتردي آنذاك والمتمثل بالأساس في سوء التغذية، انتشار الأمراض ارتفاع معدلات الوفيات... الخ.

إذن وهذه الاعتبارات جاءت ضرورة إعادة تنظيم القطاع الصحي حتى يتلاءم مع متطلبات الوضع الحالي وهكذا فقد تم تحديد مجموعة من الأهداف والوسائل التي نوجزها فيما يلي¹:

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية (العامة والخاصة) وكذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان من الاستفادة من العلاج بشكل متساوي.
- مكافحة الوفيات والقضاء على مختلف الأمراض والأوبئة المتنقلة.
- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية وذلك ابتداء من سنة 1962.
- مجانية الاستفادة من خدمات مراكز الأمومة والطفولة.
- انتشار التطعيم ومجانته لخمس أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال والجذري) ابتداء من سنة 1969 وهذا استنادا على القرار رقم 96/69 المؤرخ في 09 جويلية 1969.

أما فيما يخص المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضع سياستها الصحية فقد تمثلت فيما يلي:
أولا. الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيفية وإجراءات النظافة: محاربة المرض قبل انتشاره.

ثانيا. علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية ثم إلى المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.

ثالثا. التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك من أجل تحقيق تغطية صحية كاملة غير التراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل وحجم المعدات.

ولعل أهم المؤشرات التي تميزت بها المنظومة الصحية خلال هذه الحقبة الزمنية ما يلي²:

■ قلة عدد عمال السلك الطبي وشبه الطبي بالقطاع، فمغادرة الأطباء الفرنسيين للجزائر ترك فراغا محسوسا بالقطاع بحيث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 630 طبيب، من جهة أخرى نقص في التأطير لدى الأطباء الجزائريين بحيث أنه قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيب منهم 285 جزائريا فقط وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن و264 صيدليا أي صيدلي واحد

¹-A Hammani, A. Bouroukba, L'évolution du Système National Depuis Indépendance. Ministère de la santé , Alger 1983 , pp :56-57

²-نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 332.

لكل 52323 نسمة 7 أما أطباء الأسنان ما يقارب 150 طبيب أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة. أما من حيث الممارسين الشبه الطبيين فقد بلغ عددهم 20000 شبه طبي، وحوالي 19000 مستخدم إداري سنة 1966.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هنالك عجز دائم بالقطاع، بحيث بلغ عدد هياكل القطاع سنة 1966 ما يقارب 163 مستشفى بسعة 39418 سرير و 256 مركز صحي وما ميز هذه الفئة هو الزيادة النسبية لفاعات العلاج مقارنة بسنة 1962.

هذه المرحلة امتازت من جهة أخرى بطب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء والتي تسير من طرف وزارة الصحة والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية (AMG) في المدن والبلديات، وأخيرا مراكز النظافة المدرسية التي تسير من طرف وزارة التعليم.

أما القطاع الخاص فقد كان يقدم العلاج بطابع ليبرالي في العيادات الخاصة ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد، هذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

يعتبر الخبراء أن سنة 1965 هي نقطة انفراج للمنظومة الصحية خلال هذه المرحلة وذلك بامتيازاتها فقد تزامنت مع بداية المخطط الوطني من جهة، وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964 ومن جهة ثانية صدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالة عام 1966. وعلى هذا الأساس ابتداء من هذا التاريخ أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا وهذا من خلال دفع عجلة التكوين الطبي وشبه الطبي وكذلك من خلال إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967-1969 (المخطط الثلاثي) منها¹: إنشاء 10 مستشفيات، إنشاء 09 عيادات صحية متعددة الخدمات، إنشاء 82 مركزا صحيا.

إذن الشيء الملاحظ في هذه الفترة أن السياسة الصحية كانت محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها وعلى هذا الأساس فقد كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البناءات والهياكل التي خلفها الاستعمار قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان ومن جانب آخر كانت الدولة عاجزة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الخدمات التلقيفية لبعض الأمراض الفتاكة والمعديّة².

الفرع الثاني: النظام الصحي خلال الفترة الممتدة من 1974-1989

¹ -Mostapha Khiati : **Quelle santé pour les Algériens et Maghreb relative .Algérie**, 1990 ,p 52

² -نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 88.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

لقد أدى تزايد الضغط الاجتماعي الكبير (نتيجة تزايد في عدد السكان) من جهة، وعودة الأمراض والأوبئة من جهة أخرى (نتيجة عدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة من تلبية كل احتياجات العلاج للسكان) إلى إقرار سياسة الطب المجاني وذلك بموجب الأمر 65/73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973¹ وذلك من أجل خلق نوع من الانفراج للمنظومة الصحية مقارنة بالمرحلة السابقة بحيث تتكفل الدولة بحماية وتحسين صحة السكان. إضافة إلى ذلك فان نشاط الصحة العمومية يجب أن يكون حامل لتطورات التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتأكيدا لهذا التوجه الذي أخذته المنظومة الصحية فقد جاء دستور 1976 في مادته 67 يؤكد أن قاعدة النظام الصحي الجزائري مبنية على أساس الطب المجاني بحيث لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية⁷ وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل².

يمكن اعتبار هذه الخطوة إيجابية إلى حد ما وذلك باعتبار أن هذا القرار السياسي يتوافق والنظام السياسي الاشتراكي الذي سارت على نهجه السلطة السياسية في الجزائر، كما أنه يتوافق مع الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية السائدة في تلك الفترة .

لقد حاولت السلطات المعنية في هذه المرحلة وضع خطة تصحيحية لما كانت عليه السياسة الصحية خلال المرحلة السابقة وذلك من خلال الاهتمام بثلاثة أهداف أساسية هي كالتالي :

- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما بلغ دخلهم أو حتى وضعيتهم الاجتماعية.
- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية من أجل تحسين جودة التنظيم وتدعيم التأطير، وهو الأمر الذي أدى إلى خلق عدد كبير من الممارسين الطبيين في العلاج في شتى المجالات .
- إنشاء القطاع الصحي لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي³.

أما فيما يخص محاور الإصلاح خلال هذه المرحلة فقد تمثلت في:

أصبح العلاج إبتداء من تاريخ 1974/01/01 مجانا في كل المؤسسات العمومية¹ بل وقد شمل حتى الإسعافات الوقائية¹ ونفقات الإقامة والأكل في المستشفى... إلخ. والهدف من مجانية العلاج هو وضع

³-الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 1-الأمر رقم 65/73، المؤرخ في 1973/12/28 والمتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية الصادر بتاريخ 01 جانفي 1974، ص 02.

²-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، دستور 1976، ص 30.

³-Rabah Boussouf : Géographie et santé en Algérie, Alger, OPU, 1992, p165.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

جهاز في تناول المواطنين² كما يعتبر كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد .

إن قرار تطبيق مجانية العلاج في القطاع العمومي صادف انطلاق برامج المخطط الرباعي الثاني (1974-1978) ومجانية العلاج مرتبطة بتوسيع المنشآت الصحية العمومية خاصة في الأرياف، أما فيما يخص النشاط الصحي فقد أعطى أهمية للوقاية، ترقية النظافة التربوية، حماية الأمومة والطفولة، الوقاية من الأمراض الأخطار المهنية وتطبيق طب العمل.

✚ بالموازاة مع هذا القرار السياسي الهام الخاص بالطب المجاني فقد تم توحيد النظام الوطني للصحة وتطبيقه كما تبع هذا الإصلاح قرار وزاري مشترك في يناير 1974 والذي تم بموجبه تحويل هياكل التعااضديات الفلاحية إلى مصالح الصحة، بالإضافة إلى توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي لعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي والتعااضديات إلى وزارة الصحة . وهكذا أصبح النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها أو مجال استخدامها.

وفي هذا الإطار أكد الميثاق الوطني 1976 حق المواطنين في الطب المجاني حيث جاء فيه "الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسد حق المواطنين في العلاج".

كما دعم هذا الحق دستور 1976 من خلال "المادة 67" منه والتي تنص صراحة بأن: "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وتوسيع الطب الوقائي".

ولتحسيد هذه الأهداف أوصى المؤتمر الرابع لحزب جبهة التحرير في ديسمبر 1980 باتخاذ كل الإجراءات اللازمة التي من شأنها تحسين الحالة الصحية في الوطن حيث احتوى المؤتمر الرابع ملف الصحة أين تم التطرق من خلاله إلى 159 نقطة وهي تعتبر بمثابة خطوة إيجابية لتطوير النظام الوطني للصحة وذلك في ظل وعي السلطة بمدى خطورة وضعية النظام الصحي العمومي، ومن جهة أخرى يمكن اعتبارات هذه القدرات هي ذات طابع سياسي إستراتيجي محض إذ عملت السلطة من خلاله على المحافظة على النظام الصحي العمومي القائم، مع تضييق الخناق على القطاع الخاص وتركه على الهامش .

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

ومن أهم القدرات الحاسمة التي خرج بها المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجهة التحرير الوطني والخاصة بإصلاح النظام الصحي نذكر مايلي:

✓ إنشاء نظام صحي اشتراكي يقوم على أساس الخدمة الوطنية لصحة بحيث يكون موحد ومتجانس وذلك من خلال إلغاء القطاع الصحي الشبه عمومي وإدماج مجموع نشاطاته الصحية والوقائية ضمن نشاطات القطاع العام.

✓ تبني نظام صحي متعدد المشاركات وذلك من خلال دعوة كل القطاعات الأخرى للاشتراك في وضع سياسة صحية فعالة.

✓ دمج النظام الصحي بعجلة النظام الاقتصادي والاجتماعي وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار أن إحداث أي قفزة نوعية على المستويين الاقتصادي والاجتماعي لن يتحقق إلا إذا كان هناك تكامل مع التطور الحاصل على مستوى المنظومة الصحية، وبالتالي فهذه الأخيرة تستوجب إدراج عنصر التخطيط في تسيير هذا القطاع الحساس وذلك من إضفاء نوع من الفعالية في تسيير الموارد (المادية والبشرية) بل وحتى البرامج الصحية بما يتماشى والأهداف المسطرة.

✓ أما من الناحية القانونية فقد تم تنظيم مهنة الطب في الجزائر بمقتضى القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق ل 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

✚ بهدف توفير خدمات صحية لكافة المواطنين فقد ظهرت أولى المبادرات لتشجيع القطاع الخاص 5 هذا من خلال محاولة خلق نوع من التعاون بين القطاع الخاص والمنظمات الرسمية والجماعات المحلية¹.

أما بالنسبة لحجم الموارد المادية والمعنوية التي توفر عليها القطاع الصحي ومدى انعكاسها على الوضعية الصحية خلال هذه المرحلة فقد كانت على النحو التالي:

أولا. الإمكانيات المادية(الهياكل)

لقد كانت أغلب المرافق الصحية خلال الستينات متمركزة في التجمعات السكانية الكبرى وكان استفادة السكان من العلاج محدودة نسبيا خاصة في الأرياف ولذلك فقد كانت السياسة الصحية التي انتهجتها السلطات العمومية بداية من هذه المرحلة تستهدف أساسا تحسين استفادة السكان من العلاج عن طريق إقرار الطب المجاني من جهة مع إقامة العديد من الهياكل الصحية اللامركزية لاسيما في المناطق الريفية التي

¹ل.حسينة: تطور المنظومة الصحية منذ الاستقلال، جريدة المساء، تاريخ الاطلاع 20-02-2014، على الموقع الالكتروني:

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

تفتقر إلى مراكز العلاج. وهكذا فقد تضاعف عدد المؤسسات الصحية خلال هذه المرحلة كما تنوعت أيضا بحيث انتقل عدد المؤسسات الصحية العمومية من :

- 143 مركز استشفائي سنة 1969 إلى 208 مركز استشفائي سنة 1989.
- 645 مركز صحي سنة 1979 إلى 1500 مركز صحي سنة 1989.
- تدعم القطاع الصحي بعدد من الهياكل للصحية الأخرى نذكر منها: 13 مركز إستشفائي جامعي 3 276 عيادة ولادة، 433 عيادة متعددة الاختصاصات 4830 عيادة طبية 1550 عيادة لطب الأسنان تابعة للقطاع الصحي .
- كما تميزت هذه المرحلة أيضا بإنشاء المدرسة الوطنية للصحة العامة سنة 1989 وإلى أوكلت لها مهمة إدخال المفاهيم وتقنيات الحديثة في إدارة الخدمات الصحية من خلال تدريب الموظفين والمسيرين على مستوى المؤسسات الصحية. من جهة أخرى فقد تميزت أيضا باللامركزية في العلاج من خلال توسيع شبكة العلاج في التراب الوطني ولذلك فقد تم تدعيم القطاع الصحي في كل من الدائرة والولاية لينتقل عددها من 16 قطاعا سنة 1979 إلى 178 قطاع سنة 1989 ناهيك عن القطاعات الصحية الفرعية والتي تعد العيادات المتعددة الخدمات المقر الرئيسي والإداري لها¹. ومن أجل ضمان السير الحسن على مستوى القطاعات الصحية (البالغ عددها 178 قطاع صحي) فقد تم مضاعفة عدد الهياكل الإدارية ليصل عددها إلى 39600 إدارة عمومية لسنة 1989².

ثانيا. الإمكانيات البشرية

موازاة مع تطوير الهياكل الصحية ارتفع عدد مستخدمي الصحة بشكل معتبر بحيث تزايد عدد عمال السلك الطبي من 4561 طبيب سنة 1979 إلى 25000 طبيب سنة 1989 وهذا نتيجة الإصلاحات التي حصلت في مجال العلوم الطبية والتي أعطت ثمارها. نفس الملاحظة بالنسبة لعمال السلك الشبه الطبي بحيث وصل عددهم إلى 46669 ممرضا وعونا بمختلف التخصصات والفروع سنة 1979 لينتقل العدد إلى أكثر من 6000 ممرضا وعونا سنة 1989. من خلال هذه الأرقام يتضح لنا مدى التحسن الملحوظ على مستوى التغطية بالخدمات الصحية وذلك من خلال توفير طبيب واحد لكل 29600 نسمة سنة 1979، وعون شبه الطبي واحد لكل 386 نسمة سنة 1979.

¹-Farid Chaoui et Autre : **Les systèmes de santé en Algérie ,Maroc et Tunisie défis nationaux et enjeux** (Défis nationaux et Enjeux partage), paris n-13-avril-2012-p :15.

²-بن لوصيف زين الدين: **تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة**، مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية، جامعة سكيكدة ديسمبر 2003، ص 139.

ثالثا. المؤشرات الصحية

بالنسبة للمؤشرات الصحية فقد سجلت هذه المرحلة تحسنا معتبرا في أغلب المؤشرات نذكر منها مايلي:

ارتفاع محسوس في عدد السكان بحيث بلغ حسب الإحصاء العام الأول للسكان الذي أجري سنة 1966 حوالي 12 مليون نسمة وتضاعف عدد السكان في الفترة الممتدة من 1966 و 1987 حيث تجاوز بقليل 23 مليون نسمة في نهاية هذه الفترة³ وقد ترتب عن هذا الارتفاع في عدد السكان معدل نمو طبيعي سريع للغاية فبعد أن كان هذا المعدل يقدر بحوالي 3.3 بالمائة في المتوسط خلال الستينات³ ظل مستقرا في مستوى جد مرتفع إلى غاية سنة 1985 قبل أن يتراجع بشكل ملحوظ ابتداء من النصف الثاني من عشرية الثمانينات حيث أنخفض معدل النمو الطبيعي إلى دون 03 بالمائة وواصل انخفاضه تدريجيا ويعود هذا التراجع الذي يعكس ظاهرة التحول الديمغرافي إلى:

- انخفاض في معدل المواليد من 50.1 ولادة لكل 1000 ولادة حية (1970-1969) إلى 41 ولادة لكل 1000 ولادة حية سنة 1981 ثم إلى 39.5 سنة 1985 متراجعا بعشر نقاط في ظرف حوالي خمس عشرة سنة¹ لكن المعدل الإجمالي للنمو أصبح واضحا جدا سنة 1989 إذ أنه فقد حوالي 05 نقاط خلال سنة واحدة وقدر بـ 34.7 ولادة لكل 1000.

- موازاة مع انخفاض نسبة المواليد، شهدت هذه المرحلة تراجع أيضا في معدل الوفيات بحيث انخفض المعدل الإجمالي للوفيات بشكل كبير للغاية خلال السبعينات حيث انتقل خلال تلك الفترة من 16.7 وفاة لكل 1000 نسمة سنة 1969-1970 إلى 9.5 وفاة لكل 1000 نسمة سنة 1981 ثم انخفض بدرجة أقل بالرغم من كونه بقي معتبرا نسبيا إلى 8.4 وفاة لكل 1000 سنة 1986 ثم 06 وفاة لكل 1000 نسمة في نهاية الثمانينات. إن هذا الانخفاض المترام مع معدل الولادات والوفيات يعكس في أن واحد تحسن الظروف الصحية والمعيشية بصفة عامة وتغير في سلوك السكان¹.

دائما وفي إطار نفس المؤشر الخاص بنسبة الوفيات بينت نتائج التحقيقات الديموغرافية أن نسبة وفيات الأطفال هي جد مرتفعة عند سكان الأرياف فخلال الفترة الممتدة 1972/1970 انخفضت نسبة الوفيات الأطفال ب 92 نقطة في المناطق الحضرية و 98 نقطة في المناطق الريفية ويعود هذا التحسن إلى الكثافة المتزايدة لحجم المنشآت الصحية في الوسط الحضري بل وحتى في الوسط الريفي أيضا.

الجدول (1-2): تطور نسبة الوفيات حسب الوسط

¹-تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي: حول التنمية البشرية، الدورة العامة الثالثة عشر، الجزائر سنة 1998، ص19.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

المجموع	الوسط الريفي	الوسط الحضري	
141.5	150.0	122.4	1970
42.4	51.8	30.5	1992

المصدر: الدراسة الإحصائية للسكان 1970: والتحقيق الجزائري حول صحة الأم والطفل

(تحقيق باب شيلد) سنة 1992

مؤشر آخر يعكس لنا الوضعية الصحية خلال تلك الفترة وهو ما يتعلق بتطور الوضعية الوبائية أي ما يتعلق بالأمراض التي كانت متفشية في تلك المرحلة على غرار (السل، الجدري) والسعال) شلل الأطفال... الخ¹.

إن تطبيق البرنامج الموسع للتلقيح (PEV) سنة 1969 قد ساهم في تقلص نسبة تفشي هذه الأمراض التي شهدها هذا البرنامج، غير أنه وبالرغم من مواصلة البرنامج الموسع للتلقيح، فقد لوحظ عودة بعض الأمراض مثل السل والكزاز، إلا أن هذا لا يخفي التحسن الملحوظ بالنسبة لمعظم الأمراض نذكر منها: أ. بالنسبة لمرض السل (BGG): هو أول مرض استفاد من برنامج للكشف والعلاج المجاني سنة 1969 وقد تم تسجيل نتائج معتبرة في مكافحته إذ انتقلت نسبة انتشار هذا المرض بجميع أشكاله من 150 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1975 إلى 53.2 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1981، ثم إلى 22.4 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1992.

ب. النسبة للخناق أو الدفتيريا (DTCP₃): هو الآخر شهد إنخفاضاً جدياً ملحوظاً: إذ تقلص عدد الحاصل الخاصة بهذا المرض من 3.97 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1963 إلى 1.78 حالة لكل 100000 سنة 1969 ثم إلى 0.09 سنة 1970: ثم إلى 0.21 حالة سنة 1979.

ج. السعال الديكي: سجلت نسبة انتشار مرض السعال الديكي أيضاً انخفاضاً محسوساً ومستمرًا: وقد أثبت ذلك الدراسة المقارنة التي أجريت بين عشريات الستينات والسبعينات والثمانينات والتي سجلت خلالها معدلات وسطى قدرت بـ 10.76 و 7.88 و 2.02 لكل 100000 نسمة على التوالي.

د. مرض الحصبة: هو الآخر سجل انخفاضاً محسوساً خلال هذه المرحلة وذلك نتيجة انخفاض حالات الإصابة بهذا المرض من 73 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1973 إلى 68 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1989.

² - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي: حول البيئة في الجزائر ورهانات التنمية، منشورات المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الدورة التاسعة، جويلية، 1997، ص 17.

خلاصة هذه المرحلة أن الظروف الصحية للسكان قد شهدت تحسنا ملحوظا خلال الفترة الممتدة من نهاية الستينات إلى نهاية الثمانينات وهذا بفضل التغطية الصحية الجيدة للسكان سواء من حيث الهياكل أو الممارسين بالقطاع وهو الأمر الذي سمح لفئات واسعة من السكان خاصة الأرياف من الاستفادة من العلاج بعدما كانت محرومة منه. لكن ولعل أهم انتقاد موجه للنظام الصحي خلال تلك المرحلة التاريخية هو انعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام وذلك باعتبار أن الهدف الأساسي كان يتمثل في تلبية الطلب على العلاج قدر الإمكان.

الفرع الثالث: النظام الصحي 1989 - 2000

عرفت هذه المرحلة انتفاضا حاد في أسعار البترول وتراجع الاقتصاد الوطني مما أدى إلى دعم قدرة الدولة على تمويل وتسيير قطاع الصحة، وهنا كان المنعرج الحاسم للنظام الصحي الجزائري بحيث يدخل برنامج الصحة ضمن المخطط الذي عمدته الدولة الجزائرية والمعروف بالإصلاحات الاقتصادية في ظل التثبيت الاقتصادي وبهذا افتتحت الجزائر أبوابها إلى السوق العالمي وهو ما يدل على توجه جديد نحو اقتصاد السوق وبداية ظهور التسيير الليبرالي من خلال منح الاستقلالية في التسيير.

لعل الشيء المميز لهذه المرحلة هو وضع نظام وطني للصحة يقوم أساسا على المقترحات التي وضعتها اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني، وذلك من خلال دمج النظام الصحي بمخطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية وهذا عبر التركيز على مجموعة من الأهداف والتي تمثلت فيما يلي:

- ✓ توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان تناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية للقطاع.
- ✓ إلزامية التكامل بين القطاعات مع توحيد الوظائف والأهداف، ليس فقط على مستوى قطاع الصحة وإنما جميع القطاعات والتنظيمات التي لها علاقة بالقطاع.
- ✓ تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية.
- ✓ التسلسل في العلاج مع إعطاء الأولوية للعلاج القاعدي.
- ✓ جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية ونجاعة.
- ✓ إعادة النظر في جملة المشاكل المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين.
- ✓ البطاقة الصحية كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية¹

¹ -le ministre de la santé et de la population : **les fondements de la carte sanitaire nationale**, novembre 1981 ; p :02

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

أيضاً ولعل الشيء المميز في هذه المرحلة (بداية التسعينات) هو إقامة برامج عملية للصحة، منها البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال، لكن بقيت المنظومة الصحية تعاني تأرجحاً في ظل غياب أهداف واضحة إذ ظهر ذلك من خلال احتجاجات المواطنين ونقص الحوافز مع ضعف في التكوين⁸ كما غلب عليها الانشغالات الآتية: توفير الدواء، تنظيم الاستعجالات والملفات الاجتماعية، كما اتسمت هذه الفترة بكثرة المشاكل التي برزت مع نهاية سنوات الثمانينات خاصة أزمة انخفاض أسعار البترول وكذلك تفاقم الوضع الاقتصادي والاجتماعي والذي أدى إلى أزمة اقتصادية واجتماعية.

إذن وفي ظل هذه الوضعية المزرية حدث نوع من الإهمال الطبي مما أدى إلى التوجه نحو القطاع الخاص، إذ أولت الدولة اهتمامها بسياسة الوقاية ونظام العيادات بدل المستشفيات الجامعية، وفي منتصف 1991 تم اقتراح برنامج لإصلاح القطاع كان يهدف في خطوته العريضة إلى ما يلي:

• الانفتاح على المحيط مع محاولة تحديد الوصاية وتسيير فعال للميزانية.

• وضع آليات للتكيف والتجاوب من خلال مسار شامل على مدى خمس سنوات.

لكن ونظراً للوضع السياسي السائد خلال تلك الفترة وعدم الاستقرار لم يكتب لهذا البرنامج النجاح. وكان أقرب إلى افتراضات معزولة تفتقر إلى الدراسة المتأنية وإلى الشرعية وغياب أهداف واضحة وتوجه غير مدروس ولا مراقبة نحو القطاع الخاص مع تدهور مثير للقطاع العام. ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مجموعة من المراسيم التنفيذية التي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية من أجل إضفاء نجاعة أكبر على القطاع وقد تمثلت فيما يلي¹:

✓ المرسوم التنفيذي رقم 05/93، المؤرخ في 12/01/1993، المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية.

✓ المرسوم التنفيذي رقم: 3140/93 المؤرخ في 30/03/1994، المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية (LNCPP) وذلك قبل إدخالها إلى السوق.

✓ المرسوم التنفيذي رقم: 47/94 المؤرخ في 09/02/1994 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء.

✓ المرسوم التنفيذي رقم: 747/94 المؤرخ في 30/03/1994، المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري.

¹-نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص: 136

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- ✓ المرسوم التنفيذي رقم: 293/94 المؤرخ في 1994/02/25، المتعلق بالصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) والتي هي مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية.
 - ✓ المرسوم التنفيذي رقم: 108/95 المؤرخ في 1995/04/09، المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم (A) التي هي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم.
 - ✓ المرسوم التنفيذي رقم: 68/96 المؤرخ في 1996/01/27، المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان (DSP).
 - ✓ المرسوم التنفيذي رقم: 6355/96 المؤرخ في 1996/10/19، المتعلق بإنشاء شبكة المخابر.
- إضافة إلى جملة الهياكل التي تدعم بها القطاع خلال هذه المرحلة فقد استفاد القطاع أيضا من وكالة وطنية للتوثيق الصحي (ANDS) التي تعنى بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال، كذلك بمركز وطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM) التي هي مكلفة بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.
- كذلك أهم ما جاء في هذه الفترة هو الجلسات الوطنية (ميثاق الصحة) التي انعقدت في 26-27-28 ماي 1998 (بقصر الأمم الصنوبر البحري اتلجزائر) حيث جمعت مختلف الجهات المعنية بقطاع الصحة من أجل دراسة آليات سير القطاع وضرورة تحديد أولويات التي تتوافق مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية للبلاد وهذا من خلال التركيز على عدة جوانب منها: التمويل، التكوين: الإعلام... الخ.
- أما بالنسبة لحجم الموارد المادية والمعنوية التي توفر عليها القطاع الصحي ومدى انعكاسها على الوضعية الصحية خلال هذه المرحلة فقد كانت على النحو التالي:

أولا. الإمكانيات المادية

- فيما يخص المنشآت الصحية القاعدية فقد كانت في سنة 1996 تشمل على 13 مركز استشفائي جامعي (تحتوي على 15845 سرير) و 21 مؤسسة إستشفائية (تحتوي على 5913 سرير) و 09 عيادات استشفائية (تحتوي على 591 سرير) و 184 مستشفى جهوي (مزودة بـ 1393 سرير).
- أما فيما يخص الهياكل اللامركزية فقد كانت تضم 455 عيادة متعددة الاختصاصات و 1143 مركزا صحيا و 4284 قاعة للعلاج و 556 مركزا طبيا اجتماعيا، كما تم إحصاء 448 عيادة ولادة تابعة للقطاع العام (تحتوي على 4418 سريرا). إلا أنه يجدر الإشارة أن ثلثي الولايات لم تكن تتوفر على هياكل لطب

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

الأمراض العقلية وأن 255 مصلحة استشفائية تفتقر إلى أطباء مختصين) أما توزيع الأدوية فقد كان يتم في 4579 صيدلية (منها 1160 عمومية و3419 خاصة)¹.

دائما وفي نفس السياق تميزت هذه المرحلة بتحسن كبير في نسبة تغطية السكان فيما يتعلق بقدرات الاستقبال حيث بلغ عدد الأسرة (سنة 1996) سريرين لكل 1000 نسمة وعيادة متعددة الاختصاصات لكل 64 662 نسمة، ومركز صحة لكل 78 263 نسمة وقاعدة علاج لكل 7038 نسمة وصيدلية لكل 6584 نسمة.

ثانيا. الإمكانيات المعنوية

خلال عشرية التسعينات تحسنت الوضعية كثيرا حيث تم إحصاء 23047 طبيا و7424 طبيب أسنان و3826 صيدليا في سنة 1996. وقدرت نسبة التغطية لكل فئة بطبيب 1308 نسمة وطبيب أسنان واحد لكل 4061 نسمة وصيدلي واحد لكل 7880 نسمة. بصفة عامة فإن النسبة الوطنية لتغطية حاجيات السكان بمستخدمي الصحة مرضية. غير أنه إذا كانت التفاوتات الجهوية في ميدان الكثافة الطبية قد خفت حدثها فيما يخص الأطباء العاملين والصيادلة وأطباء الأسنان، فإنها ضلت مع ذلك جد شديدة فيما يخص الأطباء الأخصائيين بحيث أن الولايات الثلاث الكبرى في الوطن وهي: الجزائر وهران، قسنطينة تتركز فيها نسبة 53% من الأطباء الأخصائيين في القطاع العام و34% في القطاع الخاص. أما فيما يخص المستخدمين الشبه طبيين فقد تم إحصاء في السنة نفسها 38556 عوناً حائزاً على شهادة دولة و29991 عوناً حائزاً على شهادة و15530 مساعداً شبه طبيين، وقد قدرت حصة السكان من هذه الفئات من المستخدمين بعون شبه طبي واحد حائز على شهادة لكل 1008 نسمة ومساعد شبه طبي واحد لكل 1941 نسمة.

ثالثا. المؤشرات الصحية

تميزت هذه المرحلة بتحسن طفيف نوعاً ما من حيث بعض المؤشرات الصحية كما يلي:
أ. نسبة الوفيات: بعدما سجلت النسبة الإجمالية للوفيات انخفاضا مستمرا منذ عام 1997 استقرت في حدود 06 وفيات لكل ألف مولود منذ عدة سنوات حيث انتقل من 6.03 وفيات لكل ألف مولود سنة 1990 إلى 6.09 سنة 1992 لتبلغ بعد ذلك حوالي 6.12 وفيات لكل ألف مولود سنة 1997². ويعود هذا

¹ -التقرير المجلس الاقتصادي: حول التنمية البشرية، مرجع سابق، ص: 43-44-45

² - Conseil National Economique et Social sur : **la santé de la mère et de l'enfant**, 3^{ème} session linière 22 juillet; 1997 ; p 12 .

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

التطور إلى بداية تقدم السكان في السن من جهة، وكذلك إلى الصعوبات التي تعترض عملية محاربة الوفيات. والجدول التالي يوضح أكثر تطور هذا المؤشر خلال تلك المرحلة.

الجدول (2-2): تطور النسبة الإجمالية للوفيات في الفترة الممتدة من 1990-1997

1997	1996	1995	1994	1993	1990	
178000	172000	180000	180000	168000	151000	عدد الوفيات
6,12	6,03	6,43	6,56	6,25	6,03	النسبة لكل 1000

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

هذا وقد سجلت نسبة وفيات الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 40 سنة تحسنا معتبرا خلال عشرينية التسعينات حيث انخفضت بشكل محسوس من 3.4 إلى 2.88 لكل ألف نسمة في الفترة الممتدة بين 1990 و1996 ويعود هذا التطور بالدرجة الأولى إلى نسبة وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة والتي تراجعت بشكل ملموس إذ انتقلت من 6.09 إلى 40.8 لكل ألف عند الذكور ومن 56.3 إلى 33.3 لكل ألف عند الإناث .

ب. أمل الحياة عند الولادة: إن معدل الحياة المتوقع عند الولادة يعتبر مؤشرا استدلاليا للوضع الصحية للسكان وقد عرف هو الآخر تحسنا خلال عشرينية التسعينات حيث انتقل من 67.3 في سنة 1991 إلى 68 في سنة 1998 أي بزيادة طفيفة لا تتعدى السنة في ظرف سبعة سنوات¹.

الجدول (2-3): تطور معدل العمر المتوقع عند الميلاد

1998	1993	1991	1989	1970	الجنس
66.8	67.5	66.8	66.2	53.4	الذكور
69.4	68.2	67.8	66.5	53.7	الإناث
68.0	67.8	67.3	66.3	53.5	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء.

ج. الوضعية الوبائية: بالإضافة إلى مضاعفة عدد المنشآت الصحية وتحسين نسبة تغطية السكان بالأعوان الطبيين فإن تطبيق البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض المتوطنة وعمليات الوقاية تفسر إلى حد كبير التحسن

¹ - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول: الاقتصاد الجزائري، حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، الندوة العلمية السابعة عشر. الأربعاء 28 فيفري 2001، ص22.

المستمر للحالة الصحية للسكان خلال هذه المرحلة وذلك من خلال ما تم التماسه من تحسن تدريجي في انخفاض نسبة انتشار بعض الأمراض مقارنة مع البعض الآخر منها ونخص:

1/مرض السل: خلال هذه المرحلة ارتفع العدد الإجمالي لحالات مرض السل بمختلف أشكاله بشكل ملموس حيث انتقل من 10160 حالة في سنة 1994 إلى 12541 حالة في سنة 1996 كما ارتفعت نسبة انتشار هذا المرض بشكل ملحوظ ومنتظم: حيث انتقلت من 32.12 حالة لكل 100000 نسمة في سنة 1993 إلى 36.39 حالة في سنة 1994 ثم إلى 39 حالة سنة 1995 ثم إلى 43.15 حالة في 1996.

2/مرض الدفتيريا: إن نسبة انتشار هذا المرض قد سجلت ارتفاعا هي الأخرى في أوساط السكان خلال هذه المرحلة، إذ انتقلت من 0.12 حالة سنة 1990 إلى 0.21 سنة 1997 بعدما سجلت ارتفاعا كبيرا في سنة 1994 إلى 3.51 وفي سنة 1995 بـ 3.49 وهذا راجع إلى معاودة ظهور الأوبئة في وسط البلاد وشرقها.

3/مرض الكزاز: سجل الكزاز تباينا في نسبة انتشاره لكن بمستوى منخفض نسبيا، بحيث انتقلت عدد الحالات من 38 حالة (منها 27 حالة عند الرضع) في سنة 1990 إلى 33 حالة سنة 1997 (منها 19 حالة عند الرضع) ويعكس هذا التطور تغطية أفضل في مجال تلقيح النساء في سن الإنجاب ضد الكزاز وكذا ارتفاع نسبة الولادات في المراكز الصحية.

4/السعال الديكي: خلال هذه المرحلة أصبحت حالات الإصابة بهذا المرض نادرة 4 حالات سنة 1994 و 09 حالات سنة 1996، وبالتالي تقلصت كثيرا نسبة انتشار هذا المرض حيث قدرت بـ 0.03 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1996.

5/مرض الحصبة: عكس بقية الأمراض الأخرى حيث سجلت نسبة انتشار هذا المرض ارتفاعا من 7.46 لكل 100000 نسمة في سنة 1990 إلى 34.51 حالة سنة 1995: ثم إلى 62.48 حالة في سنة 1996. وقد دفعت أسباب المعاودة الشديدة لهذا المرض السلطات العمومية إلى مراجعة برنامج التلقيح وإلزام الأطفال الذين هم في سن ما قبل الدراسة بتناول جرعة ثانية من التلقيح.

خلاصة هذه المرحلة أنّ القطاع الصحي قد شهد تحسنا جزئيا مقارنة بالمرحلة السابقة وهو ما التمسناه من خلال المؤشرات الصحية والتي عكست مدى فعالية الإجراءات المتخذة على مستوى القطاع إلا أن هذا لم يمنع من وجود بعض النقائص ولعل أهمها ما يخص:

الارتفاع المستمر في تكاليف العلاج الذي نجم عنه ارتفاع الطلب المتعلق بتعويض هذه التكاليف مقابل محدودية القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية والاستشفائية حيث بات موضوع اقتناء الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر وعلى إثر ذلك جاء المنشور الوزاري 1995 والذي يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد بعض التكاليف الصحية (نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي).

تطور المنظومة الصحية للقطاع العام نجم عنه نظامان للعلاج متباينان:

- ✓ أحدهما ناجح تستفيد منه الفئات الثرية.
- ✓ والآخر أقل جودة موجه للفئات الأقل غنى.

وقد أدى هذا التطور إلى إدخال نوع من التمييز في الاستفادة من بعض خدمات العلاج المتخصص وذلك باعتبار أن الاستفادة منه مرتبطة بمدى قدرة المريض على تسديد المصاريف الباهظة. إذن حقيقة الأمر أن الوضع الصحي العام خلال هذه المرحلة لا يعكس حجم الجهود والمسااعي المبذولة بالقطاع خصوصا إذا ما قارناها بالمرحلة السابقة والسبب في ذلك يرجع إلى الهيكلة الجديدة التي أخذها القطاع الصحي بداية من هذه المرحلة وهذا من أجل إدخاله لمسار التكيف مع التطور الاقتصادي والاجتماعي للوطن.

الفرع الرابع: النظام الصحي 2000-2010

تعتبر هذه الفترة كمرحلة انتقالية لتحديد الثقة في استرجاع الأمن والاستقرار للجزائر بعد العشرية السوداء وبالتالي يمكن اعتبارها خطوة ايجابية بالنسبة للحكومة الجزائرية في شتى المجالات خاصة الاقتصادية والاجتماعية منها ولقد أشارت بعض التقارير أن القطاع مازال يعاني من عدة نقائص بالرغم من الإصلاحات التي تمت وهذا نتيجة محدودية الخدمة بسبب معاناة المؤسسات من عدة اختلالات هيكلية وتنظيمية مما دفع بالسلطات العمومية إلى اتخاذ مبادرة سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط وتنظيم العلاج بما كما تهدف السياسة الجديدة إلى عصرنه النشاطات الصحية تماشيا مع الطلبات الجديدة مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية مع المحافظة على مبدئي العدالة والتضامن وهذا من خلال وضع خريطة صحية وطنية تراعي خصوصيات كل منطقة والحاجات الملحة لكل جهة مع معالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

من جهة أخرى فقد أولى البرنامج الحكومي اهتماما أيضا في هذا البرنامج بمجال تهيئة الموارد البشرية وهذا من خلال تكوين الفاعلين بالقطاع (عمال السلك الطبي، الشبه الطبي والإداريين) وهذا بغرض رفع أداء الخدمات المؤسسات الطبية .

فيما يتعلق بتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة فقد تم تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية إذ عملت الدولة على تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية من خلال إلزام الموزعين الأجانب بالاستثمار محليا، وكذا بواسطة منع استيراد الأدوية التي يستطيع الإنتاج المحلي تغطية الطلب الملقى عليها من جهة أخرى تم تعزيز بعض الهياكل الصحية وبالأخص المستشفيات الجهوية بالتجهيزات اللازمة وهذا من أجل امتصاص نسبة معينة من الطلب على الخدمات وبالتالي تخفيض من حدة العبء والضغط الذي تتحمله المراكز الإستشفائية الجامعية.

أما فيما يتعلق بالقطاع الخاص وبعدها كان مهماً طيلة المراحل السابقة فقد أصبح يشهد تطورا ملحوظا من خلال الدور الفعال الذي أصبح يؤديه عبر الطب الوقائي والإستشفائي على حد سواء. كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم القطاعات الصحية سنة 2007 لتصبح المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن¹ .

من أجل تنظيم هذا القطاع عرفت هذه الفترة صدور مجموعة من التعليمات الوزارية والمراسيم التنفيذية منها:

- التعليمات الوزارية رقم 15 المتعلقة بوضع محاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية².
- المنشور الوزاري رقم 04/09 المؤرخ في 15 افريل 2004 والمتعلق بتحضير عملية تطبيق النظام التعاقدية.
- المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتعلق بفصل العلاج عن الإستشفاء.

كذلك من أهم النقاط التي تضمنها إصلاح المنظومة الصحية خلال هذه المرحلة وهو ما يتعلق بتخصيص برنامج صحي وطني (2000-2005) إلى الفئات الفقيرة وهذا من أجل تعميم استفادة الأشخاص المعوزين من خدمات هذا البرنامج³. والذي ركز على مجموعة من النقاط نذكر منها :

1- تدعيم البرامج الوطنية للوقاية لاسيما فيما يخص صحة الأم والطفل والأشخاص المسنين.

¹- حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات الجزائرية، مرجع سابق، ص 152.
²- وزارة الصحة والسكان، التعليمات الوزارية رقم 15، المتعلقة بوضع محاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية، المؤرخ في 2001/12/03.
³- الندوة الوطنية الأولى حول: مكافحة الفقر والإقصاء في الجزائر، 28/30 أكتوبر 2000، قصر الأمم نادي الصنوبر، ص 53، 52.

- 2- تعزيز نشاطات النظافة الصحية (كمراقبة صرف المياه).
- 3- تشخيص الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة وذلك من خلال وضع إجراءات خاصة لمراقبة هذه الأمراض لاسيما عن طريق نشاطات جواريه لفائدة هؤلاء الأشخاص.
- 4- الاستثمار في مجال النقل أكثر من الهياكل.
- 5- تعزيز التربية الخاصة بالصحة بالاعتماد على طرق تدخل مشتركة.

إن تحقيق الأهداف الخاصة بهذا البرنامج تطلب وضع برنامج عملي يعتمد على مجموعة من النقاط المتمثلة فيما يلي:

- التأكيد على العلاج الصحي الأولي والوقائي عن طريق دعم و تشجيع القطاع الخاص والمنظمات الغير حكومية والجمعيات والجماعات المحلية على المشاركة أكثر في تقديم الخدمات الصحية.
 - ضمان نوعية جيدة للخدمات الصحية العمومية بما في ذلك الخدمات الصحية التناسلية الموجهة للفقراء.
 - رفع إنتاج المواد صيدلانية ذات الاستعمال البشري.
 - مراجعة وتبسيط نظم تنظيم عملية شراء الأدوية وتوزيعها.
 - إنشاء مراكز صحية أولية ووحدات العلاج الطبي المتنقلة فيما يخص المناطق الريفية.
 - اعتماد تدابير لتحسين مرافق صحة الأم والطفل مع تخصص استقبال أفضل للفقراء.
 - إعادة تنظيم الصحة المدرسية بواسطة ترقيتها بوحدات الكشف والمتابعة ولاسيما في المناطق الريفية.
- بهدف تلبية طلبات المواطنين تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود استثمارية مهمة من طرف الدولة لتوسيع شبكة الهياكل الصحية وتكثيفها قصد التكفل بشكل أفضل بالمريض وتحقيق تغطية أجمع. وعليه يمكن القول أن هذه المرحلة قد تميزت بتحقيق القطاع قفزة نوعية من حيث الهياكل على اختلاف أنواعها وهذا من خلال:

✚ تكثيف الشبكة الصحية بالمستشفيات العمومية والخاصة وكذا بالعيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج وشبكات التشخيص، هو نتاج إطلاق برامج تنمية واسعة منذ سنة 2000 إلى 2014 عبر كل ولايات الوطن والذي يخص هياكل الصحة على مستويات مختلفة .

✚ من جهة أخرى فقد أظهرت هذه المرحلة أيضا الدور الفعال الذي قام به القطاع الخاص على مستوى القطاع الصحي وهذا من خلال استكمال النقائص بالقطاع العمومي من خلال توفير عدد

معتبر من هياكل الصحة الخاصة والتي بلغت حسب إحصائيات 2008 بما يقارب 5606 عيادة طبية متخصصة، 6179 عيادة طبية عامة و 4381 عيادة طب أسنان.

أما بالنسبة للإمكانيات المادية، المالية والمؤشرات الصحية التي تميزت بها هذه المرحلة فسف يتم التطرق إليها بأكثر تفصيل من خلال الفصل الرابع.

المبحث الرابع: الوضع العام للقطاع الصحي بالجزائر وحتمية الإصلاح

على الرغم من كل الإنجازات التي حققها القطاع الصحي بالجزائر طيلة العقود الماضية إلا أنه يبقى هناك مجموعة من التحديات التي تهدد الأنظمة الصحية ليس بالجزائر وحسب بل في جميع دول العالم منها الارتفاع المتوقع لتكلفة الخدمة الصحية للفرد إقليميا وعالميا والارتفاع المستمر في معدلات الأمراض السارية والمزمنة وما يترتب عليها من عبء اقتصادي يتحمله الأفراد والحكومات معا إن لم تكن هنالك برامج وتدخلات حكومية معززة للصحة. وعلى هذا الأساس فقد كان من الضروري أن تبادر الوزارة بتقييم الوضع الراهن، ومن ثم وضع أسس لتطوير النظام الصحي في الجزائر لتحقيق فلسفة ورؤية الوزارة والتي تركز على الرعاية الصحية الأولية والوقائية وتشجع مسؤولية الفرد الذاتية والمجتمع تجاههم، وتعزز مبدأ الشراكة في الصحة والارتقاء بجودة الخدمات الصحية العامة والخاصة بمعايير عالمية، على أن يكون المريض محورا رئيسيا لجودة الرعاية الصحية مع زيادة فرصة لاختيار مقدمي الخدمات الصحية وذلك من خلال استمرارية القطاع العام الحكومي في نهجها لرعاية صحة المجتمع الجزائري مع تطوير أنظمة المؤسسات الصحية الحكومية، والعمل على تطوير التشريعات الصحية والبرامج التدريبية وتشجيع القطاع الخاص على الاستثمار في المجال الصحي ورفع مساهمته كمقدم للخدمات الصحية على مستوى الوطني.

احتاجت عملية تجسيد تلك الفلسفة رؤية شاملة من وزارة الصحة للتغير من أدوارها أسوة بدول العالم ذات الأنظمة الصحية المتطورة، وتشارك جهات أخرى كشركاء رئيسيين في عمليات التطوير بالشكل الذي يرفع من ثقة المجتمع بالخدمات الصحية. ومن المعلوم أن تحقيق المرامي الموجودة رحلة شاقة ولكن الفرص سانحة لأحداث تغيير حقيقي خاصة وأن القطاع أصبح يعاني أكثر من أي وقت مضى من عدة مشاكل على المستويين الداخلي والخارجي كانعكاس للوضع الاقتصادي والسياسي السابق وهو ما يؤكد فرضية وحتمية الإصلاح كحلقة رئيسية في عملية التنمية الشاملة التي بادرت بها الجزائر في جل القطاعات.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

وعلى هذا الأساس سنتطرق في هذا الجزء إلى عملية إصلاح القطاع الصحي بالجزائر من خلال تسليط الضوء على مفاصلها الأساسية وهي:

✚ تخطيط عملية إصلاح القطاع الصحي.

✚ أهداف مشروع الإصلاح وملفاته.

✚ ملامح تحديات النظام الصحي والتدابير المقترحة .

✚ التنظيم الجديد للخريطة الصحية.

المطلب الأول: تخطيط عملية إصلاح القطاع الصحي بالجزائر

على الرغم من النتائج المرضية التي حققها القطاع الصحي في الجزائر من خلال التطور الملحوظ على مستوى المنظومة الصحية والتي تجسدت من خلال سلسلة من الإصلاحات التي قامت بها الحكومة على مستوى القطاع لكن سوف تقتصر مجال الدراسة على أهم المخططات المعتمدة من قبل الوزارة خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى غاية يومنا هذا.

الفرع الأول: مخططات قصيرة المدى (2000-2003)

من خلال هذا المخطط تم تحديد العديد من النقاط التي اعتبرت كمحاور كبرى لعملية الإصلاح والتي اشتملت على مايلي¹:

- التشاور مع مختلف الفاعلين في القطاع الصحي بشأن مشروع الإصلاح.
- إعداد ومباشرة العمل في برامج الاتصال الاجتماعي، وذلك من خلال إشراك السكان في المباحثات والمناقشات حول السياسة الصحية .
- مراجعة قانون: 85-05 الخاص بحماية وترقية الصحة.
- مراجعة الاتفاقيات التي تم عقدها مع صناديق الضمان على المرض.
- دراسة وإعداد الحسابات الوطنية للصحة.
- القيام بمباحثات مع وزير التعليم العالي والبحث العلمي بخصوص إصلاح الدراسات الطبية والشبه طبية وذلك من خلال إعطاء الأولوية للتكوين في الطب المتخصص.
- إعداد البطاقة الصحية، ودراسة المخططات الصحية الوطنية والجهوية.
- التفاوض من أجل إلغاء ديون المؤسسات الصحية .

¹ - خروبي بزارة عمر: إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر (1999-2009)، مذكرة ماجستير، في العلوم سياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، 2010-2011، جامعة الجزائر "3"، ص77.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- إعداد دراسات موحدة حول القطاعات الصحية وذلك بعد القيام بعملية تقييم لدرجة تغطية الاحتياجات الصحية ومستوى التعبئة وكذا تعيين المناطق ذات الأولوية.
- مراجعة القوانين الأساسية للمستخدمين في القطاع الصحة حتى يتم جذب أو استرجاع المختصين المؤهلين إلى القطاع العمومي.
- إعادة تهيئة وتأهيل الهياكل الصحية وتجهيزها ولعل البداية تكون من القطاعات الصحية والمناطق الأكثر حرمانا وعزلة.
- وضع ميكانزمات لتقسيم الأنشطة في المؤسسات الصحية وتعميم قطاع الإعلام على عمليات التسيير.
- إعداد برامج وطنية لمحاربة الأمراض المزمنة.
- تدعيم برامج النظافة في الوسط أو المحيط الإستشفائي.

الفرع الثاني: مخططات متوسطة المدى

لعل أهم المحاور الكبرى التي ركز عليها هذا النوع من المخططات مايلي:

- ✓ اختيار أسلوب العمل والوسائل الواجب توفيرها من أجل تحقيق التوازن بين التغطية الصحية الشاملة ومستوى التمويل.
- ✓ وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة مع تنظيم الطرق الكفيلة للتكفل بالمرضي.
- ✓ تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية والتي تركز أكثر استقلالية للتسيير
- ✓ تطبيق القواعد الضرورية للوصول إلى تحقيق 45% على الأقل من الاحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية.
- ✓ وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم استعمال تكنولوجيا الإعلام .
- ✓ إعداد وتطبيق البرامج المحلية للمخططات الصحية.
- ✓ وضع مكنزمات محددة لمنح المواد واستغلالها.
- ✓ لامركزية الميزانيات الخاصة بالتسيير على مستوى الولاية، وذلك من خلال وضع لجنة تتكفل بتقييم النشاطات الطبية والتسيير على مستوى كل مديريات الصحة عبر الوطن.
- ✓ تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات واقتراح التعديلات والبدائل الضرورية لذلك.

الفرع الثالث: مخططات طويلة المدى إلى غاية

لقد ركزت هذه المخططات في مضمونها على مجموعة من النقاط والتي تمثلت فيما يلي:

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- توفير الوسائل الضرورية لسير المراكز الجهوية من أجل تقديم خدمات صحية عالية التخصص.
- تكيف بعض المصالح الصحية من أجل ضمان التكفل الحسن بالمرضى.
- تقييم هذه الأنشطة و تحديد المعوقات مع تحديد الأولويات في التنفيذ¹.

المطلب الثاني: أهداف مشروع الإصلاح وملفاته

الفرع الأول: أهداف الإصلاح الصحي

لقد ورد في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها والتي تتمثل فيما يلي²:

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

- ضمان الموارد المالية اللازمة لسير الحسن للمؤسسات الصحية.

- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.

- توفير الإمكانيات الضرورية لمحتربي الصحة، على اختلاف مستوياتهم ومسئولياتهم، وهذا قصد الاستجابة بأكثر فعالية لحاجات الصحة.

- تحسين من فعالية الاستخدام الأمثل للموارد المالية كالقطاع .

- تقريب الهياكل خارج الاستشفائية التي تهتم بالوقاية والعلاج القاعدي للمواطنين.

- تحقيق أفضل تغطية للهياكل الصحية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن³.

- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المختصة ذات المستوى العالي .

- تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.

الفرع الثاني: ملفات الإصلاح

فيما يخص ملفات الإصلاح فقد ركز المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في تقريره التمهيدي على سنة ملفات أساسية نعرضها فيما يلي⁴.

¹- R.A.D.P,M.S.P,Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009 ,Alger,novembre 2004 ,p72

²-le ministère de la sante et de la population et de la reforme hospitalière ,op cite :12/01/2008.p01-02.

³-Amel larbi : **Actualité du système national de santé (2005-2007)** ,laboratoire de recherche école national de la recherche de santé publique EL-Marsa, Mai 2008.

⁴-وزارة الصحة و السكان إصلاح المستشفيات،المجلس الوطني للإصلاح المستشفيات:التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الأولويات والأنشطة المستعجلة،الجزائر 17 جانفي 2003.

أولاً. ملف الحاجيات الصحية والطلب على العلاج: يتمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائية الفرعية وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي المالي والتنظيمي. كما يهدف إلى البحث في كيفية التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية أو الوطنية من جهة أخرى.

ثانياً. ملف الهياكل الإستشفائية: تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية وذلك بإدراج جملة من الأهداف والتي تتمثل في الآتي:

- تعزيز الرقابة عن مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
- التنظيم والتسيير المحكم للمؤسسات الصحية من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي.
- إشراك المواطن في تنظيم العلاج مع الأخذ بعين الاعتبار لجميع حقوقه وواجباته.
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

ثالثاً. ملف الموارد البشرية: اهتم هذا الملف بشكل أساسي بجانب المستخدمين بالقطاع الصحي وذلك من خلال دراسة ومراجعة كافة أحوالهم الشخصية بما في ذلك شروط وطرق عملهم، العطل، الأجور والترقية. والأهم من ذلك جانب التكوين الذي يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين (الطبيين الشبه طبيين، المسيرين والتقنيين) وإن هذا العمل لا يتم إلا من خلال إشراك جميع الفاعلين بالقطاع بالتنسيق مع قطاعات أخرى كالتعليم والتكوين المهني على وجه الخصوص.

رابعاً. ملف الموارد المادية: ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازناً بين الوسائل ومستوى النشاطات، وبين تسلسل العلاج وتوفير الوسائل. والهدف من ذلك هو توفير كل الوسائل الضرورية بشرط أن تكون موزعة بطريقة عقلانية، وتشكل الجوانب الخاصة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن، النوعية التكوين عناصر مكتملة لهذا الملف.

خامساً. ملف التمويل: اهتم هذا الملف بدراسة الكفاءات والطرق التي يمكن انتهاجها من اجل توسيع موارد تمويل المستشفيات مع ضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي كما عالج هذا الملف الإطار القانوني من خلال محاولة تكيف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية مع التعديلات الجارية، خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في تمويل النشاطات الطبية وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج .

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

سادسا. ملف اشتراك القطاعات: ترتبط نشاطات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كالمالية، التعليم العالي، التكوين، التربية الجماعات المحلية والبيئة الضمان الاجتماعي... إلخ. وعلى هذا الأساس تناول مشروع الإصلاح هذه القضية بالذات وذلك من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة: والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج على مستوى الجنوب والاستعجلات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتطرق إليها موضوع الإصلاح، بحيث أن عدم المساوات في الاستفادة من خدمات المنظومة الصحية لا طالما شكل أكبر تحدي للقطاع حيث أنه و على الرغم من المحاولات العديدة لتنظيم العلاج بمنطقة الجنوب من خلال الأخذ بعين الاعتبار العراقيل المرتبطة بالبعد المكاني والظروف المناخية مع منح بعض الامتيازات والتحفيزات للمستخدمين الطبيين للعمل بهذه المناطق إلا أن النتائج المحققة لم ترقى بعد إلى المستوى المطلوب"¹.

المطلب الثالث: ملامح تحديات النظام الصحي والتدابير المقترحة

الفرع الأول: ملامح تحديات النظام الصحي

قدم التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات حوصلة عن العقبات أو المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر، وفيما يلي عرض موجز لأهم النقاط التي تم ضبطها"².

أولا. الاختلالات الخاصة بتمويل القطاع الصحي: يعتمد تمويل القطاع الصحي حسب "المادة 261" من مشروع القانون التمهيدي المتعلق بالصحة من عدة جهات أساسية أهمها الدولة والدوائر الوزارية المعنية بحماية الصحة وترقيتها. كما تنص "المادة 262" على تمويل المنظومة وكذا استعمالاتها سنويا إلى المجلس الشعبي الوطني في شكل حسابات تسمى

" الحسابات الوطنية للصحة ". وعلى العموم يمكن عرض أهم العراقيل التي أدت إلى نقص المواد المادية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة فيما يلي:

- تخصيص وتوزيع غير كاف وغير منظم للمواد المالية.
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية .

¹ -les sixième dossier de la reforme hospitalier sur le site internet :

[HTTP:www.sante.Maghreb.coc/actualités/10703/0703_27HTM](http://www.sante.Maghreb.coc/actualités/10703/0703_27HTM), le 01/03/2015.

² - عدنان مرزوق: واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 206، 108.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

-قلة الموارد المالية وسوء في توزيعها بحيث يعتمد النظام الميزاني للمؤسسات الصحية على نسبة كبيرة من التمويل الحكومي بما يقارب 60% في حين تبقي مساهمة باقي الهيئات الأخرى مساهمة محتشمة، وهو ما يفسر العبء الكبير الذي تتحمله الحكومة في توفير خدمات صحية تماشي وحجم الطلب عليها.

-غياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، وهذا راجع بالضرورة إلى الاعتماد على طرق تقليدية في عملية تقدير الإعتمادات.

-إن إتباع نظام التمويل الحالي من شأنه أن يعرقل مشاريع تطوير النظام الصحي وفق العبء الاقتصادي الحقيقي والتخطيط المبني على أساس الكلفة الصحية ذات الكفاءة و المردود العالي، وكذلك إعاقه تطبيق مشروع نظام الضمان والتأمين الصحي.

-تكريس القطاع الصحي لأهم موارده لصالح المستشفى أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية.

- يؤدي هذا النمط من التمويل إلى إضعاف مشاركة القطاع الصحي الخاص، وبالتالي فهو يحد من تنوع خيارات المرضى

ثانيا. الإختلالات المرتبطة بجانب التنظيم: إن النقائص التي سجلها النظام الصحي لا تكمن فقط في جانب التمويل وإنما أيضا في غياب التنظيم المحكم للوسائل المادية والموارد البشرية، إذ يمكن حصر أهم هذه الإختلالات فيما يلي:

- تتميز المؤسسات الإستشفائية بالطابع الإداري في تسييرها وهو ما يعرقل عملية التسيير بها كونها تتصف بعدم المرونة (ذات طابع بيروقراطي محض) في تسيير المرافق الصحية في حين أن العلاقات الوظيفية تبقي غير واضحة المعالم بحكم تعدد الأجهزة التي تشرف على عملية الرقابة، إذ أنها تشمل عدة مستويات (الإدارات المركزية من ناحية التخطيط والتشريع فيما يخص تسيير الوسائل والمستخدمين) مما يجعل من الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.

- تثبيط المستخدمين من خلال قوانين مجحفة غير عادلة، وظروف عمل غير مواتية مقابل أجور متدنية.

- تباين في توزيع الوسائل المادية والمواد البشرية بين مختلف ربوع الوطن، بحيث أن الجزائر العاصمة تستحوذ على نسبة 55% من المؤسسات العمومية للصحة، أما المناطق الشرقية على نسبة 22% والغربية على نسبة 20% في حين منطقتي الجنوب الشرقي والغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة، إذ أنها تغطي نسبة لا تتعدى 02% و 01% على التوالي.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

الجدير بالإشارة أن عدم التوازن لا يقتصر فقط على توزيع المؤسسات العمومية للصحة بل يشمل أيضا عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية حيث أن معظمها متركزة في الشمال وبالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55%، بحيث أننا نجد في الشمال طبيب واحد لكل 800 ساكن 5 يقابله طبيب واحد لكل 1200 ساكن على مستوى المناطق الجنوبية.

-كذلك من بين الإختلالات الملموسة على مستوى التنظيم الصحي وهو غياب المتابعة الإستشفائية للمريض طيلة فترة العلاج وحتى بعد فترة العلاج.

ثالثا. اختلالات متعلقة بوسائل التسيير: يعاني القطاع الصحي من اختلالات كبيرة على مستوى نظام الإعلام نتيجة الانتقال من النهج التقليدي لجمع المعلومات وتحليلها إلى نهج جديدة يعتمد على تكنولوجيا الإعلام التي أفرزتها تطورات العصر الحديث، وبين هذا وذلك فقد كان نتيجة هذا التحول هو ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المختصون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة الصحية: وهذه الوضعية إنها آلت إليها المنظومة الصحية نتيجة لسببين رئيسيين هما:

✓ انعدام التكوين للموظفين في مجال الترميز والتدريب الدولي للأمراض.

✓ سوء تناول الملفات والتقارير الطبية، مع عدم مرونة بعض السجلات الإدارية.

رابعا. اختلالات مرتبطة بالتكوين: لقد تمثلت النقائص المسجلة في جانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العام والخاص) فيما يلي:

-عدم استجابة مدارس التكوين الشبه طبي إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.

-اتساع الهوة بين مخرجات قطاع التعليم العالي وسوق الشغل وبالأخص قطاع الصحة، وهو ما تم التماسه من خلال المسيرين الذين تم تكوينهم على مستوى مؤسسات التعليم العالي والذين لا يستجيبون لمواصفات التسيير على مستوى القطاع الصحي.

-عدم استجابة التكوين الأكاديمي لمتطلبات الميدان الصحي وهو ما ترتب عنه نقص فادح في بعض الاختصاصات الطبية والشبه طبية، وهو ما يؤكد بالضرورة أن نظام التعليم والتكوين لا يأخذ بعين الاعتبار النقائص والاحتياجات المسجلة بالقطاع.

خامسا. اختلالات متعلقة بالقطاعين الخاص والشبه عمومي: نتيجة للضغوطات الكبيرة التي كان يعاني منها القطاع الصحي العمومي فقد كان لابد على الحكومة أن تستحدث قطاعيين أساسيين للتخفيف من حدة العبء الذي تتحمله الدولة [1] ولذلك فقد تم إنشاء القطاع الصحي الشبه عمومي سنة 1975، ثم القطاع

الخاص الذي بدأ يتوسع منذ 1969، إلا أن الدفع القوي والحافز الذي أظهره هذا القطاع إنما كان نتيجة لإصلاحات 1990، بحيث أصبح القطاع الخاص يتمتع بمكانة مهمة ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر. لكن حقيقة الأمر أن استحداث هذا النمط من القطاعات أصبح يشكل خطرا على القطاع الصحي العمومي سواء من حيث الهياكل الإستشفائية، أو من حيث امتصاصه للقدرات البشرية والكفاءات الطبية أو من حيث نوعية الخدمات المقدمة.

من جهة يمكن اعتبارات هذا الوضع هو إيجابي وهذا إذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن القطاع العمومي قد تراجع مستواه إذ أنه لم يقدر على أداء الدور المنوط به وذلك في ظل تزايد طلب الأفراد على الخدمات الصحة، ومن جهة ثانية يمكن اعتبار هذا الوضع هو سلبي وذلك باعتبار أن هذه الازدواجية خلقت مشكلة عدم التوازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب النشاطات الخاصة والتي تهدف إلى تحقيق أهداف تجارية محضة واستقطاب أكبر عدد ممكن من الفئات التي هي قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة دون مراعات أي مبادئ أخرى للمريض.

إذا كان الهدف والمبدأ الأساسي لازدواجية العلاج بالجزائر هو التعاون والتكامل بين القطاع العمومي والقطاع الخاص إلا أن الواقع الحالي يثبت عكس ذلك وهذا راجع إلى الاختلاط العديدة التي أصبح يعاني منها القطاع الخاص والتي أبعدهت نوعا ما عن أداء مهامه في ظل المسار المحدد له، ويمكن تحديد أهم هذه الاختلالات فيما يلي:

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة وحتى المؤسسات الطبية الشبه عمومية.
- عدم احترام دفتر الشروط الذي ينظم سير هذه المؤسسات.
- عدم احترام مدونة النشاطات والأسعار الطبية.
- عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات المقدمة من قبل هذه المؤسسات.
- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي والنشاطات الوقائية .

سادسا. **العراقيل المرتبطة بنظام الإعلام:** يعاني نظام المعلومات الصحية من التعثر على نطاق واسع: ومن فجوات كبيرة في تسجيل الوفيات وفق الأسباب النوعية لها، وفي سجلات المرافق الصحية، وفي إجراء مسوحات صحية منظمة، وفي أنشطة تجمع المعطيات.

إن هذه الإختلالات على مستوى نظام الإعلام الصحي إنما تم تسجيلها نتيجة الانتقال التدريجي من نهج تقليدي لجمع المعلومات وتحليلها إلى نهج جديد يعتمد على تكنولوجيا الإعلام التي أفرزتها تطور العصر

الحديث، وبين هذا وذلك فقد كان نتيجة هذا التحول هو ضياع الخبرة والتحكم التي جمعها المختصون في مجال المعالجة اليدوية .

وعلى العموم يمكن إجمال العراقيل التي تعاني منها المنظومة الصحية ضمن هذا المجال فيما يلي:

- سجلات وأدوات تسجيل غير كاملة.
- نقص الكفاءة والتكوين لدى مستخدمي القطاع في الترميز .
- عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية "1".

الفرع الثاني: التدابير المقترحة بالقطاع النظام الصحي

لم يدع التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الإختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية على حالها وإنما قام بتقديم حوصلة من التدابير المصاحبة للتغير والتي تكمن المنظومة الوطنية للصحة من اجتياز العقبات والمشاكل الأكثر بروزا والتي لا طالما شكلت حاجزا أمام تطور القطاع وفيما يلي عرض موجز للتدابير المتخذة التي مست ما يلي:

أولا. التدابير المتعلقة بتمويل القطاع الصحي: على ضوء ما سبق اقترح المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من التدابير لمعالجة التمويل على مستوى القطاع الصحي العمومي وذلك من خلال "2":

- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تحسين مدونة الأعمال الطبية.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية طبقا للتنظيم الساري
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى.
- وضع مخطط خاص بحسابات المستشفيات.
- إعادة النظر في فئات الأشخاص المعوزين حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كيفية التكفل المالي.
- الترخيص للمستشفيات لإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية.
- إدراج كل الإيرادات في الميزانية.
- إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات .

¹-centre for administrative innovation in the euro méditerranéens assistance sociales dans la région méditerranéennes, Algérie sur le site :

www.unpan1un.org/litraddoe/groups/public/documents/caimed/unpan_018927.pdf.

²- التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، 2003، ص10.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- الانتقال من منظومة صحية ميزاتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات الصحية.
- إبقاء المهام الاجتماعية للمستشفى (من خلال الاستجالات، التعليم البحث الوقاية) من مخصصات الميزانية الإجمالية .
- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية .
- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة .
- الاعتماد على شبكة التسلسل السلمي للعلاج كونها أكثر فعالية من أجل التحكم بالتكاليف.
- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى خاصة بما يتعلق بهياكل القطاعات غير إستشفائية.
- مسح ديون المستشفيات.

يجرد الإشارة أن عدم المساواة في العلاج كان من بين أهم الملفات المطروحة خاصة وأن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، ومن ثم عشوائية تحديد التكاليف، وعلى هذا الأساس فقد كان من الضروري التفكير في طريقة لتمويل هذا القطاع بطريقة تسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية من دون أن يكون هنالك تعسف في دفع تكاليف العلاج.

وعلى العموم سنطرق إلى ملف تمويل القطاع الصحي في الجزائر من خلال الفصل الثاني كونه موضوع غاية في الأهمية وذو صلة بموضوع دراستنا.

ثانيا. التدابير الخاصة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية المصاحبة للتغيير: تطلبت عملية تجسيد الخريطة الصحية الجديدة إعادة تنظيم الموارد البشرية وتعزيز إمكانياتها وتخصيص غلاف مالي معتبر، وسيتم من خلال هذا الجزء تسليط الضوء على كل من الإجراءات البشرية و المادية التي أقر بها المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات التي تمثلت فيما يلي¹:

- الحد من توزيع الوصاية بتوزيع مهام الإدارة المركزية على هياكلها الغير ممركرة.
- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين، من خلال تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
- وضع خريطة صحية متوازنة لتوزيع المواد المادية والبشرية.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تتكفل بصيانة العتاد الطبي.

¹-التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة مرجع سابق، ص 10.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- جعل صيدلية المستشفيات كهيكل مستقل مع تحديد مهامها بدقة.
- تزويد المستشفيات بالمستلزمات الضرورية والكافية للتقييم الداخلي.
- إعادة تحديد مهام المؤسسات الإستشفائية وتكيف قوانينها الأساسية مع هذه المهام مع إضفاء نوع من المرونة على إجراءات التسيير الإداري والمالي دون إغفال النظر على جانب الرقابي.
- مراجعة الهيكل التنظيمي للهيكل الإدارية الخاصة بالمؤسسات الصحية وفق الأهداف المسيطرة لاسيما منها الاقتصادية والمالية.
- تقديم إحصاءات شاملة لكافة العتاد الطبي والشبه طبي وهذا من أجل ضبط قائمة للاحتياجات القطاع من المستلزمات والتجهيزات.

ثالثا. التدابير المتعلقة بجانب التكوين: نظرا للتلازم الوطيد بين الجانب المادي والبشري فقد كان من الضروري إرفاق الاصطلاح المتعلق بالجانب المالي بإصلاحات أخرى تتعلق بجانب التكوين للموظفين أو بصيغة أخرى للفاعلين بالقطاع على اختلاف مسؤولياتهم (سلك طبي: شبه طبي والإداريين)، و يمكن إجمال هذه التدابير فيما يلي¹:

- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وكذا تقدير مواصفات جديدة للتكوين ومحتويات التعليم المتقدم، وهذا من خلال التنسيق مع قطاع التعليم العالي.
 - تحديد الحاجيات الملحة إلى محترفي الصحة ومواصفات التكوين.
 - إجراء عملية تكوين نوعي ومرحلي للأخصائيين الطبيين.
 - وضع قنوات للمرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهنة والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
 - وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
 - إعادة تنظيم مؤسسات التكوين التابعة للقطاع حسب حاجيات هذا الأخير.
 - مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- دائما وفي نفس السياق فقد شدد المجلس الوطني للصحة وإصلاح المستشفيات على مجموعة من التوصيات التي نلخصها النقاط التالية:

¹-التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، مرجع سابق، ص 17.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

-إدخال تربصات تكوينية جديدة عند نهاية التعليم في الميدان خارج المراكز الإستشفائية الجامعية لوضع الأطباء ومسيري قطاع الصحة المستقبلين في حالة مهنية حقيقية.

-إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين الشبه طبية على مستوى المؤسسات الصحية وهذا من أجل إعادة تأهيل مستخدمي القطاع.

- فرض مجموعة من الشروط لمنح ترخيص يسمح لممارسي السلك الشبه طبي بالقطاع الخاص وهذا من خلال فرض مدة تربص قدرها ثلاثة (03)سنوات على مستوى المؤسسات العمومية للصحة.

-مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى برامج التعليم حسب الحاجة التي يعبر عنها القطاع.

-من أجل تجسيد الخريطة الصحية الجديدة وتعزيز القدرات التسييرية للإطارات تم وضع مخطط للتكوين المستمر يضم 57000 عون صحي من مختلف الفئات¹.

-كما تم وضع برنامج خاص سنة 2007 استهدف مجموع الإطارات المسيرة للمؤسسات الجديدة (المدراء ونوابهم) وبالخصوص إطارات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والذي يبلغ عددهم 1354 منهم 1084 نائب مدير و 271 مدير حيث تم تكوينهم في المجالات التالية: التسيير العام، تقنيات الاتصال، نظام المعلومات الإستشفائي، الاقتصاد العمومي والصحي، الصحة العمومية، تسيير العمليات، مالية ومراقبة التسيير إلى غير ذلك.

الجدير بالإشارة أن التكوين الخاص الذي كانت مدته ستة أشهر كان تحت إشراف إطارات من القطاع الصحي، أساتذة جامعين جزائريين وإطارات من إسبانيا بلجيكا وفرنسا.

رابعاً.التدابير المتعلقة بالإعلام: نتيجة للإختلالات المسجلة على مستوى نظام الإعلام فقد كان من الضروري التصدي لمثل هذه الفجوات مع تعزيز الاستفادة من المعلومات الصحية وهذا من خلال تبين مجموعة من التدابير المتمثلة فيما يلي:

- إعادة العمل بالمناهج التقليدية والمعروفة مع ضرورة التقيد بالمهام المنجزة طبية كانت أو غير طبية وذلك من خلال مسك ملف المريض ومتابعة حالته بطريقة تدريجية إلى حين تعافيه.
- تحديد المجالات التي يمكن توظيف بها مجال الإعلام الآلي مع إرفاق هذا الملف بالتكوين الضروري لذلك.
- إنشاء هياكل وطنية و جهوية مكلفة بإقامة منظومة إعلامية مع تزويدها بكل الوسائل الضرورية لإنجاز مهامها.

¹ - **application de la nouvelle carte sanitaire** , élaboré par le ministère de la population et de la reforme hospitaliere 12/01/2008, p02.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال والتنسيق بين مختلف الهياكل الصحية¹.
- خامسا. التدابير الخاصة بتنظيم القطاع الخاص: من أجل تنظيم نشاط عمل القطاع الخاص فقد تم تبني مجموعة من الإجراءات التي نوجزها فيما يلي:
- تحديد وإعداد القوانين الأساسية الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية الخاصة والشبه عمومية.
- إنشاء مؤسسات استشفائية خاصة .
- إلزام المؤسسات بالتكفل بالنشاط الإستعجالي عند غياب الهياكل والتخصصات والوسائل العمومية التي تتضمن الإسعجات مع ضرورة وضع آليات تمويل مناسبة لهذا الغرض.
- التفكير بالتنسيق مع المؤسسات المعنية بطريقة لتمويل القطاع الخاص الذي يسمح بالحفاظ على مبدأ توفير العلاج لكل مواطنين دون أن يقع على عاتقهم دفع مجموعة التكاليف.
- تشجيع القطاع الخاص على مبدأ الشفافية في تقدير تكاليف الأعمال.
- إخضاع الأنشطة الطبية والتقنية ذات الصلة بالصحة والممارسة لحساب الخاص إلى ترخيص من طرف المصالح المختصة بوزارة الصحة.
- وضع محاسبة المؤسسات الصحية الخاصة تحت إشراف الإدارة المؤهلة لإعطاء موافقتها على تسعيرة الخدمات².

المطلب الرابع: التنظيم الجديد للخريطة الصحية والتطلعات والخطط الانتقالية

الفرع الأول: التنظيم الجديد للخريطة الصحية

إن التشخيص الذي تم إعداده سنة 1999 قد أظهر بأن نظام الصحة قد بلغ حدوده وكان يعاني من بعض الإختلالات الهيكلية والتنظيمية التي كانت تحد من أدائه. وفي إطار هذا المفهوم عمد قطاع الصحة إلى انتهاج سياسة إصلاح المستشفيات الهادفة إلى دفع المنظومة الصحية نحو العصرية، وذلك بتحسين أدائها المتعلق بالتسيير والتكفل الكامل بالمستعملين.

ولمرافقة هذا الإصلاح ومراعاة ضرورة التكفل بالتحول المسجل على الصعيد الديمغرافي والوبائي، فقد استفاد قطاع الصحة من برنامج تنموي واسع تحت مبدأ تكثيف التغطية الصحية الجوارية وذلك بغية ضمان

¹ - وزارة الصحة و السكان إصلاح المستشفيات، المجلس الوطني للإصلاح المستشفيات، تقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الأولى و الأنشطة المستعجلة، مرجع سابق ، ص 38.

² - وزارة الصحة و السكان إصلاح المستشفيات، المجلس الوطني للإصلاح المستشفيات، تقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الأولى و الأنشطة المستعجلة، مرجع سابق ، ص 41.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

استفادة المواطنين من العلاج القاعدي والمتخصص. وعلى هذا الأساس فقد تم تطبيق تنظيم جديد ليقوم على مبدأ الفصل بين مؤسسات الصحية عن المؤسسات التي تضمن العلاج القاعدي. ويركز التنظيم الجديد على المهام الإستشفائية دون إغفال نشاطات الوقاية التي يوفر لها فضاء متميز بخص العلاج القاعدي مع تحسين العلاقات الجوارية مع المواطنين. علاوة على ذلك وبناء على تعليمة رئاسية تم فتح مناصب مالية لتوظيف كافة الممارسين العاملين والمتخصصين وكذا الشبه طبيين وهذا بغرض تحسين نسبة التأطير والتكفل بالهياكل الجديدة.

منذ الفتح جانفي من سنة 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية وهو نظام يسعي إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتميزها عن الهياكل الإستشفائية الإدارية وقد أسفرت هذه التعديلات التنظيمية والقانونية عن إعداد مدونة جديدة تظم هياكل الصحة وبهذا تم استبدال قطاع الصحة بمؤسستين إثنين هما¹:

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

المؤسسة العمومية للإستشفائية.

أولا. المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: وهي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وهي تتكون من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج: ولعل أهم المهام المنوطة بها مايلي:

✓ الوقاية والعلاج القاعدي.

✓ تشخيص الأمراض.

✓ العلاج الجوارية.

✓ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

✓ التكفل بالأنشطة الخاصة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي .

✓ تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان وذلك من خلال التكفل بمايلي:

■ المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات الخاصة بحفظ الصحة ومكافحة الآفات الاجتماعية.

■ المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم كما تعتبر المؤسسات

العمومية للصحة الجوارية ميدان للتكوين الطبي والشبه طبي والتكوين في التسيير الإستشفائي .

¹ - التقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، الجزائر، نوفمبر 2008، ص 325.

أ.قاعات العلاج: تمثل قاعات العلاج الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية الأولية. ولتمكين المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية يجب تكثيف شبكة قاعات العلاج بحيث يتم تجهيز على الأقل قاعة علاج واحدة في كل حي بالوسط الحضري، وكذلك في الأحياء القروية والريفية ويمكن توضيح المهام التي تعني بها قاعات العلاج في النقاط التالية:

- تأمين فحوصات الطب العام وذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام وممرض.
- ضمان تواجد قاعة للعلاج العام.
- ضمان وظائف الوقاية الآنية.
- متابعة البرامج الوطنية للصحة.
- متابعة الوظيفة الوقائية الخاصة بالأمر وطفل.
- مكافحة الأمراض المتنقلة والغير متنقلة.
- مراقبة نظافة الوسط(المحيط).

ب. عيادات متعددة الخدمات: تمثل العيادات متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية، وهي مرتبطة إداريا بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ويمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها. تغطي هذه الوحدة الصحية في الوسط الحضري 25000 مواطن ومن 3000 إلى 4000 مواطن في الوسط القروي، ويرجع هذا التفاوت في التقسيم إلى عدة أسباب منها: احتياجات السكان القيود الاجتماعية والاقتصادية والقيود الجغرافية.

باعتبار العيادات المتعددة الخدمات وحدة خارج الاستشفائية فهي ملزمة بتنظيم وضمان الوظائف الموالية¹:

- وظائف الطب العام.
 - وظائف طب الأسنان.
 - الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية والممثلة في: الجراحة العامة، الطب الداخلي، التوليد طب الأطفال.
- وعلى هذا الأساس يتضح بأن العيادات متعددة الخدمات تقوم بعدة مهام نوجزها في الأتي:

¹ - Application de la nouvelle carte sanitaire .op cit, p17

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- توفير الفحوصات المتخصصة على حسب الأطباء المتوفرين وذلك بالتنسيق مع المؤسسة العمومية الأقرب إليها.
- ضمان الأنشطة الشبه طبية.
- التكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية وذلك من خلال ضمان المناوبة الدائمة.
- تأمين الأنشطة الوقائية من خلال:
 - تطبيق البرامج الوطنية والمحلية للصحة العمومية.
 - تطبيق ومتابعة الأنشطة المتعلقة بالأمم والطفل.
 - متابعة الأمراض المعدية والغير معدية.
 - ضمان الوظائف المساعدة على التشخيص(كمخبر التحاليل الطبية،فحوصات الدم، مركز الأشعة... إلخ).
- من خلل هذه الوظائف تهدف العيادات المتعددة الخدمات إلى تحقيق جملة من الأهداف الي نوجزها في الآتي:
 - تحديد الأولويات في تقديم العلاجات الأساسية.
 - إعادة ترتيب الأنشطة الصحية من أجل تلبية احتياجات السكان.
 - العمل على تحسين الاستقبال ونوعية العلاجات المقدمة.
 - تقوية وتكثيف الأنشطة الوقائية.
 - تقوية علاقة الطبيب بالمريض من أجل تحقيق مفهوم "طبيب الأسرة".
 - تصحيح التفاوت في توزيع الهياكل خارج الإستشفائية من أجل تحسين الطب الجوّاري.
- ثانيا. المؤسسة العمومية الإستشفائية: هي عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء، وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات. بلغ عددها حسب إحصائيات 2007 ما يقدر 193 مؤسسة على مستوى الوطن. وتتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة بالحاجات الصحية للسكان وذلك من خلال:
 - تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
 - ضمان حفظ الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
 - ضمان تحسين مستوي مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

الفصل الثاني المنظومة الصحية عرض و تحليل

- كما يمكن استعمال المؤسسات العمومية الإستشفائية كميدان للتكوين الطبي ولتكوين في التسيير الإستشفائي.

خلاصة لما سبق ذكره يمكن القول أن مضمون المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الإستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية جاء ليحقق فكرة الفصل بين تسيير المستشفيات والهياكل الغير إستشفائية وهي تعتبر مبادرة جيدة كونها تسعى لحل مشكل عدم التوازن في توزيع الوسائل البشرية والمادية بين مختلف الهياكل الإستشفائية وخارج الإستشفائية. لكن من جهة أخرى لم يستطع برنامج الإصلاح المعتمد سنة 2007 أن يحل بصيغة نهائية حل المشاكل الصحية، ونخص بالذكر عدم توازن مؤسسات القطاع بين جهات الوطن وعدم الكفاءة في التسيير. وعلى هذا الأساس كان لزاما على وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات اعتماد برنامج إصلاح آخر، وهذا من أجل استكمال الجهود التي تم مباشرتها سنة 2007 وكذلك من أجل خلق نظام صحي أكثر عدالة و فعالية و أكثر تعميما.

الفرع الثاني: الإختلالات والخطط الانتقالية (2010-2015)

نظرا للإختلالات العديدة التي شهدتها القطاع الصحي خلال العشرية الأخيرة والتي تبين من خلالها وجود نقائص عديدة على مستوى برنامج الإصلاح الأخير (2007-2009)، فقد تم تشكيل لجنة مختصة مهمتها وضع قانون صحي جديدة. ولقد أنهت اللجنة أعمالها في أجالها المحددة (جانفي 2011)، وبالموازاة مع ذلك فقد تشكلت عدة لجان أخرى لإعادة النظر في الوقاية والتعليم الشبه طبي، ولجنة لوضع خارطة صحية للدولة. إلا أن بداية تنفيذ هذا البرنامج أو بالأحرى مناقشة هذا البرنامج عرفت تأخرا شديدا إذا لم يتم توزيعه على مديريات الصحة لكل ولاية وكذا النقابات من أجل إدراج اقتراحات على هذا البرنامج حتى أواخر سنة 2014.

أولا. المحاور الكبير لعملية الإصلاح: لقد ركز برنامج الإصلاح الصحي الجديد على مجموعة من المحاور

حيث تم التطرق من خلاله إلى عدة نقاط نوجزها فيما يلي:

- عرض مشروع نص حول المقاطعات الصحية.
- إعادة تنظيم الاستعجالات الطبية.
- مراجعة قانون الصحة.
- تأسيس ميثاق عمل لمصالح الاستعجالات الطبية الجراحية.

- إشكالية تطبيق الملف الإلكتروني.
- تشجيع الإنتاج للمواد الصيدلانية .
- مسح ديون المؤسسات الصحية.

من خلال العنصر الموالي سنتطرق إلى بعض النقاط التي عاجلها مشروع الإصلاح الصحي.

ثانيا. التدابير المتخذة لإصلاح النظام الصحي: لقد شرعت وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات في إعداد مشروع لإصلاح المنظومة الصحية والذي سيدخل حيز التنفيذ بداية من سنة 2016. ويندرج هذا الإصلاح في إطار إعادة الاعتبار للخدمة الصحية العمومية، ولعل أهم التدابير المتخذة لمعالجة أوجه القصور بالقطاع الصحي الذي أصبح يعاني منها في الآونة الأخيرة نذكر مايلي:

أ. عرض مشروع نص حول المقاطعات الصحية: يهدف مشروع الإصلاح الذي يندرج في إطار عمليات إصلاح القطاع إلى مراجعة تنظيم قطاع الصحة من خلال إنشاء مقاطعات للصحة على مستوى كل إدارة تديرها هيئة تسهر على التنسيق ما بين مختلف المؤسسات والمصالح الصحية بالإقليم استجابة لمتطلبات سكان كل منطقة من جانب التغطية الصحية.

سيمكن هذا التنظيم الجديد المتوقع تأسيسه قريبا من الاستغلال الأمثل للقدرات والموارد الخاصة بالتغطية الصحية وفق خصوصيات كل منطقة إلى جانب تحديد الواقع الوبائي حسب كل دائرة.

كما سيتيح هذا البرنامج من الاستعمال الأمثل الإمكانيات وتحديد الأولويات وتطوير التغطية الصحية من خلال التنسيق ما بين المؤسسات الصحية للقطاعين الخاص والعام ناهيك عن تشخيص النقائص.

ب. إعادة تنظيم الاستعجالات الطبية: إن هذه العملية التي سطرتها الوصاية تهدف إلى تحسين التكفل بالمرض من خلال تقديم العلاج بشكل سريع وفعال وذلك من خلال تبني مجموعة من التدابير الأساسية التي تمثلت فيما يلي:

✓ تعين طبيب للاستقبال والتوجيه، وكذا توفير الآليات والوسائل التي من شأنها ضمان حسن سير عمل الاستعجالات خاصة منها تحويل المرضى بعد التشخيص للحصول على العلاج.

✓ تكيف الاستعجالات الطبية حسب المقاييس العالمية من حيث التكوين، التنظيم والنظافة.

✓ تحسين نوعية التكفل بالمرض على مستوى الاستعجالات.

✓ تسير التوافد على مستوى الاستعجالات وإعادة توجيه المرضى الذي لا تتطلب حالاتهم علاجات مستعجلة.

- ج. تأسيس ميثاق عمل لمصالح الاستعجالات الطبية: كذلك من بين النقاط الحساسة التي أشار إليها الإصلاح الجديد للقطاع الصحي وهو ضرورة تأسيس ميثاق للعمل بهذه المصالح التي لها وضعها الخاص ومميزاتها الحساسة كونها واجهة قطاع الصحة وحلقة حساسة ضمن السلسلة الإستشفائية وهذا من خلال:
- ✓ تحديد الحقوق والواجبات لكل من المرضى والطواقم الطبية حتى يتم الرفع من مستوى الخدمة العمومية في هذه الأوساط التي تعرف ضغط أكثر من وقت مضى.
 - ✓ كما تضمنت عملية الإصلاح تأطير زيارة المرضى لا سيما على مستوى المصالح الإستعجالية، وضبط مسألة مرافقة المرضى وذلك بهدف ضمان شروط مناسبة للعمل ولتجنب الفوضى.
 - ✓ مضاعفة التكوين والرسكلة للمستخدمين العاملين بالمصالح الإستعجالية.

خلاصة الفصل

من خلال استعراض مختلف التجارب الغربية في تحسين أداء المنظومة الصحية، نجد بأن الجزائر عرفت العديد من الإصلاحات التي تهدف في الأساس إلى تحسين نوعية الخدمات الصحية في العديد من الجوانب التي قد تساهم في تطوير النظام الصحي وجعله يتلاءم مع احتياجات وطالبي هذه الخدمات، وعند مقارنة ما قامت به في هذا المجال مع الدول الغربية، تبين بأن هذه الأخيرة لها تجارب رائدة وبارزة الوضوح في الإصلاحات المنشودة التي هدفت بالأساس إلى تطوير الأساليب اللازمة لتطوير بلدانها من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، وهذا الفرق بدا واضحا من خلال الفجوة الموجودة في الممارسات والسياسات الخاصة بكيفية تقديم الخدمات الصحية وجهود تطوير النظام الصحي.

إن المؤشرات المستقبلية المتوقعة على المستوى الوطني تبرز أن عدد السكان الجزائريين سيرتفع إلى 44,8 مليون نسمة في سنة 2025 ويصل معدل الولادات إلى 16,9 في الألف ومعدل الوفيات العامة إلى 4,5 في الألف، أما معدل النمو فيبلغ 1,24 % بينما معدل طول العمر المتوقع سيصل إلى 80 سنة¹.

وتستدعي هذه التحولات الديموغرافية إعادة النظر ودراسة للمنظومة الصحية، وذلك من خلال التركيز أكثر في محاولة التعرف على أهم احتياجات ومطالب المجتمع الصحية، والعمل دائما على تعزيز الجانب الصحي من حيث التمويل الصحي العادل بين جميع طبقات المجتمع، مع محاولة الاستفادة من تجارب الدول العربية المجاورة والدول الغربية خاصة الرائدة منها في مجال إصلاح النظام الصحي على غرار ألمانيا والمملكة المتحدة.

¹ -حوالف رحيمة ، طفياني كلثومة: واقع وآفاق الخدمات الصحية في الجزائر، خمسة عقود من الانجازات والصعوبات، مداخل في اطار الملئقى الدولي الخاص برؤية مستقبلية للاقتصاد الجزائري ، جامعة بشار ، 04-05 مارس 2014، ص10.

الفصل الثالث:

تمويل المنظومة الصحية

المبحث الأول: مصادر وأنظمة تمويل الإنفاق الصحي

المبحث الثاني: تطور نظام تمويل المنظومة الصحية بالجزائر

المبحث الثالث: مصادر تمويل المنظومة الصحية بالجزائر

المبحث الرابع: النظام التعاقدى كبديل لتمويل المنظومة الصحية

بالجزائر

تمهيد:

لقد عرفت الجزائر غداة الاستقلال نظاما موروثا عن النموذج الفرنسي للمنظومة الصحية، وما ميز تلك الفترة، الوضع المتدهور والمتزدي للصحة العمومية، فكان من الضروري إعادة تنظيم قطاع الصحة ليتلاءم مع متطلبات الوضع الجديد فتم اعتماد سياسة الطب المجاني سنة 1973 والتي أدت إلى تحرير الطلب ومنه تسريع الاستهلاك الصحي خصوصا مع التوسع في البنية الصحية. ومع مرور الوقت أصبح ملف تمويل نفقات الصحية مطروحا مجدداً في ظل الأزمة التي عاشتها الجزائر مع منتصف الثمانينات والتي أصبح من المؤكد أنها أثرت سلباً على المنظومة الصحية، من خلال تقليص الميزانية المخصصة لهذا القطاع مما أدى إلى إحداث اختلال في توازن السياسات الصحية المطبقة، فالنمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الأعباء الناجمة عن سياسة مجانية العلاج.

إذن فتمويل قطاع الصحة لا يزال يشكل عقبة أمام إصلاح والنهوض بهذا القطاع بالنظر إلى غياب أسس علمية صحيحة وسليمة لتغطية نفقات الخدمات المقدمة، ولو أنه خلال السنوات الأخيرة تم التحضير لمشروع نظام التعاقد كبديل لتمويل القطاع الصحي إلا أن هذا البرنامج لم يرى النور بعد. وعلى هذا الأساس سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى أهم مصادر تمويل المنظومة الصحية مع الإشارة إلى بعض الدول الرائدة في هذا المجال وفي الأخير سنحاول تسليط الضوء على المنظومة الصحية الجزائرية وما تعتمد من أساليب لتغطية نفقاتها وأهم البدائل التي اقترحتها الوزارة لتمويل القطاع مستقبلاً.

المبحث الأول: مصادر وأنظمة تمويل الإنفاق الصحي

المطلب الأول: إشكالية تنامي الإنفاق الصحي كظاهرة عالمية

تعد ظاهرة الزيادة في النفقات الصحية ظاهرة عالمية لا تقتصر على دولة دون أخرى ولا عن نظام صحي دون آخر: بحيث ارتفعت نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية من 3% من الناتج المحلي الإجمالي في العالم عام 1948 إلى 7.9 عام 1997 ثم إلى 17.10% من الناتج الداخلي الخام سنة 2013¹. إلا أن وتيرة التزايد تختلف من نظام صحي إلى آخر ومن دولة لأخرى" فهي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بزيادة النفقات العامة للدولة وبتزايد النشاط الاقتصادي والاجتماعي للبلد.

الفرع الأول: الأسباب الحقيقية والظاهرية لزيادة الإنفاق الصحي

¹-La banque mondiale perspective monde université de Sherbrooke.

لقد كان أول من نبه إلى ظاهرة تزايد النفقات العامة هو الألماني فاضل (A-Wagner) حيث أقام دراسته بناءً على تطور النفقات العامة في الدول الأوروبية خلال القرن التاسع عشر (19) والتي توصل من خلالها إلى قانون الاقتصادي نسبة إليه، ويتلخص مضمون هذا القانون كون أنه "إذا حقق أي مجتمع معدلاً معيناً من النمو الاقتصادي) فإن ذلك سيؤدي إلى اتساع نشاط الدولة ومن ثم فإنه سيؤدي إلى زيادة النفقات العامة بمعدل أكبر من معدل نصيب الفرد من الناتج القومي"¹.

لقد حاول الاقتصاديون تفسير هذه الظاهرة من خلال الوقوف عند الأسباب المؤدية إليها أين أرجعها أغلبية المفكرين إلى سببين أساسيين يتعلق الأمر بالأسباب الظاهرية وأخرى أسباب حقيقية.

أولاً. الأسباب الظاهرية: يقصد بالأسباب الظاهرية تلك العوامل التي تؤدي إلى زيادة حجم النفقات العامة دون أن يقابلها إي زيادة في متوسط نصيب الفرد من النفقات العامة ويمكن حصر هذه الأسباب في النقاط التالية :

أ. تدهور قيمة العملة: إن انخفاض القدرة الشرائية للفرد سوف يؤدي بالدولة إلى دفع وحدات أكبر من النقود للحصول على نفس القدر من السلع والخدمات² وهو ما يترتب عنه ارتفاع في المستوى العام للأسعار، وأمام انخفاض القدرة الشرائية للأفراد ستجد الدولة نفسها مضطرة إلى رفع أجور العمال وبالتالي زيادة في حجم الإنفاق العام"².

ب. اختلاف النظم المالية والمحاسبية: قد يترتب عن تغيير النظم المالية والمحاسبية في إعداد الميزانية العامة زيادة النفقات العامة نتيجة الاعتماد الحالي على طريقة الموازنة الإجمالية من خلال إدراج كافة الإيرادات والنفقات دون إجراء عملية المقاصة (طرح التكاليف): أي من خلال إجراء عملية طرح مصاريف تحصيلها، مما كان يقلل من حجم النفقات المعلن عنها"³.

ج. زيادة عدد السكان: إن الزيادة في النفقات العامة الناجمة عن زيادة عدد السكان تعتبر زيادة ظاهرية عندما لا يتزايد النصيب المخصص للفرد الواحد أي أن زيادة في النفقات العامة لا يترتب عنها أي زيادة في النفع العام.

ثانياً. الأسباب الحقيقية: يقصد بالأسباب الحقيقية مجموعة العوامل التي تؤدي إلى زيادة الإنفاق العام وما يصاحبها من زيادة في كمية الخدمات المقدمة ونوعيتها للأفراد³ ترتبط هذه الزيادة بمجموعة من العوامل نوجزها في النقاط التالية:

¹- محمد سعيد فرهود، مبادئ المالية العامة، منشورات جامعة حلب، سوريا، 1997 ص 89.
²- محمد عباس محرز، اقتصاديات المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، 2003، ص 106.
³- محمد خصاونة، المالية العامة (النظرية والتطبيق)، دار المناهج للنشر، الطبعة الأولى، 2014، ص 68

أ. الأسباب الاقتصادية: إن لحجم الدخل القومي وتطوره لتأثير ملحوظ على حجم النفقات العامة فسواء تعلق الأمر بتوسيع مشاريع اقتصادية عامة أو بالتصدي لفترات الكساد¹ هي جميعها طرق وعوامل تدفع بالدولة إلى زيادة حجم الإنفاق بهدف الدفع من مستوى الطلب الكلي الفعال وبالتالي الوصول إلى حالة التشغيل الكامل بالتناسب مع الطاقة الإنتاجية للاقتصاد الوطني.

ب. أسباب اجتماعية: تعتبر هذه الأسباب مبدأ عام يقود إلى نمو المجتمع وتحضره عبر التوسع في الإنفاق: بمعنى أن هذا الإنفاق إما أنه يؤدي إلى خلق نشاط جديد أو اتساع نطاق قائم وهو بذلك يعمل على إشباع الاحتياجات المتزايدة والعديدة للسكان² في مجالات عدة كالصحة، التعليم، السكن، إضافة إلى الإعانات الاجتماعية كالمعاشات، العجز والبطالة .

ج. أسباب سياسية: ترجع زيادة الإنفاق العام كذلك إلى تطور الفكر السياسي ونمو العلاقات الدولية خاصة أمام سيادة مبادئ العدالة الاجتماعية ونمو مسؤولية الدولة لكثرة الأحزاب والجمعيات والهيئات التمثيلية المركزية المحلية. يضاف إلى هذا ما تنفقه الدولة على الهيئات الدبلوماسية على تسديد مستحقات المنظمات الدولية في إطار العلاقات الدولية.

بالنسبة لزيادة الإنفاق الصحي فهو يقوم على مجموعة من العوامل يمكن إيجازها في النقاط التالية³:

- 1- العمر والجنس:** ترتفع نفقات العلاج في سن الولادة ثم تبدأ في الانخفاض تدريجياً أثناء فترة الشباب إلى غاية 50 سنة ثم تبدأ في الارتفاع تدريجياً وهذا بفعل الأمراض التي تزداد مع ارتفاع السن. وتكون نفقات العلاج مرتفعة أكثر عند النساء أكثر من الرجال بسبب الولادة واهتماماتهم المتزايدة بالصحة.
- 2- حسب الجيل:** يلاحظ أن كل جيل يستهلك أكثر من الجيل الذي يسبقه: مما يؤدي إلى ارتفاع النفقات نتيجة تطور أشكال الوصول إلى العلاج وجود تغطية اجتماعية عن طريق التأمينات الصحية من خلالها يمكن الوصول إلى العلاجات من دون عائق مالي يدفع تكاليف ضئيلة من تكاليف العلاج من طرف المريض.
- 3- تطور الأمراض الوبائية:** إن انتشار الأمراض الوبائية كالسل والسيدا وظهور فيروسات جديدة (فونزا الطيور، فونزا الخنازير)، وكذلك الارتفاع الملحوظ في عدد المصابين بالأمراض المزمنة مثل (السرطان وأمراض القلب، السكر وضغط الدم) يؤدي إلى ارتفاع النفقات الصحية بشكل مذهل.

الفرع الثاني: مستقبل الإنفاق الصحي

¹ د. يونس أحمد البطريق، أصول المالية العامة، الدار الجامعية للنشر، مصر، 2009، ص 263.

² محمد عباس محرز، اقتصاديات المالية العامة، (مرجع سابق)، 109

³ د. العلواني عديلة: أسس اقتصاد الصحة، دار هومة للنشر، الجزء الأول، الجزائر، 2014، ص 47.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

إن تحقيق أي زيادة في معدل النمو الاقتصادي سيؤدي لا محالة إلى تزايد في حجم الإنفاق العام ومن ثم تزايد في الإنفاق الصحي الذي يعتبر من أهم أوجه الإنفاق الاجتماعي للدولة. وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار أن هذه الظاهرة قد أصبحت كقاعدة عامة لا تستثني أي دولة ولذلك نجد أن معظم الدول تسعى الآن جاهدة للتحكم فيه. ويضيف الاقتصاديون أمر مؤكد □ هو نمو الإنفاق على الرعاية الصحية يتقارب اثنان من الاتجاهات العامة المهمة في سياق التحول في تمويل الرعاية الصحية أي زيادة نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة وانخفاض النفقات التي يتحملها في الخدمات الصحية.

لكن إذا كانت الزيادات في مجموع الإنفاق على الصحة تبدو أمرا حتميا، فإن التراجع في مدفوعات الرعاية الصحية التي تتسبب في إفقار المواطنين ليس حتميا. ورغم انخفاض متوسط الإنفاق من الأموال الخاصة للمواطن فلا يزال هناك العديد من الأسر التي تزرع تحت وطأة الفواتير الطبية، وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض. وتشير البحوث إلى ضرورة زيادة تعبئة الموارد الحكومية أو العامة من أجل الصحة إلى جانب السياسات التي ترفع من كفاءة استخدام الأموال العامة في النظم الصحية الوطنية ومن أجل توضيح أكثر لحجم الجهود المبذولة بالقطاع على مستوى بعض الدول من خلال حجم المخصصات المالية يمكن الاستعانة بالجدول التالي:

الجدول (3-1): نسبة النفقات الإجمالية للصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام

2010-2000	1990-1970	
3.23	2.95	OCDE
3.47	3.47	أستراليا
4.35	4.35	بلجيكا
4.26	4.26	اسبانيا
4.03	4.03	الوم أ
2.61	2.61	سويسرا
2.87	2.87	كندا

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé

من خلال ما سبق يتضح أن الإنفاق الصحي أصبح يمثل نسبة معتبرة من الناتج الداخلي الخام وهو في تنامي مستمر ففي سنة 1990 بلدان OCDE خصصت في المتوسط 7.5% من الناتج الداخلي الخام لقطاع الصحة في حين أن هذا الرقم عام 2010 إلى 9.5 % أما بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية فقد بلغت حصة القطاع الصحي سنة 1990 بـ 13.5% من الناتج الداخلي الخام لتصل في سنة 2010 إلى

حدود 17.6%¹ من جهة أخرى مساهمة الدول في حجم الإنفاق العالم على الصحة يتعدى 1000 مليار دولار هذه النفقات نجدها متمركزة بالدول المصنعة وهي تستحوذ لوحدها على نسبة 90 % من مجموع الإنفاق العالمي على الصحة وللمجموع سكان يمثل 15% من عدد سكان العالم، وتبقى نسبة 10% الباقية من النفقات الصحية العالمية فهي خاصة بالبلدان النامية (افريقيا، أمريكا اللاتينية وآسيا)².

من خلال هذه المعطيات الرقمية يتضح لنا مدى خطورة هذه الظاهرة التي أصبحت تشكل إشكالا كبيرا لمعظم الدول والتي تعود بالأساس إلى عدة أسباب نذكر منها:

- الزيادة المستمرة للنفقات الاستشفائية حيث أنها تمثل نسبة لا يستهان بها من حجم الإنفاق العام الصحي فمثلا بالنسبة لأستراليا فهي تخصص 91% من الناتج الداخلي الخام إلى الإنفاق الصحي 45 % منها توجه لتغطية التكاليف الاستشفائية وهذه النسبة هي مرشحة للارتفاع إلى حدود 50% بحلول سنة 2017.
- ارتفاع نفقات الصحة يرجع بالأساس أيضا إلى ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية وما يقابله من مجانية العلاج لبعض الخدمات التي تقدم مجانا لأسباب مختلفة (سياسية أو اجتماعية) هو ما يلزم الدول على زيادة إنفاقها الصحي العمومي، فمثلا بالنسبة لإسبانيا يتعدى إنفاقها العمومي 73.6% بلجيكا 75.6 % دول OECD 72.2%، الوم 48.2% (سنة 2010).
- ازدياد الأمراض المزمنة (كالسرطان القلب السكري) مع ظهور أمراض وبائية جديدة غير سارية³ والتي تسببت بوفاة 38 مليون حالة وفاة من أصل 56 مليون حالة وفاة مسجلة بالعالم سنة 2012⁴.
- زيادة تكاليف الخدمات الطبية نفسها نتيجة ارتفاع تكاليف التكنولوجيا المستخدمة والأجهزة الالكترونية والمعدات الطبية.
- ارتفاع تكاليف المستخدمين بالقطاع (عمال السلك الطبي" الشبه طبي والإداري) حيث أنها تشكل نسبة لا يستهان بها بالنسبة للإنفاق العام.
- ارتفاع تكاليف الدراسة للتخصصات الطبية والطبية المساندة وكذا طول الفترة الزمنية للدراسة في مجالات الطب والصيدلة والتخصصات الطبية المتخصصة⁵.

¹-Julien Tousignat , François Vaillancourt , **le financement des dépenses publiques de santé dans cinq fédérations** , rapport de projet Montreal , Aut, 2013 , P 03

²-منصوري الزين : **تحليل التطور الهيكلي لنفقات قطاع الصحة والبحث عن مصادر جديدة للتمويل**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، فرع نفود و مالية، جامعة الجزائر 1999، ص 50-51.

³- الأمراض الغير سارية: كأمراض القلب و الشرايين، الأمراض الخبيثة، الاضطرابات العقلية والسلوكية، أمراض الجهاز التنفسي...إلى غير ذلك.

⁴-التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية حول: **الأمراض الغير سارية 2014**، ص 08 على الموقع الالكتروني: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

⁵-د.صلاح محمود ذياب، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة** (مرجع سبق ذكره) ص 75.

من خلال ما سبق يتضح أن احتواء نمو الإنفاق العام علي الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي باتت تواجهها الاقتصاديات المتقدمة و النامية بحيث ارتفع الإنفاق الصحي بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية، ويمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات. وخلال نفس الفترة ارتفع أيضا الإنفاق الخاص على الصحة الذي يمثل في المتوسط نحو ربع النفقات الكلية على الصحة في الاقتصاديات المتقدمة. وفي حين تزامنت زيادة الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة فقد وضع أيضا ضغوطا كبيرة علي الميزانيات وخصوصا في الوقت الحالي حيث بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات غير مسبوقه في الاقتصاديات المتقدمة .

منذ عام 2010 تباطأ نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية ومن الضروري فهم ما يعنيه ذلك وهل سيستمر هذا التباطؤ؟ وهل أن الإنفاق الصحي تحت السيطرة؟. تنطوي الإجابة على هذه الأسئلة على انعكاسات مهمة على الآفاق الاقتصادية طويلة الأجل للاقتصاديات المتقدمة والنامية على حد سواء. فتزايد الإنفاق على الرعاية الصحية يمكن أن يرغب تلك الاقتصاديات إما على خفض الإنفاق في المجالات الأخرى ذات الأولوية (كالتعليم والبنية التحتية) أو إبطاء تقدمها في خفض الدين العام. يمكن أن يكون لكلا الخيارين أثر على آفاق النمو في هذه الاقتصاديات¹.

بالنسبة للجزائر فقد شهدت فاتورة العلاج تطورا كبيرا وتناميا واسعا" تطورت بتطور عجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد. وأصبحت أرقام هذا القطاع في مجال الإنفاق تؤثر على توازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة إذ يلاحظ أن هذا التزايد في الإنفاق الصحي لم يصاحبه تزايد في المردود ولا في تحسين الحالة الصحية للبلاد. ففي القطاعات الأخرى من الاقتصاد الوطني، فإن تزايد الإنفاق بالخصوص إذا كان مرجعا سريعا، فإنه يعبر دوما على رواج وديناميكية النشاط لهذا القطاع فهو يعتبر عاملا إيجابيا فلماذا في ميدان الصحة لا يعتبر كقطاع محرك للاقتصاد، خالق للعمالة والدخل ومشبع إضافي لرفاهية الأفراد وسعادتهم من جهة. من جهة أخرى لماذا التزايد في الإنفاق الصحي الذي يعبر عن جهد اجتماعي أصبح اليوم محل انشغال كبير للسلطات العمومية والخبراء والرأي العام.

إن احتواء التكاليف الصحية يجب أن يصبح شعارا وهدف للمرحلة المقبلة فكل المواطنين يدفعون ثمن ارتفاعها خاصة الأفراد والمهمشون اجتماعيا كالنساء والأطفال، كما أن ارتفاع التكاليف الصحية لم يؤدي إلى تطوير الخدمات الصحية على صعيد المناطق والخدمات الاجتماعية، فالتوزيع الجغرافي غير متوازن للخدمات

⁴ بيبيديكت كليمانس، سانجيف غوبتا: فاتورة الصحة. مجلة التمويل والتنمية، إصدارات صندوق النقد الدولي، العدد الأول، رقم 04، ديسمبر 2014، ص 22.

الصحية وهو ما زاد من مشكلة القطاع حيث يوجد أكبر تمركز للمؤسسات الصحية والاختصاصيين في المدن الرئيسية مقارنة بالمناطق الريفية منها.

ومن هنا برزت أهمية الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيئات المانحة وهذا بمنظار الفعالية والعدالة والعقلنة أمرا لا بد منه وذلك لصد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية التي كان لها آثار بالغة في التقليل من نشاطها ومردوديتها وضعف وريادة نوعية الخدمات المقدمة¹.

وعندما نتكلم عن مسألة الزيادة في الإنفاق على الرعاية الصحية فان اقتصاديات الدول ليس مغلوب على أمرها إذ يمكنها اتخاذ إجراءات من أجل الحد من الإنفاق واحتواء الزيادة في هذه المصروفات في السنوات القادمة وذلك باعتبار أن الإنفاق الصحي لا يخضع إلى السيطرة الكاملة لكافة الاقتصاديات وهو ما يؤكد على ضرورة الاضطلاع بإصلاحات هيكلية طويلة الأمد من أجل الحفاظ على المكاسب الكبيرة التي حققت في مجال الرعاية الصحية في الماضي وتمديد هذه المكاسب، والحد من نمو هذا الإنفاق للهبوط به إلى وتيرة تكون قابلة للإدارة بدرجة أكبر².

الفرع الثالث: الانعكاسات على سياسة المالية العامة

تنطوي التوقعات بشأن المالية العامة للاقتصاديات المتقدمة في الأجل الطويل على انعكاسات كبيرة. حتى تتمكن هذه الاقتصاديات من بلوغ أهداف المالية العامة الخاصة بها في الأجل المتوسط سيتعين عليها الاستمرار في خفض الإنفاق. ونتيجة لذلك يبلغ مجموع احتياجات ضبط أوضاع المالية العامة (بما في ذلك الزيادات المتوقعة في الإنفاق على الصحة) 475 نقطة مئوية في المتوسط من إجمالي الناتج المحلي. وهي نسبة كبيرة تؤكد على ضرورة تحسين كفاءة الإنفاق الحكومي وهو أمر ممكن تحقيقه في عدد من المجالات (كالإنفاق على التعليم مثلا إصلاح شبكة الأجور... الخ).

عندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية فان اقتصاديات المتقدمة ليس مغلوب على أمرها فبإمكانها اتخاذ إجراءات للحد من الإنفاق واحتواء الزيادة في هذه المصروفات في السنوات القادمة من بين الإجراءات التي يمكن أن تتخذها ما يلي:

✚ تنفيذ إصلاحات تعزز التنافس والاختيار يمكن أن تتضمن المنافسة بين شركاء التأمين ومقدمي الخدمات الصحية والإفصاح عن المعلومات بشأن الأسعار وجودة الخدمات المقدمة.

¹-Abbaoui Yazid , Colloque international sur :**les politiques de maitrise les dépenses des santé**,Algérie, 24,25 novembre 2015 , Msila , P 02

²- بينديكت كليمانس، سانجيف غوبتا: **فاتورة الصحة**. مجلة التمويل والتنمية، (مرجع سابق)، ص 25.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

زيادة التأكيد على الرعاية الأولية والوقائية التي يمكن أن تقلل إلى الرعاية الصحية الأعلى تكلفة.

إدخال تحسينات في نظم الأداء المدفوعات للهيئات المقدمة للخدمات الصحية من أجل زيادة الحوافز لتوفير علاج فعال التكلفة.

لا يخضع الإنفاق على الرعاية الصحية للسيطرة الكاملة في الاقتصاديات النامية والمتقدمة، وهو ما يؤكد على ضرورة الاضطلاع على إصلاحات هيكلية طويلة الأمد من أجل الحفاظ على المكاسب الكبيرة التي تحققت في مجال الرعاية الصحية في الماضي وتمديد هذه المكاسب والحد من هذا النمو للهبوط إلى وتيرة تكون قابلة للإدارة بدرجة أكبر.

المطلب الثاني: مصادر وأنماط تمويل الخدمات الصحية

لقد دفع الارتفاع الهائل في الإنفاق على نطاق العالم المجتمعات كافة علي السعي إلى اتخاذ ترتيبات للتمويل الصحي تضمن عدم حرمان الناس من الرعاية الصحية بسبب عجزهم على تحمل تكاليفها، ومنذ زمن بعيد يعد توفير الرعاية الصحية للجميع اللبنة الأساسية التي تركز عليها النظم الحديثة للتمويل الصحي في بلدان كثيرة، وترمي عملية تمويل الصحة إلى إتاحة الأموال وإيجاد الحوافز المالية المناسبة لمقدمي الخدمات الصحية لضمان توفير رعاية صحية وشخصية ناجعة لجميع الأفراد ويعني هذا التقليل من احتمال عجز الأفراد عن تحمل تكاليف الرعاية الصحية¹.

الفرع الأول: مصادر تمويل الخدمات الصحية

هي الوحدات التي تقوم بتقديم المال لوكلاء التمويل لتجميعها وإعادة توزيعها لشراء لوازم الرعاية الصحية وخدماتها من الممكن أن يكونوا وكلاء التمويل ومصادر التمويل شيئاً واحداً في النظام الصحي حيث تقدم الأسرة الأموال لأنظمة التمويل الصحي من خلال الأقساط: كما تدفع أموال لقاء شراء مستلزمات الرعاية الخاصة بها. وتظهر أهم مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي للحسابات الصحية ملخصة في الجدول التالي:

الجدول (3-2): مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي لحسابات الصحة

الاعتمادات	الرمز
الاعتمادات العمومية	FS1
الاعتمادات الحكومية الإقليمية	FS1.1
عوائد الحكومة المركزية	FS1.1.1
عوائد الحكومة المحلية	FS1.1.2
اعتمادات عمومية أخرى	FS1.2

¹ - التقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، حول الصحة في العالم، مرجع سبق ذكره، ص ص 134، 137.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

عوائد الموجودات بين الوحدات العامة	FS1.2.1
اعتمادات أخرى	FS1.2.2
الاعتمادات الخاصة	FS2
اعتمادات أصحاب العامل	FS2.1
الاعتمادات الأسرية	FS2.2
المؤسسات التي لا تهدف إلى تحقيق ربح	FS2.3
اعتمادات خاصة أخرى	FS2.4
عوائد الموجودات بين الوحدات الخاصة	FS2.4.1
اعتمادات أخرى	FS2.4.2
باقي الاعتمادات العالمية	FS3

المصدر: العلواني عديلة: أسس اقتصاد الصحة: (مرجع سابق): ص 54.

من خلال ما سبق يتضح أن مصادر تمويل الخدمات الصحية يشمل مجموع الأموال الخاصة والعامة والخيرية، بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيرا، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر نغان الخصائص المحددة للخدمات الصحية وطبيعة إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية، وعدم التأكد، والتكاليف المرتبطة بالخدمات الصحية تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق أمرا غير مرغوب فيه. ومما لا شك فيه أن الأساليب المتبعة لتمويل أنظمة الصحة وطرق إنفاق الأموال تعتمد بالدرجة الأولى على عمق التدخل الحكومي وعلى مدى عدالة النظام¹.

وعلى العموم تشمل عملية تمويل المنظمة الصحية حسب الحسابات الصحية تشمل ثلاثة فئات أساسية وهي²:

➤ **الأموال العمومية (FS1):** وهي تغطي جميع حالات التمويل العمومي المقسمة إلى عدة فئات، منها اعتمادات تقدمها حكومات إقليمية، اعتمادات تقدمها كيانات حكومية أخرى (مركزية أو ولائية)... الخ.

➤ **الأموال الخاصة (FS2):** وهي تشمل جميع الاعتمادات الخاصة، بالإضافة إلى مساهمة برامج التأمين الاجتماعية (عامة وخاصة)، واعتمادات أصحاب العمل.

➤ **باقي الاعتمادات العالمية (FS3):** وهي الاعتمادات التي ترد من خارج البلد لاستعمالها في السنة الجارية. بصفة عامة تختلف مصادر تمويل الصحة من منظومة صحية إلى أخرى تبعا للسياسة التمويلية المنتهجة وعلى العموم يمكن أن نجد أربعة مصادر أساسية هي كالتالي:

¹ - نزار قنوع: دراسة وتحليل لدور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عمما وفي المنطقة العربية خصوصا (2005/1995)، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد الأول، سوريا، 2009، ص 14.

² - العلواني عديلة: أسس اقتصاد الصحة، مرجع سابق، ص 57.

أولاً. مصادر تمويل عمومية: يتمثل التمويل العمومي في الأموال التي تنفقها الدولة وهيئاتها العمومية لتمويل خدماتها الصحية³ على هذا الأساس نجد أن هذا المصدر هام جدا لا مفر منه ذلك باعتبار أن حكومة أي دولة ملزمة بالمساهمة في تمويل خدماتها الصحية على الرغم من أن هذه النسبة قد تختلف من دولة لأخرى¹.

ثانياً. مصادر خاصة: بالنسبة لمصادر التمويل الخاصة فهي تأخذ أحد الشكلين الآتيين:

■ مصادر التمويل الخاصة مصدرها مؤسسات عامة أو خاصة: تسعى إلى إنشاء مراكز صحية يستفيد منها عمالها وهذا سعيا منها إلى التحكم بنفقاتها الصحية بالدرجة الأولى.

■ مصادر التمويل الخاصة مصدرها الأفراد (المستهلكين): وهي تتمثل في المراكز الصحية أو العيادات التي تعود ملكيتها إلى فرد واحد التي تهدف إلى تحقيق هامش ربح مقابل الخدمات المعروضة².

ثالثاً. التأمينات: يمكن تحديد الأنواع المختلفة للتأمينات الصحية المعروفة عالمياً فينظامين رئيسيين هما:

■ تمويل الخدمات الصحية عن طريق نظام التأمين الصحي الاجتماعي.

■ تمويل الخدمات الصحية عن طريق التأمين الصحي الخاص³.

هناك البعض الآخر من المفكرين الاقتصاديين من يرى أن طرق تمويل المنظومات الصحية العالمية يخضع إلى أربعة مصادر أساسية وهي كالتالي⁴:

أ. الاحتياطي الحر (التأمين الحر): من خلال هذا النمط الأشخاص لهم الحرية في اختيار عقد التأمين أو الانخراط لدى صندوق الضمان الاجتماعي نجد هذا النمط من التأمين في أغلب دول العالم الثالث إضافة إلى بعض الدول المتقدمة كسويسرا مثلاً بحيث أن الأسرة لها حرية الانخراط وبصفة إرادية مع ذلك نجد أن نسبة 97% من الشعب السويسري مؤمن كما يمكن لأفراد الأسرة أن يؤمنوا أنفسهم بصفة فردية.

كذلك الأمر بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية بحيث أن التأمينات المرضية ليست بالإلزامية فهي تابعة لنشاط القطاع الخاص لا يوجد هنالك نظام حماية شامل لجميع الأفراد بل هناك فئتان من المجتمع اللذين يستفيدون من هذه الحماية وهما فئة الشيخوخة والفئة المحرومة.

ب. التأمين المرضي الإلزامي: يعتمد هذا الأسلوب على إلزام الأفراد بالاشتراك لدى صناديق الضمان الاجتماعي وهذا من خلال الاشتراكات التي يدفعها الأفراد أو أرباب العمل والتي تمكنهم من تلقي العلاج على مستوى الهياكل المتعاقد معها حسب نص العقد.

¹ - زميت خدوجة: تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، مرجع سابق، ص 119.

² - Fatima Zohra Oufriha: Cette chère santé, Opu, Alger, 1992, P 137

³ - Marianne Berthod Wurmser et All, La santé en Europe, op cit, P144.

⁴ - Fatima Zohra: cette chère santé, op cit, P 10-11.

يوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (كألمانيا، بلجيكا، هولندا، لكسمبورغ وفرنسا) وكذا أغلب الدول التي تعرضت للاستعمار) لكن تختلف تطبيقات هذا النمط من التمويل من دولة لأخرى بين الدول المتقدمة والمتخلفة.

ج. التأمين العام: هذا النمط من التأمين يشابه إلى حد كبير نمط التأمين الإلزامي: كون أن الأفراد المشتركين يسددون أقساط التأمين لدى صناديق الضمان الاجتماعي بينما يبرز وجه الاختلاف بينهما، في كون أن جميع الأفراد سواء كانوا مشتركين أو غير مشتركين لهم الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية أي أن الخدمات الصحية المعروضة غير مؤسسة على إلزامية الاشتراك. ولذلك يمكن أن نجد هذا النمط في الجزائر كون أن نظام التأمينات الاجتماعية يمول بواسطة الميزانية العامة ومساهمة المؤمنین ومساهمة المستخدمين (أرباب العمل): كما يمكن أن نجد هذا النمط في كندا في إطار المقاطعات والطب المتنقل وكذلك في السويد، النرويج وهولندا.

د. التأمين ضد الخدمات الصحية الوطنية: من مميزات هذا النمط من التمويل أن المصدر الممول للخدمة الصحية هو الذي يقدم العلاج: لذلك نجد هذا النمط عند بعض الدول الغربية كإنجلترا أين تشرف الحكومة على تسيير وتمويل المستشفيات: كذلك من خلال عملية التعاقد مع الأطباء المستقبلين للمرضى والذين يتم تعويضهم حسب عدد المرضى المعالجين. ونظرا لفعالية هذا النمط من التمويل فقد سلكت عدة دول من أوروبا هذا الشكل كالدنمارك: إيرلندا إيطاليا، اليونان، البرتغال وإسبانيا¹.

رابعاً. مصادر التمويل الخارجية: هذه المصادر تأتي من خلال المساعدات المالية (هبات وقروض) مصدرها مؤسسات مالية أو منظمات عالمية (كالبنك العالمي والمنظمة العالمية للصحة).

على الرغم من أن هذا المصدر لا يعتمد عليه بصفة أساسية في عملية التمويل كونه مصدر غير اعتيادي إلا أنه وفي المقابل هو مصدر هام بالنسبة لبعض الدول (كدول أوروبا الوسطى والشرقية وذلك من خلال منظمات ثنائية وجماعية مثل منظمة الاقتصاد الأوروبية، البنك العالمي البنك الأوربي للتنمية وإعادة التعمير²). بالإضافة إلى الأساليب التقليدية للتمويل هناك مجموعة متنوعة من آليات التمويل التي ظهرت مع بعض التجارب الدولية [قد جاءت الحاجة لهذه المصادر الإضافية من الأموال نتيجة زيادة الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع تكاليفها بالإضافة إلى الزيادة السريعة في التكنولوجيا وتتجسد هذه الطرق في:

¹نصر الدين عيساوي: مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية، رسالة مقدمة للحصول على شهادة الماجستير كلية العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد مالي، جامعة قسنطينة، 2004/2005، ص ص 96-97.

²-Fatima Zohra oufriha : les cahier de cread , N° 28/29 du 4° trimestre, 1991, P 09

1- التمويل الصحي عن طريق الضرائب: يساهم التمويل القائم على الضرائب في توفير الخدمات الصحية للأفراد من خلال الضرائب على: الدخل الممتلكات المشتريات المكاسب الرأسمالية ومجموعة متنوعة من المواد الأخرى والأنشطة هذه الضرائب والرسوم مقبولة من طرف أغلبية السكان ما لم تزد السلطات منها وتحتفظ بإيراداتها وتستخدم الحكومة الدخل المتأتي من الضرائب العامة لتمويل خدمات الرعاية الصحية مباشرة من خلال مؤسسات الدولة أو التعاقد على تقديمها مع مؤسسات خاصة أو مستقلة مثل صناديق الخدمات الصحية الحكومية، وكمثال عن ذلك مصر بحيث تساهم الضرائب بنسبة 25% في تمويل القطاع الصحي "1".

2- حسابات الادخار الطبية: حسابات الادخار الطبية هي حسابات ادخار فردية والتي تقتصر على الإنفاق على الرعاية الصحية وهناك عدد قليل فقط من البلدان في العالم تملك خبرة فيما يتعلق بهذه الحسابات من بينها سنغفورة.

3- التسهيلات المالية الدولية: وهذا من شأنه أن يطور المساعدة الإنمائية عن طريق بيع السندات الحكومية المضمونة في مقابل تدفقات المساعدات المالية المستقبلية.

4- مقايضة الديون الصحية: حيث تحول ديون الحكومة الخارجية إلى دين داخلي مما يؤدي إلى الإقلال من الضغط لتوليد الصرف الأجنبي لخدمة الديون كما أن مقايضة الديون من أجل الصحة تعتبر أيضا فرصة للمانحين الأجانب لزيادة كمية العملة المحلية بما يعادل قيمة التبرع "2".

المطلب الثالث: نماذج عن تمويل المنظومات الصحية في العالم

إن تسير المنظومات الصحية في العالم يعتمد على ثلاثة مفاهيم أساسية للتمويل "3"

نظام بيفردج (النظام الشمولي، أو المفهوم الإنجليزي): وفقا لهذا المفهوم فإن الدولة هي المصدر الأساسي لتمويل المنظومة الصحية وذلك من خلال الاقتطاعات الضريبية بحيث أن كل فرد يساهم في دفع الضرائب له الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية المجانية. فالتمويل هنا يعتمد على تضامن وطني مزدوج بين الفقراء والأغنياء وبين الأصحاء والمرضى العلاج في هذه الحالة يكون دائما بصفة مجانية بالنسبة للمرضى مع اختلافات بسيطة في الوسائل فهم يمولون من جيوبهم بين 5% إلى 10% من مصاريف العلاج. فالمبدأ الأساسي لهذه الفلسفة هو التساوي في الوصول إلى العلاج وتعميمه وضمان شموليته.

نظام بيسمارك (الأنظمة المهنية): وفقا لهذا النظام يكون الحق في الصحة والتأمين الصحي مخصص للعمال "وذوي الحقوق" ولعائلاتهم [تمويل الخدمات الصحية يتم من المؤسسات والعمال من خلال الاشتراكات المرتكزة على الأجور بحيث تسير هذه الاشتراكات من طرف للمؤسسات والعمال مثل

¹-مديحة محمود خطاب، تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مرجع سابق، ص 09.

²- www.who.int/health_financing/mechanisms/en/04_3.pdf, 07/06/2015.

³-P.Etienne Barral : **Economie de la santé** , Edition , Dunod , Paris , 1978 , P 400

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

النقابات المساندة والمهنيين ويسمى هؤلاء " بالشركاء الاجتماعيون "الذين لهم مسؤولية تحقيق التوازن المالي للدولة وإصلاح الوضعية في حالة اللاتوازن.وتعد مشاركة المرضى في تكاليف العلاج على جانب من الأهمية إذ تتراوح بين 10% و 15% وفي بعض الأحيان أكثر بكثير.

🚩 **النظام الحر:** يقوم في غالب الأحيان على أساس قوى السوق في عرض وتمويل الخدمات الصحية، بحيث من يدفع أكثر يحصل على أفضل الخدمات الصحية، إذن فهذا النظام لا يضمن غالباً المبادئ الأساسية الخاصة بشمولية عدالة الوصول للعلاج والتغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع .

➤ وعلى هذا الأساس سوف يتم دراسة بعض الأنظمة الصحية العالمية المتبنية في بعض الدول المصنفة حسب البنك الدولي للإنشاء والتعمير ضمن الدول ذات الدخل المرتفع في ما يلي:

الفرع الأول: المنظومة الصحية الفرنسية(نظام مزيج)

نظام الصحة في فرنسا يعتمد على مبدئين أساسين وهما:

🚩 **الأول:** خاص بالحرية الفردية (حرية الاختيار والوصول المباشر للأطباء بما في ذلك المتخصص).

🚩 **الثاني:** يترجم عن طريق الخدمات العمومية الممثلة بأغلبية القطاع الاستشفائي، وأغلبية المؤسسات العلاجية الوقائية .

تعتمد المنظومة الصحية الفرنسية على أربعة مصادر رئيسية لتمويل تكاليف العلاج وهي "1":

- التمويل الحكومي .
- التأمين الإلزامي .
- التأمين التكميلي (OCAM).
- التمويل عن طريق الأسرة.

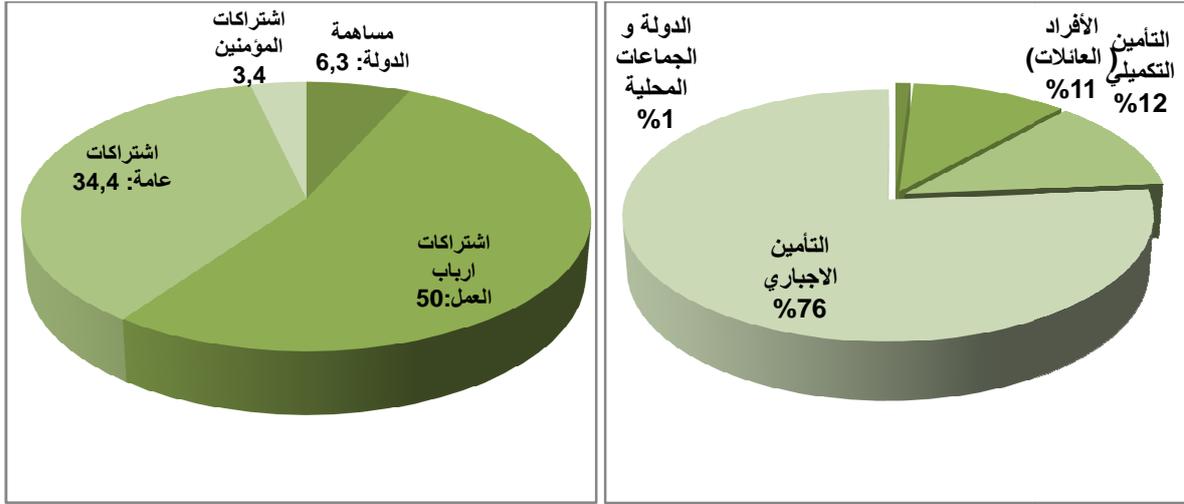
الشكل(3-2): هيكل تمويل المنظومة الصحية بفرنسا سنة

2006

الشكل(3-1): هيكل تمويل المنظومة الصحية بفرنسا

سنة 2002

¹-Emilie Sauvignet : **le financement du système de santé en France** ,op cit, P 24



Source : comptes nationaux de la santé 2002 DREE

أولاً. التمويل الحكومي (عن طريق الجماعات المحلية): تقوم الحكومة الفرنسية بتغطية نسبة معينة من حجم نفقات القطاع الصحي إلا أن الشيء الملاحظ هو أن هذه المساهمة تظل محتشمة وذلك باعتبار أنها لا تتعدى نسبة 9% من تكاليف القطاع هو ما يفسر بالضرورة أن الدولة لا تتحمل عبأ كبير وهذا في ظل الدور الكبير الذي يقوم به الضمان الاجتماعي في تمويل الهياكل الصحية. وبالدرجة الأولى المستشفيات هذا حسب النشاط الذي يواجهه كل مستشفى كذلك حسب تكلفة العلاج التي يتحملها كل مستشفى.

ثانياً. التأمين الإلزامي (الإجباري على المرضى): يتميز الضمان الاجتماعي في فرنسا بالتعقيد وهذا بحكم وجود عدة أنظمة للتأمين على المرضى منها:

- .. أنظمة التأمين الخاصة: ويشمل بعض الإدارات المستقلة قطاع المناجم قطاع السكك الحديدية... الخ.
 - .. نظام التأمين الفلاحي: يشمل هذا النمط من التأمين مستثمري القطاع الفلاحي.
 - .. نظام التأمين للعمال المستقلين: وهو يشمل أصحاب المهن الحرة إضافة إلى التجار والصناعيين.
 - .. النظام العام لفرع التأمين على المرضى: وهو يغطي شريحة الأفراد أو الأجراء من صناعة تجارة والخدمات.
- إضافة إلى تنوع أنظمة التأمين يتميز الضمان الاجتماعي بفرنسا بتنوع طرق التسيير لكل منها وهذا من خلال منحها نوع من اللامركزية في التسيير لكن مع خضوعها دائماً إلى رقابة الدولة.
- يتميز نظام التأمين الإجباري على المرضى بكونه المصدر الرئيسي لتمويل المنظومة الصحية الفرنسية (وذلك ابتداء من جانفي 2000): يغطي 100% من احتياجات المجتمع الفرنسي و 70% من تكاليف القطاع وهذا بفضل الاشتراكات التي يدفعها العمال.

ثالثا. التأمين التكميلي: لقد حاولت الحكومة الفرنسية خلق تغطية صحية شاملة لكافة الأفراد من خلال نمط التأمين الإجباري الذي يحظى أكثر من 77% من تكاليف القطاع الصحي الفرنسي⁷ لكن ونظرا لارتفاع النفقات الصحية التي تجاوزت 3314 دولار أمريكي سنة 2005 فعادة ما يتم تحميل المريض جزءا من هدف التكاليف. كذلك فقد أشارت العديد من الإحصائيات أن أكثر من 90% من الفرنسيين يلجئون إلى هذه الصناديق للتكفل بأعباء العلاج. وعلى هذا الأساس فقد أصبح التأمين التكميلي أحد أهم مصادر القطاع الصحي كونه يساهم بنسبة تقارب 12% من تكاليف القطاع.

بالنسبة لحجم المبالغ التي يتم تعويضها من طرف صناديق التأمين فهي تتم استنادا على الاتفاق المبرم مع الممارسين بالقطاع (عمال السلك الطبي) من جهة أخرى بالنسبة لتغطية تكاليف العلاج على مستوى المستشفيات فيتكفل بها صناديق التأمين الإجباري بحيث أنه يغطي أكثر من 90% من تكاليف هذه الهياكل، أما بالنسبة للعلاج الجاري من أدوية، فحوص، تحاليل... إلخ فيتكفل بها صناديق التأمين التكميلي بنسبة تتعدى 60%¹ لكن الإشكال المطروح يتمحور حول مستويات التغطية لهذه الصناديق؟.

رابعا. مبدأ التغطية الصحية الشاملة: نظرا لكون أن نظام التأمين الإجباري في فرنسا يشمل فئات معينة دون فئات أخرى وبالأخص الفئات الفقيرة، ولهذا ابتداء من سنة 2000 تم استحداث هذا النمط من التمويل والذي هدفه الأساسي هو توفير تغطية صحية شاملة بحيث أنه يشمل الفئات الفقيرة التي لا يتعدى دخلها 606 أورو شهريا.

لقد استطاع هذا النمط من التمويل أن يشمل عدد كبير من أفراد المجتمع الفرنسي بما يقارب 05 مليون فرد وبنفقات بلغت 1647 مليون أورو سنة 2006. لكن ومن وجهة التمويل عن طريق التأمين الطبي الشامل فقد استثنى فئة الأفراد ذوي المداخل المتوسطة أي الذين يتراوح دخلهم ما بين 606 و700 أورو. ولهذا تم استحداث نمط جديد من التأمينات سنة 2005 وهو ما يعرف بالمساعدات الطبية التكميلي (Aide Complémentaire santé) ACS ليشمل أكثر من 27000 مستفيد وبنفقات قاربت 40 مليون أورو سنة 2006²

إن ارتفاع تكاليف التغطية الصحية بالنسبة للعلاج الجاري إلى 181 مليار أورو سنة 2005 أي بنسبة 10.6% من الناتج الداخلي الخام (كرابع دولة بعد الو.م.أ (سويسرا) ألمانيا)³ أدى إلى ضرورة إعادة النظر

¹- Charles Philips : **les fondements de l'économie de la santé**, union édition , Paris 1995, P 291.

²- Emilie Sauvignat : **le financement du système de santé en France**, Op cit , P 25.

³- République française , ministères des affaires étrangères ; **la France à la loupe (la santé en France)**, Février 2007, P 02.

في مستويات التغطية وذلك من خلال مراعاة حجم الاشتراكات المقدمة من طرف الأفراد، وكذا حسب حالته الصحية. وعلى هذا الأساس ثم اقتراح نموذج للتأمين تكون فيه مستويات التغطية تبعا للاشتراكات المقدمة (ابتداء من نسبة 7 %) وكذا نوع خاص من العقود التأمينية (عقود جماعية أو فردية).

خامسا. التمويل عن طريق الأسرة: يساهم المواطنون في تمويل النظم الصحية عن طريق السداد المباشر عند طلب الخدمات الصحية فضلا عن مجموعة من الأشكال التنظيمية المختلفة منها:

أ. دور وزارة الصحة: تتأسس عادة شبكة واسعة من مقدمي الخدمات في القطاع العام هي تعد من الناحية التنظيمية مرفق الصحة الوطني، وتعتمد على الضرائب العامة التي تحصلها وزارة المالية كمصدر رئيسي للإيرادات وتخدم صالح الشعب عامة.

ب. صندوق الضمان الاجتماعي: وهو يشمل صندوقا واحدا أو عدة صناديق متنافسة: يمول أساسا من الاشتراكات المحددة حسب المرتبات ولديه شبكة من مقدمي الخدمات، يقوم بشراء الخدمات من مقدمي الخدمات الخارجية ويقدمها إلى المشتركين فيه (الذين يعملون عادة في القطاع النظامي).

ج. صندوق تأمين مجتمعي أو صندوق خاص قائم على أساس مقدم الخدمات الصحية: يكون عادة عبارة عن صناديق تأمين صغيرة أو منظمة لشراء الخدمات ويستمد موارده أساسا من أقساط التأمين. صناديق التأمين الصحي الخاصة (الخاضعة للنظام أو الغير خاضعة له) تمول أساسا عن طريق الاشتراكات التي قد تحدد وفقا لاحتمالات الخطر غير أنها لا تحدد عموما بحسب الدخل وفي الغالب يتعاقد مع رب العمل للتأمين على جميع موظفيه.

بالنسبة للمنظومة الصحية الفرنسية فالأفراد يساهمون في تمويل هذا القطاع بنسبة 8.5 % وهذا من خلال دفع جزء من تكاليف العلاج من خلال :

- خصم مبالغ محددة من التعويضات التي تقدمها صناديق التأمين عن المرضى (50 سنتيم أورو عن كل علبة دواء 02 أورو بالنسبة للنقل الصحي ... إلخ).
- المساهمة بمبلغ واحد أورو عن كل عملية فحص طبي لدى طبيب عام أو أخصائي.
- اقتطاع مبلغ واحد أورو عن كل الخدمات الصحية التي يتلقاها المريض في المستشفيات أو العيادات (من اختيارات الأشعة) التحاليل المخبرية... إلخ).
- المساهمة في دفع مصاريف الإقامة بالمستشفيات بحيث أن المريض ملزم بتسديد مبلغ مالي يتراوح ما بين 12 إلى 16 أورو يوميا.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

- المساهمة الجزافية بحيث يساهم المريض بدفع 18 أورو يوميا عن كل الخدمات الصحية التي يتلقاها المريض في المستشفيات أو العيادات من فحوصات وتشخيصات بشرط أن يتعدى قيمتها 91 أورو.

من خلال ما سبق نلاحظ أن المنظومة الصحية الفرنسية تمتاز بتنوع مصادر التمويل. وهذا من خلال تحميل المريض جزء من تكاليف العلاج إلا أن هناك العديد من الفئات التي تم إعفاؤها من تسديد هذه المصاريف ونذكر منها:

+ الفئات الأقل من 18 سنة.

+ المستفيدون من نظام التغطية الطبية الشاملة أو نظام المساعدات الطبية للدولة.

+ المرأة الحامل خلال الأربع الأشهر الأخيرة من الحمل.

+ الإقامة بالمستشفى بسبب حادث عمل .

من جهة أخرى تمتاز المنظومة الصحية الفرنسية بتنوع مصادر التمويل من خلال تنوع صناديق التأمين عن المرض الأمر الذي من شأنه أن يخلق نوع من المنافسة فيما بينها وبالتالي تعزيز من قدرتها على الاستجابة إلى احتياجات المشتركين وتخفيفها على الابتكار كما يمكن أيضا تخفيفها على تخفيض التكاليف لزيادة حصتها في السوق وتعظيم أرباحها من خلال عملية الاندماج مثلا كإصلاح مؤسسات التأمين الشبه رسمية (OBRASSOCIALSES) في الأرجنتين عام 1994. لكن ومن جهة أخرى تسبب المنافسة بين صناديق التأمين مشاكل كبيرة على الرغم من الفوائد التي قد تنجم عنها ولا سيما فيما يتعلق بسلوك الانتقاء فيما يتعلق بصناديق التأمين والمشاركين. فالاشتراك الإلزامي يحدّ بدرجة كبيرة من مجال الاختيار¹ دون أن يزيل نهائيا الحوافز التي ترتبط به وخاصة في إطار مخططات الاشتراك غير المرتبطة بالمخاطر المحتملة.

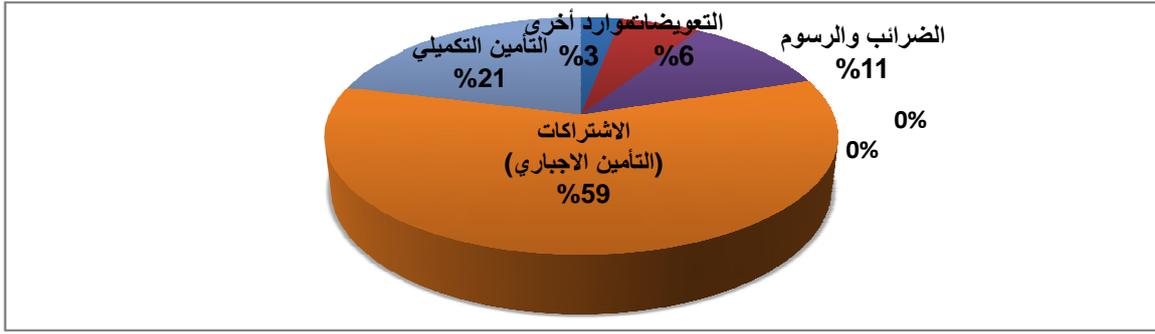
كذلك قد يشير سلوك الانتقاء مشكلة في مجال المنافسة كلما جرى تجميع الموارد ومهما كانت المستويات التنظيمية لتجميعها (تصادف هذه المشكلة بصورة خاصة فيما يتعلق بمخططات الاشتراك الغير مرتبطة بالمخاطر المحتملة) هنا يتعين إما أن تسعى صناديق التأمين إلى اجتذاب المشتركين الذين لديهم أقل احتمالات من المخاطر والذين يسددون الاشتراكات المستحقة عليهم دون أن يتسببوا في أي تكاليف، أو أن يسعى الأفراد الذين تكون لديهم أعلى احتمالات من المخاطر إلى تغطية أنفسهم بصورة أنشطة من الباقيين (تأمين اختياري) "1".

كذلك الشيء الذي يميز المنظومة الصحية الفرنسية وهو مساهمة الضرائب والرسوم بالقطاع الصحي

بنسبة معتبرة تصل إلى حدود 11% (أكثر من 130.6 مليار أورو) كما هو موضح في الشكل الموالي :

¹-التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية الخاص: بالصحة في العالم، (تحسين أداء النظم الصحية)، سنة 2000، ص ص 120 - 121.

الشكل (3-3) هيكل إيرادات المنظومة الصحية بفرنسا سنة 2010



Source :Rapport de la direction de la sécurité social : **les chiffres de la sécurité social**, la France, 2010 , P 08

الفرع الثاني: تمويل المنظومة الصحية البريطانية (بيفردج)

إن مبادئ وإدارة وتمويل المستشفيات في إنجلترا هي نفسها منذ حوالي 50 سنة وهي مختلفة عن أنظمة بسمارك في ثلاثة أسس:

تغطية شامل، مجانية وموحدة من غير الخراط في تنظيم التأمين الصحي هي من حق كل شخص من دون أن يكون عاملاً أو تابعاً لأي مؤسسة .

احتكار خدمات الصحة العمومية حيث أن الخدمة الوطنية للصحة تمنح العلاجات الاستشفائية عن طريق مهنيين أجراء تابعين للنظام العمومي .

تمويل يعتمد في الأساس على الضرائب.

تتميز المنظومة الصحية لبريطانيا بضعف فعاليتها نتيجة ضعف مستويات التمويل (إلا أن إصلاحات حزب العمال (بداية من سنة 1999) سمح لإنجلترا بالاستفادة من ارتفاع غير مسبوق في حجم الموارد المالية المخصصة للقطاع) حيث تضاعفت ميزانية الصحة منذ سنة 1997 لتصل سنة 2005 إلى 109.9 مليار (: ثم إلى 124.8 مليار أورو سنة 2007. بحث تساهم الدولة بنسبة تصل إلى 84% من حجم النفاق الصحي).

دائماً على مستوى التمويل فقد التزمت الحكومة البريطانية برفع حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام نسبة 2001 (أي ما يقارب 65 مليار جنيه إسترليني) إلى 10% من الناتج الداخلي بحلول سنة 2020 (أي ما يتعدى 150 مليار جنيه إسترليني). ففي الوقت الذي تشكو فيه معظم الدول الأوروبية من الارتفاع السريع في نفقاتها الصحية بقيت المنظومة الوطنية للصحة متحكممة في هذه التكاليف تفسير ذلك يعود بالأساس إلى طريقة تسديد تكاليف (أتعاب) عمال القطاع والتي تعتمد فيه على النهج التعاقدية مما جعل

تكاليف القطاع منخفضة مقارنة بالدول المجاورة، ضف إلى ذلك انخفاض تكاليف التجهيز وذلك باعتبار أن المنظومة الصحية الوطنية تتبع إجراءات صارمة فيما يخص اقتناء التجهيزات ذات التكلفة المرتفعة.

ومن أجل تفعيل القطاع فقد التزمت الحكومة البريطانية على توفير الموارد اللازمة للقطاع، وذلك من خلال الاعتماد على حجم الضرائب بمختلف أنواعها بحيث نجد أن الهيئة الوطنية للخدمات الصحية (NHS) تعتمد على 81%¹ من مواردها على الضرائب H ذلك من أجل توفير تغطية صحية متكاملة ومجانبة للأفراد. وعلى هذا الأساس نجد أن هذا النمط من التمويل يستثني الاشتراكات الاجتماعية بحيث أنه لا يستدعي وجود صناديق للتأمين على المرض² (نظام التعويضات) 5 كما يتم توزيع الميزانية المخصصة للقطاع على 08 أقاليم صحية جهوية وكل إقليم يضم عدة مقاطعات وهذا من أجل الفعالية في التسيير للموارد والتغطية الشاملة لكل المقاطعات. كذلك من أجل تخفيف من حدة العبء المالي على الحكومة البريطانية فالأفراد يساهمون في تمويل القطاع الصحي بنسبة معتبرة تتعدى 17% (بقيمة 21.3 مليون أورو سنة 2007)³.

الفرع الثالث: تمويل المنظومة الصحية الأمريكية (النظام الحر)

تمثل نفقات الصحة في الوماً نسبة كبيرة حيث أنها وصلت إلى حدود 17.6 % من الناتج الداخلي الخام سنة 2010 بعدما كانت لا تتعدى 13.9% من الناتج الداخلي الخام سنة 2000 وهو ما جعل من الو م أ تصدر قائمة الدول من حيث حجم الموارد المخصصة لهذا القطاع بمبلغ مالي يتجاوز 7418 دولار أمريكي (2010)⁴. وعلى هذا الأساس تغطية هذه التكاليف جعل الو م أ تعتمد على ثلاثة مصادر رئيسية لتمويل هذا القطاع وهي:

التمويل الحكومي.

التأمينات .

التمويل عن طريق الأفراد .

الشكل (3-4) مصادر تمويل التأمين عن المرض في الو م أ (سنة 2007)

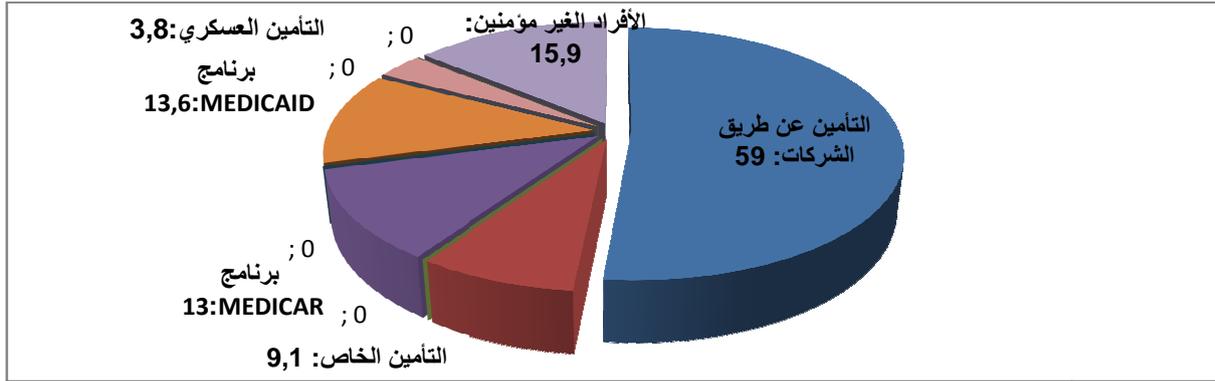
¹ - د. العلواني عديلة: أسس اقتصاد الصحة، مرجع سابق، ص 93.

² - Charles Philips : les fondements de l'économie de la santé , op cit , P 291

³ - SEAN BOYLE : United kingdom(England) : Heath system review , vol 13 .2011.P87

⁴ - Julien Tousigrat , François Vaillancourt : Le financement des dépenses publiques de santé dans cinq fédérations , op cit, P 03.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية



Source :Jean Marc Lucas :**le système de santé Américain** , revue conjoncture, 2007, P 04

أولاً. التمويل الحكومي: تتمثل مساهمة الدولة في تمويل المساعدات الطبية المجانية الموجهة إلى الفئات الفقيرة التي لا يتعدى دخلها عتبة الفقر بحيث أن تمويل يتم مناصفة بين الحكومة الفيدرالية والووم أ، حيث تساهم هذه الأخيرة بنسبة تتراوح ما بين 50% إلى 83% من نفقات هذا البرنامج وهذا راجع بالأساس إلى الإمكانيات المالية للووم أ. إلا أن ارتفاع تكاليف هذا البرنامج جعلها تشكل عبأ إضافي خاصة في مجال التكفل بالمستخدمين والعلاج طويل الأجل.

ثانياً. التأمينات: تعتمد الولايات المتحدة الأمريكية أيضا على هذا الأسلوب من التمويل لتوفير الخدمات الصحية المطلوبة لكافة الأفراد وذلك من خلال الاستناد على ثلاثة أنماط أساسية هي: التأمين الإجباري: وهو يتمثل في الاشتراكات الاجتماعية الموزعة مناصفة بين العاملين والمؤسسات المستخدمة. هذا من خلال التكفل بدفع التكاليف الاستشفائية للمريض خلال إقامته بالمستشفى خلال فترة لا تتعدى 04 أشهر.

التأمين الاختياري: يتم تمويله من قبل الأشخاص المستفيدين من الخدمات الصحية بحيث أن كل فرد يساهم بنسبة 25% للتأمين عن النفقات الصحية التي تتم خارج المستشفى. التعويض الجزئي: يساهم الأفراد بنسبة 25% من النفقات الصحية من اجل الحصول على تعويض جزئي للأدوية التي تتم خارج المستشفى.

..التأمين المرتبط بالعمل: هو الأسلوب الأكثر استعمالا في الووم أ لتمويل المنظومة الصحية بحيث يشمل أكثر من 33% من سكان الووم أ: في حين أن التأمينات الفردية فهي تمثل 09% من السكان. هذا وتتفاوت نسبة التأمين بين القطاع العام والقطاع الخاص وذلك باعتبار أن العمال مخيرون في الانضمام أو رفض الانضمام إلى برامج التأمين الذي تقترحه المؤسسة. لكن ونظرا لارتفاع أقساط التأمين فقد أصبحت تشكل ضغطا كبيرا على المؤسسات سواء الخاصة أو العامة وحتى الأفراد.

ثالثاً. التمويل عن طريق الأفراد: تعتبر المشاركة المالية للمرضى محدودة جدا وهي في غالب الأحيان منعدمة خصوصا في العلاج الاستشفائي، ولذلك نجد أن المواطن الأمريكي يقوم بإجراء الفحوصات الطبية لدى الممارسين التابعين لمنظمات صيانة الصحة (HMO) شريطة تسديد أقساط ثابتة أو لدى الممارسين التابعين للمنظمات المتعاقد معهم.

بالإضافة إلى شركات التأمين الربحية هنالك منظمات غير ربحية ويتعلق الأمر بـ:

Blue cross : المختصة في تغطية التكاليف الاستشفائية.

Blue shield : المختصة في تعويض التكاليف الطبية والجراحية.

يتم تدخل المنظمين في التأمين الصحي للخدمات الصحية العالية التكاليف حيث أن 90% من الأفراد يمتلكون تأميناً على التكاليف الاستشفائية 61% منهم لديهم تأمين على التكاليف الطبية الجراحية¹ أما بالنسبة للأدوية فهي غير معطاة ولذلك فإن المواطن الأمريكي يتحمل كافة تكاليف اقتناء الأدوية. إلى جانب أنظمة التأمين السابقة هنالك نمطين آخرين للتأمين في الولايات المتحدة الأمريكية هما:

1/ برنامج MEDICAR: هو نمط يخص التأمين الاجتماعي ضد الشيخوخة (الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة)، وقد استطاع هذا البرنامج من أن يغطي حوالي 33 مليون شخص بحث يضمن لهم الاستشفاء إلى غاية 60 يوم في العام. كما يغطي هذا البرنامج التكاليف الصحية للأشخاص عديمي الدخل، بالنسبة لتمويل هذا البرنامج فيتم عن طريق الحكومة الفيدرالية بنسبة تتراوح بين 12% إلى 42% من موارد هذا البرنامج¹.

2/ برنامج MEDICAID: يغطي هذا البرنامج نصف الفقراء والعجزة الذين هم بحاجة إلى العلاجات لفترة طويلة ويضم حوالي 30 مليون فرد. يشتمل هذا البرنامج على نوعين من الصناديق:

- **صندوق خاص بالتغطية الإجبارية**: يغطي هذا الصندوق بعض التكاليف الاستشفائية إضافة إلى العلاجات المنزلية: هذه التغطية قد تصل إلى 100%. أما بالنسبة لتمويل هذا الصندوق فيتم عن طريق اشتراكات العمال.
- **صندوق خاص بتغطية التكاليف الصحية للأفراد ذوي الحقوق**: أما تمويله فيتم مناصفة بين الأفراد المكتتبين والخزينة الفدرالية.

¹ - **Beards of trustes of the fédéral hôpital insuranc and federal supplementary medical insurance**, trust fonds 2012 annuel rapport, P 10

لقد أشارت التقارير الإحصائية أن تكاليف هذا البرنامج قد بلغت 300 مليار دولار أمريكي¹ سنة 2008 موزعة كما يلي:

- ✓ الأشخاص المسنين بنسبة 25 %.
- ✓ الأشخاص المعوقين بنسبة 42 %.
- ✓ الأشخاص البالغين بنسبة 12 %.
- ✓ الأطفال بنسبة 20 %.

المبحث الثاني: تطور أنظمة تمويل الإنفاق الصحي

يتم تمويل عامة مصالحي الصحة العامة من ميزانية الدولة بينما يتم تمويل نموذج تأمين المرض الإجباري أساسيا من خلال اشتراكات الضمان الاجتماعي أما حماية الأشخاص الغير مؤمنين والمحرومين فهي تتوقف على إعانة الدولة.

على ضوء هذه النماذج الممارسة في معظم البلدان يظهر خصوصية النظام الوطني للصحة بأكثر وضوح، بحيث أن مصالحي الصحة العمومية قائمة على مبادئ العمومية والجمانية غير أنها ممولة أساسا بأموال الضمان الاجتماعي أو بعبارة أخرى بالاشتراكات الاجتماعية دون أن يكون لهذه الأخيرة أي حق في المراقبة حول استعمال المبالغ المخصصة لنظام الصحة.

ومعرفة بهذا الشكل فإن آليات التأمين الاجتماعي تستعملها الدولة لرفع الموارد المخصصة لنظام للعلاج العمومي: كما أن الضمان الاجتماعي مقتصر على أن يلعب دور عون بسيط لميزانية الدولة².

إذا ما كانت طريقة تمويل العلاج العمومي قائمة على أساس ترابط منطقي بالنظر إلى الاختيارات الأساسية المقررة في شأن السياسة الوطنية للصحة التي كانت تعطي مكانة متفوقة للقطاع العام³ تظهر إلى أقصى حد ممكن تدخل القطاع الخاص فاليوم تغيرت المعطيات تغيرا جذريا بحيث أن تزايد عرض العلاج الخاص بشكل معتبر وضع الضمان الاجتماعي أمام لزوم مزدوج وهو تعويض مصاريف العلاج التي يقدمها الأطباء الخواص من جهة⁴ وتمويل جزء من ميزانية هيكل الصحة العمومية من جهة أخرى.

وعلى هذا الأساس فقد مر النظام الصحي بالجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا بثلاثة مراحل أساسية، فبعدما كان مبنيا على أساس تسعيرة اليوم الاستشفائي⁵ نظرا لاستمرار العمل بنظام الحماية من الأمراض جاء

¹-Julien tousignant, François vaillancourt, **Le financement de dépenses publiques de santé dans cinq fédérations**, op cite, P49.

²-طلعت الدمرداش: **اقتصاديات الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص 346.

الأمر رقم 65/73 والمتضمن مبدأ مجانية العلاج على مستوى الهياكل الصحية العمومية وصاحب ذلك تبني نظام تمويل أساسي الدفع الجزائي (بسبب العراقيل التي واجهت هذا النظام، تم البحث عن نمط تمويلي جديد وهو ما يعرف بالنهج التعاقدية سعياً إلى تقديم خدمات صحية أفضل. وعلى هذا الأساس ارتأينا الطرق من خلال هذا البحث ولو بصفة مختصرة إلى أهم المحطات التي عرفها نظام تمويل المنظومة الصحية بالجزائر.

المطلب الأول: مرحلة التمويل المختلط (1962-1973)

لقد كان النظام الصحي في هذه المرحلة يتميز بضعف الوسائل حيث كان من المستعجل، آنذاك إعادة تنشيط الهياكل والمنشآت الصحية الموروثة عن الاستعمار من أجل ضمان حد أدنى من الخدمات الصحية للمواطنين كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة نسبياً إذ أنها لم تتعدى 1.5% من النتائج القومي الخام. ولذلك نجد أن القطاع العام قد اعتمد في هذه المرحلة على ثلاثة مصادر مختلفة لكنها متكاملة في تمويل قطاع الصحة والتي تقابل ثلاثة فئات من المرضى يستقبلهم المستشفى وذلك عن طريق تحديد الهوية الاجتماعية لكل شريحة هذه المصادر هي كالتالي¹:

أولاً. التسبيقات: وهي عبارة عن المساهمة العمومية التي تتحملها الدولة والجماعات المحلية والتي كانت تمثل حوالي 60% من مجموع النفقات الصحية والمخصصة لتغطية تكاليف الأشخاص المستفيدين من المساعدات الطبية المجانية والذين يمثلون السكان الأصليين عديمي أو ضعيفي الدخل حيث كانت هذه النفقات تعوض من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85% أما النسبة الباقية والمقدرة 15% فكانت تعوض من طرف صناديق التضامن التابعة للمحافظات والبلديات لحساب الجهات المحلية:

8% على حساب المحافظات (الولاية).

7% على حساب البلديات².

ثانياً. عائدات تسديد المصاريف: وهي تتمثل في مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي لقاء الخدمات الصحية المقدمة لصالح لمنحطيه من الأجراء وذوي حقوقهم في شكل منحة التكفالاتي تمنح على أساس السعر اليومي المحدد سنوياً: هذه المساهمة تشكل نسبة 30% من إجمالي النفقات الصحية .

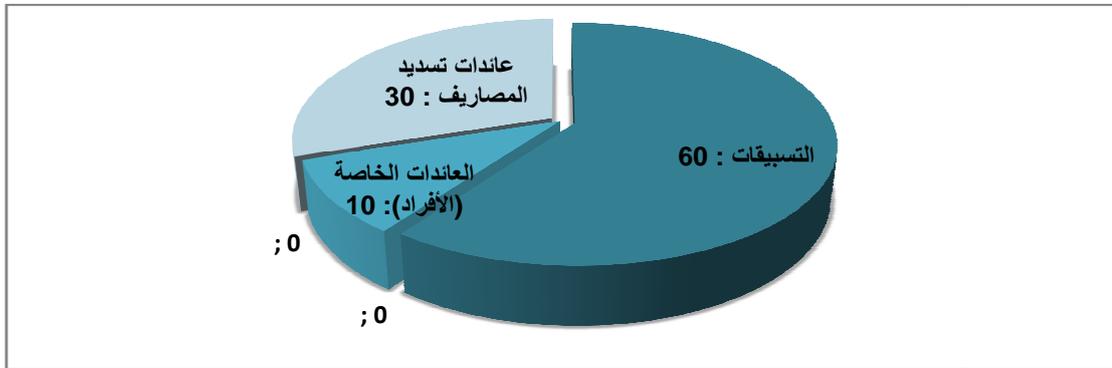
¹ -مقدم طارق: إصلاح المؤسسة الصحية من خلال إعادة النظر في تمويلها، مذكرة لنيل شهادة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية، فرع إدارة أعمال، جامعة الجزائر 2008، ص 45.

² - المرسوم التنفيذي رقم 01-74 المؤرخ في 16-01-1974، المتضمن: مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.

ثالثاً. عائدات الخاصة: تأتي هذه المساهمات من دفعوات المرضى: ذوي الدخل الكافي كأصحاب الأعمال الحرة التجار⁰ الحرفيون الذين يدفعون ثمن علاجهم بحكم أنهم لا يتوفرون على أي تغطية اجتماعية هذه المساهمة تمثل حوالي 10% من النفقات العامة للصحة والتي تحسب على أساس السعر اليومي المقرر سنوياً. إن نفقات الاستشفاء التي يتحملها الضمان الإجتماعي والجماعات المحلية والأفراد تكون محل كشف حساب (décompte) يخضع لمصادقة الوصايا ويرسل إلى القابض المساهمات المتنوعة من أجل التحصيل أما فيما يتعلق بالنفقات التي على عاتق الدولة فلا تكون موضوع كشف حساب .

إذا كان نظام التمويل لهذه الفترة يكتسي ببعض الإيجابيات لاسيما في مجال الاستقلالية المالية وتحديد التكلفة الحقيقية للنشاطات الطبية وشبه الطبية فإنه عرف بالمقابل مظاهر عجز تتمثل خصوصاً في المبلغ المعترف من الديون المتراكمة التي تهدد بصفة شبه مستمرة النمو العادي للنظام الصحي إضافة إلى الحوافز المالية التي كانت تحول دون تلبية احتياجات المواطنين، وبالتالي عرقلت السير العادي للنظام الصحي مما دفع بالسلطات العمومية إلى التفكير في نظام تمويلي جديد خاصة بعد انتهاج سياسة تصنيعية ساعدتها على تمويل مختلف مشاريعها الاجتماعية.

الشكل (3-5): مصادر تمويل قطاع الصحة (1962-1973)



المصدر من إعداد الباحث استناداً إلى المعطيات السابقة

خلاصة هذه المرحلة أن التمويل الصحي كان غير كافي لتغطية نفقات العلاج كليا وذلك باعتبار أن الهياكل الاستشفائية كانت تعاني من عجز مالي من جهة تراكم في حجم الديون، وهذا راجع إلى طبيعة صعوبة المرحلة بالإضافة إلى ذلك وجود عراقيل أخرى منها:

صعوبة تحصيل تكلفة علاج المرضى الغير مؤمنين اجتماعيا والغير خاضعين إلى تغطية لتكلفة العلاج من قبل الدولة¹.

¹ - خراف سامية، مصادر تمويل المؤسسات الصحية، مذكرة خاصة بمرحلة ما بعد التدرج، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر 2002-2003، ص 11-12.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

كما شهدت هذه المرحلة أيضا وضعا صحيا مزريا تمثل في ارتفاع معدل وفيات الأطفال نقص الوسائل المادية المالية والبشرية. ولمواجهة هذه الظروف لجأت الجزائر إلى طلب المساعدة الدولية من (روسيا والصين) وكان من الضروري إعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار ليتلاءم مع متطلبات الوضع الجديد.

المطلب الثاني: المرحلة الثانية (1973-1990)

إن تطبيق مبدأ مجانية العلاج سنة 1974¹ رافقه مراجعة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم وضع آلية لتمويل القطاع الصحي والمسماة "بالميزانية الإجمالية" التي عوضت النظام السابق المبني على أساس السعر اليومي" هذا التعديل سمح بإزالة الحواجز المالية أمام المرضى بالتالي تسهيل تلبية احتياجاتهم الصحية بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزائي للمستشفيات تحدد سنويا عن طريق قانون المالية وتحتوي على مصدرين للتمويل هما: مساهمة الدولة ومشاركة صندوق الضمان الاجتماعي وهذا بهدف تغطية وبطريقة غير مباشرة النفقات الصحية للمؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم.

يغطي هذا الجزاف مصاريف التسيير وكذا المبالغ الموجهة للاستثمارات قد عرف نمو ملحوظا خاصة وأنه لم يكن هناك إجراءات واضحة تربط النشاط بمعايير النجاعة سواء من طرف الإدارة المركزية أو من طرف المصالح الصحية. وعلى هذا الأساس ونظرا لارتفاع تكلفة قطاع الصحة فقد كان لا بد من ضرورة توفير التمويل الكافي لتلبية الطلب على العلاج وهذا من خلال التركيز على ثلاثة مصادر أساسية للتمويل ويتعلق الأمر: بالتمويل عن طريق الهيئات العمومية التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي التمويل عن طريق العائلات.

الجدول (3-3): تطور النفقات الوطنية للصحة حسب مصادر التمويل

الوحدة: مليار دج

2000		1998		1996		1988		
النسبة	المبلغ	النسبة	المبلغ	النسبة	المبلغ	النسبة	المبلغ	
60	33036	58	28780	59	25536	30	4000	الدولة
37	20540	37	19872	38	16567	67	73 30	الضمان الاجتماعي
2.8	1100	2.8	1100	2.6	100	2,4	60	موارد أخرى

المصدر: المركز الوطني للصحة العمومية: تمويل النظام الصحي لسنة 2000

أولا. مساهمة الدولة: ما ميز هذه المرحلة هو الانخفاض المحسوس في نسبة التمويل الحكومي لقطاع الصحة وذلك باعتبار أن نسبة مساهمتها وصلت إلى حدود 30 % سنة 1988 وذلك بعدما كانت تقارب 71 % سنة 1974.

¹ - الأمر رقم 73-65 مؤرخ في 03 ذي الحجة عام 1393 هـ الموافق لـ 28 ديسمبر سنة 1973 يتضمن: تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، ص 05 .

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

إن التمويل الحكومي للنفقات الصحية خلال هذه المرحلة عرف معرجين أساسيين:

➤ الأول يبدأ بتطبيق الدولة لسياسة الطب المجاني أين كانت نسبة مساهمة الدولة جد مرتفعة في تمويل الهياكل الصحية بحيث كانت مساهمتها في حدود 71 % وهذا من أجل تغطية النفقات الصحية المتعددة والمتماثلة أساسا في تمويل القطاعات الصحية¹ تمويل التداوي بالخارج¹ تمويل مصاريف الوقاية وتمويل الاستثمار الصحي.

➤ أما المنعرج الثاني لهذه المرحلة فقد تمثل في انخفاض نسبة التمويل الحكومي ابتداء من 1986 (نتيجة الأزمة الاقتصادية العالمية) ليتحول العبء للضمان الاجتماعي بحيث انخفضت نسبة التمويل الحكومي إلى 36 % سنة 1986 (بقيمة 2979 مليون دج) و 34.2% بقيمة (3465 مليون دج) سنة 1987 مقابل 64% كمساهمة لضمان الاجتماعي (بقيمة 6500 مليون دج) سنة 1987 بعدما كانت لا تتعدى نسبة مساهمة 30% سنة 174 (بقيمة 199 مليون دج).

ثانيا. مساهمة الجماعات المحلية: على الرغم من أن مساهمة الجماعات المحلية لم تكن بالمساهمة المعتبرة: إلا أنها كانت تساهم في تغطية جزء من تكاليف القطاع. لكن في سنة 1979 توقفت الجماعات المحلية على تمويل قطاع الصحة وهو ما يعني خسارة أحد مصادر التمويل وذلك يرجع بالأساس إلى المشاكل التي عرفت بها الجماعات المحلية (إشكالية عجز الجماعات المحلية).

ثالثا. مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي: يشارك الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي عن طريق نظام الدفع الجزائي⁹ وهي محددة من خلال تقديرات قطاع الصحة⁹ لعل الشيء الملاحظ خلال هذه المرحلة هو تزايد مساهمة الضمان الاجتماعي بالقطاع من سنة لأخرى خاصة أمام تراجع نسبة مساهمة الدولة. هذه المساهمة كانت موجّهة أساسا:

➤ التمويل بعض الهياكل الصحية الثقيلة (كالهياكل الخاصة بأمراض القلب).

➤ تمويل العلاج بالخارج.

➤ تمويل الاستثمارات المنجزة في قطاع الصحة.

هذه المساهمة التي يقدمها نظام الضمان الاجتماعي قد مرت هي الأخرى بمرحلتين أساسيتين:

أ. المرحلة الأولى (1973 - 1986): في بداية هذه المرحلة عرفت الهياكل الصحية مشاكل تمويلية كبيرة أين كانت معظمها في حالة عجز كبير مع تراكم في حجم الديون الغير مغطاة وقد تزامنت هذه الأوضاع مع تحسن الوضعية المالية للضمان الاجتماعي⁹ من هنا اتجهت إليه الأنظار لتحميله جزء معتبر من الإنفاق الصحي والذي

وصل إلى 62.4% سنة 1986 بقيمة مالية قاربت 5000 مليون دج¹ في المقابل انخفضت نسبة التمويل الحكومي إلى حدود 36.5% بقيمة 2979 مليون دج (سنة 1986).

ب. المرحلة الثانية (1987-2000): إن إرساء الدولة للطب المجاني سنة 1974 وتزامنها مع إقرار المساهمة الجزافية للضمان الاجتماعي في تسيير المستشفيات³ كان له أثر سلبي على التوازنات المالية للضمان الاجتماعي (الذي تعدى عجزه المالي 1.65 مليار دج سنة 1993) وذلك باعتبار أن المساهمة الجزافية للضمان الاجتماعي قد تنامت من سنة لأخرى: إلا أنها لم تكن مبنية وفق أسس دقيقة: بل كانت محددة من طرف السلطات العمومية وليس لضمان الاجتماعي الحق في متابعة استهلاك هذه الأموال⁹ لا بمطالبة الهياكل الصحية بتبرير الإنفاق لهذه الأموال.

إذن فالشيء الملاحظ خلال هذه الفترة هو أهمية الدور الذي كان يؤديه الضمان الاجتماعي كمولد رئيسي لقطاع الصحة بنسبة وصلت إلى 67% سنة 1988 بعدما كانت لا تتعدى 24% سنة 1974.

رابعاً. مساهمة طب العمل: وهو مصدر آخر من مصادر تمويل قطاع الصحة حيث تقدم هذه المساهمة من قبل المؤسسات العمومية والإدارات. لقد أشار الخبراء أن الأزمة الاقتصادية 1986 أدت إلى تراجع خطير على مستوى أغلبية القطاعات الاقتصادية والاجتماعية مما جعل الدولة عاجزة على تغطية ديونها ابتداء من سنة 1993. وعليه فانطلاقاً من هذا التشخيص شرعت السلطات العمومية الجزائرية في مفاوضات مرطونية مع صندوق النقد الدولي والبنك الدولي بهدف الحصول على إبرام إتفاقيات للتخفيف من الصعوبات المالية مما أدى إلى إعادة جدولة الديون الخارجية¹⁰ في نفس الوقت شرع في تطبيق إصلاحات في مجال استقرار العملة الوطنية¹¹ تخفيض العجز المالي وتخفيض معدلات التضخم. نتائج هذه الإصلاحات بدأت تظهر خاصة مع تحرير التجارة الخارجية، أسعار السلع والخدمات والشروع في عملية الخصخصة.

وفي إطار هذه الإصلاحات الاقتصادية الكلية وأمام صعوبات موضوعية تحد من حجم الموارد المخصصة للقطاع العام فإن محاولة إعادة النظر في نظام التمويل أصبحت أكثر من ضرورية¹² عليه فإن وزارة الصحة أصدرت منذ سنة 1995 ترسانة من القوانين تؤسس مشاركة (غير قابلة للتعويض) المرضى باستثناء الأشخاص المعوزين وذوي الأمراض المزمنة في تكاليف العلاجات التي يتلقونها للتقليل من ثقل هذه التكاليف على ميزانية الدولة، إلا أن هذه المشاركة لم تتعدى 02% من الميزانية الإجمالية للمؤسسات الصحية.

¹ مشاركة لدراسة اقتصاد الصحة في الجزائر، الصادر عن مجلة CREAO للدراسات الاقتصادية ن العدد 13، الثلاثي الأول، الجزائر 1988 ص 137.

من الناحية الميدانية فهي تمثل نوع من التجديد فيما يخص تغطية التكاليف العلاجية وتجاوز مرحلة المجانية الكلية للعلاجات بالإضافة إلى ظهور بواد رؤية جديدة تتعلق بإصلاحات مهمة تخص مراجعة إجراءات، "جزائري للمستشفيات" عن طريق تحديد حيز التطبيق الوسائل المتعلقة ببناء علاقات تعاقدية ما بين الهياكل الصحية لصناديق الضمان الاجتماعي هذا النوع من العلاقات من شأنه أن يخلق ميكانيزمات متابعة ومراقبة الموارد الممنوحة.

المطلب الثالث: المرحلة الثالثة (1990-2010)

خلال هذه المرحلة فقد وضع المشرع نصب عينه البحث عن أسلوب تمويلي يرتكز على الاتفاق بين الأطراف المعنية وذلك بغية المرور إلى نظام قائم على العلاقات التعاقدية لتفادي عيوب التمويل الجزائري. وقد أشار إليه صراحة قانون المالية لسنة 1993 إلا أن تجسيد ذلك لم يكن بالأمر السهل والميسر إذ كان لا بد أن يقوم على أرضية مثرات بالحوار والنقاش بعيدة عن الارتجالية.

بتاريخ 17 ديسمبر 1990 بمدينة جانت ثم عقد جلسة عمل بمشاركة وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل (CANASAT) وقد خلصت هذه الجلسة بتقدير نتائج الأيام الوطنية حول إصلاح المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي مع اقتراح خطة عمل مرفوعة بجدول زمني من أجل الشروع في الإصلاح. وقد احتفظت اللجنة المكلفة بمسألة التمويل بالحوار التالية:

- الاحتفاظ بمصادر التمويل وفق الأهداف المسطرة في السياسة الوطنية للصحة مع تنويع هذه المصادر.
- الحفاظ على الطابع الفردي لكل مصدر تمويل .
- إيجاد علاقة مباشرة بين المصالح الممولة ومصالح العلاج.
- تمويل الخدمات المقدمة فعلا على أساس تكلفة متفق عليها ونظام الفاتورة.
- استقلالية حقيقة للهياكل الصحية.
- إقامة نظام تقييم النشاط.

بناء على ذلك عقدت اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بتنفيذ مشروع إصلاح المنظومة الصحية يومي 17-18 مارس 1991 بالمعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر. لعل أهم النقاط التي خلص إليها هذا الملتقى وهو ضرورة تحضير إستراتيجية للبدء مباشرة إصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية وذلك طبقا لتوصيات الأيام الوطنية المنعقد في ديسمبر 1990 بالجزائر العاصمة. ومن بين ما تم تداوله:

- وضع جهاز قانوني يمنح استقلالية حقيقة للهياكل الصحية ويحدد بصفة واضحة علاقات هذه الأخيرة بالهيئات الممولة.

- تقييم تكاليف الخدمات الصحية وضبط مقاييسها بالهيئات الممولة .

- تكوين ورسكلة الإطارات المسيرة وفق طرق التسيير الحديثة.

فضلا عن ذلك فان عدة حلول تم اقتراحها سنة 1991 بخصوص إدخال إصلاحات جذرية فيما يخص نظام التمويل المنظومة الوطنية للصحة العمومية على أساس نظام تعاقدية بحث يتكفل صندوق الضمان الاجتماعي بتغطية 70% وتساهم الدولة بنسبة 20% أما النسبة الباقية وهي 10% فتتكفل بها الجماعات المحلية والتعاضديات الأفراد. والذي نص عليه صراحة قانون المالية لسنة 1992 خاصة المادة 175 منه (الفقرة 02) والتي نصت على ما يلي: "يطبق هذا التمويل على أساس علاقة تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة 9 يحدد عن طريق التنظيم " .

ليليه قانون 26/91 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991¹ مؤكدا على النهج الجديد المراد إدخاله على المنظومة الصحية [معالجة الدوافع التي كانت وراء اللجوء إليه حيث جاء في المادة 11 (الفقرة 01) من نفس القانون ما يلي: " تتجسد أعمال الوتيرة الاجتماعية الرامية إلى الحفاظ على التوازنات الاجتماعية للمواطنين " . أما الفقرة 05: "فقد نصت على ضرورة إعادة ترتيب كفاءات تمويل وتسيير هياكل الصحة العمومية من أجل ترشيد التكلفة وتحسين خدمات العلاج" .

وهذا يعني بالضرورة أن الدوافع التي أدت إلى إعادة النظر في نظام تمويل الصحة العمومية هو تفادي طريقة التمويل الجزائي من خلال التركيز على نظام التعاقد بين الأطراف الممولة وقطاع الصحة والهدف هو عقلنة تكاليف القطاع وتحسين نوعية الخدمات بدرجة ترضي المرتفقين والمهنيين على حد سواء. والجدير بالإشارة إليه أن كل المؤتمرات والحلقات الدراسية والتوصيات لم تفلح في تجسيد هذا النظام وذلك باعتبار أن جاهزية الهياكل الصحية كانت منعدمة ولأن الأطراف الأخرى لم تكن على استعداد.

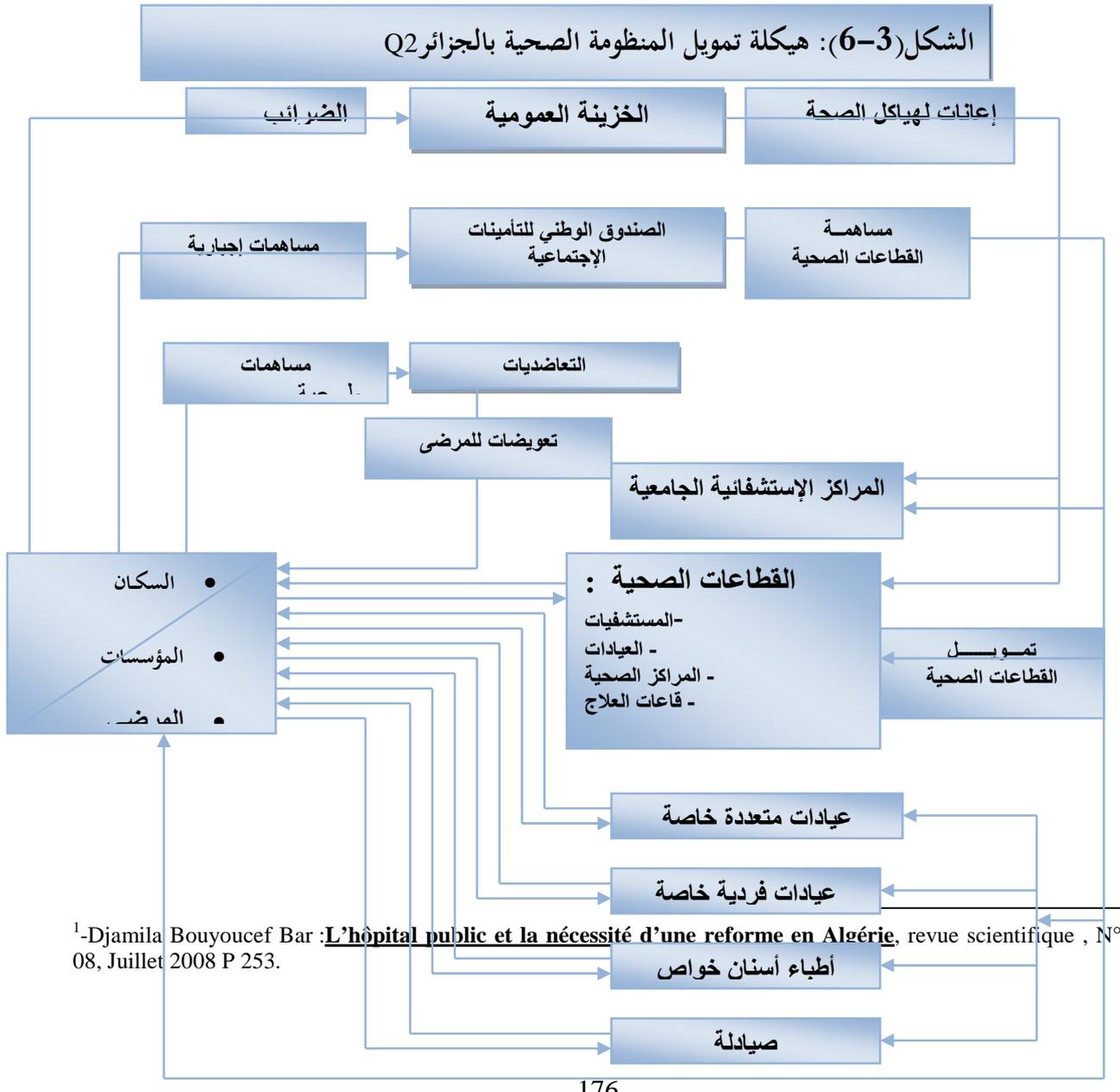
وقد ورد الأمر رقم 03/94 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995 في المادة 132 منه (الفقرات 4.3.2) ما يلي: "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب الكفاءات التي تحدد عن طريق التنظيم وتخص هذه المساهمة لتغطية

¹ قانون رقم 91/25 المؤرخ في جمادى الثانية 1412 الموافق لـ 18 ديسمبر عام 1991 المتضمن: قانون المالية الصادر بالجريدة الرسمية عدد 165، المادة 175.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق. تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمعوزين اجتماعيا"¹.

من خلال هذا النص يتبين لنا مدى تجاوز الإشارة إلى العلاقة التعاقدية بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة ليتم الانتقال إلى كيفية استعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الاجتماعي والدولة كما هو موضح في الشكل الموالي:



Source : Lazhar Felah, Etude exploratoire du système de prévention algérien Déterminisme et problématique, Thèse Doctorat. Bordeaux IV, 1998.

من خلال الهيكل الجديد لنظام تمويل المنظومة الصحية يتبين لنا بأنه مبني على أساس استقلالية لهماكل الصحة التي يشرف على إدارتها مجلس الإدارة [يتشكل من ممثلي الضمان الاجتماعي الدولة المنتفعين والتأمينات الاقتصادية. وعلى العموم سنتطرق إلى مضمون هذا البرنامج وما قد يحمله من مستجدات للقطاع الصحي بأكثر تفصيل من خلال المبحث الرابع.

المطلب الرابع: تشخيص الجوانب الايجابية والسلبية لنمط التمويل في الجزائر

إن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر أصبح أكثر من ضروري في الوقت الحالي وذلك بالنظر إلي مجمل الاختلالات المسجلة في مجالات التسيير [ضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص. حيث أنه وبالرغم من التطور السريع الذي حققه قطاع الصحة في الوقت الراهن، إلا أنه تبقى مسألة التمويل محور الإصلاحات المعتمدة وعلى هذا الأساس سوف نحاول التطرق إلى بعض النقاط الايجابية وكذا السلبية التي تخص جانب التمويل لهذا القطاع"¹.

الفرع الأول: ايجابيات نظام تمويل الصحة

- إن نظام التمويل الجزائري عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب ايجابي من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشرائح كبيرة من المجتمع بغض النظر عن التعريف الاجتماعية وبالتالي يمكن الاحتفاظ بهذا النمط مع تكيفه بمنظومة متكاملة الجوانب.

¹ - علواني عديلة، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تسيير، جامعة بسكرة 2004، ص 85.

- كما أن هذا النمط من التمويل والذي يعتمد بالدرجة الأولى على الدولة كمولد رئيسي للقطاع فهو يضمن بقاء الجانب الاستشفائي في إطار التضامن الوطني وبالتالي المحافظة على الحد الأدنى للتوازن على المستوى الاجتماعي³ هذا من خلال إشراف السلطة العامة على التخطيط والتنظيم لمختلف البرامج.
- كما أنه من بين المحاور الأساسية التي يعني بها قطاع الصحة وهو قضية البحث عن مصادر جديدة لتمويل القطاع وهذا من خلال التفكير في فرض رسوم على النشاطات المضرة بصحة المواطن.

الفرع الثاني: سلبات نظام التمويل

- من أهم عيوب التمويل عن طريق "جزائي المستشفيات" تجريد المسيرين ومصالح الضمان من المسؤولية¹ حيث أن الفئة الأولى أصبحت تضم أمرين بالصرف بالمفهوم الضيق بدون حوافز لربط المستوى الكمي والنوعي لنشاط مؤسساتهم بالموارد المالية المتاحة أي الموضوعة تحت تصرفهم مما جعلهم من جهة غير ملزمين بضرورة إنتاج مستوى معين من الخدمات يعبر عن مستوى الموارد المتاحة من جهة أخرى غير قادرين على طلب الزيادة في هذه الموارد في حالة الرفع من مستوى أدائهم وحجم خدماتهم. أما الفئة الثانية فقد تم إقصاءها من تأدية دور إيجابي حيث لا يمكنها لا مراقبة استعمال أموالها لا ضمان استفادة العمال المؤمنين وذوي حقوقهم من الخدمات العلاجية مما أدى إلى إبعاد كل شكل من أشكال التعاقد أو متابعة ومراقبة الأموال الممنوحة الشيء الذي أدى إلى إفراغ هذه العلاقة من كل معنى اقتصادي تغلب منطق الموارد على منطق النتائج أصبحنا نمول المؤسسات عوض تمويل النشاطات¹.
- إن غياب التخطيط على المدى البعيد زيادة حدة العراقيل البيروقراطية في الجهاز الإداري عوامل كانت وراء التظهور التدريجي للخدمات الصحية .
- تراجع ميزانية قطاع الصحي خاصة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2005 حيث أنها كانت تمثل 3.84% من الناتج الداخلي الخام لسنة 2001 لتقلص إلى 3.24% لسنة 2005 هذا ما انعكس سلبا على الخدمات الصحية (الوسائل الطبية المخصصة للعلاج لاسيما الأدوية والأجهزة الطبية).
- يضاف إلى هذا ارتفاع في ديون قطاع الصحة والتي وصلت إلى 7.11 مليار دينار جزائري لسنة 2004 وهي موزعة كما يلي:

الجدول رقم (3-4): نسبة الدين لقطاع الصحة حسب الهياكل لسنة 2004

الهياكل الصحية	المراكز الاستشفائية	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة	القطاعات الصحية
----------------	---------------------	-------------------------------	-----------------

¹ - جمعي طبيب : استقلالية التسيير عنصر أساسي للنظام الصحي في الجزائر، الديوان الوطني للنشر والتوزيع، الجزائر 2002، ص 37

نسبة الدين %	29.5%	7%	63.5%
--------------	-------	----	-------

المصدر: العلواني عديلة : تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في الجزائر

مرجع سابق: ص 85.

ومما لاشك فيه أن هذه الديون سوف تنعكس سلبا على الأداء الحسن للهيكل الصحية بالجزائر وكذا نوعية العلاج المقدم.

المبحث الثالث: مصادر تمويل المنظومة الصحية بالجزائر

إن تمويل المنظومة الصحية الجزائرية تعرف حاليا محدودية في تسخير موارد مالية إضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد والناتج أساسا عن التحولات الديمغرافية والمرضية التي تعرفها بلادنا: كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر لتطور مستويات المعيشة التطور التكنولوجي في المجال الطبي وتدفق المعلومات كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج وتحسين نوعيته.

من المعروف أن هناك ثلاثة مصادر أساسية لتمويل النفقات الصحية¹:

التمويل عن طريق الدولة.

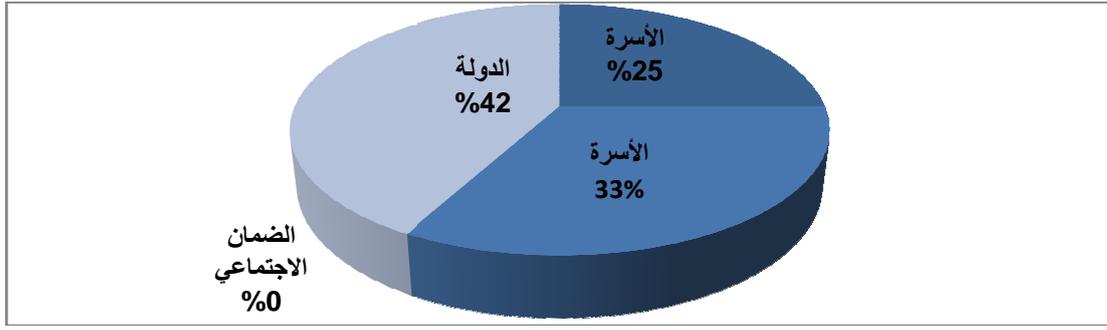
التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي.

التمويل عن طريق الأسرة .

تختلف نسبة مساهمة كل قطاع حسب طبيعة وخصوصيات كل منظومة صحية بالنسبة للجزائر يساهم كل مصدر من هذه المصادر بنسب مختلفة كما يلي:

الشكل (3-7): مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر سنة 2006

¹ - عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31، جوان 2009، منشورات جامعة منتوري، قسنطينة، ص 300.



Source: Brahmia brahime, **quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie**, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance de maladie, ministère de travail de l'emploi et de la sécurité social Alger 2008.

المطلب الأول: مساهمة الدولة

لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية إبان الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية من طرف الدولة والجماعات المحلية حيث كانت تقدر بنسبة 60% من مجموع النفقات الصحية إلا أن إحداث الدولة للطب المجاني في سنة 1974 وإلغاء نظام التسعيرة الجراحية أصبحت الدولة تساهم إلى جانب الضمان الاجتماعي في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية بواسطة الميزانية العامة السنوية الجراحية هذه الأخيرة التي تعد مسبقا في قانون المالية السنوي من أجل تأطير السياسة الصحية، التكوين الطبي والشبه طبي¹. وعلى هذا الأساس يمكن إبراز حجم العبء الذي تتحمله الدولة من أجل التكفل بالقطاع من خلال الجدول الموالي:

الجدول (3-5): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة

الوحدة : مليار دج

السنة	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
اعتمادات الدولة لقطاع الصحة	67.142	59.456	60.975	52.756	46.751	36.260	31.811
نسبة التمويل	64.95%	62.12%	68.32%	66.78%	64.94%	64.46%	58%
السنة	2014	2012	2011	2010	2009	2008	2007
اعتمادات الدولة لقطاع الصحة	307.796	391.340	218.562	187.809	173.220	139.041	106.661
نسبة التمويل	83%	%	83%	82%	81%	77%	71%

المصدر: مشروع ميزانية الدولة ابتداء من 2000 إلى 2014.

إن السبب الرئيسي في تطور مصادر التمويل هو سيطرة مساهمة الدولة في السنوات الأولى لتطبيق مجانية العلاج² بحيث بلغت هذه المساهمة سنة 1974 حوالي 71% إلا أنها تراجعت بعد ذلك لتصل إلى 39% سنة 1984 ثم إلى 28% سنة 1989 أي بحلول الأزمة الاقتصادية التي بدأت في الظهور منذ منتصف الثمانينات³ كذا نتائج إعادة الهيكلة التي طبقتها الجزائر بدعم من الهيئات والمؤسسات الدولية كل هذه الأمور شكلت عائقا

¹-Oufriha F-Z, **cette chère santé**, OPU ,Alger 1992 , P 136

أمام تجنيد الموارد اللازمة لتمويل القطاع الصحي الملاحظ هو أن هذه المساهمة من ناحية القيمة النسبية بدأت تتناقص (تراجع دور الدولة). لكن من ناحية القيمة الاسمية فهي في تزايد مستمر إذ بلغت سنة 1989 ما يقارب 355570 مليون دج مقارنة مع سنة 1974 أين كانت لا تتعدى 60100 مليون دج.

نشير أن هذا التناقص في نسبة مساهمة الدولة بالقطاع الصحي لم يدم طويلا حيث لوحظ انقلاب في نسبة المساهمة ابتداء من سنة 1993 والذي تأكد خلال العشرية الأخيرة حيث تراوحت نسبة الدولة بين 58 % سنة 2000 و 87 % سنة 2012 لعل ذلك مرده إلى العجز الدائم الذي أصبح يعاينه صندوق الضمان الاجتماعي¹ كما ساهمت الوضعية المالية الجديدة التي تعيشها البلاد نتيجة ارتفاع أسعار البترول من 28.73 دولار أمريكي سنة 2003 إلى 112.92 دولار أمريكي سنة 2011 و 109.96 دولار أمريكي سنة 2014²، مما أدى إلى تزايد نسبة الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة .

المطلب الثاني: مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي

يعتبر تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي من أهم النقاط الواجب التطرق إليها وذلك نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كمول رئيسي³. لقد تأسس الضمان الاجتماعي في الجزائر سنة 1949 نتيجة لتوسع شريحة العامل⁴ حيث أنه تكفل منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص المؤمنين اجتماعيا وذويهم من خلال نمط التأمين على المرض والذي يعتمد على سعر اليوم الاستشفائي الذي كان يحدد سنويا 30% من النفقات الإجمالية لهيئات الصحة العمومية⁴.

رغم المراحل الصعبة التي مر بها الضمان الاجتماعي والتي منها:

- ✓ سنة 1963 تم إيداع أمواله لدى الخزينة العمومية لأن البنوك آنذاك كانت أجنبية.
- ✓ سنة 1971 عن طريق سياسة تجميد الادخار التأسيسي قامت الخزينة العمومية باقتراض كل أموال الاحتياط المتاحة.

- ✓ سنة 1972 تم استبدال التسعيرة الفردية للنفقات الطبية بالنفقة الجزافية.

لكن بإحداث السلطات العمومية لمجانبة العلاج في القطاع العمومي والذي كان من بين آثاره اعتماد نظام التمويل الاستشفائي الجزافي بالنسبة للمؤسسات الصحية وهذا بالضرورة تغيير طبيعة العلاقة السائدة بين الضمان

¹-OPEC : **ANNUAL STATISTICAL Bulletin** 2014, Vienna,2015, P 82.

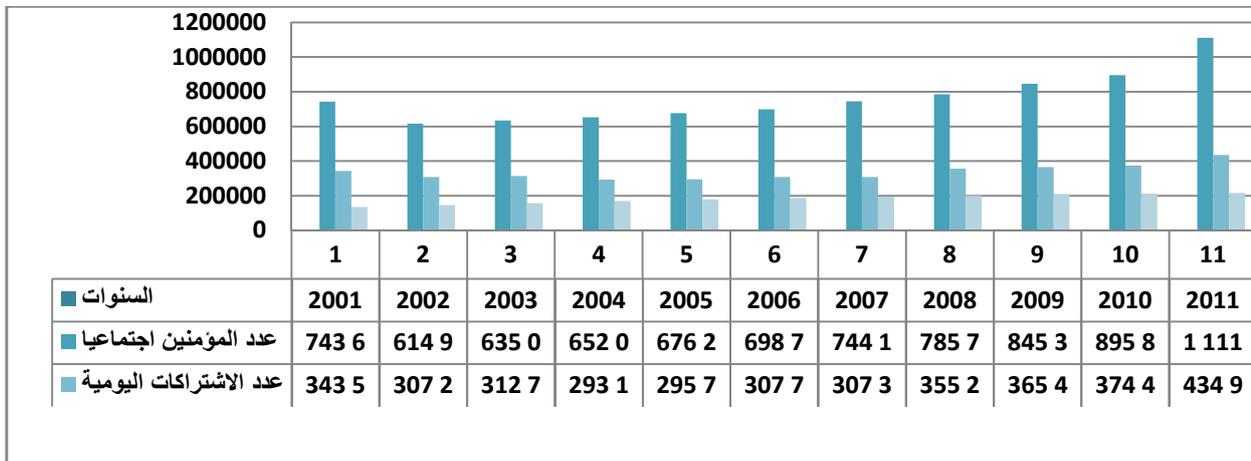
²منظمة الأقطار العربية المصدرة للبترول، **التقرير الإحصائي السنوي 2014**، الكويت 2014 ..
³كيفاني شهيدة: **التنمية الاقتصادية و الحماية الصحية في الجزائر**، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية و التجارية، جامعة تلمسان 2007/2006، ص 173.

⁴صغير أمال، **الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية**، تقرير تربص كلية العلوم الاقتصادية و علوم تسيير، فرع اقتصاد دولي، جامعة الجزائر 2003، 2004، ص 08.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

الاجتماعي والمؤسسات الصحي⁴0 قد تزامن إنشاء هذا النظام مع توسيع القاعدة الاجتماعية والمالية للضمان الاجتماعي نتيجة تزايد عدد المؤمنین اجتماعيا من 120885 سنة 1973 إلى 300000 مؤمن اجتماعيا سنة 1984 أي بزيادة سنوية بمعدل 13.46% وعليه فقط تطور فائض الصندوق من 25 مليون دج إلى 1493 مليون سنة 51980 أما خلال العشرية الأخيرة فقد وصل عدد المؤمنین اجتماعيا إلى 5321021 سنة 2001 ثم إلى 9994364 سنة 2011 وعلى هذا الأساس فقد ساهمت هذه الزيادة في عدد المؤمنین إلى زيادة إيرادات الصندوق من 240114 مليون دج سنة 2001 إلى 713248 مليون دج سنة 2010.

الشكل (3-8): تطور عدد المؤمنین الاجتماعيين لدى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CASNOS)



Source : ONS : L'Algérie en quelques chiffres Ns : 42 résultats 2009 , 2011, édition 2012 op cit P 19-20.

الجدول (3-6): الصندوق الوطني للعطل المدفوعة البطالة و سوء الأحوال الجوية الخاص بقطاعات البناء الأشغال العمومية و الري (COCO BATH)

2006	2005	2004	2003	2002	2001	السنة
47 067	44 181	39 971	42 371	38 746	30 091	عدد المؤمنین اجتماعيا
-	2011	2010	2009	2008	2007	السنة
2006	2005	2004	2003	2002	2001	السنة

Source :réalisé par nos soins en se basant sur

- Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.

-ONS : **L'Algérie en quelques chiffres Ns** : 42 résultats 2009 , 2011, édition 2012, op cit P 19-20.

الجدول (3-7): تطور عدد المؤمنین الاجتماعيين لدى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية على العمال الأجراء (CNAS)

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

6 816 223	6 369 390	5 497 480	5 215 213	4 089 220	4 546 666	عدد المؤمناجتماعيا
-	2011	2010	2009	2008	2007	السنة
-	8 819 160	8 494 919	8 312 826	7 800 320	7 337 372	عدد المؤمنين اجتماعيا

Source : réalisé par nos soins en se basant sur

-Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.

-ONS : L'Algérie en quelques chiffres Ns : 42 résultats, 2009 / 2011, édition 2012 , op cit, P 19-20

إن التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها الجزائر في نهاية سنوات الثمانينات لاسيما بعد انهيار أسعار البترول والإصلاحات السياسية من خلال التعددية الحزبية، دفعت بالوصاية إلى إعادة النظر في تنظيم التأمينات الاجتماعية في الجزائر من خلال وضع أهداف جديدة تمثلت فيما يلي:

- وضع نظام مستقل خاص بالتقاعد.
- وضع نظام خاص مستقل خاص بالتأمين على البطالة.
- منح امتيازات إضافية لبعض القطاعات مثل: البناء والأشغال العمومية.
- توسيع دائرة المستفيدين من التغطية الاجتماعية من غير المشتركين.

الفرع الأول: العلاقة بين إشكالية الضمان الاجتماعي مع نظام الصحة العمومية

تبرز كنقطة أولى الغموض المستمر فيما يخص تمويل مصالح العلاج العمومي بحيث تعد الحصة الجزافية للمستشفيات والنفقات الأخرى للصحة العمومية كبيرة جدا في المصاريف الإجمالية للتأمينات الاجتماعية بنسبة تتعدى 42.2% .

يتم تمويل الصحة العامة ومجانبة العلاج في الجزائر على ميزانية الدولة بينما يتم تمويل نموذج تأمين المرض الإجباري أساسا من خلال اشتراكات الضمان الاجتماعي أما حماية الأشخاص الغير مؤمنين والمحرومين فهي تتوقف على إعانة الدولة. على ضوء هذه النماذج الممارسة في معظم البلدان تظهر خصوصية النظام الوطني للصحة بأكثر وضوحا بحيث أن مصالح الصحة العمومية والمجانبة غير ممولة أساسا بأموال الضمان الاجتماعي أو بعبارة أخرى بالاشتراكات الاجتماعية دون أن يكون لهذه الأخيرة أي حق لأي مراقبة حول استخدام هذه المبالغ المخصصة لنظام الصحة. ومعرفة بهذا الشكل فإن آليات التأمين الاجتماعي تستعملها الدولة لرفع الموارد المخصصة لنظام العلاج العمومي كما أن الضمان الاجتماعي مقتصر على أن يلعب دور عون بسيط لميزانية الدولة.

إذا كانت ميزانية الدولة قائمة على ترابط منطقي بالنظر إلى الاختيارات الأساسية المقررة في شأن السياسة الوطنية للصحة التي كانت تعطي مكانة متفوقة للقطاع العام وتحتصر إلى أقصى حد تدخل القطاع الخاص فقد

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

تغيرت المعطيات تغير جذريا بحيث ازداد عرض العلاج بشكل معتبر مما وضع الضمان الاجتماعي أمام لزوم مزدوج وهو تعويض مصاريف العلاج التي يقدمها الأطباء الخواص من جهة وتمويل جزء من ميزانية هيكل الصحة العمومية من جهة أخرى.

إن هذا التحليل لازدياد نسبة المساهمة الجزائرية لا يعطي المعلومات الكافية حول المستوى الحقيقي الذي يقع على عاتق الضمان الاجتماعي والتي تشمل مساهمة جزافية للمستشفيات والتعويضات الموجهة للمصاريف الطبية والصيدلية والاتفاقيات مع الهياكل المختصة والتحويلات من أجل العلاج في الخارج .

أولاً. تمويل المؤسسات الصحية: في انتظار الصيغة التعاقدية بين المستشفى والضمان الاجتماعي: التي مفادها تمويل المستشفى بدلالة النشاط المتوقع. وفق هذه الصيغة يتم مراجعة الميزانية السنوية من خلال تحليل الفروقات بين النشاط المنتظر والنشاط الحقيقي بعد تفسيرها وإسنادها بالأدلة اللازمة.

قبل تطبيق الصيغة التعاقدية ولوقت طويل تم تطبيق الغلاف المالي الجزائري المتمثل في مبلغ مالي يحدد حسب احتياجات المنطقة موضوع المؤسسة الاستشفائية^[1] بعيدا عن تطبيق الأساليب الاقتصادية الكمية في تقدير هذه الاحتياجات. ما يأخذ على المبلغ الجزائري أن تطوره متسارع، بسبب عدم دراسة أسباب الفروق نظرا لاستبعاد الطرق الاقتصادية الكمية اللازمة لتحديد ذلك. مما ينتج عنه نوع من الإسراف في تسيير ميزانية بعض المستشفيات. و من ثم يهدد توازن ميزانية الضمان الاجتماعي.

الجدول(3-8): مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل الإنفاق الصحي

الوحدة: مليون دج

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
صندوق الضمان الاجتماعي	20540	021 50	24 000	25 000	27 021	35000	35000
السنة	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014
صندوق ضمان الاجتماعي	35 000	38000	38 000	38 000	38000	48129	57818

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة من 2000 الى غاية 2014

من خلال الجدول يمكن ملاحظة التطور المتسارع للمبلغ الجزائري لتمويل المستشفيات لاسيما بعد سنة 2000، فبعدها كان هذا المبلغ الجزائري لا يتعدى 8.6 مليار دينار سنة 1990، ارتفع إلى 13.55 مليار سنة 1995، ليصل إلى 20.54 مليار سنة 2000. في المرحلة الثانية قفز هذا المبلغ إلى 35 مليار سنة 2005 وهو ما يمثل نسبة ارتفاع قدرها 30.7% بالمقارنة مع المبلغ الجزائري لسنة 1990، ليستقر في حدود 38 مليار (حوالي 500 مليون \$) سنة 2010 ثم إلى 57.8 مليار دج سنة 2014. إن هذه الأرقام توضح الدور الإيجابي الذي يلعبه الضمان الاجتماعي على مستوى القطاع بحيث تمثل مساهمته الجزائرية 33.8% من نفقات التأمينات

الاجتماعية، بالإضافة إلى الاتفاقيات مع هياكل الصحة المختصة المقدرة بـ 300 مليون دج إضافة إلى تسديد إيرادات أخرى. بقيمة تقارب 800 مليون دج.

على الرغم من ارتفاع نسبة التمويل التي يضعها الضمان الاجتماعي للمؤسسات الصحية وهذا بناءً على القانون رقم 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 (والذي يحدد نسبة المساهمة الجزافية للمستشفيات) إلا أنه في الواقع ميزانية المؤسسات الصحية لا تخضع إلى معايير متفقة مع منطق يفضل منح القروض وفق أساس إداري لتغطية المصاريف الجديدة المرتقبة.

كما نلاحظ أنه من خلال هذا التحديد لا يقوم على إجراء تتأسسه محاولة البلوغ الفعالية وترشيد الموارد الممنوحة لهياكل الصحة العمومية وذلك باعتبار أنه لا يتم تحديد المبلغ الجزافي بناءً على تقييم صارم لاستعمال الموارد المستهلكة.

منذ سنة 1993 تم اتخاذ مبادرات لترشيد إدارة الموارد من خلال الهيئات العمومية للصحة وإرساء علاقات الضمان الاجتماعي مع القطاع الصحي في إطار الشراكة [قد تكرر هذا الخيار في سنة 1996 لصالح الأمر رقم 17-96 الذي ينص في مادته 29 أن: "مصاريف العلاج والإقامة في الهياكل الصحية العمومية سيتم التكفل بها على أساس الاتفاقيات المبرمة بين هياكل الصحة العمومية وهياكل الضمان الاجتماعي".

لكن وللأسف تبقى هذه الإجراءات حبرا على ورق وسيستمر دائما في تحديد المساهمة الجزافية حسب تطور الاعتبارات ذات الطابع الإداري. وفي هذا الإطار فإن النقاش المتعلق بالمساهمة الجزافية التي يتكفل بها الضمان الاجتماعي منحرف خاصة وأنه يبقى من الصعب موضوعيا تقدير المضمون الحقيقي لهذه المساهمة.

ثانيا. استمرار التحويلات من أجل العلاج في الخارج: تهدف هذه الآلية في تحويل المرضى الذين تتوفر فيهم شروط التكفل بهم في الخارج والمتمثلة عموما فيما يلي:

- أن يكون مشترك في الضمان الاجتماعي.
- استحالة معالجته داخل الوطن لغياب الاختصاص أو الإمكانيات المادية الكفيلة بعلاجه.
- توفر العلاج في بلد أجنبي متعاقد معه.

كان عدد المرضى في عشرية السبعينات والثمانينات يتعدى 5000 مريض سنويا نظرا لقلة الموارد البشرية المادية للتكفل بالمواطنين في المستشفيات المحلية. لكن وجود نوع من التسيب و المحسوبية ساهم في ارتفاع عدد المتكفل بهم و كذا تضخيم فاتورة العلاج. فعلى سبيل المثال وصل عدد المتكفل بهم في الخارج من طرف الضمان الاجتماعي سنة 1985 حوالي 6300 شخصن بميزانية سنوية وصلت إلى 760 مليون دينار. على الرغم من

تسجيل انخفاض تدريجي لعدد المرضى المحولين للخارج والذين وصل عددهم سنة 2009 ما يقارب 1003 شخص إلا أن فاتورة التكفل بهم واصلت الارتفاع حيث تم تسجيل في نفس السنة 1.5 مليار دينار (حوالي 20 مليون دولار).

إن ارتفاع فاتورة العلاج كان بسبب عوامل كثيرة أهمها: التخفيض المستمر في قيمة الدينار ارتفاع تكاليف علاج بعض الأمراض النادرة¹ إلى غير ذلك. فيما يلي شكل بياني يبين تطور عدد المرضى المتكفل بهم في الخارج على عاتق الضمان الاجتماعي.

الجدول (3-9): تطور عدد المرضى المحولين للخارج بغرض العلاج من طرف الضمان الاجتماعي

الجزائري خلال الفترة 1985-2012

السنة	1985	1994	2000	2005	2006	2007	2008	2012
عدد التحويلات	6300	4639	1541	1282	1002	779	578	500

Source : PRL Chachoua : **le système national de santé 1962 a nos jour**, colloque international sur la politiques de la santé, Alger le 18,19 Janvier 2014, P 25.

إن الانخفاض المحسوس في نسبة التحويلات من أجل العلاج في الخارج إنما يرجع بالأساس إلى القرار الذي تبنته الحكومة منذ سبتمبر 1985 لتقليل من التحويلات من أجل العلاج وهذا نتيجة الانحرافات الملاحظة في هذا الميدان. لكن الشيء الملاحظ هو أن كل هذه العمليات لم تتوصل إلى إلغاء كلي للتحويلات من أجل العلاج في الخارج من جهة بسبب العجز المزمّن الذي يميز التكفل بالعلاج المتخصص⁵ من جهة أخرى بسبب الضغوطات التي تمارسها المجموعات الاجتماعية المستفيدة عادة من هذه الخدمة⁹ حتى الفئات السكانية الأخرى التي ليست مطمئنة على الإطلاق فيما يخص نوعية الخدمة التي تقدمها المؤسسات العمومية للعلاج في الجزائر. ولهذا السبب بلا شك تم ملاحظة استعادة التحويلات من أجل العلاج في الخارج في سنة 2000 .

ثم التوقيع على اتفاقيات منذ سنة 1973 بين هيكل الضمان الاجتماعي (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) والمؤسسات العمومية للصحة التي تتصرف بمصالح متخصصة في حالة الأمراض التي تستدعي النقل إلى الخارج¹⁰ في هذا الإطار أبرم الضمان الاجتماعي اتفاقيات مع 37 هيكل صحي مختص سنة 1992⁹ قد بلغ المقدار الإجمالي لهذه الإجراءات 396 مليون دج. بما أن هذه المصالح هي غير مجهزة للتكفل بمصاريف العلاج في الخارج فإن الضمان الاجتماعي يشارك كذلك في عمليات تهيئة وتجهيز بعض المؤسسات كمركز بير وماري كوري ومستشفيات وهران وهران فانتن بالبلدية والتي تكلف المنظومة مقدار يفوق 180 مليون دج سنويا.

¹ -Données du Ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière(MSPRH)

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

ومن جهة أخرى فقد انشأ الصندوق الوطني للتأمين مركز تجاري مكلف باستيراد التجهيزات والمنتجات القابلة للاستهلاك والتي تضاف دوماً إلى حساب الهيئات المختصة مع تخصيص مبلغ أولي قدره 261 مليون دج. لكن هذا الإجراء لم يعمر طويلاً إذ تم إلغاؤه سنة 1996 وذلك على إثر النتائج الغير مقنعة لهذه العملية وذلك باعتبار أن التطبيق الفوضوي لهذه الأعمال كان جد مكلف لمنظومة الضمان الاجتماعي مما أدى إلى انعكاسات سلبية على عمليات التحويل من أجل العلاج بالخارج.

ثالثاً. الازدياد المعتبر للخدمات المعتادة للمنظومة: وهي تتمثل في مجموعة من النفقات التي تقع على عاتق

الضمان الاجتماعي ونخص بالذكر :

✚ تعويض الأدوية.

✚ تعويض مصاريف العلاج الخاص.

✚ التعويضات اليومية للمرض.

✚ الخدمات النقدية.

أ. تعويض الأدوية: إن تحرير الأسعار على الضمان الاجتماعي من بين المصاريف التي تؤثر كثيراً على فرع التأمينات الاجتماعية وذلك باعتبار أن هذه الخدمة تمثل نسبة معتبرة وصلت إلى حدود 28.27 % من إجمالي مصاريف التأمينات الاجتماعية بمبلغ إجمالي قدره 16.440 مليار دج (سنة 1998) أما بالنسبة لسنة 2000 فقد احتلت هذه الخدمة نسبة 33% من إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي بمبلغ 6.77 مليار دج ثم 45.68% من إجمالي النفقات الصحية لضمان الاجتماعي بمبلغ 7.8 مليار دج سنة 2007¹ في سنة 2010 وصلت مجموع نفقات الضمان الاجتماعي في الجزائر 186 مليار دينار منها 110 مليار دينار (1.4 مليار \$) لتعويض الأدوية التي تم شراءها من طرف المؤمن عليهم. هذا ما يؤدي إلى تطور الغلاف المالي لتعويض الأدوية بنسبة 16% بالمقارنة مع سنة 2010.² أما الاستهلاك السنوي لكل مستفيد من قطاع التأمين على المرض فقد تضاعف بثلاثة مرات خلال سبعة سنوات (2000-2007) لينتقل من حيث القيمة من 1036 إلى 3243 دينار جزائري. هذه المعطيات يبينها الجدول الموالي :

الجدول (3-10): نفقات الأدوية للضمان الاجتماعي في الجزائر

2007	2000	
64.56	20.79	إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي (مليار دينار جزائري)
% 45.68	% 33	نسبة نفقات الأدوية بالنسبة لإجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي
3243	1036	النفقات السنوية لكل مستفيد بالدينار الجزائري

¹-Données du Ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière(MSPRH)

²-La direction de la CNAS , 2014.

Source: Brahmia Brahime :quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, op cit,

يمكن إرجاع السبب الرئيسي لارتفاع تكلفة تعويض الضمان الاجتماعي للمصاريف الصيدلانية بصفة عامة إلى

نقائص عديدة في تسيير سوق الأدوية والذي سنتطرق إليه بأكثر تفصيل من خلال الفصل الرابع.

ب. تعويض مصاريف العلاج الخاص: ينبغي التذكير أنه تم تأريخ الأسعار الرسمية للعلاج الطبي و الشبه طبي الذي كان من المفروض أن تقوم عليه تأمينات المؤمنین الاجتماعيين في سنة 1987 كما تم تحديد أسعار الفحوصات عند الطبيب العام والطبيب المختص وطبيب الأسنان على التوالي 50 دج و 100 دج و 40 دج أما أسعار العلاج الطبي فتعتبر أكثر سخافة بحيث أنها تتراوح ما بين 9.5 دج إلى 11 دج بحيث يعوض الضمان الاجتماعي 80 % من هذه المصاريف. في سنة 1993 أي في السنوات الأولى من تطبيق إجراءات تحرير الطب تم تقدير هذه النفقة بـ 1.918 مليار دج (تعويض مصاريف العلاج الطبي الخاص)، أما في سنة 1998 فقد كانت تقدر هذه النفقة بـ 688 مليون دج أي بتزايد قدره 78.7% في هذه الفترة لتصل هذه النفقة إلى حدود 87.07 مليار دج سنة 2014 وهذا ما يوافق تطور معدل أكثر فيما يخص هذه المصاريف.

لا يمكن تفسير هذا التزايد الكبير إلا نتيجة للجوء المرضى إلى مصالح الأطباء الخواص والتي تقترح سلسلة من العلاجات المتنوعة والمكلفة هذا طبعا في ظل تراجع الدور الذي تؤديه الهياكل الصحية العمومية. ومن جهة أخرى فقد شهد الوقت الحالي ارتفاع في سعر الفحص عند الطبيب العام إلى حدود 1000 دج وعند الطبيب المختص إلى أكثر من 1200 دج وهذا بعدما كان سعر الفحص لا يتعدى 300 دج عند الطبيب العام و 500 دج عند الطبيب المختص سنة 1998.

إذن وبالرغم من أن هذا الإجراء يهدف إلى تجنب طب "ذو سرعة مزدوجة" تبعا لمستوى الدخل وبالتالي المساواة بين الأفراد في الحصول على الخدمات الصحية" إلا أن الضمان الاجتماعي يبقى الطرف المتضرر كونه يشارك بحدّة في نفقات المباشرة للعلاج العمومي والخاص.

ج. التعويضات اليومية للمرض: إن المؤمن اجتماعيا يتكفل به الضمان الاجتماعي منذ اليوم الأول من توقفه عن العمل ويتم تعويضه بنسبة 50 % من دخله اليومي خلال 15 يوم الأولى من مرضه و 100 % إلى غاية 06 أشهر أو 03 سنوات في حالة مرض ذو أجل طويل. تعد مدة العمل المفروضة لفتح الحقوق 15 يوم خلال الفصل الذي يسبق المرض بالنسبة للإجازات التي تزيد عن 06 أشهر.

إن المقارنة مع تشريعات البلدان الأخرى تبرز النقاط التالية:

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

في معظم بلدان العالم نفترض فترة انتساب تقدر بـ 06 أشهر (04 أشهر بالنسبة لتركيا) ومدة عمل تتراوح ما بين 200 ساعة في فرنسا بالنسبة للإيجاز القصير و 120 ساعة في بلجيكا) تحفظ هذه الشروط مبدئيا الطابع الاسهامي للخدمة) أما التشريع الجزائري فقد خفف من حدة هذه الشروط.

يتم حساب نسبة الاستفادة من العجز الصحي حسب مبدأ القدرة الاسهامية للمؤمن وتقدر بـ 50 % للأجر المتوسط في أفضل عشر سنوات في فرنسا و بـ 70% للأجر المتوسط في تركيا، وتحدد أدنى نسبة في الجزائر على 60 % من الأجر المتوسط المنصب سنويا، وعلى 70% من المنحة الكاملة.

وعكس التشريع الوطني الذي يخصص إجراءات عامة لفائدة منحة العجز الصحي التي تم تخفيفها بشكل معتبر يمكن ملاحظة التوجيهات المعاكسة لمعظم البلدان التي تضع هذه الفائدة نفسها تحت شروط قاسية للغاية.

د.الخدمات النقدية(هياكل العرض والطلب): يمثل مجموع الخدمات النقدية 12.35% من النفقات الاجتماعية للتأمينات الاجتماعية غير أن قيمتها بلغت أكثر خلال 08 سنوات الماضية ففي سنة 1998 بلغت النفقات من أجل التعويضات اليومية ومنح العجز ورأس مال الوفاة 18.4 مليار دج و 266.24 مليار دج أما في سنة 2006 فقد بلغت هذه النفقات 21.16 مليار دج و 276.88 مليار دج.وعلى هذا الأساس تظهر هذه الأرقام سلسلة الانحرافات التي تعد سبب التكاليف المفرطة التي يتحملها الضمان الاجتماعي والتي تعنى بالتعويضات اليومية للمرض والعجز الصحي ورأس مال الوفاة.

الفرع الثاني: المشاكل المطروحة على تنظيم الضمان الاجتماعي

تمت إعادة تقنين منظومة الضمان الاجتماعي المنصوص عليها في قوانين 1983 في إطار تعميم وتوحيد حق اجتماعي أقصى مهما كان تنظيم الاقتصاد والنشاط الاجتماعي للدول⁹ تندرج قواعد الحماية المتفق عليها ضمن منظور مواصلة ترقية الشغل المأجور وبالتالي ارتفاع منتظم لإيرادات الضمان الاجتماعي كما هو موضح من خلال الجدول الموالي :

الجدول رقم (3-11) : التوازنات المالية لصندوق الضمان الاجتماعي

الوحدة : مليون دج

2006	2005	2004	2003	2002	2001	
162 429	169 703	137 144	115 331	104 771	88 174	الإيرادات

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

160 858	159 711	128 659	106 431	98 719	80 605	النفقات
+ 1 571	+ 9 992	+ 8 485	+ 8 900	+ 6 052	+7569	الرصيد
2010	2009	2008	2007	2006	2005	
290 835	237 280	217 423	176 930	162 429	169 703	الإيرادات
209 742	187 104	191 726	167 285	160 858	159 711	النفقات
+ 81 093	+ 50 176	+ 25 697	+ 9 645	+ 1 571	+ 9 992	الرصيد

Source : **ONS, l'Algérie en quelques chiffres**, N° : 42 résultats 2009-2011, édition 2014, op cit, P 18

غموض العلاقة بين السياسة الاجتماعية للدولة وسير الضمان الاجتماعي ازداد هذا الغموض بين النشاط الاجتماعي بالنظر إلى الفئة الأكثر حرمانا والسياسة الاجتماعية كذلك يتجلى على مستوى نظام الضمان الاجتماعي ضمن سياق ركود اقتصادي في إطار تقدم المنتظم للموارد الأشخاص الغير مؤمنين اجتماعيا وهذا من خلال ظاهرة العمالة على مستوى القطاع الغير الرسمي من 25 % من مجموع العاملين سنة 1985¹ ثم إلى 30 % سنة 2000 لتصل إلى حدود 40 % سنة 2010².

يقابل تقلص الموارد ارتفاع أسرع للمصاريف بسبب الحاجيات المتزايدة فيما يخص الحماية لشرائح واسعة من السكان التي سرعان ما تتطور ظروف معيشتهم وعملهم لتحديث هذه الحالة توترات هامة على التوازنات المالية للمنظومة خصوصا من حيث الأعباء التي تتحملها ومشكلة تنظيمها مما يهدد كذلك بقائها.

في هذا السياق يعد من الضروري فحص العوامل الرئيسية للاختلال الذي تعانیه منظومة الضمان الاجتماعي منذ سنة 1983 والتي تظهر في شكل انتشار التضامن بين المشتغلين والغير مشتغلين جهد تساهمي غير مناسب نقائص تسييرية وتنظيمية وأخيرا اختلالات في التوازنات المالية.

أولا. انتشار التضامن بين المشتغلين والغير مشتغلين: لم يرق فتح الضمان الاجتماعي لعدد أكبر من الأشخاص بتوسع هام لموارد التمويل³ يتجلى ضمن السياق الراهن للركود الاقتصادي الدائم بتزايد سريع لعدد المؤمنين غير مشتغلين في الوقت الذي يشهد عدد المؤمنين المشتغلين المشتركين بنسبة كاملة إلى تراجع نسبي مما يزيد من الضغط على التوازنات المالية لمنظومة الضمان الاجتماعي.

إن دفع الضمان الاجتماعي لعدد معين من الخدمات الغير تساهمية مثل الحصص التفاضلية للحد الأدنى للتقاعد والمزايا الممنوحة للمجاهدين فيما يخص التقاعد وآثار سياسية الشغل(التقاعد التناسبي بدون شرط في

¹-Musette , M. Isli.M. Hamouda: **Marché du travail et emploi en Algérie, bureau de emploi en Algérie** octobre 2003, P 43

²-LEGENDRE François, **Emploi et politiques sociales : 02 Emme trajectoires d'emploi et rémunérations, France**, septembre 2009, p300.

السن) يطرح مشكل التطور العكسي للقاعدة المشتركة³ من تم مشكلة تحديد صارم لموارد تمويل الحامية الاجتماعية.

وكما هو الشأن بالنسبة لضرورة تحديد اختيارات طرق ومصادر تمويل نفقات العلاج الصحي العمومي فإن الغموض الذي يتميز به التمويل الراهن لمنظومة الصحة هو الاستعمال المفرط لموارد الضمان الاجتماعي في الوقت الذي يعد فيه تقدم هذه الموارد جد محدودة.

ثانيا. جهد تساهمي غير كامل: إن المبدأ الأساسي التساهمي الذي تقوم عليه منظومة الضمان الاجتماعي أضعف بمرونة كبيرة لشروط الاستفادة من الخدمات الاجتماعية⁴ كما أغفل عليها تماما فيما يخص العلاج الطبي: وذلك باعتبار أنه لم يتم تحديد مدى مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع العام للصحة: باعتبار أن مصاريف العلاج الصحي تتم مقابل مبلغ زهيد أو مجانا بالنسبة للأشخاص الأكثر حرمانا وذلك على مستوى الهياكل الصحية العمومية دون أن يبرر صفة انتسابهم إلى الضمان الاجتماعي.

ثالثا. نقائص تسييرية وتنظيمية على مستوى النظام: تحدد طريقة التسيير المعمول بها في هيئات الضمان الاجتماعي بمرسوم رقم 07-97 كما يحدد هذا النص التشريعي في صلاحيات واسعة لمجلس الإدارة⁵ كما تسمح

ب:

- تجنيد الشركاء الآخرين للمؤسسات الخاصة.
 - حفظ صلاحيات الدولة بصفقتها صاحب عمل مشروع وضامن التوازنات الاجتماعية والاقتصادية الهامة.
- غير أنه في جانب الممارسات فقط كشف نمط التسيير هذا عن نوع من اللافاعلية في فرض فوائد أكثر شفافية ونجاعة تميل إلى تقريب مؤسسة مؤمنيتها والضمان استعمال أكثر فعالية وعقلانية لموارد الضمان الاجتماعي. وتشيد هذه الوضعية في أرض الواقع إلى غموض فيما يخص مسؤولية الجميع فيما يتعلق بالمحافظة على التوازنات المالية للمنظومة.

أما فيما يخص الإطار التنظيمي والوظيفي تتمثل نقاط الضعف فيما يلي:

- الانحرافات الخاصة بالتكفل بتنوع الوظائف التي تقع على عاتق الضمان الاجتماعي.
- نقائص وظيفة استرجاع الأموال بحيث يتطلب التشغيل المؤقت واتساع رقعة الشغل الغير رسمي إعادة التفكير في وظيفة استرجاع الأموال.
- غياب محاسبة تحليلية تسمح بتقدير تسيير الإيرادات والنفقات حسب نوع المؤمنین الاجتماعيين وحسب نوع الخطر قصد تحديد أسباب اللاتوازنات.

● ضعف أداة الإحصاء التي تقدم المعطيات الصحيحة والكاملة فيما يخص الوقائع المعقدة التي تغطيها منظومة الضمان الاجتماعي.

رابعا. اختلالات تخص التوازنات المالية: إن موارد الضمان الاجتماعي المخصصة للصحة لن تعرف على المدى المتوسط نفس وتيرة النمو التي عرفتها في السنوات الأخيرة وهذا بحكم أن الضمان الاجتماعي يواجه مجموعة من التحديات التي افتقدته توازناته المالية ويتعلق الأمر ب¹:

✚ **التهرب من دفع الاشتراكات الاجتماعية:** فهي ظاهرة متكررة في الجزائر بالرغم من غياب الدراسات الإحصائية التي تمكن من تقييم أثر عدم التصريح الكلي أو الجزئي بعدد العمال ويجدر الإشارة أن هذه الظاهرة تتعلق خاصة بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.

✚ **ضعف مستويات التصريح:** وهي تفسر عدم قدرة هذا الصندوق على الوفاء بالتزاماته في تمويل المستشفيات نتيجة ضياع ملايين الدينارات من موارده المالية، كما أن هذا التهرب من شأنه طلق مشاكل إضافية خاصة فيما يتعلق بمسألة الإنصاف على اعتبار أن الذين لا يسدون اشتراكاتهم يتلقون العلاج على الأقل في الوحدات الصحية العمومية مثل المشتركين وفي نفس الظروف.

✚ **ظاهرة البطالة:** التي وصلت نسبتها لها تأثير سلبي كبير على الموارد المالية لمؤسسات الضمان الاجتماعي والتي وصلت نسبتها إلى حدود 9.7% سنة 2012 وهي نسبة معتبرة مقارنة بسنة 2000 أين قدرت نسبة البطالة بالجزائر 28.9%² إلا أن هذا لا يمنع من وجود آثار سلبية على الموارد المالية للضمان الاجتماعي.

✚ **نظام المعاشات العمومي:** يشكو دائما من عجز مالي منذ بداية التسعينات والسبب يكمن في أن الاشتراكات المقدمة تساير وتيرة الخدمات المقدمة وفي ظل نسب الإعانة المرتفعة فإن نسبة الاشتراكات التي تمثل 34.5% هي معتبرة ومن الصعب التفكير في زيادتها دون التأثير في مستويات التشغيل ومستويات البطالة المرتفعة.

الفرع الثالث مساهمة العائلات (التمويل الذاتي)

¹- عياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مرجع سابق، ص 305
²- وهراني عبد الكريم، على دحمان محمد: إشكالية التشغيل الغير رسمي بالجزائر، مجلة الدراسات حول المؤسسات و التنمية، العدد 01، جامعة تلمسان، ص 135.

إن المساهمة في نفقات العلاج الطبي والتحاليل المخبرية من أجل التشخيص ونفقات الاستشفاء التي تتطلب من المرضى أنقصت من توافد الشرائح السكانية الفقيرة على المصالح العمومية للصحة، بحيث أن هذه المساهمة قد تزج العديد من الأسر في وهدة الفقر¹.

إن ارتفاع الأسعار وعدم تعويض جزء منها عقد ميزانية العائلات المالية وخفض في الواقع استهلاك بعض الأدوية. وبما أن الأخطار الصحية تمس خاصة الأطفال والمسنين فإن هذه الشرائح هي الأكثر تضرراً ومن جهة أخرى فإن شرائح العائلات الأكثر ضعفاً وجدت نفسها غير قادرة على الاستفادة من الخدمات الصحية الجيدة بسبب كلفتها. كما أن هناك عوامل أخرى ساهمت في تدهور ظروف الاستفادة من الخدمات الصحية للعائلات مثل قدم المرافق العمومية والتجهيزات وغياب الصيانة وندرة الأدوية². عند الحديث عن التمويل الخاص فهناك مصدرين خاصين بالتمويل:

أولاً. التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة: تسعى إلى إنشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة ومن جهة أخرى التحكم في النفقات التي كانت تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة من أجل تسييرها (مؤسسات التأمين مثلاً).

ثانياً. التمويل الذي مصدره الأفراد: والمتأتى من نشاطات المؤسسات الصحية إما من مساهمة المرضى المعالجين بدفع تكلفة العلاج بصفة مباشرة أي المرضى الذين لا تغطي تكاليف علاجهم من طرف الدولة وغير المؤمنين (لدى هيئات الضمان الاجتماعي) أو من ذوي الحقوق وبصفة أخرى المرضى الذين لهم دخل كافي لدفع تكاليف الخدمات الصحية المقدمة لهم كالتجار مثلاً، وهذا لضمان تكافؤ اجتماعي بين مختلف الفئات الاجتماعية في مجال الصحة ويتم التحصيل عن طريق صندوق التحصيل انطلاقاً من ورقة المتابعة (la fiche navette) المعدة من قبل مكتب الدخول، أو الإيرادات المتأتية من بيع النفايات والعتاد الطبي غير الصالح للاستعمال الموارد الأخرى والتي لا تمثل سوى نسبة ضئيلة من ميزانية المؤسسات الصحية. من خلال تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرها المالية الخاصة³ هذا مقابل الخدمة المقدمة إذ يكون التسديد كلياً أو جزئياً.

رغم أن هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور برفع الحواجز أمام الخواص في مجال الصحة فهذه الحالة تفسر بالتجاوزات في التعريفات الطبية من طرف القطاع الخاص لأن هذا الأخير لم يحترم

¹ - تقرير منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط: تأثير الإنفاق الصحي على الأسرة والخيارات البديلة لتمويل الرعاية الصحية، الدورة الحادية والخمسون، أكتوبر 2004.

⁵⁷ - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول: الإقصاء الاجتماعي، الدورة العامة السابعة عشر، 28 فيفري 2001، ص 28.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

التسعيرة الرسمية ولا يوجد أي جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الأطباء، أضف إلى ذلك زيادة الأسعار المدونة فهناك من العائلات غير مؤمنة وبالتالي هي مجبرة على تحمل النفقة كلياً، والبعض الآخر منهم لا يطالب بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي، كما توجد ظاهرة أخرى وهي تخص التداوي من دون اللجوء للطبيب من خلال شراء الأدوية من دون وصفة طبية.

على الرغم من أن الأمر رقم 74-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1974 والمتضمن مجانية العلاج لم يستثني بشكل صريح مشاركة العائلات في بعض النفقات الصحية إلا أنه لم يصدر أي نص قانوني لرفع الغموض في هذا المجال قبل سنوات الثمانينات⁸ بحيث أن العلاجات الطبية كانت تقدم كلها مجاناً ولكل شرائح المجتمع (مهما كان مستوى دخل المستفيد) وحتى الأجانب. في سنة 1984 صدرت تعليمة لوضع حد لهذه الفوضى⁹ تفرض على المواطن المساهمة في تكاليف الفحوصات والعلاجات الطبية ورغم ضعف هذه المساهمة إلا أنها واجهت صعوبات في التطبيق سببها عراقيل ذات طابع إداري.

في سنة 1995 أصبحت مساهمة العائلات فعلية بحيث تم اتخاذ قرار مشاركة المواطن في تكاليف أيام الاستشفاء والفحوصات الطبية⁹ هذا من أجل رفع المداخيل لتوفير تغطية جيدة للتكاليف والأعباء.

وعموماً تظل النفقات الصحية التي تتحملها الأسرة الجزائرية أقل مما هو مسجل في تونس والمغرب إلا أنها تظل معتبرة ببلوغها 29.5% سنة 1997، بل وقد سجلت مستوى قياس في فترة الأزمة الاقتصادية والصعوبات المالية التي عرفت الجزائر في التسعينات بحيث وصلت إلى حدود 28.1% من إجمالي النفقات الصحية سنة 1999، أما خلال العشرية الأخيرة فقد استقرت نسبة مساهمة الأفراد في الإنفاق الصحي إلى حدود 20%¹. وللتوضيح أكثر الجدول التالي يبين ذلك:

الجدول (3-12): مدى مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة

السنة	1974	1983	1987	1992	1997	2002	2007	2009	2010
سبة التمويل	00	2.83	1,59	29.3	29.5	24.7	18.4	13.8	20.1

Source :réalisé par nos soins en se basant sur :

- Noura KAID TLILANE :**La problématique du financement des soins enAlgérie**, revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57, Editions scientifiques européennes, octobre-décembre2004, p116
- Brahim Brahamia, **Transition Sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie**, colloque international sur les politiques de santé, Université Constantine 2, 18-19 janvier 2014, P.35.

المبحث الرابع: النظام التعاقدى كبديل لتمويل المنظومة الصحية بالجزائر

¹-OMS : **Rapport sur la santé dans le monde**, septembre 2010. In www.who.int

يتطلب تخطيط سياسة تمويل الصحة وتنفيذها وإدارتها وتحليلها على النحو السليم معرفة جيدة بقضايا تمويل الصحة بالقيود والفرص التي يتيحها السياق والأدوات المناسبة لدعم إتباع أسلوب منهجي في معالجة هذه القضايا.

تحتاج البلدان من أجل تحسين نظام تمويلها لقطاع الصحة أن تتكيف باستمرار تبعاً لتغيير الحالة وأن تعدل من هذه النظم فالتقدم نحو التغطية الشاملة ليس عملية فعلية ولكنه يتطلب إجراءات على جبهات مختلفة يتعين القيام بها في آن معاً. ومع ذلك فحتى إذا كانت إجراءات مختلفة قد تتخذ على نحو متداخل فثمة طريق ينبغي من خلاله تنظيم سياسة قطاع الصحة¹⁰ عملية وضع خطط جديدة للتصدي للمشاكل والتحديات المستجدة هي عملية باستمرار بإعادة تقييم استراتيجياتها¹¹ وضع خطط جديدة للتصدي للمشاكل والتحديات المستجدة هي عملية مستندة إلى التعلم المستمر حيث نستخدم الحقائق العملية المستمدة من تنفيذ النظام في إعادة التقييم والتعديل المستمرين، وهي أيضاً عملية مستندة إلى رؤية واضحة للمستقبل قائمة على فهم الحاضر والتي توجه البلدان في اختيارها الذي تتبعه نحو تحقيق التغطية الشاملة.

دأبت الحكومة الجزائرية وعلى مدى عقود أولية على تقديم الخدمات مجانية للمواطنين وبكلفة رمزية للأجانب المقيمين بالجزائر وقد شهد القطاع الصحي تطوراً ملحوظاً خلال السنوات القليلة الماضية تلخص في ارتفاع متوسط عمر الفرد إضافة إلى زيادة عدد الأسرة المتوافدة على العلاج يدل على هذا الحجم المتزايد للتمويل والميزانيات الموجودة لتنمية الخدمات الصحية في الجزائر.

لكن من جهة أخرى يواجه القطاع الصحي بالجزائر العديد من التحديات التي تستدعي اتخاذ إجراءات وتدابير فورية ومسبقاً منها الغموض في العلاقة التمويلية بين المؤسسات الصحية وصندوق الضمان الاجتماعي والدولة أدى إلى اختلال توازن بين عرض الخدمات الصحية والطلب عليها وذلك في صورة عجز مزمن لتغطية الحاجات المتزايدة للمواطنين.

ولهيكل هذه العلاقة الثلاثية الأطراف تم وضع إطار تعاقدية وهذا بغية تحقيق أهداف المنظومة الصحية بأقل تكلفة والتحكم في نفقاتها. وهنا نطرح التساؤلات التالية:

ما مدى قدرة المنظومة الصحية في تبني نظام التعاقد كآلية جديدة عوض النظام الجزائري لترشيد نفقاتها الصحية؟ ما مدى نجاعته في مواءمة مصالح الأطراف الثلاث؟ ولماذا لم يكتمل هذا الأسلوب إلى حد الآن؟.

المطلب الأول: التعاقد الصحي كمفهوم نظري

الفرع الأول: مفهوم العقد

✚ إن العقد وحسب نص "المادة 54" من القانون المدني الجزائري : "هو عبارة عن اتفاق يلتزم بموجبه كل شخص أو عدد من الأشخاص نحو شخص أو عدة أشخاص بفعل أو عدم فعل شيء ما فالعقد إذن هو عبارة عن اتفاق توافق إرادتين على إحداث قانوني وإلزام من قبل طرفي العقد"¹.

✚ وعرفت منظمة الصحة العالمية التعاقد على أنه: "عقد يتضمن اتفاق بين عونين اقتصاديين أو أكثر والذي عن طريقه أو بواسطته يلتزم بالتنازل أو الاحتفاظ بالقيام ببعض الأشياء أي ارتباط إداري لشركاء مستقلين فهناك من يرى إن يمنح الأرباح والامتيازات في حين ترى أطراف أخرى أنه يمنح الحلول التعاونية"².

✚ من جانب OMS: "هو تعهد أو عقد يشكل اتفاق بين متعاملين اقتصاديين (أو أكثر) بواسطته يلتزمان بالتخلي أو بالتملك، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء، فالعقد هنا هو ارتباط إرادي لشركاء مستقلين"³. وعلى هذا الأساس فالنظام التعاقدية هو عبارة عن إتفاقية تربط كل من وزارة الصحة والهياكل تحت الوصاية بعهود الضمان الاجتماعي بحيث يلتزم الطرف الأول بتقديم خدمات صحية ذات نوعية وجودة للمؤمنين ويلتزم الطرف الثاني بتمويل الخدمات الصحية المقدمة للفئة المكلفة بحمايتها.

الفرع الثاني: مفهوم نظام التعاقد

يمكن تعريف النهج التعاقدية بقطاع الصحة على أنه إبرام المؤسسة الصحية مع ممولها عقدا لأداء خدمة وبذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها"⁴. وبهذا نجد أن النهج التعاقدية في قطاع الصحة يختلف تماما عن التعاقد العادي من خلال ثلاثة جوانب أساسية"⁵ وهي:

- أن النهج التعاقدية في قطاع الصحة هو البحث عن تنمية شراكة حقيقية ودائمة بين القطاع الصحي والضمان الاجتماعي.
- النهج التعاقدية هو خدمة لإعادة تحديد دور الدولة في القطاع الصحي من خلال تنظيم القطاع وضمان نظام صحي عادل دون التدخل بطريقة مباشرة توفير الرعاية الصحية.

¹-برقر بونة أمال : أثر تطبيق نظام التعاقد على تمويل المستشفيات، مذكرة تخرج، المدرسة الوطنية للصحة، الدورة الثالثة، الجزائر 2006 ص 02.

²-علي سنوسي : تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة دكتوراه، الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية 2010، ص 353.

³ - Mr. SAIHI : La contractualisation: l'expérience étrangère, revue le gestionnaire, juillet 1998.

⁴-بلقاسم حلوان: النهج التعاقدية كمنظور جديد في مجال التسيير، مجلة المسير، عدد خاص صادر عن المدرسة الوطنية للصحة العمومية جولية 1998، ص 12

⁵-نور الدين حاروش: البعد السياسي التنظيمي في تسيير المراكز الاستشفائية الجامعية، دراسة حالة مصطفى باشا، الجزائر، رسالة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية و العلاقات الدولية الجزائر، 2001 ص 300

■ النهج التعاقدى هو أداة إستراتيجية في تنمية النظام الصحي وبالتالي السياسة الصحية الوطنية لتوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات على كل الأطراف والجهات الفاعلة، كما أنه يخلق ديناميكية اجتماعية تسمح باكتشاف وجهات النظر أدوار كل كيان مع تحديد التزامات الشركات الاجتماعيين مع مشاركة السلطة العامة.

الفرع الثالث: أسس نظام التعاقد

إن النظام التعاقدى كأساس لتمويل المؤسسات الصحية العمومية يعني إبرام هذه الأخيرة لعقود أداء الخدمة أو بذل عناية أكبر مقابل تعويض مالي يساوي مجموع التكاليف المستعملة للخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها، ولعل من بين أهم المبادئ الأساسية التي يستوجبها هذا النظام ما يلي¹:

أ. وجود أطراف العقد: يمكن أن نجد ثلاثة أطراف أساسية للعقد هي كالتالي:

أ. المؤسسة الصحية: وهي أطراف المقدم للخدمة مهما اختلف شكلها والقوانين التنظيمية التي تحكمها وذلك باعتبار أن الأساس من وجودها هو تلبية حاجات الأفراد من الخدمات الصحية المطلوبة².

ب. الممول للخدمات الصحية: إن الأطراف الممولة للخدمات الصحية تتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي: بحيث تكون الدولة طرفا أساسيا في تمويل الخدمات الصحية عندما يتعلق الأمر بالمرضى عديمي الدخل والغير مؤمنين اجتماعيا: أما صناديق الضمان الاجتماعي فتكون ممولا أساسيا للخدمات الصحية عندما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق: إضافة إلى الدولة والضمان الاجتماعي يمكن أن يكون الأفراد ممولين للخدمات الصحية من خلال دفعهم لتكاليف علاجهم ويتعلق الأمر بالفئة التي تكون متاحة الدخل وغير مؤمنة اجتماعيا.

ج. المستهلك: هم المرضى اللذين يتلقون الخدمة الطبية من المؤسسة الصحية³ تقوم الأطراف المعنية (الدولة، الضمان الاجتماعي) بتمويلها إذا ما كانوا ينتمون إليها) حيث يعتبر المريض هو المحور الذي تدور حوله هذه العلاقة³. وعلى هذا الأساس فالمستهلك يتخذ ثلاثة (03) أشكال أساسية وهي:

1/ المؤمنين: هم المستفيدين من الضمان الاجتماعي عن طريق:

■ الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS) والذي يشمل العمال الذين يتقاضون أجور بصفة عامة وكذا بعض الفئات الأخرى (المعوقين: المجاهدين... إلخ).

¹-دحام عبد الرزاق، النفقات في المؤسسات الصحية نحو مقاربة للتحكيم، مذكرة تخرج، المدرسة الوطنية للصحة، دفعة 2010، 2012، ص 48.

²-علي سليمان: النظرية العامة للالتزام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1992، ص 27.

³-عمر خروبي بزار، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، مذكرة ماجستير كلية العلوم السياسية، الجزائر 2011، ص 87.

■ الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CASNOS) وهو خاص بأصحاب الحرف وأرباب العمل بصفة عامة.

2/ المعوزين: وهم المرضى الذين يجوزون على بطاقة معوز¹ 0¹ التي تمنحها مديرية النشاط الاجتماعي التابعة للبلدية محل إقامة المريض.

3/ الدفع المباشر: هم الفئة من المرضى الذين لا ينتمون إلى الفئة الأولى ولا الثانية: حيث يتلقون العلاج مقابل دفع مباشر لمستحقته.

ثانيا. مبدأ الرضا: حسب "المادة 59" من القانون المدني الجزائري "يتم العقد بمجرد أن يتبادل الطرفان التعبير عن إرادتهما المتطابقتين دون الإخلال بالنصوص القانونية" من خلال هذا التعريف نستطيع القول أن مبدأ الرضا بالنظام التعاقدى لقطاع الصحة يتحقق إذا كان هناك رضا لدى كل من المستهلك الطبيب والممولين².

ثالثا. مبدأ المساواة: ويقصد به حفظ المصلحة بالتساوي بين أطراف العقد كل حسب ما تخدم مصالحه ويتم ذلك من خلال تحقق مبدأ الرضا.

رابعا. مبدأ السبب الباعث على التعاقد: إن الأمر الأساسي لإبرام العقد في إطار ما يسمى بالنهج التعاقدى هو وجود سبب لهذا التعاقد الذي يخلق الشفافية والالتزام في مهام كل طرف، وكذلك تحديد العلاقة بين المستهلك الخدمة ومقدمها وممول تكاليفها.

خامسا. مبدأ الإدارة: من أهم مبادئ النهج التعاقدى هو مبدأ الإدارة باعتبار أن هذا العقد يتم بين الضمان الاجتماعي والدولة: خاصة وأن هذه الأخيرة تتمتع بمجموعة من الامتيازات من خلال فرضها لجميع شروطها مع تهميش مبدأ التفاوض والاختيار.

المطلب الثاني: أهداف التعاقد

إن العلاقة القائمة حاليا بين مؤسساتنا الصحية ومموليها تقوم على أساس السلطة العمومية التي تمثل الدولة ركيزتها الأساسية من خلال التوزيع العادل للثروات الوطنية غير أن هذه العلاقة يترتب عنها عجز في مجال التمويل، مما أدى إلى البحث عن إمكانية إحداث تغييرات في طرف التمويل عن طريق النظام التعاقدى وذلك نظرا لما يمتاز به من خصائص التي من شأنها أن تساعد القطاع على تحقيق مجموعة من الأهداف والتي يمكن حصرها في النقاط التالية:

■ التحكم في النفقات:

¹- يقصد بالمعوز: الشخص الذي لا دخل له وليس له من يعنيه .
²- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية، الأمر رقم 58-75 المتضمن : القانون المدني الجزائري، المادة 59 .

بحيث يتعين على المؤسسات الصحية تحقيق الأهداف المسطرة بأقل تكاليف ممكنة هذا ما يسمح بتحقيق الأهداف التالية¹:

- الدقة في التمويل: بحيث تتم عملية التمويل على أساس حسابات دقيقة تشمل جميع الخدمات المقدمة.
- حرية المبادرة والمنافسة: يسمح هذا النمط من التمويل بتحفيز المؤسسات الصحية ودفعتها إلى التفكير في تحسين نوعية الخدمات المقدمة للأفراد.

- إمكانية وضع نسب ومعدلات للنفقات للمقارنة ولمعرفة أحسن للهيكل المنفقة أكثر من غيرها والعمل على تخفيض النفقات التي تشكل نسب كبيرة لهذه الهياكل مقارنة بالهيكل الأخرى.

✚ عقلنة الإنفاق(ترشيد الإنفاق)من خلال التحكم في التكاليف:

إن عقلنة الإنفاق العمومي بالقطاع الصحي يتم بالاستناد على مجموعة من التقنيات والمناهج أهمها:

- تقنية حساب التكاليف الصحية كأداة أساسية للتحكم بالنفقات.
- منهجية الفروع المتجانسة كأساس لحساب التكاليف. أما فيما يتعلق بتشخيص التكاليف فيتحقق من خلال الوصول إلى معرفة أقل تكلفة ممكنة للخدمة المؤداة. وعلى هذا الأساس فهذه الخطوة تتطلب منح صلاحيات ومسؤوليات أكثر (منح الحرية في التسيير مع المسائلة) والابتعاد عن المركزية على مستوى المؤسسة².

✚ التحكم في المؤشرات الصحية:

من بين الأهداف التي يسعى نظام التعاقد إلى تحقيقها وهو التحكم في المؤشرات الصحية ونذكر على سبيل المثال: نسبة المكوث في المؤسسات الاستشفائية بحيث أن طول هذه المدة دون جدوى يؤدي إلى زيادة حجم الإنفاق. وعلى العموم فإن تبني هذا الأسلوب الجديد في التمويل يسمح بضمان أكبر قدر من الشفافية في العلاقات التي تربط ممولي ومقدمي العلاج كما يمكن هيئات الضمان الاجتماعي من معرفة نوعية وكمية الخدمات المقدمة اجتماعيا.

✚ تحسين نوعية الخدمة:

إن التعاقد لا يمس فقد إجراءات التمويل ولكن يمس أيضا إجراءات الإيواء والإطعام والعلاج. من خلال الرقابة اللصيقة التي يضطلع بها الشركاء الممولين. من جهة أخرى يفتح المجال أمام القطاع الخاص، وبالتالي

¹-وداد بوطيخ : نظام المؤسسات الصحية في الجزائر، مذكرة، تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج، المدرسة الوطنية للصحة، 2003، ص 28.
²-أبو بكر عيساوي، النهج التعاقدى كنمط جديد في تمويل المؤسسة العمومية للصحة، مذكرة تربص، تخصص إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، 2005، ص 32.

خلق نوع من المنافسة بين القطاعين العام والخاص، وهو الأمر الذي ينعكس بالإيجاب على الخدمات المقدمة من خلال تحسين بعض جوانب القطاع ويتعلق الأمر:

✓ تحسين سلوك المعاملة وحسن الاستقبال والتوجيه.

✓ تحسين نوعية العلاج واحترام مبدأ التدرج.

✓ إرساء نوع من المرونة في جانب التسيير وهو ما يفسح المجال أمام الكفاءات لتوظيف قواعد التسيير الحديثة.

وبالتالي النظام التعاقدى يسعى دائما للوصول إلى الفعالية والعقلنة في تسيير الهياكل الصحية وتقديم أفضل الخدمات الصحية للمرضى.

تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات الصحية مع ممولائها:

يسمح نظام التعاقدى للعلاج بتكوين علاقات مباشرة ما بين المؤسسات الصحية والهيئات الممولة وبالأخص الضمان الاجتماعى وبالتالي تحديد الأدوار والمسؤوليات لكل جانب¹ إذن فهو عكس تماما لنظام الدفع الجزائى الذى يتميز بعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمى الخدمات الصحية ومموليها.

التحكم فى النظام الصحى:

إن إعادة النظر فى نظام التمويل يأخذ بعين الاعتبار احتياجات القطاع وبالأخص مكانة الهياكل الصحية العمومية والخاصة وما تستلزمه من موارد مالية. على هذا الأساس فالنظام التعاقدى يعمل على تفعيل من دور القطاع الخاص فى تقديم العلاج وهذا حتى يلعب دور مكمل للقطاع العمومى.

المطلب الثالث: بعض التجارب العالمية فى ميدان التعاقد

هنالك العديد من الدول التى انتهجت طريقة التعاقد كأسلوب لتمويل منظوماتها الصحية وهذا يرجع بالأساس إلى مدى فعالية هذا النظام فى ترشيد نفقات القطاع من جهة تعميم الخدمات الصحية من جهة أخرى والأهم من ذلك هو تخفيض من ضغط التكاليف التى تقع على عاتق حكومات هذه الدول. ومن أجل الوقوف على هذه التجارب فقد اخترنا عينة من بعض الدول ويتعلق الأمر ب: فرنسا النيبال ومداغشقر.

الفرع الأول: النهج التعاقدى فى فرنسا

أولا. طبيعة النهج التعاقدى بفرنسا: إن القانون المؤرخ فى 13 جويلية 1991 قد وضع جهاز تخطيط يهدف إلى عقلنة تطور المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة والتحكم فى تزايد التأمين على المرض. وفى هذا الإطار

¹-أبو بكر صديق عيساوي، النهج التعاقدى كنمط جديد فى تمويل المؤسسة العمومية للصحة، مرجع سبق ذكره، ص 32.

يطرح مفهوم العقد متعدد السنوات (le contrat pluriannuel) والذي يعتبر وسيلة لمختلف شركاء المؤسسة الصحية، دولة، التأمينات وهذا لضمان الانسجام بين مشاريع المؤسسات الصحية وأهداف التخطيط الصحي الجهوي.

إن النهج التعاقدية يضع في المقدمة الإرادة في تحديد المسؤوليات عند الأعوان وشركاء النظام الصحي وذلك عن طريق تدعيم الاستقلالية والرؤية المتوسطة المدى على مستوى هذه المؤسسات بحيث يصبح هذا التعاقد يشكل العلاقة العادية والمفصلية ما بين المؤسسات والسلطة صاحبة القرار (الوكالات الجهوية)¹.

ثانيا. **أهداف التعاقد بفرنسا:** يسمح التعاقد المتعدد بفرنسا بتحقيق مجموعة من الأهداف التي نجملها في النقاط التالية :

- تحديد (فيما يخص الأهداف الأساسية) التوجيهات الإستراتيجية للمؤسسة الصحية على شكل برنامج جهوي للمنظمة الصحية (S.R.O.S).
- تحديد بشكل جيد للأهداف والوسائل المقررة خلال الملتقى الجهوي للصحة.
- تحديد آجال للتطبيق.
- ضمان مشاركة المؤسسة الصحية في الشبكة العلاجية.
- وضع العناصر البشرية والمالية الضرورية لتطوير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة.
- تحديد المسؤوليات عند الأعوان وشركاء النظام الصحي وذلك عن طريق الاستقلالية والرؤية المتوسطة المدى. وعليه فالمؤسسات الصحية العمومية كانت أم خاصة تعتبر معنية بسياسة التعاقد كما أن درجة أمان ونوعية الخدمات العلاجية هي أولى اهتمامات السياسة الجديدة. فإذا كانت المؤسسات الصحية في السابق مطالبة بتقييم ممارساتها المهنية (أساليب تنظيم العلاجات وكل الإجراءات المتعلقة بالتكفل الكلي بالمريض) لتحقيق النجاعة فإن ذلك لم يكن إلى إجراء داخلي خاص بالمؤسسة.

ثالثا. **أنواع التعاقد بفرنسا:** هنالك ثلاثة أساليب التعاقد في فرنسا:

1/ التعاقد الإلزامي أو الإجباري: يتم هذا النوع من التعاقد بين المؤسسة الصحية والوصاية (الوكالات الجهوية ARH) في شكل عقد أو أهداف ووسائل (Décontract objectifs et de moyens) متعدد السنوات) حيث

¹-Bien Franck, Reberieux Antoine, interaction médecin-patient : **un examen par l'économie des contrats**, Journal d'économie médicale 2002, vol 20, n°5, pp 251-262.

مدة العقد لا يمكن أن تقل عن 03 سنوات ولا تزيد عن 05 سنوات. يكون هذا العقد ممضى من طرف مدير الوكالة الجهوية وممثل المؤسسة المعنية.

بالنسبة للمؤسسات العمومية العقد يبرم بعد مداولة مجلس الإدارة وهذا بأخذ بعين الاعتبار رأي اللجنة الطبية والتقنية للمؤسسة كما يمكن استدعاء كل المؤسسات الأخرى التي يعينها الأمر بمشاركة في العقد منهم محترفي الصحة الخواص. معاهد البحث العلمي والجامعات.

فالعقد قد يحدد رزنامة وبرنامج تنفيذه ويعطي كل مؤشرات المتابعة والنتائج الضرورية لتقييم الدوري والفصلي والمؤسسة تحرر محضر وتقرير سنوي لهذه العملية وكذا تقرير نهائي للوكالة (ARH).

2/ التعاقد مع المؤسسات الخاصة: هي العقود التي تكون بين الوكالة الجهوية للاستشفاء والمؤسسات الخاصة وقد تكون مدة العقد بين 03 سنوات إلى 05 سنوات الذي يشمل على ما يلي:

- تكلفة الخدمات حسب التخصص.
- الأهداف حسب نوعية العلاجات التي تأخذها على عاتقها المؤسسة الصحية الخاصة حسب بنود القدر.
- العقوبات التي تطبق في حالة عدم تنفيذ بنود العقد.

3/ التعاقد الاختياري داخل المؤسسة الصحية في حالة تفويض التسيير حسب مراكز المسؤولية¹: نرى أن فرنسا قد أخذت قسطها في هذا المجال أي التعاقد الداخلي وهذا حسب تقرير مجلس الحكومة والمجلس الأعلى الذي قدمه في سنة 1973 والذي يعتبر كإحداث لطرق تسيير للمصالح العمومية عن طريق الأهداف من خلال مراقبة التسيير وإعادة النظر في القوانين الإدارية والمالية².

وهكذا فان الفرق الطبية والشبه طبية لا بد أن تقترح على مدير المؤسسة الصحية إنشاء مركز للمسؤولية، وهذا الاقتراح يعرض على الجمعية واللجنة التقنية للموافقة كما أن قرار المدير له وزن في هذا المشروع وله أن يقرر إنشاء هذا المركز وهذا بعد استشارة هؤلاء التقنيين. هذا العقد يعرف كل الأهداف والوسائل ومؤشرا المتابعة لمركز المسؤولية فمردودية هذا المركز تكون حسب نتائج التسيير والمؤهلات التي تقدم "3"، وفي حالة عدم تطبيق بنود العقد الداخلي سوف تنجر عنها العقوبات المالية وكذا الإدارية⁴.

¹ -جمعي طبيب : استقلالية التسيير عنصر أساسي للنظام الصحي في الجزائر، مرجع سابق، ص 98.

² -Calmon Michel : Contractualisation interne et délégation de gestion, Revue hospitalière de France, n°486, mai-juin 2002, pp 832-843.

³ -Forcioli Pascal, le contrat d'objectifs et de moyens face à l'annualité budgétaire, Revue hospitalière de France, n°1, janvier/février 1999, pp 18-21.

⁴ -مقدم طارق: إصلاح المنظومة الوطنية للصحة، مرجع سابق، ص ص101، 102.

كخلاصة لما سبق يمكن القول أن النظام التعاقدى بفرنسا يعتمد بالأساس على العلاقة التي تربط الوكالات الجهوية الاستشفائية مع كل من المؤسسات الاستشفائية الخاصة والمؤسسات الاستشفائية الجامعية¹.

الفرع الثاني: نظام التعاقدى في دولة النيبال

أولاً. طبيعة النهج التعاقدى بالنيبال: عندما يكون إنتاج الخدمات العلاجية تابعا لعدة منتجين لا يخضعون إلى نفس القوانين يصبح من الضروري خلق نوع من التنسيق لأن الصحة ليست كباقي السلع. فالدولة قادرة على التدخل في هذه العملية الإنتاجية مهما كان صاحبها ولكنها ليست وحدها التي تملك هذه الإمكانيات خاصة في مجال التمويل فهناك أطراف أخرى يمكنها التدخل كالأفراد عن طريق مختلف تجمعاتهم وأيضاً الشركات. فيما يخص الدولة يمكن أن يكون تدخلها على ثلاثة أشكال:

أولاً. كمنتج: حيث تقوم بإنشاء المصالح الصحية التي تتمتع باستقلالية معينة في التسيير.

ثانياً. كمولد: عن طريق إمكانياتها في مجال التمويل بحيث أن وزارة الصحة تمتلك الوسائل التي يمكن تعبئتها للتأثير على سلوكيات أو ممارسات بعض منتجي الخدمات عن طريق التعاقد.

ثالثاً. كمنظم: عن طريق سلطتها الإدارية بحيث أن وزارة الصحة تقوم من خلال هذه الوظيفة بالممارسات التالية:

✚ تمنح تراخيص ممارسة النشاط لمنتجي الخدمات.

✚ التأثير على الطريقة التي يجب أن يسلكها المنتجين.

✚ إصدار القوانين والتشريعات التي تفرض على المنتجين (قانون الصحة) الإطار القانوني للهيكل الصحية

وإخلاقيات المهنة).

في هذه الحالة التعاقد مرتبط فقط مع الدولة أما في الحالتين الثانيةين يكون هناك شركاء آخرين يتم التفاوض معهم ويتعلق الأمر ب: الهياكل الصحية للمنظمات الغير حكومية: الأطباء الخواص: العيادات الخاصة: الصيدليات الخاصة: العيادات التعاونية وأخيراً المصالح الصحية للشركات.

ثانياً. الأساليب الممكنة للتعاقد: هناك ثلاثة أساليب أساسية يمكن انتهاجها للتعاقد والتي هي في حقيقة الأمر لا تتركز على الجانب المالى بقدر ما تتركز على الحلول التعاقدية.

أ. التعاقد بين الدولة ومنتجي الخدمات العلاجية: إن هذا النوع من الأساليب يتخذ بدوره ثلاثة أشكال أساسية:

✚ التعاقد مع هياكل صحية غير حكومية.

¹-Bonnet Jean-Louis, Freidrich Claudia, Ungerer Christine, **évaluation et suivi du SROSS, l'exemple alsacien**, Revue hospitalière de France, n°1, janvier/février 1999, pp10-13

✚ التعاقد مع الأطباء الخواص.

✚ التعاقد مع العيادات الخاصة.

1/ التعاقد مع الهياكل الصحية الغير حكومية: تمنح الدولة عن طريق إجراءات تعاقدية لهذه الهياكل الترخيص للقيام بأعمالها في إطار التغطية الصحية الوطنية: مما يعني أن الدولة تتنازل عن المرفق العام شرط أن تقوم هذه الهياكل بواجباتها تجاه المواطنين. من جهة أخرى تشارك الدولة في تمويل المشترك للأعباء(البرامج الصحية، تكاليف الموظفين... إلخ) في هذه الحالة تكلف الهياكل الصحية بجانب معين من العمل الصحي بشرط أن تتمتع فيه بالكفاءة العالية.

2/ التعاقد مع الأطباء الخواص: بالإضافة إلى التراخيص القانونية لممارسة الطب في القطاع الخاص: بحيث يمكن للدولة أن تبرم اتفاقيات مع الأطباء الخواص للقيام ببعض النشاطات في بعض المراكز الصحية العمومية التي لا يوجد بها طبيب.

3/ التعاقد مع العيادات الخاصة: بعض العيادات الخاصة التي لها طاقات استثنائية معتبرة تحاول الدولة إدخالها في إطار النظام الصحي الوطني عن طريق التعاقد مقابل منحها بعض الامتيازات حسب درجة اندماجها في النظام الصحي (كإلغاء بعض الضرائب والرسوم).

ب. التعاقد ما بين مجموعة من المواطنين ومنتجي الخدمات الصحية: فيدولة النيبال المجموعات السكانية مهمة جدا وهي منظمة تحت ما يعرف بلجان القرى والتي من بين انشغالها الجانب الصحي: الشيء الذي جعلها شريكا أساسيا للهياكل الصحية التابعة للدولة أو الجمعيات الغير حكومية: فهي تتفق معهم عن طريق التعاقد حول نوع المصالح الضرورية في منطقة مكر كما يمكنها أن تلعب دور الضمان الاجتماعي بحيث تتلقى الاشتراكات من المواطنين لتتفاوض مع الهياكل الصحية حول الخدمات وطريقة التمويل التي يمكن أن تكون على شكل جزائي أو تدفع على أساس الأسعار المحددة مسبقا حسب كل خدمة علاجية.

ج. التعاقد ما بين الشركات ومنتجي الخدمات العلاجية: ويتعلق الأمر ببعض الشركات التي تملك عيادات لتقديم العلاج لعمالها، ونظرا لطاقتها الزائدة تحاول الاستفادة منها من خلال تقديم بعض من خدماتها للمواطنين وهذا على أساس تعاقدية مع الدولة أو الجماعات السكانية.

الفرع الثالث: النهج التعاقدية في دولة مداغشقر

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

إن السياسة الوطنية للصحة في هذا البلد تعطي الأولوية للامركزية النظام الوطني للصحة الذي يعتمد على ما يسمى بالمجمعات الصحية (le district sanitaire) وهذا من خلال علاقات تعاقدية ما بين مختلف الأطراف لا على علاقات كلاسيكية (التفويض، اللامركزية).

أولاً. لامركزية النظام الصحي في مداغشقر: وتتمثل لا مركزية النظام الصحي في تحويل فعلي للسلطات والموارد بحيث امتدت للبلديات صلاحيات واسعة في تسيير المراكز الصحية القاعدية: الشيء الذي يتطلب تحويل الصلاحيات ما بين وزارة الصحة والبلديات إلا أن الوزارة فرضت اتفاقيات بين فرق التدبير في المجمعات الصحية (les équipes de management des districts) والبلديات. لكن يحق للبلدية اختيار أسلوب تسيير هذه الهياكل الصحية:

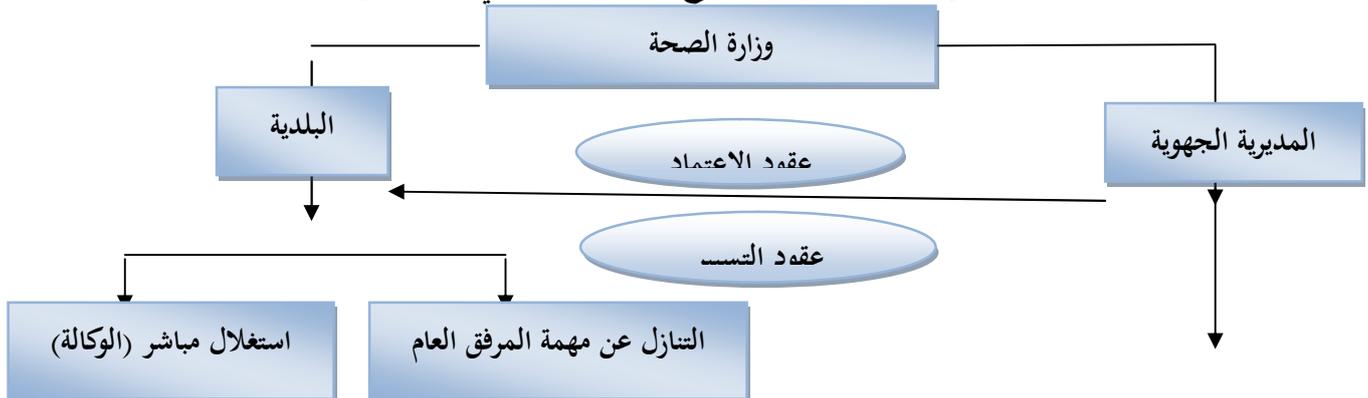
✓ إما أن تسيير بنفسها عن طريق الوكالة (la régie).

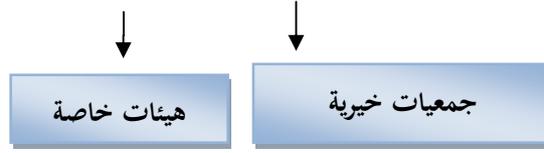
✓ إما أن تمنح الاستقلال إلى منتج العلاج (جمعيات خيرية جمعيات المرضى) كما يمكن أن تمنح إلى القطاع الخاص).

ثانياً. أنواع العقود: هنالك نوعين من العقود التي يتم تطبيقها على مستوى القطاع الصحي، ويتعلق الأمر بـ :
أ. عقود الاعتماد: في هذه الحالة العلاقة ما بين مجموعات التدبير في المجتمعات الصحية والبلدية هي عبارة عن تعهد مشترك أو متبادل يحدد مهام ودور المؤسسة الصحية (هل هي محددة من طرف الدولة أم أنها تحدد حالة بحالة) أسلوب تسيير المراكز الصحية القاعدية التي أصبحت تابعة للبلدية، والوسائل (الخاصة بالمستخدمين) الممنوحة من طرف كل هذه المجموعات والبلدية .

ب. عقود التسيير: يبرم هذا النوع من الاتفاقيات عندما لا ترغب البلدية في تسيير المراكز الصحية القاعدية بنفسها بحيث تتنازل عن هذا الدور لصالح هيئات قانونية كالجمعيات مثل: جمعيات مستعملي المصالح الصحية أو أي هيئة خاصة. هذه الهيئات تلتزم عن طريق التعاقد باحترام مهام المرفق العام، وتنصيب لجنة تسيير بالتنسيق مع عمال المركز الصحي. ولتوضيح أكثر الشكل الموالي يبين ذلك:

الشكل (3-9): مخطط يوضح عملية التعاقد في مداغشقر





المصدر: مجلة الاقتصاد الكلي: الصحة والتنمية: العدد رقم 424 الصادر عن المنظمة العالمية للصحة
جوان 1997.

المطلب الرابع: النظام التعاقدي بالجزائر كبرنامج لم يكتمل بعد

يعاني قطاع الصحة بالجزائر من عدة اختلالات لعل السبب الرئيسي وراءها هو نظام التمويل الجزافي الذي لا يخضع إلى أي منطق اقتصادي فبسببه تم الانتقال من منطق التسيير إلى منطق الإنفاق دون الاهتمام بنوعية الخدمات المقدمة. ويعود ذلك أساسا إلى تلك العلاقة القائمة حاليا بين مؤسساتنا الصحية ومموليها التي تمثل الدولة ركيزتها الأساسية حيث أعطت لنفسها باسم التوزيع العادل للثورات الوطنية حق احتكار الخدمات الصحية معتمدة في ذلك على صندوق التأمينات الاجتماعية.

إن هذا الغموض في العلاقة التمويلية بين المؤسسات الصحية وصندوق الضمان الاجتماعي والدولة أدى إلى اختلال توازن بين عرض الخدمات الصحية والطلب عليها [ذلك في صورة عجز مزمن لتغطية الحاجات المتزايدة للمواطنين. وهيكله هذه العلاقة الثلاثية الأطراف تم وضع إطار تعاقدية وهذا بغية تحقيق أهداف المنظومة الصحية بأقل تكلفة والتحكم في نفقاتها.

إن العلاقات التعاقدية المبنية على أساس العمليات المالية تفرض فكرة علاقات مؤسساتية [تطرح علاقة تمنح لكل الأطراف الحق في الاحتفاظ بأقصى حد ممكن من الاستقلالية والقدرة على المفاوضات وفسخ العقد. إن المتطلبات الدنيا لنظام التمويل المقترح تضع علاقة بين المسؤولية واستقلالية تسيير المؤسسات الصحية [لرفض الممولين التكفل بالعجز [إمكانية أن تحصل المؤسسة لصحية وبكل حرية على الربح في إطار احترام بنود العقد . هذه الطريقة تسمح في حالة العجز بتسليط عقوبات اجتماعية وأخرى اقتصادية على المؤسسة الصحية التي يجب عليها التكيف وتصحيح أسلوب تسييرها، بالإضافة إلى عقوبات ضد المسؤولين المباشرين عن هذا العجز. إذن في ظل هذا البرنامج المقترح من سيدفع تكاليف الصحة في الجزائر؟

الفرع الأول: أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر

إن المؤسسات الصحية تتخبط في مشكل حقيقي من ناحية التمويل وذلك لعدم قدرتها على التكفل بجميع النفقات الصحية اللازمة فهذا العجز في مجال التمويل يدعو إلى البحث عن إمكانية لإحداث التغييرات

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

اللازمة عن طريق النظام التعاقدية الذي يعتبر كحل يقود نظام العلاج إلى الأحسن وذلك لمعالجة الاختلالات المسجلة بالقطاع .

أولاً. أسباب التعاقد: بالنسبة للأسباب عامة فهي تعلق بالإلهام والتأثر بالأنظمة الأجنبية: توصيات بعض المنظمات العالمية OMS1 : BIRD، وذلك من أجل محاولة إدخال مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية. أما فيما يخص أسباب اختيار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNAS) للتعاقد معه فقد كان نتيجة:

- الارتفاع المستمر في مساهمات الضمان الاجتماعي لتغطية المصاريف الوطنية للصحة.
- الوضعية المالية الصعبة للضمان الاجتماعي.
- عدم شفافية استخدام الأموال المقدمة من طرف الضمان الاجتماعي على مؤسسات الصحة العمومية (المساهمة الجزافية لهيئات الضمان الاجتماعي في تمويل ميزانية مؤسسات الصحة العمومية دون برنامج مسطر لكيفية استغلال هذه المساهمات- والتي ترتفع من سنة لأخر).

ثانياً. الشروط الأولية لنجاحه: إن العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الصحية ومموليها تستلزم توفر الأجهزة التالية:

أ. إنشاء هيئات وزارية وولائية

بالنسبة لهيئات الوزارة: تم إنشاء هذه الهيئة في 10 أبريل 1996 وتتكون من: وزير الصحة والسكان:

وزير العمل والتضامن الاجتماعي (9) وزير المالية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS): الصندوق

الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS) ومسؤولين من المؤسسات العمومية للصحة.

في 16 مارس 2002 مددت الهيئة الوزارية جملة مراحل لتنفيذ عملية التعاقد وذلك من خلال "2":

● تحديد المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق بهدف قبولهم في المؤسسات العمومية للصحة.

● تحديد كيفية وإجراءات عملية التعاقد بالنسبة لصناديق الضمان الاجتماعي.

● إعداد طرق للدفع بواسطة مجموعة مختصين وهنالك طريقتين:

* تحديد السعر المتوسط ليوم استشفاء: وتم وضع هذا السعر من طرف وزير الصحة.

الجدول (3-13): السعر المحدد للدفع حسب التخصص بالدينار

التخصصات	EHS (مؤسسات إستشفائية)	CHU (المركز الإستشفائية)	SS (القطاع الصحي)
	متخصصة	الجامعي	
الطب	5000	6000	4000

¹ - Mc Belmihoub : **cours de marketing public**, ENA d'Algérie 2005.

² - أمال بعبط، ايمان بن قصير: **التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر**، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات ترشيد الإنفاق الصحي، 25/24 نوفمبر 2015، جامعة المسيلة، ص12.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

6000	8000	7000	الجراحة
2000	2000	2500	الأمراض العقلية
11000	15000	15000	التخصصات الباهضة
7000	7000	7000	التوليد

Source : Benyettou Mohamed, **La contractualisation des rapports Santé –Sécurité Sociale**, mémoire de stage de quatrième année -ENA- année universitaire 2004/2005 ,p25

***التحديد جرافي حسب نوع المرض¹**: وهو عبارة عن طريقة دفع تعتمد في حسابها على مراجع طبية

وترتكز على معايير علمية ومهنية وترتكز هذه الطريقة على مرحلتين:

- وضع مخطط للتشخيص والعلاج يحدد الأمراض من طرف خبراء كل تخصص.
- تقييم اقتصادي للتكلفة لكل مخطط حسب كل تخصص وبالاعتماد على (GAP).
- ✓ تحديد مدة الإقامة المعيارية لعدة تخصصات .
- ✓ وضع العلاقات التعاقدية حيز التنفيذ.

✚ **الهيئة الولائية**: طبقا للقرار الوزاري 14 جانفي 2003 تم إنشاء هيئات على مستوى كل ولاية يشرف

عليها الوالي وتضم: مدير الصحة والسكان: مدير النشاط الاجتماعي للولاية: مدراء المؤسسات العمومية للصحة.

✚ **الوكالة الإستشفائية (A.R.H)**: يسيرها مجلس إدارة متكون من:

* ممثل الإدارة الوصية.

* ممثل الجماعات المحلية التي تتواجد بها القطاعات الصحي.

* ممثل صندوق التأمينات الاجتماعية الجهوية.

* ممثل مستخدمي الصحة.

✚ **الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي (A.N.A.E.S)**: تنصيب الوكالة ضرورة يمكن بفضلها التحكم في

النفقات العلاجية وأهم المهام المنوطة بها هي:

- مراقبة وتقييم فرعية الخدمة الصحية وكذا مراقبة تدرج العلاج.

- توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الإستشفائية.

- تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات تشخيصية متجانسة (G.H.M).

- إعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها.

¹ - قانون المالية 2005 المادة 72.

- وضع مؤشرات توفيقية بين الهياكل وأيضاً وضع سياق للإنتاج.

كذلك من بين النقاط الأساسية التي أكد عليها النهج التعاقدى ما يلي:

تحديث مكتب القبول: نظراً للأهمية المركزية بمكتب الدخل في عملية التعاقد: بحث أصبح يكتسي أهمية في نظام وتسيير المؤسسة الصحية: فالنصوص التنظيمية الصادرة منذ سنة 2000 أعادت هيكلة مكتب الدخل سواء من الناحية التنظيمية أو نمط التسيير والنشاط¹.

استعمال استمارة العلاج: تعتبر استمارة العلاج اللغة الكمية لعلاج المقدم، ووسيلة عمل تكميلي بين مختلف المتدخلين فأعوان مكتب الدخل ملزمون بالاعتناء بجانب الحالة المدنية والتعريف بالشخص المريض في علاقة تأمينية كما تسمح استمارة العلاج بحساب حجم تكاليف النشاطات الطبية التي استفاد منها المريض كما تبين كمية الاعتمادات التي تم استغلالها أثناء تقديم العلاج وهي سند أساسي لتقييم إيرادات المؤسسة والمعطيات الإحصائية وهي أداة لمراقبة ومتابعة عملية استهلاك الأدوية والمستهلكات الأخرى².

أما بالنسبة للأنشطة الاستشفائية مثل: متوسط مدة الإقامة DMS: معدل شغل الأسرة TOL، معامل التداوى على السرير CRC: فهي مؤشرات تدل على حسن أو سوء التسيير في المستشفى لذلك يجب حسابها شهرياً: فصلياً: سداسياً أو سنوياً ومقارنتها مع المؤشرات الجهوية الوطنية والدولية.

المتابعة بواسطة الإعلام الآلي: وذلك من خلال إدراج برنامج المريض (LOGICIENPATIENT) وهذا حتى يتمكن مكتب الدخل من متابعة وضعيات المريض بطريقة آلية وسريعة والمتمثلة أساساً في التسجيل،

الحفظ والاستغلال فهو يمكن من:

✓ تسجيل دخول المرضى وقبولهم.

✓ تسجيل الخروج النهائي للمريض.

✓ إصدار شهادات المكوث في المستشفى لكل مريض.

✓ الحصول على أفضل النتائج فيما يخص تقييم وتسيير النشاط الاستشفائي (من حيث التكاليف عدد

المرضى كمية الدواء والموارد الصيدلانية المستعملة... الخ)³.

الفرع الثاني: سير العملية التعاقدية

¹ -التعليمية الوزارية رقم 03 المؤرخة في 2000/12/07 : المتعلقة بمكتب الدخل على مستوى المراكز الاستشفائية، المؤسسات المتخصصة وكذا القطاعات الصحية.

² -مقدم طارق : إصلاح المنظومة الوطنية للصحة، مرجع سابق، ص 103.

³ -مقدم طارق : إصلاح المنظومة الوطنية للصحة، مرجع سابق، ص 104.

طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 01 أفريل 2004 الذي ينص على أنه في إطار تجسيد العلاقات التعاقدية التي تربط هيئات الضمان الاجتماعي بالوزارة المكلفة بالصحة تدفع المساهمة السنوية لهيئات الضمان الاجتماعي في تمويل ميزانيات المؤسسات الصحية للتغطية المالية للأعباء الطبية لصالح المؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق¹ بأقساط ثلاثة أشهر. وعلى هذا الأساس فقد تقرر القيام بعملية اختبارية للتعاقد (تباعا لأعمال المجلس الوزاري في 9 سبتمبر 1997) وهذا على مستوى ستة (06) مؤسسات إستشفائية تم تحديدها من طرف الهيئة الوزارية وهي¹:

- المركز الاستشفائية الجامعي مصطفى باشا.
- مؤسسات استشفائية متخصصة آيت إدير.
- مؤسسات استشفائية Pierre et moriecurie.
- المركز الاستشفائية الجامعي تيزي وزو.
- مؤسسات استشفائية متخصصة Flici.
- القطاع الصحي للمدية.

في هذه المرحلة تم اللجوء إلى خطوة جديدة يتم فيها اختبار عملية التعاقد لكن بطموح أكبر من خلال الفوترة على بياض⁷ 9 بالتالي تقييم اقتصادي للخدمات المقدمة بعيدا عن ذلك النظام الجزائي الغير عقلائي. وبدأت هذه المرحلة في 14 جانفي 2003 بأمر وزاري على 10 مؤسسات عمومية للصحة لكن التنفيذ بدأ في 16 فيفري 2003 وهذا بعد اجتماع ما بين ممثلي القطاعات الثلاث (الصحة) الضمان الاجتماعي (النشاط الاجتماعي) في اللجنة الوطنية للصحة العمومية (INSP).

أولا. الإجراءات التحضيرية: في إطار التحضير للعملية التعاقدية تم تحضير جملة وسائل:

- على مستوى مكتب الدخول: وتكامل مهمته الأساسية في إعداد بطاقة المتابعة (Fiche navette) استمارة القبول وبرنامج المريض (Patient).
- على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء والغير أجراء (CASNOS وCNAS): يقوم الضمان الاجتماعي بإعداد أربعة برامج أساسية ويتعلق الأمر بـ: برنامج IDAAS برنامج SIGAS: برنامج SIGCS: بطاقة Chifaa.

¹ - E,N,S,P : revue le gestionnaire, N°2 communication par M. AMALOU, 1998.

- على مستوى مديرية النشاط الاجتماعي (La DAS): تحسبا لتطبيق نظام التعاقد قامت مديرية النشاط الاجتماعي بإعداد بطاقة المعوزين وبرنامج "Démunis"¹.
- ثانيا. سير العملية التعاقدية: عند دخول المريض يقدم الطبيب للمريض طلب استشفاء والذي يحتوي على المعلومات الخاصة به مع تحديد تاريخ دخوله للاستشفاء بناء على هذا الطلب المريض أو مرافقه إلى مكتب الدخول لتحضير استمارة القبول.

قبل ذلك يجب أولا التعرف على هوية المريض إذ تم تصنيفهم إلى ثلاثة فئات أساسية²:

أ. الفئة الأولى: المريض المؤمن اجتماعيا

- المريض الذي يملك بطاقة الشفاء: يقوم بإدخالها في جهاز خاص موجود على مستوى مكتب الاستقبال والتوجيه التابع لمكتب الدخول: تظهر جميع المعلومات الموجودة في البطاقة على جهاز الحاسوب: وهذا ضمن برنامج IDAAS التابع للضمان الاجتماعي للتأكد من كون المريض مؤمن ومدرج ضمن سجل الضمان الاجتماعي. بعد التأكد من صحة المعلومات: يتم توجيهها إلى برنامج Patient، لكن قبل ذلك يجب أولا أن توضع ضمن قاعدة بيانات تسمى بـ BDD échange هي بمثابة همزة وصل بين برنامجي IDAAS وPatient.

بعد إدخال المعلومات الخاصة بالمريض في برنامج Patient التابع للمؤسسة الصحية تطبع ورقة Attestation d'affiliation والتي توضع في ملف المريض الطبي والإداري.

- المريض الذي يملك رقم التسجيل: هنا يكون من ذوي الحقوق والمؤمنين بطريقة غير مباشرة انطلاقا من تأمين أحد الأفراد: في هذه الحالة يدخل المستخدم رقم التسجيل في جهاز الحاسوب لتظهر معلومات تعبر عن صاحب رقم التسجيل الأشخاص الذين يعتبرون ذوي حقوق بالنسبة له: وبنفس الطريقة يتم تحرير Attestation d'affiliation.

ب. الفئة الثانية: المريض المعوز

المريض المعوز يجب أن يكون له بطاقة تثبت أنه ينتمي إلى هذه الفئة. يقوم مستخدم الحاسوب بأخذ الرقم الموجود على البطاقة وإدخاله إلى برنامج Démunis ليجد عدة معلومات تعبر عن الشخص المعوز وبعد التأكد

¹ - المرسوم التنفيذي رقم 34/01 الصادر في 22 جانفي 2001، يكلف مديرية النشاط الاجتماعي بدفع أتعاب فحوصات المعوزين .
² - أمال بعبط إيمان بن قصير: التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر. مرجع سابق ص 14.

من صحتها يتم إنشاء قاعدة بيانات خاصة بالمريض 1 تكون على مستوى برنامج Patient الذي سيحفظ هذه المعلومات التي يتم الرجوع إليها عند خروج المريض.

ج. الفئة الثالثة: المريض الذي لا يملك أي بطاقة

يسجل بصفة عادية ومباشرة في برنامج Patient بعد الحصول على جميع المعلومات الخاصة به من بطاقة التعريف الوطنية.

بعد تسجيل المرضى حسب الحالات الثلاث السابقة في برنامج Patient يقدم للمريض ملف طبي إداري يحتوي على الوثائق التالية: استمارة القبول: بطاقة المتابعة: الملخص النموذجي للخروج والملخص العيادي للخروج. تسلم هذه الوثائق إلى المصلحة التي توجه إليها المريض ويلزمه في كل تنقلاته بين المصالح الاستشفائية.

عند خروج المريض يصدر الطبيب المعالج قرارا بخروجه يتوجه المريض مرة أخرى لمكتب الدخول حاملا ملفه الطبي لتحرر له فاتورة يتم ملؤها وفق طريقتين:

1/ المبلغ المتوسط ليوم استشفاء (PMJH): حيث يضرب هذا المبلغ في عدد أيام الاستشفاء.

2/ جزافي حسب المرض (Par la théologie Forfait): حيث يقابل كل مرض تكلفة معينة.

يتم تسجيل هذه الفاتورة الكترونياً بعد إدخال المستخدم ل (Toren) وهو عبارة عن بطاقة (CIM) تظهر الشكل النموذجي للفاتورة الالكترونية كما يتم إمضاؤها إلكترونياً.

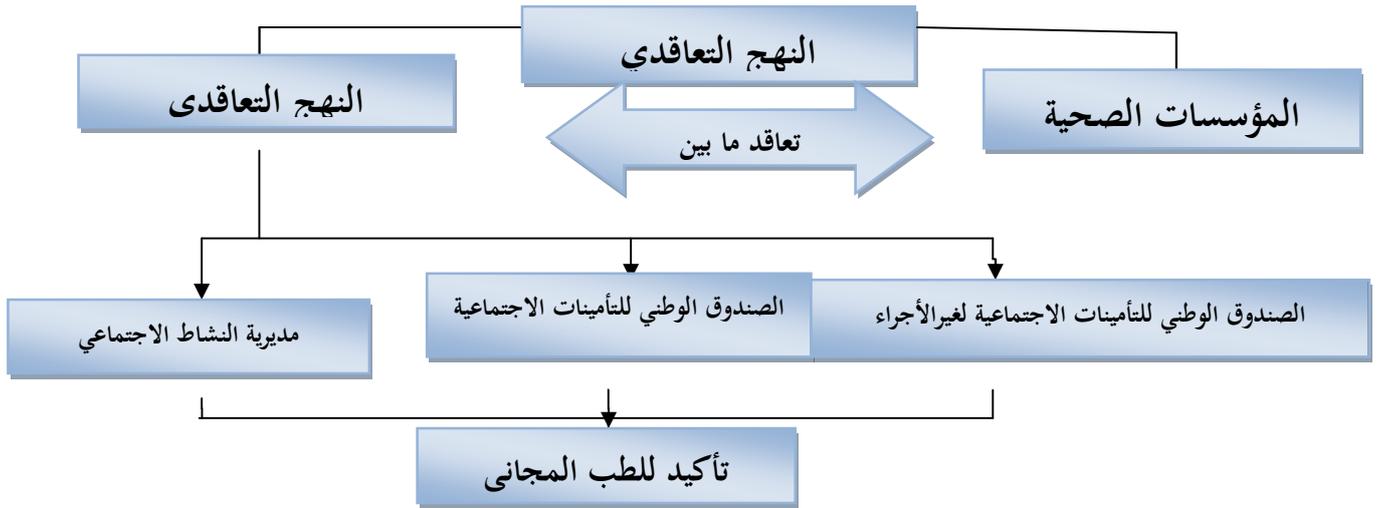
لمعرفة كيفية تسديد هذه الفاتورة يجب الفصل بين الحالات الثلاثة للمرضى ويتعلق الأمر:

- **المريض المؤمن اجتماعياً:** ترسل الفواتير يوميا بعد انتهاء دوام العمل إلى المركز الوطني للضمان الاجتماعى الموجود بالعاصمة (حيث تستقبل بواسطة Serveur FTP) الذي يرسل إلى المركز الاستشفائي إشعار بالوصول يقوم هذا المركز بمراقبة هذه الفواتير من حيث: صحة المعلومات الخاصة بالمريض صحة العلاجات المقدمة للمريض بواسطة أطباء مسؤولين على متابعة المرضى المؤمنين اجتماعياً صحة الأرقام السرية الموضوعية أمام كل فاتورة في حالة وجود أي خلل يتم إعادتها إلى المركز الاستشفائي لتصحيحها. أما في حالة القبول فإنها ترسل إلى وكالة الضمان الاجتماعى (CNAS) الموجودة على مستوى الولاية التي بدورها ترسلها إلى مركز الحسابات الموجودة على مستواها والذي يقوم بتسجيل هذه الفواتير ضمن برنامجي SIGAS و SIGCM انطلاقاً من هذين البرنامجين يسدد أعوان مركز الدفع الموجود على مستوى الوكالة

(CNAS) 80% من المبلغ الإجمالي للفاتورة ويتم تحويل الرصيد المسدد إلى خزانة المركز الاستشفائي الجامعي. كما يمكن للوكالة أن تسدد الفاتورة 100% في حالة كون المؤمن من المعوقين.

- **المريض المعوز:** أثناء دخول المريض داخل المستشفى يتابع ملفه الطبي طبيب مرسل من مديرية النشاط الاجتماعي حيث يقوم بمراقبته بجميع تفاصيله (أدوية مقدمة علاجات أشعة... الخ) عند إرسال الفواتير إلى المديرية الموجودة على مستوى الولاية يتم استدعاء ذلك الطبيب لتأكيد صحة ما تحمله تلك الفاتورة من علاجات تلقاها المريض المعوز. وبعد التأكد من صحة البيانات يتم تسديد هذه الفواتير من ميزانية النشاط الاجتماعي المقدمة من طرف الدولة.
- **المريض الذي لا يملك أي بطاقة:** بعد ملاء الفاتورة ترسل إلى مركز الدفع على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي (المؤسسة الصحية) وهنا يقوم المريض بالتسديد شخصيا. يمكن توضيح عملية النهج التعاقدية بين مختلف أطرافها من خلال الشكل التالي:

الشكل (3-10): عملية النهج التعاقدية



المصدر: من إعداد الباحث

لقد كان الهدف الأساسي من تطبيق النهج التعاقدية هو تحسيس وتوعية جميع الأطراف المساهمة في تمويل قطاع الصحة بالمسؤولية التي يجب أن يتحملوها من أجل أكثر فعالية وعقلانية. كما أن الغرض الأساسي من هذه العملية التجريبية وهو الوصول إلى تحديد سعر اليوم الاستشفائي وهذا من إشراك جميع الهيئات الفاعلة في تمويل قطاع الصحة، لكن السؤال المطروح: هل تم الوصول إلى النتائج المرجوة؟

الفرع الثالث: مشاكل تطبيق النهج التعاقدية بالجزائر

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

بالنسبة للجزائر فإن النهج التعاقدية يعني في محتواه الانتقال من النظام الجزائي للمؤسسات الصحية مسيرة من قبل عينات الضمان الاجتماعي وما تقتضيه من التخلي عن مجانية العلاج إلى نظام تمويل حقيقي للخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات العمومية للصحة للمؤمنين اجتماعيا وهذا من خلال المعلومات التي تقدمها المؤسسات الصحية لوكالات الضمان الاجتماعي في إطار العلاقات التعاقدية تهدف إلى توفير الموارد المالية اللازمة للقطاع، متابعة ومراقبة الأموال الممنوحة بالتالي الانتقال من منطق الموارد إلى منطق النتائج. لكن عملية تطبيق هذا المشروع اعترضه العديد من المشاكل والتي تمثلت بالأساس فيما يلي:

- ✚ مشكل تسيير مستخدمي المراكز الصحية القاعدية من ناحية: الأجر التوظيف الإشراف.
 - ✚ غموض تحديد هوية المستفيدين من الخدمات الصحية حيث وجدوا أن 30% فقط يمثلون المؤمنين اجتماعيا وكذلك 10% فقط معوزين¹ في حين تبقى نسبة 60% غامضة¹.
 - ✚ غياب الاستخدام الأمثل لبطاقة المريض وكذا عدم معرفة كيفية ملئها.
 - ✚ عدم تحديد المسؤوليات بالشكل الكافي.
 - ✚ إهمال ممارسي القطاع للعديد من البيانات الخاصة بالمريض.
 - ✚ نقص الإعتمادات ذات الطابع الوقائي.
 - ✚ غياب الوثائق المحاسبية.
 - ✚ غياب برامج النشاط.
 - ✚ عدم الأخذ بعين الاعتبار الطلبات في الميزانية.
 - ✚ التخلي في معظم الأحيان عن المهام الأساسية لمكتب الدخول.
 - ✚ قيود التمويل التي أصبح يعاني منها نظام الضمان الاجتماعي خلال العشرية الأخيرة².
 - ✚ إن تجاوز هذه العقبات يستوجب توفير مجموعة من الشروط منها³:
- ✓ وضع برنامج حقيقي في مجال التكوين المتواصل للممارسين الطبيين والشبه الطبيين لتمكينهم من لعب دور أساسي في تقديم المعلومات.

¹ - Ministère du travail et de la sécurité sociale : **note de synthèse sur la contractualisation santé-sécurité sociale**, 2004.

² - عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سابق، ص 256.

³ - العلوانعديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار هومة للطباعة للنشر والتوزيع، الجزء الثاني، الجزائر، 2014، ص ص: 39-41.

- ✓ استغلال استمارة العلاج (ورقة المتابعة) وتصنيف الملفات الإدارية للمرضى ومن شأن هذه العملية أن تسمح بالتكفل العملي وبإصدار كشف حسابات (الفوترة) ومتابعة التسديدات وتسيير أفضل للنفقات.
- ✓ ضبط عدد المستخدمين والرفع من مردوديتهم عن طريق تحفيزهم وخلق روح المبادرة عندهم مع إبراز النتائج الايجابية التي قد يحققها هذا البرنامج .
- ✓ التقييم الدوري لمدى تنفيذ التزامات الأطراف وتقديم التصحيحات اللازمة بمراعاة جميع التجارب الجهوية.
- ✓ تدعيم هذا البرنامج بحاسبة تحليلية دقيقة، وبالوسائل البشرية والمادية التي تضمن لمكتب الدخول أداء مهامه في أحسن الظروف.

✓

خلاصة الفصل:

إن السياسة الصحية بالجزائر وخاصة بعد إقرار مجانية العلاج أوجبت تخصيص إمكانيات مالية ضخمة ممولة خصوصا من طرف صندوق الضمان الاجتماعي وهذا على مدى عشرين من الزمن. غير أن الأزمات الاقتصادية التي حلت بالبلاد والمتميزة بتراجع وتباطؤ وتيرة النمو (نتيجة تراجع في أسعار النفط) جعل من قاعدة التمويل تنكمش بصلة انخفاض مستوى التشغيل وهذا ما يترجم بنقص في إيرادات الضمان الاجتماعي والمكونة أساسا من خصم على مستوى أجور المستخدمين وهذا ما أدى إلى بروز صعوبات في تمويل القطاع الصحي بالجزائر.

نظام الصحة وبعد تطبيق مجانية العلاج استفاد من تمويل عمومي شامل وتخصيص مصادر هامة ومرتفعة وذات وتيرة نمو سريعة غير أن هذا التخصيص الضخم لم يتم بالمراقبة والعقلانية في الاستغلال وهذا ما أدى إلى الوضعية الحرجة التي تعاني منها الآن المؤسسات الصحية. وعلى هذا الأساس هذا التفسير يتماشى مع الفرضية الرابعة للبحث حول ضرورة إعادة نظر عميقة في إستراتيجية التمويل بما يخدم الصالح العام وذلك من خلال تطبيق النهج التعاقدية كأسلوب جديد لتسيير تمويل القطاع الصحي ومن ثم تخفيض ضغط التمويل الذي يقع بنسبة كبيرة على الجانب الحكومي. .

لكن وعلى الرغم المرحلة المتقدمة التي وصلت إليها العملية التعاقدية مقارنة بالسنوات الأولى من تخطيطه من خلال التحضيرات الموجودة على مستوى الوزارات الثلاث إلا أنه يبقى على السلطات المعنية مضاعفة الجهود للإمام والإحاطة بجميع جوانب النظام التعاقدية وسد كل الثغرات التي تعرقل تطبيقه بصفة جيدة. فتنظيم علاقات المؤسسة الاستشفائية مع مموليها في شكل علاقات تعاقدية يقتضي إدخال أدوات جديدة في التسيير وذلك

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

بإستبدال مفهوم المستشفى والإدارة بمفهوم المستشفى والمؤسسة المرتبطة بالمناجمت العمومي مع التركيز على العنصر البشري لأن الفرد هو المسؤول عن البناء والاستثمار كونه مصدر بعث وتقديم أي مرفق عام. إضافة إلى النظام التعاقدية يمكن للجزائر تبني:

✚ **مبدأ تعدد مصادر التمويل:** لا بد من اعتماد مصادر أخرى للتمويل فلا شك أن الدولة وهيئات الضمان الاجتماعي هما أهم ممولي المؤسسات الصحية ورغم التطور الكبير لمساهمات هذين الممولين غير أن العجز موجود والخدمات متدنية من يوم لآخر، وأمام النسبة الضئيلة للموارد الخاصة يجب توسيع مصادر التمويل إلى أعوان آخرين يكون لهم تأثير بشكل أو بآخر على قطاع الصحة وبالتالي يجب إعادة تنشيط مصادر التمويل الحالية والبحث عن مصادر جديدة. بحيث تشترك الحكومة والقطاع الخاص في تمويل القطاع الصحي مع الاعتماد بنسبة كبيرة على الضرائب والاشتراكات (من 70% إلى 90%) إذ أثبت هذا الأسلوب فعالية أكبر في تمويل القطاع الصحي بالعديد من الدول كاليابان، هولندا، كندا، فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، نيوزلندا، بريطانيا، السويد والنرويج مع الملاحظة أن التمويل هنا لا يعني الإدارة المباشرة لمرافق الرعاية الصحية وإنما يعني أن لدولة تدفع تكاليف العلاج لطرف آخر يقوم بتقديم الخدمات لصحية.

✚ **نظام التمويل المبني على الأنشطة:** والذي أثبت مدى فعاليته في دولة قطر الدولة وبذلك تنضم الجزائر إلى (30) دولة حول العالم تطبق هذا النظام. يمثل هذا النظام الخطوة الأولى في الطريق الطويل نحو تطوير آليات تمويل النظام الصحي. وكجزء من هذا نظام التأمين الصحي فإن الشركة الوطنية للتأمين الصحي ستدخل في عقد تقديم خدمات مع مقدمي الخدمات الصحية من القطاع العام والخاص. وسيعتمد التمويل هذا بشكل أساسي على "نظام التمويل المبني على الأنشطة" وسيتم تدعيمه بواسطة جداول أسعار قياسية والتي يتم تصميمها بالاستفادة من أفضل التجارب العالمية في مجال منهجيات تكاليف الرعاية الصحية.

* بالنسب لفوائد نظام التمويل المبني على الأنشطة بالنسبة لمنظمي الخدمات الصحية:

- يوفر الشفافية المتعلقة بالاستخدام الحالي والمستقبلي للخدمات الصحية الكفاءة الجودة الأمان عدالة توزيع الخدمات الصحية وسهولة الوصول لها.
- توفير المعلومات لمخذي القرارات على مستوى الدولة.
- تحسين النظام الصحي ككل.

* فوائد نظام التمويل المبني على الأنشطة بالنسبة لمزودي الخدمات الصحية:

- يوفر الشفافية المتعلقة بالاستخدام الحالي للخدمات الصحية والكفاءة: كما يحسن جودة الخدمات الصحية.

الفصل الثالث تمويل المنظمة الصحية

- يوحد أنظمة تشغيل المستشفيات ونظم تقاريرها الإدارية.
- يؤدي إلى تحسين النظم الإدارية.
- يحق لجميع مقدمي الخدمات الصحية المرخص لهم في الدولة سواء كانوا من القطاع العام أو الخاص المشاركة في نظام التأمين الصحي الاجتماعي شريطة توفر معايير الجودة.

الفصل الرابع

الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية

قياسية

المبحث الأول: تقييم الإنفاق الصحي نسبة إلى الموازنة العامة.

المبحث الثاني: إنتاجية الإنفاق الصحي من خلال مؤشرات الصحة

العامة.

المبحث الثالث: ترشيد الإنفاق العام كآلية لتحقيق الكفاءة والفعالية

بالإنفاق الصحي في الجزائر.

المبحث الرابع: محاولة لتقييم الإنفاق الصحي من خلال دراسة

قياسية.

تمهيد

يتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية) والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية) وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإلزامية). إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة) وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)) وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي. وهنا يرى البعض انه كلما زاد حجم الإنفاق العام كانت الخدمات المقدمة أفضل وأحسن. وهذا القول غير صحيح على الإطلاق إذ أن تخصيص اعتمادات أكبر في الميزانية لا يعنى بالضرورة تقديم خدمات أفضل فالعبرة هنا بالسياسة الانفاقية بالمجتمع.

وعلى الجانب الآخر فان توزيع هذا الإنفاق يعكس خللا كبيرا حيث تستحوذ الأجور على الجانب الأكبر من هذه المصروفات، ونظرا لأن الغالبية من الأطباء تقع ضمن الشرائح الدنيا من المرتبات فقد كان من الطبيعي أن ينعكس ذلك بالسلب على أداء الأعمال المطلوبة منهم، وأدى إلى هبوط مستويات الأداء الحكومي في قطاع الصحة.

فضلا عما سبق فالشيء الملاحظ الاستثمارات العامة في قطاع الصحة قد هبطت من 14% من إجمالي الإنفاق العام على الصحة عام 2010-2011 إلى 11% عام 2013-2014 وذلك على الرغم من وجود العديد من المشروعات الاستثمارية المهمة في هذا المجال سواء مستشفيات عامة أو مركزية أو قروية بالإضافة إلى المشروعات الخدمية المكتملة مثل المعاهد الفنية ومدارس التمريض والحجر الصحي، وقد أدى التناقص السنوي لهذه الاعتمادات إلى تردد المقاولين والشركات عن الدخول في مناقصة وزارة الصحة أو زيادة الأسعار زيادة كبيرة تضمن له تعويض التأخر في السداد من جانب الحكومة. وكلها أمور توضح بما لا يدع مجالا للشك أن الإنفاق العام على الصحة ضعيف للغاية لا يتناسب بأي حال من الأحوال مع الاحتياجات المجتمعية^[1] ويتطلب المزيد خاصة إذا ما أخذنا بالحسبان الوضع الصحي الراهن وحالة التي آلت إليها المستشفيات الجزائرية.

وعلى الرغم من كل ما سبق ومن الغريب أن البعض يطالب بخفض الإنفاق العام على الصحة بحجة أن القطاع الخاص لديه القدرة على ذلك، وهنا تكمن الخطورة إذ تشير الدراسات إلى أن أي خفض في معدل الإنفاق العام المخصص لقطاع الصحة سوف يؤثر سلبا على أداء هذا القطاع. ونظرا لأن معظم الإنفاق العام لوزارة الصحة بدون الأجور يخصص للخدمات العلاجية، حيث أنه يصعب تخفيض هذا النوع فإن الإنفاق على

الخدمات الطبية الوقائية هو الذي سيتأثر بأي سياسات مستقبلية الأمر الذي يزيد من خطورة الوضع نظرا لانتشار العديد من الأمراض المتوطنة بالبلاد هذا فضلا عن أنه ونظرا لصعوبة خفض الإنفاق على بند الأجور في موازنة وزارة الصحة والذي يحتاج إلى الزيادة لا إلى النقصان، فإن معظم الخفض سوف ينصب على المستلزمات السلعية وعلى وجه الخصوص الأدوية. من هنا يجب العمل على زيادة الإنفاق على الصحة وليس العكس وذلك لمعالجة المشكلات العديدة التي يعاني منها المجتمع وهو ما يتطلب وضع الأسس الضرورية لإصلاح الإنفاق العام وجعله يصب في صالح الأهداف الرئيسية التي تقرر من أجلها وهذا من خلال تبني مجموعة من الأساليب التي تساعد على ترشيد هذا النوع من الإنفاق.

إذن إصلاح الرعاية الصحية مسألة شائكة فالحصول على الرعاية الصحية التي يمكن تحمل تكلفتها يكتسب أهمية قصوى ولكن تغطية تكلفتها يمكن أن يسبب ضغطا هائلا على الميزانيات الحكومية ولحسن الحظ فهناك عدد من خيارات الإصلاح أمام الدول التي تواجه هذه الضغوط أو تلك التي تسعى إلى تجنبها في المستقبل. وتبين التجربة في الاقتصاديات المتقدمة أن توليفة من ضوابط الميزانية الأكثر إحكاما مع إصلاحات معززة لفعالية أنظمة الرعاية الصحية يمكن أن تساعد في الحفاظ على فرص الحصول على الرعاية الصحية عالية الجودة في حين تبقى على الإنفاق العام تحت السيطرة ويكتسي تحسين كفاءة الإنفاق العام الصحي في الاقتصاديات الصاعدة أهمية أيضا ، ولكن بعضها يستطيع تحمل المزيد من الإنفاق العام، وينبغي أن تضمن كل البلدان توفير فرص متكافئة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وأن تنفق بشكل أكثر كفاءة على الصحة العامة¹. وعلى هذا الأساس الإشكالية المطروحة تتمحور حول التساؤل التالي:

ما معنى أن نستثمر كل هذه الأموال وتحدد كل هذه الخطوات والميزانيات ثم لا تكون النتائج وفق

الأهداف المسطرة؟

هل نجحنا في استثمار رأسمال المادي وأخفقنا في استثمار رأسمال البشري؟

إن الإجابة على هذا الإشكال تستدعي منا التطرق من خلال هذا الفصل إلى دور السلطة الوطنية اتجاه أعمال الحق في الصحة من خلال دراسة تطور حجم الإنفاق العام على الصحة نسبة إلى الموازنة العامة ومدى تأثيره على مردود القطاع (وهذا من خلال استعراض بعض المؤشرات الصحية، تطور حجم الهياكل الصحية وعدد الممارسين بالقطاع وكذا المنظومة الدوائية). وفي الأخير نختتم هذا الفصل بالتطرق بشكل تفصيلي إلى التحديات والمعوقات التي تواجه تطور القطاع نحو تحقيق تنمية مستدامة.

¹ - بينيديكت كليمنتس، وديفيد كودي: معالجة موارد الرعاية الصحية، مجلة التمويل والتنمية، الصادرة عن صندوق النقد الدولي، المجلد 48، العدد الأول، مارس 2011، ص 42.

المبحث الأول: تقييم الإنفاق الصحي نسبة إلى الموازنة العامة

أضحى من المسلم به استنادا إلى العديد من الدراسات والتقارير أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول، وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية وعليه اعتبرت هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة وقد أشار برنامج العمل التاسع 1996-2001 لمنظمة الصحة العالمية أن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية ولكن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة وقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة، كما أكد كل من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة و مستدامة"¹.

يعتبر النظام الوطني من أكبر المستهلكين من حيث حجم الميزانية المخصصة للقطاع الصحي إلا أنه وبمقابل ذلك أصبحت الموارد المالية المخصصة لهذا الأخير ثابتة خلال السنوات الأخيرة ويضاف إلى ذلك انخفاض نسبة الناتج الداخلي الخام الموجهة للصحة العمومية. ومن جهة أخرى فمن يوم لآخر تتضاعف حاجة القطاع للموارد توافقا مع المتغيرات الصحية والبشرية، مما يستوجب تحميل أعباء أكبر فأكثر على شخص المريض باعتباره المستفيد من خدمة المصالح العمومية إلى درجة أنه أصبح مجبرا على تحمل أعباء تشخيصات في مجالات معينة تضمن فقط من طرف القطاع الخاص .

وتبقى الإمكانيات المالية التي يحظى بها قطاع الصحة وإلى غاية يومنا هذا محدودة خاصة وان الحجم الأكبر من هذه النفقات ممولة من قبل الدولة وبالتالي هيمنت هذه القضية على السياسة الصحية الوطنية ومؤشراتها وهذا طبعا في ظل تراجع دور القطاع الخاص. وعلى هذا الأساس سنحاول من خلال هذا المبحث معرفة اتجاهات الإنفاق الصحي في الجزائر وكيفية تخصيصه.

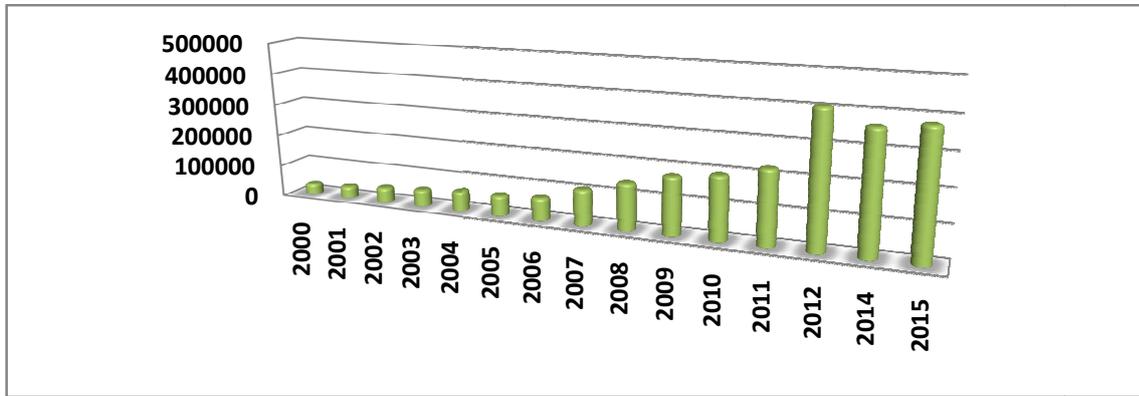
المطلب الأول: الإنفاق على التسيير

لقد أصبح الاهتمام بالإنفاق الصحي من الأولويات التي يسعى المهتمين والمشرفين على هذا القطاع إلى معرفتها وتحليلها بهدف التحكم فيها، وذلك باعتبار أن التحكم في الإنفاق يكون بهدف الحصول على أكبر قدر من المردود من خلال التوزيع الجيد للوسائل المادية والبشرية.

¹ محمد عثمان عبد المالك : الصحة والتنمية والفقير ، مناقشة و تعقيب عبر جريدة

أما بالنسبة للجزائر فإذا كانت النسبة المخصصة للمنظومة الصحية لا تظهر وبصفة حقيقة حجم الإنفاق المعتمد، أو بطريقة أخرى طريقة توزيع الإعتمادات على القطاع خاصة فيما يتعلق بجانب التسيير، وذلك باعتبار أن الهيئات العمومية الأكثر استهلاكاً من حيث المخصصات المالية المقدمة للنفقات الوطنية للصحة، وقد نجد هذا من خلال الإعتمادات الجد ثقيلة والتي زادت من شدة الأعباء الملقاة على ميزانية الدولة¹ والتي تطورت بشكل لافت حسب ما يبرزه الشكل الموالي:

الشكل (4-1): تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة (مليون دج)



المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة وإصلاح المستشفيات 2000 إلى غاية 2015

توضح البيانات الواردة في الجدول مدى التطور الملحوظ في نفقات تسيير القطاع الصحي فبعدما كانت قيمة الإعتمادات لا تتعدى 1.3 مليار لسنة 1990 أصبحت خلال العشرية الأخيرة تتعدى 33.9 مليار دج سنة 2000 أي بمعدل نمو يتعدى 26% وقد استمرت هذه الزيادة في الإنفاق على القطاع من سنة لأخرى لتتعدى 381 مليار دج سنة 2015 ويجدر الإشارة أن أكبر زيادة شهدها القطاع كانت سنة 2012 بنسبة ارتفاع تفوق 77% باستثناء الانخفاض الذي كان في سنة 2005 بحيث انخفضت نفقات تسيير القطاع بنسبة 2.05%.

إن هذه الإعتمادات التي استفاد منها القطاع في جانب التسيير مكنته أن يحتل المرتبة الرابعة (04) ضمن باقي القطاعات لسنة 2011 (بعد وزارة الدفاع الوطني وكذلك التربية الوطنية والجماعات المحلية) وهو ما يفسر دور الحكومة في تنمية النشاطات الاجتماعية بصفة عامة والصحية بصفة خاصة .

يعود ارتفاع نفقات القطاع إلى سببين رئيسيين هما: التقدم العلمي في المجال الطبي من جهة والذي يؤدي إلى ارتفاع تكاليف اقتناء التجهيزات والمواد الطبية: ومن جهة أخرى ارتفاع حاجيات السكان من العلاج بصورة

¹ - زميت خدوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، مرجع سابق، ص 59.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

دائمة وسريعة تبعا للنمو الديموغرافي والتحول الوبائي، لكن ومن أجل إعطاء تحليل دقيق لهذه الزيادة في حجم الإنفاق الصحي سنستند على مؤشرين :

تحليل الإنفاق الصحي حسب المصالح.

تحليل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الاعتمادات.

الفرع الأول: تحليل الإنفاق الصحي حسب المصالح

إن تحليل حقل الإنفاق الصحي حسب المصالح يبين مدى استحواد القطاعات الصحية (les secteurs sanitaires) على القسم الأكبر من الاعتمادات وذلك طيلة الفترة الممتدة من (2000 إلى 2010) بنسبة تتعدى 60% وذلك من أجل تلبية احتياجات الهياكل القاعدية لهذا القطاع بمختلف أنواعها واختصاصاتها. في حين أن المصالح المركزية فقد كانت تستحوذ على نسبة لا تتعدى 40% أما المصالح اللامركزية فقد خصص لها نسبة ضئيلة جدا لا تتعدى 10%. لكن ابتداء من سنة 2010 فقد تم إعادة النظر في نفقات التسيير وذلك من خلال زيادة حجم الاعتمادات المالية المخصصة للمصالح المركزية لتتقارب 54% سنة 2015. وعلى هذا الأساس فالإشكال المطروح يتعلق: بالأسباب والدوافع التي أدت إلى تزايد حجم الإنفاق الصحي على المصالح المركزية وبنسبة كبيرة خلال فترة ممتدة 2000-2015 ؟

إن الإجابة على هذه الإشكالية تستدعي منا الاستعانة بالجدول التالي :

الجدول (1-4): تطور النفقات الصحية حسب المصالح خلال فترة (2000-2015)

الوحدة : مليون دج

السنة	المصالح المركزية	المصالح اللامركزية	القطاعات الصحية
2000	33297.46	603.278	53584.558
2001	37707.49	617.299	58994.000
2002	48386.371	730.736	71986.201
2003	54680.020	750545	819221.00
2004	62979.386	791.066	89274.811
2005	61579.212	881.742	78699.442
2006	940.117	940.117	103385.220
2007	105.129	1134.453	142904.466
2008	122307.224	11171.276	164711.470
2009	176807.624	1515.205	212464
2010	195011.83	1515.205	187809.51
2011	225476.50	2383.035	218562.093
2012	402070.416	2874.93	391.340
2013	382860.66	2575.31	349568.23

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

307796.476	2275.69	363650.911	2014
318898.086	1262.149	379589.913	2015

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة وإصلاح المستشفيات خلال الفترة 2000-2015

أولاً: المصالح المركزية: لقد شهدت المصالح المركزية زيادة معتبرة في حجم الإعتمادات المالية المخصصة لها بما يقارب 345292.5 مليون دج طيلة الفترة الممتدة من 2000-2015 وقد كانت أكبر زيادة في حجم هذه الإعتمادات سنة 2012 بنسبة تتعدى 78 %.

إن سبب زيادة هذه النفقات مرده إلى العوامل التالية :

1. زيادة نفقات المستخدمين: إن الارتفاع في نفقات المستخدمين يفسر بما يلي:

- التكفل بالترقية العادية للمستخدمين (المرسمين والمناوبين).
- ارتفاع نسبة الاشتراكات الاجتماعية في الضمان الاجتماعي التي انتقلت من 24 % سنة 1999 إلى 25 % سنة 2000.
- رفع بعض المنح المتعلقة بقطاع الصحة كمنحة المردودية.
- تطبيق النظام التعويضي لموظفين الذين ينتمون إلى الأسلاك المشتركة بنسبة 50 % الناتج عن تطبيق المراسيم التنفيذية والقانون الأساسي وتمثل في:
 - الأطباء الممارسون العاملون أطباء الأسنان والصيدالة.
 - المفتشون الممارسون.
 - الأسلاك الشبه طبية.
 - الممارسون الأخصائيون.
- رفع مستوى الأجر الوطني الأدنى وذلك بصور المرسوم الرئاسي رقم 467/03 المؤرخ في 2003/12/02.
- التوظيف حسب المناصب الشاغرة، فمثلا سنة 2011 تم فتح 145 منصب مالي منها:
 - ✓ 15: منصب مالي لفائدة المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية.
 - ✓ 52: منصب لفائدة أساتذة التعليم والتكوين الشبه طبي.
 - ✓ 50: منصب مالي لفائدة الوكالة الوطنية للدم (12 وكالة جهوية للدم).
 - ✓ 08: مناصب للأعوان المتعاقدين.
 - ✓ 20: منصب مالي لفائدة المعهد الوطني للصحة العمومية وذلك لوضع حيز الخدمة خمسة (05) مراكز للمعاينة الجهوية للصحة (ORS) المتواجدة في: وهران، الجزائر، قسنطينة، بشار، ورقلة.

2.زيادة نفقات الأدوات وتسيير المصالح: هذه النفقات مخصصة للتكفل بمصاريف المهمات بالخارج لإطارات هذا القطاع، وهذا بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 466/02 المؤرخ في 24 ديسمبر 2002 والمتعلق بالمكافآت المعوضة للمصاريف المترتبة عن المهمات المؤقتة بالخارج. كما يضم هذا البند النفقات المخصصة للأبواب التالية:

- لوازم المكتبة والأدوات المختلفة.
- نفقات تسيير المصالح.
- الألبسة.
- حظيرة السيارات.

3.زيادة حجم النفقات المخصصة لأشغال الصيانة: هذه النفقات موجهة للصيانة العادية للمباني ذات الاستعمال الإداري.

4.النشاط التربوي والثقافي: زيادة حجم النفقات يمكن تفسيرها أيضا بزيادة الإعتمادات المخصصة للتكفل بمصاريف التكوين المتواصل للمستخدمين الطيبين، الشبه طبيين والإداريين.

5.النشاط الاجتماعي: في هذا الفصل تندرج النفقات التالية:

- المساهمة في الخدمات الاجتماعية.
- الدعم المباشر لمداخل الفئات الاجتماعية المحرومة.
- مساهمة الدولة في تكاليف تسيير مؤسسات الصحة.
- تقديم إعانات للمستشفى المركزي للجيش بالنسبة لنفقات العلاج والإقامة المقدمة للفئات المعوزة الغير مؤمنة اجتماعيا.

6.النشاط الاقتصادي: هذه الزيادة موجهة بصفة حصرية للصيدلية المركزية للمستشفيات للتكفل ببرنامج مكافحة السرطان والأمراض النادرة الخاصة بالطفولة.

7.النشاط الدولي: هذه النفقات تمثل قسط الجزائر في تمويل التكاليف المقتسمة لبرنامج تعاون الجزائر لبرنامج التحكم في النمو الديمغرافي.

8.نفقات أخرى: يحتوي هذا الباب على النفقات التالية:

- تشجيعات للخدمات الخاصة بحماية الصحة.
- المساهمة في تمويل نشاطات الهلال الأحمر الجزائري.

● مساهمة للجمعيات ذات المنفعة العمومية.

● المؤتمرات والملتقيات التي تعني بمواضيع تخص الأسرة والطفل.

● النفقات القضائية ونفقات الخبرة.

ثانيا. **المصالح اللامركزية:** إن زيادة الإنفاق الصحي يرجع أيضا إلى زيادة حجم الإنفاق على المصالح اللامركزية كونها تستحوذ على نسبة تتراوح بين 10% إلى 54% من نفقات تسيير القطاع وذلك من أجل تغطية النفقات التالية:

1/نفقات الموظفين: وهي تشمل ما يلي: الأجور، الرواتب، التعويضات، التكاليف الاجتماعية والجبائية. إن الارتفاع المسجل على مستوى هذه النفقات يفسر:

● ترقية المستخدمين.

● التوظيف حسب المناصب الشاغرة .

2/الأدوات وتسيير المصالح: هذا الفصل يجمع النفقات التالية:

● اقتناء وتسديد اللوازم المكتبية.

● شراء اللوازم المختلفة.

● التكاليف الملحقة (ماء، هاتف، كهرباء، غاز... إلخ).

3/صيانة المباني: تخص هذه النفقات المبالغ الموجهة لأجل الصيانة العادية للمباني ذات الاستعمال الإداري بما فيها المساحات الخضراء .

4/النشاط الاجتماعي: في هذا الفصل تدرج لا سيما النفقات التالية:

- المساهمة في الخدمات الاجتماعية.

- الدعم المباشر لمداخل الفئات الاجتماعية المحرومة.

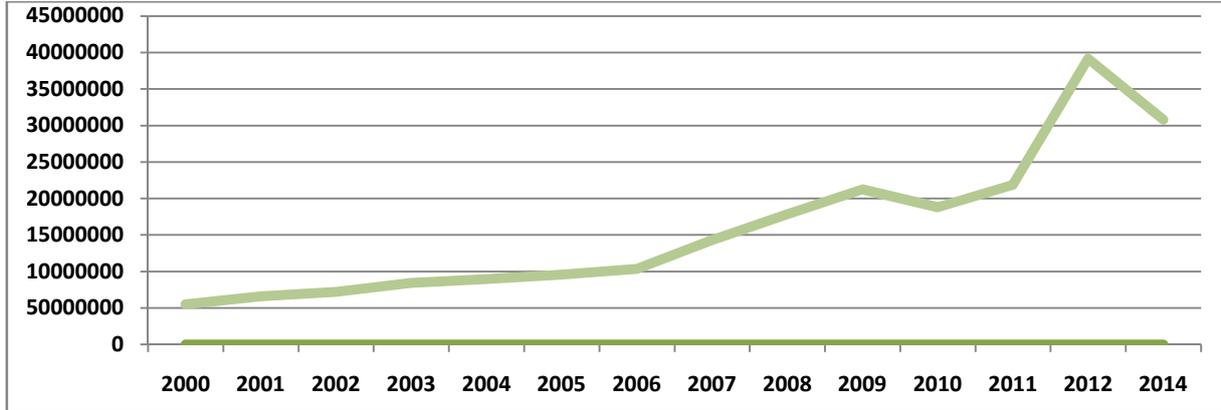
5/ نفقات أخرى: يخص هذا الباب النفقات القضائية ونفقات الخبرة.

الفرع الثاني: تحليل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الإعتمادات

تعتبر المؤسسات الصحية النواة الأساسية في الهياكل الصحية القاعدية وأوسعها شمولاً وانتشاراً لمختلف الاختصاصات العلاجية والوقائية في الخريطة الصحية للبلاد فلا عجب أن توجه الاهتمامات والمجهودات إلى هذه الهياكل وهو ما يبرر بما يوجه للمؤسسات الاستشفائية، والهياكل الصحية من أرصدة مالية تتعدى نسبتها 45% من ميزانية تسيير القطاع أما الباقي فهو يوزع على الهياكل الأخرى المتواجدة في ميدان الصحة العمومية.

الشكل (4-2): أهم الإعانات الممنوحة للمؤسسات الصحية والقطاعات الصحية

الوحدة: ألف دج



المصدر: وزارة الصحة والسكان

إن الزيادة في حجم النفقات المخصصة للقطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية بقيمة تتعدى

262313 مليون دج (خلال فترة 2000-2015) كان نتيجة لزيادة حجم المساهمات التالية:

- مساهمة الدولة.
- المساهمة جزائية لصندوق الضمان الاجتماعي.
- تسديد الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي بالنسبة للخدمات المسيرة عن طريق: المعاهدات إيرادات أخرى ورصيد السنوات السابقة.

إن تحليل حقل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الاعتمادات المخصصة لتسيير الهياكل الصحية (المؤسسات الاستشفائية والقطاعات الصحية) يبين التنامي وتزايد المستمر في نفقات تسيير القطاع طيلة الفترة محل الدراسة يظهر ملاحظة هامة والأساسية مفسرة لهذا التطور والتنامي المستمر وهو وجود مركز إنفاق هام يستحوذ على غالبية الإمكانيات المالية الموجهة للوحدات الصحية القاعدية في شكل رواتب ومنح تنفق على المستخدمين وذلك بنسبة تتعدى 74 % من الميزانية العامة للسير وهو رقم في تنامي مستمر كما يظهره الجدول الموالي:

الجدول (4-2): تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعة الإعتمادات

الوحدة: مليون دج

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
نفقات الموظفين	37185	36652	46534	47000	54000	56000	60.020	79138	94243	115068	118350	147518	317170
نفقات التكوين	1327	1390	1613	1772	2177	3257	2560	3207	5300	8000	8550	8628	18714
نفقات التغذية	1024	1055	1203	1354	1828	1813	3200	3770	5605	6530	7104	7500	7875
الأدوية	8015	9415	11015	14400	16500	18500	18100	30487	39487	44498	49268	52768	5400
الوقاية	1161	1361	1561	2234	2608	2730	3400	3712	5190	8000	8200	8600	8800
الأدوات والمعدات	1883	2329	2592	3300	3780	4070	5000	8050	9000	10000	10500	11000	11500
صيانة المباني الصحية	1161	1419	1491	2300	2730	3000	3600	5000	7000	8900	8925	9372	9800
التسيير الإداري	2326	2589	2693	3736	4501	6040	5768	7790	10090	12824	13750	14662	15000
خدمات اجتماعية	707	744	769	864	1037	1226	1689	1700	1720	1808	2356	2564	2700
البحث الطبي	20	20	20	40	40	45	45	50	50	50	50	50	50

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال فترة ممتدة 2000-2012

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

أولاً. نفقات الموظفين: شهدت النفقات المالية المخصصة للمستخدمين بالمؤسسات الاستشفائية وكذا القطاعات الصحية، زيادة معتبرة تعدت قيمتها 270 مليار دج، وان هذه الزيادة تفسر أساساً:

- الأثر المالي الناجم عن تطبيق النظام التعويضي لموظفي السلك الطبي والشبه طبي وحتى الإداري بنسبة 74 % من هذه النفقات.

- التمديدات الخاصة بالتوظيفات التي أجريت خلال كل سنة سابقة بنسبة 08 % من هذه النفقات.

- ترقية المستخدمين.

- زيادة معدلات التوظيف بأكثر من 44354 منصب مالي جديد وذلك من أجل تغطية النقائص على مستوى المؤسسات الصحية التي تم استحداثها والتي تعدت 1200 مؤسسة صحية، وهذه المناصب المالية هي موزعة كما يلي:

• السلك الطبي: 8897 منصب مالي.

• السلك الشبه طبي: 4696 منصب مالي.

• السلك الإداري: 2500 منصب مالي.

ثانياً. نفقات التكوين: لقد شهدت نفقات التكوين هي الأخرى زيادة معتبرة خلال الفترة الممتدة (2000-2012) بقيمة 17387 مليون دج، هذه الزيادة تفسر بالتكفل بالاحتياجات الحقيقية المعبر عنها من طرف القطاع والموجهة للتكفل بالأثر المالي الناجم عن مصاريف التكوين الطبي والشبه طبي لفائدة مستخدمي المؤسسات الصحية (تكوين 1342 طبيب مختص سنة 2008).

ثالثاً. نفقات التغذية: إن الزيادة في نفقات التغذية بأكثر من 6850 مليون دج يمكن تفسيرها بارتفاع قيمة اليوم الواحد للتغذية من 65 دج لليوم الواحد سنة 2000 إلى 300 دج سنة 2012 وقد تم حساب هذه القيمة على اعتبار أن نسبة امتلاء الأسرة والذي يقدر بـ 75 % من مجمل 82639 سرير. وكذا تفسر بالتكفل بتغذية المستخدمين المكلفين بالمناوبة والمتبرعين بالدم. إضافة إلى تغذية المرضى ومرافقيهم للذين يتم التكفل بهم من خلال نفقات التغذية عبر الهياكل الجديدة.

رابعاً. نفقات الأدوية: لقد عرفت النفقات المخصصة للأدوية هي الأخرى زيادة معتبرة خلال العشرية الأخيرة (2000-2012) بقيمة 45985 مليون دج .

إن هذه الزيادة يمكن تفسيرها كما يلي:

45 % من الإعتمادات المالية المخصصة للأدوية موجهة من أجل:

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

● التسديد الجزئي لمستحقات الصيدلة المركزية للمستشفيات والتي تعدت قيمتها 1.406 مليون دج سنة 2005 .

● تدعيم حصة الأدوية على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية وكذا المؤسسات العمومية للصحة الجوارية .

■ 20% من الاعتمادات المالية هي موجهة للتكفل بالحالات التالية :

● عمليات زرع الكلى: والتي انتقل عددها من 40 حالة تم التكفل بها سنة 2009 إلى 144 حالة سنة 2012 .

● عمليات زراعة القرنية: والتي تقلص عددها من 100 حالة سنة 2009 إلى 200 حالة سنة 2011 ثم إلى 10 حالات سنة 2012 .

● زرع الكبد: 20 حالة فقط تم التكفل بها سنة 2009 .

● زرع مادة موال: 50 حالة تم التكفل بها لأول مرة سنة 2009 .

■ 35% من باقي الإعتمادات المالية المخصصة للأدوية هي موجهة للتكفل بالأمراض التالية :

● أمراض البتيمة: 3000 حالة تم التكفل بها سنة 2009 مقابل 500 حالة فقط سنة 2012

● أمراض الصم: 100 حالة إضافية سنة 2011 مقابل 80 حالة سنة 2009 .

● الأورام السرطانية: 3000 حالة تم التكفل بها سنة 2012 .

● الكبد الفيروسي: 120 حالة سنة 2012 .

من جهة أخرى فقد تكفل القطاع لأول مرة ببعض الأمراض الجديدة (2009) كالكسكوليز (100 عملية))

الكولون (03 عمليات)) جراحة قلب الأطفال (300 حالة)، الأمراض الوراثية للأطفال (PCU) 160 عملية

سنة 2009 .

خامسا. نفقات الوقاية: لقد شهدت نفقات الوقاية هي الأخرى زيادة معتبرة تراوحت قيمتها 200 مليون دج

(أي بنسبة 2.50%) سنة 2010 إلى 2.8 مليار دج (أي بنسبة 55% كحد أقصى لسنة 2009).

إن هذه الزيادة المقدر بـ 7639 مليون دج خلال الفترة الممتدة 2000 إلى 2012 موجهة أساسا لأجل

التكفل بالاحتياجات الحقيقية والمعبر عنها من طرف القطاع والتي تتمثل في اقتناء الحقن والتطعيمات ومواد أخرى

ولوازم ضرورية لمتابعة البرنامج الموسع للتطعيم (كذا العمليات الخاصة بالوقاية لا سيما وضع حيز التنفيذ البرنامج

الوطني للوقاية من آفة سونوز وأمراض السيدا وآفة السل أيضا فإن باقي الاعتمادات المقترحة توزع كما يلي :

- ✓ التكفل بالبرنامج الوطني لتلقيح الأطفال ضد الحمى القلاعية والأمراض الرئوية .
- ✓ التكفل بالحصص الأولية للمواد والحقن الموجهة لتجسيد برنامج الوقاية على مستوى المؤسسات الصحية الجديدة .

سادسا. الأدوات والمعدات: إن هذه الزيادة المقدرة بـ 8639 مليون دج موجهة أساسا للتكفل بالاحتياجات الحقيقية المعبر عنها من قبل القطاع، وتخصص لاقتناء الأدوات والمعدات الطبية الضرورية لتسيير المؤسسات الموجودة حاليا، وكذا المؤسسات الصحية المنتظر استلامها (التي تعدت 1200 مؤسسة صحية) وقد كانت أكبر زيادة شهدتها هذه النفقات سنة 2003 بقيمة زيادة قاربت 770 مليون دج (أي بنسبة 30 %).

سابعا. صيانة المنشآت الصحية: من اجل التكفل بالصيانة العادية للهياكل الصحية وكذا أشغال التهيئة للمنشآت الصحية فقد تم تخصيص مبالغ معتبرة تعدت قيمتها 809 مليون دج أي بنسبة تعدت 54% لتتخفف النسبة إلى حدود 5% أي بقيمة لا تتجاوز 500 مليون دج للموسمين الماضيين (2012-2011)

ثامنا. نفقات للتسيير الإداري: إن ضمان السير الحسن للمرافق والمنشآت الصحية استلزم تخصيص مبالغ إضافية قدرت بـ 12674 مليون دج موزعة حسب النسب التالية:

- تخصيص نسبة 21% من اجل اقتناء وصيانة الأدوات وشراء لوازم مختلفة.
- تخصيص نسبة 32% للهياكل الجديدة.
- تخصيص نسبة 47% للتكاليف الملحقه (الماء) الهاتف (الكهرباء... الخ).

وعلى هذا الأساس فقد عرفت النفقات الموجهة لهذا الجانب زيادة معتبرة تراوحت قيمتها ما بين 1.04 مليار دج أي بنسبة زيادة 38.78% كأقصى حد لسنة 2003 لتتخفف إلى غاية 6.36% أي بقيمة لا تتعدى 912 مليون لسنة 2011.

تاسعا. نفقات الخدمات الاجتماعي: إن تطور شبكة الأجور والتعويضات الخاصة بموظفي الصحة يستلزم تخصيص مبالغ هامة التي شهدت انخفاضا محسوسا من 548 مليون دج لسنة 2010 إلى غاية 208 مليون دج لسنة 2011 أي بنسبة انخفاض تتعدى 21%.

عاشرا. البحوث الطبي: إن تشجيع عمليات البحث العلمي في المجال الطبي يستدعي تخصيص مبالغ معتبرة لكن حقيقة الأمر أن هذا المجال لم يرقى إلى المستوى المطلوب لكون أن المبالغ المخصصة لهذا الجانب قد شهدت زيادة محتشمة لا تتعدى 30 مليون دج في ظرف 12 سنوات.

المطلب الثاني: تقييم الإنفاق على التجهيز والاستثمار

لقد عرفت عملية الاستثمار بالقطاع الصحي تطوراً كبيراً خلال العشرية الأخيرة وهذا بفضل زيادة حصة القطاع من خلال ما يخصص له من مبالغ معتبرة تسمح بإقامة هياكل صحية قاعدية تتماشى وحجم الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

الفرع الأول: الأهداف المحددة حسب البرامج الفرعية

تتمثل الأهداف المحددة من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات فيما يلي:

- توسيع عرض العلاج المقدم من طرف كامل الشبكة الصحية بما فيها القطاع الخاص.
- تحسين الخدمات الاجتماعية من حيث العلاج.
- إنهاء البرامج طور الإنجاز.
- توسيع الأعمال الوقائية.
- الحفاظ على هياكل التكوين الشبه طبي في حالة الاشتغال من خلال تهيئة بعض المؤسسات.
- إصلاح المنظومة الصحية عن طريق إعادة تأهيل البنية التحتية والتدرج في العلاج وإقامة النواحي الصحية.
- تشجيع وتطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات الصحية والمنتجات الصيدلانية.
- تطوير الأشكال البديلة لتمويل النفقات الصحية.
- مواصلة البرامج المعتمدة في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي المتضمن التكنولوجيا الجديدة للإعلام والاتصال (NTIC) في مجال الطب عن بعد¹.

الفرع الثاني: تقييم الإنفاق الصحي حسب البرامج الفرعية لنفقات التجهيز

إن تحقيق الأهداف المحددة على مستوى البرامج الفرعية لنفقات التجهيز يتطلب توفير الموارد المالية الضرورية للقطاع وعلى هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة من اعتمادات مالية معتبرة بقيمة 110500 مليون دج خلال سنة 2015 أي بزيادة تتعدى 99500 مليون دج وذلك باعتبار أن نفقات التجهيز لم تكن تتعدى 11000 مليون دج خلال سنة 2001.

من خلال حجم الإعتمادات المالية المخصصة للقطاع، فالملاحظة الأساسية التي يمكن إدراجها في هذا النطاق هو أن نفقات القطاع الصحي تشمل صنفين أساسيين: نفقات موجهة إلى المصالح المركزية (بنسبة 37% من حجم النفقات) ونفقات موجهة إلى المصالح اللامركزية بنسبة 63% من حجم نفقات التجهيز.

¹ - مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال فترة ممتدة من 2000-2015.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

سواء كانت النفقات موجهة إلى المصالح المركزية أو غير مركزية فهي تشمل ثلاثة قطاعات فرعية

أساسية:

أولا. نفقات الصحة: تشمل هذه النفقات مجموع المبالغ المالية الموجهة أساسا بالهيكل الصحية القاعدية مختلفة تشمل:

- مؤسسات استشفائية جامعية مؤسسات استشفائية متخصصة.
- المراكز الصحية (المراكز الصحية الخاصة بالأم والطفل) المراكز الصحية لتنقية الدم، المراكز الصحية لإعادة تأهيل الأعضاء 33 المراكز الصحية لمكافحة الأمراض... إلخ).
- إنجاز عيادات طبية متعددة الخدمات.
- إنجاز مصالح مختلفة على مستوى المؤسسات الاستشفائية.

وعلى هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة من مبالغ مالية معتبرة تعدت قيمتها 26795 مليون دج (سنة 2015) من أجل إنجاز هياكل صحية متعددة والتي من شأنها تلبية الطلب المتزايد على العلاج، وذلك باعتبار أن القطاع قد تعزز بأكثر من 127 منشأة صحية سنة 2015 منها: 17 مستشفى 78 عيادة متعددة الخدمات 22 مركز صحي... إلخ).

كما تشمل نفقات التجهيز المخصصة لهذا القسم الفرعي النفقات التي يتم استغلالها من أجل اقتناء التجهيزات الطبية الضرورية لسير الهياكل الصحية. وعلى هذا الأساس فقد تعزز القطاع بأكثر من 20220 مليون دج (2005-2015).

ثانيا. نفقات الهياكل الإدارية: تشمل النفقات المخصصة لهذا الفرع مجموع المبالغ المالية الموجهة لإنشاء هياكل صحية إدارية تضمن السير الحسن لمختلف المصالح، ولقد عرفت هذه النفقات هي الأخرى زيادة معتبرة من 40 مليون دج سنة 2005 إلى أكثر من 1530 مليون سنة 2015 وهو ما يفسر اهتمام الحكومة وسعيها المتواصل إلى تحسين البني التحتية الإدارية للتكفل أكثر بانشغالات عمال القطاع وكذا المرضى.

ثالثا. نفقات التكوين: تعبر نفقات التكوين عن مجموع المبالغ المالية الموجهة أساسا لإنشاء معاهد شبه طبية لتكوين عمال سلك الشبه طبي كما تشمل مجموع النفقات الموجهة إلى المدرسة الوطنية للصحة العمومية. وعلى هذا الأساس ومن أجل ضمان تكوين لائق لعمال القطاع فقد تم تخصيص أكثر من 4600 مليون دج خلال الفترة الممتدة من (2006-2015) وللتوضيح أكثر يمكن الاستعانة بالجدول الموالي :

الجدول: (3-4): تطور نفقات التجهيز حسب طبيعة النفقات

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

الوحدة: مليون دج

2015	2012	2011	2006	2005	2004	2003	2002	
3911	1500	1700	440	305	183	62	25	التكوين
2118	1500	240	44	40	18	50	10	المنشآت الإدارية
63658	33040	136000	41225	14926	8258	1128	11800	الصحة

المصدر : مشروع ميزانية الدولة 2000-2015

لكن على الرغم من حجم المبالغ الضخمة التي رصدتها الحكومة لإنجاز هياكل صحية قاعدية بأكثر من 63773 مليون دج، إلا أن الشيء الملاحظ هو أن هذه الهياكل مازالت بعيدة جدا على المعايير المقترحة والمبرمجة وعلى هذا الأساس ينبغي التوجه أكثر نحو الاستثمار بالهياكل الصحية الخفيفة (العيادات والمراكز الصحية) لكونها أكثر اتصالا وقربا بالمواطن وأقل كلفة في الإنجاز، وهذه الهياكل الخفيفة هي الرعاية للبرامج المسطرة من طرف وزارة الصحة والخاصة بالوقاية، التلقيح) حماية الأمومة والطفولة... إلخ. فالتركيز على مثل هذه الهياكل من شأنه أن يخفف العبء على الهياكل القاعدية الثقيلة (120 و 240 سرير) لتكون الأكثر فعالية. أما بالنسبة لسياسة تجهيز الهياكل الصحية فهي لا تختلف في شيء عن إنجاز الهياكل نفسها فلانطلاقة الحقيقة لهذه العملية بدأت مع بداية الثمانينات أين سطرت برامج واسعة للتجهيز الطبي ودفع مشتريات التجهيز بالوسائل الطبية المختلفة حيث انتقلت من 50 مليون دج عام 1979 إلى 600 مليون دج عام 1981. أما خلال العشرية الأخيرة فقد بلغ حجم النفقات المخصصة لاقتناء مختلف التجهيزات الطبية والجماعية بـ 2076 مليون سنة 2015 مقابل 1900 مليون دج سنة 2005. وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن هياكلنا الصحية تعرف الآن رواجاً في كسب هذه الأجهزة التي تسمح بتغطية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية. لكن ونظراً لغياب المختصين في استعمال هذه الوسائل فهناك العديد من الأجهزة هي حتى اليوم دون استغلال بل تأكلت واهتلكت بالتقادم دون استغلالها وهي مكلفة بالنسبة لاقتصاد الوطن ككل. كما أن الظاهرة التي أصبحت مقلقة للمشرفين على هذا القطاع وهي ظاهرة تعطل هذه الأجهزة على الرغم من حدوثها ويرجع البعض أسباب هذه المتعطلات إلى:

- غياب سياسة واضحة لصيانة وحماية العتاد الطبي والتكوين على استعمال وصيانة مثل هذه الأجهزة.
- غياب إمكانيات استيراد قطع الغيار لدى الهياكل القاعدية أو الوحدات الصحية.
- انفصام واضح بين الممول والوحدات المستعملة لهذه الأجهزة.
- التبعية التكنولوجية وغياب عقود مع المنتجين لصيانة وتكوين مهندسين في العتاد الصحي.

الفرع الثالث: أبعاد تطبيق البرامج التنموية على القطاع الصحي بالجزائر

عرفت الجزائر منذ الاستقلال مخططات كثيرة على طريق التنمية تمثلت في برامج ومخططات عملاقة أنفقت فيها الدولة إمكانيات ومبالغ ضخمة، كان آخرها برنامج الإنعاش الاقتصادي سنة 2011 إلى غاية سنة 2014 الذي خصصت له الدولة 432 مليار دولار، والذي كانت تصبو من خلاله إلى تدارك التأخر في التنمية في كل مجالاتها وقطاعاتها والوصول إلى معدلات مرتفعة في النمو.

ونحن اليوم قد تجاوزنا نهاية هذه البرامج نجد أنفسنا أمام تساؤل يفرض نفسه والذي يتعلق: بمدى توافق الأهداف المسطرة مع النتائج المحققة بالقطاع الصحي: وما مدى فعالية ونجاح هذه السياسة أو إخفاقها؟.

على ضوء ما سبق سنحاول من خلال هذا العنصر تسليط القوى على التوجهات التنموية للقطاع الصحي في ظل هذه البرامج الاستثمارية تحليلا وتقييما وفق رؤية عميقة.

أولا برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي PSRE (2001-2004): الذي خصص له غلاف مالي أوولي بمبلغ 525 مليار دج (حوالي 07 ملايين دولار أمريكي) قبل أن يصبح غلافه المالي النهائي مقدرا بحوالي 1.216 مليار دج (أي ما يعادل 16 مليار دولار) بعد إضافة مشاريع جديدة له وإجراء تقييمات لمعظم المشاريع المبرمجة سابقا¹.

أ. أهداف برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي: وفقا للوثيقة الرسمية التي أصدرتها الحكومة المتعلقة بمضمون برنامج الإنعاش الاقتصادي فإن أهداف هذا البرنامج حددت فيما يلي²:

- تهيئة وإنجاز هياكل قاعدية تسمح بإعادة بعض النشاطات الاقتصادية وتغطية الاحتياجات الضرورية للسكان فيما يخص تنمية الموارد البشرية.
- تنشيط الطلب الكلي.
- دعم النشاطات المنتجة للقيمة المضافة ومناصب الشغل عن طريق رفع مستوى الاستغلال في القطاع الفلاحي وفي المؤسسات المنتجة المحلية الصغيرة والمتوسطة.
- اختتام العمليات التي هي في طور الإنجاز³.

¹ - محمد مسعى: سياسة الإنعاش الاقتصادي وأثرها على النمو، مجلة الباحث، عدد 10 سنة 2012، الجزائر، ص 47.
² - بوفليج نبيل، آثار برنامج التنمية الاقتصادية على الموازنة العامة في الدول النامية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، فرع نقود و مالية، جامعة شلف، الجزائر 2004/2005، ص 104.
³ - زنوح بسمينة: إشكالية التنمية المستدامة بالجزائر، مذكرة ماجستير، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2005-2006، ص 179.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

إن هذه الأهداف تدخل ضمن الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الفقر والبطالة وعدم التوازن الجهوي خاصة من حيث الخدمات العمومية (على غرار القطاع الصحي) من خلال تقوية التجهيزات والهياكل الاجتماعية للبلديات الأكثر فقرا وعزلة والذي يؤدي إلى رد الاعتبار لمفهوم الخدمة العمومية.

ب. **القطاعات المستفيدة من البرنامج:** إن برنامج الإنعاش الاقتصادي الذي خصص له 525 مليار دج وجه أساسا للعمليات والمشاريع الخاصة بدعم المؤسسات والنشاطات الإنتاجية الفلاحية، تقوية الخدمات العمومية في مجالات كبرى كالري والنقل، الهياكل القاعدية تحسين الإطار المعيشي للسكان دعم التنمية المحلية وتنمية الموارد البشرية تزامنت هذه العمليات مع سلسلة من الإجراءات الخاصة بالإصلاحات المؤسساتية ودعم المؤسسات الإنتاجية الوطنية، حيث بلغ عدد المشاريع التي أدرجت ضمن هذا البرنامج بـ 16023 مشروع موزعة كما في الجدول الموالي¹:

الجدول (4-4): محتوى برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي على مختلف القطاعات

القطاع	عدد المشاريع
الري ، الفلاحة و الصيد البحري	6312
السكن و العمران ، الأشغال العمومية	4316
تربية و التكوين ، التعليم و البحث العلمي	1369
هياكل قاعدية متباينة و ثقافية	1296
أشغال المنفعة العمومية و هياكل إدارية	982
اتصالات و صناعة	623
صحة ، بيئة و نقل	653
الحماية الاجتماعية	223
الطاقة ، دراسات ميدانية	200

المصدر: بوفليخ نبيل آثار برنامج التنمية الاقتصادية على الموازنة العامة في الدول النامية مرجع سابق، ص 04.

ج. **مخصصات القطاع الصحي في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004):** إن الهدف الأساسي من تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي هو إعطاء دفع جديد للاقتصاد الوطني، ومن جهة أخرى فهو يعبر وبوضوح عن رغبة الدولة في انتهاج سياسة توسعية التي من شأنها تنشيط الطلب الكلي عبر تحفيز الاستثمارات العمومية الكبرى، وهذا راجع إلى التجربة المريرة التي مرت بها الجزائر خلال فترة التعديل الهيكلي. وعلى هذا الأساس استفاد قطاع الصحة كغيره من القطاعات بحصة وافرة من مخططات هذا البرنامج بـ 14.7 مليار دج، أي بنسبة 16.28% من الحصة الإجمالية الموجهة لتنمية الموارد البشرية (البالغ قيمتها 90.3 مليار دج)².

¹ -بريش عبد القادر، معزوز لقمان: **أبعاد تطبيق البرامج التنموية على الاقتصاد الجزائري (فرص و تحديات)**، مداخلة في إطار الملتقى الدولي الرابع، حول رؤية مستقبلية للاقتصاد الجزائري في ضوء خمسين سنة من التنمية، جامعة بشار، 04-05 مارس 2014، ص 11.

² -المجلس الاقتصادي والاجتماعي، **تقرير حول الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للجزائر خلال السداسي الأول من سنة 2001**، ص 81.

ومن ثم فقد ساهم التطبيق الفعلي لهذا البرنامج من تعزيز القطاع الصحي بعدد معتبر من المشاريع بما يقارب 545 مشروع من أصل 16063 مشروع موزعة على أربعة سنوات أي بمعدل 136 مشروع خلال كل سنة. ثانياً البرنامج التكميلي لدعم النمو PCSC (2005-2009): قدرت الاعتمادات المالية الأولية المخصصة له بمبلغ 8.705 مليار دينار (114 مليار دولار) بما في ذلك المخصصات السابقة (1.216 مليار دج) ومختلف البرامج الإضافية لا سيما برنامجي الجنوب والمضاب العليا والبرنامج التكميلي الموجه لامتنعاص السكن الهش والبرامج التكميلية المحلية أما الغلاف المالي الإجمالي المرتبط بهذا البرنامج عند اختتامه في نهاية 2009 فقد قدر بـ 9680 مليار دج (حوالي 130 مليار دولار) بعد إضافة عمليات إعادة التقييم للمشاريع الجارية ومختلف التمويلات الأخرى¹.

أ. أهداف البرنامج التكميلي لدعم النمو: في ظل مسار الإنعاش الاقتصادي (2005-2009) تعزم الحكومة تكييف مقاربتها قصد:

- استكمال الإطار التحفيزي للاستثمار عن طريق إصدار نصوص تنظيمية من شأنها أن تتمم قانون الاستثمار، وتطوير التدابير الكفيلة بتسهيل الاستثمار الخاص الوطني أو الأجنبي.
 - مواصلة تكييف الإدارة الاقتصادية والمالية الوطنية مع الانفتاح العالمي. سواء تعلق الأمر بتأهيل أداة الإنتاج أو بالإصلاح المالي والمصرفي.
 - انتهاج سياسة ترقية الشراكة والخصوصية والحرص على تعزيز القدرات الوطنية في مجال خلق الثروات ومناصب الشغل وترقية التنافسية.
 - تعزيز مهمة ضبط ومراقبة الدولة قصد محاربة الغش والمضاربة ولمنافسة الغير مشروعة التي تحل بقواعد المنافسة والسوق على حساب المؤسسات الوطنية.
- عملياً كان الهدف من البرنامج الذي يركز عن الاستثمار العمومي عصنة الهياكل القاعدية وكان من المنتظر أن ينتهي في 2009. لكن عدد كبير من المشاريع التي يحتويها برنامج الإنعاش لم تنته بعد والكثير منها لا زال مجرد ورشات. وعن الأهداف المراد تحقيقها من خلال هذا البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي يمكن إيجازها فيما يلي:
- الإصلاح في المجال الاقتصادي والمالي.
 - تحسين مناخ الاستثمار مع سهر الحكومة على جلب المستثمرين الأجانب في إطار الشراكة.

¹ - محمد مسعى ، سياسة الانتعاش الاقتصادي و أثرها على النمو ، مرجع سابق، ص 148.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- مكافحة الاقتصاد الغير رسمي من خلال سهر الحكومة على الحد من تداعياته على الاقتصاد الرسمي.
 - عصرنة المنظومة المالية من خلال إقامة صندوق ضمان القروض لفائدة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة¹.
- ب. القطاعات المستفيدة من البرنامج: يركز برنامج دعم النمو على خمسة قطاعات رئيسية² وقد تم تقسيم النفقات المخصصة ضمن البرنامج بين هذه القطاعات وفقا لما يوضحه الجدول الآتي:
- الجدول (4-5): هيكل توزيع المخصصات المالية لبرنامج دعم النمو على مختلف القطاعات خلال الفترة (2005-2009)

الوحدة : مليار دج

القطاع	حجم النفقات	النسبة من المجموع العام
قطاع الخدمات العمومية الادارية	790.0	20.8 %
تطوير قطاع التنمية البشرية	600.4	15.8 %
تطوير قطاع الهياكل القاعدية	862.6	22.7 %
دعم القطاع الاقتصادي	577.6	15.2 %
تحسين ظروف الاسكان والاطار المعيشي	969	25.5 %
المجموع العام	3800	100 %

المصدر: البرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009) - أبريل 2005 - مجلس الأمة- ص ص- 7.6.

من خلال الجدول يتضح لنا مدى اهتمام الدولة في مواصلة جهود الإنعاش الاقتصادي وهذا من خلال التركيز على تحسين الإطار المعيشي للسكان وكذلك من خلال تطوير الهياكل القاعدية ومن ثم تحسين المرفق العام.

ج. مخصصات القطاع الصحي في إطار برنامج دعم النمو الاقتصادي (2005-2009): دائما وتحت إطار مواصلة جهود الإنعاش وتكثيفه فقد بادرت الحكومة إلى اعتماد مخطط آخر لیتم النقائص التي نتجت عن تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي، باعتبار أن قطاع الصحة من القطاعات الواعدة والإستراتيجية فقد حظي بحصة معتبرة من هذا البرنامج وصلت إلى 85 مليار دج، أي بنسبة 4% من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج ككل². بالإضافة إلى هذا وقصد تنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب وكذا الهضاب العليا فقد تعزز القطاع بحصة معتبرة من هذا البرنامج:

في سنة 2007 وصلت اعتمادات الدفع الخاصة بتنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب إلى ما يقارب 06 مليار دج، أما فيما يخص تنمية القطاع في منطقة الهضاب العليا فقد خصص له 10.56 مليار دج خلال نفس السنة.

¹-جلال بوجمعة: تقييم سياسة الإنعاش الاقتصادي (2001-2014)، مرجع سابق، ص 04

²-عبو عمر، عبو هودة، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق تنمية منتظمة، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية تنمية الجزائر، 2013، ص 07.

✚ أما في سنة 2009 فقد انتقلت إتمادات الدفع الخاصة بالقطاع الصحي بمناطق الجنوب إلى 5.8 مليار دج و 7.88 بالنسبة لترقية القطاع الصحي بمنطقة الهضاب العليا.

من خلال هذه الهياكل ستستمر الخدمة العمومية بالصحة في تعبئة جهود الدولة لضمان الحق في الخدمات الصحية وتمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج الوقائي والاستشفائي الجهوي، كما ستسمح هذه المبالغ بإصلاح المنظومة الصحية من أجل تحسين أدائها وقدرات وذلك قصد تحقيق الأهداف المسطرة ضمن هذا البرنامج والتي تتعلق بـ :

- تحسين ظروف استقبال المرضى وإقامتهم ودوام أعمال الرعاية الصحية الاستشفائية .
- دعم ترتيب التكفل بالاستعمالات الطبية والجراحية.
- تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة ولا سيما الخدمات الصحية المختصة في الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج، وسيكون هذا الإصلاح مرهون بتحسين تسيير المستشفيات من خلال:
✓ إدخال المحاسبة التحليلية.

✓ تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء.

✓ تأسيس مشروع " المؤسسة " من أجل التسيير الاستشفائي.

✓مراجعة الإطار القانوني للمؤسسات الصحية.

ثالثا. برنامج التنمية الخماسي PCCE(2010-2014): من أجل مواصلة المسار التي بادرت به الحكومة ابتداء من سنة 2001 إلى غاية 2009) فقد التزمت الحكومة على الأخذ بعاتقها مواصلة هذه الجهود تحت إطار برنامج التنمية الخماسي (2010-2014) وعلى هذا الأساس فقد تطلبت هذه الخطوة جرأة سياسية من قبل الحكومة من خلال تخصيص غلاف مالي ضخم لم يسبق لبلد سائر في طريق النمو أن خصصه حتى الآن والمقدر بحوالي 286 مليار دولار والذي من شأنه تعزيز الجهود التي شرع فيها سنة 2001 في دعم هندسة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للأمة.

أ. أهداف برنامج التنمية الخماسي(2010-2014): تعكس قيمة الاستثمارات العمومية للبرنامج الخماسي (2010-2014) بـ 21.214 مليار دج إرادة السلطات العمومية في المحافظة على هذه الديناميكية التي تشمل جميع القطاعات من خلال تحديد مجموعة من الأهداف التي من المنتظر تحقيقها والتي تتمثل فيما يلي:

▪ استكمال المشاريع الكبرى في البرنامج الخماسي 2009/2005 وعلى الخصوص قطاعات السكة الحديدية والطرق والمياه بمبلغ 9700 مليار دج(أي ما يعادل 130 مليار دولار).

- إطلاق مشاريع جديدة بمبلغ 11.534 مليار دج أي ما يعادل حوالي 156 مليار دولار.
- تشجيع إنشاء مناصب شغل من خلال الإجماع المهني لخريجي الجامعات ومراكز التكوين المهني.
- استحداث ثلاث ملايين منصب شغل خلال السنوات الخمس للبرنامج.
- تطوير اقتصاد المعرفة من خلال دعم البحث العلمي وتعميم التعليم وتعميم استعمال الإعلام الآلي داخل المنظومة الوطنية للتعليم والمرافق العمومية¹.

ب. مخصصات القطاع الصحي من برنامج تنمية الخماسي (2010-2014): استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي معتبر بقدر ب 619 مليار دج وذلك في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة ما بين 2010-2014 وقد تم استغلال هذا البرنامج لإنجاز: 17 مستشفى 7 45 مركز متخصص في الصحة 5 377 عيادة متعددة الاختصاصات 1000 قاعة علاج، 17 مدرسة للتكوين الشبه طبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين.

تصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن هذا البرنامج من الأولويات التي استهدفت تقليص الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات أو مؤسسات استشفائية متخصصة، وهياكل استشفائية متخصصة.

كما يشمل البرنامج الخماسي الثاني تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية وذلك باعتبار أن الظروف اقتضت توفير 254 عيادة متخصصة و 34800 سرير في آفاق 2015².

ويعزز هذا النسيج الاستشفائي هياكل الصحة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الحوارية البالغ عددها 271 والتي تشرف على تسيير 988 عيادة متعددة التخصصات وتوفر على 3566 سرير متخصص للأمهات و 387 عيادة متعددة الإختصاصات و 5376 قاعة علاج.

بالنظر إلى المؤشرات الصحية المسجلة الآن نرى بأن أثر هذه البرامج على القطاع الصحي كان ضعيفا رغم الموارد المالية الضخمة الموظفة. مما يعكس أداء غير فعال بعيد على مستوى طموحات التنمية الشاملة المتوازنة والمستدامة إذن أين يكمن الخلل:

✓ هل أخطأنا الرؤية منذ البداية؟

✓ هل أخطأنا التوجه منذ الانطلاقة؟

¹ -جلال بوجمعة ، تقييم سياسة الانعاش الاقتصادي (2011-2014)، مرجع سابق، ص 05 .
² -البيان الصادر عن إجتماع مجلس الوزراء و الخاص ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014 ، برئاسة رئيس الجمهورية عبد العزيز بوتفليقة في 24 ماي 2010 ، ص 02.

✓ هل أخفقنا في تحديد الأولويات؟.

إن الثروة البترولية والغازية للجزائر مكنتها من مراكمة مبالغ هامة من دون عناء كبير مقارنة بالكثير من الدول الأخرى، وعلى هذا الأساس يجب ألا تحول هذه النعمة إلى ذريعة للإنفاق المفرط من دون تحديد محكم للأولويات ودراسة متأنية لجدوى المشاريع المبرجة ولا سيما للاغتناء الغير مشروع لقلّة من المتحكمين في دوائر القرار على حساب فئات عريضة من المجتمع. (ان هذا التفسير يتماشى مع الفرضية الثالثة للبحث حول عدم فعالية السياسات المنتهجة بالقطاع بصفة خاصة).

إن القراءة المتأنية والموضوعية للبرامج الاستثمارية التي تم إنجازها تؤكد أن الجزائر لم يطرأ عليها أي تغيير للاعتبارات التالية:

من أجل إحداث القطيعة مع أسلوب البرامج الماضية التي اتسمت بالتبذير وسوء التسيير كان من اللازم أن تقدم الحكومة تقييما مفصلا لما أنجز وما لم ينجز خلال كل مخطط سابق قبل الانخراط في مخطط جديد. فالحديث الرسمي على أن المخططات السابقة أتاحت تحقيق إنجازات متواضعة في النواحي الاقتصادية والاجتماعية وبالأخص القطاع الصحي من خلال أدائه الغير مقنع إذ عرفت الجزائر خلال الفترة الأخيرة مجموعة من حالات التلاعب بالمال العام والرشوة على حساب صحة المواطن.

لقد اتسم إنجاز هذه المخططات بالتعثر والتبديد الكبير للموارد العمومية، فمثلا البرنامج الخماسي الثاني (2010-2014) رصد مبلغ 130 مليار دولار (وهو ما يعادل 45 % من الميزانية الإجمالية) لإنجاز مشاريع سبق برمجتها في المخططات السابقة ولم تنفذ. والسبب في ذلك يعود إلى أخطاء في تقدير تكاليف المشاريع، كما قد يكون مردّه إلى ضعف وتيرة إنجاز المشاريع التي تجاوزت السقف الزمني المحدد لها وفي كلتا الحالتين فإن رصد 130 مليار دولار لاستكمال مشاريع كانت ضمن البرنامج السابق إشارة قوية إلى خلل عميق في البرمجة وسوء في التسيير.

البرامج الاستثمارية لا تعدو كونها قائمة من مجموعة المشاريع التي تم إعدادها من طرف وزارات مختلفة كل حسب ميدانه. وعلى هذا الأساس نلاحظ أن الطابع القطاعي يطغى على حساب المنظور الشمولي وذلك باعتبار أن هذه البرامج لا توحى بوجود أي إستراتيجية تنموية واضحة المعالم لدى الحكومة الجزائرية، إذ انه يركز على إعداد هياكل صحية دون الحديث عن سياسات وأهداف نوعية في مجالات الصحة.

إن الاستثمارات العمومية شرط ضروري إلا أنه بمفرده غير كافي لتحقيق تنمية اجتماعية في المدين البعيد والمتوسط والتي تبقى رهنا بمدى انخراط القطاع الخاص في الاستثمار ولذلك كان لزاما إشراكه عبر الحوار

والتشاور حول أولويات الاستثمار العمومي بالقطاع في إطار إستراتيجية محددة للتنويع² كما أنه لا بد أن تعمل الحكومة على خلق بيئة قانونية ملائمة من أجل تشجيع المبادرات الفردية بالقطاع والاستثمارات الخاصة المحلية والأجنبية على حد سواء.

إن فعالية و نجاعة الاستثمارات بالقطاع الصحي والحد من سوء التبذير لا يمكن أن يتحقق إلا بتفعيل أجهزة الرقابة والمحاسبة وتعزيز الدور الرقابي للبرلمان عبر فحص قوانين التصفية وتمكينه من تشكيل لجان لتقصي الحقائق والتجاوزات التي تتم على حساب المال العام.

المطلب الثالث: تقييم الإنفاق الصحي من خلال النفقات الاجتماعية بالمعنى الحصري والتحويلات
تتكون الميزانية الاجتماعية للدولة من التحويلات ذات طابع اجتماعي لصالح الأسر وتشمل هذه التحويلات النفقات التالية¹:

1- نفقات دعم قطاع التربية منها: المنح والمرتببات القبلية [المطاعم المدرسية.

2- النشاطات المساعدة والدعم: وهي تخص النشاطات التالية:

✓ نشاطات لفائدة المكفوفين والأطفال المسعفين والمعوقين.

✓ الشبكة الاجتماعية.

✓ صندوق تعويض الخاص بضحايا الإرهاب.

✓ إعانات الدولة لصندوق الوطني لترقية الشغل.

✓ الصندوق الخاص بالتضامن الوطني.

كما تشمل الميزانية الاجتماعية على تحويلات أخرى منها: منح المجاهدين. النشاطات الثقافية والرياضية والخدمات المباشرة مثل:

✓ الزيادة التفاضلية الخاصة بالمنح الصغيرة.

✓ الزيادة التفاضلية الخاصة بالمجاهدين.

✓ الدعم الموجه للصندوق الوطني للتقاعد.

✓ صندوق دعم الأسعار.

✓ إعانات موجهة للقطاع الصحي.

✓ مساعدة المراكز المختصة بالحماية الاجتماعية.

¹ - أحمد النعيمي: الوظيفة الاجتماعية للنفقات في الميزانية العامة، رسالة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 232.

صندوق تعويض نفقات النقل.

من الملاحظ أن الميزانية الاجتماعية للدولة تتكون من نفقات ذات طابع اجتماعي لمختلف الوحدات المحاسبية الاقتصادية لصالح الأسر. والتي قدرت بـ 206 مليار دج لسنة 1999 أي بزيادة 10% عن سنة 1998 وبتقدير مالي يصل إلى 6.221 مليار دج سنة 2000. وبالمقارنة مع سنة 1990 يقدر معدل الوتيرة السنوية لهذه النفقات بـ 35 %، وتمثل هذه الأخيرة 5.4 % من الناتج الداخلي سنة 2000 بينما قدرت نسبتها بـ 6.5 % سنة 1999.

لقد أعطى قانون المالية لسنة 2015 أولوية خاصة للنفقات العمومية وبقدر كبير لصالح التحويلات الاجتماعية المقدرة بـ 9.1 % من الناتج الداخلي الخام أي بارتفاع قدره 3.4 % مقارنة بسنة 2014. وتقدر التحويلات الاجتماعية المتأتية من ميزانية الدولة بـ 171.17 مليار منها 65.3 مليار دج مخصصة لدعم العائلات المعوزة والسكن والصحة. إن التطرق إلى الإنفاق الاجتماعي يقودنا إلى الحديث عن واقع الإنفاق الصحي أو بصفة أخص التعويضات الصحية ضمن الإنفاق الاجتماعي، وعلى هذا الأساس يمكن حصر التحويلات الموجهة للقطاع الصحي من أجل دعم الحصول على العلاج في الأصناف الأساسية التالية:

إعانات الميزانية العامة الموجهة إلى المؤسسات الاستشفائية.

إعانات الميزانية العامة الموجهة لصندوق الوطني للاستعجال الطبي.

الفرع الأول: إعانات الميزانية العامة الموجهة إلى المؤسسات الاستشفائية

لقد تطرقنا من خلال الفصل السابق إلى عملية تمويل القطاع الصحي بالجزائر والتي تعتمد بالأساس على

ثلاثة مصادر أساسية وهي:

التمويل الحكومي (عبر الإنفاق العام).

التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي.

التمويل عن طريق الأسرة.

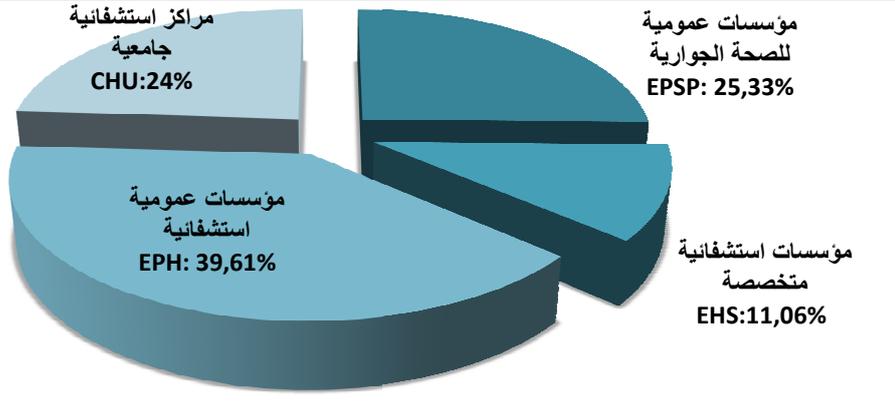
يعتبر التمويل الحكومي والتمويل عن طريق الضمان الاجتماعي من أهم المصادر الأساسية لتمويل الإنفاق على مستوى المؤسسات الاستشفائية بنسبة تقارب 90 % بحيث قدرت قيمة المساهمة المالية الحكومية للقطاع سنة 2015 بـ 315.89 مليار دج، أما مساهمة الضمان الاجتماعي فقد بلغت 65.22 مليار دج خلال نفس السنة. وبالتالي فهذه الأرقام توضح المستوى الحقيقي للمساهمة الكبيرة التي تقع على عاتق الدولة وبصفة أقل على عاتق الضمان الاجتماعي. وعلى هذا الأساس فالإشكال المطروح في هذا الصدد: هل ينبغي أن تخصص

هذه المساهمة إلى التكفل الحقيقي والنوعي للعلاج الصحي المقدم إلى المؤمنين وذوي الحقوق أو إلى المرضى بصفة عامة .

إن الإجابة على هذا الاستفسار ليس بالأمر البديهي إلا إذا ما اعتبرنا الواقع الذي يعيشه المرضى والأطباء وشكاويهم إزاء مصالح الصحة العمومية فيما يخص نوعية العلاج المقدم (نقص في الأدوية والتجهيزات الطبية ورداءة نوعية التغذية... إلخ) قد فاقت كل التوقعات وبالتالي لا تعكس الوجه الحقيقي الذي ينبغي أن يكون عليه القطاع. وفي هذا الصدد نذكر أن 71.5% من ميزانية التسيير الممنوحة للقطاعات الصحية مخصصة لأجور المستخدمين ولتكوينهم و28.5% تخصص للمصاريف الأخرى أدوية تغذية... إلخ.

يخصص للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية ربع الموازنة بنسبة 25.33%. كما تحظى المؤسسات العمومية الاستشفائية بنسبة معتبرة من الموازنة مقدرة بنسبة 39.61% (سنة 2008) في حين أن الحصة المتبقية فهي تخصص للمراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة¹.

الشكل (3-4): توزيع ميزانية التسيير لسنة 2008 حسب نوع المؤسسة العمومية للصحة



Source: application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population, op cit, P 13: et de la reforme hospitalière

الفرع الثاني: إعانات الميزانية العامة الموجهة لصندوق الوطني للاستعجالات الطبية

يحتوي القطاع الصحي على صندوق خاص يدخل ضمن حسابات التخصيص الخاص ويسمى بصندوق

الاستعجالات ونشاطات العلاجات الطبية: وبالنسبة لموارد هذا الصندوق فهي تتمثل في²:

- تخصيصات المالية.

- ناتج الرسم الإضافي للمنتوجات التبغية.

¹- د. عدنان مرزوق، عدنان محمد، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، مرجع سابق، ص 18
²- مشروع ميزانية الدولة لسنة 2004، القسم الثاني الخاص: حسابات التخصيص الخاص لقطاع الصحة، ص 352.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- كل الموارد الأخرى والمساهمات المحتملة.
 - الأتاوى المنصوص عليها في المادة 68 من قانون المالية لسنة 2000.
- من خلال هذه الموارد يتكفل هذا الصندوق بالنفقات الطبية الناتجة عن الأحداث الاستثنائية المتعلقة بالوضع الصحي وخاصة الانتشار الوبائي الناجم عن بعض الأمراض مثل: التيفويد الكوليرا إلتهاب السحايا... إلخ.
- إن هذا الصندوق مكن من إدخال بعض المرونة اللازم للأخذ بعين الاعتبار خصوصيات الأوضاع بالبلد لأن بطأ الإجراءات وصلابة التخصيصات المالية السنوية لم تحل المشكل. وعلى هذا الأساس تتراوح التخصيصات المالية السنوية لهذا الصندوق بين 200 مليون دج و100 مليون دج خلال كل سنة والموجهة أساسا لدعم النشاطات الصحية السالفة الذكر.

المطلب الرابع: تقييم الإنفاق الصحي بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية

إن الإنفاق العام على قطاع الصحة يحدد بدرجة كبيرة بشكل ونوعية الخدمات الصحية، كما يمكن إيجاد مؤشرات أخرى تحدد الإنفاق الصحي والتي يمكن تلخيصها في العناصر التالية¹:

- نسبة إجمالي الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي.
- متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي.
- الإنفاق العام الصحي إلى إجمالي الإنفاق الصحي .
- إجمالي الخاص الصحي إلى إجمالي الإنفاق الصحي.

الفرع الأول: نسبة الإنفاق الصحي على قطاع الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي

يقيس لنا هذا المؤشر مقدار ما يتم تخصيصه للرعاية والخدمات الصحية وذلك نسبة إلى الناتج المحلي أو الداخلي [الجدول التالي يوضح نسبة الإنفاق على قطاع الصحة إلى الناتج المحلي في بعض الدول المتقدمة والدول النامية خلال الفترة الممتدة (2005-2012) .

الجدول(4-6): تطور نسبة الإنفاق على قطاع الصحة في بعض الدول المتقدمة والنامية بالنسبة إلى الناتج المحلي(2005-2012)

2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
الدول المتقدمة								
11.27	11.25	11.56	11.75	10.70	10.48	10.64	10.81	ألمانيا
9.36	9.21	9.2	9.04	8.78	8.53	8.49	8.45	أستراليا
17.5	17.10	17.08	17.07	16.10	15.62	15.34	15.23	الوم أ

¹ - مديحة محمود خطاب، تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مرجع سابق، ص.18

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

11.61	11.52	11.55	11.60	10.91	10.78	10.85	10.93	فرنسا
9.6	9.5	9.5	8.9	9.2	8.9	8.7	9.0	السويد
الدول النامية								
5.2	4.4	4.2	4.6	3.8	3.5	3.1	3.1	الجزائر
7.0	7.0	6.7	6.2	5.6	5.6	5.6	5.6	تونس
6.4	6.3	5.9	5.7	5.4	5.5	5.2	5.1	المغرب
9.8	8.8	8.5	9.5	8.8	8.3	8.1	8.9	الأردن
5.0	4.9	4.8	5.0	4.8	4.9	5.2	5.1	مصر
3.9	3.9	3.3	3.5	2.2	2.5	2.5	2.6	ليبيا

المصدر: من إعداد الباحث استنادا على بيانات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية في العالم. عام 2013

من خلال الجدول يتضح أن هنالك اختلاف وتباين في حجم ما تنفقه الدول المتقدمة ذات الدخل المرتفع من نتائجها المحلي على قطاع الصحة وما تنفقه نظيراتها من الدول النامية منخفضة ومتوسطة الدخل، فمثلا بالنسبة للبلدان العربية فقد خصصت 4.5% من ناتجها الداخلي لقطاع الصحة عام 2001¹ وهي نسبة ضئيلة مقارنة بنظيراتها من الدول المتقدمة كالنرويج بنسبة 8% والولايات المتحدة الأمريكية بنسبة 13.9% وقد استمر هذا الفارق بين هذه الدول وذلك باعتبار أن الدول العربية لم تستطع رفع مخصصاتها للإنفاق الصحي عن متوسط يقدر بـ 6.7%. بالنسبة للجزائر تشير معطيات البنك الدولي بأن نسبة النفقات الوطنية قد بلغت سنة 2013 بنسبة 6.64% من الناتج الداخلي الخام وهي نسبة معتبرة كون أنها لم تكن تتعدى نسبة 3.49% سنة 2000 أي بنسبة زيادة تقدر بـ 3.15% وهو ما يعكس اهتمام الجزائر بهذا القطاع.

إذا ما تم المقارنة بين نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية بالجزائر مع نظيراتها من الدول العربية الأخرى التي تشترك معها في نفس الخصائص كتونس، المغرب والأردن فإنه يعتبر منخفض وضعيف ولا يعكس مكانتها وإمكانياتها وذلك باعتبار أن الفارق يقارب نسبة 02% من الناتج المحلي، فما بالك إذا ما تم مقارنتها مع الدول المتقدمة الأخرى كالولايات المتحدة الأمريكية التي سجلت 17.05%، هولندا التي سجلت نسبة 12.4%،

¹ - د. نزار قنوع: دراسة وتحليل دور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية بالبلدان النامية عموما وفي المنطقة العربية خصوصا (1995-2005)، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات، المجلد 30، العدد 01، سورية، 2008، ص 16

فرنسا بنسبة 11.61% (سنة 2012). وعلى هذا الأساس نلاحظ أن الفرق شاسع بين ما تخصصه الجزائر للقطاع الصحي ونظيراتها من هذه الدول.

إن سبب هذا الضعف في التخصيص لا يرجع إلى انخفاض حجم الموارد المالية للدولة وذلك باعتبار أن الجزائر كانت تتمتع ببحبوحة مالية طيلة هذه الفترة (2000-2012) كون أن أسعار البترول قد ارتفعت من 28.73 دولار للبرميل إلى 111.49 دولار للبرميل وهو ما وفر لميزانية الدولة أكثر من 1561 دولار للبرميل¹) مقابل 2535.309 مليار دولار موجهة لصندوق ضبط الموارد² (سنة 2012)) وبالتالي يمكن إرجاع سبب هذا الانخفاض إلى العوامل التالية:

ضعف إدراك الدولة لفكرة وحقيقة هامة مفادها أن الصحة الجيدة للفرد تساهم وتزيد من الإنتاج والإنتاجية ولذلك وجب على الدول وخاصة النامية منها تخصيص مبالغ هامة ضمن موازنتها العامة لهذا القطاع.

ضعف مشاركة القطاع الخاص 0 ذلك باعتبار أن العبء المالي الأكبر يتحمله القطاع العام.

من خلال ما سبق يمكن القول أن النسب المخصصة للمنظمات الصحية من إجمالي الناتج الداخلي الخام لا تظهر نوع الإنفاق المعتمد في عملية التمويل، وبعبارة أخرى لا بد من التطرق إلى درجة الاعتماد على النفقات العمومية والخاصة في مجال التمويل الصحي، فالإنفاق العام على تقديم خدمات الرعاية الصحية يشكل عنصرا جوهريا في ضمان الحصول على الخدمات الصحية ومن ثم تخفيف الإنفاق الفعلي للأسر، وقد تكون الأقساط المرتفعة والمسددة بشكل مباشر من قبل الأفراد عائقا أمام توفير الحماية من الأخطار المالية وهو ما يطرح مسألة تحقيق الإنصاف ومن ثمة القدرة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

أولا: نسبة الإنفاق العام الصحي إلى إجمالي الإنفاق الصحي: بالنسبة للإنفاق العام فقد سجلت الجزائر أعلى المستويات بين الدول المغاربية بنسبة إنفاق عمومي تقدر بـ 4.41 % من الناتج الداخلي الخام سنة 2012 و 4.92 % سنة 2013 أي بنسبة 73% من حجم الإنفاق الكلي على القطاع، وتظل هذه النسبة معتبرة نوعا ما إذا ما قورنت بمصر أين لا يتعدى الإنفاق العام 02% من الناتج الداخلي: كذلك نفس الشيء بالنسبة للمغرب وليبيا كون أن مساهمة القطاع العام لا تتعدى نسبة 04 % من الناتج الداخلي الخام بحيث تشهد هذه الدول ارتفاع في حجم الأعباء التي تقع على الأسر في تمويل نفقات العلاج خصوصا في ظل محدودية الاستفادة من مزايا التأمين على المرض فمثلا في المغرب لا يستفيد سوى نسبة 16 % من مزايا التأمين على المرض. لكن وفي المقابل هذه الجهود تعتبر ضعيفة نوعا ما بمقارنة بحجم الإمكانيات التي يوفرها القطاع العام

¹ - OPEC : **Annula Statistical Bulletin 2014** , op cit. P 82

² - يعد صندوق ضبط الموارد الذي تم إنشاؤه سنة بموجب المادة 10 من قانون المالية التكميلي لسنة 2000، آلية لتغطية العجز المسجل في الميزانية العامة، وتتشكل موارده من الفارق بين سعر برميل النفط الحقيقي في السوق، والسعر الجبائي للبرميل المحدد حاليا بـ 37 دولار للبرميل.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

بالدول المتقدمة في سبيل تحسين جودة الخدمات الصحية (كما ونوعا) بحيث نلاحظ أن معظم الدول التي تم اختيارها لا تقل نسبة مساهمة القطاع العام عن 06% من الناتج الداخلي بل وتقارب نسبة 09% بالنسبة لبعض الدول كفرنسا والولايات المتحدة الأمريكية. وللتوضيح أكثر الجدول الموالي يبين ذلك:

الجدول (4-7): نسبة الإنفاق العمومي على قطاع الصحة في بعض الدول المتقدمة والنامية بالنسبة للناتج الداخلي الخام (2005-2012)

2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
الدول المتقدمة								
8.01	8.08	8.10	8.04	7.39	7.03	6.89	6.73	الولايات المتحدة
8.98	8.91	8.96	8.99	8.43	8.37	8.42	8.53	فرنسا
6.28	6.32	6.13	6.18	5.92	5.76	5.66	5.66	أستراليا
7.78	7.75	7.72	8.10	7.52	7.25	7.26	7.35	السويد
8.64	8.60	8.87	9.03	8.18	08	8.13	8.28	ألمانيا
الدول النامية								
4.16	4.16	3.79	3.62	3.04	2.95	2.96	2.87	تونس
4.41	3.62	3.30	3.65	3.06	2.71	2.33	2.26	الجزائر
3.96	3.30	3.72	3.51	3.52	3.58	3.52	3.62	المغرب
1.91	1.99	1.87	2.06	2.03	2.05	2.29	2.01	مصر
3.02	3.02	2.14	2.18	1.38	1.75	1.64	1.75	ليبيا

المصدر: من إعداد الباحث استنادا على بيانات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية في العالم عام 2013

ثانيا. نسبة الإنفاق الخاص الصحي إلى إجمالي الإنفاق الصحي: يوفر القطاع الخاص ما بين ثلاثة أرباع جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية في البلدان منخفضة الدخل¹ وهو ما تأكده النسب المتدنية لحجم مساهمته في الإنفاق الكلي على القطاع الصحي بنسبة 25% أي بنسبة لا تتعدى 02% من حجم الناتج الداخلي بحيث بلغت هذه النسبة 1.71% من الناتج الداخلي سنة 2013 في حين أن الدول المجاورة استطاعت أن تحقق نسب معتبرة للغاية تتراوح ما بين 03% و 04% من حجم الناتج الداخلي الخام (أي ما نسبته 60% من حجم الإنفاق الصحي الكلي بالنسبة للمغرب و 56% من حجم الإنفاق الكلي بالنسبة لتونس). ومن المستحيل التعميم فيما يتصل بدور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الطبية غير أنه يوجد تعميمان يشكلان جزءا كبيرا فيما يبدو من النقاش حول دور القطاع الخاص في البلدان المنخفضة الدخل:

- الأول: يصور القطاع الخاص بوصفه حلا شاملا لجميع مشكلات القطاع العمومي.
- الثاني: بأن الممارسات الاستغلالية تستشري في القطاع الخاص بصورة تستوجب تنظيمه ومراقبته.

²⁰ جيفري هامر، هورهييه كوراسا وجيشينو داس: **القطاع العام مقابل القطاع الخاص**، مجلة التمويل والتنمية، مطبوعات صندوق النقد الدولي العدد 51، رقم 04، ديسمبر 2013، ص 24.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

أما بالنسبة للدول المتقدمة فقد التمسنا تقارب من حيث نسبة مساهمة القطاع الخاص في تمويل القطاع الصحي وهذا إذا ما استثنينا الولايات المتحدة الأمريكية وذلك باعتبارها البلد الأكثر إنفاقا في العالم سواء من خلال حجم الموارد التي يخصصها القطاع العام أو القطاع الخاص بنسبة تتعدى 09% من الناتج الداخلي الخام (سنة 2012). والجدول الموالي يبين ذلك:

الجدول (4-8): نسبة الإنفاق الخاص على قطاع الصحة في بعض الدول المتقدمة والنامية بالنسبة للناتج

الداخلي الخام (2005-2012)

2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
الدول المتقدمة								
9.04	8.11	8.98	9.03	8.71	8.49	8.45	8.50	الولايات المتحدة
2.63	2.61	2.60	2.61	2.48	2.40	2.43	2.41	فرنسا
3.07	2.89	2.89	2.86	2.85	2.76	2.83	2.79	سويسرا
1.80	1.74	1.75	1.84	1.71	1.66	1.69	2.71	السويد
2.62	2.64	2.69	2.73	2.52	2.47	2.51	2.53	ألمانيا
الدول النامية								
3.96	2.85	2.85	2.68	2.59	2.69	2.69	2.70	تونس
1.59	1.52	1.52	1.52	1.14	1.12	1.02	0.95	الجزائر
3.88	3.90	3.79	3.62	3.52	3.58	3.52	3.62	المغرب
2.98	2.90	2.88	2.92	2.78	2.90	2.95	3.12	مصر
3.02	3.02	2.14	2.18	1.38	1.75	1.64	1.75	ليبيا

المصدر: من إعداد الباحث استنادا على بيانات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية في العالم عام 2013

إذن هذه النتائج تؤكد مدى صحة الافتراض الذي يوضح فكرة عجز القطاع الخاص بالجزائر في مساندة القطاع العام لتمويل المنظومة الصحية مقارنة بالدول المجاورة (كالمغرب وتونس) بحيث يستخدم بشكل مطرد كمصدر لخدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك رغم زيادة التمويل المتاح للخدمات العامة بل وإلغاء الرسوم عليها في العديد من البلدان.

الفرع الثاني: متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي

يقيس لنا هذا المؤشر مقدار ما يحصل عليه الفرد من الرعاية الصحية مقوما بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي ويعبر عن درجة اهتمام الدول بالعنصر البشري وبحالته الصحية كما يعكس أيضا بنسبة كبيرة من درجة الرفاه الاقتصادي. ويؤكد الاقتصاديون مسألة نمو الإنفاق على الرعاية الصحية مع نمو البلدان اقتصاديا وبذلك يتقارب اثنان من الاتجاهات العامة المهمة في سياق التحول في تمويل الرعاية الصحية، وهو زيادة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي وانخفاض النفقات التي يتحملها في الخدمات الصحية¹. وهو ما يؤكد الجدول الموالي:

¹ فيكتور يافان: التحول إلى المحلية: مجلة التمويل و التنمية، مطبوعات صندوق النقد الدولي، العدد 51، رقم 04، ديسمبر 2013، ص 12.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

الجدول (4-9): متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي معادل للقوة الشرائية بالدولار الأمريكي في بعض الدول المتقدمة والنامية (2005-2012)

2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
الدول المتقدمة								
8895	8467	8254	8009	7769	7486	7110	6732	الولايات المتحدة
6140	6114	5138	4118	4237	3956	3330	3136	أستراليا
4683	4996	4668	4727	4718	4231	3747	3624	ألمانيا
5319	5419	4694	4357	4886	4526	3947	3726	السويد
5937	5997	5676	5740	5824	5150	4459	4261	هولندا
4690	4968	4634	4776	4877	4413	3007	3750	فرنسا
الدول النامية								
279	233	181	174	183	135	106	95	الجزائر
297	304	282	259	246	217	194	181	تونس
190	195	168	165	156	134	113	100	المغرب
388	368	361	368	326	252	224	213	الأردن
152	137	126	118	101	85	75	64	مصر
578	211	386	349	318	276	237	213	ليبيا

المصدر: من إعداد الباحث استنادا على بيانات البنك الدولي، حول مؤشرات التنمية في العالم عام 2013

تظهر المعطيات المتوفرة عن هذا المؤشر تفاوتاً كبيراً بين البلدان (النامية والمتقدمة) بحيث يبين لنا هذا المؤشر مدى اهتمام الدول المتقدمة بصحة الفرد من خلال حجم المبالغ الهامة المخصصة لصحة الفرد وعلى عكس ذلك فالدول العربية والتي هي في الأصل دول نامية فقد سجلت نسب محتشمة لهذا المؤشر وذلك باعتبار أن نسبة الإنفاق الصحي لكل فرد لم تتعدى 600 دولار أميركياً (معادل القوة الشرائية PPA). والجدير بالإشارة أن هناك تفاوتات في متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بين الدول العربية في حد ذاتها، بإستثناء الأردن وليبيا إذ نلاحظ أن هناك ضعف في هذا المؤشر بالنسبة لباقي الدول العربية الأخرى، فمثلاً بالنسبة للجزائر فقد سجلت متوسط إنفاق صحي للفرد 279 دولار أميركياً (سنة 2012) وهي نسبة ضعيفة للغاية مقارنة بدول الجوار وبالأخص تونس وليبيا.

ولكن عموماً فإن نصيب الفرد من الإنفاق العام على قطاع الصحة في الدول العربية يبقى بعيداً عن مثيله في الدول المتقدمة. وبالتالي إذا كانت الزيادات في مجموع الإنفاق على الصحة تبدو أمراً حتمياً بالضرورة فإن التراجع في مدفوعات الرعاية الصحية التي تتسبب في إفقار المواطنين ليس حتمياً بالضرورة، فرغم انخفاض متوسط الإنفاق من الأموال الخاصة للمواطن فلا يزال هنالك العديد من الأسر التي تزرع تحت وطأة الفواتير الطبية، وعلى هذا الأساس تشير البحوث إلى ضرورة زيادة تعبئة الموارد العامة أو الحكومية من أجل الصحة إلى جانب السياسات التي ترفع من كفاءة استخدام الأموال العامة في النظم

الصحية الوطنية، مما يحتم على هذه الدول بدل المزيد من الجهود والاهتمام أكثر بصحة الفرد على الأقل لتحسين صورتها وترتيبها ضمن تقارير التنمية البشرية.

المبحث الثاني: إنتاجية الإنفاق الصحي

إذا كانت نسبة الإنفاق الصحي بالجزائر مقنعة نسبيا بالنظر إلى حجم الموارد المخصصة للقطاع. إلا أن الدراسات لا زالت تكشف عن قدر كبير من عدم الكفاءة في استخدام الموارد العامة في قطاع الصحة، فيشير تقرير الصحة العالمية لعام 2010 والذي يستند إلى دراسات عن نظم الرعاية الصحية حول العالم، إلى أن نسبة تتراوح بين 20% إلى 40% من مجموع الإنفاق (العام والخاص) على الصحة في البلدان مرتفعة ومتوسطة ومنخفضة الدخل ليس لها تأثير يذكر على تحسين الصحة البشرية.

المطلب الأول: تقييم الإنفاق الصحي من خلال مؤشرات الصحة العامة

الفرع الأول: مؤشرات التقدم المحرز في مجال الصحة الواردة بالأهداف الإنمائية للألفية

في سبتمبر عام 2000 قامت الأمم المتحدة بعقد مؤتمر قمة الألفية حيث التزمت 189 دولة عضوا في الأمم المتحدة بالعمل من أجل إيجاد عالم يكون التخلص من الفقر وتحقيق التنمية المستدامة على قمة أولوياته وقد وقع على إعلان الألفية 147 رئيس دولة، وتم تقرير هذا الإعلان بإجماع أعضاء الجمعية العمومية للأمم المتحدة، وتمخضت عن هذا الإعلان الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة التي كانت أيضا نتيجة للمؤتمرات التي نظمتها الأمم المتحدة في التسعينات من القرن العشرين. وتطالب الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة المجتمع الدولي بتركيز جهوده على تحقيق تحولات في مختلف الجوانب الحيوية للمجتمعات البشرية التي يمكن قياسها وتتبعها وذلك من خلال تحديد مقاصد ومقاييس معيارية لقياس مختلف المجالات الحيوية التي لها تأثير على مستويات نمو وازدهار المجتمعات البشرية في البلدان النامية من جهة وفي البلدان الغنية التي تساعد في تمويل البرامج الإنمائية من جهة أخرى، يضاف إلى ذلك تلك المؤسسات متعددة الأهداف التي تساعد البلدان على تنفيذ هذه البرامج. وتعتبر الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية الجديدة بمثابة دليل استرشادي للمجهودات التي تبذلها الدول في مجال التنمية والسياسات الاجتماعية، وقد تم قبول هذه الأهداف كإطار لقياس معدل التقدم في عملية التنمية.

إن الأهداف التنموية مرتبطة ببعضها البعض، ولذلك نجد أنه في عدة دول قد يكون من المستحيل التخفيف من وطأة الفقر الناجم عن انخفاض الدخل من دون أخذ خطوات ضمان الصحة الأكثر للناس، وعلى نحو مشابه فإن إزالة التفاوت بين الجنسين وزيادة معدلات الانخراط بالتعليم الأساسي هو شرط أساسي من أجل تحسين النتائج الصحية، ومن جهة أخرى لا يمكن أيضا لصحة الناس أن توضع بمعزل عن التساؤلات حول تدبير

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

الموارد الطبيعية وضمان الاستدامة البيئية، ومن أجل ذلك لا ينبغي النظر إلى الأهداف التنموية للألفية ذات الصلة بالصحة بطريقة منعزلة. بل من الضروري النظر إلى هذه الأهداف كمحصلة لبرامج عمل التنمية "1".

يعتمد قياس الأهداف الإنمائية للألفية الثمانية على جملة من المؤشرات الفرعية التي تسمح بالإلمام بمختلف الجوانب المتعلقة بالهدف الرئيسي وتقييم ما تم إنجازه وتمثل هذه الأهداف فيما يلي "2":

- ✓ الهدف الأول: القضاء على الفقر المدقع والجوع.
- ✓ الهدف الثاني: تحقيق التعليم الابتدائي الشامل.
- ✓ الهدف الثالث: تشجيع المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة من أسباب القوة.
- ✓ الهدف الرابع: تخفيض معدل وفيات الأطفال.
- ✓ الهدف الخامس: تحسين صحة الأمهات.
- ✓ الهدف السادس: مكافحة فيروس ومرض الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض.
- ✓ الهدف السابع: ضمان البيئة.
- ✓ الهدف الثامن: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

من خلال الأهداف والغايات المحددة في ميثاق الألفية (1990-2015) نلاحظ أن أسباب سوء الصحة لا تنحصر فقط في عوامل مرتبطة بالصحة، فالطرق التي يجب الأخذ بها لمعالجتها لا يجب أن تنحصر في التدخلات الصحية، فالصحة تتأثر بالعديد من العوامل) فالقضاء على الأمية وزيادة الدخل وتوفير المياه التقنية وخدمات الصرف الصحي والحفاظ على البيئة والاقتصاد المتنامي وتعزيز دور المرأة وغيرها من العوامل التي تؤثر جميعها من خلال علاقة تبادلية على الصحة وهو ما يبرز أهمية أن يكون الاهتمام بالصحة بطريقة غير منعزلة عن العوامل التنموية الأخرى "3"

لكن ونظرا لشساعة هذا الموضوع وحتى نبقي في صلب بحثنا الخاص بتقييم إنتاجية الإنفاق الصحي سنحاول إبراز مدى تقدم الجزائر في تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة والمعلن عنها في ميثاق الألفية كما هي مبينة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (4-10): الأهداف الإنمائية للألفية

الغايات

الأهداف

¹-WHO (world health organisation)2003 : **The world Health report 2003 shaping futur**, Geneva, ,pp12,13
²-د.عبد القادر لطرش ، سميج البستاني ، موزة السلم ، **الأهداف الإنمائية للألفية في دولة قطر** ، تقييم و استشراف ، مجلة دراسات سكانية ، الإصدار رقم 04 ، الطبعة الأولى، الدوحة، 2009، ص 07.
³-UNDP, 2003 , **Humane dévalement, report 2003** , New York oxford university press , PP 85, 100

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

تخفيض معدل وفيات الأطفال	- تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990 و 2015.
تحسين صحة الأمهات	- تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و 2015.
مكافحة فيروس وممرض الايدز والمالاريا وغيرهما من الأمراض	- تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015. - وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز بحلول عام 2015). - تعميم إتاحة العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز بحلول عام 2010). - وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 وبدء انحصارها اعتبارا من ذلك التاريخ

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على البيانات التالية:

- ◀ مجلس التخطيط ، مؤشرات التنمية المستدامة في دولة قطر، الدوحة : 2006.
- ◀ وزارة التنمية والتعاون الدولي، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية: دعم و وضع إستراتيجية مستدامة وخطة تنفيذية لتطوير الموارد البشرية ، سوسة تشرين الأول 23- 25 سنة 2007 07 02.

أولا. الهدف الرابع: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين: ولتحقيق ذلك تم إدراج ثلاثة مؤشرات أساسية وهي:

أ/المؤشر الأول: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

تعد معدلات وفيات الأطفال مؤشرا حساسا لتطور بلد ما ودليلا معبرا عن أولوياتها وقيمها. والاستثمار في صحة الأطفال وأمهم ليس متطلبا أساسيا لحقوق الإنسان فحسب بل هو قرار اقتصادي سليم. فهو ضمن الطرق التي يمكن لبلد ما الانطلاق منها نحو مستقبل أفضل. ولا شك أن التقدم الذي تم إحرازه في مجال تحسين معدلات وفيات الأطفال وصحتهم من خلال تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر على المستوى العالمي من 90 وفاة في 1000 سنة 1990 إلى 43 وفاة في 1000 سنة 2010 أي أن عدد وفيات الأطفال قد انخفض من 13.7 مليون وفاة عام 1990¹ إلى 06 ملايين وفاة عام 2010 هو إنجاز باهر باعتبار أن النسبة قد انخفضت بأكثر من ثلاثة أضعاف على المستوى العالمي إلا أن الوصول إلى الهدف المسطر من خلال تخفيض وفيات الأطفال إلى 03 ملايين طفل في عام 2010 لم يكن هدفا سهلا المنال² لذلك عملت الدولة ولا زالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية، لا سيما تلك الأكثر عرضة للأمر كالأطفال من خلال التوسع في بناء مراكز رعاية الطفولة

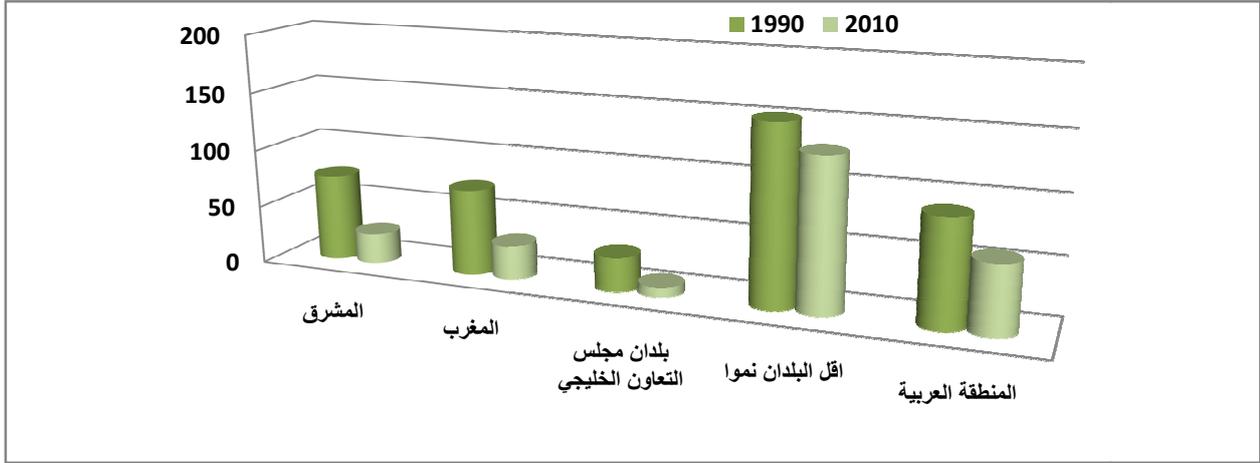
¹ -تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول: صحة الأم والطفل، الدورة التاسعة، 28-29 أكتوبر 1997، ص 15.
² -التقرير الصادر عن يونيسيف (إقليم للشرق الأوسط وشمال إفريقيا) حول: وضع الأطفال في العالم ، جامعة الدول العربية للنشر ، ديسمبر 2008 ، ص 08.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

القيام بحملات التطعيم ضد الأمراض الوبائية المعدية وتنظيم حملات التوعية، وكذلك تنفيذ برنامج الصحة المدرسية¹.

على مستوى المنطقة العربية فقد شهد هذا المؤشر انخفاضا بشكل كبير في 11 دولة من أصل 22 بلدا عربيا في العقد الأخير كان ذلك نتيجة للجهود التي بذلتها هذه البلدان للوفاء بالتزاماتها حيال الأهداف الإنمائية للألفية، فارتفع معدل الانخفاض الذي سجلته تلك البلدان من 3.7 % في السنة خلال الفترة الممتدة بين (1990-2000) إلى 3.8 % في السنة في الفترة من (2000-2011) لكن معدل الانخفاض لا يزال دون المتوسط في جميع البلدان النامية وقدره 4.1 في المائة، ويلاحظ أن التقدم تسارع في بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية مع أن مجموعة أقل البلدان نموا سجلت أسرع وتيرة في التغيير، ففي لبنان تسارع معدل الانخفاض أربع مرات في العقد الأخير مقارنة بما كان عليه في التسعينات، وتضاعف معدل التراجع في السودان، وتمكنت عمان ومصر من تسجيل معدل تخفيض مرتفع اعتبارا من التسعينات وللتوضيح أكثر الشكل الموالي يبين ذلك:

الشكل (4-4) معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 ولادة حية



المصدر: التقرير العربي الثالث حول: الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها جامعة الدول العربية 2010 (48).

لا شك أن مجالات التقدم الباهر التي حققتها العديد من الدول خلال العشرية في تخفيض وفيات الأطفال تدعو إلى التفاؤل إذ أصبحت أسباب وفيات الأطفال وحلولها معروفة عبر التدخلات البسيطة التي يمكن الاعتماد عليها وتحمل نفقاتها والتي تؤدي إلى إنقاذ حياة الملايين من الأطفال.

¹- عبد القادر لفرش، سميح البستاني، موزة المسلم، الأهداف الإنمائية لدولة قطر، مرجع سابق، ص 15.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

بعد أن صادقت الجزائر على ميثاق الألفية سنة 2000 فقد بادرت بتنفيذ مجموعة من البرامج التي من شأنها تخفيض معدل وفيات الأطفال وبالتالي تحقيق الهدف المسطر لسنة 2015 ببلوغ نسبة 18.5 وفاة لكل ألف مولود حي.

الجدول(4-11):معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر

(حالة وفاة لكل 1000 مولود حي)

السنة	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
المعدل	50	44	35	26	22	21	20

المصدر: بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الإلكتروني:

<http://www.world BANK.org office national des statistiques>

لقد ساهمت البرامج التي بادرت بها الحكومة في تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 50 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1990 إلى 20 وفاة سنة 2012، أي معدل متوسط 1.36 وفاة خلال كل السنة¹. ويجدر الإشارة أن أكبر انخفاض لفئة الصبيان كان خلال الفترة (1990-2004) من 50 وفاة إلى 35.5 وفاة لكل 1000 مولود حي².

من خلال هذه النتائج يتضح أن الجزائر قد اقتربت كثيرا من تحقيق هدف الألفية⁵ كما أنها قد اقتربت من المستويات التي حققتها بعض الدول المجاورة، على غرار مصر بـ 22 وفاة لكل 1000 مولود حي³ تونس 16 وفاة لكل 1000 مولود حي. لكن هل ستجح في الاستمرار بنفس الوتيرة لبلوغ هذه الألفية؟ خاصة وأن هذه الجهود مازالت دون المستوى المطلوب مقارنة بالمستويات التي وصلت إليها الدول ذات الدخل العالي والتي حققت معدل وفيات لا يتعدى 07 وفيات لكل 1000 مولود حي.

ب/المؤشر الثاني:معدل وفيات الأطفال الرضع

يمثل معدل وفيات الأطفال الرضع(الأقل من سنة)مؤشرا بالغ الأهمية بحيث أنه يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية. كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية وقوية مع معدلات الخصوبة السائدة حيث أثبتت الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع إلا وزادت معدلات

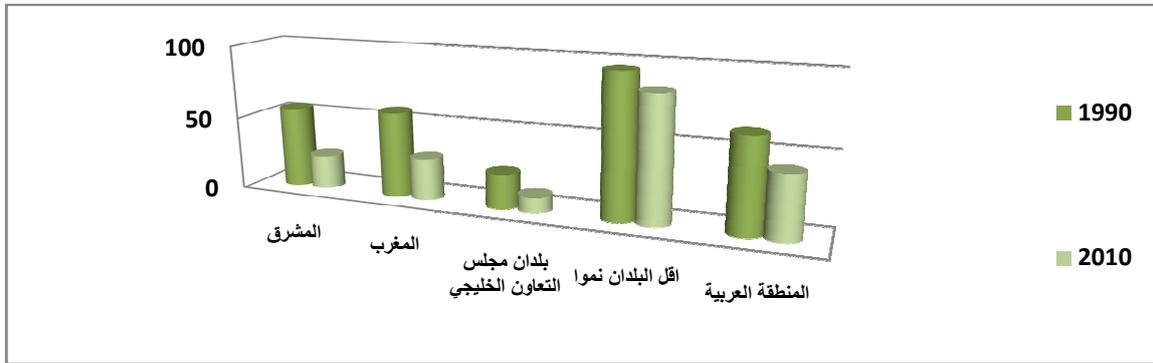
¹ -زوينب فسولي، الواقع الصحي للأطفال في الجزائر و جهودات الدولة من أجل الرعاية، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار فعاليات ملتقى دولي الأول خاص بالصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، 21-22 أبريل 2014، الطارف، ص 14.

² - le rapport national sur les objectifs millénaire pour le développement, Algérie, op.cit, P 48

³ -يوسالم فاطمة، يوسالم زينة، الأهداف التنموية للألفية في أفق 2015، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات ترشيد الإنفاق الصحي، 25/24 نوفمبر 2015، ص 14.

الخصوبة"¹. وقد شهد هذا المؤشر انخفاضا من 29 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في 1990 إلى 21 وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2011 ويقصد بهذا المعدل وفيات الرضع في الشهر الأول بعد الولادة وقدر هذا الانخفاض بنسبة 27% وهي أدنى بكثير من نسبة الانخفاض المسجلة في معدل وفيات الرضع وقدرها 34% وهذا يعني أن نسبة الوفيات التي تحدث في الشهر الأول بعد الولادة تتوافق مع الاتجاهات العالمية⁴ وسجل العدد المطلق لوفيات الأطفال حديثي الولادة في المنطقة لعربية انخفاضا بسيطا إذ تراجع من 212000 إلى 168000 كما هو مبين في الشكل أدناه:

الشكل (4-5) معدل وفيات الرضع من الولادة إلى عمر سنة لكل 1000 ولادة حية



المصدر: التقرير العربي الثالث حول: الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها مرجع سابق، ص 48.

توضح النتائج المبينة في الشكل أنه ثمة فوارق كبيرة بين معدلات وفيات الأطفال في سن الخامسة ومعدلات انخفاض وفيات الأطفال حديثي الولادة خصوصا في بلدان المشرق وبلدان المغرب ففي بلدان المغرب تزايدت نسبة الوفيات من الأطفال حديثي الولادة بسرعة مذهلة إذ ارتفعت إلى 57 لكل ألف من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في عام 2011 بعد أن كانت 44 وفاة لكل ألف مولود حي عام 1990.

وتختلف أسباب وفيات الرضع حديثي الولادة عن أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة فأكثر من 50% من وفيات الرضع حديثي الولادة تقع لأسباب تتعلق بالولادة (مثل مضاعفات الولادة المبكرة والمضاعفات التي تطرأ أثناء الولادة) ويتطلب تخفيض وفيات الأطفال من هذه الفئة إجراءات صعبة محددة تختلف عن الإجراءات التي يتطلبها تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة"².

¹-عباشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، بحوث اقتصادية، الصادرة في مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31، جوان 2009، ص 298.

²-تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول: صحة الأم والطفل، مرجع سابق، ص 56.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

بالنسبة للجزائر فقد قدر عدد وفيات الرضع 22088 وفاة خلال سنة 2012 مع استمرار انخفاض معدل وفيات الرضع بـ 0.5 نقطة ما بين سنتي (2011-2012). والملاحظ أن معدل الوفيات لهذه الفئة قد سجل انخفاضا بـ 25 نقطة خلال الفترة ما بين سنتي (1990-2012) أي بمعدل انخفاض قدره -1.13 نقطة خلال كل سنة. مع العلم أن وتيرة هذا الانخفاض كانت أكبر خلال الفترة الممتدة ما بين (2002-2007) بحيث تراجع معدل الوفيات بـ 8.2 نقطة أي ما يعادل متوسط انخفاض بـ 1.7 نقطة/سنة- ومقارنة بالفترة الممتدة ما بين (1970-2000)¹ فقد انخفض معدل وفيات الرضع بـ 53.52 نقطة أي ما يعادل متوسط انخفاض -1.78 نقطة /سنة².

الجدول (4-12): يمثل تطور وفيات الرضع في الجزائر من سنة 2005-2011

المعدل بالألف	2005	2006	2007	2008	2009	2010
الذكور	32.4	28.3	27.9	26.9	26.6	18
الإناث	28.2	25.3	24.4	23.9	22.9	15.4

Source : Office national STAT : Statistique, démographie algérienne 2010, n°09, Alger 2012, P06

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن العشرية الماضية (2000-2011) تميزت بتراجع وفيات الرضع بحوالي 15 نقطة فقط، وقد بينت الدراسات أن وفيات الرضع ما بعد الولادة تنخفض ببطء مقارنة بوفيات الأطفال من شهر إلى سنة⁵ وللإشارة نسبة وفيات الأطفال الرضع التي كانت تمثل 43.03 في الألف في بنية الوفيات العامة في سنة 1990 فقد تقلصت إلى 18.05 في الألف خلال سنة 2000³ كما بينت الدراسات أن معدل وفيات المواليد الرضع الذين لا يتجاوز أعمارهم 38 شهرا شكل سنة 1970 حوالي 49.6 من مجموع وفيات الرضع وهي تقارب نصف وفيات الرضع الأقل من سنة في عام 1995⁴. وهذا الانخفاض ناتج من دون شك للسياسة الصحية التي انتهجتها الجزائر للحفاظ على صحة الأطفال وتجنب الأمراض الفتاكة، وعن تنفيذ وتوسيع عمليات التطعيم، وتحسين نظافة المحيط ومكافحة الأوبئة وتطهير مياه الشرب... الخ.

¹ - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المشروع التمهيدى للتقرير الوطنى الخاص حول التنمية البشرية سنة 2003 الدورة العامة العادية، الخامسة والعشرون، الجزائر، 2004، ص 45.

² - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2005، ص 11.

³ - وزارة الصحة والسكان، البرنامج الوطنى لمكافحة وفيات الأطفال بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة، (اليونيسيف) الجزائر، جوان 1986، ص 09.

⁴ - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المشروع التمهيدى للتطوير الوطنى الخامس حول التنمية البشرية لسنة 2003، مرجع سابق، ص 70.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

رغم الانخفاض المسجل تبقى الوفيات عند الأطفال معتبرة بالمقارنة مع معدل وفيات الرضع في البلدان المتقدمة مثل اليابان وسنغفورة التي تدنى فيها معدل وفيات الرضع إلى دون 03 في الألف كما أننا بعيدين عن المستوى الذي وصلت إليه بعض البلدان الشقيقة والمماثلة مثل تونس وليبيا اللتان لم يتجاوز فيهما معدل الوفيات 20 في الألف سنة 2009 بينما تجاوزت الجزائر في نفس السنة 25 في الألف. وعلى هذا الأساس لتحقيق الهدف الذي تم تحديده لسنة 2015 ينبغي التوصل بين سنتي (2000-2015) إلى تخفيض نسبة وفيات الأطفال بـ 25 نقطة وفيات الرضع بـ 21 نقطة.

الجدول (4-13): تطور وفيات الأطفال حسب مختلف المراحل

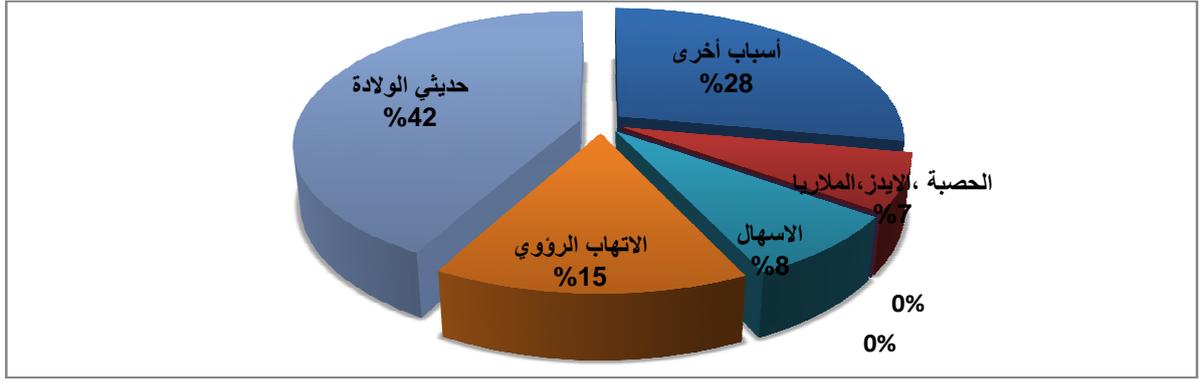
المعدل بالألف	2005	2006	2007	2008	2009
وفيات الرضع (0-1 شهر)	24.0	22.0	20.2	20.5	18.8
وفيات ما بعد الولادة (شهر-12 شهر)	27.0	18.6	14.1	10.7	10.6
وفيات الأطفال (0-عام)	50.9	40.6	34.3	31.2	30.4

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي

ج/المؤشر الثالث: نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والمحصنين ضد الحصبة

تحسن معدل التغطية بالتلقيح ضد الحصبة في المنطقة العربية بحيث ارتفعت نسبة الأطفال المحصنين من 77% إلى 87% في العقدين الماضيين 7 وشملت هذه الزيادة مجموعات البلدان كافة وان كان بنسبة أقل في بلدان المشرق، ففي عام 2011 فقد أفاد 15 بلدا من أصل 22 بأن معدل التلقيح باللقاح الثلاثي تجاوز 90% وهو الرقم المحدد في إطار هذه الغاية 0 وانتشار التلقيح ضد الحصبة في منطقة شرق المتوسط التي تضم معظم البلدان العربية أدى إلى انخفاض كبير بلغ 90% من الوفيات بسبب الحصبة. إن الالتهاب الرئوي والسعال هما من الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في المنطقة العربية، إذ يموت بسبب هذين المرضين واحد من كل أربعة أطفال تحت سن الخامسة، وعلى الرغم من ارتفاع عدد البلدان التي تعتمد على لقاحات جديدة تنقذ حياة الأطفال إلا أنه لا يزال تحسن نسبة الوفيات بطيئا ولا سيما في البلدان المتوسطة الدخل وذلك بسبب ارتفاع أسعار اللقاحات.

الشكل (4-6): أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة العربية (سنة 2010)



المصدر : التقرير العربي الثالث حول: الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها مرجع سابق 48

بالنسبة للجزائر تعد صحة الأطفال من المجالات التي تولي له اهتماما خاصا سواء فيما يتعلق بالوقاية أو التكفل بأمراض الأطفال أو مكافحة الفقر ومشاكل سوء التغذية وآثارها على صحة السكان بشكل عام والأطفال بشكل خاص، ويتعلق أحد البرامج الفرعية للبرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الذي تم المصادقة عليه سنة 1985 بتوسيع عمليات التلقيح لا سيما التلقيح ضد الحصبة. وقد أبرز التحقيق الجزائري حول صحة العائلة أن نسبة الأطفال الذين تم تلقيحهم ضد الحصبة تمثل نسبة 90.5 % سنة 2006 مقابل 86 % سنة 1992: بل وقد وصلت النسبة إلى حدود 95 % خلال الفترة (2010 - 2012)¹. من ناحية أخرى: حسب نتائج التحقيق فإن نسبة 97% من الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 12 و23 شهرا يتوفرون على دفتر صحي مقابل 88.5 % سنة 1992 (التحقيق الجزائري حول صحة الأ والطفل، تقرير المجلس الاقتصادي) وأن نسبة 88 % من بينهم استفادوا من تلقيح كامل سنة 2006 مقابل 83.3 % سنة 1992.

الجدول (4-14): التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم (الأطفال من 12-23 شهرا)

السنة	2006	2004	2002	2000	1995	1992	
الدرن	99	99.5	97.9	93	93	97	
السعال الديكي	94.8	96.6	92.3	89	83	89	
الحصبة	90.5	92.3	90.6	83	77	85.7	
التطعيم الكامل	83.3	90.6	88.9	87	84	83.3	

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على البيانات التالية:

➤ المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2004 □ 78

¹بيانات البنك العالمي حول: مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الإلكتروني:

➤ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول التنمية البشرية، مرجع سابق 72.

يتضح من خلال الجدول أن ما نسبته 90.6% من الأطفال من الفئة العمرية (12-23 شهرا) ملقحين تلقيحا شاملا (سنة 2004) بعدما كانت هذه النسبة لا تتجاوز 89% سنة 2002 كما أبرزت النتائج الأولية للمسح الجزائري سنة 2006 أن 83.3% فقط من الأطفال الذين تلقوا التطعيم، أي أن النسبة قد انخفضت بـ 7.3% في ظرف سنتين فقط.

لقد أثمرت هذه الجهود بتحقيق نتائج إيجابية من خلال تخفيض معدل انتشار الحصبة لدى الأطفال من 34.51 حالة لكل 100000 سنة 1995 إلى 2.4 حالة لكل 100000 طفل سنة 2007. وهي بذلك خطوة إيجابية نحو تحقيق هدف الألفية.

ثانيا. الهدف الخامس: تحسين صحة الأمهات

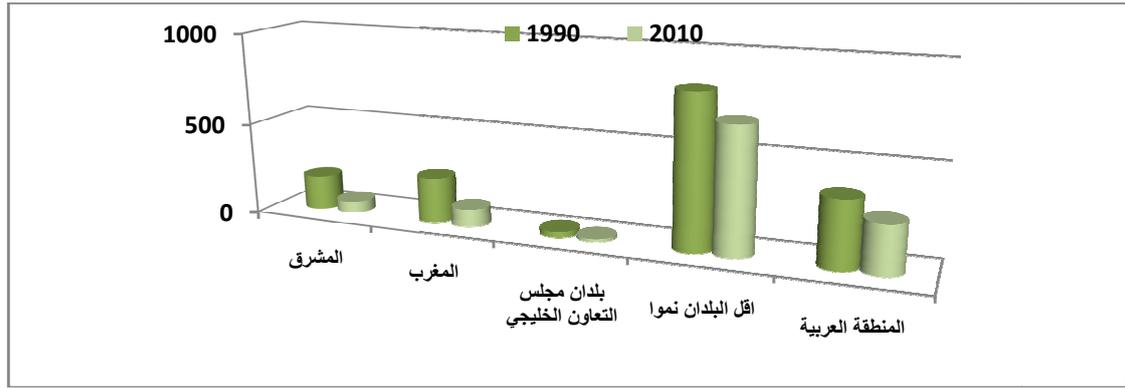
تعتبر صحة المرأة الأم من أهم أولويات التنمية وتأتي هذه الأهمية من كون صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط، وإنما تمتد لتشمل الأسرة والمجتمع ككل الأمر الذي جعل من العناية بصحة المرأة، ولا سيما تخفيض وفيات الأمهات أثناء النفاس هاجسا عالميا وصار تعميم توفير الخدمات الأساسية لضمان صحة إنجابية لائقة من الأهداف الائتمانية للألفية لهذا تسعى الدول عبر جملة من الخدمات الصحية إلى توفير نظام رعاية للأمهات قبل وبعد موعد الولادة، مع توفير الظروف المادية التي تساعد على تنظيم الأسرة.

أ. المؤشر الأول: نسبة وفيات الأمهات (خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع)

انخفض معدل وفيات الأمهات في المنطقة العربية بنسبة 27 في المائة بين عامي 1990-2010 وقد تجاوز انخفاض هذا المعدل في مجموعتي بلدان المشرق وبلدان المغرب 60% وأصبحت هاتان المجموعتان قريبة من تحقيق الغاية التي تقضي بتخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع (يتعلق الأمر خاصة بمصر وسوريا اللتان تسيران على الطريق الصحيح للحد من وفيات الأمهات بمعدل 75%¹ تمكنت بلدان التعاون لدول الخليج من تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار النصف فأصبح 15 وفاة لكل 100000 ولادة حية⁵ أي أقل من المتوسط الذي سجلته المناطق المتقدمة وهو 16 وفاة لكل 100000 ولادة حية¹." و الشكل التالي يوضح ذلك بأكثر تفصيل:

الشكل (4-7) : معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية

¹-التقرير العربي الخاص بالأهداف الإنمائية للألفية، مرجع سابق، ص 31.



المصدر: التقرير العربي الثالث حول الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها مرجع سابق

.48

بالنسبة للجزائر تبقى ظاهرة وفيات الأمهات ظاهرة يصعب قياسها في غياب نظام موثوق لجميع الوفيات وتصنيفها حسب الأسباب. فخلال التسعينات قدم التحقيق الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) تقديرا لوفيات الأمهات بـ 215 حالة لكل 100000 ولادة حية. وللسماح بتعزيز برنامج مكافحة وفيات الأمهات أنجز في الفاتح من جانفي إلى 31 ديسمبر 1999 تحقيق قائم على الإحصاء الشامل لكل وفيات النساء اللواتي بلغت سن الولادة وتحديد في هذا الإطار كل وفيات الأمهات. حسب نتائج هذا التقرير تقارب نسبة وفيات الأمهات 117 حالة لكل 100000 ولادة حية كما أبرز تحقيق 1999 فوارق هامة ما بين المناطق بحيث تصل نسبة وفيات الأمهات إلى 84 حالة لكل 100000 ولادة حية في وسط وشمال البلاد وإلى 210 حالة في جنوب وشرق البلاد، كما تتراوح نسبة وفيات الأمهات ما بين 230 و 239 حالة لكل 100000 ما بين مختلف الولايات.

كما أبرز التحقيق عوامل أخرى تحدد وفيات الأمهات والتي تتمثل في عامل السن بحيث أن 19% من النساء المتوفيات سنهم لا يقل عن 40 سنة 45% من اللائي بلغن سن 35 سنة 9 كما بينت نتائج التحقيق أن 47% من النساء المتوفيات لهن 04 أطفال 4 35% منهم لم يستفدن من أي زيا لدى طبيب أخصائي لمعاينة حملهن .

الجدول (4-15): معدل وفيات الأمهات في الجزائر لكل 100000

السنة	1989-1985	1990	1992	1995	1999	2005	2007	2008
المعدل	230	220	215	180	117.40	110	88.9	86.2

المصدر: تقرير الأمم المتحدة حول: الأهداف الإنمائية للألفية) نيويورك جوان 2013 31

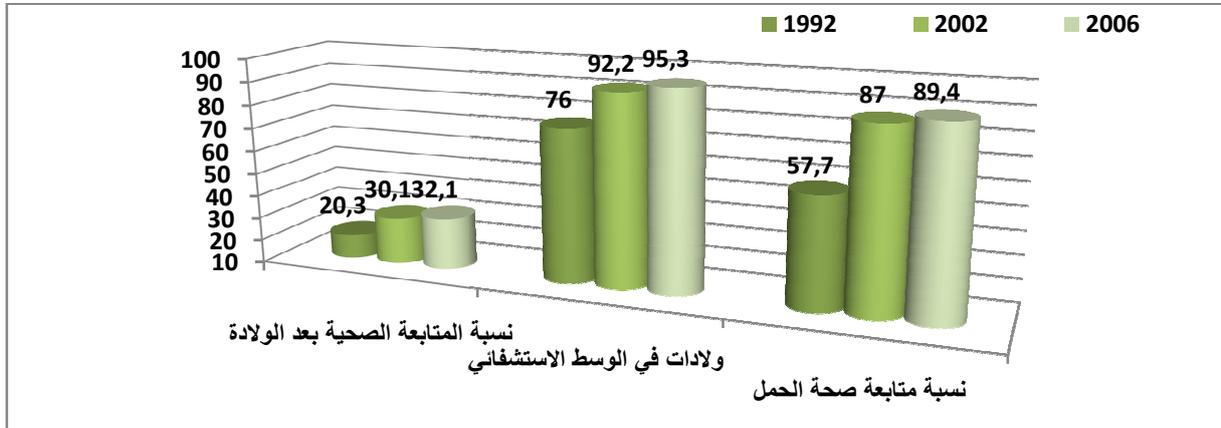
الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

سجت الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين (1985-1989) 230 حالة وفات للأمهات لتسجل بعد ذلك هذه النسبة تراجعاً ملموساً بنسبة 50% وذلك خلال الفترة الممتدة ما بين (1989-1999) بل وقد وصلت النسبة إلى أقل من ذلك سنة 2008 بمعدل 86.2%.

المؤشر الثاني: نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة

من أجل تحقيق هدف الألفية والذي يقضي بتحسين صحة كل من الأم والطفل فقد تم إحداث منجزات هامة بقطاع الصحة. تجسدت عبر مجموعة من البرامج كبرامج الصحة الإنجابية والخريطة الصحية الجديدة وإستراتيجية النوع الاجتماعي والتي حققت نتائج معتبرة في مجال صحة الأم والطفل. كما سمح وجود مستخدمي موظفي الصحة من الجنسين لبرامج حماية الأمومة والطفولة واعتماد سياسة الصحة الجوارية وتكثيف البنية القاعدية للصحة العمومية بتدعيم الخدمات في هذا المجال. إضافة إلى تخصيص نسبة 8.34% من ميزانية الدولة للصحة (سنة 2009) كما تم رصد ميزانيات إضافية لفائدة عيادات التوليد¹.

الشكل (4-8): تطور نسبة الرعاية الصحية للمرأة الحامل



Source :Office National su statistique

رعاية الحمل: تعتبر الرعاية الطبية الجيدة أثناء الحمل من أفضل الآليات المخفضة لنسب وفيات الأمهات حسب تقارير المنظمة العالمية للصحة فهي لا تساهم فقط في تخفيضها بل أيضا تخفيض وفيات الأطفال حديثي الولادة وتقلل نسب الولادات ناقصي الوزن. تقدم المسوح القطرية لصحة الأسرة مؤشرات في غاية

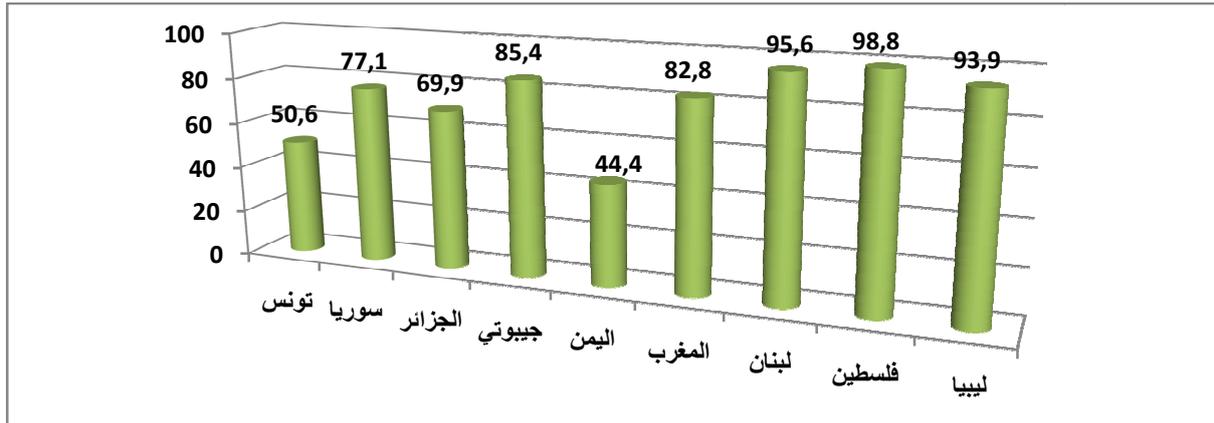
¹ - التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية : لمحة عامة عن الإنجازات والتحديات في مجال تعزيز المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة، الجزائر، 2010، ص 10.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

الأهمية¹ "حول الأمومة الآمنة في عدد من الدول العربية يمكن الاعتماد عليها واستغلالها في وضع البرامج وتطوير الخدمات. وقد أشارت نتائج المسوح أن الأمهات الصغيرات في السن وحالات الحمل ذات الرتب المنخفضة أكثر إقبالا على تلقي خدمات رعاية الحمل من بقية النساء - حيث تبين أن المولود الأول يحظى بأعلى نسب رعاية الحمل⁹ ثم تقل هذه النسب تدريجيا ربما ذلك راجع لاكتساب الأمهات الخبرة التراكمية مع زيادة حالات الحمل³ كما وأضحت نتائج هذه المسوحات أهمية المستوى التعليمي للأمهات أكثر إقبالا على استخدام خدمات رعاية الأمومة من غير المتعلمات.

³على هذا الأساس فقد أشارت هذه التقارير أن الجزائر قد وفرت نسبة 69.9 % من الرعاية الصحية للنساء الحوامل سنة 2006 وهي نسبة معتبرة مقارنة بالنسب المتدنية التي وفرتها بعض الدول العربية على غرار تونس بنسبة 50.6 % واليمن 44.4 % .

الشكل (4-9): نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بآخر مولود خلال فترة (2006-2002)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة سنة 2006

كذلك ومن أجل توفير الرعاية الصحية اللازمة للمرأة الحامل فقد تم توفير نسبة 97.2 % من الأطباء المتخصصين بهذا المجال (2002-2008): وهي نسبة معتبرة أين كانت النسبة لا تتعدى 76% سنة 1992. وعلى هذا الأساس فقد استفاد حوالي 90.4% من النساء الحوامل من استشارة طبية واحدة على الأقل لفترة ما قبل الولادة في سنة 2006 مقابل 57.6 % سنة 1992². وتشمل المتابعة ما قبل الولادة سيما التلقيح المضاد لكزاز الأمهات الذي قدر سنة 2002 بـ 44 % من النساء المعنيات مقابل 21 % سنة 1992 كذلك تشمل الرعاية الصحية للمرأة الحامل تلقيها للتطعيم ضد التيتانوس بحيث استفادت 43.9

¹- أحمد عبد المنعم، ماجدة محمد ، أوضاع الأطفال و الأمهات في المناطق الحضرية لبعض الدول العربية ، ورقة عمل خاصة بالمؤتمر العربي حول الإدارة الصحية من 3-5 ماي 2008 ، جامعة الشمس (القاهرة) ، ص 22.
²- الإحصائيات الصحية العالمية، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية 2009، ص 74.

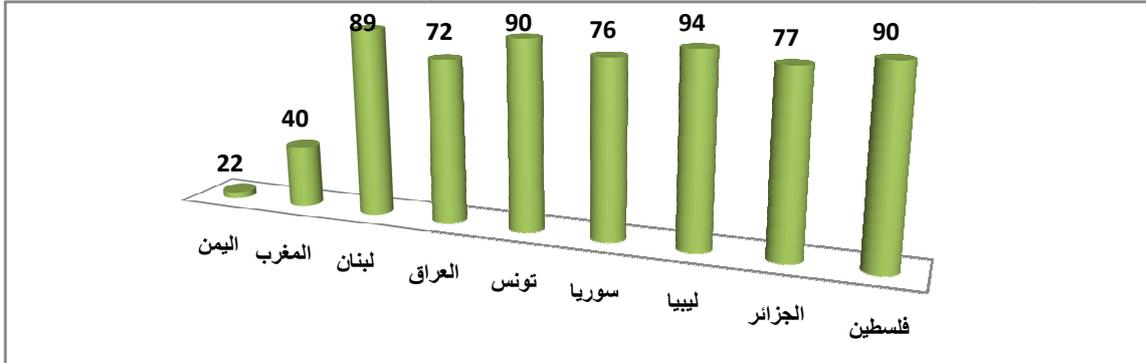
الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

% من النساء الحوامل من هذا اللقاح، وهي نسبة معتبرة من شأنها ضمان صحة الأم والجنين. لكن هذه الجهود دون المستوى المطلوب كون أن دول عربية أخرى محدودة من حيث الإمكانيات قد استطاعت أن توفر تغطية 85 % من النساء الحوامل بهذا اللقاح (خلال نفس الفترة).

✚ **الرعاية أثناء الولادة:** تشير الدراسات والبحوث أن الدول العربية تتقدم نحو تحقيق نسب عالية من الولادة بالمراكز الصحية أو تحت إشراف كادر طبي مؤهل ولكن بعض الدول الأخرى لا تزال نسب الولادة في المنازل مرتفعة مثل اليمن وبدرجة أقل المغرب مع العلم أن كل الدول قد وضعت أهدافا إما للقضاء على الولادات بالمنازل أو التقليل منها خاصة وأن هذا السلوك سوف يساهم في تحقيق أحد الأهداف التنموية للألفية والخاص بتخفيض مستويات وفيات الأمهات (أنظر الشكل 10).

كما يعتبر الوعي والمستوى التعليمي للزوجين وامتلاكهما للقرار داخل الأسرة من المحددات الهامة في القضاء على الظاهرة أو التقليل منها، وهنا يكون للحكومات دورا أساسيا في تسهيل تقديم الخدمات مجانا أو بتكلفة رمزية، مع توفير الإطارات المختصة وتأمين برامج تثقيفية كبرى لتغيير العقلية التي لا تزال حاجزا أمام تحول السلوكيات في هذا المجال في بعض المجتمعات والأوساط الريفية خاصة¹.

الشكل (4-10): نسبة السيدات اللاتي وضعن حملهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول العربية



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

4 في الجزائر تسعى الجهات المعنية إلى تحسين نوعية الحياة وتحقيق حياة آمنة للأمهات أثناء الولادة وقد نتج عن هذه الإرادة السياسية جملة من الإنجازات في مجال رعاية صحة المرأة، حيث أن معدلات وفيات الأمهات تشهد تراجعاً واضحاً مقارنة ببعض الدول العربية، كما شهدت معدل المواليد الأموات تراجعاً من 16444 إلى 15480 خلال الفترة الممتدة من 2010-2012 بحيث انتقل معدل الوفيات من 16.7 وفاة لكل ألف إلى 15.9 وفاة لكل ألف مولود حي. يعود هذا التراجع إلى شمولية التغطية الصحية للنساء بحيث أشارت تقارير

¹-المشروع العربي لصحة الأسرة ، جامعة الدول العربية ،المجلد الثاني والثالث، القاهرة 2006، ص 08 .

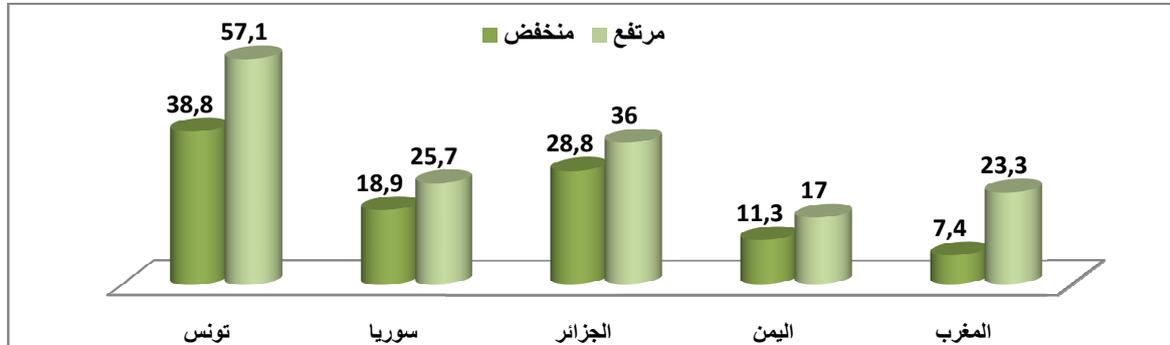
الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة أن 77% من النساء الحوامل قد وضعن مولودهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل³ وهي نسبة معتبرة مقارنة بالنتائج التي حققتها كل من اليمن بنسبة 22% والمغرب بنسبة 40% لكن وفي المقابل تظل هذه النسبة دون المستوى المطلوب مقارنة بالنتائج التي حققتها بعض الدول العربية الأخرى كتونس بنسبة 90% لبنان 89% وبييا 94% .

كما بينت نتائج المسح الصحي إنخفاض نسبة الولادات في المنزل بين النساء المتعلّقات والغير متعلّقات بحيث أظهرت النتائج أن 2.1% فقط من النساء المتعلّقات (الحاصلات على التعليم الثانوي على الأقل) يضعن مولودهن الأخير في المنزل بينما النساء الغير متعلّقات 15.5% منهم يضعن مولودهن في المنزل، وهي نسب معتبرة مقارنة بالمغرب بنسبة 52.4% بالنسبة للمتعلّقات و 7.6% لغير المتعلّقات، وكذلك تونس 22.5% بالنسبة للمتعلّقات و 1.5% لغير المتعلّقات.

✚ **الرعاية بعد الولادة:** تعتبر الرعاية ما بعد الولادة ضرورية لكل من الأم والمولود وخاصة الولادات التي تتم خارج المؤسسات الصحية، ويعرض الشكل الموالي نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية طبية بعد الولادة لمولودهن الأخير خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح (سنة 2006):

الشكل (4-11): نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب المستوى الاقتصادي للأسرة في بعض الدول العربية



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

يتضح من خلال الشكل أن نصف الأمهات في تونس تلقين رعاية بعد الولادة تليها الجزائر ثم سوريا والمغرب واليمن، كما يتضمن وجود علاقة ايجابية بين المستوى الاقتصادي مقاسا بملكية السلع المعمرة وخاصة المسكن ونسبة تلقي الرعاية الصحية ما بعد الولادة. بحيث تنخفض نسبة النساء اللاتي استفدن من استشارات بعد الولادة كلما ارتفع عدد ولادات الأطفال، بالنسبة للجزائر تخص المتابعة ما بعد الولادة نسبة 30% من النساء المعنيات (34% في المناطق الحضرية و 26% في الأرياف). وعلى الرغم من إنخفاض نسبة النتائج المحققة إلا أنها تظل معتبرة مقارنة ببعض الدول المجاورة كالمغرب التي لم تتجاوز 8% من الخدمات الصحية لفترة ما بعد

الولادة. لكن ومن وجهة أخرى فهناك تفاوت في مستوى الخدمات الصحية بين الحضر والريف مما يستدعي ضرورة الاهتمام بعناصر جودة الرعاية الصحية في المناطق الريفية"¹.

ثالثا. الهدف السادس: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، الايدز، الملاريا وغيرها من الأمراض

ترتيب عن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في العقدين الماضيين بالعديد من دول العالم الدعوة إلى ضرورة إدراج وقف ومحاربة هذا المرض المعدي والمدمر ضمن أولويات الأمم والمجموعة الدولية، بحيث جاء ذلك بعدما تعددت طرق انتشاره عبر العالم ليتزايد عدد المصابين بهذا الفيروس مما تطلب إدراج مكافحته وتعميم فرص العلاج للمصابين ضمن أولويات المؤسسات الدولية وجعله هدفا من الأهداف الإنمائية للألفية بالإضافة إلى ذلك فقد أكدت الأمم المتحدة ضرورة انتشار أمراض معدية أخرى تضر بالصحة العامة للشعوب والمجتمعات كالمالاريا وغيرها من الأمراض الفتاكة والمضرة بحياة البشر وجعلتها كذلك ضمن أولوياتها.

أ. المؤشر الأول: انتشار فيروس نقص المناعة لدى الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهم ما بين 15-24 سنة: تدعو منظمة الصحة العالمية وشركائها إلى الاعتقاد بأن الاستجابة العالمية والشاملة لحالة الطوارئ من الأمور الضرورية، إذ يجب أن تشمل على الوقاية من أجل حماية الملايين من البالغين الشباب والأطفال الذين يواجهون أكبر الخطر ولكنهم لم يصابوا بعد بالمرض، أما العلاج فهو الخيط الذي يفصل بين الحياة والموت، بالنسبة إلى ملايين البشر الذين يحملون فيروس الايدز ولكنهم محرمون حاليا من الحصول على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. فهناك 06 ملايين إنسان تقريبا يحتاجون الآن إلى العلاج² إذ لم يتلقى العلاج في عام 2003 إلى 400000 شخص فقط² وهو ما يدل على وجود فجوة في العلاج⁶ وبالتالي ردم هذه الفجوة ضروري من ضروريات الصحة العمومية.

بالنسبة للدول العربية فقد أشارت التقديرات الحديثة الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية أنه منذ عام 2001 قد ازداد عدد المصابين بهذا الفيروس بنسبة تجاوزت 35% فارتفع المجموع من 27000 إلى 37000 مصاب. ويبين عام 2005 و 2011 ارتفع عدد الوفيات بسبب الايدز بنسبة 27% من 14000 إلى 17000 حالة وفاة⁷ ولا تزال التغطية بالعلاج من الفيروس غير كافية لكنها في ازدياد، كما لا يزال التمييز والوهم النمطي للمصابين من العوائق الرئيسية أمام الحصول على الخدمات والوقاية من العلاج"³.

¹ - التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية حول: الصحة عامة عن الإنجازات والتحديات في مجال المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة، مرجع سابق، ص 09.

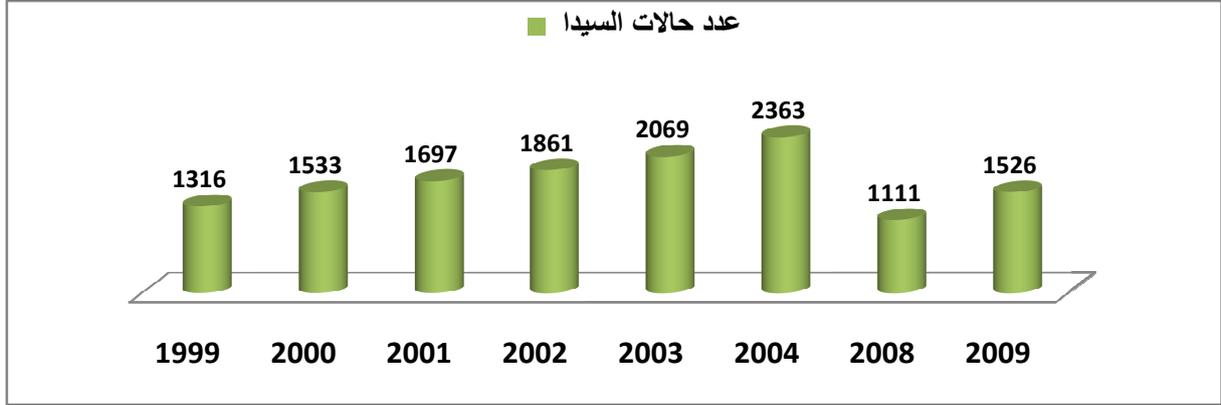
² - التقرير الخاص بالصحة في العالم، الصادر عن منظمة الصحة العالمية، جنيف، ماي 2004، ص 11.

³ - التقرير العربي الرابع للأهداف الإنمائية للألفية، مرجع سابق، ص 33.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

بالنسبة للجزائر فقد قدر عدد الإصابات بفيروس السيدا 1526 حالة إصابة سنة 2009 وهي نسبة مرتفعة جدا، وذلك باعتبار أن حالات الإصابة بهذا الداء قد ارتفعت بـ 210 حالة مقارنة بسنة 101999 بمعدل زيادة يقارب 16%.

الشكل (4-12): تطور معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ، الايدز في الجزائر



objectifs millénaire pour le développement Algérie ;Source: Rapport national sur les rapport établi par le gouvernement algérien, Juillet 2005, Algérie, P 60

قد أظهرت تحقيقات مختلفة أن الجزائر هي ذات انتشار محدود للسيدا بحيث أنه من أصل 70468 مانحي الدم (سنة 2000) هنالك سبعة (07) أفراد حاملين للفيروس وبالتالي تبلغ نسبة انتشار حاملي الفيروس 0.009% 7% ويبلغ انتشار فيروس المناعة المكتسبة لدى مانحي الدم 0.014%.

قد أظهر التحقيق الذي تم إنجازه خلال الفترة الممتدة 2009-2005 أنه من أصل 1526 حالة إصابة هنالك نسبة 48.42% من حالات النساء، وتتراوح فئة السن الأكثر تعرضا ما بين 20-49 سنة بنسبة 42% من الحالات لتجد الانتشار الأوسع بين فئات السن الذين تتراوح أعمارهم بين 20-49 سنة بنسبة 80% من حالات كما تم تسجيل 6.35% من حالات الإصابة لدى الأطفال (فئة السن من 0 إلى 15 سنة)¹. في حين كانت العدوى عبر الدم المهيمنة أصبحت العدوى من خلال الجنس الأكثر انتشارا اليوم بنسبة 54.03% مقابل 23.5% عن طريق الدم وفي نسبة 1.56% من الحالات يتم انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. حسب المناطق تم تسجيل نسبة 29% من الحالات بمنطقة الوسط لا سيما الجزائر العاصمة تيزي وزو وبجاية 12% في منطقة الغرب سيما وهران تلمسان وسعيدة 13% بمنطقة قسنطينة عنابة وسطيف 3% 16% بمنطقة ورقلة وتمنراست .

¹ -rapport national sur les objectifs du milliaire pour le développement, op cit , P 90

ومع ذلك فإن المعطيات لا تعكس الواقع فعلا بحيث لا يتم انتساب حالات السيدا التي يتم تحويلها نحو المستشفى وحالات حاملي الفيروس الذين يتم كشفهم انطلاقا من التبرع بالدم وعدد من الدراسات الظرفية⁶ وهو ما يستوجب حذرا مستمرا ومتزايدا إذ لا يمكن استبعاد خطر انتشار سريع للعدوى. وعلى هذا الأساس فقد تم مباشرة أعمال هامة تتعلق بهذا الجانب بحيث خصصت الجزائر 19.9 مليار دج لاتخاذ كل الإجراءات الكفيلة لمواجهة هذا الداء⁸ كإنشاء 61 مركز وطني لإجراء التحاليل والفحوصات، إنشاء لجنة وطنية قطاعية مكلفة بمتابعة الأمراض المنتقلة جنسيا ومرض نقص المناعة 1 إضافة إلى تشكيل فوج عمل مكلف بتنفيذ برنامج متوسط المدى بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، بحيث تم اعتماد خطط عمل قطاعية لفترة 2007-2011¹ تهدف إلى:

- حماية السكان خاصة الفئات الهشة.
 - التكفل بالأشخاص حاملي فيروس السيدا.
 - تجنيد الحركة الجمعوية والاجتماعية.
 - دعم المعارف حول الأمراض الجرثومية من خلال التحقيقات حول حمل فيروس السيدا.
- كما شهدت السنوات الأخيرة إرادة سياسية على أعلى المستويات برزت من خلال الانضمام الواضح للوائح التي تم اعتمادها على المستوى الجهوي والإقليمي والدولي بغرض كبح توسع العدوى وحماية السكان المعرضين وترشيد الموارد الوطنية بالشراكة مع المجتمع الدولي لتشجيع مكافحة هذه العدوى.
- ب. المؤشر الثاني: معدل انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر:** يستخدم حوالي نصف النساء المتزوجات وسائل منع الحمل غير أن الفوارق كبيرة بين البلدان، إذ يزداد استخدام الوسائل بسرعة كبيرة في بعض منها ويتراجع في أخرى، ومن الممكن أن يساهم على الحصول وسائل منع الحمل الآمنة والمتيسرة الكلفة والفعالة في تخفيض وفيات الأمهات والرضع لأنها تساعد في تجنب حالات الحمل الغير المقصود وفي المبالغة بين الولادات. ولقد أثبتت التقارير أن أغلب الدول العربية قد حققت تقدما في هذا المؤشر وذلك من خلال رفع معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة منها: مصر، الأردن، الجمهورية العربية السورية، العراق، لبنان، الكويت واليمن في حين حافظت بعض الدول الأخرى مثل: تونس والجزائر² على معدلاتها المرتفعة أصلا. وعلى جانب آخر يظل المستوى العام لهذا المعدل في دول عديدة مثل: اليمن، الإمارات العربية المتحدة، المملكة العربية السعودية، جزر القمر، جيبوتي، عمان وموريتانيا منخفضا نسبيا. وبشكل عام لا تزال معدلات الإنجاب في غالبية الدول العربية

¹ -التقرير الوطني للجمهورية لديمقراطية الشعبية: لمحة عامة عن الإنجازات والتحديات في مجال تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة مرجع سابق، ص 11.

² - فاطمة بوسالم، زينة بوسالم: الأهداف التنموية للألفية في أفق 2015، مداخلة للمشاركة في إطار فعاليات ملتقى الوطني الأول، جامعة طارف، 21-22 أفريل 2014، ص 10.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

مرتفعة نسبيا مقارنة بالدول الأكثر تقدما الأمر الذي يؤدي إلى الاستنتاج بأن غالبية النساء في هذه الدول لا تزال أكثر عرضة للمخاطر الصحية المتعلقة بالحمل والإنجاب بسبب تكرار الحمل .

يهدف قياس انتشار وسائل منع الحمل في إطار هدف الألفية خصوصا إلى قياس نسبة استخدام الواقي الذكري مقارنة بالوسائل الأخرى لارتباطه بالوقاية من الايدز، ولكن في الواقع أن الواقي الذكري غير مستخدم كثيرا في مجتمعاتنا العربية في العلاقات الجنسية الشرعية حيث يقع عبئ الحمل في الغالب على المرأة¹.

الجدول (4-16): معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر

السنوات	1992	1995	2000	2002	2006
المعدل	51	57	64	57	61

المصدر: بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الإلكتروني:

<http://www.worldbank.or>

تمشيا مع الأهداف التي حددت في استعراض نتائج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية(1996) وجهت الإستراتيجية العالمية لصندوق الأمم المتحدة نحو مساعدة الحكومات في تعزيز قدراتها على كفالة أن تكون جميع مرافق الرعاية الصحية الأساسية وتنظيم الأسرة قادرة بحلول عام 2015 على أن توفر بصورة مباشرة، أوسع طائفة ممكنة من الوسائل الفعالة لتنظيم الأسرة ومنع الحمل والوقاية من المرض.

وعلى هذا الأساس نجد أن التخطيط العائلي (تنظيم النسل) في المجتمع الجزائري قد تحسن خلال السنوات العشر الأخيرة) إذ بلغت نسبة استعمال حبوب منع الحمل 61% سنة 2006 بالنسبة للنساء المتزوجات وتبقى نسبة استعمال الكندم ضعيفة بنسبة 6.8%. ويبلغ معدل انتشار الوسائل الرحمية حاليا 3.6% وكان من المتوقع أن يصل إلى 15%² وهو ما أكدته بعض الإحصائيات من خلال مؤشر الخصوبة الذي حققت فيه الجزائر نسبة 3.2% سنة 2000 مقابل 4.6% سنة 1990 (أي بنسبة انخفاض تقدر بـ 1.4%) بل وقد وصلت النسبة إلى أقل من ذلك سنة 2009 بمعدل خصوبة قدر بـ 2.3%³.

وعلى هذا الأساس بؤادر نقص التقدم في هذا المؤشر تبدو واضحة خاصة على مستوى بعض المناطق الجغرافية (الحضر والريف) (إذ أصبح مسلما حاليا بأنها تعاني من نقص فادح في هذه الخدمات)

يتبين من خلال استشراف غايات وأهداف الألفية الإنمائية أن الجزائر قد خطت خطوة كبيرة في تحقيق أهداف الألفية لفترة 1990-2015. خاصة فيما يتعلق بجانب الأهداف الصحية. مما يدل على فعالية

¹ فاطمة بوسالم ، زينب بوسالم ، الأهداف التنموية للألفية في أفق 2015، مرجع سابق، ص 17.

² تقرير المجلس التنفيذي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي صندوق الأمم المتحدة للسكان حول: سلع الصحة الإنجابية وتنفيذ البرامج القطرية، نيويورك، جوان 2001، ص 07.

³ - التقرير العربي الموحد، إحصائيات خاصة بالدول العربية، لسنة 2009، ص 293.

السياسة المنتهجة 0 كون أنها تركز جهودها بصفة خاصة على المجالات القطاعية. لكن هذا لا يعني أن كل الغايات تم تحقيقها ويتعلق الأمر:

- تخفيض معدل وفيات الأطفال الرضع.

- تحسين صحة الأمر من خلل الرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الولادة.

- مكافحة فيروس السيدا والملاريا وغيرها من الأمراض.

لكن السؤال المطروح هل: أن الجزائر قادرة على تحقيق الأهداف المعلن عنها في آجالها المحددة؟ أم أنها تستلزم مدة أطول من ذلك في الوقت الذي تكون بلدان أخرى قد وجهت أنظارها لتحقيق الأهداف التي تم تحديدها خلال فترة 2016-2020¹.

الفرع الثاني: مؤشرات صحية أخرى

من بين المؤشرات الصحية التي تعبر عن مدى إنتاجية الإنفاق الصحي والتي لم يتم تحديدها كهدف في ميثاق الألفية وهو مؤشر أمل الحياة عند الولادة ومؤشر نسبة الأطفال الذين يعانون نقص في الوزن.

أولا. أمل الحياة عند الولادة: المؤشرات الصحية في الجزائر يبرزه أيضا مؤشر أمل الحياة عند الولادة حيث أن هذا المؤشر فاق 68 سنة في سنة 2002 و بهذا نكون قد حصلنا على ربح في العمر البشري بزيادة أكثر من 20 سنة بالنسبة لسنة 1970 حيث انتقل معدل أمل الحياة خلال 10 سنوات من 0.778 لسنة 1998 إلى 0.847 سنة 2008 بنسبة ارتفاع قدرها 9% أي بمعدل سنوي يقارب 1% لكل سنة. كما سجل أمل الحياة عند الولادة زيادات معتبرة حيث بلغ قيمة من بين القيم المعتمدة التي سجلتها بلدان منطقة الشرق الأوسط و بلدان شمال إفريقيا (E A) وأدى ذلك الارتفاع في امتداد العمر بما يفوق 04 سنوات بالنسبة للجنسين أي 4 سنوات و نصف بالنسبة للرجال و 3 سنوات بالنسبة للنساء و عليه تصنف الجزائر التي بلغ أمل الحياة لديها 76 سنة عام 2008 في عداد البلدان التي تعرف مستوى تنمية بشرية مرتفع².

يبرز التطور الإيجابي المسجل من خلال هذا المؤشر النقاط التالية:

✓ الاتجاه نحو تغيير التركيبة العمرية والهرم السكاني .

✓ التراجع النسبي في معدل الإصابات بالأمراض المعدية مقابل ارتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة (ضغط الدم

داء السرطان داء السكري.... إلخ).

¹ ناتالي راميريز: **أهداف التنمية المستدامة لفترة من 2016-2020**، مجلة التمويل والتنمية، العدد 52، يونيو 2010، ص 25.
² التقرير الصادر عن المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي حول النتائج العامة للتنمية البشرية، الجزائر، لسنة 2008، ص 7.

✓ ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة يقابله انخفاض في مؤشر الخصوبة حيث انخفض مؤشر الخصوبة في الجزائر من 49.2 سنة 2000 إلى 34.2 سنة 2003 أي بفارق يقدر بـ 0.14 ليصل في سنة 2006 إلى 27.2¹.

ثانيا. نسبة الأطفال الذين يعانون نقص في الوزن: تراجعت نسبة الأطفال الذين يعانون نقص في الوزن بنسبة 09% حيث انتقلت النسبة من 13% لسنة 1998 إلى 4% لسنة 2008 و في الوقت نفسه بلغت نسبة الأطفال المصابين بزيادة في الوزن حوالي 10% سنة 2008 مما يعكس التغير الملحوظ في نظام التغذية والذي من شأنه أن يجعل الجزائر تضاهي البلدان الأكثر تقدما في هذا المجال .

لقد أوضحت النتائج المسجلة من خلال المؤشرات المدروسة التحسن الملحوظ في مجال الصحة بالجزائر، لكن هذه النتائج تخفي الفوارق الجهوية المسجلة بين مختلف المناطق حيث وصل إلى مستويات حرجة في بعض ولايات الجنوب و كذا الهضاب العليا².

المطلب الثاني: تقييم الإنفاق الصحي من خلال تحليل حجم الإمكانيات المادية والبشرية

الفرع الأول: تحليل الإمكانيات المادية

إن النظام الصحي الجزائري مشكل من القطاع العمومي والقطاع الخاص حيث تتدخل الوصايا بتسيير وتحسين العلاج في القطاع العمومي تعمل على مراقبة شروط الممارسة الطبية في القطاع الخاص.

➤ **أولا. القطاع العام:** يعتبر عرض العلاج في الجزائر مضمونا أساسا من طرف القطاع العام عن طريق توزيع العلاج إلى أربع مستويات:

✓ **المستوى الأول:** يوفر فحوصا جد متخصصة.

✓ **المستوى الثاني:** يوفر فحوصا متخصصة (الولايات).

✓ **المستوى الثالث:** يوفر فحوصا عامة (الدائرة).

✓ **المستوى الرابع:** يوفر فحوصا أولية أو قاعدية.

ولقد تم اعتماد تنظيم صحي جديد في شهر ماي من سنة 2007 يقوم على أساس فصل مؤسسات الصحة عن المؤسسات التي تضمن العلاج القاعدي، وقد مكن هذا التنظيم الجديد المستشفى من التركيز على مهامها الاستشفائية دون إغفال نشاطات الوقاية التي يوفر لها فضاءا متميزا يخص العلاج القاعدي وتحسين

¹ - عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مرجع سابق، ص 298.

² - UNICEF La Situation des enfants dans le monde, la Sante maternelle et néonatale 2009 , p 299.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

العلاقة الجوارية مع المواطن. ومنذ الفاتح من جانفي سنة 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي وبتميزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى. لقد أسفرت هذه التعديلات التنظيمية والقانونية عن إعداد مدونة جديدة تخص هياكل الصحة، وبهذا تم استبدال قطاع الصحة بمؤسستين اثنتين هما :

- المؤسسة العمومية الاستشفائية.
- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية. وتشمل هذه الأخيرة على هياكل الصحة الخارجية المتمثلة في العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج.

وعلى هذا الأساس ابتداء من سنة 2008 أصبح العلاج في الجزائر يتم عن طريق المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية من خلال المراكز الصحية والعيادات المتعددة الخدمات والمستوصفات وقاعات العلاج، بالإضافة إلى القطاع الخاص من خلال العيادات الخاصة والمستشفيات مختلفة التخصصات ومخابر التحليل الطبية، وللتعرف أكثر على التطورات الحاصلة في أعداد هذه المؤسسات نعرض فيما يلي الجدولين الآتيين:

الجدول (4-17): تطور عدد المنشآت القاعدية للصحة

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000		
271	271	271	251	231	231	231	230	227	230	224	العدد	الهياكل
33608	3372	3383	3485	3586	3759	3932	37575	3603	3514	3477	الأسر التقنية	الاستشفائية
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	العدد	م أ ج *
11889	1234	1211	1313	1415	1375	13362	13465	1326	1345	1304	الأسر التقنية	
64	61	57	44	32	32	32	32	32	32	31	العدد	م إ م **
10824	1047	9932	8755	7578	6900	6222	6046	5960	6261	6416	الأسر التقنية	
431	427	410	409	399	386	374	396	372	395	194	العدد	دور الولادة
3200	2914	2812	3173	3534	3406	3279	3205	3316	3180	2837	الأسر التقنية	لعمومية***

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

- Ministère de la Santé : de la population et de la reforme Hospitalière; Direction de la planification et de la normalisation; **Statistiques Sanitaires Année 2006**; Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique, Février 2008, p99-170-204-206, (Données 2006).
- Ministère de la Santé : de la population et de la reforme Hospitalière : **politique national de santé**: Évaluation et perspectives version actualisée Alger 02oct 2007p68
- Office National des statistiques N32 ;Edition 2003 ,P16
- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P17 .
- Office National des statistiques N40 ;Edition 2010 ,P19.
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22 .

(*) مراكز استشفائية جامعية .

(**) مؤسسات استشفائية متخصصة.

(***) دور الولادة العمومية : دور الولادة المستقلة (الريفية) ودور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية.

الجدول (4-18): تطور نسبة التغطية الصحية بوحدة العلاج القاعدية خارج المستشفيات

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
1500	-	-	1575	520	516	512	516	513	504	497	عيادات متعددة الخدمات
1491	14.36	1419	1333	1248	1392	1275	1285	1281	1268	1210	مراكز صحية
53.50	52.58	5077	4880	4684	4628	4545	4545	4228	4100	3975	قاعات العلاج
616	614	611	601	592	596	599	603	563	564	515	مراكز طبية اجتماعية
9264	88.37	8477	8092	7708	7311	6914	6514	6046	5800	5576	الصيدليات
8322	78.76	7509	7095	6682	6271	5860	5502	4995	4778	4587	منها الخاصة
89.83	89.13	88.5	87.67	86.78	85.77	84.76	84.46	82.61	82.37	82.26	النسبة %

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

- Office National des statistiques N32 ;Edition 2003 ,P16
- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P17 .
- Office National des statistiques N40 ;Edition 2010 ,P19.
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22 .

توضح البيانات الواردة في الجدولين على أن قطاع الصحة في الجزائر عرف قفزة نوعية من حيث الوسائل المادية(الهياكل القاعدية للصحة) خاصة خلال العشر سنوات المنصرمة حيث خصصت الجزائر نسبة 08 % من الناتج المحلي إلى قطاع الصحة سنة 2010 عوض 3.95 % من الناتج المحلي لسنة 1999 وهذا من أجل تقليص من نسبة العجز الذي يعاني منه القطاع.

فسعي الجزائر نحو تحقيق إستراتيجية تعميم الخدمات الصحية لكافة الأفراد تجسد من خلال السياسة الوطنية للصحة عبر تركيز الجهود على المنشآت الصحية القاعدية حيث:

- سجلت الهياكل الاستشفائية زيادة بمعدل: 21%.

- قاعات العلاج بمعدل: 12%.

- عيادات متعددة الخدمات بمعدل: 11%.

ولقد تميزت هذه السياسة بما يلي:

✚ إن الجهود الحكومية بالقطاع الصحي كانت تركز بصفة كبيرة على الهياكل الصحية الأقل تكلفة والأكثر مردودية وعلى هذا الأساس فقد تم رصد هذا التوجه الحكومي نحو الاستثمار بالهياكل الصحية القاعدية خارج المستشفيات من عيادات، مراكز صحية وقاعات العلاج ولهذا نجد أن عددها قد تضاعف بأكثر من 100 % خلال الفترة الممتدة 2000-2010 بحيث انتقل عدد هذه الهياكل الصحية من 11773 سنة 2000 إلى 24155 سنة 2010 .

من جهة أخرى نلاحظ أن قاعات الفحص تمثل تشمل أكبر حصة لعدد المؤسسات القاعدية خارج المستشفيات بنسبة 54% (سنة 2010) فهي تقدم خدمات أولية بسيطة⁴ وتمثل أقرب وحدة للفرد أو الأسرة لتلقي العلاج والإسعاف، يليها فيما بعد عيادات متعددة الخدمات ومراكز الصحية التي تقدم خدمات أكبر من سابقاتها، حيث يتلقى المريض علاجاً أكثر تنوعاً كما يستفيد من علاج متخصص يشرف عليه أطباء متخصصون وطبعا كل هذا يدخل ضمن خدمات الفحص فقط.

أما بالنسبة للمنشآت الصحية القاعدية (مؤسسات استشفائية جامعية، مؤسسات استشفائية متخصصة ودور الولادة) فقد سجلت زيادة قدرت بـ 17.67% فقط، وقد مست هذه الزيادة كل من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (إنجاز 33 مؤسسة استشفائية متخصصة) وكذلك دور الولادة بحيث تعزز القطاع بـ 37 مؤسسة صحية خاصة بالولادة.

إن هذه الأرقام المسجلة تفسر ضعف وتيرة الاستثمار على مستوى هذه الهياكل وسبب ذلك يرجع بالأساس إلى ارتفاع تكلفة إنشائها وتسييرها خاصة وأنها تستقطب عدد كبير من الأسر التقنية والتي يتعدى عددها 25000 أسرة.

وبهدف تلبية طلبات المواطنين تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود استثمارية هامة من طرف الدولة لتوسيع شبكة هياكل الصحة وتكثيفها قصد التكفل بشكل أفضل بالمريض وتغطية طبية أوسع، وعليه فلقد استفاد قطاع الصحة بين سنتي 2005-2009 من 244 مليار دج كقيمة للاستثمارات العمومية لإنجاز مجموع ما يقارب 800 هيكل صحي جوي.

ثانياً. الهياكل الصحية للقطاع الخاص

إن فتح المجال للقطاع الخاص للاستثمار في قطاع الصحة كان له أثر إيجابي وذلك باعتباره مكمل للقطاع العمومي، حيث يساهم ولو بنسبة قليلة في توفير الخدمات الصحية. فالقطاع الخاص ومنذ إقراره في القانون 88-15 المعدل والمتمم للقانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها سمح للأفراد بفتح عيادات خاصة وفق شروط معينة في المرسوم 88-204¹ حيث بدأ هذا الاستثمار في الوهلة الأولى بوجه شاحب فلقد كان هذا القسم مهمشاً ومعطلاً لفترة طويلة من الزمن فلم تظهر أهميته إلا بعد أن عرف القطاع العام مشاكل عديدة، وهذا راجع إلى عجز الدولة عن تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية من قبل الأفراد. فضعف مردودية القطاع العام هو من أكثر العوامل التي ساهمت في تطور القطاع الخاص، إذ خرج من قوقعته عن طريق إصلاحات

¹ تاتي نافع: تجربة العيادات الخاصة بالجزائر، مذكرة نهاية تربية، المدرسة الوطنية للإدارة، تخصص إدارة صحة، دفعة 37، الجزائر، 2003-2004، ص 33.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

1990 أين أصبح مكملا للقطاع العمومي حيث يعملان من أجل أهداف موحدة. خاصة وأن هذا القطاع قد شهد تطورا هاما خلال العشرية الماضية والذي تجسد من خلال الزيادة الحاصلة في عدد الهياكل الصحية التابعة للقطاع الخاص، والتي توضحها من خلال الجدول التالي :

الجدول (4-19): البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص في الجزائر خلال الفترة (2010-2000)

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
97	94	85	65	65	26	47	49	31	47	38	عيادات توليد خاصة
(*)	(*)	(*)	165	161	151	109	103	98	69	75	عيادات استشفاء
8322	7876	7509	7459	6285	5849	5860	5502	5001	4778	4587	صيدليات
376	335	301	(*)	(*)	158	148	106	100	118	115	عيادات فحص الدم

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

- Ministère de la Santé; de la population et de la reforme Hospitalière; Direction de la planification et de la normalisation; **Statistiques Sanitaires; Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique.**
- Ministère de la Santé; de la population et de la reforme Hospitalière; Direction de la planification et de la normalisation; **Statistiques Sanitaires Année 2006;** Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique; Février 2008; ; p99-170-204-206. (données 2006).
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22

ملاحظة (*): تعني عدم توفر البيانات

يعتبر الاستثمار في القطاع الصحي الخاص من أهم القطاعات التي حظيت بدعم واهتمام الحكومة إدراكا منها بالدور الذي يمكن أن يلعبه هذا القطاع من جهة و ليكون رديفا مساندا للمستشفيات والمراكز الحكومية المنتشرة في كافة مناطق القطر في تقديم الخدمات الصحية ولتقليل نسبة الازدحام التي تشهدها المستشفيات العمومية وتلبية لاحتياجات المواطن من هذه الخدمة وهو ما بينته الأرقام الواردة في الجدول السابق من خلال التطور المعتبر الحاصل في عدد الهياكل الصحية التابعة لهذا القطاع ويتعلق الأمر بالعيادات الصحية حيث تدعم القطاع الصحي بأكثر من 400 عيادة منها: 59 عيادة خاصة بالتوليد 90 عيادة استشفائية 261 عيادة خاصة بفحص الدم.

إن إصلاح المنظومة القانونية للقطاع الصحي سنة 2008 من خلال رفع كل الحواجز أمام القطاع الخاص قد ساهم في إعطاء دفع قوي لهذا القطاع والذي تجسد من خلال زيادة عدد عيادات خلال

فترة (2008-2010) بأكثر من 1080 عيادة منها: 587 عيادة متخصصة و 388 عيادة أسنان أما فيما يخص الصيدليات هي الأخرى عرفت تزايد كبير مقارنة بسنوات التسعينات بنسبة 80%.

ثالثا. الهياكل الصحية الشبه عمومية

تمثل هذه الهياكل بالخصوص في المراكز الطبية التابعة للضمان الاجتماعي وقد ألحقت هذه الهياكل (عيادات مراكز صحية) بالقطاع الصحي) حيث تم ذلك نهائيا عام 1984.

تغطي الهياكل الشبه عمومية التابعة للضمان الاجتماعي شريحة كبيرة من المجتمع بحيث لها دور كبير في التقليل من الأمراض كما أن لها مساهمات واسعة في الصحة والوقاية من الأمراض المهنية. إن الهدف من اللجوء إلى هذا القطاع هو نجدة القطاع العمومي حيث جاء ليخفف من حدة العبء الذي يتحمله فكان بمثابة مسكنا وقتيا لتدهور القطاع العمومي.

لقد كان الضمان الاجتماعي يدير أكثر من 145 وحدة سنة 1979 هذه الوحدات مكونة من مراكز طبية اجتماعية عيادات متخصصة مخابر للتحاليل 9 منذ 1980 تم وضع برنامج استثماري هام جدا يتضمن إنشاء 12 مركز طبي اجتماعي 06 عيادات متخصصة 09 مراكز للمعوقين 08 مراكز خاصة بصعوبة التنفس. لكن ومع إصلاحات 2007 فقد تم إلغاء هذا النوع من الهياكل الصحية. على الرغم من هذا التطور في حجم الهياكل الصحية بالجزائر إلا أن الطلب يتزايد على العلاج مما يفسر سوء استخدام هذه الإمكانيات المتوفرة لدى القطاع العمومي، وهذا ما يستدعي البحث عن الخلل الموجود في التخطيط لهذه الموارد (الهياكل المجسدة على أرض الواقع تبقى بعيدة عما كان مخطط له) وكيفية استخدامها، وبالتالي هذا الطرح يتماشى مع الفرضية المطروحة في البحث .

إن الحديث حول فعالية النظام الصحي يستدعي التعاون بين القطاع العمومي والخاص بهذه الصفة يعتبر مثاليا نوعا ما ذلك لأن هذا التعاون لا يعرف إطارا واسعا للتطبيق على أرض الواقع سوى وجود بعض الاتفاقيات المبرمة بين الأطباء الخواص والعموميين في حالة مثلا ما إذا كان نقص في الاختصاصيين في هذه الحالة يتم التعاون فيما بين القطاعين كذا توجيه المرضى من القطاع العام إلى الخاص في حالة نقص الوسائل والإمكانيات والعكس كذلك لذلك يجب خلق إطار للتعاون بين القطاعين وتعزيز دور الوصاية في ذلك من أجل النهوض بالمنظومة الصحية والقضاء على جميع المشاكل التي تتعقب سير تطور النظام الصحي الجزائري.

الفرع الثاني: تحليل الإمكانيات البشرية

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

إن تحليل الإمكانيات البشرية الخاصة بالقطاع الصحي ولا سيما بالنسبة للقطاع العام تتم وفقا لثلاثة أقسام

أساسية:

- عمال السلك الطبي.
- عمال السلك الشبه الطبي.
- الإداريين وعمال الخدمات المختلفة التابعة للقطاع الصحي.

أولا. الممارسين الطبيين أو الطاقم الطبي(السلك الطبي)

لقد سجل عمال السلك الطبي نموا بنسبة 70% خلال العشرية الماضية، بحيث ارتفع عدد عمال القطاع من 45348 سنة 2000 إلى 76923 ممارس طبي سنة 2010. وقد مست هذه الزيادة الهياكل العمومية بحيث ارتفع عدد الممارسين بأكثر من 44000 (من بينهم 4000 متخصص)، كما مست هذه الزيادة القطاع الخاص الذي تدعم بأكثر 9500 طبيب وصيدلي خلال هذه الفترة. وللتوضيح أكثر يمكن عرض تطور عدد الممارسين بالسلك الطبي حسب الفئات التالية:

الجدول(4-20): تطور عدد الممارسين بالسلك الطبي خلال الفترة الممتدة

(2010-2000)

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
6209	52071	47995	43717	39439	38.579	37720	36347	35361	33654	32337	طبيب عام
17832	17254	16768	162.85	14970	11370	10127	9341	9714	9152	8677	طبيب أخصائي
11632	11135	10649	10166	9684	9263	8842	8651	8618	8408	8197	طبيب أسنان
9081	8503	8019	7643	7267	6675	6082	5705	5178	4976	4814	صيدلي
94755	88963	83439	68042	51822	46908	44349	42610	58871	56190	54025	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

- Office National des statistiques N31 ;Edition 2001 ,P14
- Office National des statistiques N32 ;Edition 2003 ,P16.
- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P17 .
- Office National des statistiques N40 ;Edition 2010 ,P19.
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22 .

يوضح الجدول أعلاه بعض النقاط نعرضها فيما يلي:

بالنسبة للأطباء العامون: شهدت نسبة الأطباء العامون ارتفاعا بنسبة 76.91% خلال الفترة الممتدة

2000-2010 بحيث مست هذه الزيادة كل من القطاع العام إذ ارتفع عدد الأطباء العامون من 22012

سنة 2000 إلى 41954 سنة 2010 كما مست هذه الزيادة القطاع الخاص بحيث ارتفع عدد الأطباء

العامون بالقطاع الخاص من 10325 طبيب عام سنة 2000 إلى 14255 سنة 2010. وعلى هذا الأساس

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

فقد مكنت هذه الزيادة المعتبرة في هذا الصنف من الأطباء عدد كبير من المواطنين من الاستفادة من الخدمات المعروضة بحيث انتقلت نسبة التغطية الصحية من طبيب واحد/32337 مواطن سنة 2000 إلى طبيب لكل 56209 مواطن. ونسجل في هذا الصدد أن التغطية الصحية للسكان مازالت بعيدة مقارنة بعدد الهياكل التي يتمتع بها القطاع الصحي في بلادنا وهذا ما يتطلب تكثيف الجهود للوصول إلى تغطية أفضل.

الجدول (4-21): تطور نسبة التغطية الصحية، بالأطباء العموميون خلال الفترة الممتدة (2010-2000)

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
41954	38441	34802	30886	26970	26354	25738	24883	23967	22878	22011	القطاع العام
14255	13630	13193	12831	12469	12225	11982	11464	11401	10776	10321	القطاع الخاص
640	677	721	843	849	854	858	876	887	918	940	نسبة التغطية

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

-Ministère de la Santé ; de la population et de la reforme Hospitalière ; Direction de la planification et de la normalisation; Statistiques Sanitaires Année 2003 ; année 2004; Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique; Avril 2005 ; avril 2006 ; p36-37-168-202. (données 2003-2004)

- Office National des statistiques N31 ;Edition 2001 ,P1
- Office National des statistiques N32 ;Edition 2003 ,P16.
- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P17 .
- Office National des statistiques N40 ;Edition 2010 ,P19.
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22 .

بالنسبة للأطباء الأخصائيين: فقد شهد كل من القطاع العام والخاص زيادة معتبرة من حيث عدد الأخصائيين في مختلف المجالات بما يتعدى 9150 طبيب أخصائي خلال الفترة الممتدة من (2000-2010) منها 5507 طبيب أخصائي تابع للقطاع العام و4696 طبيب أخصائي تابع للقطاع الخاص) وعلى هذا فقد أدت هذه الزيادة في عدد الأطباء من خلال تكثيف حضورهم داخل الوطن إلى ارتفاع عددهم في هياكل الصحة العمومية عبر ولايات الهضاب العليا من 307 سنة 1999 إلى 2174 سنة 2007 وبالنسبة لولايات الجنوب فإن عدد الأطباء المتخصصين ارتفع من 80 سنة 1999 إلى 1000 سنة 2007 كما هو مبين في الجدول الموالي:

الجدول (4-22): تطور نسبة التغطية الصحية بالأطباء الأخصائيين خلال الفترة الممتدة (2010-2000)

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
9760	9520	9222	9061	8830	6327	4781	4641	4498	4291	4151	القطاع العام
8072	7728	7470	7224	6640	5043	5600	4700	5216	4861	4521	القطاع الخاص
2640	2351	2218	2081	2218	2240	3473	3510	3228	3360	3491	نسبة التغطية

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- Ministère de la Santé ; de la population et de la reforme Hospitalière ; Direction de la planification et de la normalisation; **Statistiques Sanitaires Année 2003** ; année2004; Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique; Avril 2005 ;avril 2006 ; p36-37-168-202. (données 2003-2004)
- Office National des statistiques N31 ;Edition 2001 ,P14
- Office National des statistiques N32 ;Edition 2003 ,P16.
- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P17 .
- Office National des statistiques N40 ;Edition 2010 ,P19.
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22 .

بالنسبة لأطباء الأسنان: شهد عدد أطباء الأسنان هو الآخر زيادة معتبرة خلال فترة(2000-2010)، سواء تعلق الأمر بالقطاع العام أو القطاع الخاص كما هو مبين في الجدول أدناه:

الجدول (4-23): تطور نسبة التغطية الصحية بأطباء الأسنان خلال الفترة الممتدة (2000-2010)

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
6410	6118	5846	4908	4956	4908	4855	4847	4871	4828	4851	القطاع العام
5223	5017	4803	4049	4728	4048	3987	3804	3747	3580	3346	القطاع الخاص
3974	3766	3243	3192	3141	3664	3872	3912	3747	3662	3798	نسبة التغطية

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

- Ministère de la Santé ; de la population et de la reforme Hospitalière ; Direction de la planification et de la normalisation; **Statistiques Sanitaires Année 2003** ; année2004; Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique; Avril 2005 ;avril 2006 ; p36-37-168-202. (données 2003-2004)
- Office National des statistiques N31 ;Edition 2001 ,P14
- Office National des statistiques N32 ;Edition 2003 ,P16.
- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P17 .
- Office National des statistiques N40 ;Edition 2010 ,P19.
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22

من خلال الجدول السابق يتضح بأن عدد أطباء الأسنان قد شهد ارتفاعا محسوسا بعدد إجمالي يقدر بـ436 أي بنسبة ارتفاع تقارب 42% وهي موزعة بين القطاعين العام والخاص، وهو ما ساهم في ارتفاع نسبة التغطية الصحية لتصل إلى طبيب واحد/3974 و ذلك تماشيا نسبة زيادة الطلب على العلاج.

الصيدالة: كذلك الأمر بالنسبة لفرع الصيدالة فقد شهد هو الآخر زيادة معتبرة خلال الفترة محل الدراسة بما يتعدى 4260 صيدلي منها 525 صيدلي تابع للقطاع العام و3742 صيدلي تابع للقطاع الخاص، وعلى هذا الأساس يتجلى لنا الفرق الواضح بين القطاع العام والخاص من حيث التغطية بالخدمات الصحية خاصة من حيث الصيدالة كما هي موضحة من خلال الجدول الموالي:

الجدول (4-24): تطور نسبة التغطية الصحية بالصيدالة الفترة الممتدة (2000-2010)

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
752	621	506	382	258	240	222	203	203	118	227	القطاع العام
8329	7882	7513	6757	7009	6434	5860	5502	4995	4771	4587	القطاع الخاص
1746	1688	1654	1566	1479	1412	1346	1282	1218	1151	1084	نسبة التغطية

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- Ministère de la Santé ; de la population et de la reforme Hospitalière; Direction de la planification et de la normalisation; Statistiques Sanitaires Année 2003 ; année2004; Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique; Avril 2005 ;avril 2006 ; p36-37-168-202. (données 2003-2004)
- Office National des statistiques N31 ;Edition 2001 ,P15
- Office National des statistiques N32 ;Edition 2003 ,P17.
- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P18 .
- Office National des statistiques N40 ;Edition 2010 ,P20.
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22 .

ثانيا. السلك الشبه الطبي

لقد شهد القطاع الصحي بالجزائر تطورا ملحوظا من حيث عدد عمال السلك الشبه طبي بحيث تدعم القطاع بما يقارب 17290 عامل بالسلك الشبه طبي من تقنيين ومساعدين كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول(4-25): تطور تشكيلة الشبه طبيين حسب التأهيل خلال الفترة الممتدة (2010-2000)

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
70519	67229	64240	60875	57510	56318	55127	53348	51768	48755	47741	TSS سامي في الصحة
510	525	538	560	582	584	587	597	606	633	636	نسبة التغطية
20610	20827	20956	21778	22640	23345	24050	24836	25752	26655	28021	تقني في الصحة TS
1746	1688	1654	1586	1479	1412	1346	1282	1218	1158	1084	نسبة التغطية
13172	11312	10290	10034	9818	9570	9322	9607	10051	10443	11241	مساعد في السلك الشبه طبي
10301	99438	95446	92707	89968	89233	88499	87791	87571	85853	87011	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

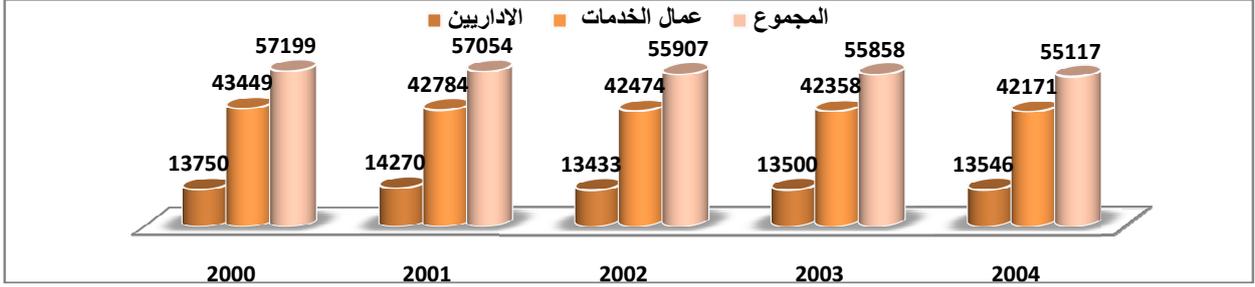
- Office National des statistiques N31 ;Edition 2001 ,P14
- Office National des statistiques N32 ;Edition 2003 ,P16.
- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P17 .
- Office National des statistiques N40 ;Edition 2010 ,P19.
- Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22 .

يتضح من خلال الجدول الارتفاع المتزايد في صنف الحاصلين على شهادة الدولة بأكثر من 22000 تقني

سامي في الصحة، كما سجل عدد المساعدين الشبه الطبيين هو الآخر ارتفاعا محسوسا خلال نفس الفترة بحيث تدعم القطاع بأكثر من 1900 مساعد شبه طبي، في حين سجل عدد التقنيين في الصحة انخفاضا جد محسوس بـ7417 تقني خلال الفترة (2010-2000). بفضل الزيادة الحاصلة في عدد عمال السلك الشبه طبي، فقد انتقلت نسبة التغطية الصحية من 1720 سنة 2000 إلى 2256 سنة 2010 .

ثالثا. الإداريين وعمال الخدمات: يمكن إبراز تشكيلة الإداريين وعمال الخدمات في الجدول التالي:

الشكل(4-13): تطور تشكيلة الإداريين وعمال الخدمات الصحية بالجزائر خلال الفترة الممتدة (2010-2000)



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

- Office National des statistiques N 35 ;Edition 2005 ,P17 .

-Office National des statistiques N42 ;Edition 2012 ,P22 .

يتضح من خلال الشكل السابق أن القطاع الصحي بالجزائر قد شهد انخفاضا محسوسا من حيث عدد الإداريين وعمال الخدمات بما يقارب 1500 عامل منها 204 من الموظفين الإداريين و 1278 من عمال الخدمات أي بنسبة 2.6 % .
تعمل الدولة جاهدة على توفير الخدمات الصحية في مجالاتها المتكاملة من خلال الارتقاء من مستوى الأداء في المرافق الأساسية التي ترتبط بالصحة العامة مع تعزيزها بالعدد الكافي من الأخصائيين، لكن وعلى الرغم من أن الأرقام تظهر تحسنا معتبرا في عدد الممارسين بالقطاع الصحي الجزائري إلا أن الواقع يثبت عكس ذلك باعتبار أن نسبة التغطية الصحية من حيث عدد الأطباء لكل 1000 مواطن لم ترقى بعد إلى المستوى المطلوب الذي تم تحقيقه على المستوى العالمي فمثلا :

✓ فرنسا: قد حققت نسبة تغطية صحية من حيث الأطباء ب 3.45 لكل 1000 مواطن سنة 2010 ثم 3.5 سنة 2013.

✓ الوم أ: حققت نسبة تغطية ب 2.42 طبيب لكل 1000 نسمة سنة 2010 ثم 2.7 سنة 2013.

✓ لمانيا: حققت نسبة تغطية ب 3.6 طبيب لكل 1000 نسمة سنة 2013 مقابل 3.5 سنة 2010.

في حين أن الجزائر لا تتعدى بها نسبة التغطية الصحية من حيث عدد الأطباء 1.21 طبيب لكل 1000 مواطن سنة 2013 لكن وفي المقابل تظل هذه النسبة معتبرة مقارنة ببعض الدول المغاربية على غرار تونس التي حققت 1.22 طبيب لكل 1000 مواطن¹.

عموما يمكن القول أن هناك تقاربا نسبيا بين عدد الأطباء لكل 1000 شخص في الدول المتقدمة وفي الدول العربية² إذا ما استثنينا من ذلك المغرب. غير أن ذلك لا يعني بالضرورة أن مستوى جودة الخدمات الطبية والصحية التي يحصل عليها المواطن في الولايات المتحدة الأمريكية هي نفسها تلك التي يحصل عليها مواطن في دولة

¹فاطمة بوسالم، نطال بدروج: إنتاجية الإنفاق العام على الصحة بالجزائر، مرجع سابق، ص 17.

عربية ولتكن الجزائر مثلاً³ ذلك راجع إلى التباين في المستوى التأهيلي والتدريبي للأطباء وكذلك للفارق الكبير في التجهيزات الطبية لذلك فإن هذا المؤشر لا يمكن الاعتماد عليه منفرداً لقياس إنتاجية الإنفاق العام على قطاع الصحة⁴ كالتقييم مدى جودة البرامج والمخططات الصحية الموضوعية.

المطلب الثالث: تقييم الإنفاق الصحي من خلال سوق الموارد الصيدلانية

إن الحصول على الدواء هو من أبسط حقوق المواطن التي يتوجب توفيرها له مهما كانت الظروف، طالما أن الأمر يتعلق بصحة المريض، لاسيما المصابون بالأمراض المزمنة التي لازالت تتعدى نسبة الإصابة بها في أوساط مجتمعنا نسب مرتفعة للغاية لكن إذا علمنا بأن الصيدليات وحتى المستشفيات باتت تعاني من ندرة في عدد كبير من الأدوية الأساسية، هذا ما يشكل معاناة أخرى للمريض الذي يعتبر المتضرر الأول في ظل ما يعرفه سوق الدواء من اضطرابات في ترمين الموزعين ومن ثم الصيدليات وكل المؤسسات الصحية. وعلى هذا الأساس فالملاحظ هي وفرة نوع واحد من الدواء من مختلف المخابر الأجنبية في حين تسجل غياب بعض الأدوية الضرورية بالنسبة للمريض¹.

إن مشكلة ندرة الأدوية بالجزائر ليست وليدة عصر اليوم وإنما تعود جذورها إلى عهد الاستقلال، وذلك راجع بالأساس إلى عجز القدرات الإنتاجية المحلية عن تلبية احتياجات السوق. وعلى هذا الأساس فقد كان من الضروري تغطية هذا العجز عن طريق الاستيراد. إلا أن احتكار الحكومة لعملية استيراد الأدوية حال دون حل هذا الإشكال مما استدعى الأمر اللجوء إلى عملية تحرير سوق الأدوية، وذلك من خلال إتاحة المجال أمام القطاع الخاص. مع الحالة الدائنة الشبه آلية التي تعرفها المؤسسات العمومية للصحة يمكن أن نتساءل عن إمكانية التموين المنتظم بالمنتجات الصيدلانية بصفة عامة والأدوية بصفة خاصة؟ ومدى إمكانية القطاع الخاص والعام بالاستجابة لحجم الطلب المتزايد على الدواء؟.

إذا كان هذا التموين يتم من قبل مؤسسات عمومية فإن هذه الأخيرة لا يمكنها أن تتحمل مشاكل التأخر في تسديد الديون². وما لاحظناه علماً بوضع تسبير صارم للقروض المخصصة للمنتجات الصيدلانية بصفة عامة والأدوية بصفة خاصة وهذا الأمر يجعلنا نتساءل عن منبت المشكل³ أي أين يكمن سوء التسبير وفي أي مستوى من مستوياته، هل على مستوى تنظيم الهياكل؟ أم على مستوى التموين؟ أم على مستوى تسبير المخزون؟ أم على مستوى التوزيع؟. ثم كيف يمكننا الوصول إلى طرق تسبير علمية؟

¹ - ج بوحسون: من وراء النذرة؟، جريدة الجمهورية، العدد 4170، الصادرة بتاريخ: 25-10-2010، ص06.
² - المنشور رقم 2 المؤرخ في 19 أوت 1996 المتعلق بوضع تسبير صارم للقروض المخصصة للمنتجات الصيدلانية.
³ - المنشور رقم 6 المؤرخ في 30 سبتمبر 1992، المتضمن تذكير حول المسؤوليات في إطار تسبير المنتجات الصيدلانية في الوسط الإسنشافي.

مبدئيا يمكننا أن نقول أن التحكم في المواد يمكن أن تشكل حلا ولكن بشرط مشاركة مختلف المتدخلين في دائرة المنتجات الصيدلانية (خاصة الدواء) من واصفين وموزعين وإطارات مسيرة فكلهم لهم دور في ضمان المدخلات الصيدلانية الضرورية لإنتاج الصحة وعلى رأسها الأدوية. كما أن إدخال تقنيات حديثة في التسيير وتفعيل وسائل الرقابة كلها وسائل تمكن من عقلنة تسيير الأدوية على مستوى المؤسسات الصحية .

إن الإجابة على هذا الاستفسارات تتطلب منا التطرق إلى العناصر التالية: سوق الأدوية بالجزائر استهلاك الأدوية بالجزائر، استيراد الأدوية وأخيرا إنتاج الأدوية بالجزائر.

الفرع الأول: سوق الأدوية في الجزائر

كما هو الحال بالنسبة لبقية دول العالم يعتبر سوق الدواء كقطاع اقتصادي ذو أهمية كبيرة مهما كانت الأنظمة الصحية المتبعة، حيث تعرف هذه السوق بحساسيتها خاصة بالنسبة للسلطة العمومية بسبب ثقلها الاقتصادي والمالي وطابعها الاجتماعي المباشر. إذا كان انشغال السلطات في الدول الأكثر تطورا هو التحكم في النفقات العمومية للصحة وحماية أنظمة الضمان الاجتماعي ففي غيرها من الدول النامية لم تصل بعد إلى هذا المنطلق وذلك لكونها تسعى فقط إلى توفير المنتج الصيدلاني عبر الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وهذا حتى يتسنى للمواطنين الاستفادة من الدواء .

تمثل نفقات الأدوية نسبة ما بين 30% إلى 60% من إجمالي النفقات الصحية وعلى هذا الأساس يتبين لنا الوزن والثقل الاقتصادي لحجم هذه النفقات ضمن السياسة الصحية، ولذلك نجد أن فعالية أي نظام صحي قد أصبح اليوم مرهونا بمدى إمكانيات الدولة في التوفيق بين السياسات الدوائية وسياسة تسيير المصالح الصحية(العلاج) وهو الأمر الذي أشادت به المنظمة العالمية للصحة بحيث أنها اعتبرت أن السياسة الجيدة للأدوية ليست فقط عاملا ضروريا للتسيير الحسن للمصالح الصحية، ولكن أيضا القوة المحركة لأي عملية إصلاح صحي.

بالنسبة للجزائر حصة الأدوية من الإنفاق العام تبقى دون المستوى المطلوب وذلك لكونها لا تتعدى نسبة 22% من حجم الإنفاق الكلي على التسيير (49268 مليون دج سنة 2010) أي بنسبة 21.69% كأقصى حد) والسبب في ذلك تبني الجزائر لسياسة السوق المفتوح مع بيعها لمعظم الوكالات الصيدلانية (أكثر من 248 وكالة صيدلانية حتى سنة 2008). إن مثل هذه الإجراءات لم تأخذ بعين الاعتبار أي إجراء تحفيزي للصناعة المحلية) وعلى هذا الأساس وبالرغم من أن الجزائر تملك إمكانيات كبيرة لتغطية جزء كبير من احتياجات السوق المحلية) إلا أن هذه الإمكانيات ليس لها أمل كبير في النجاح أمام ترجيح كفة المنافسة الدولية.

الجدول(4-26):هيكل سوق المواد الصيدلانية في الجزائر خلال الفترة (2004-2010)

الوحدة: أورو

2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	
36	35.9	25.5	31.7	32.1	23.2	27.1	إرد الصيدلانية المستوردة
64	64.1	74.5	68.3	67.9	76.8	73.1	إرد الصيدلانية المحلية

المصدر:عادل مياح عبد الوهاب بن بركة الهيكل الصناعي الدوائي في الجزائر مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية عدد9 جامعة محمد خيضر بسكرة 2011 ص61.

الفرع الثاني:استهلاك الأدوية بالجزائر

لقد عرفت عملية استهلاك الأدوية بالجزائر نموا متصاعدا بسبب تسارع طلبات الاستفادة من العلاج وتغطية الضمان الاجتماعي للأفراد.وعلى هذا الأساس تعتبر الجزائر مقارنة بجارتها من دول المغرب العربي البلد الذي يوفر التغطية الاجتماعية الأكبر، وذلك نتيجة حرص السلطات العمومية على توفير المياكل والمنشآت الصحية القاعدية الضرورية مع تزويدها بالعدد الكافي من عمال القطاع (السلك الطبي، الشبه طبي والإداري) ولعل من بين أهم العوامل التي ساهمت في ارتفاع نسبة استهلاك الأدوية بالجزائر نذكر ما يلي:

- ✓ زيادة نمو السكان.
- ✓ الأسعار الممارسة (المستوى المنخفض لسعر الأدوية).
- ✓ طبيعة النظام الشبه مجاني.
- ✓ ارتفاع نسبة التغطية الاجتماعية بنسبة أكثر من $\frac{3}{4}$ من عدد السكان الذين يستفيدون من تغطية الضمان الاجتماعي.

وعلى هذا الأساس فقد بلغت نسبة استهلاك الأدوية للفرد الجزائري سنة 2010 بـ 56.5 أوروبول للشخص (أي ما يعادل1498,29). أما الموارد الصيدلانية فقد بلغت قيمتها بـ 64.6 أورو للشخص (أي ما يعادل1677.27مليون دولار). ونتيجة لذلك فقد انتهجت الحكومة الجزائرية إبتداءً من سنة2008سياسة تشجع استعمال الأدوية الجنيسة¹. بسبب انخفاض أسعارها وإفادتها من عملية التعويض. حيث أنها أصبحت تمثل نسبة 68.90% من إجمالي الأدوية المسجلة في حين لا تمثل الأدوية الأصلية² المسجلة إلا نسبة

¹-الدواء الجنيس: هو دواء مطابق أو معادل للذي يملك علامة ولكن ينتج وبياع تحت التسمية عالمية المشتركة ويحتوي على نفس العنصر النشط وله نفس الأثر العلاجي.
²-الأدوية الأصلية: هي الأدوية التي تلبى حاجات أغلب السكان من العلاج و الصحة وبالتالي يجب أن تكون متوفرة في كل وقت و بكمية كافية و بالشكل الصيدلاني الخاص بها وتشمل قائمة منظمة العالمية للصحة النموذجية للأدوية الأساسية أكثر من 350 دواء.

31.10% كما أن الإنتاج المحلي أصبح يركز بالأساس على هذا الصنف من الأدوية إذ أنها أصبحت تمثل نسبة 94.81% من مجموع الأدوية المحلية المسجلة (سنة 2009).

إن انتهاج الحكومة لهذه السياسة كان فعالا نوعا ما من خلال تخفيض فاتورة الدواء خاصة على مستوى جانب الاستيراد. ولعل من بين الإجراءات التي تم اتخاذها لتشجيع استهلاك الأدوية الجنيسة نذكر ما يلي:

- لا يسمح بتسجيل دواء ذو نوعية أصلي إلا في غياب الدواء الجنيس.
- تشجيع عملية الإنتاج المحلي للأدوية الجنيسة.
- منع عملية استيراد الأدوية المنتجة محليا.
- منح مجموعة من الامتيازات لتشجيع المنتج المحلي على غرار الإعفاء الضمني من الحقوق والرسوم.
- وضع سعر مرجعي خاص بالتعويضات.

الفرع الثالث: استيراد الأدوية

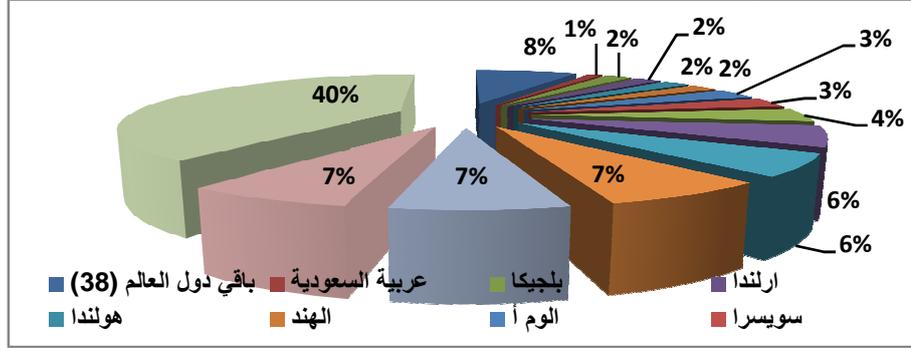
تعتبر الجزائر أول سوق للمواد الصيدلانية في جنوب حوض البحر الأبيض المتوسط، بـ 1967 75 مليون دولار من الواردات في عام 2011 تتم الاستجابة لحاجيات السوق الجزائرية للأدوية أساسا بواسطة الواردات وإلى يومنا هذا تبقى سوق الأدوية غير معروفة بصورة جيدة كما أن تشكيلتها وطريقة تموليها مازالت تقريبية .

لقد كانت الواردات بين سنة 1963-1990 تابعة للدولة، هذه الطريقة للتأمين كان من المفروض أن تسمح للاستجابة لحاجيات سوق الأدوية بتكلفة مخففة نسبيا وقد شجع إلغاء احتكار الدولة ابتداء من سنة 1989 بروز مستوردين خواص والاستفادة بسهولة أكبر من الموارد الخارجية، وقد بلغ غلاف الميزانية المخصص للاستيراد أكثر من 500 مليون دولار أمريكي بالنسبة لبعض السنوات (1994-1995) ¹.

حاليا تعتمد سوق الأدوية بالجزائر على نسبة 70% من عمليات الاستيراد وذلك من أجل تغطية العجز الذي يشهده السوق وللإشارة فقط هذه النسبة المحققة في عملية الاستيراد جاءت بعد سلسلة من الإصلاحات التي مست السياسة الدوائية الهادفة لترشيد عملية استهلاك الأدوية بحيث أن نسبة الاستيراد قد فاقت 80% في سنوات التسعينات. ولذلك تتعامل الجزائر مع 70 متعامل من أصل 42 دولة أهمها فرنسا وبريطانيا ألمانيا 2 إيطاليا الولايات المتحدة الأمريكية، مصر، الأردن، كما هو مبين في الشكل التالي :

¹ - المجلس الاقتصادي والاجتماعي، مشروع تقرير حول: الدواء أرضية من أجل نقاش اجتماعي، الدورة العامة التاسعة عشرة، الجزائر ، نوفمبر 2001، ص 112.

الشكل (4-14) توزيع الموارد الصيدلانية حسب الدول لسنة 2010



Source : Direction Générale de l'Intelligence Economique, des Etudes et de la Prospective, Rapport sectoriel N° 1, **L'industrie pharmaceutique Etat des lieux, enjeux et tendances lourdes dans le monde et en Algérie**, Document de travail n° 21/DGIEEP/11, Janvier 2011, p10.

من أجل تغطية العجز المسجل في المنظومة الدوائية على مستوى البلاد تعتمد الجزائر على أكثر من بلد في عملية استزادها للمواد الصيدلانية (54 دولة) ولعل من بين هذه الدول الأكثر تعاملًا مع الجزائر نجد التبادل مع: **فرنسا**: بحيث تعتمد الجزائر عليها بنسبة كبيرة في تعاملاتها من أجل تغطية العجز المسجل على مستوى سوق الموارد الصيدلانية بحيث تصل نسبة التعامل مع هذا البلد إلى حدود 40% من إجمالي عمليات الاستيراد (مع العلم أن فرنسا تحتكر نسبة 06% من سوق الموارد الصيدلانية على المستوى العالمي بعد كل من الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة 43% واليابان بنسبة 11.5% حسب إحصائيات 2009) "1".

كما تتعامل الجزائر على مستوى سوق الموارد الصيدلانية مع كل من: ألمانيا، إسبانيا، إيطاليا، بريطانيا الدنمارك، سويسرا، الو م أ بنسبة تبادل متفاوتة تتراوح ما بين 3% (8% .

إن جانب التبادل لا يخلو من بعض الدول العربية على غرار كل من: الأردن، المملكة العربية السعودية ومصر حتى وإن كانت نسبة الاستيراد من هذه الدول ضعيفة تصل إلى حدود 1% .

¹-Direction Générale de l'Intelligence Economique, des Etudes et de la Prospective, Rapport sectoriel N° 1, **L'industrie pharmaceutique Etat des lieux, enjeux et tendances lourdes dans le monde et en Algérie**, Document de travail n° 21/DGIEEP/11, Janvier 2011, p 09.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

لقد بلغت قيمة الموارد الصيدلانية المستوردة سنة 2010 بمبلغ 1752.7 مليون أورو وهي نسبة معتبرة مقارنة بالسنوات السابقة وذلك باعتبار أن هذه القيمة لم تكن تتعدى 1211.7 مليون أورو سنة 2005¹ وعلى هذا الأساس نستطيع القول أن سوق الأدوية بالجزائر تعتمد بصفة شبه كلية على المنتج المستورد من أجل مواجهة ظاهرة الندرة لبعض الأدوية إن لم تقل أغلبها وبالنسبة لطبيعة الموارد الصيدلانية المستوردة فهي تشمل الأصناف التالية :

- الأدوية المستوردة لصالح المتعاملين الخواص.
- الأدوية المحلية.
- الكواشف.
- المواد الخاصة بطبيب الأسنان.
- الأدوية المستوردة لصالح الصيدلية المركزية.
- الأدوية المستوردة لصالح معهد باستور الجزائري.

الجدول (4-27): الأدوية المستوردة حسب طبيعتها

الوحدة : مليون أورو

2010	2009	2008	2007	2006	2005	
937	742	881.8	777.9	679	800.3	المتعاملين الخواص
415	424	261.4	333.5	264.5	233	الأدوية المحلية
52.7	30.2	22.58	23.8	20.4	21	الكواشف
7.5	2.2	5.86	7.65	1.6	3.1	المواد الخاصة بطب الأسنان
125	17.6	118.4	77	53	69.1	الصيدلية المركزية
41.5	14.7	11.08	16.01	8.9	08	معهد باستور
34	25.6	22.56	22.78	29	29	مواد أخرى
1612.7	1686.1	1323.6	1258.6	1056.4	1163.1	اجمالي الواردات

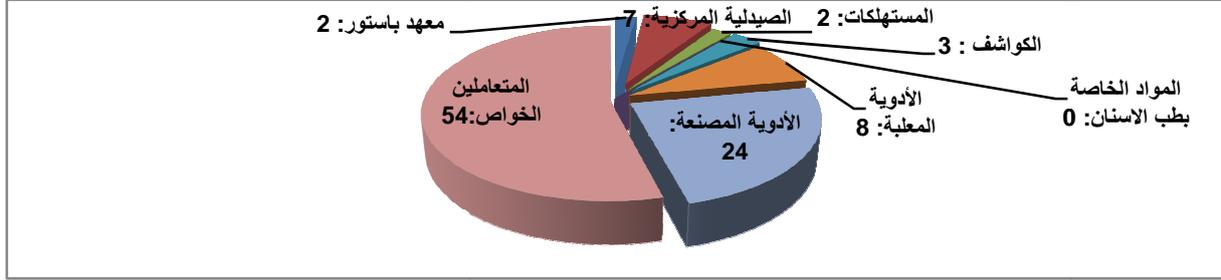
Source : Ministère de la santé et de la reforme hospitalière : **l'industrie pharmaceutique, et la politique national du médicament**, Alger 08 Juin 2011.

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه الارتفاع المستمر لقيمة الواردات للمنتجات الصيدلانية من سنة لأخرى وفي مقدمتها المتعاملين الخواص بنسبة 54% ثم يليها في المرتبة الأدوية المعلبة وذلك بنسبة 24% ثم المواد الصيدلانية الخاصة بالصيدلية المركزية لصالح المستشفيات العمومية بنسبة تقارب 08% وأخيرا الكواشف الطبية

¹-Le marché algérien du médicament : **un investissement à rentabiliser et un potentiel à promouvoir**, p 02, disponible le 14/05/2015 sur le site électronique : <http://www.fce.dz/index.php/.../reflexions-et-analyses?...marche...medicaments>.

وبعض المواد التي لا يلبى احتياجها المنتج المحلي لمعهد باستور وبعض المواد الأخرى وذلك بنسبة 22% وهو ما يمكن توضيحه من خلال الشكل الموالي:

الشكل (4-15): توزيع الموارد الصيدلانية المستوردة لسنة 2010



Source :APS, La facture des importations algériennes en médicaments explose en 2014, disponible le 30/05/2015 sur le site électronique : <http://www.lematindz.net/news/13918-la-facture-desimportations-algeriennes-en-medicaments-explose-en-2014.html>

لقد تمكنت الجزائر من تخفيض فاتورة استيراد الأدوية بنسبة 05% سنة 2010 وهو أهم انخفاض سجل منذ القرار الحكومي المتخذ في جانفي 2009 والذي يقضي بمنع استيراد الأدوية التي تصنع محليا وعلى هذا الأساس فقد تقلصت فاتورة الواردات الجزائرية للأدوية في سنة 2010 بـ 4.66% لتتهبط بذلك إلى 1.66 مليار دولار مقابل 1.74 مليار دولار سنة 2009 و 1.86 مليار دولار سنة 2008 وذلك حسب ما ورد في بيان المركز الوطني للإعلام الآلي والإحصاءات الجمركية .

- تمثل الأدوية المخصصة لعلاج البشر نسبة 96% من الواردات الإجمالية للأدوية التي تراجعت قيمتها من 1.692 مليار دج سنة 2009 إلى 1.598 مليار دولار سنة 2010 أي بنسبة انخفاض قدرها 5.5%.
- أما فيما يخص الأدوية المخصصة للطب البيطري فهي تمثل نسبة 1.16% من إجمالي فاتورة الواردات وقد سجلت ارتفاعا طفيفا من 15.54 مليون دولار سنة 2009 إلى 19.25 دولار سنة 2010 أي بارتفاع قدره 23.8%.
- كما سجل نفس التوجه بالنسبة للمواد الشبه صيدلانية التي تمثل 2.63% من إجمالي الدواء الذي المستورد ليرتفع المبلغ إلى 43.70 مليون دولار سنة 2010 مقابل 35.17 مليون دولار سنة 2009 مسجلا بذلك ارتفاعا قدره 24.37%.

يجدر الإشارة أن فاتورة استيراد الأدوية تراجعت بـ 40% في الأشهر الأخير لسنة 2015 وهذا نتيجة شطب 200 دواء من قائمة الأدوية المستوردة سواء لعدم ضرورته أو لكونه ينتج محليا.

على الرغم من أن الجزائر استطاعت أن تحقق وتوفر رغبات الأفراد من المنتجات الصيدلانية من خلال عمليات الاستيراد إلا أن هذه السياسة المنتهجة تحقق أطماع المجموعات الصيدلانية والمخابر العالمية المصدرة من

خلال الضغط على الجزائر لمنعها من أي محاولة لإقامة صناعة دوائية محلية مستقلة تقوم على أساس توجه اجتماعي⁹ كما تستعمل هذه المخابر الكبرى في العالم المنظمة العالمية للتجارة للضغط على الدول النامية تحت غطاء الملكية الفكرية .

الفرع الرابع: إنتاج الأدوية بالجزائر

تعتمد الجزائر وبنسبة كبيرة على عمليات الاستيراد من أجل تلبية احتياجات السوق الوطنية أما فيما يخص الإنتاج المحلي فهو يتمثل في بعض الوحدات الإنتاجية منها ما هو تابع للقطاع العام منها البعض الآخر ما هو تابع للقطاع الخاص بعدد إجمالي يتعدى 113 وحدة إنتاجية ويتصدرها مجمع صيدال لصناعة الدواء باعتباره أهم وحدة إنتاجية في الجزائر. لعل الشيء الملاحظ أن هذه الوحدات الإنتاجية هي في تطور مستمر وذلك باعتبار أنها استطاعت أن تغطي نسبة 36% من الاحتياجات السنوية للأفراد للمنتجات الصيدلانية (تصنيع وتعليب) بقيمة 555 مليون دولار سنة 2010¹ وهي نسبة معتبرة، إذا أن المنتج المحلي لم يتجاوز نسبة 27 % خلال السنوات السابقة 255 مليون أورو سنة 2004 (بنسبة 27.1 %)².

إن هذه النتائج المسجلة ترجع بالأساس إلى تحسن ظروف الاستثمار على مستوى هذا القطاع وذلك من خلال إعطاء الأهمية والأفضلية للمنتجين المحليين على حساب الموردين. ولعل من بين الامتيازات التي تم منحها للمنتجين الجزائريين القرار الحكومي المتخذ في 22 أكتوبر 2015 والذي يفضي بمنع استيراد الأدوية والمنتجات الصيدلانية التي تنتج مثيلاتها في الجزائر³. وعلى الرغم من أن هذه القرارات تهدف إلى تشجيع المنتج المحلي للمنتجات الصيدلانية إلا أنها قد تحرم المرضى من حقهم في الحصول على الأدوية المأمونة والفعالة من خلال السوق الحرة ومن دون ضوابط للأسعار من طرف الحكومة.

المبحث الثالث: ترشيد الإنفاق العام كآلية لتحقيق الكفاءة والفعالية بالإنفاق الصحي في الجزائر

يبرز مفهوم ترشيد النفقات العامة بوضوح عندما نتكلم عن القطاع العمومي والمؤسسات الخدمية خصوصا حيث أن الطابع الغير ربحي الذي يميز المرافق والمؤسسات العمومية غالبا هو الذي يفرض ضرورة التصرف بعقلانية

¹- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière : **l'industrie pharmaceutique et la politique nationale du médicament**, hôtel Hilton ,Alger, 08 Juin 2011.

²- **Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière**, op.cit,p28.

³- عبد الوهاب بوكرواح، **قرار الجزائر بمنع استيراد الأدوية المنتجة محليا أغضب المؤسسة الأمريكية**، جريدة الشروق، العدد 7801، الصادر بتاريخ: 2009-02-22.

في الأموال العمومية واستخدامها بشكل يضمن أفضل الخدمات وبأقل التكاليف وهنا يتضح دور المسير ومدى كفاءته في الحد من التكاليف الإضافية التي يمكن تجنبها.

إذا كان مفهوم ترشيد الإنفاق العام يقصد به مدى قدرة الدولة والقطاع الخاص في تخصيص الموارد بما يضمن تعظيم رفاهية المجتمع من خلال إشباع ما يفضلونه من سلع وخدمات. انطلاقاً من المفهوم العام لترشيد النفقات فان ترشيد النفقات في المؤسسات الصحية يعني الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وحسن التصرف فيها بما يضمن استمرارية الخدمات الصحية.

المطلب الأول: آليات ترشيد الإنفاق الصحي

إن هدف كل الحكومات هو البحث عن السبل الأكثر اقتصاداً والأقل تكلفة لدفع وتيرة التقدم لخدمة النفع العام، وذلك نظراً للوضع المالي المتأزم الناتج عن ندرة وتقلص الموارد من جهة وتزايد الاحتياجات وتنوعها من جهة أخرى وهو ما يستخلص من الزيادات المعتبرة في ميزانيات بعض القطاعات الحيوية التي تزداد سنة بعد سنة. يعتبر قطاع الصحة أهمها بحيث تزداد نسبة النفقات الصحية وكذا الوعي الثقافي، كل هذه العوامل أدت إلى زيادة نسبة التكاليف الصحية التي أصبحت تشكل الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في القطاع الصحي. وعلى هذا الأساس فقد كان لا بد من ضرورة إيجاد حلول لترشيد الإنفاق الصحي، وذلك من خلال اتخاذ عدة أساليب وأدوات حديثة التسيير بغية التوظيف الأمثل للموارد المتوفرة لعل من بين هذه الأدوات :

1- استخدام نظام المعلومات من أجل تعزيز النظم الصحية¹.

2- استخدام حوكمة النظام الصحي بوصفها الآلية الضرورية لإصلاح الأنظمة الصحية بحيث تكون أكثر عدالة وقابلية للمساءلة وأكثر كفاءة².

3- استخدام أسلوب التكلفة المستهدفة وذلك من خلال تخفيض التكاليف إلى أدنى حد ممكن.

4- منهجية الانحرافات الستة لتحسين الكفاءة والفعالية في مؤسسات القطاع الصحي.

5- الإدارة بالأهداف كأداة أساسية لترشيد الإنفاق العام.

6- الحسابات الوطنية للصحة كآلية لرقابة على الإنفاق الصحي³.

من بين هذه الآليات سوف نتطرق إلى ثلاثة أساليب منها ويتعلق الأمر:

¹ -دلال السوسي: نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية:مذكرة ماجستير، علوم لتسيير تخصص نظام المعلومات، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة 2011-2012، ص أ.

² -Dina Balabanova, Valeria Oliveira-Cruz, Kara Hanson : **Health Sector Governance and Implications for the Private Sector**, October 2008, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

³ -منظمة الصحة العالمية، المرشد إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية، جنيف، 2003، ص 06.

- الإدارة بالأهداف.
- إصلاح النظام الميزاني.
- حوكمة النظام الصحي.

من خلال هذه الآليات سنوضح نقطتين أساسيتين:

النقطة الأولى: كيف يمكن تحقيق ما يسمى بمسألة فعالية الإنفاق العام؟ أي بمعنى كيف يعود مبلغ 381 مليار دج بالنفع على أكبر شريحة من المجتمع؟ أي أن الإنفاق العام لا بد أن يذهب إلى حيثما تم تخصيصه من أهداف.

النقطة الثانية: كيف يمكن لمبلغ الإنفاق العام على الصحة أن يزيد في الموازنة العامة بحيث يصبح الإنفاق على الصحة واحد من أولويات المجتمع؟ وذلك بالطبع مرتبط بكيفية صنع الموازنة العامة.

الفرع الأول: الميزانية حسب الأهداف ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي

إن أهم انشغال للمؤسسة الاستشفائية في الوقت الراهن هو تقديم خدمات علاجية ذات نوعية بأقل التكاليف، لكن ومن خلال تحليلنا للتسيير المالي الحالي في المؤسسات الصحية سواء من ناحية مصادر التمويل أو طرق تحضير وإعداد الميزانية، وكذا تنفيذها والرقابة عليها، نلاحظ وجود مجموعة من العراقيل تحول دون تقديم خدمات صحية أحسن للمرضى وإعطاء مستوى ملائم للتكفل بهم، وهذا بالنظر للتسيير المالي المقيد بمختلف القوانين والإجراءات الثقيلة والبطيئة، الأمر الذي يعكس على الواقع غياب استقلالية المستشفيات خاصة من الناحية المالية على الرغم من أن النص المنشئ لها يقر بإضفاء الشخصية المعنوية والاستقلال المالي عليها. وعلى هذا الأساس فقد كان لا بد من ضرورة إعادة النظر في نمط التسيير من خلال طريقة التسيير عبر الأهداف.

أولاً. مفهوم الميزانية حسب الأهداف: إن التحول الذي يشهده القانون الأساسي للميزانية في العديد من البلدان قد تبلور فعليا عبر انتقال مختلف الإدارات العمومية التابعة للدولة من منطق التصرف حسب الوسائل إلى منطق جديد يعتمد على التصرف حسب النتائج والأهداف والمردودية وفعالية الاستثمارات العمومية وفي المقابلحرية التصرف والإدارة المخولة إلى مختلف المتصرفين العموميين وخاصة منهم المسؤولين على البرامج العمومية والذين أصبحت تتم مسألتهم حول نتائج تصرفهم الذي تعهدوا بمقتضاه بتحقيق نتائج معينة محددة سلفا.

ويتلخص المبدأ الأساسي للميزانية حسب الأهداف في اعتمادها على المهام المخولة إلى الوزارات وخاصة منها المهام المشتركة بينها وعلى البرامج التي تترجم بدورها إلى أنشطة وفي هذا الاتجاه ترتبط المهمة بجملة من الأنشطة الرامية إلى تحقيق سياسة محددة وتعتبر البرامج جميعا بجملة من الإعتمادات المالية المخصصة لتنفيذ

نشاط أو جملة من الأنشطة المتكاملة والراجعة إلى وزارة واحدة والتي ترتبط بأهداف دقيقة ونتائج منتظرة محددة وتكون هذه الأنشطة محل متابعة وتقييم، وتمكن الأنشطة المحددة من توظيف محتوى البرامج وهي تجمع كل الإعتمادات المخصصة لنفس الغرض وتستجيب الحاجة إلى التحديد الدقيق لمضمون السياسة العمومية وطريقة تنفيذها وطريقة تخفيضها وتبيان المهام التي يقوم بها مختلف المتدخلين"¹

ثانيا. **مسؤولية الأطراف الفاعلة في الميزانية:** كما ذكرنا سابقا تتدخل الأطراف في ضبط الميزانية وتنفيذها ومراقبتها لذلك سنحاول تحديد مهمة كل طرف وبمحة على حدة وذلك بهدف الوقوف على طبيعة التحديات التي يواجهها كل طرف"².

أ. **مسؤولية ضبط الميزانية حسب الأهداف:** إن التحول المثير للاهتمام في مجال إعداد الميزانية لتصبح ميزانية حسب الأهداف يتعلق بجملة من العناصر الأساسية:

1- تحديد السياسات العمومية وفق مهمات تمكن مختلف الأنشطة المكونة للبرنامج من تبيان محتواها وتقديم إيضاحات حول الاستعمال المتوقع للإعتمادات، ويمكن التمشي الجديد في مجال الميزانية من عرض أكثر ملائمة للإعتمادات ويتم تنفيذ الميزانية وتقييمها على أساس مؤشرات للأداء تمكن من توجيه التصرف الحكومي نحو النتائج لذلك وعند التصويت البرلماني على الميزانية يتم إحاطة البرلمان بأهداف الأداء الحكومي المحدد لكل برنامج وكذلك المؤشرات التي تمكن من قياس مدى حسن التنفيذ. وبمقتضى التصرف في الميزانية حسب الأهداف يتم تحديد السياسات العمومية الكبرى للدولة في شكل مهمات ، وباعتماد هذا التمشي يختفي التجديد شبه الآلي للإعتمادات الميزانية من طرف مجلس النواب.

2- البرنامج هو إطار للمسؤولية، وتخصيص الإعتمادات يتم بحسب الأنشطة بحيث يجمع البرنامج الإعتمادات المخصصة لتنفيذ نشاط أو عدة أنشطة متكاملة، ويرجع البرنامج إلى وزارة واحدة ويمكن من إدارة أنشطة الدوائر الإدارية بهدف بلوغ الأهداف المرسومة لكل سياسة عمومية، وتجمع البرامج كل الوسائل البشرية اللازمة، ويتم بالنسبة لكل برنامج تحديد الأنشطة المنطوية تحته وتخصيص الإعتمادات حسب تلك الأنشطة.

ب. **مسؤولية تنفيذ الميزانية حسب الأهداف:** من المفيد الإشارة في البداية إلى الطبيعة الشمولية للأداء في مجال الميزانية حيث أن التمشي الجديد لا يتلخص بالضرورة في تجميع عدد من المؤشرات الحسابية أو المحاسبية أو الفنية وإنما يتمثل بالنسبة لكل برنامج في تحديد إستراتيجية وأهداف يتم بلورتها عبر مؤشرات محددة بدقة وفعالية.

¹ - أحمد عويدات: ميزانية البرامج و الأداء ، مقال مقدم بمجلة المدرسة الوطنية للإدارة ، عدد خاص ، المجلد 16 ، العدد 02 ، الجزائر 2006 ص 16.

² - عمر التونكتي ، مسؤولية الفاعلين في تسيير ميزانية الأهداف ، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، عدد خاص ، المجلد 16 ، العدد 02 ، الجزائر 2006 ، ص 18 .

باعتقاد التمشي الجديد في مجال الميزانية يتم تنفيذها حسب الأهداف وفق مؤشرات كمية وذلك إذا اعتبرنا أن المؤشر هو الوسيلة الوحيدة والمثلّي لقياس التقدم المنجز في مجال الكفاءة لمختلف المصالح العمومية، فإنه من المفيد اعتماد مؤشرات قليلة من حيث العدد، عميقة من حيث دلالتها، ومعبرة بما فيه الكفاية عن حقيقة كل مشروع وعن أهدافه الرئيسية، ويجدر التنبيه في هذا المجال إلى ضرورة اجتناب أن يتم اعتماد هذه المؤشرات كتليبس شكلي لواقع موجود وذلك فقط بهدف تحقيق مطابقة شكلية أكثر منه تكريسا لتحول استراتيجي عميق في مجال إعداد الميزانية وتنفيذها .

تتمثل مسؤولية منفذي الميزانية أولا بالنسبة للأهداف في تحديد مؤشرات ذات دلالة ومرتبطة منطقيا بتلك الأهداف، ومن الحيوي أن تكون تلك المؤشرات متعلقة بعناصر جوهرية للنشاط الحكومي من شأنه أن يمكن من تقييم مدى التحسن المسجل للأوضاع القائمة . كما تقتضي الكفاءة في مجال تنفيذ الميزانية تخفيض قدر الإمكان في عدد المؤشرات المعتمدة مع ضمان التدرج والترابط بين الأهداف والمؤشرات الكمية، وكذلك ضمان المراجعة الدورية لهذه الأهداف والمؤشرات خاصة من طرف الهيئة العليا للرقابة، وقد يكون من الناجع والمفيد أن يتم التوافق مسبقا حول المجالات والأنشطة التي يمكن قياس مدى نجاعتها وفق مؤشرات كمية.

تبرز مسؤولية المنفذين كذلك في ضرورة أن تمكن المؤشرات المعتمدة من إجراء المقارنات سواء في الزمان أو المكان، ولهذا المقارنات أهمية قصوى في مجال تحديد نسق التحسن أو التردّي في مجال الأداء الحكومي سواء من سنة لأخرى أو بين القطاعات المتشابهة داخل الدولة الواحدة .

ج. مسؤولية الرقابة على الميزانية حسب الأهداف: لا يختلف اثنان في أهمية الرقابة على تنفيذ الأداء، بل هناك من يعتبر أن الرقابة هي جزء لا يتجزأ من التصرف والإدارة سواء كانت هذه الرقابة داخلية أو خارجية فهي تبقى من أوكد الضمانات لجودة وسلامة التصرف الحكومي، وفي هذا المجال يمكن أن يتضمن التمشي الرقابي ما يلي:

1- بخصوص تحديد أهدافه يتعين التأكد من المسائل التالية:

- وجود أهداف واضحة ومحددة بالنسبة إلى الإدارة أو الهيئة.
- وجود أهداف تفصيلية لكل قسم من أقسام الإدارة.
- مدى اعتماد على بيانات وإحصاءات واضحة ودقيقة لتحديد الأهداف.
- مدى تناسق الأهداف وعدم وجود تناقض أو تعارض بينهما.
- مدى مشاركة المكلفين بالتنفيذ في تحديد الأهداف المرسومة.
- مدى تغير الأهداف خلال مراحل الإنجاز وعند الاقتضاء تحديد الفوارق.

- التأكد من وجود مخطط واضح للإنجاز يبين الأهداف المراد تحقيقها ومدى الدقة في تحديد الفترة الزمنية ، والجهة المسؤولة عن التنفيذ.

2- بخصوص توفر الموارد والتنظيم:

- التأكد من رصد الموارد البشرية الضرورية من حيث العدد والكفاءة والخبرة في مجال الاختصاص.
- دراسة النموذج التنظيمي المعتمد ومدى تماثيه مع خصوصيات أسلوب التصرف حسب الأهداف.
- معرفة الصيغ المعتمدة في وضع خطة التنفيذ قصد تحديد مدى مصداقيتها وإمكانية الاعتماد عليها.
- التأكد من مدى توافر إجراءات اللوقاية الداخلية تضمن سلامة العمليات التي يتم إنجازها لتحقيق الأهداف المرجوة.
- التأكد من وجود واضح للعمل مع مواجهة الأسس التي تم بموجبها توزيع الأعمال.
- التأكد من مدى مطابقة الهيكل التنظيمي المعتمد للتقسيم الفعلي للعمل وتحليلات الوظائف من حيث عددها ومؤهلات شاغليها.
- الوقوف على مدى احتواء مخطط الانجاز على إجراءات تنظيم سير العمل وعلى معايير واضحة لقياس فعالية التنظيم.

3- بخصوص نظام المعلومات وتقييم الأداء:

- التأكد من مدى تحديد قنوات الاتصال بين الأعوان.
- التعرف على مصادر المعلومات وعلى مدى انسيابها بسهولة ويسر وقياس سرعة وصولها إلى المعنيين بالأمر.
- التأكد من وجود مؤشرات تمكن من قياس الأعمال التي يتم إنجازها في مختلف مراحل التنفيذ.
- دراسة الطرق المتبعة في الكشف عن الأخطاء والانحرافات عن الأهداف مع تقديم التدابير والإجراءات التصحيحية.

الفرع الثاني: مشروع عصرنه أنظمة الميزانية ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي بالجزائر

باشرت الجزائر برنامج لإصلاح المالية أو ما يسمى مشروع عصرنه أنظمة الميزانية وذلك في إطار الورشة الواسعة التي باشرت بها الجزائر والمتعلقة بالإصلاحات الكبرى التي تخص ما يلي:

- إدخال أدوات اقتصاد السوق.
- جعل الاستثمار المنتج كمحرك للنمو.
- تركيز أنشطة الدولة حول مهامها الرئيسية.

أولا. عيوب النظام الميزاني الحالي: أسندت مهمة تحديد معالم مشروع عصنة أنظمة الميزانية لوزارة المالية، والتي لجأت إلى خبرات أجنبية من أجل تحديد النقائص المتعلقة بتسيير الميزانية، واقترح حلول لعصرنتها ولقد تمثلت أهم معالم النقص في النقاط التالي¹:

- عدم وجود أهداف للإنفاق، فالميزانية لا تشير صراحة إلى أولويات وإستراتيجية الدولة ومهامها.
- ميزانية الدولة تتكون من ميزانيتين (التسيير والتجهيز) بحيث تدار كل واحدة وفقا لقواعد ومبادئ مختلفة، وذلك باعتبار أن ميزانية التسيير منظمة تبعا للآمرين بالصرف، أما ميزانية الاستثمار فهي منظمة وفقا للقطاعات أي مدونة تبعا لطبيعة النفقة.
- اللجوء إلى عمليات كثيرة خارج الميزانية على شكل حسابات خاصة بالخبزينة².
- من حيث القاعدة القانونية فإن قانون المحاسبة العمومية يعتبر قانونا بسيط بالإضافة إلى أنه عدل عدة مرات بقوانين بسيطة، الأمر الذي يؤدي إلى الإخلال بمبدأ وحدة الميزانية.
- بطأ في تنفيذ الميزانية العامة، وذلك باعتبار أن الجزء الأكبر لا يتم تنفيذه إلا في النصف الثاني من كل سنة مالية.
- وجود فراغ قانوني وذلك باعتبار أن الفترة الممتدة من 1984 إلى غاية وقتنا الحالي أسفرت عن تحولات وتطورات هامة في كافة المجالات، مما يستوجب ضرورة تكييف القاعدة القانونية مع هذه المستجدات.
- إن إقرار الاعتمادات يتم بناء على السنوات السابقة والمساومة والعامل الشخصي نظرا لغياب معايير موضوعية، ولذلك غالبا ما يشجع نظام الموازنة الحالي الإدارة على المنافسة في طلب الاعتمادات بشكل متزايد دون النظر إلى أولويات الحاجات على المستوى الكلي للدولة.
- لا يسمح التقدم الميزاني الحالي بالتسيير حسب النتائج وإنما حسب الوسائل لأن النفقات المقدمة حسب طبيعتها وليس حسب برامج وأهداف معينة، وبالتالي لا يسمح باستعمال مؤشرات لقياس النجاح.
- إن النظام الميزاني الحالي لا تستعمل فيه تقنية ترشيد الخيارات المالية (RCB) وذلك باعتبار أن تقدير النفقات العامة يتم من طرف كل وزارة وهو ما يؤدي إلى المغالاة في طلب الإعتمادات دون مراعاة أولويات الإنفاق وبالتالي تبديد المال العام.
- عدم التجانس في التصنيف وذلك باعتبار أن الباب الواحد يشير إلى عدة نفقات من طبيعة مختلفة¹.

¹ محاضرة الأستاذ سعدودي حول: الإصلاح الميزاني، جامعة تلمسان في 14 ديسمبر 2008.

² تعرف حسابات التخصيص الخاص في النظام الميزاني الجزائري تطورا ملحوظا في إطار قوانين المالية بحيث أصبحت وسيلة لجوء تستعملها الحكومة لتنفيذ النفقات العمومية خاصة فيما يتعلق بتنفيذ الاستثمارات التي تأتي في شكل برامج ذات طبيعة إدارية وهو ما أسفر عن تجاوز النظام القانوني لها من طرف الممارسة الميزانية.

ثانيا. أهداف مشروع عصنة أنظمة الميزانية: تتمثل أهداف مشروع عصنة أنظمة الميزانية فيما يلي:

- وضع نظام ميزانية مندمج لتدعيم من قدرات التقدير للمالية العامة.
- تحسين تقديم الميزانية وذلك من أجل تعزيز المناقشة المفتوحة حول خيارات الميزانية والسياسة الاقتصادية.
- تحسين القدرات التحليلية لوزارة المالية بشأن الاقتصاد الكلي والحزبي من حيث التكلفة، واختيار الأدوات وفعالية سياسة الإنفاق.
- تعزيز قدرة وزارة المالية في متابعة وتحميل المسؤولية للأعوان والمؤسسات من خلال وضع مخططات جديدة

ثالثا. المحاور الكبرى لإصلاح ميزانية القطاع الصحي: يتمثل مشروع إصلاح ميزانية القطاع الصحي ضمن الموازنة العامة بغرض تدعيم تقوية أداء وزارة المالية بصفة عامة ولوزارة الصحة بصفة خاصة حتى تتمكن من القيام بمهامها الرئيسية في تسيير الأموال العمومية على أحسن وجه، ولذلك فإن هذا المشروع يقوم بإعادة النظر في أنظمة تحضير وتنفيذ الميزانية، وذلك من خلال تحسين الأداء في مجال الانضباطية والفعالية والنجاعة في تنفيذ برامج الإنفاق. و من ثم يعتمد نظام الميزانية المقترح على مجموعة من العناصر الأساسية يحملها في النقاط التالية:

1- نظرية تعدد السنوات: نظرا لصعوبة التطبيق الصارم لمبدأ سنوية الميزانية فقد تم إرساء هذا المبدأ باعتباره من أولويات الإصلاح والذي يعتمد على أساس تقسيم ميزانية المؤسسات الصحية إلى برامج تفوق السنة²، مع تقديم الاعتماد على شكل ترخيص بالالتزام وإعتمادات الدفع.

2- ثنائية الحرية والمسؤولية: من أهم ما يعاب عن تنظيم الميزانية الحالي هو صلابة وجود النظام (نظام بيروقراطي) من خلال تقييد المسيرين بمجموعة من القواعد والقوانين وعلى هذا الأساس فقد استهدفت عملية الإصلاح هذه النقطة بالذات عبر إعطاء المسيرين الحرية من خلال تزويدهم بغلاف مالي وكذا تفويض سلطة الاعتماد ، وبالتالي بموجب هذا التفويض يستطيع المسير القيام بعمليات النقل والتحويل من إعتمادات التسيير إلى إعتمادات التجهيز أو العكس، لكن يقابل هذه الحرية للمسير مجموعة من الالتزامات التي يتقيد بها والتي تخص:

✓ تقديم حسابات توضح عملية التسيير لأدائهم.

✓ اختيار المبادرة القريبة لتحقيق الأهداف.

✓ احترام الغلاف المالي المسموح به.

¹-Projet de modernisation des systèmes budgétaires (MSB), sur le site :

www.mf.gov.dz/documentation

²-مفتاح فاطمة، تحديث النظام الميزاني في الجزائر ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، تخصص تسيير المالية العامة ، جامعة تلمسان 2010-2011 ، ص 101.

✓ وضع تحليل يوضح ويفسر الفروقات بين النتائج المحققة والمتوقعة.

3-مراجعة مدونة الموازنة: كذلك من أهم أهداف الإصلاح هو الانتقال من الترخيص عن طريق الفصول إلى الترخيص بالبرامج إذ يسمح هذا الأسلوب بترجمة الخطوط والنشاطات في شكل برامج تسعى من خلالها الحكومة إلى تحقيق أهداف دقيقة ونظرة مستقبلية للنتائج¹.

4-دمج ميزانية التسيير والتجهيز: وذلك من خلال الاعتماد على تسيير الإعتمادات على شكل برامج.

5-وضع سياسات ميزانية: ويتجسد ذلك من خلال الإجراءات التالية:

✓ برجة النفقات في إطار مقارنة متعددة السنوات(CDMT)تمتد لثلاث سنوات مع تحديد أهداف النفقات على القطاع والوزارة من أجل خلق تجانس ما بين الأهداف الاقتصادية الكلية وميزانية البرامج.

✓ استحداث أنظمة لمتابعة مؤشرات الأداء.

✓ تدعيم عمليات تحليل ودراسة المشاريع على مستوى وزارة الصحة.

✓ إعادة مسار هيكل الإنفاق وذلك من خلال تقديم اقتراحات تتعلق بإجراءات تسديد النفقات وتسريع الدفع مع ترشيد دور المتدخلين وتحديد مسؤولياتهم².

رابعا.أهمية الإصلاح الميزاني وشروط نجاحه على مستوى القطاع الصحي: أمام تطور دور الدولة في توفير التمويل اللازم للقطاع الصحي فقد أصبح من الضروري تحديث نظام الميزانية أكثر من أي وقت مضى خاصة أمام المبادرات التي قامت بها العديد من الدول على غرار :

❖ بلدان I'OCDE من خلال Le traite de Maastricht

❖ أستراليا من خلال charte de l'honnête budgétaire la lof

❖ فرنسا من خلال La lof

إن النتائج التي حققتها هذه الدول تجعلنا نتساءل عن أهمية الإصلاح الميزاني بالجزائر وعن شروط نجاحه على مستوى القطاع الصحي؟

1- أهمية الإصلاح: يحظى مشروع إصلاح الموازنة العامة بأهمية بالغة نوجزها في النقاط التالية:

-إن تضييق نظرية تعدد السنوات تمكن من تحسين تقنية التخطيط وضمان التوزيع الجيد للموارد حسب الأهداف المحددة.

¹ - مفتاح فاطمة ، تحديث النظام الميزاني في الجزائر ، مرجع سابق، ص 106، ص 102.
² - الحلقة الدراسية حول حسابات التخصيص الخاص ، من إعداد طلبة السنة الرابعة فرع اقتصاد ومالية ، الدفعة 38 ، المدرسة العليا للإدارة ، الجزائر ، 2004-2005.

-إن مراجعة مدونة الميزانية تمكن من التنسيق بين المبالغ المخصصة والأهداف المسطرة وبالتالي الانتقال من ميزانية الوسائل إلى ميزانية النتائج (أي من الفاعلين إلى الفعالية).

-تقييم السياسات العمومية عبر استعمال مؤشرات ومعايير محددة تمكن من تسهيل المناقشات حول اختيارات الميزانية وبالتالي تقوية روح المسؤولية لدى المسؤولين عبر كافة المستويات.

-إن الحرية الممنوحة للمسيرين حتى وإن كانت جزئية فهي تمنحهم مرونة في تسيير الاعتمادات من دون الدخول في تعقيدات أي الإجراءات الروتينية التي من شأنها أن تعيق البرامج والمشاريع.

2-شروط نجاح الإصلاح: إذا كانت نية الإصلاح موجودة فهي إذن تحتاج إلى مجموعة من الشروط من أجل نجاحه والتي نجملها فيما يلي:

-الاعتماد على مؤشرات واضحة، دقيقة وملائمة تمكن من قياس الأداء وبالتالي مقارنة النتائج بالأهداف.
-لا يمكن أن نتصور نجاح كامل لجهود الإصلاح دون أن تكون جزء من إستراتيجيته تمس الجهاز الإداري عبر إصلاح الإدارة العامة من خلال توسيع مهامها وصلاحياتها لتتكيف مع الإصلاح الجديد.

-من أجل متابعة عملية الإصلاح فلا بد من تخصيص خلايا إدارية متخصصة على مستوى الوزارة.
-تمثل الحكومة محور السلطة التنفيذية بينما يمثل البرلمان محور السلطة التشريعية لذلك يعتبر توفير وتحسين العلاقة ما بين هاذين المحورين شرطا أساسيا لنجاح النظام الميزاني.

-أما النظام المحاسبي ومن أجل تحقيق إصلاح وشفافية في الموازنة العامة فالأمر يستدعي وجود نظام محاسبي ففقال يقدم نظرة شاملة للمعاملات المالية ويقوم على أساس نظام الرقابة الداخلية الفعالة¹.

-لا يمكن أن تكفل محاور الإصلاح بالنجاح التام إلا إذا تم تطبيق المشروع عبر مراحل متدرجة، وهذا حتى تتمكن الإدارة بما فيها من مسيرين من التأقلم مع محاور هذا الإصلاح.

الفرع الثالث: الحوكمة ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي

لقد باتت الحوكمة واحدة من متطلبات الإدارة الرشيدة في مؤسسات الميزانية العامة في مختلف دول العالم

□ إحدى آليات استكمال عمليات الإصلاح الإداري من خلال تعزيز مبادئ العدالة والشفافية والوضوح

والإفصاح، والمراقبة والمساءلة². وعلى الأساس فالإشكال المطروح يتمحور حول مدى مساهمة آليات الحوكمة في

زيادة مصداقية الميزانية العامة للقطاع الصحي وترشيد النفقات؟

¹ محمد عمر أبودوح ، ترشيد الإنفاق العام و عجز الميزانية العامة للدولة ، الدار الجامعية للنشر ، الإسكندرية ، 2006 ، ص 44.
² أكيل حميدة ، شكري معمر سعاد: تأثير تطبيق آليات الحوكمة في دعم حوكمة الميزانية العامة ، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الوطني الخاص متطلبات ارساء مبادئ الحوكمة في ادارة الميزانية العامة للدولة ، 30-31 أكتوبر 2012 ، ص 02.

أولا. التأصيل النظري لماهية حوكمة النظام الصحي

أ. تعريف حوكمة النظام الصحي: أصبح موضوع حوكمة النظام من المواضيع البارزة في جداول التنمية وقد كان الدافع وراء تزايد الاهتمام به الحاجة لتحسين النتائج الصحية وتحقيق أكبر قدر من المسائلة.

- وقد عرفت منظمة الصحة العالمية حوكمة النظام الصحي بأنها: "القواعد التي تحكم توزيع الأدوار والمسؤوليات والتفاعل بين المستفيدين من الخدمات الصحية: صناع القرار ومقدمي خدمات الصحة " ¹.
- كما عرفها صندوق النقد الدولي بأنها: "إدارة العلاقات بين مختلف أصحاب المصلحة في مجال الصحة بما في ذلك أفراد الأسرة، المجتمعات المحلية، الشركات، الحكومات، الشركات الخاصة، وغيرها من الكيانات التي لها مسؤولية تقديم وتقسيم ورصد الخدمات الصحية".

وعلى هذا الأساس تركز حوكمة النظام الصحي على المفاهيم التالية :

- ✓ السياسات الصحية.
 - ✓ الخدمات الصحية المقدمة.
 - ✓ توزيع الموارد الصحية واستخدامها.
 - ✓ توزيع التكاليف.
 - ✓ المستفيدين من الخدمات الصحية.
 - ✓ مراقبة الأداء والنتائج الصحية التي ينبغي تحقيقها.
- ب. أهداف حوكمة النظام الصحي: حوكمة النظام الصحي هي عملية فعالة تنطوي على تحسين نوعية الخدمات الصحية وتلبية احتياجات الأفراد على العلاج وذلك من خلال " ²:"
- ✓ الحد من الفساد في القطاع الصحي.
 - ✓ ضمان الاستجابة للفئات السكانية المحرومة.
 - ✓ توسيع قاعدة المشاركة في اتخاذ القرارات الصحية.
 - ✓ ضمان تمويل صحي عادل.
 - ✓ ضمان كفاءة النظام الصحي.
 - ✓ تحسين آليات الرقابة والمساءلة في القطاع الصحي.

¹-Health system (2008) **governance concepts experience and programing options** , united states agency for international développement (USAID), P 03

²-صندوق النقد الدولي : **تنظيم و إدارة الصحة العالمية** ، مجلة التمويل والتنمية ، 2008 ، ص 35.

ج. الإطار المؤسسي لحكومة النظام الصحي: إن تطبيق نظام مفهوم الحكومة على مستوى المؤسسات الصحية يشمل ثلاثة مجموعات أساسية وهي كالتالي¹:

1/المجموعة الأولى: وتشمل الدولة ومختلف هيئاتها من مسؤولين حكوميين، وزارة الصحة وكالات الصحة والتأمين الاجتماعي، وكالات التوزيع العمومية (للمستحضرات الطبية والمستلزمات والمعدات...إلخ).

2/المجموعة الثانية: وهي تضم مقدمي الخدمات الصحية من القطاعين العام أو الخاص (وتشمل المستشفيات، العيادات، المختبرات، شركات الأدوية...إلخ).

3/المجموعة الثالثة: وتضم الأشخاص أو الأفراد المستفيدين من الخدمات الصحية.

ثانياً. إستراتيجية تنفيذ حوكمة النظام الصحي: إن آليات الحوكمة تعكس الظروف الاقتصادية في البيئة التي تتم فيها ممارسة الحوكمة، ويتم تقسيمها عموماً إلى آليات داخلية وأخرى خارجية²:

أ. الآليات الداخلية للحكومة: تنصيب الآليات الداخلية للحكومة على أنشطة الإدارة والإجراءات اللازمة لتحقيق أهداف المؤسسة وهي كما يلي:

1/لجنة المراجعة: لقد أدت الانهيارات المالية الكبرى إلى زيادة الاهتمام بوضع لجنة خاصة بالمراجعة، يتجلى دورها في التنسيق بين المراجعة الداخلية والخارجية للمؤسسة، كما تقوم بحماية الاستقلال المالي للمرجع الخارجي.

2/الرقابة الداخلية: تعتبر الرقابة الداخلية إحدى أهم الوسائل المساعدة على عملية الحوكمة.

3/المراجعة الداخلية: هي نشاط مستقل يساعد على تحقيق مقاربة ومنهجية لإدارة المخاطر، الرقابة مع تقديم اقتراحات من أجل تقوية فعاليتها إذن فوظيفة المراجعة الداخلية هو الرقابة وبالأخص الرقابة الفجائية، مع التركيز على عنصر التجانس والتناسق بين أنظمة الرقابة الداخلية.

ب. الآليات الخارجية للحكومة: تتمثل الآليات الخارجية للحكومة في الرقابة التي يمارسها أصحاب المصالح والتي يمكن أن نوجزها فيما يلي:

-المراجعة الخارجية: تؤدي المراجعة الخارجية دوراً هاماً في تحسين نوعية الكشوفات المالية، فهي تمثل حجر الزاوية للحكومة.

-القوانين والتشريعات: لقد أثرت بعض التشريعات على الفاعلين الأساسيين في عملية الحوكمة لكن إذا كانت القوانين عكس ذلك (أي عدم وجود فراغ قانوني) فإن ذلك سوف يساعد على تقوية دور لجنة المراجعة على

¹-William D Saredoff : **gouvernance in the health sector** , plicy reserch worting paper 255 world bank, 2011, P 02.

²نوي نبيلة : **الحكومة كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية** ، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات التحكم في الإنفاق الصحي بالجزائر 24-25 نوفمبر 2015 ، جامعة مسيلة، ص 06 .

إعداد تقارير مالية، وإيجاد طرق فعالة من أجل الاتصال (بين المراجع الخارجي ولجنة المراجعة)، وبالتالي الحد وبشكل كبير من الفساد المالي.

أما بالنسبة للنظام الصحي فحوكمة هذا النظام تركز على القواعد التي تحكم توزيع الأدوار والمسؤوليات بين مختلف الأطراف الفاعلة بالإضافة إلى تنفيذ جملة من الإصلاحات والإجراءات التي من شأنها تعزيز الحوكمة وتحسين كفاءة الخدمات الصحية و ذلك من خلال:

✚ **تحديد المسؤوليات والعلاقات بين مختلف الجهات الفاعلة:** لقد أشرنا آنفاً أن حوكمة النظام الصحي تشمل ثلاثة مجموعات أساسية (الدولة، مقدمي الخدمات والمستفيدين من العلاج) وعلى هذا الأساس فمسؤولية هذه الجهات الثلاثة الفاعلة في النظام الصحي تتمثل فيما يلي¹:

1/مسؤولية الدولة وواضعي السياسات: يمكن إيجاز دور الدولة وهيئاتها في حوكمة النظام الصحي فيما يلي :

- توفير التمويل اللازم لتنفيذ السياسات الصحية.
- إنشاء هياكل لا مركزية الصحة.
- استحداث آليات للرقابة المالية للوقوف على مدى كفاءة الخدمات الصحية (كفاءة الإنفاق العام).
- وضع حوافز مشجعة لمقدمي الخدمات.
- صياغة استراتيجيات ملائمة لإدارة القطاع الصحي، مع ضرورة إشراك جميع الأطراف الفاعلة، كما يجب أن تتضمن هذه الإستراتيجية رؤية مستقبلية لقطاع الصحة وكيف يتم تحقيق الأهداف المسطرة.

2/مسؤولية مقدمي الخدمات الصحية: إن تطبيق مبادئ الحوكمة على المنظومة الصحية تتطلب مسؤولية كبيرة

ملقاة على عاتق الهيئات الخاصة أو العامة التي تعني بتقديم الخدمات الصحية وذلك من خلال :

- توفير خدمات العلاج حسب الطلب.
- نقل احتياجات الأفراد ومطالبهم إلى السلطات العليا.
- توفير المعلومات الكافية لأغراض الرصد والتقييم وتنفيذ المساءلة.
- ممارسة الضغط لإجراء إصلاحات على السياسة الصحية حالة عدم رضا المستفيدين.
- الالتزام بالمسؤولية الأخلاقية اتجاه المرض وأخلاقيات المهنة اتجاه الوظيفة.

¹نوي نبيلة: الحوكمة كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، مرجع سابق، ص 07.

3/مسؤولية المستفيدين من الخدمات الصحية: يلعب المستفيدين دورا هاما في تنفيذ إستراتيجية الحوكمة، بحيث تؤكد دراسات البنك الدولي أنه من دون المشاركة الإيجابية من قبل المستفيدين لن تحقق المشروعات في المجتمعات الغايات والأهداف المخطط لها، وتمثل مسؤولية المستفيدين في إطار حوكمة المنظومة الصحية في :

- المشاركة في صياغة السياسات الصحية.
- مشاركة أصحاب المصلحة في الإدارة والإشراف على خدمات الرعاية الصحية.
- تقديم ملاحظات على جودة الأداء والمساءلة.
- ممارسة الضغط من أجل تحسين الخدمات الصحية.

المشاركة والعدالة: إن عملية ترشيد الإنفاق العام من خلال مراعاة البعد الكمي والكيفي في تسيير المال العام يتطلب مشاركة أصحاب المصلحة في تحسين الخدمات الصحية، كما يتطلب وجود قنوات تضمن مشاركة المستفيدين في اتخاذ القرارات الصحية وتقييم الأداء والمساءلة، وفي هذا الإطار يلعب المجتمع المدني، المجالس النيابية واللجان الصحية دورا هاما في مشاركة مختلف أصحاب المصلحة في الإدارة والإشراف على الخدمات الصحية. وهو ما أكدته دراسة "Tendler" التي أثبتت وجود علاقة إيجابية بين زيادة مشاركة المنظمات الغير حكومية وتحسين الخدمات الصحية ، ومن جهة أخرى ترشيد الإنفاق العام من خلال مبادئ الحوكمة يتطلب وجود نظام صحي عادل يقوم على أساس:

- غياب الفوارق في مجال الصحة والتي يمكن تفاديها من خلال الوقاية والعلاج.
- التوزيع العادل لعبء تكاليف العلاج على الأفراد.
- الاستجابة العادلة والمناسبة من حيث الوقت للاحتياجات والتوقعات الشخصية للذين يسعون إلى الرعاية الصحية¹.

تعزيز آليات المساءلة: لقد حظي مفهوم المساءلة بأهمية بالغة من طرف بعض التنظيمات الدولية والتي تجسدت من خلال جملة من الإعلانات الدولية أهمها ما جاء في "إعلان طوكيو" أين تم تحديد جملة من المبادئ العامة التي تلزم بها الهيئات العليا للرقابة المالية والتي تتمثل فيما يلي:

- تحديد القواعد والأهداف بشكل واضح لمختلف البرامج والاستثمارات (المنجزة أو في طور الإنجاز) وذلك من أجل تسهيل عمليات المراجعة للنتائج.
- وضع قواعد ومعايير مرضية لقياس الأداء من قبل السلطات المركزية.

¹-البنك الدولي: الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط بشمال إفريقيا (العدالة والمساوات) ، 2013 ، ص 39.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- ضمان الرقابة على السياسات والاستراتيجيات المتعلقة بالتنمية والبرامج المحددة للأهداف القومية.

- التعاون بين مختلف هيئات الرقابة لدعم التغيير والصلاحيات التي تدعم المسائلة.

-المحافظة على استقلالية هيئات الرقابة وموضوعيتها ومصداقيتها.

أما بالنسبة للنظام الصحي مفهوم المسائلة يتضمن التخصيص السليم للموارد المالية (صرفها واستخدامها) كما يشمل مسؤولية احترام الأنظمة والقوانين القائمة ومعايير الأداء والنتائج المتفق عليها لتقييم أداء النظام الصحي، ناهيك عن المحاسبة أمام الشعب في إطار تعددي مؤسسي سياسي يتماشى مع القيم المجتمعية السائدة والخيارات والتوقعات لإدارة النظام الصحي على نحو تشاركي. إن المسائلة بالنظام الصحي (أمام المؤسسات إدارية ، سياسية [اجتماعية ، شبه قضائية) تتعلق بثلاث جوانب رئيسية:

أ. **مسائلة القيادات السياسية:** وذلك من خلال خضوع المسؤولين في السياسة الصحية للعقوبات القضائية أو الإدارية في حال اتضح أن أعمالهم منافية للمصلحة العامة، وعلى هذا الأساس تتضمن مساءلة القيادة السياسية في إطار الحوكمة الصحية في النقاط التالية:

- مدى حماية التشريعات لمعايير الصحة والسلامة في أماكن العمل.

- التدابير المتخذة لضمان إتاحة فرص متساوية للرعاية الصحية.

- الكفاءة في استخدام الموارد المخصصة للقطاع الصحي.

ب. **مساءلة الأداء:** إن تحقيق هذا النوع من المسائلة يتطلب بناء القدرات لممارسة الرقابة على الأداء، كما يمكن تعزيز مساءلة الأداء من خلال ضمان الحق في الحصول على الرعاية الصحية مأمونة، تتسم بالكفاءة والعدالة بما في ذلك من توفر الأدوية الأساسية، وتواجد الأطباء أثناء ساعات العمل، بالإضافة إلى التوظيف المناسب للفريق الصحي، الخصوصية والسرية في العمل، القدرة على الحصول على خدمات صحية من دون الاضطرار إلى تقديم مصروفات غير رسمية.

ج. **المساءلة المالية:** إن الرقابة والمساءلة وإدارة الشؤون المالية وإدارة الإنفاق من المبادئ الأساسية لحوكمة النظام الصحي، وهي ضرورية لمحاربة كل أشكال الفساد والهدر، وتنشأ المساءلة المالية من خلال تتبع التكاليف والميزانية المخصصة للقطاع الصحي عبر أساليب حديثة للمحاسبة والتدقيق، ولعل من بين الأساليب الحديثة التي يمكن الاعتماد عليها في عملية تدفق النفقات الصحية من خلال نظام الحسابات الصحية .

المطلب الثاني: بعض التجارب الرائدة في ترشيد الإنفاق الصحي

تجمع الخدمات العامة كالرعاية الصحية بين كونها حقًا اجتماعيًا واقتصاديًا للمواطنين من ناحية وبين كونها ذات أثر بالغ على سبيل التنمية من ناحية أخرى، وهو ما يجعل منها مسألة حقوقية، قانونية واقتصادية وسياسية في الوقت ذاته وقد حملت هذه الأبعاد المتعددة قادة البلدان حديثة العهد بالاستقلال بعد الحرب العالمية الثانية إلى وضع ضمانات الرعاية الصحية ومؤسساتها وسياساتها على رأس الأولويات وبالفعل نجح البعض في إدخال تعديلات على الحياة الغالبية العظمى من السكان من خلال رفع متوسطات الأعمار وخفض وفيات الأمهات ومكافحة الأمراض البوائية عن طريق إنشاء نضم تتميز بالكفاءة والفعالية والإسعاف في الوقت ذاته مثل: تجربة البرتغال (سنة 2002)¹، الصين، تركيا، السويد، كما حققت دول عربية تطورات باهرة على مستوى هذا المجال ونخص بالذكر تجربة الأردن (سنة 2010)²، وتجربة البحرين (سنة 2006)³.

استنادًا إلى هذه النجاحات المحققة بالعديد من البلدان سنسلط الضوء على ثلاثة نماذج أساسية ويتعلق الأمر ب: التجربة التركية، تجربة الصين وتجربة السويد.

الفرع الأول: التجربة التركية

تعتبر التجربة التركية من أهم التجارب الرائدة في مجال إصلاح النظام الصحي، وذلك من خلال ما حققته تركيا في السنوات العشر الماضية من حيث التغطية بالخدمات الصحية، فقد كان قطاع الرعاية الصحية في تركيا يتسم بالتخلف عن غيره من البلدان المتوسطة الدخل من حيث نطاق ونوعية التغطية. وعلى هذا الأساس ومن أجل خلق نوع من التوازي مع النجاح الاقتصادي الراسخ في السنوات الأخيرة، فقد استعانت تركيا بخبرات البنك الدولي للإنشاء والتعمير وذلك من أجل توسيع نطاق التغطية والتأمين الصحي. بالنسبة للفتات المعوزة من جهة ومن جهة أخرى محاولة تخفيض تكاليف الرعاية الصحية إلى أدنى حد ممكن بشرط أن يضمن ذلك الاستفادة القصوى من الخدمات الصحية.

إن نجاح التجربة التركية في المجال الصحي من خلال تحقيقها لمراكز متقدمة ضمن مثيلاتها من الدول على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي جعلها نموذجًا مثاليًا يهتدي به في كافة الدول النامية وعلى رأسها الجزائر، إذن فيما يكمن سرّ هذا النجاح؟

¹-Stéphanie Guichard(2004),The reforme of the Health care system in Portugal,OECD ,Economics Department ,Working papers,NO 405,OECD ,Publishing .

²-حيدر فريحات: التأمين الصحي والإنفاق الصحي في الأردن، مديرية الأساليب والمنهجيات الإحصائية، الأردن، أيول 2011.
³سندى عباس حفاظ: تحسين جودة الرعاية الصحية في البحرين وزيادة خيارات المرضى، تقرير صادر عن وزارة الصحة للملكة البحرين، سنة 2007.

أولاً. المنهج المتبع في الإصلاح: انتهجت الحكومة التركية نظام صحي مختلف عن بقية الدول النامية المتوسطة الدخل، فعلى الرغم من النمو الاقتصادي الذي شهدته البلاد ابتداءً من سنة 2003 لجأت الحكومة التركية للبنك الدولي للإنشاء والتعمير (IBRD) وذلك من أجل توسيع نطاق التأمين الصحي في أوساط المعوزين والأسر الفقيرة بنسبة 75% على مدار ثلاث سنوات¹. وقد أدى هذا التوسع إلى إحداث تخفيضات هائلة في تكاليف الرعاية الصحية، وزيادة الانتفاع بالرعاية الصحية، مما أدى إلى رضا الأفراد عن الخدمات المعروضة.

إن هذه النتائج المحققة كانت نتيجة برنامج الإصلاح الصحي الذي تم تبنيه سنة 2003 بحيث طرحت الحكومة برنامجاً جديداً لتعديل نظام الرعاية الصحية سمي "برنامج التحول الصحي" ذلك بالتعاون مع البنك الدولي للإنشاء والتعمير، متمثلاً في مبادرة إصلاحية لقطاع الصحة وذلك خلال مدة أقصاها عشر سنوات (10) تهدف من خلالها إلى رفع مؤشرات الرعاية الصحية بتركيا لتتوازي مع مثيلاتها من الدول المتوسطة الدخل والبلدان الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE).

على الرغم من الظروف الصعبة التي مرت بها تركيا خلال الفترة التي سبقت عملية الإصلاح والتي تمثلت في تجزؤ وضعف النظام المالي لرعاية الصحية كونه كان يتسم بعدم العدالة والكفاءة، في حين كانت التغطية التأمينية التي تشمل الفئات الفقيرة نادرة للغاية، كما كانت الرعاية الصحية باهظة الثمن (مكلفة) خاصة على مستوى المناطق الريفية. من خلال المشروع الانتقالي لنظام الرعاية الصحية ساعد البنك الدولي لإنشاء والتعمير الحكومة التركية على بناء قدرات وزارة الصحة والضمان الاجتماعي، وهذا من أجل توسيع نطاق التغطية التأمينية للأفراد، سواء من حيث الخدمات الاستشفائية، أو خدمات صرف الأدوية.

تمت الموافقة في ماي 2009 على المشروع المسمى "بمشروع التحول الصحي وإصلاح التأمين الاجتماعي" وهو مشروع تكميلي لمبادرة الإصلاح الصحي التي تم المبادر بها في سنة 2003 من خلال "مشروع التحول الصحي" على غرار النجاحات التي حققتها الإصلاحات السابقة فإن المشروع الجديد يوفر المساندة للخطة الإستراتيجية التي وضعتها وزارة الصحة من أجل تكثيف نطاق الرعاية الصحية لتشمل أكبر عدد من المستشفيات والبالغ عددها 850 مستشفى مع تعزيز من مستوى لحكمة المؤسسات الصحية من خلال الرقابة الفعالة، الشفافية والمساءلة. لقد استمر مشروع إصلاح القطاع الصحي في شطره الثاني إلى غاية 2013 وذلك من أجل تحقيق الأهداف التالية :

- منح استقلالية في تسيير المستشفيات.

¹ - برحومة عبد الحميد : مهديد فاطمة الزهراء ، برنامج التحول الصحي و إصلاح التأمين الاجتماعي تجربة تركيا ، مداخلة في إطار ملتقى دولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي ، 24-25 نوفمبر ، جامعة مسيلة ص 08.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- توسيع نطاق التغطية الصحية من خلال تقديم الخدمات الطبية للأسر في مختلف أنحاء البلاد.
 - استحداث مبادرات إدارة الأداء.
 - تأسيس نظام تمويل مستند إلى المخرجات لتمكين وزارة الصحة من مكافحة الأمراض الغير معدية.
- الجدير بالذكر أن هذه الإصلاحات منحت مديري المستشفيات المزيد من الاستقلالية للتحكم في ميزانيات المستشفيات، كما أدخلت نظام تعهيد الرعاية التشخيصية في المستشفيات إلى القطاع الخاص وآليات جديدة لضمان الجودة. أما فيما يخص حجم الموارد المالية التي تساهم بها البنك الدولي للإنشاء والتعمير لضمان السير الحسن لمشروع الإصلاح الصحي فقد تمثلت فيما يلي¹:
- مشروع التحول الصحي في تركيا: تاريخ موافقة المديرين التنفيذيين ماي 2004 على مبلغ يقدر بـ 60 مليون دولار.
 - مشروع التحول الصحي وإصلاح التأمين الاجتماعي في شطره الثاني، تاريخ موافقة المديرين التنفيذيين فيفري 2009 على مبلغ يقدر بـ 57 مليون دولار.
 - دعم سياسة التنمية الصحية في إطار البرنامج الأول⁷ تاريخ موافقة المجلس التنفيذي فيفري 2006 على مبلغ 500 مليون دولار.
 - دعم سياسة التنمية الصحية في إطار برنامج الإصلاح الصحي الثاني للقطاع العلم⁸ تاريخ موافقة المجلس التنفيذي كان في فيفري 2008 على قيمة 400 مليون دولار.
- إن هذه الجهود المبذولة في عملية الإصلاح تم تنفيذها بالشراكة والتنسيق مع العديد من الهيئات نذكر منها: وزارة العدل، وزارة العمل والتأمين الاجتماعي، مؤسسات التأمينات الاجتماعية، وزارة المالية، وكالة وزارة الخزانة وهيئة التخطيط.
- ثانيا. تقييم تجربة الإصلاح الصحي بتركيا: يمكن تقييم تجربة إصلاح القطاع الصحي بتركيا من خلال استعراض النتائج المحققة كما يلي²:
- زيادة عدد حاملي بطاقات التأمين الصحي الحكومة خلال الفترة الممتدة من 2003 إلى 2006 بأكثر من 10 مليون فرد أي بنسبة زيادة تقارب 75 %.

¹ نتائج البنك الدولي للإنشاء والتعمير ، 2009 ، ص 03 .

² مقال بعنوان البحرين: تدرس أسلوب تركيا في إصلاح النظام الحكومي للرعاية الصحية 17-02-2015 ، انظر الموقع :

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- ساهم برنامج الإصلاح الصحي 2003-2013 في تفعيل القوانين الإدارية التي تسمح باندماج برامج التأمين الصحي، كما تم جمع أنظمة الضمان الاجتماعي الثلاثة بتركيا ، وبحلول سنة 2008 تم التأمين على 57.7 مليون شخص يمثلون نسبة 82 % من السكان وذلك لدى معهد الضمان الاجتماعي الجديد في تركيا.

- كذلك من بين النتائج الايجابية التي حققتها برنامج الإصلاح الصحي تركيا وهو تخفيض من حدة الأعباء وتكاليف الأدوية ونفقات الرعاية الصحية الأخرى من 50% عام 2003 إلى 19% عام 2008 .

إن الانطلاقة الفعلية لبرنامج الإصلاح الصحي بتركيا كان عام 2003 لكن وقبل بداية هذا البرنامج كانت الخدمات الصحية المعروفة تتم بشكل مفتتقتصر على الخدمات الصحية التي توفرها المستشفيات والتي لم تكن تستجيب وحجم الطلب المتزايد عليها، كما أنها تميزت بتكلفتها المرتفعة نسبيا، أما بالنسبة للرعاية الصحية الأولية فقد كانت دون المستوى المطلوب وذلك راجع إلى النقائص العديدة التي كان يعاني منها القطاع سواء من ناحية التمويل أو من حيث عدد الممارسين أو الهياكل فضلا عن سوء توزيعهم توزيعا عادلا. وعلى هذا الأساس قام برنامج الإصلاح الجديد بإعادة تجميع الأجزاء المفتتة للقطاع وذلك من أجل تقديم خدمات تستجيب لطموحات وتطلعات الأفراد.

حاليا يتم الاستشهاد بتجربة تركيا من حيث النتائج التي حققتها برنامج الإصلاح الصحي خاصة فيما يخص:

✚ الأهداف الإنمائية للألفية بحيث نجد أن تركيا قد اقتربت كثيرا من تحقيق الأهداف المحددة في ميثاق الألفية (2015/1990) إذ نجد أن نسبة وفيات الأمهات أثناء الحمل والولادة انخفضت من 50 وفاة لكل ألف سنة 1990 إلى 20 وفاة لكل ألف سنة 2013 كما انخفضت نسبة وفيات الأطفال الرضع الذين لا يتجاوز عمرهم السنة من 55.7 عام 1990 إلى 16.5 لكل ألف مولود حي عام 2012 كما شهدت ارتفاعا في نسبة أمل الحياة عند الولادات من 64.28 لكل 1000 سنة 1990 إلى 75.18 لكل 1000 سنة 2013 .

✚ اتساع نطاق التأمين الصحي الممول من طرف الحكومة وذلك من خلال زيادة عدد الأفراد الحاملين البطاقات الخضراء التي تمكنهم من اقتناء الأدوية والمستحضرات الطبية وكذا زيادة العيادات الخارجية.

✚ ساهمت سياسة الإصلاح الصحي في تقليص من الأعباء وتكاليف الرعاية الصحية التي كان يتحملها الأفراد من خلال اتساع نطاق التغطية الصحية من 2.5 مليون شخص عام 2003 إلى 10.2 مليون شخص عام 2006.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

ربط الأجر بالأداء على مستوى جميع المستشفيات الصحية التابعة للقطاع العام وهو ما أدى إلى خلق عدة مزايا منها:

- منح المسيرين استقلالية في تسيير الميزانيات.
- تسهيل عملية الرقابة على الأداء.
- المسائلة لكل الفاعلين بالقطاع حول الاختلالات والانحرافات بين الأداء الفعلي والأهداف المسطرة.
- منح ميزانية خاصة لوزارة الصحة يتم الإعلان عنها مسبقا مع مرافقتها بالرقابة الشهرية ، وهو ما أدى إلى خلق نوع من الرضا عن أداء النظام الصحي بحيث أشارت آخر الاستطلاعات أن 74 % من الشعب التركي راض تماما عن الخدمات الصحية المعروضة .
- التحكم في تكاليف القطاع من خلال تخفيض حجم النفقات الغير ضرورية. وعلى هذا الأساس انخفضت نسبة الإنفاق الصحي إلى حدود 5.59 % سنة 2013 وهي نسبة معتبرة للغاية مقارنة بالأداء المقدم لذلك مقارنة ببلدان منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي التي تخطت 17 % من الناتج الداخلي الخاص، كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول (4-28): تطور الإنفاق الصحي بتركيا بالنسبة إلى النتائج الداخلي الخام

2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
4.33	4.14	4.21	4.41	4.92	4.44	4.10	3.97	3.70	3.83	3.84	3.79	3.51	3.11	القطاع العام
1.26	1.25	1.06	1.20	1.16	1.64	1.94	1.84	1.75	1.54	1.50	1.57	1.65	1.83	القطاع الخاص
5.39	5.39	5.29	5.61	6.08	6.07	6.04	5.81	5.45	5.37	5.34	5.36	5.16	4.95	الاتفاق الكلي

Source : la banque mondiale, perspective monde université de Sherbrooke(2013)

يعتبر كل مواطن تركي آليا مشمول من حيث الرعاية الصحية (إلى غاية 18 سنة جميع الأفراد يشملهم التأمين الصحي دون التفرقة بين غني وفقير) أما في حالات خاصة الشيخوخة أو المرض نتيجة أسباب خاصة فإن الدولة تتكفل بدفع أقساطه للضمان الاجتماعي والضمان الصحي.

بحلول عام 2011 وقعت وزارة الصحة عقودا مع 20 ألف عائلة جديدة مسجلة لدى 6250 مركزا صحيا، كما زاد عدد الزيارات لمراكز الرعاية الصحية من 74.8 مليون شخص عام 2002 إلى 244.3 مليون زيارة عام 2014. ووفقا للاستطلاعات فقد نما معدل الرضا عن الخدمات الصحية من 39.5 % عام 2003 إلى 75.9 % عام 2014.

ثالثا. الدروس المستفادة من التجربة التركية

لقد حقق برنامج إصلاح النظام الصحي بتركيا نجاحا كبيرا يمكن الاستدلال بها من أجل إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية وذلك من خلال إتباع الإجراءات التالية"¹.

-التسلسل الزمني للإصلاحات يمكن أن تحسن من الأثر السياسي للعملية:منذ البداية كانوا صانعو السياسة الصحية الأتراك يدركون التحديات التي يواجهها القطاع وعلى هذا الأساس كانوا بد من التدرج في عملية الإصلاح الصحي من خلال تطبيق إصلاحات بسيطة فعالة من حيث المردود والتكلفة وشديدة الوضوح كي تكتسب تأييد المواطنين، وعلى هذا الأساس كانت هذه الإجراءات مهمة للغاية من أجل تمهيد الطريق لإصلاحات أوسع نطاقا ، من خلال تطبيق إصلاحات مؤسسية على مراحل مخطط لها بعناية، وساعد الأسلوب التدريجي على منح صانعي السياسات المرنة المطلوبة لتقسيم الإصلاحات وإجراء أي تعديلات لازمة.

-وتيرة الإصلاح مع تحديد الإطار الزمني عامل مهم لفشل أو نجاح العملية:كذلك من بين العوامل الهامة التي أدت إلى نجاح التجربة التركية وذلك من خلال تحديد مدة تطبيق كل برنامج صحي مع مراقبة التقدم المحقق على أرض الواقع، إلا أن هذا لا يعني التعجيل في تطبيق الإصلاحات، وهو ما جعل ممارسي القطاع يقتنعون بجمية الإصلاح والتغير ولذلك نجد أنهم كانوا يقطنون وقتا طويلا في العمل بالقطاع العام والخاص² وذلك باعتبار أن الأجر كان مرتبطا بأدائهم في المستشفيات (2003) لم يتم حصر العمل بالقطاع الخاص إلا في عام 2010) بل إن عدد كبير من الأطباء توقفوا طوعا عن ذلك.

-ملائمة الظروف الخارجية عامل مهم للنجاح:شهد الاقتصاد التركي عقدا من النمو طيلة الفترة الممتدة من 2003 إلى غاية 2013 وصاحب ذلك منح الإنفاق الصحي أولوية خاصة من خلال تخصيص نسبة تتعدى 4% من الناتج الداخلي الخام إلى هذا القطاع وهو ساعد بصفة أساسية في توفير التمويل الكافي لهذا القطاع وبالتالي التوسع في برنامج البطاقات الخضراء لغير المؤمنین اجتماعيا من الفقراء.

-دمج برامج المستحقات من أجل توفير التمويل اللازم للرعاية الصحية: من أجل ضمان التمويل اللازم والمستدام للقطاع الصحي قامت تركيا بدمج خمسة برامج للتأمين الصحي ذات منافع متباينة وأسعار اشتراك مختلفة وقد تم ذلك على مراحل مختلفة: حيث تم تجميع برامج التأمين لموظفي القطاع الرسمي، وبرنامج تأمين العاملين لحسابهم الشخصي وبرنامج الموظفين الحكوميين المتقاعدين عام 2006 ثم تم نقل برنامج الموظفين الحكوميين العاملين عام 2010 وأخيرا أصبح برنامج البطاقة الخضراء جزءا من نظام مؤسسة الضمان الاجتماعي عام 2012 لتوحيد بذلك جميع برامج التأمين الصحي، أما الاشتراكات الدفع فقد تم ربطها بالدخل.

¹- برحومة عبد الحميد : مهديد فاطمة الزهراء ، برنامج التحول الصحي وإصلاح التأمين الاجتماعي ، مرجع سابق، ص 13.

-إصلاح نظام تمويل الرعاية الصحية: لإنهاء مسألة التجزء في المنظومة الصحية التركية وبالأخص على مستوى القطاع العام، تم إدراج شبكة المستشفيات والموظفين بالقطاع الرسمي إلى شبكة وزارة الصحة سنة 2005 كما تم استحداث تجربة صحة أو طب الأسرة وتعميمها سنة 2010 ، وذلك من خلال منح تحفيزات ورواتب للأطباء مقابل عرض خدمات صحية للأمهات الحوامل وأطفالهن خاصة في المناطق الريفية. وعلى الرغم من عدم كفاية الخدمات الصحية العامة لجميع الأفراد، إلا أن فكرة طب الأسرة في مجال الرعاية الصحية الأولية قد لقيت إشارة من قبل جل المواطنين.

الفرع الثاني: تجربة الصين

جرت محاولات عديدة لتخفيض الإنفاق العام وإدخال القطاع الخاص في الصين لتقدم الخدمات مقابل أجر عملا بسياسة الريح وسميت هذه التغيرات بالمرحلة الأولى لإصلاح وربما الأقرب للدقة هو التحرير (liberalization) والخصخصة (privatisation) وهو ما كان له آثار سيئة على النظام الصحي من حيث قدرته على الخدمة وخاصة الأشد فقرا وتهميشا وعلى فعالية استخدام الموارد مع ظهور ميول لإهدار بغية تحقيق أرباح أكبر وبالأخص في مجال صرف الأدوية. وقد أدت كارثة انتشار مرض السارس (sars) في عام 2003 إلى الكشف عن قدر التدهور الذي أصاب النظام الصحي الصيني، وهو الأمر الذي أدى إلى ضرورة العودة إلى إعادة بناء النمط القديم من النظام المركزي المدعوم أساس من الدولة بدلا من الاعتماد على تقديم القطاع الخاص للخدمات الصحية الأساسية للمواطنين.

رغم أن للصين نظام استبدادي النزعة أجرى التحرير الاقتصادي مع امتداد القمع السياسي والاستبعاد وغياب الديمقراطية إلا أن الصين كان البلد الأشد نجاحا في العقود الثلاثة الماضية، وذلك لجهود الدولة نحو توزيع ثمار التنمية من خلال برامج التنمية الإنسانية كالتعليم، التدريب المهني والرعاية الصحية.

لا شك أننا في الجزائر نحمل الكثير من أوجه الشبه مع الصين منذ التسعينات من حيث محاولة الدولة التملص من التزاماتها إزاء حقوق المواطنين في الرعاية الصحية، ومحاولة إخلاء مساحات للقطاع الخاص حتى أصبح بالفعل المقدم الأساسي للخدمة، وأصبح الجزء الأكبر من الإنفاق يأتي من "الجيب" مع تحيزات واضحة وعنيفة ضد الأشد فقرا.

أولا. أهم مراحل إصلاح النظام الصحي: مع تأسيس جمهورية الصين الشعبية في عام 1949 انعقد المؤتمر الوطني الأول للصحة ووضعت أربعة مبادئ إرشادية لتطوير النظام الصحي وقد جاءت كالتالي¹:

¹ - محمد حافظ خطاب: إدارة أزمات الصحة العامة بين المفهوم والتطبيق الصيني: دار الأيام للنشر والتوزيع عمان، الأردن، 2013، ص 100.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- نظام صحي يخدم العمال الجنود والفلاحين والمسنين.
 - الأولوية للوقاية .
 - تحقيق اهتمام متساوي بين الطب الصيني التقليدي والطب الغربي.
 - تحريك كل قطاعات المجتمع للعمل الصحي على زيادة العمر المتوقع في ثلاثة عقود.
- وحدث بعد ذلك تحسين ملحوظ في موارد الصحة، بحيث تم هذا الإنجاز من خلال نظام الاقتصاد المخطط حيث كان استكمالا ناجحا لما اصطلح على تسميته "الثورة الأولى للصحة"، كما أن الحالة الصحية التي تحققت كانت أفضل من المتوقع، وبهذا أصبح الصين نموذجا عالميا لصحة العالمية¹.

الجدول(4-29): بعض المؤشرات الصحية بالصين

المؤشرات	2000	2005	2010	2011	2012	2013
العمر المتوقع عند الميلاد (بالنسبة)	72.14	74.05	74.89	75.04	75.20	75.35
معدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي)	30	20	14	13	12	11
المستشفيات لكل 1000 ساكن	1.86	1.56	1.80	1.83	1.94	-
التغطية الصحية لعدد الأطباء لكل 1000 ساكن	2.52	2.23	4.20	3.56	3.80	-

Source : Ministry of health, chinese realth statistical digest.

: Statistique de la banque mondiale.

منذ عام 1949 وإلى الآن مر النظام الصحي الصيني في تطور لمعالجة أسباب ونتائج خطط السياسات السابقة بعدة مراحل، ففي الفترة ممتدة من عام 1949- 1979 يمكن رصد تطور النظام الصحي ومبدأ المساواة فيه من خلال مؤشرات القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية والقدرة على تحمل تكلفتها في إطار إيديولوجي متسع الإنصاف والتضامن السياسي، ثم تغير الوضع في عام 1980 وبدأ إصلاح القطاع الصحي الذي مر بالتطورات التالية :

أ.الدورة الأولى للإصلاح: من عام 1980 في عام 1996 والتي اتسمت بالمشاركة في مسؤولية الرعاية الصحية من خلال الأفراد والحكومات في سياق سياسات اللامركزية المالية.

ب.الدورة الثانية للإصلاح: خلال الفترة الممتدة 1977-2006 جرت محاولة لدمج ومقاربة التخطيط المركزي بآليات السوق، وذلك في ظل نقص التمويل الحكومي للخدمات الأساسية العامة، أو سياسات رفع آليات السوق الأخرى، مما أدى إلى فشل الإصلاح مع تهميش التضامن ونتائج الحماية الاجتماعية.

¹-علاء ختام ،د عمرو عادل: الإصلاح الصحي في الصين أي دروس لمصر؟، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية ص4 ، فصل مترجم مأخوذ من كتاب:

P.Den Exter(ed) : international Health law solodarity and justice in realthcare,Apeldon antwerpen, matclu , 2008.

ج. الدورة الثالثة للإصلاح: شهدت الفترة الممتدة 2007 إلى غاية 2020 محاولة لإعادة بناء القدرة على الوصول إلى أهداف الرعاية الصحية، وتدعيم الإنفاق الحكومي كجزء من التدعيم الكلي للخدمات العامة. بمعنى آخر كانت الدورة الأولى جزء من حركة الاقتصاد المنفتح المعتمد على سياسات السوق التي دمرت معالم النظام الصحي الناجح السابق. وعلى هذا الأساس كان أثر دورة الإصلاح الصحي الأولي هو خصخصة جزئية للتمويل مع إنشاء شركات لإدارة وتقديم خدمات الرعاية الصحية والحد من المركزية. وقد برزت بذلك أعراض مشكلات النظام الذي يمكن توصيفه "بالهوية العامة وآليات العمل الخاصة". بحيث ظلت الملكية نظريا ملكية عامة وأن اتسم أداء وسلوك مقدم الخدمة بتوجه قوي لتحقيق الربح.

ثانيا. أسباب تغير النظام الصحي: لقد بدأت الدورة الأولى لإصلاح النظام الصحي تحديدا مع بداية الإصلاح الاقتصادي في أوائل عام 1980 بحيث كان كل من الإصلاح الاقتصادي إصلاح القطاع العام هو القوة الدافعة وراء إصلاح النظام الصحي ولا مركزية المالية وتأسيس شركات قابضة مملوكة للدولة. والقطاعات العامة الأخرى المعنية بخدمات الرفاهية الاجتماعية مثل الرعاية الصحية. تماشيا مع برنامج الإصلاح الاقتصادي واللامركزية المالية كان على كل المؤسسات الصحية التي تحولت إلى شركات أن تشق طرقها بنفسها للبقاء، و لذلك فقد ركزت سياسات وزارة الصحة إجراء محاسبة مالية للمستشفيات لإنعاش كفاءتها الاقتصادية كي تخفض من تمويل الحكومة لها، ولذلك فقد طبقت سياسات جديدة وضعت موضع التنفيذ تدريجيا لدفع حوافز تعدل من سلوك مقدمي الخدمات منها:

✓ الاعتماد في تسعير الخدمات الصحية على أساس التكلفة الحقيقية.

✓ تطبيق نظام التعاقد على الخدمات الصحية.

✓ السماح بتطبيق الأنشطة الموازية لتعويض نقص الموازنة العامة.

لقد أدت الضغوط التنافسية إلى تصاعد تكلفة الخدمات وتدهور الأنشطة التنظيمية، بحيث أنه في ظل غياب سياسة تسعيرية ارتفع سعر الدواء بنسبة 80% 9 بدأت برامج اعتماد الجودة للمستشفيات في عام 1989 وشملت البرامج تطوير أنشطة بناء الوحدات الصحية، وتسجيل تقارير عن عدم رضا المستهلكين بسبب تخفيض المزايا التي كانت ممولة سابقا.

أدى تغيرات التمويل في التسعينات إلى أن أغلب المستشفيات كانت تحصل على نسبة أقل من 10% من مواردها من مخصصات الموازنة الحكومية وحوالي 60% من مواردها من بيع الدواء، وبسبب هذا الحافز قدر الخبراء أن حوالي 40.30% من استهلاك الدواء كان غير ملائم أو غير ضروري وهو ما يساوي تكلفة في العالم تصل

إلى أكثر من 30 بليون يوان صيني سنويا. ولذلك كانت توابع إتباع هذه السياسة نتائج سلبية خاصة فيما يخص القدرة إلى الوصول للرعاية الصحية في المناطق الريفية وهذا مع انهيار نظام التعاونيات الطبية الريفية (CMC). إذن في ظل هذه السياسات استمرت مقارنة استرداد التكاليف وتحقيق عوائد من وراء تقديم الخدمات، باعتبار أن تلك الإستراتيجية هي الأسلوب الذي كانت تعتمد عليها المستشفيات، وفي ظل هذا السياق استجاب مقدموا الخدمة بتحصيل حوافز مادية من خلال أسلوب رسم مقابل الخدمة وأسلوب الدفع مقابل خدمة. لقد أدى هذا الخلل في تمويل النظام الصحي إجمالا إلى وجود منافسة ضارة بين المؤسسات الصحية تحت شعار "هوية قطاع عام بسلوك قطاع خاص" ذلك من خلال السعي نحو تعظيم الفوائد، وهو ما أدى إلى التساؤل حول جودة الخدمات في ظل القدرات والكفاءة المحدودة لقوة العمل الطبية، و منافسة أسواق الرعاية الصحية والتي أدت إلى زيادة إهدار في حجم موارد القطاع فمثلا ارتفعت نفقات تشغيل المستشفيات الحضرية من 1.794 مليون يوان سنة 1978 إلى 4.183 يوان سنة 1993 تاركا خلفه سكان الريف يدفعون من جيوبهم الشخصية مقابل الرعاية الصحية، ومن جهة أخرى فقد تسيدت المنافسة بين المؤسسات الصحية على مستوى المناطق الإدارية والمراكز الصحية في القرى، مما أدى إلى تدهور الحالة الصحية لفقراء الريف بشكل متزايد بسبب التكلفة التي وقعت على كاهلهم.

كما يمكن توضيح الاختلال في النظام الصحي الذي كانت تشهده الصين بين المناطق الحضرية والريفية من خلال عدم الإنصاف في توزيع موارد القطاع فمثلا في سنة 1993 بلغ متوسط الإنفاق الصحي للفرد في المناطق الحضرية 235 يوان مقابل 60 يوان للفرد في المناطق الريفية، كما ازدادت الفروق بين الريف والحضر بشكل أكثر وضوحا خاصة في مجال المنشآت الصحية بحيث انحصرت خدمات الرعاية الصحية الأولية على مستوى القرى نتيجة انخفاض عدد المنشآت الصحية من 55% إلى 71% بين عامي 1979-1993. أما بالنسبة لحجم العمالة فقد تركزت هي الأخرى على مستوى المناطق الحضرية وذلك في ظل تراخي الدولة عن توزيع العدالة مع تدني الدخل واضطلاع المؤسسات نفسها بتدبير مواردها، ولهذا أصبح العاملون يفضلون العمل في المناطق التي تدفع بها رواتب أعلى في المستشفيات الحضرية¹.

ثالثا. تدابير السياسة الجديدة في ظل فشل تشريعات تنظيم مقدمي الخدمة

¹-P.Zherg, T.Fance : **public Hospital in china privatisation The Demise of universal care and the of patient**, journal of law médecine, 2006, P 465.

- أ. الجولة الثانية من الإصلاح: استدعت الأزمات المتنامية داخل النظام الصحي إلى عقد المؤتمر الوطني الثاني للصحة لمناقشة القضايا البارزة في القطاع، وقد كانت الأهداف الأساسية لهذه الدورة كالتالي¹:
- تدعيم ديناميكية المؤسسات الصحية العامة من خلال إصلاح نظم الإدارة والخدمات.
 - رؤية هدف الرعاية الصحية من خلال تحقيق الرضا العام عن طريق تنفيذ الحكومة لسياسات خاصة بالرعاية والتنمية الصحية في اتساق مع الاقتصاد الوطني والتنمية الاجتماعية.
 - القيام بإصلاح مؤسستي يسعى إلى إحداث توازن بين المزايا الاقتصادية والاجتماعية.
 - كما شددت الأهداف السياسية لوزارة الصحة في الخطة الخماسية (2001-2005) على تدعيم الصحة الريفية من خلال توفير الخدمات الأساسية والإصلاح القطاعي الصحي (الذي يشمل خطط المناطق الصحية وإدارة المستشفيات).
 - كما أعيد النظر في عدم التوازن بين الرعاية الصحية الأولية والثالثية من خلال التخطيط الإقليمي للصحة في ظل إرشادات السياسة الصحية الوطنية، ولذلك فقد طلب من المحافظات تطوير معايير التخطيط، ومن المدن تطوير وتنفيذ خطط تمويل غير مركزية.
 - وبينما ظلت المستشفيات تحقق إيراداتها من هامش الربح المضاف على تكلفة الأدوية من أجل تعويض خسارة الدعم المالي الحكومي لها جاءت سياسة إصلاح الدواء المقررة في عام 2000 لتقييم فعلي بين وصف الدواء وصرفه على نحو يقطع الصلة بين حوافز الأطباء لوصف أدوية أعلى ثمنًا بهدف زيادة ما يكسبونه، ومع ذلك ارتفعت صناعة الدواء في الصين في اتجاه عمليات تشغيل موجهة للسوق في وقت مبكر عن توجه المستشفيات نحو السوق، وتشكلت المشروعات المشتركة مع شركات الدواء المتعددة الجنسيات الضخمة، وقد تمزقت سلسلة التوزيع الحكومية التقليدية للإمداد بالأدوية. وبغياب التعويضات الحكومية بالدعم المالي المتزايد للميزانيات والإشراف النظامي استمرت المستشفيات في وصف أدوية غالية الثمن من أجل تغطية تكلفة عمليات التشغيل الروتينية.
 - إبان الدورة الثانية لإصلاح النظام الصحي كان هناك اعترافًا خطايا بأهمية رؤية الدولة واتجاهات السياسة وأن النظام الإداري الصحي ظل كما هو دون تغيير إذ ظل يعاني من التفتت عبر الوزارات المختلفة والصراعات التنظيمية التي ثبت أنها عائق أمام توحيد المنظومة.

¹-د. علاء غنام، د. عمرو عادلي، الإصلاح الصحي في الصين، مرجع سابق، ص 10.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- كما شهدت ملكية المستشفيات عمليات خصخصة وذلك من أجل تخفيف العبء المالي لدعم الخدمات الصحية الذي نتج عن لامركزية الإدارة، وقد تسببت تلك التغييرات في توسيع التفاوت في القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية والذي تزامن مع نمو وتوسيع القطاع الخاص بلا ضوابط جيدة.

شهد عقد من الإصلاح منذ عام 1996 كثيرا من النقد أكثر من النجاحات بحيث أعلن تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة عام 2005 أن إصلاحات الثمانينات والتسعينات كانت فاشلة، ونتيجة لذلك برز موضوع التمويل الصحي في مرتبة عالية من أولويات الحكومة في عام 2006 ويعود ذلك إلى أن التحليل قد أظهر أن الحكومة قد استمرت بشكل ثابت في تخفيض من دورها المالي في القطاع الصحي بحيث انخفض الإنفاق الحكومي على القطاع من 37% عام 1971 إلى 18% عام 2006 بينما زادت نسبة النفقات الصحية الخاصة بشكل ثابت من 23% في عام 1981 إلى 46% في عام 2006. ومع التسليم بأن النظم الصحية المدارة والمدعومة بواسطة الدولة تنتج حوافز سلبية وترفع من نفقات الجيب الشخصي عاليا، فإن القطاع الخاص الناشئ قد قدم وسيلة أرخص وأيسر إلى الرعاية الصحية¹.

الجدول (4-30): تطور الإنفاق على القطاع الصحي بالصين بالنسبة إلى الناتج الداخلي الخام (PIB) خلال

الفترة (1995-2013)

2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
5.57	5.41	5.15	4.98	5.15	4.63	4.35	4.55	4.68	4.75	4.85	4.81	4.58	4.62	الإنفاق الكلي
3.11	3.03	2.88	2.70	2.70	2.32	2.04	1.85	1.82	1.80	1.76	1.72	1.63	1.77	الإنفاق العام
2.46	2.38	2.27	2.27	2.44	2.32	2.81	2.70	2.87	2.94	3.09	3.09	2.95	2.85	الإنفاق الخاص

Source: la banque mondiale, perspective monde université de Sherbrooke

ب. الجولة الثالثة من الإصلاح: انطلقت الجولة الثالثة من الإصلاح بإتحاد بين تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة عام 2007 والنداء المجتمعي الداعي لتخفيف العبء الذي يتحمله الأفراد عند سعيهم لتلقي الرعاية الصحية، وخلال هذه المرحلة من الإصلاح فقد قررت الحكومة زيادة حصتها لتمويل الصحة العامة والرعاية الصحية الأولية وذلك بهدف تقديم خدمات صحية شاملة لكل الشعب الصيني بحلول عام 2020 ويتضمن ذلك أربعة عناصر:

- تطوير نظام صحة عامة يحافظ على استدامة التمويل الكامل لمؤسسات الصحة العامة .
 - تدعيم نظام تقديم الخدمة الصحية في المناطق الريفية والمجتمعات الحضرية مع تطوير منشآت الخدمات الصحية الأساسية حتى تستطيع تقديمها بتكلفة منخفضة.

¹ - محمد حافظ خطاب: إدارة أزمات الصحة العامة بين المفهوم والتطبيق الصيني، مرجع سابق، ص 109.

-إصلاح إدارة المستشفيات ونظم تشغيلها وضمان أن المستشفيات العامة تعمل لمصلحة الصالح العام أي حظر الطلب الذي يخلقه جانب العرض من أجل الربح.

-تطوير نظام حماية صحية يتمكن بشكل أساسي من ثلاثة خطط تأمينية: تأمين طبي أساسي للمستخدمين في الخدمة المدنية (BMI) تأمين طبي للمناطق السكنية الحضرية، ونظام التعاونيات الطبية الجديد في الريف للمزارعين. من جهة أخرى تتركز الأجندة الأساسية لهذه المرحلة من الإصلاح على التمويل الصحي وذلك من خلال الاعتراف بأن تدخل الدولة مطلوب لتصحيح فشل الأسواق، إلا أنه من المنظور المالي ما زالت هنالك بعض العناصر التي تحتاج إلى تفكير، فقد تأسس نظام التعاونيات الطبية الجديد والتأمين الطبي الأساسي على قواعد إعادة توزيع محدودة عبر فئات السكان، والتغطية موجهة أولاً للأمراض الكارثية التي تتطلب دخول المستشفى والإقامة بها. أما السؤال المطروح فهو يتعلق: بالمدى الذي يقطعه الدعم المالي لكل أشكال الرعاية الصحية للفقراء والفئات الضعيفة الدخل من وجهة نظر العدالة والإنصاف والكفاءة و الفعالية في النظام الصحي من خلال وظائف الشراء سواء بواسطة الدولة أو بواسطة أي مشتري آخر (كصناديق التأمين الصحي).

رابعا. الدروس المستفادة من التجربة: لقد مرّ إصلاح النظام الصحي بدورين فاشلتين، كما مرّ النظام الجزائري هو الآخر بمرحلتين حاسمتين مرحلة الأولى سبقت تطبيق النظام المجاني ومرحلة ثانية شهدت انطلاقة تطبيق النظام المجاني للعلاج. لكن ونظرا لارتفاع تكاليف القطاع على كاهل الحكومة فقد كان لا بد من ضرورة تطبيق النظام التعاقدية كبرنامج جديد لإنعاش القطاع الصحي والذي لسوء الحظ لم يرى النور بعد؟

مع تدارك الصين لما أسموه من إصلاحات الثمانينات والتسعينات اتجهوا منذ بداية 2008 إلى استعادة دور الدولة في كفاءة وإتاحة الخدمات الصحية. وتبدو الجزائر في مرحلة مشابهة بحيث تبحث الوزارة دائما إلى تحديد معالم الطريق لإعادة هيكلة وإصلاح المنظومة بعدما أدركنا لغياب الإرادة السياسية والاستمرارية في إنجاز أهداف حقيقة والمماثلة في كفاءة الرعاية الصحية باعتبارها حقا وليس خدمة فحسب. فهل نتعلم من الدرس الصيني؟.

الفرع الثالث: عرض التجربة السويدية في مجال ترشيد الإنفاق العام

تعتبر التجربة السويدية من أهم التجارب الرائدة في مجال ترشيد الإنفاق الصحي من خلال تبني جملة من الإصلاحات التي سوف نستعرضها فيما يلي:

أولاً. واقع النظام الصحي السويدي قبل تبني الإصلاح: لقد كان النظام السويدي قبل الإصلاحات الهيكلية معترف به في جميع أنحاء العالم وذلك نظراً لخصوصياته المتفردة سواء من حيث جودته، ومن حيث شموليته وذلك باعتبار أن الخدمات الصحية كانت مضمونة لجميع الأفراد أو من حيث مصادر تمويله بحيث أن القطاع الصحي آنذاك كان يعتمد على الضرائب الوطنية كمصدر رئيسي لتمويل القطاع. ومع ذلك فقد كان نظام الرعاية الصحية آنذاك من أعلى النظم الصحية في العالم وذلك راجع إلى ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية من جهة، ومن جهة أخرى فقد تميز النظام الصحي أيضاً بالجمود وذلك راجع إلى التسيير البيروقراطي الذي استمدت عليه السويد لتسيير خدماتها الصحية، وهو ما أدى إلى استياء المرضى من هذه الخدمات المعروضة خاصة من حيث طول فترة الانتظار من أجل الاستفادة من العلاج. أما على مستوى الهرمي فقد كان هنالك ضعف في التماسك والتناسق بين المقاطعات والحكومات المركزية.

وعلى هذا الأساس يرى برينو بالي (bruno palier)¹ أن الإصلاحات التي طرأت المنظومة الصحية السويدية لم تأتي صدقة وإنما جاءت نتيجة لسلسلة من الأحداث والتغيرات التي طالت القطاع الصحي السويدي خلال الفترة الممتدة 1970 إلى غاية 1990 وهو ما استدعى من الفاعلين بالقطاع إلى إعادة النظر في نظامها الصحي. وفي هذا الإطار نجد أن PALIER قد حدد أربعة عوامل أساسية استدعت إصلاح النظام الصحي وهي كالتالي:

- انخفاض حجم النمو الاقتصادي نتيجة الأزمة البترولية 1973 والتي أدت إلى عجز حكومي نتيجة الركود والبطالة التي شهدها الاقتصاد السويدي.

- العجز الدائم والمزمن الذي كان يعاني منه النظام الصحي.

- عجز الدولة في الاستجابة للمشاكل التي كان يعاني منها القطاع.

- فشل الحلول التقليدية في إنعاش القطاع الصحي.

ثانياً. أهم الحلول المقترحة لحل إشكالية عجز الإنفاق الصحي: بناءً على التحليل الذي أعده

"PALIER" فقد اقترح نموذجاً مثالياً لإصلاح النظام الصحي السويدي لحل العجز المزمن للقطاع بحيث يقوم على المقترحات التالية²:

زيادة حجم المبالغ المستثمرة.

¹ -bruno palier , **Le réformes des systèmes de santé**, Paris presses, universitaires de France , 2009, P 55.

² -بتيش بلال ، بوريش أحمد ، **تحليل عوامل نجاح التجربة السويدية** ، مداخلة في إطار ملتقى دولي لسياسات ترشيد الإنفاق الصحي، 24-25 نوفمبر ، جامعة مسيلة ، الجزائر ، ص ص 7،8.

✚ الحد من إنفاق الجمهور أي الأفراد.

✚ تحسين النظام الصحي نحو تخفيض أكبر قدر من الفعالية لكل دولار مستثمر.

لكن في النهاية تم الاستقرار على الحل الثالث وذلك راجع إلى الأسباب والعوامل التالية :

❖ تم التحجج بعاملين أساسيين في رفض الحل الأول وهما:

-عجز الحكومة في توفير الموارد المالية اللازمة نتيجة للصدمة النفطية (1973) وهو ما أدى إلى خلق عجز كبير ومزمن في تمويل.

-عجز الحكومة عن توفير بديل للتمويل الضريبي وذلك باعتبار أن الفترة الممتدة 1960 إلى 1970 شهدت ارتفاع كبير في حجم الإنفاق الصحي الممول عن طريق الضرائب مما أدى إلى ثقل في العبء الضريبي على المواطنين السويديين، بحيث نفقات القطاع من القيم المرتفعة عالميا بنسبة إنفاق تقدر بـ 8.9% من الناتج الداخلي الخام (بقيمة 955 دولار أمريكي سنة 1980).

❖ على الرغم من أن الفاعلين بالسياسة السويدية رفضوا فكرة الاستثمار أكثر في النظام الصحي وفي نفس الوقت رفضوا أن ينخفض التمويل الصحي أو خصخصة جزء منه حيث تم رفض هذه الفكرة استنادا إلى عاملين :

✚ لقد لقي النظام الصحي استياء من المرضى وذلك باعتبار أن الخدمات المعروفة لم ترقى إلى تطلعات الأفراد خاصة في ظل قوائم الاستثمار الطويلة للعمليات الجراحية الاختيارية.

✚ رفض فكرة خصخصة قطاع الصحة من قبل صانعي القرار مستمدة من طبيعة النظام السويدي باعتبار أن الحزب الحاكم هو حزب ديمقراطي اجتماعي يعارض بشدة تدخل القطاع الخاص.

إن مجمل هذه العوائق والأسباب كانت دافعا أساسيا لإجبار الحكومة السويدية على اقتراح خيار ثالث لإصلاح النظام الصحي بما يسمح بترشيد الإنفاق العام.

ثالثا: مضمون برنامج الإصلاح الصحي السويدي: لقد تضمن برنامج الإصلاح الصحي المقترح مجموعة من الإجراءات أهمها¹:

أ. لامركزية النظام الصحي: وهو من أهم الإجراءات التي اتخذتها الحكومة السويدية وهذا من خلال منح المحافظات السويدية الصلاحيات اللازمة في تمويل الإنفاق الصحي، وهذا من خلال الاعتماد على الضرائب كمصدر رئيسي لتمويل القطاع.

¹ -بنتيش بلال ، بوريش أحمد ، تحليل عوامل نجاح التجربة السويدية ، مرجع سابق ، ص 12.

ب. إصلاح رسوم المستفيدين من الرعاية الصحية: تعتبر الرسوم التي يدفعها المرضى أثناء تلقي الخدمات الصحية (العلاج) من الموارد الهامة لتمويل النظام الصحي في السويد وهي مستخلصة من قانون (1931) والهدف منها هو ضمان التمويل المستدام للنفقات الصحية.

لعل الشيء الجديد في هذا البرنامج وهو تعميم فرض الرسوم على جميع المستفيدين من الرعاية الصحية بمبالغ مقبولة، باستثناء ذوي الدخل المنخفضة كون أن الحكومة المركزية تقدم مساعدات مالية لصالح هذه الفئة.

ج. إصلاح نظام الأدوية: كذلك من بين الإجراءات التي تبنتها الحكومة السويدية على أثر إصلاحات 1982 وهو ما يتعلق بمنح مسؤولية تمويل وتوزيع وشراء الأدوية عن طريق شبكة المحافظات الصحية السويدية، لكن هذا الإجراء لم يكن له أثر إيجابي وذلك باعتبار أن نفقات الأدوية كانت كبيرة في بعض المحافظات مقارنة بالمحافظات الأخرى، وهو ما جعلها تلجأ إلى سياسة تشجيع استهلاك الأدوية الجنسية غير أن هذا الإجراء أيضا لم يمتاشي وثقافة الأطباء السويديين. وعلهذا الأساس فقد اتخذت الحكومة السويدية سنة 2005 إجراء آخر لتفعيل سياستها اللامركزية في مجال الإنفاق على الأدوية وذلك من خلال إنشاء لجنة خاصة تضمن مراقبة اقتناء الأدوية عن طريق المحافظات بأسعار متساوية، كما تعمل هذه اللجنة على تشجيع عملية تصنيع واستهلاك الأدوية الجنسية من أجل تقليص حجم الإنفاق الصحي والذي استقر في حدود 14% من حجم الإنفاق العام.

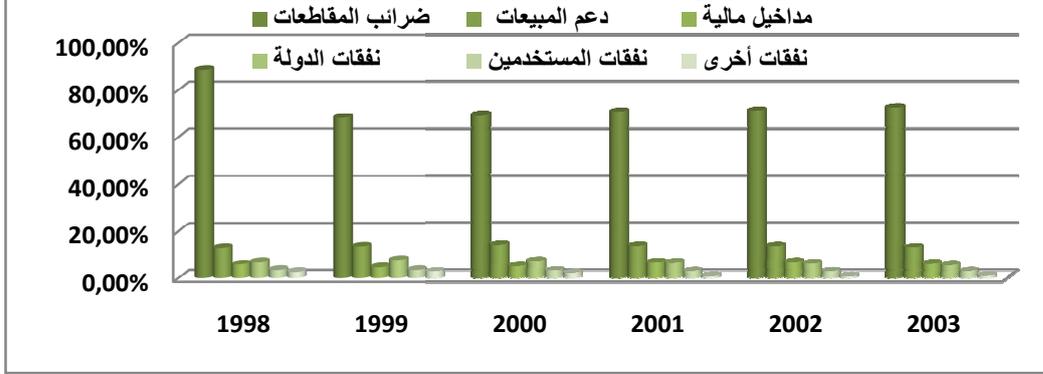
رابعاً. النتائج والدروس المستفادة من تجربة الإصلاح الصحي بالسويد: لقد أدت الإصلاحات التي انتهجتها الحكومة السويدية بالقطاع الصحي خلال سنوات الثمانينات إلى تحقيق نتائج إيجابية اتضحت معالمها بصفة جلية خلال الفترة الممتدة 1990 إلى غاية 2000 خاصة على مستوى التمويل وذلك من خلال :

أ. تمويل مستمر وقابل للتنبؤ: لقد قدم مخطط الإصلاح الصحي الذي قامت به السويد سنة 1982 سمات هامة للقطاع الصحي وذلك من خلال الاعتماد على الضرائب كمصدر رئيسي لتمويل الرعاية الصحية عبر ثلاثة مستويات حكومية (البلديات، المقاطعات والحكومة المركزية). إن الاعتماد على الحكومة السويدية على الموارد الضريبية وبالأخص تلك التي تعود للمقاطعات مكنها من تغطية نسبة تتعدى 70% من نفقات القطاع الصحي وهي معتبرة من شأنها أن تتضمن سير العمل والاستدامة طويلة الأجل للنظام الصحي، ومن

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

جهة أخرى يسمح هذا المورد بالتنبؤ بحجم الإيرادات المحصلة، ومن ثم فهو يساعد على التحكم في نفقات. ولتوضيح أكثر يمكن الاستعانة بالجدول التالي:

الشكل (4-16): مصادر تمويل الإنفاق الصحي بالسويد 1998 إلى 2003



Source: La banque mondiale perspective monde université de sherbook

من خلال الجدول يتضح لنا أن السلطة المالية للمحافظات السويدية تعتمد على لا مركزية في التسيير مما سمح للنظام الصحي بالحصول على التمويل الكافي لتغطية الأعباء المختلفة في حين تساهم الحكومة المركزية بتغطية الأعباء المتبقية المتمثلة في نفقات الاستثمار والتنمية المحلية.

استقرار الإنفاق الصحي: لقد ساهم برنامج الإصلاح الذي تبنته السويد في تحقيق استقرار الإنفاق الصحي في حدود 09% (بالنسبة للناتج الداخلي)، وهذا من خلال كبح ارتفاع تكاليف الصحة الكامنة ذلك مقارنة بالدول الأخرى اللامركزية، كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (4-31): تطور الإنفاق الصحي بالسويد (2000-2013)

2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
9.71	9.58	9.49	2.47	9.94	9.28	8.92	8.95	9.06	9.09	9.09	9.28	8.86	8.18	الإنفاق الكلي
7.91	7.78	7.75	7.72	8.10	7.52	7.25	7.26	7.85	7.40	7.63	7.51	7.19	6.94	الإنفاق العام
1.80	1.80	1.74	1.75	1.84	1.71	1.66	1.69	1.71	1.69	1.68	1.71	1.67	1.24	الإنفاق الخاص

Source: La banque mondiale perspective monde université de sherbooke.

المطلب الثالث: التحديات المعاصرة والمستقبلية للمنظومة الصحية الجزائرية

الفرع الأول: تقييم أداء النظام الصحي الجزائري حسب أسلوب المنظمة العالمية للصحة

حسب تقييم منظمة الصحة العالمية تحتل فرنسا المرتبة الأولى في مجال النظام الصحي أما عمان فتأتي على رأس القائمة في مجال المستوى الصحي في حين أن معظم الدول الإفريقية تحتل المراتب الأخيرة، حسب تقييم المنظمة لا يوجد هنالك ارتباطا بين المستوى الصحي، مستوى النظام الصحي الإنفاق الصحي

فالولايات المتحدة الأمريكية تمثل المرتبة الأولى في مجال الإنفاق الصحي، إلا أننا نجدتها في المرتبة 37 و72 في مجال المستوى الصحي ومستوى النظام الصحي على التوالي.

أما الجزائر فتحتل المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 81 في مجال النظام الصحي¹. إن هذه النتائج تدل على أن المستوى الصحي للسكان غير مرتبط بالنظام الصحي بقدر ما هو مرتبط بمتغيرات اقتصادية واجتماعية وثقافية. إذن فالمؤشرات الإيجابية التي حققتها الجزائر في مجال الرعاية الصحية من خلال احتلالها المرتبة 84 في مجال معدل أمل الحياة عند الولادة (من أصل 192 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية) لا تدل أساسا على فعالية النظام الصحي (فعالية تسيير موارد القطاع الصحي) بحيث نجد أنها تحتل مرتبة متدنية في مجال توزيع الخدمات الصحية² كذلك الأمر بالنسبة لمعيار الاستجابة لحاجات السكان حيث أنها تحتل المرتبة 91 من مجموع الدول الأعضاء.

أما بالنسبة لعدالة تمويل النظام الصحي فهي تحتل المرتبة 75³ استنادا إلى هذه المعطيات وإلى التحليل الذي قدمه الخبراء الاقتصاديين يمكن القول أن القطاع الصحي في الجزائر بصفة عامة والمؤسسات الصحية على وجه الخصوص لا زالت بعيدة كل البعد عن مستويات الأداء خاصة فيما يتعلق بالظروف الغير جيدة لاستقبال المرضى، ندرة الأدوية، قلة النظافة، التأخر في معالجة المرضى... الخ.

تعد المنظومة الصحية الجزائرية الأسوأ فقد خلصت دراسة حديثة لخبراء من جامعة "شاربوك الكندية" بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة (بحيث تم إجراء مسح على مستوى مستشفيات ومؤسسات المنظومة الصحية بدول المغرب العربي) إلى أن الجزائر الأسوأ من حيث التغطية الصحية مقارنة بالجارتين تونس والمغرب، رغم أنها الأكثر إنفاقا على قطاع الصحة، وكشف التقرير النهائي للدراسة من خلال مقارنة بين مؤشرات التغطية الصحية بين الجزائر وتونس والمغرب عن تذييل النظام الصحي المعتمد في الجزائر⁴ رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية للمواطنين الجزائري، حيث تنفق الجزائر ضعف ما تنفقه المغرب على قطاع الصحة مقابل رعاية صحية متقاربة توصف بالسيئة مقارنة بتونس التي تتميز بنظام صحي جيد معترف به على المستوى العالمي مقابل نفقات أكبر بقليل من نفقات المملكة المغربية وأقل بكثير من نفقات الحكومة الجزائرية

¹ -بومعروف إلياس، د. عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة بالجزائر، مجلة الباحث للنشر، العدد 07، الجزائر 2010/2009، ص 06.

² -بومعروف إلياس، د. عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة بالجزائر، مرجع سابق، ص 07.

³ -OMS (2006), rapport sur la santé dans le monde, Geneva, P 175.

⁴ -www.assala.dz.net/ar/index:PHP.visit le 24-12-2015 .

(وهو ما يؤكد وجهة نظرنا من حيث عدم ملائمة التخصيصات المعتمدة للموارد على مستوى القطاع). إذن فالسؤال المطروح للنقاش يخص المعوقات والأسباب التي نؤول دون تحقيق تنمية صحية بالجزائر؟

الفرع الثاني: معوقات التنمية الصحية بالجزائر

لقد أكد التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية سنة 2014 حول كفاءة الإنفاق على الأنظمة الصحية بأن الجزائر احتلت المراتب الأخير (المرتبة 48 من بين 51) وقد اعتمد في ترتيب هذه الدول على معلومات مصدرها البنك الدولي وصندوق النقد الدولي ووزارة الصحة في "هون كونغ" بحيث تم حساب ترتيب كل دولة استنادا على ثلاثة مؤشرات رئيسية وهي "1":

- مؤشر متوسط حياة الفرد، وتم تخصيص 6% من ترتيب كفاءة النظام الصحي.
- مؤشر معدل الإنفاق الصحي على الفرد الواحد، وتم تخصيص 30% من ترتيب كفاءة النظام الصحي.
- مؤشر معدل الإنفاق الصحي الكلي على الفرد الواحد، وتم تخصيص 10% من ترتيب كفاءة النظام الصحي.

ولقد بينت نتائج التقرير أن أكثر من 40% من مجموع الإنفاق الصحي يستخدم بطرق ليس لها تأثير يذكر على تحسين مؤشرات الصحة. وعلى هذا الأساس نلاحظ أن هناك مجموعة من العوامل التي حالت دون ترشيد الإنفاق الصحي والتي يمكن إجمالها فيما يلي "2":

أولا. ندرة الموارد: يتم تمويل المؤسسات العمومية للصحة عن طريق مصدرين أساسيين الأول هو ميزانية الدولة والثاني هو الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالإضافة إلى مصادر أخرى مختلفة تشارك بنسب ضعيفة وهي غير قادرة على تخفيف الضغط على الممولين الرئيسيين.

إن هذه الوضعية تشكل خطرا على ميزانية المؤسسات العمومية للصحة بسبب اختلال التوازن بين حجم النفقات المتعاضد من سنة لأخرى، وحجم الإيرادات النادرة والتي لا تزيد إلا بنسب ضعيفة (10%) خاصة مع الأزمات الاقتصادية الطارئة كتذبذب أسعار المحروقات التي تؤثر على ميزانية الدولة فتلجأ إلى تخفيض من حجم مساهمتها وكذا انكماش سوق العمل الذي يؤثر على ميزانية الضمان الاجتماعي حيث اضطر إلى تخفيض من مساهمته منذ سنة 1995 لتتولى ميزانية الدولة تعويض النقص الناجم عن ذلك وهو ما ساهم في زيادة العبء عليها. إن هذه الندرة في الموارد المالية كان له أثر سلبي على ميزانية المؤسسات

¹ -نوي نبيلة: الحكومة كآلية كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات التحكم بالإنفاق الصحي، 24-25 نوفمبر 2015، المسيلة، ص 16.

² -نوي نبيلة، الحكومة كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، سياسات التحكم بالإنفاق الصحي، مرجع سابق، ص 16.

العمومية للصحة التي أصبحت محدودة ولا تلبى الاحتياجات الحقيقية لتغطية نفقاتها، وهو السبب في عجزها عن تلبية حاجيات المواطنين من العلاج بالإضافة إلى تردي نوعية خدماتها الشيء الذي يفسر بتدمير المواطنين وفقدان ثقتهم فيها.

ثانيا. ضخامة المتأخرات (المستحقات): تعاني معظم المياكل الصحية وبالأخص المستشفيات التابعة للقطاع العام من ارتفاع في حجم مستحقاتها (ديونها) وذلك نتيجة إلى الاختلال في التوازن بين حجم الإيرادات والنفقات المخصصة لها، وهو ما اضطرها إلى الاستدانة من أجل تليتها خاصة الضرورية منها كنفقات الصيدلة، التغذية وأجور المستخدمين، حيث تعتبر الصيدلية المركزية للمستشفيات أكبر دائن للمؤسسات العمومية للصحة بمبلغ تجاوز 4.7 مليار دج سنة 2000 (أي بنسبة 59% من حجم ديون القطاع الصحي المقدرة 08 ملايين دج)¹ "وهو ما أدى إلى بروز معوقات جدية أمام إضفاء طابع الاستدامة بالقطاع الصحي، ويشكل هذا الاستدلال على الأرجح حافزا لدى موردي الخدمات الصحية لتضخيم حجم فواتيرهم.

ثالثا. العجز عن التحكم في النفقات: يعود ارتفاع النفقات في المؤسسات العمومية للصحة إلى سببين رئيسيين هما:

✓ التقدم العلمي في المجال الطبي من جهة والذي يؤدي إلى ارتفاع تكاليف اقتناء التجهيزات والمواد الطبية.

✓ ارتفاع حاجيات السكان من العلاج بصورة دائمة وسريعة تبعا للنمو الديمغرافي والتحول الوبائي .

إن هذا الارتفاع المذهل في حجم النفقات تطلب وضع نظام دقيق لحساب التكاليف. ولقد قطعت المؤسسات العمومية للصحة شوطا كبيرا في هذا الاتجاه بفضل إدخال المحاسبة التحليلية في حساب التكاليف بفضل التعليم الوزاري رقم 05 المؤرخة في 03 ديسمبر 2001 حيث أصبح بالإمكان تحديد سعر يوم الاستشفاء وبالتالي حجم النفقات التي يتم صرفها بوضوح وتفادي نقائص الدفع الجزائي الذي كان سائدا من قبل غير أن إدخال نظام المحاسبة التحليلية في حساب تكاليف المؤسسات الصحية تعترضه بعض العراقيل تتمثل أساسا في إهمال العناصر الأساسية في التسيير المالي بمكتب الدخول وبطاقة المتابعة.

رابعا. تبديد وهدر الأموال: إن تبديد وهدر الأموال والفساد يشكل النسبة الأكبر في عدم كفاءة الإنفاق الصحي، وتتعلق ظاهرة الفساد على مستوى القطاع الصحي بعقود الأدوية والأجهزة الطبية إضافة إلى ذلك عدم توفر الأدوية المنقذة للحياة في المداخر الرئيسية والمستشفيات الحكومية ووجودها في السوق السوداء ،

¹ développement du système national de santé stratégie et perspectives , ministère de la santé , Mai 2001-

كذلك توفر أنواع من الأدوية تحمل علامات تجارية من شركات معتمد عليها عالميا بينما في الأساس مقلدة في الصين أو في بلدان أخرى بالتعاون مع تجار جزائريين أو أصحاب مداخر الأدوية.

أكد بعض المسؤولين أن نقص الأدوية سببه الفساد في مختلف عمليات الاستيراد والخزن حيث لا يتم اختيار الأدوية والمستلزمات الطبية على أساس الحاجة، بل على أساس العلاقات مع المكاتب العلمية التي تؤدي دورا كبيرا في الفساد حيث تقوم هذه المكاتب بدفع عمولات ورشاوى كبيرة للحصول على عقود توريد الموارد الطبية. كما أن بعض الصيادلة والمسؤولين عن استيراد الأدوية يقومون بالاتفاق مع بعض شركات الأدوية والسماحة خارج القطر لتوريد أدوية محدودة جدا من حيث تاريخ انتهاء صلاحيتها، فمتى تصرف تلك الأدوية المنتهية الصلاحية؟. ولماذا لم يصرف الدواء في الوقت المناسب وتدخل إشكاليات من المسؤول عن ذلك؟.

خامسا. سوء التسيير: إن الوضعية التي تمر بها المنظومة الصحية الجزائرية ومن خلالها المؤسسات الصحية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وليس فقط لنقص في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية، فهذه الموارد والقدرات مستخدمة استخداما سيئا الشيء الذي انعكس على عدم القدرة على حل المشاكل الصحية للمواطنين.

إن مثل هذه الوضعية لا يمكن أن تستمر، فمن أجل التكيف مع المستجدات المعاصرة (الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية) يحتم على مؤسساتنا الصحية أن تعمل على تحويل عميق لطرق تسييرها، وتحديد تام لأدوات التسيير، على أساس التسيير التقديري بالأهداف، مع الاهتمام بمعايير المردودية، الكفاءة والفعالية، الشيء الذي يمكنها من تقديم خدمات صحية أكثر تعقيدا وبأحسن تكلفة.

سادسا. مجال قانوني وتنظيمي ضيق: بحسب التنظيم الإداري المعمول به في الجزائر فإن المؤسسات العمومية للصحة ملزمة بتطبيق قواعد القانون الإداري الذي يعتبر في عدة حالات غير متطابقة بل ومتناقض مع مبادئ التسيير الحديث ويظهر ذلك من حيث عدم ملائمة الإطار القانوني الذي تجاوزه الزمن وأصبح معرقلا للتسيير الحسن للمؤسسات العمومية للصحة، وكذا من حيث جمود الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية على العموم والتميز بعدم ملاءمته في بعض الأحيان لمهامها بالإضافة إلى التقصير في أدائها .

أ. إطار قانوني كلاسيكي: يتمثل في عدم ملائمة النصوص القانونية على كثرتها والتي تتميز بأحكامها التقليدية والقديمة وذلك لأنها أصدرت في إطار إيديولوجية لم تعد صالحة حاليا، ومن جهة أخرى اعتمادها على مبادئ القانون الإداري التي وإن كانت ملائمة للنموذج البيروقراطي في التسيير إلا أنها لم تعد صالحة للتسيير وغير مسايرة لمستحدثات محيط المؤسسة العمومية للصحة. ويمكن أن نلمس ذلك بوضوح:

✚ في مجال تسيير المستخدمين: نجد بالدرجة الأولى القانون 05/85 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها والذي أدخلت عليه عدة تعديلات غير أن المسير يجد صعوبة في تطبيق بعض مواد التي تستلزم صدور تعليمات لتفسيرها وإيضاحها مثل المادة 195 التي تحدد مهام الأطباء الصيادلة وجراحي الأسنان ، والمادة 227 التي تنصّ على شروط ممارسة مهنة المساعد الطبي.

كذلك المرسوم 59/85 المؤرخ في 02/03/1985 المتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال الإدارات والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري والذي أصبحت أحكامه في مجملها غير متوافقة مع الوضعيات والمستحدثات مثل التكوين، نظام العقوبات، نظام الترقية.

✚ في مجال التسيير المالي: نجد القانون رقم 90/21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالحاسبة حيث لم يعد هذا النوع من المحاسبة مسائرا للتسيير الحديث خاصة وأنه لا يسمح بتحديد التكاليف بدقة، بالإضافة إلى القانون 84-17 المؤرخ في 07 جويلية 1984 المتعلق بقوانين المالية يتضمن هو الآخر أحكام تقليدية متجاوزة فيما يخص إعداد و تنفيذ الميزانية.

ب. ثقل الرقابة: بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة يظهر ثقل الرقابة في عدة مجالات:

- بالنسبة لتسيير المستخدمين تتدخل الوصاية في مجال إعداد مخطط الموارد البشرية و ذلك بصورتين، فمن جهة نجد الرقابة السابقة المتمثلة في المصادقة على مشروع مخطط تسيير الموارد البشرية للمؤسسة من طرف المديرية العامة للتوظيف العمومي، ومن جهة نجد الرقابة السابقة المتمثلة في المصادقة على مشروع مخطط تسيير الموارد البشرية للمؤسسة من طرف مديرية التوظيف العمومي، ومن جهة أخرى نجد الرقابة اللاحقة والمتمثلة في تأشيرة مديرية المالية بوزارة الصحة التي تراقب المناصب المالية وتصادق عليها.

- أما بالنسبة لإعداد ميزانية المؤسسة العمومية للصحة فتخضع للرقابة السابقة من طرف وزارة الصحة التي تعود إليها المصادقة على مشروع الميزانية التقديرية، وهناك الرقابة اللاحقة التي تمارسها مديرية الميزانية بوزارة الصحة عند تنفيذ نفقات المؤسسة.

- تتدخل الوصاية في حالة إبرام المؤسسة لصفقاتها كصفقات الشراء مثل شراء المواد الصيدلانية، التجهيزات، المواد الغذائية... إلخ، و صفقات الخدمات كالبنا، الصيانة وغيرها حيث تستلزم تأشيرة اللجنة الوزارية للصفقات العمومية المتواجدة على مستوى وزارة الصحة.

كل هذا يدل على أن الرقابة على مستوى المؤسسات الصحية لا زالت في صورتها التقليدية التي تعني بمدى مطابقة أعمال الإدارة مع القواعد القانونية المعتمدة، ومراقبة النفقات والوسائل وكيفية التصرف فيها دون

الاهتمام بتقييمها من حيث الرشادة في الإنفاق الكفاءة في تحقيق الأهداف، فهي بهذه الصفة أداة ضغط وتحديد لاستقلالية المؤسسات العمومية للصحة من حيث التسيير.

ج. جمود الهيكل التنظيمي: يلعب التنظيم الهيكلي للمؤسسات العمومية دورا هاما في إنجاح مهامها وسرعة تنفيذها وضمان التنسيق بين مختلف المصالح، إلا أنها تتطلب في معظم الأحيان تدخل الوصاية ممثلة في وزارة الصحة ووزارة المالية، وهو ما يجعلها في أغلب الأحيان تتميز بالجمود وعدم مسايرة مستحدثات التسيير والمهام بمرور الزمن.

د. غياب سياسة فعالة لتسيير المستخدمين: يعتبر قطاع الصحة ثاني قطاع من حيث حجم التوظيف بعد قطاع التربية وهو ما يعكس أهمية تسيير المستخدمين بالمؤسسات العمومية للصحة والذي يعرف عدة صعوبات نتيجة التسيير البيروقراطي بموجب قوانين التوظيف العمومي، بالإضافة إلى نقص تحفيز الموظفين في المؤسسات الصحية والذي يعتبر أهم عنصر في تسيير الموارد البشرية.

كما أنه من بين المشاكل الأساسية التي تعاني منها المؤسسة العمومية للصحة هو نقص التأطير الكفاء الناجم عن إهمال دور تكوين الإطارات في هذه المؤسسات وفي الإدارة العمومية بشكل عام.

كما يمكن أن نبرز أوجه القصور بالنظام الصحي من حيث جوانب أخرى ويتعلق الأمر:

أ. من حيث الفعالية: ترتبط هذه المسألة بدور الدولة ودرجة تدخلها في قطاع الصحة عموما، فعلى الرغم من المشاركة الحكومية في التمويل، وبدرجة أقل في الإنتاج المباشر للخدمات الصحية، فإن حجم هذا التدخل لا يزال محدودا إذا ما قورن بالبلدان الأخرى، وإذا ما قورنت إنتاجيته ومعدلاته بمثيلاتها في القطاع الخاص، عند مستوى الإنفاق ذاته، وتتناول هذه المسألة أيضا من خلال انعدام الكفاءة الفنية والتقنية في قطاع التأمين الصحي بسبب عدم وجود مقاييس موحدة من حيث الإجراءات، التعريفات والعقود و الرقابة.

ب. من حيث العدالة والمساواة: إن اللجوء إلى الخدمات الصحية قد يختلف حسب الأشخاص الذين يعتبرون فقراء أو الأشخاص المعروفين بأنهم غير فقراء، وقد نجم عن هذا التمييز أساسا عن إعادة النظر في مجانية العلاج، وكذا عن ارتفاع أسعار الأدوية ابتداء من فترة التسعينات نتيجة إلغاء دعم الميزانية للأسعار حيث تشكل تسعيرة الخدمات الصحية بالرغم من ضآلتها عبئا إضافيا لا يستهان به، لا سيما بالنسبة للأشخاص الغير منخرطين في الضمان الاجتماعي، وهكذا يساهم تطور النظام الصحي في القطاع الخاص،

الباهظ التكاليف فيما يخص الفحوصات والعلاج والكشف الطبي في المصالح المختصة في زيادة المهوة في مجال الاستفادة من الخدمات الصحية"¹.

ج. من حيث حوكمة النظام الصحي: من حيث تقاسم الأدوار في نظام الرعاية الصحية ، فدور الدولة في صنع السياسات وتنظيم العمل وتمويل الخدمة وتقديمها إلى المرضى، فقد سجلت الدراسة التي قامت بها المنظمة الصحية العالمية (سنة 2014) أن الدولة تحتكر كل الأدوار، وبالتالي لا يوجد تقاسم وتحديد واضح للسياسات وهذا طبعا في ظل تراجع الدور المنوط بالقطاع الخاص.

كما أكد البنك الدولي في تقريره الصادر عام 2006 حول حوكمة النظام الصحي الجزائري أنه يعاني من العديد من الاختلالات ومن النتائج الرئيسية التي توصل إليها التقرير:

• عدم وجود إستراتيجية طويلة المدى للقطاع الصحي يتم من خلالها تحديد الأدوار والمسؤوليات وتقاسم الأدوار مع مختلف أصحاب المصلحة.

• الاعتماد المفرط على الإدارة المركزية مما نتج عنه ضعف كفاءة الخدمات الصحية المقدمة"².

د. من حيث تعدد خيارات المرض على المستوى المؤسسي: لقد توصلت الدراسة التي قامت بها المنظمة العالمية للصحة (2014) أن النظام الصحي الجزائري لا يترك للمرضى حرية الخيار فهم يوزعون على المراكز الصحية على أساس النطاق الجغرافي ولا يسمح بالتغيير إلا في الحالات الاستثنائية فقط، كما سجلت الدراسة أيضا ضعف استجابة النظام الصحي الجزائري ، وهو ما يؤكد التقرير الصادر عن المنظمة العالمية للصحة في 2006 بحيث تم تصنيف 192 دولة حسب أداء نظامها الصحي، وقد احتلت الجزائر المرتبة 91 وفق مؤشر الاستجابة، والذي نفسه بضعف استجابة النظام لمتطلبات الأفراد فضلا عن اللامساوات في الحصول على الخدمات الصحية"³.

هـ. من حيث الدور الذي يؤديه القطاع الخاص: يمثل القطاع الخاص اليوم محور عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية في معظم بلدان العالم المتقدمة والنامية على حد سواء نظرا لما يتمتع به هذا القطاع من مزايا وإمكانيات كبيرة تؤهله للقيام بدور ريادي في شتى المجالات. بالنسبة للجزائر فلا يزال القطاع الخاص غير فاعل في الاقتصاد الوطني حيث أن نمو القطاع الخاص لا يتجاوز 50%"⁴، أما على المستوى الاجتماعي

¹ -تقرير المجلس الاقتصادي، حول التنمية البشرية، مرجع سابق، ص 183.

² -نوي نبيلة، الحوكمة كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، مرجع سابق، ص 7.

³ -بومعروف الياس، من أجل تنمية صحية مستدامة بالجزائر، مرجع سابق، ص 07.

⁴ مولاي لخضر عبد الرزاق، بونوة شعيب: دور القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية في الدول النامية (حالة الجزائر)، مجلة الباحث، العدد 07 2009-2010، ص 138.

وبالأخص على مستوى القطاع الصحي فبالرغم من أن القطاع الخاص يعرف تطور مستمر منذ ذلك من خلال ما نلاحظه من زيادة عدد العيادات الخاصة وظهور المنافسة بينها إلا أن نسبة مساهمته في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة مازالت دون المستوى المطلوب (كما ونوعا) وذلك باعتبار أن العبء الأكبر يقع على عاتق القطاع العمومي وعلى هذا الأساس يمكن إجمال أهم العراقيل التي يواجهها فيما يلي:

✚ ارتفاع أسعار العيادات الخاصة، شكوى مزمنة والعلاج مفقود: يعتبر الاستثمار في القطاع الصحي الخاص، من أهم القطاعات التي حظيت بدعم واهتمام الحكومة إدراكا منها بالدور الذي يمكن أن يلعبه هذا القطاع من جهة ليكون رديفا مساندا للمستشفيات والمراكز الحكومية المنتشرة في كافة مناطق القطر في تقديم الخدمات الصحية ولتقليل نسبة الازدحام التي تشهدها المستشفيات العمومية وتلبية لاحتياجات المواطن من هذه الخدمة ، ولكن التساؤل الذي يطرحه الجميع اليوم هو أسباب ارتفاع الأسعار في العيادات الخاصة وسبب الإقبال عليها بالرغم من توافر المستشفيات والمراكز الصحية العمومية المجانية التي أقامتها الدولة، وفي ظل هذا الإقبال يجد القطاع الصحي الخاص لنفسه المبرر لفرض أسعار مرتفعة نسبيا بالنسبة لدخل الكثير من المرضى ويرى البعض أن لذلك مبرراته كالخدمة السريعة والمميزة التي تقدمها تلك العيادات في حين يرى البعض الآخر أن ذلك يعود لغياب الرقابة عن تلك العيادات من طرف السلطات المختصة (وزارة الصحة والسكان) هذه الأخيرة التي تحدد الأسعار المتفق عليها في لوائح تنظيمية حيث نجد أن السلطات عمدت إلى إصدار قرار وزاري مشترك يحدد جزافيا سعر يوم من الاستشفاء وخدمات الإقامة والإطعام في العيادات الخاصة منذ أكتوبر 1988 هذه الأسعار التي لم تعد تتماشى مع الظروف الاقتصادية الحالية.

بالرغم من العناية الجيدة في العيادات الخاصة إلا أن خدماتها لا تتوافق مع الأسعار المرتفعة ولا تتناسب مع دخل الكثير من الأفراد فالموظف العادي غير قادر على الاستمرار في مراجعة العيادة الخاصة وخصوصا في الحالات التي تتطلب معالجة مستمرة ولفترة طويلة. إن أصحاب العيادات الخاصة عملوا اليوم على تغيير الطابع الإنساني لمهنة الطب. حيث تحولت لديهم فكرة أن مهنة الطب عملية تجارية (عرض وطلب) هدفها الربح بالدرجة الأولى وهذا في ظل غياب أجهزة الرقابة والتفتيش (هذه الأخيرة (أجهزة الرقابة) التي تخلت عن هذا الدور الرئيسي بحجة كثرة عدد العيادات الخاصة) بحيث لم تعد الوزارة تتبنى مهمة الرقابة وبقيت بعيدة عنها ولا تتدخل إلا بناء على تقديم الشكاوي من طرف المواطنين .

زيادة أعداد العيادات الخاصة وتأثيرها على مستوى الخدمة: إن أهمية العيادات الخاصة تتمثل في توفير الخدمة الصحية للمجتمع، وإعطاء أكثر دفع وفعالية للقطاع العمومي لعلها تعتبر من الإيجابيات بالنسبة للمنظومة الوطنية للصحة كونها مكتملة لها إلا أن هذا الدور قد ينعكس سلبا على مستوى الخدمة الطبية المقدمة للمجتمع. بحيث أن زيادة أعداد العيادات الخاصة يعبر على رقي المجتمع وتطوره في مجال الصحة، إلا أن اقتران عدد العيادات الخاصة بمستوى الخدمة المقدمة يطرح إشكالا غير مسبوق حيث نجد أن الاستثمار في قطاع الصحة أصبح مفتوحا أمام الجميع دون النظر إلى أي اعتبارات قد تنتج عن فتح هذا المجال بطريقة ربما يمكن القول بأنها غير منظمة أمام القطاع الخاص ليستثمر بهذا القطاع الحيوي الهام والحساس والذي يمس حياة كل فرد. فأينما ذهبت اليوم ترى بأن الشقق والمحلات أصبحت أماكن لإقامة عيادات الخاصة المختلفة وكأن المسألة فقط هي إقامة عيادة أيا كان هدفها، وغايتها تحقيق الربح المادي بأي شكل من الأشكال. حتى وإن كان على حساب صحة الآخرين، ولهذا نرى بأن جودة ومستوى الخدمة الطبية أصبحت تتراجع إلى مستويات متدنية، والسبب يعود ربما إلى تراجع حدة المنافسة فيما بينها والإمكانيات الطبية المتوفرة التي تساهم في نجاح قطاع الخدمات الصحية الخاصة، ومن أهم الإمكانيات وجود الأماكن المجهزة بأحدث الوسائل المعروفة في مجال الخدمة الصحية، وهذا يختلف ما بين عيادة وأخرى¹.

أما النقطة الثانية والتي يمكن الإشارة إليها، فهو التركيز على إيجاد الكفاءات الطبية الماهرة والمتميزة وهي تعتبر إحدى الأمور الهامة التي يجب الأخذ بها، لأن نجاح أي عيادة يعتمد على الإمكانيات الطبية المتوفرة. وكما تعتبر الخدمة الطبية من الخدمات الحساسة نجد بعض الأطباء يتجاوزون الخطوط الحمراء ذلك بإعطاء أدوية ليس لها علاقة بالمرض، أو عدم تحديد حالة المرض بدقة².

المطلب الرابع: آليات تحقيق تنمية مستدامة بالقطاع الصحي في الجزائر

تستمر الخدمة العمومية بالصحة من خلال تعبئة جهود الدولة الجزائرية لضمان الحق في الخدمات الصحية وتمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج الوقائي والاستشفائي. لكن وفي ظل المتغيرات التي تحيط بالمنظمات الصحية تزايد الاهتمام بكيفية إيجاد نظم لرفع كفاءة أداء المنظمات الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة عن طريق³ " :

¹ - مسعود البلي: واقع السياسات الاجتماعية بالجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة، رسالة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009-2010، ص 215.

² - ناتى نافع، تجربة العيادات الخاصة بالجزائر، مرجع سابق، ص 51.

³ - مريعي سوسن، التنمية البشرية في الجزائر (واقع و آفاق) ، رسالة ماجستير ، علوم التسيير ، جامعة منتوري ، قسنطينة ، 2012-2013 ، ص 158 .

استخدام تقنيات العلاج عن بعد التي يتيح تبادل المعلومات والبيانات إلكترونيا بسهولة ويسر ويؤدي إلى اختصار المسافات الطويلة في ثواني قصيرة، هذا ما يؤدي إلى تقليل حجم النفقات، مع رفع كفاءة التشخيص والعلاج.

إدخال نظم طبية تقلل من الإنفاق الصحي مثل:

- أهمية تطبيق نظام طبيب الأسرة ونظام الخدمة المنزلية.
- الاستفادة من مؤشرات التشغيل للسرير من خلال رفع تسعيرة اليوم الاستشفائي¹.

تحفيز وتحريك الموارد البشرية: تعتبر الموارد البشرية أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية لذلك لا بد من تحفيز وتحريك هذه الموارد ، وذلك بتحسين أجورهم ، ومختلف العلاوات التي تسمح لهم بالعيش الكريم والتفرغ كليا إلى المرضى، خاصة أن عدم رضاهم الوظيفي سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم، وأن ترتبط الأجور بالعمل المقدم حتى يمكن مكافأة المستخدمين الأكفاء بمختلف وظائفهم، وبالتالي تشجيعهم على بذل المزيد من الجهود.

كما يجب وضع سياسة للتكوين المستمر لجميع مستخدميها والسعي على تنفيذها وتقييمها، وذلك لأن مستقبل هذه المؤسسات مرتبط بما².

إضافة إلى ذلك يستوجب على الفاعلين بهذه المؤسسات استخدام التقنيات الحديثة فيما يخص تحديد الاحتياجات من الموارد البشرية، أي أن التوظيف يكون مبررا مع استخدام أدوات الاختبار المناسبة لكل صنف وبالتالي الابتعاد عن أسلوب المحاباة والمحسوبية في الإخبار.

إنشاء صندوق للصحة على مستوى الجماعات المحلية (الولاية والبلدية): لا يخفى على أحد الكلفة الباهظة للصحة) ولذلك حرصت الدولة بتوجيهات القيادة الرشيدة، زيادة ميزانية القطاع في كل موازنة جديدة، غير أن الارتقاء بالخدمات الصحية يتطلب بالضرورة مشاركة جميع الجهات ذات الصلة في هذه المسألة المهمة على اعتبار أنها مسؤولية تضامنية وتشاركية وبالتالي على الجميع كل في مجاله وتخصصه الاضطلاع بدوره المنوط به في هذا الجهد من أجل تنمية بشرية واجتماعية واقتصادية متكاملة وهذا من خلال صندوق للحصة العمومية(وهي نفس المبادرة التي قامت بها دولة قطر سنة 2008)على أن تكون موارده كالتالي:

¹-زيانات محمد طبالة: تقرير احتياجات قطاع الصحة، معهد التخطيط القومي للنشر، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، عدد 18، مصر، 2004، ص 38.

²-Jean Brillman, les meilleurs pratiques de management, édition d'organisations, Paris, 2001, P 06

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- 25% من موارد الدولة من خلال وزارة الصحة.
 - 25% من مساهمة الجماعات المحلية.
 - 50% تخصص من مساهمة الأفراد والمؤسسات ورجال الأعمال من مواردهم الخاصة.
- من أجل تحسين إيرادات هذه المؤسسات فلا بد من إعطائها الحرية في تحديد أسعار خدماتها لتعكس مستوى تكاليفها ، كما هو الحال في القطاع الخاص، كما أنه حان الوقت لوضع مخطط محاسبي وطني استشفائي يتماشى مع المتطلبات الحديثة ، ويسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.
- الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية التي تتوفر عليها هذه المؤسسات، الشيء الذي يسمح بالتكفل الصحيح بالمرضى، وتقديم خدمات صحية في المستوى.
- الاهتمام بالاتصالات الداخلية في المؤسسات الصحية مع تشجيع المبادرات وإشراك جميع المستخدمين في القرارات التي تهم تسيير ومستقبل مؤسساتهم.
- إخضاع تكلفة التمويل لتحقيق غاية الوقاية الصحية: ينبغي أن تخضع تكلفة تمويل النظام الصحي بشكل عام وبرامج الوقاية والتحصين لتحقيق غاية أساسية تتمثل في الوقاية من الأمراض: لتحقيق مقترحات تلائم والمقتضيات الاجتماعية في مجال الصحة. كما ينبغي أن تستفيد برامج الوقاية من وسائل وموارد معتبرة فالموارد المخصصة اليوم من جهة أكثر للعلاج على حساب نشاطات الوقاية التي تعد أساس النظام الصحي. كما يستحسن تخصيص ميزانية لنشاطات الوقاية خلال السنوات القادمة (ميزانية البرامج) وهذا للتقدير الأفضل لآثار البرامج ومعرفة العلاقة بين التكلفة والفعالية.
- التشجيع على تحسين جودة العلاج: تعتبر المؤسسات الصحية أكثر حاجة من باقي المؤسسات في أن تكون الخدمات التي تقدمها تتصف بالجودة وذلك لأهمية الخدمات التي تقدمها لمختلف أفراد المجتمع كما أن القوانين التشريعية تفرض تقديم أحسن الخدمات الصحية وأجودها للمرضى، ومما يدل على الاهتمام الكبير بالجودة في المجال الصحي هو المحاولات الكثيرة من مختلف المؤسسات الصحية على إدخال الأساليب الإدارية التي تهدف إلى تقييم وتحسين جودة الخدمات الصحية¹.
- إن المفاضلة بين القطاع العام والقطاع الخاص غير مرتبطة بجهل المريض أو سلوكيات غير مبررة، ولكنها مرتبطة بالجودة الكلية لخدمات الرعاية الصحية، وهي متدنية في القطاعين وقد يكون تطوير البنية

¹-العابد محمد: تقييم جودة الخدمات الصحية، مجلة دفاتر اقتصادية، العدد الثاني، مارس 2011 ، جامعة الجلفة، ص170.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

التحتية والتدريب أمرا ضروريا ولكنه غير كاف في حد ذاته لزيادة جودة الرعاية الصحية إذ يجب أن تتغير سلوكيات مقدمي الخدمات الصحية وهياكل الحوافز التي تؤثر على عملهم، كما يستلزم الأمر الحد من استخدام الأدوية الغير ضرورية وتطبيق سياسات تفصل بين التشخيص والعلاج في القطاعين، على سبيل المثال سيتضمن ذلك الفصل القانوني بين مسؤوليات وصف الدواء وصفه وإجراء الفحوصات الطبية. من جهة أخرى قد يكون من المفيد توسيع نطاق الرعاية الصحية العام وذلك في ظل الإخفاق الشديد الذي يعرفه القطاع الخاص لكن الأمر يتطلب أيضا تطبيق آليات مساءلة فعالة ووضع إطار تنظيمي شامل.

✚ تخفيض الفوارق الجهوية مما يساهم في استفادة المواطنين بالقرب من مساكنهم من العلاجات الأساسية الأكثر فعالية والتي تسمح بتحسين حالتهم الصحية ومؤشرات أهداف الألفية سيما من خلال أعمال الوقاية المتعلقة بصحة الأمهات والأطفال.

✚ الاستمرارية في توجيه الاستثمار: وذلك من خلال التوجه بإنجاز الوحدات الخفيفة في المناطق التي يسجل فيها عجز، وبوضع مخططات تنظيم تسمح بالتخصيص المتوازن للإمكانيات في إطار البرامج المحددة. ✚ إعادة النظر في وتيرة تكيف الإطار التشريعي الخاص بالمنظومة الصحية بما يتماشى والسياسة العامة للمنظومة الصحية، إذ لا يعقل أن يبقى القانون 85/05 المؤرخ في 1985 والخاص بحماية الصحة يعدل من الناحية الشكلية ولا يتماشى بما يخدم السياسة العامة للقطاع الصحي.

✚ القيام بالمراقبة الدورية: من خلال حملات تفتيشية من طرف مصالح مديريةية الصحة والسكان على مستوى الهياكل الصحية التابعة لها 9 ذلك من أجل الحد من ظاهرة الاستخلافات الغير مرخصة، وكذا بعض التقنيات الغير شرعية التي يقوم بها بعض الأطباء الخواص والتي تمس بأخلاقيات ومهنة الطبيب، مع تطبيق الإجراءات القانونية ضد المخالفين .

✚ تركيز الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية الأولية: إن صناع القرار مهتمون بشدة بتشكيلة الإنفاق الصحي إن هذا الاهتمام نجم بشكل كبير من الاعتراف بأن مخصصات الإنفاق لصالح التعليم والصحة يمكن أن تعزز النمو الاقتصادي عندما يتم تكريس العدالة و التقليل من الفقر.

في هذا السياق فإن المؤسسات المالية الدولية تتفق على زيادة الإنفاق الحكومي في هذين القطاعين. بحيث أن تحسين تشكيلة هذا الإنفاق الغير المنتج من العناصر المهمة بدءا بالأجيال القادمة خاصة بالنسبة للبلدان التي حققت استمرار في اقتصادها الكلي. كما أن التأكيد على زيادة الإنفاق الحكومي

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

على الرعاية الصحية الأولية مبرر عموماً بقاعدة أن مثل هذا الإنفاق يحسن من تأثير الأمراض على سنوات الحياة الإنتاجية للأفراد.

الاعتماد على نظام لتقييم الأداء: في المرحلة التي أصبحت فيها مؤسساتنا الصحية العمومية تفقد شيئاً من مصداقيتها اتجاه المرضى نتيجة سوء الرعاية وتدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة) مع حتمية تكيف قطاع الصحة العمومية مع مستجدات الوضع الراهن ورفع قدرته على المنافسة أصبح إدخال إصلاحات على مؤسساتنا الصحية أمر لا بد منه لتحسين الأداء الصحي وذلك من خلال إدخال نظام الحوافز المالية مع وجود مرونة في نظام الأجور والمكافآت أين يتم مراعاة الأعباء الوظيفية والمتطلبات اليومية لممارسي القطاع¹.

تعزيز أطر التعاون بين القطاع العمومي والخاص: إن الجهود الصحية والعلاجية تشكل في أي بلد بين القطاع العمومي الذي تدعمه الدولة من جهة) بين المشروعات الصحية الخاصة في شكل العيادات الخاصة من جهة أخرى، واليوم يناقش إشكالية العلاقة بين الخدمات العمومية الصحية ونظيرتها الخاصة، وهل تعتبر علاقة تكاملية أم هي تركز على التنافس؟

إن المنطق هو أن تتكامل جهود القطاعين العمومي والخاص في توفير خدمة علاجية أفضل للمرضى المراجعين، الذي يعتبر الهدف الأسمى، فالهدف العام للمنظومة الوطنية للصحة العمومية هو التكفل باحتياجات المواطنين الصحية لذلك تسهر الدولة والسلطات العمومية على تسخير جميع الوسائل والإمكانيات الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها وهو المبدأ الدستوري الذي تقوم عليه منظومتنا، وقد جسده قانون حماية الصحة وترقيتها لسنة 1985 من بين الحلول التي ستساعد على النهوض بالمنظومة الصحية هو التعاون بين القطاع العمومي والقطاع الخاص وذلك من خلال خلق إطار للتعاون بين القطاعين وتعزيز دور الوصاية في ذلك من أجل النهوض بالمنظومة الصحية والقضاء على جميع المشاكل التي تتعقب سير تطور النظام الصحي الجزائري.

لكن هذه وقبل الحديث عن أطر التعاون بين القطاعين من الأجدد على الوزارة مراقبة سير القطاع الخاص من خلال مراقبة التراخيص وإنشاء جهاز في متابعة العيادات الخاصة وتقييم مستوياتها، وعمل إطار تنظيمي لها والنظر في الإمكانيات الطبية ووضع دراسة جادة عن احتياجات كل منطقة وولاية من العيادات الخاصة سواء العامة أو التخصصية ذلك أن عملية توزيع العيادات يجب أن تتم على حساب

¹- الطاهر الوافي، التحفيز وأداء الممرضين، مذكرة ماجستير، تخصص علم الاجتماع، تخصص تنظيم وعمل، جامعة قسنطينة، 2012-2013، ص 208.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

نسبة الكثافة السكانية في كل منطقة فكلما كان التعداد السكاني كبير كلما فتحنا المجال أمام القطاع الخاص للاستثمار في قطاع الصحة أوالعكس، وبالتالي فإنه يمكن أن نعمل في هذا الإطار على تقديم مستويات جيدة من الخدمة.

التخلي عن حساب السعر اليومي الاستشفائي: وهو ما يؤدي إلى تخفيض أعباء التسيير المالي على المسيرين الذين أصبحوا مجرد منفذين للميزانية المقدمة لهم: لذلك فإن إعادة الاعتبار لنظام تحليل وحساب التكاليف للميزانية الذي يعرف تطوراً كبيراً في المؤسسات الاقتصادية والقطاع الخاص أمر ضروري من أجل التمكن من:

- ✓ التحكم العقلاني في استعمال الموارد الممنوحة.
- ✓ تقييم نشاطات وفعالية مختلف المصالح.
- ✓ الإنقاص من تبذير المال العام.
- ✓ التمكن من اتخاذ القرار المناسب.

ويمكن حساب السعر اليومي حسب المصالح والاختصاصات الموجودة من خلال متوسط مدة الإقامة M.D.S معدل شغل الأسرة T.O.L معامل التداول على السرير C.R.L مؤشرات تدل على حسن أو سوء التسيير في المستشفى ويجب حسابها شهريا فصليا سداسيا أو سنويا ومقارنتها مع المؤشرات الجهوية الوطنية والدولية لأنه إذا كان معدل الإقامة في المستشفى طويل فإنه يسبب نفقات إضافية وقد يؤدي إلى إصابة المريض بأمراض أخرى تطيل مدة الإقامة أكثر.

المبحث الرابع: محاولة لتقييم الإنفاق الصحي من خلال دراسة قياسية

المطلب الأول: محاولة لدراسة محددات الإنفاق الصحي

الفرع الأول. الدراسة الإحصائية الوصفية: تتعد محددات الإنفاق الصحي، ويمكن اختصار أهم هذه المحددات في العناصر التالية¹:

- تطور الناتج المحلي الإجمالي (GDP).
- متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي (HEXP).
- نسبة إجمالي الإنفاق الصحي الكلي إلى الناتج المحلي الإجمالي (TEXP).

¹ - مديحة محمود خطاب، تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مرجع سابق، ص 18.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- نسبة النفقات الصحية الخاصة إلى الناتج المحلي الإجمالي (COVP).
- نسبة النفقات الصحية العامة إلى الناتج المحلي الإجمالي (COVE).
- نصيب الفرد إجمالي الناتج المحلي (HEX).

جدول (4-32): نتائج المعطيات الإحصائية الوصفية

مجال النفقة (95%)		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغيرات
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
7.200	1.100	603.1	595 3	معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي (%)
3243.990	2306.850	079.339	637 2816	الدخل المحلي الإجمالي للفرد
781.063	233.604	073.180	541 418	النفقات الصحية للفرد (\$)
1.714	0.798	0.285	983 2	النفقات الصحية العامة (% من PIB)
4.920	2.280	7160.	136 1	النفقات الصحية الخاصة (% من PIB)
6.635	3.235	9720.	119 4	النفقات الصحية الكلية (% من PIB)
9.753	7.804	0.488	522 8	النفقات الصحية العامة (% من النفقات الحكومية)
77.817	68.410	728 20	424 172	النفقات الصحية العامة (% من النفقات الصحية الكلية)

المصدر: من اعداد الباحث

تظهر الإحصائيات الوصفية للمتغيرات الاقتصادية و متغيرات النفقات الصحية للجزائر خلال الفترة

محل الدراسة ما يلي:

✚ أن معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة لم يتجاوز 3.6% وهو ضعيف (مقارنة بالنمو الحاصل

في بعض البلدان وهو مرتبط أيضا بالظروف السوقية للبترو.

✚ كما أظهرت النتائج ضعف النفقات الصحية المخصصة للفرد والتي لم تتجاوز بالمتوسط 420 دولار

سنويا وهي ضعيفة مقارنة بما تخصصه الدول المتقدمة لأفرادها ومقارنة أيضا بمستوى الدخل المحلي للفرد

والذي بلغ بالمتوسط 21817 دولار خلال نفس الفترة.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

أما بالنسبة للنفقات الصحية فقد أظهرت النتائج نقص في الاهتمام التي تليه السلطات العمومية للصحة وذلك باعتبار أن النفقات الصحية العامة (النسبة إلى الناتج الداخلي الخام) لم تتجاوز بالمتوسط حدود 3%.

ارتفاع في حجم النفقات الصحية الخاصة إلى الناتج المحلي الإجمالي والتي بلغ بالمتوسط 1.13% بانحراف معياري يقدر بـ 0.716% هو أعلى من الانحراف المعياري الخاصة بالنفقات الصحية العامة. كما أن النفقات الصحية الوطنية تمثل بالمتوسط فقط 8.52% من النفقات الحكومية (الانحراف المعياري بين مقدار التقلبات في السلسلة).

أ. الانحدار البسيط

جدول رقم (4-33). نتائج تحليل الانحدار البسيط بالاعتماد على الزمن

المتغيرات	النموذج	المعامل	معامل التحديد (%)
معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي (%)		0	04.39
الدخل المحلي الإجمالي للفرد			94.80
النفقات الصحية للفرد (\$)			86.80
النفقات الصحية العامة (% من PIB)			60.90
النفقات الصحية الخاصة (% من PIB)			54.00
النفقات الصحية الكلية (% من PIB)			59.91
النفقات الصحية العامة (% من النفقات الحكومية)			25.02
النفقات الصحية العامة (% من النفقات الصحية الكلية)			02.62

المصدر: من إعداد الباحث

يتضح من بيانات الجدول ما يلي:

معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي ينخفض سنويا بمقدار 0.0597% في حين نجد أن الدخل المحلي الإجمالي للفرد يرتفع سنويا بمقدار 58.667 دولار أمريكي على التوالي.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

أما بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالنفقات الصحية نجد أن كل من النفقات الصحية للفرد والنفقات الصحية كنسبة مؤوية من الدخل المحلي الإجمالي هي في تزايد كل سنة في حين يلاحظ انخفاض في نسبة النفقات الصحية العامة كنسبة مؤوية من النفقات الصحية الكلية بمقدار 0.078% سنويا . إن هذه المعطيات الوصفية تدل على أن هناك انخفاض في درجة مسؤولية الدولة من مجال الإنفاق الصحي العمومي. خاصة وأن معدل نمو النفقات الصحية الكلية هو أقل من معدل نمو الدخل المحلي الإجمالي.

ب. مصفوفة الارتباط

جدول (4-34): مصفوفة الارتباط بين محددات الإنفاق الصحي في الجزائر.

المتغيرات	1	2	3	4	5	6	7	8
معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي (%)	1							
الدخل المحلي الإجمالي للفرد	0.130-	1						
النفقات الصحية للفرد (\$)	0.283-	0.850**	1					
النفقات الصحية العامة (% من PIB)	0.448-	0.669**	0.918**	1				
النفقات الصحية الخاصة (% من PIB)	0.222-	0.604**	0.912**	0.856**	1			
النفقات الصحية الكلية (% من PIB)	0.295-	0.642**	0.924**	0.942**	0.988**	1		
النفقات الصحية العامة (% من النفقات الحكومية)	0.045-	0.363	0.708**	0.655**	0.836**	0.808**	1	
النفقات الصحية العامة (% من النفقات الصحية الكلية)	0.482*	0.192-	0.116-	0.378-	0.148	0.002-	0.259	1

المصدر: من إعداد الباحث

من خلال بيانات الجدول يتضح لنا ما يلي:

أما بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالنفقات الصحية فنجد خلال فترة الدراسة ليس له علاقة قوية إيجابية بين مكونات النفقات الصحية حتى مع المحددات الاقتصادية (الدخل المحلي الإجمالي). فالعلاقة بين نمو الدخل المحلي الإجمالي والدخل المحلي للفرد سلبية وتقدر بـ 13%.

كما بينت النتائج عدم وجود علاقة إيجابية بين الدخل المحلي الإجمالي والنفقات الصحية للفرد والنفقات الصحية العامة كنسبة من الدخل المحلي الإجمالي النفقات الصحية الخاصة النفقات الصحية الكلية النفقات الصحية العامة كنسبة من النفقات الحكومية.

كما بينت النتائج وجود علاقة ارتباط قوية بين الدخل الفردي والإنفاق الصحي للفرد بنسبة تقدر بأكثر من 85%. كذلك الشأن بالنسبة للنفقات الصحية العامة والخاصة والكلية والتي تجاوزت نسبة 60%.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

في حين كانت العلاقة سلبية بين الدخل الفردي ونسبة الإنفاق الصحي العامة إلى مجموع النفقات الصحية العمومية بسبب ارتفاع في مسؤولية الأفراد في تغطية نفقاتهم الصحية.

بالنسبة لعلاقة النفقات الصحية للفرد مقارنة بالمتغيرات الأخرى أظهرت النتائج على وجود علاقة إيجابية قوية بين الإنفاق الصحي للفرد والنفقات الصحية العامة والخاصة والكلية ونسبة النفقات الصحة العامة إلى النفقات الحكومية بنسب تقدر بـ 91.8%، 91.2%، 92.4% و70.8% على التوالي.

وجود علاقة سلبية بين الإنفاق الصحي للفرد ونسبة النفقات الصحية العامة إلى النفقات الصحية الكلية. وهذا يدل على المسؤولية المتزايدة للأفراد في مجال الإنفاق الصحي.

كما أظهرت النتائج أيضا على وجود علاقة طردية بين نسبة النفقات الصحية الكلية إلى الدخل المحلي الإجمالي ونسبة النفقات الصحية العامة إلى الدخل الإجمالي بـ 92.4%. الشأن بالنسبة للنفقات الخاصة والتي قدرت درجة ارتباطها بـ 85.6%.

الفرع الثاني: محددات الإنفاق الصحي

اعتمدت الدراسة على البيانات الزمنية للجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 1995 حتى 2013. البيانات المستخدمة في التحليل واردة من المصادر الإحصائية للبنك الدولي (World Bank). فمعظم السلاسل الزمنية لهذه المتغيرات تتصف بعدم الاستقرار (لذا اقتصرنا الدراسة على متغيرين أساسيين يحددان الإنفاق الصحي ويتعلق الأمر بالنتائج المحلي الإجمالي (GDP)، ومتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي (HEXP) إذ يقدم نموذج الدراسة كالتالي:

$$\text{HEXP}(-1) + \text{GDP}(-1) = \text{TEXP}$$

1- اختبار استقرارية السلاسل الزمنية: لدراسة استقرارية السلسلة الزمنية توجد العديد من الإختبارات التي

تختبر الاتجاه العام في السلسلة وأهمها:

- اختبار ديكي فولر المطور ADF
- اختبار Phillips and Perron.
- اختبار KPSS.

ستقتصر في دراستنا على اختبار واحد وهو ADF.

من اجل اختبار سكون السلاسل الزمنية Stationary تم استخدام اختبار ديكي فولر المطور Augmented Dickey-Fuller Test واختصاره ADF المقترح من قبل Engle and Granger

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

(1987) إذ يسمح هذا الاختبار لمعرفة ما إذا كانت السلسلة الزمنية مستقرة أو لا عن طريق تحديد مركبة الاتجاه العام حيث يعتمد هذا الاختبار على ثلاثة عناصر للتأكد من مدى استقرارية السلاسل الزمنية أو عدم استقرارها وهي: صيغة النموذج المستخدم وحجم العينة ومستوى المعنوية وهناك ثلاثة صيغ للنموذج التي يمكن استخدامه في حالة (ADF):

الصيغة الأولى: عدم احتواء هذه الصيغة على الحد الثابت وعلى مركبة الاتجاه العام كما يلي:

$$\Delta R_t = R - \sum^p \phi \Delta R -$$

الصيغة الثانية: هذه الصيغة تختلف عن سابقتها بكونها تحتوي على الحد ثابت كما يلي:

$$\Delta R_t = R - \sum^p \phi \Delta R -$$

الصيغة الثالثة: تتضمن هذه الصيغة الحد الثابت ومركبة الاتجاه العام كما يلي:

$$\Delta R_t = R - \sum^p \phi \Delta R -$$

كانت تحديدية أو عشوائية تطبيق اختبار **ADF** على السلسلة الزمنية نقوم بتقدير النماذج القاعدية الثلاث لكل سلسلة باستعمال طريقة المربعات الصغرى العادية " *CO* ". ويعتمد اختبار ديكي فلر المطور

ADF على إحصائية لمعامل معادلة الانحدار الذاتي من اجل اختبار الفرضية التالية: $H_0: \phi_1 = 1$

بحيث يكون القرار الإحصائي كالآتي:

• إذا كانت $t_{tab} < t_{\phi j}$: نقبل الفرضية العدمية (H_0): أي أن السلسلة الزمنية محدداً للإنفاق الصحي غير مستقرة ذلك لوجود جذر أحادي.

• إذا كانت $t_{tab} > t_{\phi j}$: نرفض الفرضية العدمية (H_0): أي أن السلسلة الزمنية محدداً للإنفاق الصحي لا يوجد بها جذر أحادي بالتالي فهي مستقرة.

غالباً ما تتسم البيانات الاقتصادية بوجود تغيرات هيكلية تؤثر على درجة سكون السلاسل الزمنية فطبيعة هذه السلاسل تكون غير مستقرة مما يؤدي إلى ما يعرف بظاهرة الانحدار الزائف. لذا يعد تحديد درجة السكون مهماً قبل اختبار علاقات التكامل والسببية حيث يتطلب ذلك عدم سكون البيانات وتكاملها من نفس الدرجة فإذا كان المتغير ساكن فانه لا يحمل جذر الوحدة وبالتالي فهو متكامل عند المستوى أما إذا كان المتغير غير ساكن في الأصل بينما سلسلة الفروق الأولى من سلسلة المتغير العشوائي ساكنة أو مستقرة فان السلسلة الأصلية تكون متكاملة من الرتبة الأولى (Integrated of Order 1) أي (1). أما إذا كانت السلسلة ساكنة أو مستقرة بعد الحصول على الفروق الثانية (الفروق الأولى للفروق الأولى) فان السلسلة الأولى

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

تكون متكاملة من الرتبة الثانية أي (2). باستعمال برنامج *EViews* « نحصل على نتائج اختبار (*ADF*) الممثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم (4-35): اختبار الإستقرارية

Adf				المتغيرات
t-Statistic المحسوبة	الفروق الأولى	t-Statistic المحسوبة	level عند المستوى	
-1.962813***	-2.763003	-3.040391***	1.556537	TEXP
-1.964418**	-5.365218	-1.964418***	0.650368	GDP
-2.666593*	-2.926571	-3.065585***	3.087779	HEXP

المصدر: من إعداد الباحث مخرجات برمجية Eviews8

* ** *** تشير إلى مستوى معنوية عند 10% 5% 1% على التوالي .

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن $t_{\phi j} < t_{tab}$ وبالتالي نقبل الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على أن السلسلة الزمنية الخاصة بمحددات الإنفاق الصحي غير مستقرة، وذلك لوجود جذر أحادي وهذا عند المستوى وعليه قمنا بتطبيق طريقة الفروقات من الدرجة الأولى وحصلنا على $t_{\phi j} > t_{tab}$. وبالتالي نرفض الفرضية العدمية (H_0) أي أن السلسلة الزمنية لمتغيرات الدراسة لا يوجد بها جذر أحادي، و بالتالي فهي مستقرة.

بما أن متغيرات دراسة كلها مستقرة عند الفرق الأول وهذا ما ستوجب تطبيق نموذج "التكامل المتزامن".

2- اختبارا التكامل المتزامن:

اختبار جوهانسون للتكامل المشترك *Johansen technique* :

يهدف هذا الاختبار إلى تحقيق علاقة طويلة الأجل موجودة بين المتغيرات الاختبار المعروف في هذا المجال هو اختبار جوهانسن "Johanson" للتكامل المتزامن، حيث يعتبر هذا الاختبار أعم وأشمل من خلال تقديم نتيجة اختبارا لأثر λ_{trace} واختبار القيمة العظمى λ_{max} فنقوم باختبار الفرضية العدمية لتحديد أي من المتجهات تمثل دلالة إحصائية معنوية لعلاقة التكامل المتزامن فيتم اختبار المتجهات التكاملية التي تقابلها القيم الأعلى "Eigen Value" المحسوبة" كل ذلك في ظل افتراض الفرضية العدمية (H_0) التي تفرض بأنه لا يوجد متجهات تكامل متزامن في النموذج. فإذا كانت قيمة الاختبار المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية نرفض الفرض القائل بعدم وجود متجه تكامل لمتغيرات الدراسة نقبل الفرض القائل بوجود على الأقل متجه

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

تكامل واحد. وإذا تم حدث العكس فالنتيجة تكون من خلال قبول الفرض القائل بعدم وجود تكامل مشترك.

كل المتغيرات متكاملة من الدرجة الأولى فذلك يمكن من اختبار وجود علاقة فيما بين المتغيرات في المدى الطويل من خلال اختبار التكامل المتزامن لجوهانسن Johansen والذي تظهر نتائجه كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (4-36): نتائج اختبار جوهانسن Johansen للتكامل المتزامن

نتائج اختبار الأثر Trace

Hypothesized No. of CE(s)	Eigenvalue	Trace Statistic	0.05 Critical Value	Prob.**
None *	0.885639	46.18691	29.79707	0.0003
At most 1	0.517769	13.66098	15.49471	0.0927
At most 2	0.165899	2.721004	3.841466	0.0990

Trace test indicates 1 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level

* denotes rejection of the hypothesis at the 0.05 level

**MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p-values

المصدر: من إعداد الباحث مخرجات برمجية Eviews8

نتائج الاختبار المعطاة في الجدول السابق توضح رفض الفرضية التي تنص على عدم وجود علاقة تكامل مشترك بين الإنفاق الصحي (TEXP) وكل من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) ومتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي (HEXP) عند درجة معنوية 5%. (القيمة المحسوبة أكبر من الجدولية لاختباري الأثر والقيمة العظمى).

بينما تم قبول فرضية وجود علاقة تكامل مشترك واحدة على الأكثر عند درجة معنوية 5%. مما يدل على وجود متجه واحد للتكامل المتزامن وهذا بالاعتماد على اختبار الأثر. أما فيما يخص استخدام طريقة "الإمكان الأعظم" فقد حصلنا على نفس النتيجة (أنظر الملحق)

فذلك يدل على وجود توليفة خطية ساكنة بين الإنفاق الصحي (TEXP) وكل من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) ومتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي (HEXP) أي أن (TEXP) يتكامل تكاملا متزامنا مع باقي متغيرات الدراسة (GDP وHEXP) الشيء الذي يقر على وجود علاقة توازن في المدى الطويل بين متغيرات النموذج المدروسة هي تظهر سلوكا متشابها مما يعني ذلك أنها لا تتعد عن بعضها البعض كثيرا في المدى الطويل.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

ويمكن كتابة المتجه التكاملي الأول الذي تم التوصل إليه يمكن تقديره باستخدام نموذج تصحيح الخطأ الموجه VEC على النحو التالي:

$$TEXP=1.338904GDP(-1)+0.008907HEXP(-1)$$

3- نموذج تصحيح الخطأ الموجه (VECM) Vector Error Correction Model

نموذج تصحيح الخطأ الموجه (VECM) يستعمل كوسيلة لتكييف سلوك المتغير في الأجل القصير مع سلوكه في الأجل الطويل. فهو يستخرج الفروقات أو الأخطاء بين القيم الفعلية للمتغير التابع والقيم المقدرة في النموذج التكاملي. ثم يعاد التقدير للنموذج بإدخال الفرق الأول للأخطاء كمتغير مستقل جديد كما توضحه المعادلة التالية¹:

ومنه يتم تقدير نموذج تصحيح الخطأ الموجه (VECM) باستخدام برنامج Eviews8 فيتم الحصول على النتائج التالية:

الجدول رقم (4-37): نموذج تصحيح الخطأ الموجه باستخدام برنامج Eviews8

Error Correction:	D(TEXP)	D(GDP(-1))	D(HEXP(-1))
CointEq1	-0.323011 (0.08067) [-4.00397]	-0.003305 (0.66652) [-0.00496]	-16.01636 (2.55897) [-6.25891]

المصدر: من إعداد الباحث مخرجات برمجية Eviews8

نلاحظ أن معامل تصحيح الخطأ الموجه معاملا معنوياً وسالبا وهو يمثل قوة الرجوع نحو التوازن في الأجل الطويلة E الذي يعني أن الانحراف عن التوازن يصحح كل سنة بمقدار 32,30% بسرعة التعديل مقدارها (3.125=1/0.32) E بالتالي قبول نموذج تصحيح الخطأ والتأكد من وجود علاقة تكامل متزامن ما بين متغيرات الدراسة.

¹ - Régis BOURBONNAIS, Econométrie manuel et exercices corrigés, Dunod, Paris, 2004, 5^e édition, p 289.

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

نموذج تصحيح الخطأ المعتمد عليه في الدراسة لا يعاني من المشاكل القياسية (استقرارية النموذج والارتباط التسلسلي).

4- تحليل التباين ودوال الاستجابة الدفعية

يتم دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة في الأجل القصير باستخدام كل من تحليل التباين (Variance Décomposition) ودوال الاستجابة الدفعية (Impulse Réponse Fonction).

أ. تحليل التباين Variance Décomposition

يستعمل للتعرف على مقدار التباين في التنبؤ الذي يعود إلى التنبؤ في نفس المتغير والمقدار الذي يعود إلى خطأ في المتغيرات الأخرى \square أي هو يقيس مقدار التغير (الذي يعود إلى المتغيرات الأخرى في النموذج) في متغير ما والذي يعود إلى التغير في المتغير نفسه. أو بعبارة أخرى تحليل تباين الخطأ يهدف إلى تحديد وحساب مدى مساهمته في تباين الخطأ¹. والجدول الموالي يوضح ذلك كما يلي:

الجدول (4-38): تحليل التباين Variance Decomposition of TEXP

Period	S.E.	TEXP	GDP(-1)	HEXP(-1)
1	0.306810	100.0000	0.000000	0.000000
2	0.483842	72.01430	17.04293	10.94277
3	0.572989	63.48565	22.84077	13.67358
4	0.688616	55.22724	21.53004	23.24272
5	0.821283	43.72449	16.34615	39.92936
6	0.992363	30.89365	16.65003	52.45631
7	1.138719	24.78319	17.39113	57.82569
8	1.312558	19.16604	14.58824	66.24572
9	1.520414	14.28636	11.72274	73.99090
10	1.735732	10.96216	11.73444	77.30339

المصدر: من إعداد الباحث مخرجات برمجية Eviews8

إن تفسير التغير الذي يطرأ على مستوى الإنفاق الصحي أو نتيجة تأثره بالمتغيرات الأخرى (ونخص بالذكر مستوى الناتج الداخلي ونصيب الفرد من الإنفاق الصحي) يمكن تفسيره كما يلي:

من الفترة الأولى إلى الفترة الخامسة: نلاحظ خلال الفترات الأولى للدراسة أن الإنفاق الصحي كمتغير تابع (TEXP) يتأثر بنفسه بنسبة 72% في حين أن تأثيرات المتغيرين المستقلين (GDP وHEXP) ضئيلة جدا تتراوح بين 39% و 22% بنسبة الناتج الداخلي ونصيب الفرد على التوالي.

¹ - شبيخي محمد، طرق الاقتصاد القياسي: محاضرات وتطبيقات، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى 2012، ص 283.

ونفسر هذا بأن تطور النفقات الصحية لا تتأثر بالنمو الاقتصادي المعبر عنه بالنتائج الداخلي الخام (GDP) في الجزائر لأن الاهتمام كان منصباً على القطاعات الإنتاجية دون محاولة البحث عن المشاكل الصحية الفردية والتعامل بشكل أوسع مع القضايا والظروف العامة التي تؤثر سلباً على الصحة العامة كالعوامل البيئية التركيبية الاجتماعية العدالة في توزيع المصادر المالية وبالتالي تأثير تحسين الأوضاع الاقتصادية على الرعاية الصحية لا تفسره إلا نسبة ضئيلة من الإنفاق العام في حدود 22% والسبب في ذلك يمكن إرجاعه إلى تركيز اهتمام الجزائر بالقطاعات الاقتصادية مقارنة بنظراتها من القطاعات الاجتماعية وفي مقدمتها القطاع الصحي.

ومن جهة أخرى تطور الإنفاق الصحي لا يفسره تطور نصيب الفرد من الإنفاق الصحي (HEXP) إلا بنسبة 39% وذلك باعتبار أن ارتفاع (HEXP) لا يعبر عن ارتفاع الإنفاق الصحي وإنما يعبر عن العدالة في التمويل الصحي.

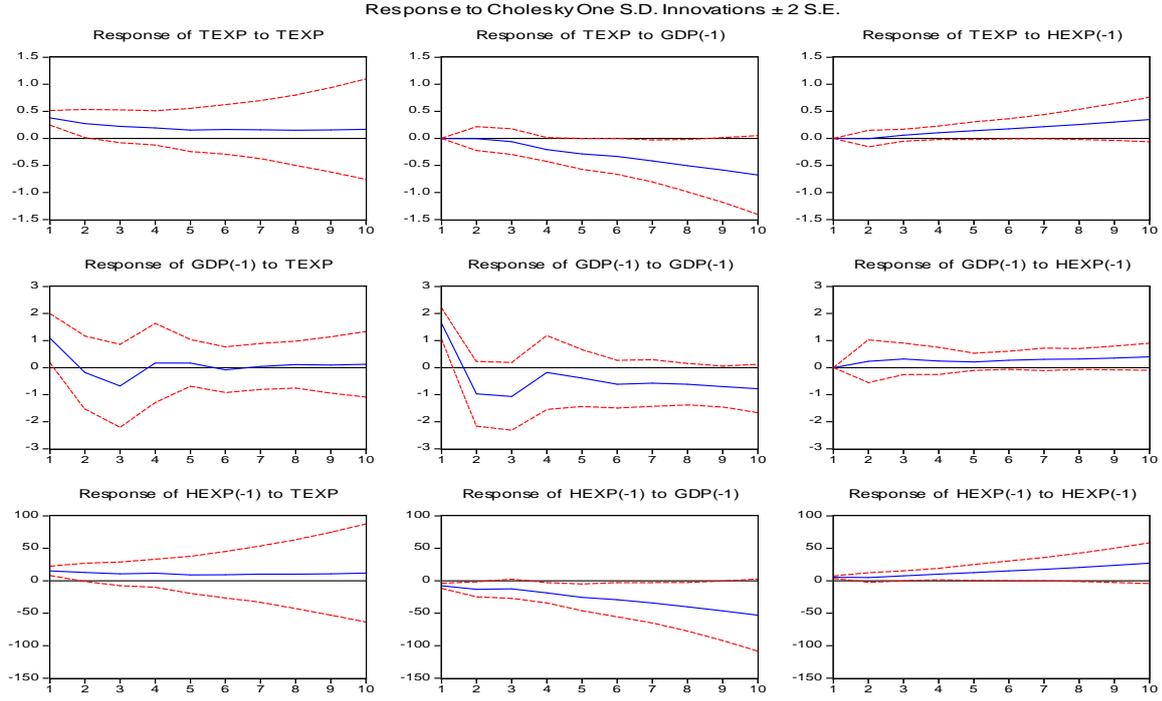
من الفترة السادسة إلى الفترة العاشرة: خلال هذه المرحلة تبلور لنا بوضوح مدى الانفصام الشبه تام بين الناتج الداخلي الخام (GDP) ومستوى الإنفاق الصحي وذلك باعتبار أن فترات النمو الاقتصادي التي مر بها الاقتصاد الجزائري خلال العشرية الماضية 2000-2010 لم تؤثر إلا بنسبة ضئيلة في الإنفاق الصحي بنسبة متوسطة تقدر 14%، في حين أن تحقيق العدالة في توزيع الإنفاق الصحي أثر على نسبة الإنفاق الصحي بنسبة تعدت 77%. وعلى هذا الأساس نستطيع القول أن الإنفاق الصحي لا يتحدد بمستوى طور النمو الاقتصادي بقدر ما يتأثر بمستوى العدالة في توزيع الموارد المتوفرة وهو ما يعني بأن ترشيد الإنفاق الصحي من شأنه أن يؤثر على عدالة النظام الصحي أو العكس.

ب. تحليل دوال الاستجابة الدفعية Impulse Réponse Fonction

طريقة دوال الاستجابة تأخذ بعين الاعتبار مجموع العلاقات الديناميكية أي تعمل على حساب المضاعفات الديناميكية الموجودة فهي تبين إثر حدوث صدمة في الأخطاء رد فعل نظام المتغيرات الداخلية وهي تبين أثر انخفاض مفاجئ ووحيد لمتغير على نفسه وعلى باقي متغيرات النظام في كل الأوقات¹. أو هي الأداة الثانية لتحليل العلاقة الديناميكية بين متغيرات النموذج فهي تعمل على معرفة ما مدى استجابة كل متغير من متغيرات النموذج الداخلية لصدمة غير متوقعة وذلك في حدود خطأ المتغيرات مقدار انحرافها المعيار واحد. كما يوضح ذلك الشكل الموالي:

¹ - شبيخي محمد، طرق الاقتصاد القياسي: محاضرات وتطبيقات، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى 2012، ص 281.

الشكل (4-17): دوال الاستجابة الدفعية



المصدر: من إعداد الباحث مخرجات برمجية Eviews8

بالنسبة لتأثير الإنفاق الصحي على نفسه فهي استجابة ايجابية ومعنوية من الفترة الأولى إلى الفترة الثانية أما خلال الفترات المتبقية فتكون استجابة غير ايجابية وغير معنوية.

بالنسبة لتأثير الناتج الداخلي الخام على الإنفاق الصحي فهي استجابة ايجابية خلال الأربع سنوات الأولى ومعنوي خلال ثلاث سنوات الأولى لتصبح بعد ذلك استجابة غير معنوية وغير ايجابية.

أما بالنسبة لتأثير نصيب الفرد على الإنفاق الصحي فهي استجابة معنوية ايجابية خلال معظم الفترات .

المطلب الثاني: محاولة لدراسة تأثير الإنفاق الصحي على المؤشرات الصحية

من خلال هذا النموذج حاولنا دراسة مدى تأثير الإنفاق الصحي على إنتاجية القطاع، وعلى هذا الأساس فقد حددنا مجموعة من المؤشرات الصحية و يتعلق الأمر بـ:

1. نفقات الصحة: COV

2. أمل في الحياة عند الولادة: EVN

3. أمل الحياة عند الولادة بالنسبة للإناث: EVNF

4. أمل الحياة عند الولادة بالنسبة للذكور: EVNO

5. الأطفال الملقحين ضد الدفتيريا: DTC P3

6.الأطفال الملقحين ضد الحصبة:VAR

7.معدل وفيات الأطفال بالنسبة لكل 1000 ولادة حية:TMEV

8.معدل الوفيات بالنسبة لكل 1000 ساكن:TMEH

9.معدل خصوبة:Ts

سيتم الاستعانة بأدوات تحليل السلاسل الزمنية لتحليل العلاقة بين متغيرات الدراسة بدل الأساليب التقليدية التي يؤدي استخدامها إلى نتائج مضللة (Spurious Regression) نظرا لكون المتغيرات الاقتصادية الكلية تتسم بعدم الاستقرارية (Granger-Newbold 1974¹).

في إطار تقصي آثار وانعكاسات سياسة الإنفاق العام على الصحة تقوم هذه الدراسة باختبار أثر الإنفاق العام في الصحة على المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة ما بين (1985-2013) تم اختيار متغيرات الدراسة بما ينسجم مع النظرية الاقتصادية والدراسات السابقة إذ يقدم نموذج الدراسة كالتالي:

$$DTC(-1) EVN(-1) VAR(-1)=GOV$$

من خلال هذا النموذج سوف نحاول دراسة العلاقة بين أثر زيادة الإنفاق العام على المؤشرات الصحية

حيث استندنا من خلال هذه الدراسة على المتغيرات التالية:

GOV: الإنفاق الحكومي.

DTC:الأطفال الملقحين ضد الدفتيريا.

EVN:أمل الحياة عند الولادة.

VAR:الأطفال الملقحين ضد الحصبة.

أولا.اختبار استقرارية السلاسل الزمنية:ويتم استخدام اختبار فيليبس بيرومن أجل اختبار استقرارية متغيرات الدراسة T نتائج الاختبار الموضحة في الجدول الموالي، تثبت أن متغيرات النموذج كلها متكاملة من الدرجة الأولى أي أنها مستقرة عند الفرق الأول. حيث تم قبول الفرضية العدمية التي تنص على عدم استقرارية المتغيرات عند المستوى عند درجة معنوية 1% و 5%T عند أخذ الفروق الأولى تم رفض الفرضية العدمية التي تنص على عدم استقرارية المتغيرات عند الفروق الأولى. أي أنها أصبحت مستقرة عند الفروق

¹- C.W.J. Granger and Newbold, Journal of econometrics 2, University of Nottingham NG7 2RD, England, 1973. (1974):

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304407674900347> .

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

الأولى عند درجة معنوية 1% و 5%. ومن هنا تظهر ضرورة تقصي وجود علاقة تكامل مشترك بين متغيرات الدراسة.

باستعمال برنامج *EViews* « نحصل على نتائج اختبار *(ADF)* الممثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم (4-39): اختبار الإستقرارية

Adf				المتغيرات
t-Statistic المحسوبة	الفروق الأولى	t-Statistic المحسوبة	عند المستوى level	
-2.976263***	-6.131282	-2.991878***	2.703261	GOV
-2.981038***	-3.857683	-1.953381***	1.640868	DTC
-3.612199**	-4.236453	-3.612199***	-2.040981	EVN
-1.953858***	-4.578567	-1.953381***	1.330403	VAR

المصدر: من إعداد الباحث مخرجات برمجية Eviews8

* ** ** تشير إلى مستوى معنوية عند 10% 5% 1% على التوالي .

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن $t_{\phi j} < t_{tab}$ وبالتالي نقبل الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على أن السلسلة الزمنية الخاصة بالإنفاق العام والمؤشرات الصحية، وذلك لوجود جذر أحادي وهذا عند المستوى، وعليه قمنا بتطبيق طريقة الفروقات من الدرجة الأولى وحصلنا على $t_{\phi j} > t_{tab}$ وبالتالي نرفض الفرضية العدمية (H_0). أي أن السلسلة الزمنية لمتغيرات الدراسة لا يوجد بها جذر أحادي، وبالتالي فهي مستقرة. بما أن متغيرات دراسة كلها مستقرة عند الفرق الأول وهذا ما ستوجب تطبيق نموذج "التكامل المتزامن".

ثانيا. اختبار جوهانسون للتكامل المشترك **Johansen technique**: يقدم جوهانسون طريقة مختلفة لاختبار التكامل المشترك للمتغيرات، حيث يعتبر هذا الاختبار أعم وأشمل من خلال تقديم نتيجة اختبارا لأثر **trace** واختبار القيمة العظمى λ_{max} فإذا كانت قيمة الاختبار المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية نرفض الفرض القائل بعدم وجود متجه تكامل لمتغيرات الدراسة، ونقبل الفرض القائل بوجود على الأقل متجه تكامل واحد. وإذا تم حدث العكس فالنتيجة تكون من خلال قبول الفرض القائل بعدم وجود تكامل مشترك.

الجدول رقم (4-40): نتائج اختبار التكامل المشترك بطريقة جوهانسون

Hypothesized

Trace

0.05

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

No. of CE(s)	Eigenvalue	Statistic	Critical Value	Prob.**
None *	0.885983	96.54977	47.85613	0.0000
At most 1 *	0.570025	42.26451	29.79707	0.0011
At most 2 *	0.448711	21.16379	15.49471	0.0063
At most 3 *	0.222021	6.276379	3.841466	0.0122

Trace test indicates 4 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level

* denotes rejection of the hypothesis at the 0.05 level

**MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p-values

المصدر: من إعداد الباحثمخرجات برمجية8Eviews

نتائج الاختبار المعطاة في الجدول توضح أن عدد المتجهات يساوي عدد المتغيرات فإننا نرفض وجود تكامل في المدى الطويل ما بين متغيرات النموذج. وبما أنه لا توجد علاقة في المدى الطويل سنقوم بدراسة العلاقة في المدى القصير وعليه سنقوم باستخدام نموذج الانحدار الذاتي الموجه **var**.

إن عدم وجود علاقة بين متغيرات النموذج على المدى الطويل إنما هو راجع بالأساس إلى ارتباط المؤشرات الصحية بعدة عوامل تحدد أهداف وأولويات المنظومة الصحية وذلك حسب المخططات والبرامج الصحية المعتمدة، أما بالنسبة لحجم الإنفاق الصحي كمتغير مستقل فهو مرتبط بمتغيرات أخرى تتعلق أساسا بالسياسة المالية والأوضاع الاقتصادية للبلاد على الرغم من أننا أثبتنا من خلال النموذج السابق أن الإنفاق الصحي لا يتحدد بمستوى النمو الاقتصادي.

ثالثا. نموذج الانحدار الذاتي الموجه **var**

أ. النموذج العام لشعاع الانحدار الذاتي:

$$Y_t = A_0 + \sum_{i=1}^n A_i Y_{t-1} + \varepsilon_t$$

بحيث:

$$Y_t = (Y_{1t}, Y_{2t}, \dots, Y_{ut})$$

ويمكن كتابة هذا النموذج بشكل آخر بإدخال معامل التأخير "1" (D) opérateur retard

$$\phi(D)Y_t = A_0 + \varepsilon_t$$

$$\phi(D) = I_n - \sum_{i=1}^n A_i D_i$$

$$D_i X_i = X_{t-i} \text{ : بحيث}$$

¹ -Regis Bourbonnis : Econométrie manuelle et exercice corrigées, 5^{ème} édition Dunod, Paris 2006.

بشكل عام إن نموذج VAR ذو الدرجة (P) V décalages المتكون من K متغير) يرمز له بـ VAR(P) والذي يكتب على شكل المصفوفة التالية:

$$Y_t = A_0 + A_1 Y_{t-1} + A_2 Y_{t-2} + \dots + A_p Y_{t-p} + U_t$$

مع:

$$y_2 = \begin{bmatrix} y_{1t} \\ y_{2t} \\ \cdot \\ \cdot \\ \cdot y_{Kt} \end{bmatrix}; Ap = \begin{bmatrix} a_1^1 p & a_1^2 p & \dots & a_1^K p \\ a_2^1 p & a_2^2 p & \dots & a_2^K p \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ a_K^1 p & a_K^2 p & \dots & a_K^K p \end{bmatrix}; A_0 = \begin{bmatrix} a_1^0 \\ a_2^0 \\ \cdot \\ \cdot \\ a_K^0 \end{bmatrix}; U_t = \begin{bmatrix} U_{1t} \\ U_{2t} \\ \cdot \\ \cdot \\ U_{Kt} \end{bmatrix}$$

حيث:

- Y_t : شعاع بعده (K,1).
- A_p : مصفوفة المعالم ذات البعد (K,p).
- A_0 : شعاع ذو البعد (K,1) للقيم الثابتة.
- U_t : شعاع التشويش الأبيض bruit blanc ذو البعد (K, 1) الذي يحقق الفرضيات التالية:

$$E(U_t) = 0$$

$$E(U_t, U_{t'}) = v$$

$$E(U_t, U'_s) = 0 \quad \forall t \neq s$$

وباستعمال معامل التأخير D يمكن كتابة النموذج على الشكل التالي:

$$A(D)Y_t = A_0 + U_t$$

$$\text{أو: } (I - A_1 D - A_2 D^2 - \dots - A_p D^p) Y_t = A_0 + U_t$$

نموذج الانحدار الذاتي المعتمد عليه في الدراسة هو مفسر للظاهرة بنسبة 85% وهو 5 ولا يعاني من المشاكل القياسية . ويعطى بالعلاقات التالية:

- $GOV = 0.8728005367 * GOV(-1) + 1179103.50632 * DTC(-2) + 6960801.74388 * EVN(-2) - 81746.5008147 * VAR(-2) - 551448549.644$
- $DTC(-1) = 8.56742994136e-09 * GOV(-1) + 1.00709421283 * DTC(-2) + 0.114648904957 * EVN(-2) - 0.337684057162 * VAR(-2) + 20.4971893624$

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

- $EVN(-1) = 6.53792525894e-10*GOV(-1) - 0.0104927797618*DTC(-2) + 0.94249365672*EVN(-2) - 0.00401051105478*VAR(-2) + 5.38884860035$
- $VAR(-1) = 9.35327213955e-09*GOV(-1) + 0.625692882955*DTC(-2) - 0.359096779086*EVN(-2) + 0.304973448502*VAR(-2) + 29.0355659411$

مع العلم أن :

R-squared	0.853646
Adj. R-squared	0.827036
F-statistic	32.08009
S.D. dependent	1.01E+08

سنقوم بتحليل العلاقة في المدى القصير بالاعتماد على اختبار تحليل التباين.

2/ تحليل التباين Variance Décomposition

خلصت نتائج تحليل التباين Variance Décomposition إلى ما يلي :

بالنسبة للإنفاق الصحي: كما ذكرنا سابقا بأن الإنفاق الصحي هو متغير مستقل وبالتالي لا يتأثر بأي متغيرات الدراسة، وإنما تحدده عوامل أخرى.

إن النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذه الدراسة كذلك لا تتطابق مع النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة على أنه النفقات الصحية لا تساهم في النمو الاقتصادي ونفسر هذا بان تطور النفقات الصحية لا تؤثر على النمو الاقتصادي في الجزائر لأن الاهتمام فقط بإنتاجية العامل دون تحديد العوامل المؤثرة فيه للعمل على تحسينها وتوظيفها لرفع إنتاجية تنعكس سلبا على المنشآت العاملة في الاقتصاد وعلى النمو الاقتصادي.

كما أن تطور النفقات الصحية لا تسبب النمو الاقتصادي في الجزائر لأن الإنفاق على الرعاية الصحية على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين لا يراعى فيها الكفاءة في الإنفاق والتوزيع العادل للخدمات الصحية على مستوى الدولة لتصبح في متناول جميع طبقات المجتمع وبالجودة نفسها.

الجدول (4-41): تأثير الإنفاق العام

Variance Décomposition of GOV: Période	S.E.	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1	28835465	100.0000	0.000000	0.000000	0.000000

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

2	31591399	95.06110	3.062989	1.226700	0.649207
3	65901582	97.55380	1.974847	0.282196	0.189156
4	76396449	94.71375	3.884893	0.983210	0.418147
5	1.43E+08	97.80801	1.648518	0.305295	0.238172
6	1.77E+08	96.65220	2.166456	0.798931	0.382415
7	3.12E+08	98.53191	0.893265	0.312014	0.262815
8	4.11E+08	97.87543	1.078846	0.667654	0.378066
9	6.96E+08	98.94842	0.440601	0.326803	0.284173
10	9.60E+08	98.51137	0.543149	0.575016	0.370466

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

بالنسبة للأطفال الملقحين ضد الدفتيريا: إن التلقيح ضد الدفتيريا يعتبر من الأهداف الأساسية التي شملتها المنظومة الصحية وذلك من خلال تخصيص نسبة معتبرة من الإنفاق الصحي لتعميم الاستفادة من هذا التلقيح وهو فعلا ما تؤكدته نتائج الدراسة وذلك باعتبار أن الإنفاق الصحي ساهم بنسبة كبيرة في تعميم هذا نوع من التطعيم بنسبة كبيرة وصلت إلى ما يقارب 92%. كما أن الشيء الملاحظ أن تأثير الإنفاق الصحي على نسبة الاستفادة من هذا التلقيح قد تعدى نسبة 50% خلال الفترة الممتدة 1999 إلى 2013 والجدول الموالي يبين ذلك بأكثر تفصيلا:

الجدول (4-42): تأثير الإنفاق العام على التلقيح ضد الدفتيريا

Variance Décomposition of DTC(-1): Période	S.E.	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1	2.188375	1.094511	98.90549	0.000000	0.000000
2	2.719755	0.921163	96.67305	0.542235	1.863550
3	3.033891	12.75403	81.22008	1.207072	4.818815
4	3.066545	12.51252	79.80312	1.235450	6.448911
5	3.486835	31.26130	61.79546	0.970239	5.973007
6	3.629895	35.80370	57.38390	1.273349	5.539045
7	4.767586	62.47957	33.40162	0.741857	3.376954
8	5.568658	71.23268	24.89581	1.231802	2.639707
9	8.628377	87.85780	10.42861	0.524707	1.188889
10	11.28388	91.73115	6.418407	0.876155	0.974289

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

بالنسبة لأمل الحياة عند الولادة: يعتبر أمل الحياة عند الولادة من المؤشرات الصحية الهامة التي تعبر عن مدى فعالية السياسة الصحية أو بالأحرى البرامج الصحية. وعلى هذا الأساس فقد بينت نتائج الدراسة التحليلية أن هذا المؤشر هو في تحسن مستمر بالنسبة للجزائر: إلا أنه يظل دون المستوى المطلوب وهذا بمنظار التصنيف المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية وقد خلصت الدراسة التحليلية بأن تحسن مؤشر الحياة عند الولادة مرتبط بحجم الموارد المالية المخصصة للقطاع: أي أن تحسن الوضع الصحي يرتبط ارتباطا وثيقا بنسبة الإنفاق العام التي تخصصها الدولة للقطاع الصحي. إلا أن الدراسة القياسية أثبتت

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

عكس ذلك وذلك باعتبار أن الإنفاق الصحي لا يؤثر إلا بنسبة 8% كأقصى حد في أمل الحياة عند الولادة في حين أن تعميم برامج التلقيح يؤدي إلى تحسن كبير في هذا المؤشر.

مما سبق يمكن استخلاص أن الإنفاق الحكومي المسخر لقطاع الصحة ليس له تأثير كبير في تحسين المستوى الصحي للجزائريين، وهذا ما يدل على عدم كفاءة عوامل الإنتاج سواء كان العمل أو عامل رأسمال. والجدول الموالي يبين ذلك بأكثر تفصيل:

الجدول (4-43): تأثير الإنفاق العام على أمل الحياة عند الولادة

Variance Decomposition of EVN(-1): Period	S.E	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1	0.012865	6.054283	0.166874	93.77884	0.000000
2	0.026990	8.029121	1.038571	88.86200	2.070308
3	0.042921	7.342501	5.433304	81.68176	5.542435
4	0.060949	6.933377	10.55132	72.99781	9.517493
5	0.079334	5.724898	13.93217	66.76486	13.57807
6	0.097323	5.012745	15.17790	62.33605	17.47331
7	0.113406	3.830887	15.23076	59.84038	21.09798
8	0.127970	3.053015	14.36351	58.24823	24.33524
9	0.141111	3.325838	13.01904	56.86698	26.78815
10	0.153015	3.644148	11.44293	56.07518	28.83774

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

بالنسبة لتأثير الإنفاق العام على التلقيح ضد الحصبة: تظهر نتائج الدراسة بأن الإنفاق الصحي يؤثر بنسبة كبيرة على توسع نسبة التلقيح ضد الحصبة بنسبة 97%. ويمكن إرجاع سبب ذلك إلى أن القضاء على هذا الداء كان من بين الأهداف المسطرة من قبل منظمة الصحة العالمية في إطار ميثاق الألفية والذي صادقت عليه الجزائر، وهو ما استدعى ضرورة رصد مبالغ هامة لتجسيد هذا الهدف قبل حلول سنة 2015. وللتوضيح لأكثر الجدول الموالي يبين ذلك:

الجدول (4-44): تأثير الإنفاق العام على عملية تعميم التلقيح ضد الحصبة

Variance Decomposition of VAR(-1): Period	S.E	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1	3.033035	0.002841	61.77092	5.514389	32.71185
2	3.596857	1.041224	70.45047	3.947423	24.56089
3	4.444481	31.31270	49.37205	3.181490	16.13376
4	4.554262	32.72233	48.82188	3.060012	15.39578
5	6.746364	67.86447	23.15250	1.598393	7.384630
6	7.489865	71.70158	20.78817	1.508150	6.002105
7	12.54764	89.00444	7.972649	0.621213	2.401700
8	15.40514	91.15595	6.311679	0.831009	1.701362
9	26.33974	96.52549	2.331275	0.368145	0.775090
10	34.91581	96.92162	1.813585	0.637552	0.627244

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

خلاصة الفصل:

على الرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني ، إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر، إذ أننا نجد أن هناك نقص في الاهتمام الذي توليه الجزائر للقطاع الصحي وهذا ما يتجلى في تذبذب النفقات الصحية إلى مجموع الثروة الوطنية. كما أثبتت الدراسات الخاصة بالقطاع الصحي عن وجود ضغوطات متزايدة وغير محدودة تحيط بموضوع الإنفاق على الصحة، وهي ضغوطات ناجمة عن ضعف تركيبة النظام الصحي والأطر الرقابية وإدارة القطاع عموما، تترجم في مستويات إنفاق عالية نسبيا إلا أنها غير مرتبطة بمستوى نوعية وجودة الخدمات المعروضة، وذلك استنادا إلى مقارنات دولية وبالأخص لدى تقدير فعالية الخدمات الصحية. وعلى هذا الأساس لن نبالغ إن اعتبرنا أن قطاع الصحة يتضرر بالجزائر، فتراكم أمراض هذا القطاع، وتعدد كوارثه ونكباته يجعله ضمن أسوأ القطاعات في بلادنا رغم توفر كالمؤهلات، ولكن الواضح أن سوء التسيير السبب الرئيسي في المسألة، رغم حرص السلطات على ضمان استمرارية مجانية العلاج ، في ظل آفاق ضيقة للتسيير.

من جهة أخرى فقد أكدت الدراسة القياسية العلاقة السلبية لأثر الإنفاق العام على إنتاجية القطاع الصحي بحيث يتحدد هذا الأخير بمجموعة من العوامل التي ليس صلة بالنمو الاقتصادي. كما تبين لنا أيضا بأن إنتاجية الإنفاق الصحي (من خلال مؤشرات الرعاية الصحية) لا تتحدد فقط بنمو الإنفاق الصحي بل بعوامل أخرى ونذكر بالأخص عملية تسيير الموارد حسب أولويتها، البرامج الصحية المعتمدة... الخ. وعلى هذا الأساس تؤكد الدراسة القياسية ما تم التوصل إليه من خلال الدراسة التحليلية وهو أن القطاع الصحي بالجزائر لا يحتاج إلى موارد إضافية بقدر ما يحتاج إلى حسن في ترشيد وتسيير هذه الموارد وذلك من أجل ضمان خدمات صحية ذات جودة وفعالية لجميع الأفراد. وبهذا فالنتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة تتناقض مع النتائج التي توصل إليها "Savas Cevik, M Okan Tasar" بحث لا يمكن اعتبار الإنفاق الصحي ذو أثر سلبي على المؤشرات الصحية بالنسبة للدول المتقدمة (ذات الدخل المرتفع) وهو ذو أثر ايجابي بالنسبة للدول ذات الدخل المتوسط وتعميمها كقاعدة عامة، وذلك باعتبار أن هذا الطرح

الفصل الرابع الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية

لا ينطبق مع على واقع القطاع الصحي بالجزائر، وهذا طبعا في ظل إخفاق السياسات والخيارات المنتهجة على مستوى القطاع.

الخاتمة العامة

من بين أهم العوامل التي تظهر اهتمام الدولة بالتنمية الاجتماعية هو المجال الصحي، باعتبار أن الصحة من أهم دعائم التنمية، لذا وجب على الدول الاهتمام بالجانب الصحي للأفراد. والجزائر على غرار باقي دول العالم، تولي أهمية بالغة بالجانب الصحي، ويرجع ذلك إلى الإنفاق الصحي الكبير السنوي. فكفاءة الإنفاق الصحي يعني ترشيد النفقات الصحية وليس تخفيضها أو الحد منها، أو توجيه بعض الاختصاصات الصحية للقطاع الخاص، وتبرز فعالية الإنفاق في الوصول إلى نفس النتيجة من خلال نفقات أقل. خاصة وأن الجزائر اليوم بلد يخضع لتغيرات كبيرة، بما فيها التقدم المتزايد في معظم مؤشرات التنمية الاجتماعية والصحية، وبالتالي لا بد لوضعي السياسات وصانعي القرار من إيجاد سياسة وطنية صحية تتماشى والوضعية الراهنة في ظل شح الموارد الحكومية وبما يتماشى والاحتياجات الصحية السكانية المتنامية. كما أن تحقيق الفاعلية على مستوى هذا القطاع يستوجب منها أن ترشد نفقاتها من خلال الاهتمام بكفاءة الإنفاق بدلا من تخفيضه، فالإشكالية التي يجب إدراكها هو البحث عن آليات لترشيد الإنفاق وكفاءته. وعلى هذا الأساس فقد خلصنا من هذه الدراسة بالنتائج التالية:

✚ إن الإرادة الكامنة للتحكم في حجم النفقات تشير بطريقة غير مباشرة إلى محاولة إنقاذ ومعالجة أكبر عدد ممكن من المرضى، حيث أن التكلفة الحقيقية للعلاج لا تتمثل في قيمة الأتعاب وحسب وإنما في حجم التضحيات الواجب اتخاذها لحساب مريض معين على حساب مريض آخر، وبهذا فلا يمكن التوقف عند تقدير التكاليف فحسب وإنما يجب تجاوز ذلك لدراسة الفاعلية الطبية، ومن ثم فإن مجمل هاته النتائج المحصلة هي الأداة التقديرية لاعتبار أي علاج مبرر وناجح أو العكس ويمكن القول في آخر المطاف أنه وبمجرد تزايد حاجات مختلفة يمكن أن تخلق ضغطا على موارد محددة فإن مصطلح النجاعة هو الأداة والوسيلة الفاعلة الواجب اتخاذها في مثل هاته الحالات .

✚ إن الوضعية المزرية التي آل إليها القطاع تظهر الضرورة الملحة لتنظيمه بما يتماشى والتوجه الاقتصادي للجزائر نحو اقتصاد السوق والقائم على مبدأ التكيف والتأقلم أو الزوال لهذا يجب تنظيم الهياكل الصحية خاصة فيما يتعلق بتمويل الخدمات العلاجية، في الوقت الذي تستمد فيه هذه الهياكل مصادر ميزانيتها من الدولة وهيئات الضمان الاجتماعي بنسبة كبيرة، مما يخلق في الواقع نوع من التبعية المالية لهذه المؤسسات بالنسبة لمموليها والتبعية فيما يخص التسيير المالي للصيانة، الأمر الذي يتنافى ويتعارض مع كونها مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

✚ إن الحديث عن الفعالية الإنفاق بالقطاع الصحي يستدعي تضافر في الجهود وذلك من خلال التعاون بين القطاع العمومي والخاص بهذه الصفة يعتبر مثاليا نوعا ما، ذلك لأن هذا التعاون لا يعرف إطارا واسعا

للتطبيق على أرض الواقع سوى وجود بعض الاتفاقيات المبرمة بين الأطباء الخواص والعموميين في حالة مثلا ما إذا كان نقص في الإختصاصيين، في هذه الحالة يتم التعاون فيما بين القطاعين، وكذا توجيه المرضى من القطاع العام إلى الخاص في حالة نقص الوسائل والإمكانات والعكس كذلك، لذلك يجب خلق إطار للتعاون بين القطاعين وتعزيز دور الوصاية في ذلك من أجل النهوض بالمنظومة الصحية والقضاء على جميع المشاكل التي تتعقب سير تطور النظام الصحي الجزائري .

✚ إن واقع التسيير المالي الحالي في المؤسسات الصحية بالجزائر يستلزم مجموعة من الإصلاحات تتمحور في مجملها حول فكرة تجسيد استقلالية حقيقية للمؤسسة، هذه الإصلاحات المتعلقة أساسا بنظام تمويل الخدمات الصحية، مع منح وإعطاء صلاحيات أكبر للمسير المالي من أجل اتخاذ القرارات المناسبة، أضحت أكثر من ضرورية موازاةً مع التوجه الاقتصادي الذي يشجع مبادرات القطاع الخاص، الأمر الذي يخلق جو من المنافسة، أين أصبح القطاع العمومي مجبر للوصول إلى مستوى من الفعالية في العلاج بأقل التكاليف والتركيز على النوعية وليس على كمية الخدمات الصحية. فتمويل قطاع الصحة لا يزال يشكل عقبة أمام إصلاح و النهوض بهذا القطاع بالنظر إلى غياب أسس علمية صحيحة و سليمة لتغطية نفقات الخدمات المقدمة، ولو أنه خلال السنوات الأخيرة و بعد الشروع في تطبيق نظام التعاقد و كذا وضع نظام جديد للمحاسبة "المحاسبة التحليلية"، بدأت بوادر التسيير السليم في البروز.

✚ ان العلاقة القائمة حاليا بين مؤسساتنا الصحية ومموليها تقوم على أساس السلطة العمومية التي يمثل الدولة ركيزتها الأساسية حيث أعطت لنفسها باسم التوزيع العادل للثروات الوطنية حق احتكار توزيع تمويل الخدمات الصحية ،حيث يعتبر صندوق التأمينات الاجتماعية إحدى وسائل السياسة الاحتكارية التي تمارسها الدولة لضمان وجودها الاجتماعي ،هذا من خلال غموض العلاقة التمويلية بين المؤسسات الصحية وصندوق التأمينات الاجتماعية والدولة الأمر الذي أدى إلى اختلال التوازن بين عرض الخدمات الصحية والطلب عليها في صورة عجز مزمن لتغطية الحاجات الصحية المتزايدة للمواطنين .

وفي ظل الأزمة الاقتصادية التي تعرفها الجزائر(من خلال شح الموارد)كيف يمكن للسلطات العمومية التدخل لضمان التكفل النوعي والكمي الضروريين للحفاظ على الصحة العمومية دون اللجوء إلى سياسة منبوذة اجتماعيا كالزيادة في الرسوم والضرائب ومعدلات الاقتطاع من أجور العاملين .وعلى هذا الأساس فقد ارتأت الوزارة استحداث سياسة صحية جديدة قوامها الانتقال من نظام "الميزانية المرصودة" إلى نظام "التعاقدية" و يتطلب هذا التغيير تطورا شاملا في المنظومة الصحية مع شركاء آخرين في القطاع الصحي مثل

صندوق الضمان الاجتماعي، مديرية النشاط الاجتماعي مقدمي الخدمات المن القطاع العام و الخاص إلى جانب المرضى أو متلقي العلاج، واضعين بالاعتبار أهم الأهداف التي يجب تحقيقها من خلال هذه السياسة الصحية الجديدة وهي:

✓ استمرار تطوير جودة الخدمات الصحية للمواطنين.

✓ ضمان الاستخدام الأمثل لمصادر الثروة.

✓ زيادة إمكانية المراقبة والمحاسبة، وتوفير درجة عالية من الشفافية والمحاسبة في تقديم الخدمات.

✓ إتاحة فرص أكبر للمرضى لاختيار مقدمي الخدمة في القطاعين الحكومي والخاص.

لكن تبقى هذه المبادرة حبرا على ورق إذن فالسؤال الذي يطرح: إلى متى ستتضح الرؤية بهذا

القطاع؟

✚ عدم التكيف الحاد لمنظومة الضمان الاجتماعي بالنظر إلى الأهداف المسندة إليها فيما يتعلق بتغطية الأخطار والتكفل بسياسة الأسرة والخدمات الاجتماعية لصالح الفئات المحرومة.

وعلى هذا الأساس العجز الراسخ للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للمعاشات يثبت عدم تكيف هذه المنظومة هكلية، مما يجعل الجهود التي بذلت حتى اليوم عديمة الجدوى طالما أن التوازنات تحقق على حساب نوعية الخدمات ومستواها. وبالفعل، فإن تقلص عدد المشتركين بسبب البطالة وانتشار العمل غير المصرح به إضافة إلى الارتفاع المستمر لعدد المستفيدين وذوي الحقوق يجعل الحفاظ على مستوى الخدمات أمرا مشكوكا فيه.

وينجم عن الاختلالات الهيكلية إحداث مستوى أدنى ينعدم بعده التضامن المهني والتضامن بين الأجيال مما يتسبب في تهميش وإقصاء فئات واسعة من السكان.

يواجه قطاع الصحة حاليا تحديات عديدة. فعليه أن يوفق بين المقتضيات المتعلقة بالحفاظ على مستوى التغطية الطبية للسكان وتحسينها وتقليص الفوارق في الاستفادة من الخدمات العمومية الأساسية وبين مقتضيات التكفل بالحاجات الجديدة في مجال الصحة الناجمة عن التحول الوبائي (انتشار أمراض جديدة) والتحول الديمغرافي (تقدم سن السكان). وفي ظل غياب إستراتيجية حقيقية تدرج الصحة في إطار تنمية شاملة وتراعي تحسين مجمل آليات وكيفيات تسيير القطاع (التنظيم، الأدوية، الأجهزة، مصدر التمويل...)، فإن خطر تدهور الوضعية الراهنة وإعادة النظر في المبدأ العام القاضي "بالعلاج للجميع" قائم لا محالة، بسبب عدم تمكن فئة من السكان من الاستفادة من العلاج الطبي.

الملاحق

الملحق (01): الإستقرارية

Null Hypothesis: GOV has a unit root
Exogenous: Constant
Lag Length: 4 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	2.703261	1.0000
Test critical values:		
1% level	-3.737853	
5% level	-2.991878	
10% level	-2.635542	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
Dependent Variable: D(GOV)
Method: Least Squares
Date: 04/30/16 Time: 16:17
Sample (adjusted): 1990 2013
Included observations: 24 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
GOV(-1)	0.963807	0.356535	2.703261	0.0146
D(GOV(-1))	-1.665368	0.590236	-2.821531	0.0113
D(GOV(-2))	-2.737899	0.806654	-3.394141	0.0032
D(GOV(-3))	2.397870	1.065844	2.249738	0.0372
D(GOV(-4))	-2.486899	1.138098	-2.185136	0.0423
C	-7012566.	7598014.	-0.922947	0.3682
R-squared	0.783143	Mean dependent var		12625193
Adjusted R-squared	0.722906	S.D. dependent var		43360182
S.E. of regression	22824697	Akaike info criterion		36.93690
Sum squared resid	9.38E+15	Schwarz criterion		37.23142
Log likelihood	-437.2428	Hannan-Quinn criter.		37.01504
F-statistic	13.00084	Durbin-Watson stat		1.803136
Prob(F-statistic)	0.000019			

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8

Null Hypothesis: D(GOV) has a unit root
Exogenous: Constant
Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=1)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-6.131282	0.0000
Test critical values:		
1% level	-3.699871	
5% level	-2.976263	
10% level	-2.627420	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
Dependent Variable: D(GOV,2)
Method: Least Squares
Date: 04/30/16 Time: 16:49
Sample (adjusted): 1987 2013

Included observations: 27 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(GOV(-1))	-1.370888	0.223589	-6.131282	0.0000
C	16762503	8328328.	2.012709	0.0550
R-squared	0.600592	Mean dependent var		-3659904.
Adjusted R-squared	0.584616	S.D. dependent var		61541213
S.E. of regression	39663512	Akaike info criterion		37.90095
Sum squared resid	3.93E+16	Schwarz criterion		37.99694
Log likelihood	-509.6628	Hannan-Quinn criter.		37.92949
F-statistic	37.59262	Durbin-Watson stat		1.877959
Prob(F-statistic)	0.000002			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(GOV) has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=1)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-7.753779	0.0000
Test critical values:		
1% level	-4.339330	
5% level	-3.587527	
10% level	-3.229230	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
Dependent Variable: D(GOV,2)
Method: Least Squares
Date: 04/30/16 Time: 16:50
Sample (adjusted): 1987 2013
Included observations: 27 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(GOV(-1))	-1.765496	0.227695	-7.753779	0.0000
C	-25138197	14935731	-1.683091	0.1053
@TREND(1985)	3185284.	998014.6	3.191621	0.0039
R-squared	0.719602	Mean dependent var		-3659904.
Adjusted R-squared	0.696236	S.D. dependent var		61541213
S.E. of regression	33918310	Akaike info criterion		37.62125
Sum squared resid	2.76E+16	Schwarz criterion		37.76523
Log likelihood	-504.8868	Hannan-Quinn criter.		37.66406
F-statistic	30.79638	Durbin-Watson stat		1.967151
Prob(F-statistic)	0.000000			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(GOV) has a unit root
 Exogenous: None
 Lag Length: 1 (Automatic based on SIC, MAXLAG=1)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	0.026857	0.6823
Test critical values:		
1% level	-2.656915	
5% level	-1.954414	
10% level	-1.609329	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(GOV,2)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 16:51
 Sample (adjusted): 1988 2013
 Included observations: 26 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(GOV(-1))	0.014305	0.532649	0.026857	0.9788
D(GOV(-1),2)	-1.656573	0.677580	-2.444836	0.0222
R-squared	0.628375	Mean dependent var		-3787016.
Adjusted R-squared	0.612891	S.D. dependent var		62756354
S.E. of regression	39045799	Akaike info criterion		37.87217
Sum squared resid	3.66E+16	Schwarz criterion		37.96895
Log likelihood	-490.3382	Hannan-Quinn criter.		37.90004
Durbin-Watson stat	2.540906			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: DTC has a unit root
 Exogenous: None
 Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	1.640868	0.9723
Test critical values:		
1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(DTC)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 16:52
 Sample (adjusted): 1986 2013
 Included observations: 28 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
DTC(-1)	0.009394	0.005725	1.640868	0.1124
R-squared	-0.027443	Mean dependent var		0.928571
Adjusted R-squared	-0.027443	S.D. dependent var		2.623661
S.E. of regression	2.659418	Akaike info criterion		4.829153
Sum squared resid	190.9577	Schwarz criterion		4.876732
Log likelihood	-66.60814	Hannan-Quinn criter.		4.843698
Durbin-Watson stat	1.322374			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(DTC) has a unit root
 Exogenous: Constant
 Lag Length: 1 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-3.857683	0.0071
Test critical values:		
1% level	-3.711457	
5% level	-2.981038	
10% level	-2.629906	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(DTC,2)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 16:53
 Sample (adjusted): 1988 2013
 Included observations: 26 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(DTC(-1))	-0.867102	0.224773	-3.857683	0.0008
D(DTC(-1),2)	0.134181	0.188497	0.711847	0.4837
C	0.523576	0.520811	1.005308	0.3252
R-squared	0.442910	Mean dependent var		-0.230769
Adjusted R-squared	0.394468	S.D. dependent var		3.128037
S.E. of regression	2.434112	Akaike info criterion		4.725208
Sum squared resid	136.2727	Schwarz criterion		4.870373
Log likelihood	-58.42770	Hannan-Quinn criter.		4.767010
F-statistic	9.142997	Durbin-Watson stat		2.110812
Prob(F-statistic)	0.001197			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(DTC) has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 1 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-3.759846	0.0358
Test critical values:		
1% level	-4.356068	
5% level	-3.595026	
10% level	-3.233456	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
Dependent Variable: D(DTC,2)
Method: Least Squares
Date: 04/30/16 Time: 16:54
Sample (adjusted): 1988 2013
Included observations: 26 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(DTC(-1))	-0.904067	0.240453	-3.759846	0.0011
D(DTC(-1),2)	0.155812	0.196591	0.792569	0.4365
C	1.081000	1.244728	0.868463	0.3945
@TREND(1985)	-0.033730	0.068163	-0.494849	0.6256
R-squared	0.449043	Mean dependent var		-0.230769
Adjusted R-squared	0.373912	S.D. dependent var		3.128037
S.E. of regression	2.475081	Akaike info criterion		4.791062
Sum squared resid	134.7726	Schwarz criterion		4.984615
Log likelihood	-58.28380	Hannan-Quinn criter.		4.846798
F-statistic	5.976838	Durbin-Watson stat		2.089379
Prob(F-statistic)	0.003861			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(DTC) has a unit root
Exogenous: None
Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-3.634796	0.0008
Test critical values:		
1% level	-2.653401	
5% level	-1.953858	
10% level	-1.609571	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
Dependent Variable: D(DTC,2)
Method: Least Squares
Date: 04/30/16 Time: 16:54
Sample (adjusted): 1987 2013
Included observations: 27 after adjustments

الملاحق

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(DTC(-1))	-0.633333	0.174242	-3.634796	0.0012
R-squared	0.335358	Mean dependent var		-0.148148
Adjusted R-squared	0.335358	S.D. dependent var		3.097191
S.E. of regression	2.525003	Akaike info criterion		4.726695
Sum squared resid	165.7667	Schwarz criterion		4.774689
Log likelihood	-62.81039	Hannan-Quinn criter.		4.740967
Durbin-Watson stat	1.996447			

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: EVN has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 4 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-2.040981	0.5506
Test critical values:		
1% level	-4.394309	
5% level	-3.612199	
10% level	-3.243079	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
Dependent Variable: D(EVN)
Method: Least Squares
Date: 04/30/16 Time: 16:55
Sample (adjusted): 1990 2013
Included observations: 24 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
EVN(-1)	-0.051369	0.025169	-2.040981	0.0571
D(EVN(-1))	0.439018	0.240047	1.828881	0.0850
D(EVN(-2))	0.434238	0.225035	1.929648	0.0705
D(EVN(-3))	-0.149403	0.244409	-0.611283	0.5491
D(EVN(-4))	-0.164193	0.153539	-1.069394	0.2998
C	3.514055	1.665941	2.109352	0.0500
@TREND(1985)	0.006811	0.004494	1.515442	0.1480
R-squared	0.969878	Mean dependent var		0.191250
Adjusted R-squared	0.959247	S.D. dependent var		0.043570
S.E. of regression	0.008796	Akaike info criterion		-6.390614
Sum squared resid	0.001315	Schwarz criterion		-6.047015
Log likelihood	83.68736	Hannan-Quinn criter.		-6.299457
F-statistic	91.22906	Durbin-Watson stat		1.998984
Prob(F-statistic)	0.000000			

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(EVN) has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 3 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
--	-------------	--------

Augmented Dickey-Fuller test statistic		-4.236453	0.0140
Test critical values:	1% level	-4.394309	
	5% level	-3.612199	
	10% level	-3.243079	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(EVN,2)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 16:56
 Sample (adjusted): 1990 2013
 Included observations: 24 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(EVN(-1))	-0.405752	0.095776	-4.236453	0.0005
D(EVN(-1),2)	-0.059380	0.185572	-0.319986	0.7527
D(EVN(-2),2)	0.279196	0.140012	1.994084	0.0615
D(EVN(-3),2)	0.031156	0.150745	0.206681	0.8386
C	0.114343	0.029094	3.930093	0.0010
@TREND(1985)	-0.002266	0.000704	-3.216703	0.0048
R-squared	0.865598	Mean dependent var		-0.010833
Adjusted R-squared	0.828264	S.D. dependent var		0.023015
S.E. of regression	0.009538	Akaike info criterion		-6.254783
Sum squared resid	0.001637	Schwarz criterion		-5.960269
Log likelihood	81.05739	Hannan-Quinn criter.		-6.176648
F-statistic	23.18531	Durbin-Watson stat		2.031201
Prob(F-statistic)	0.000000			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(EVN) has a unit root
 Exogenous: Constant
 Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-14.27500	0.0000
Test critical values:	1% level	-3.699871
	5% level	-2.976263
	10% level	-2.627420

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(EVN,2)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 16:57
 Sample (adjusted): 1987 2013
 Included observations: 27 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
----------	-------------	------------	-------------	-------

الملاحق

D(EVN(-1))	-0.262771	0.018408	-14.27500	0.0000
C	0.042105	0.005449	7.726974	0.0000
R-squared	0.890723	Mean dependent var		-0.024074
Adjusted R-squared	0.886352	S.D. dependent var		0.044138
S.E. of regression	0.014880	Akaike info criterion		-5.506457
Sum squared resid	0.005535	Schwarz criterion		-5.410469
Log likelihood	76.33717	Hannan-Quinn criter.		-5.477915
F-statistic	203.7756	Durbin-Watson stat		1.067693
Prob(F-statistic)	0.000000			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Exogenous: None

Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-8.118805	0.0000
Test critical values:		
1% level	-2.653401	
5% level	-1.953858	
10% level	-1.609571	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(EVN,2)

Method: Least Squares

Date: 04/30/16 Time: 16:58

Sample (adjusted): 1987 2013

Included observations: 27 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(EVN(-1))	-0.141758	0.017460	-8.118805	0.0000
R-squared	0.629741	Mean dependent var		-0.024074
Adjusted R-squared	0.629741	S.D. dependent var		0.044138
S.E. of regression	0.026857	Akaike info criterion		-4.360219
Sum squared resid	0.018754	Schwarz criterion		-4.312225
Log likelihood	59.86295	Hannan-Quinn criter.		-4.345948
Durbin-Watson stat	0.350091			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: VAR has a unit root

Exogenous: None

Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	1.330403	0.9500
Test critical values:		
1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(VAR)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 16:58
 Sample (adjusted): 1986 2013
 Included observations: 28 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
VAR(-1)	0.010007	0.007522	1.330403	0.1945
R-squared	-0.018599	Mean dependent var		0.964286
Adjusted R-squared	-0.018599	S.D. dependent var		3.360800
S.E. of regression	3.391910	Akaike info criterion		5.315724
Sum squared resid	310.6364	Schwarz criterion		5.363303
Log likelihood	-73.42014	Hannan-Quinn criter.		5.330269
Durbin-Watson stat	1.915220			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(VAR) has a unit root
 Exogenous: None
 Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.578567	0.0001
Test critical values:		
1% level	-2.653401	
5% level	-1.953858	
10% level	-1.609571	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(VAR,2)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 16:59
 Sample (adjusted): 1987 2013
 Included observations: 27 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(VAR(-1))	-0.891239	0.194655	-4.578567	0.0001
R-squared	0.446341	Mean dependent var		0.037037
Adjusted R-squared	0.446341	S.D. dependent var		4.759456
S.E. of regression	3.541428	Akaike info criterion		5.403271
Sum squared resid	326.0846	Schwarz criterion		5.451265
Log likelihood	-71.94416	Hannan-Quinn criter.		5.417542
Durbin-Watson stat	1.840145			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(VAR) has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend

Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.973944	0.0023
Test critical values:		
1% level	-4.339330	
5% level	-3.587527	
10% level	-3.229230	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(VAR,2)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 17:01
 Sample (adjusted): 1987 2013
 Included observations: 27 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(VAR(-1))	-1.000098	0.201067	-4.973944	0.0000
C	2.291800	1.498828	1.529062	0.1393
@TREND(1985)	-0.083644	0.086621	-0.965639	0.3439
R-squared	0.508450	Mean dependent var		0.037037
Adjusted R-squared	0.467488	S.D. dependent var		4.759456
S.E. of regression	3.473138	Akaike info criterion		5.432433
Sum squared resid	289.5045	Schwarz criterion		5.576415
Log likelihood	-70.33785	Hannan-Quinn criter.		5.475247
F-statistic	12.41260	Durbin-Watson stat		1.862252
Prob(F-statistic)	0.000199			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

Null Hypothesis: D(VAR) has a unit root
 Exogenous: Constant
 Lag Length: 0 (Automatic based on SIC, MAXLAG=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.894635	0.0005
Test critical values:		
1% level	-3.699871	
5% level	-2.976263	
10% level	-2.627420	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
 Dependent Variable: D(VAR,2)
 Method: Least Squares
 Date: 04/30/16 Time: 17:01
 Sample (adjusted): 1987 2013
 Included observations: 27 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(VAR(-1))	-0.973684	0.198929	-4.894635	0.0000

الملاحق

C	1.010721	0.696514	1.451114	0.1592
R-squared	0.489353	Mean dependent var		0.037037
Adjusted R-squared	0.468927	S.D. dependent var		4.759456
S.E. of regression	3.468443	Akaike info criterion		5.396476
Sum squared resid	300.7524	Schwarz criterion		5.492464
Log likelihood	-70.85242	Hannan-Quinn criter.		5.425018
F-statistic	23.95746	Durbin-Watson stat		1.839553
Prob(F-statistic)	0.000049			

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (02): اختبار التكامل المتزامن

Date: 03/14/16 Time: 15:26
 Sample (adjusted): 1999 2013
 Included observations: 15 after adjustments
 Trend assumption: Linear deterministic trend
 Series: TEXP GDP(-1) HEXP(-1)
 Lags interval (in first differences): 1 to 2

Unrestricted Cointegration Rank Test (Trace)

Hypothesized No. of CE(s)	Eigenvalue	Trace Statistic	0.05 Critical Value	Prob.**
None *	0.885639	46.18691	29.79707	0.0003
At most 1	0.517769	13.66098	15.49471	0.0927
At most 2	0.165899	2.721004	3.841466	0.0990

Trace test indicates 1 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level

* denotes rejection of the hypothesis at the 0.05 level

**MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p-values

Unrestricted Cointegration Rank Test (Maximum Eigenvalue)

Hypothesized No. of CE(s)	Eigenvalue	Max-Eigen Statistic	0.05 Critical Value	Prob.**
None *	0.885639	32.52593	21.13162	0.0008
At most 1	0.517769	10.93998	14.26460	0.1572
At most 2	0.165899	2.721004	3.841466	0.0990

Max-eigenvalue test indicates 1 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level

* denotes rejection of the hypothesis at the 0.05 level

**MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p-values

Unrestricted Cointegrating Coefficients (normalized by b'S11*b=I):

TEXP	GDP(-1)	HEXP(-1)
-1.018364	1.363492	0.009070
-5.173296	-3.060391	0.123872
-5.525636	-0.117358	0.053748

Unrestricted Adjustment Coefficients (alpha):

الملاحق

D(TEXP)	0.317186	0.066116	0.061089
D(GDP(-1))	0.003246	0.829353	0.526374
D(HEXP(-1))	15.72754	2.504892	0.152992

1 Cointegrating Equation(s): Log likelihood -59.90706

Normalized cointegrating coefficients (standard error in parentheses)

TEXP	GDP(-1)	HEXP(-1)
1.000000	-1.338904	-0.008907
	(0.36119)	(0.00723)

Adjustment coefficients (standard error in parentheses)

D(TEXP)	-0.323011
	(0.08067)
D(GDP(-1))	-0.003305
	(0.66652)
D(HEXP(-1))	-16.01636
	(2.55897)

2 Cointegrating Equation(s): Log likelihood -54.43707

Normalized cointegrating coefficients (standard error in parentheses)

TEXP	GDP(-1)	HEXP(-1)
1.000000	0.000000	-0.019336
		(0.00169)
0.000000	1.000000	-0.007790
		(0.00208)

Adjustment coefficients (standard error in parentheses)

D(TEXP)	-0.665048	0.230141
	(0.39636)	(0.25186)
D(GDP(-1))	-4.293793	-2.533718
	(3.02934)	(1.92496)
D(HEXP(-1))	-28.97491	13.77842
	(12.2727)	(7.79851)

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (03): نموذج تصحيح الخطأ

Vector Error Correction Estimates

Date: 02/18/16 Time: 12:20

Sample (adjusted): 1999 2013

Included observations: 15 after adjustments

Standard errors in () & t-statistics in []

Cointegrating Eq:	CointEq1
TEXP(-1)	1.000000
GDP(-2)	-1.338904
	(0.36119)
	[-3.70696]

الملاحق

HEXP(-2)	-0.008907 (0.00723) [-1.23175]		
C	-0.772038		
Error Correction:	D(TEXP)	D(GDP(-1))	D(HEXP(-1))
CointEq1	-0.323011 (0.08067) [-4.00397]	-0.003305 (0.66652) [-0.00496]	-16.01636 (2.55897) [-6.25891]
D(TEXP(-1))	-1.931235 (0.69943) [-2.76116]	-6.164087 (5.77865) [-1.06670]	-93.16048 (22.1861) [-4.19905]
D(TEXP(-2))	-0.279008 (0.51456) [-0.54223]	-4.641827 (4.25128) [-1.09186]	-27.85869 (16.3221) [-1.70681]
D(GDP(-2))	-0.217407 (0.07180) [-3.02803]	-0.681512 (0.59320) [-1.14888]	-13.22247 (2.27747) [-5.80578]
D(GDP(-3))	-0.059793 (0.04575) [-1.30705]	-0.344140 (0.37796) [-0.91053]	-2.757866 (1.45109) [-1.90054]
D(HEXP(-2))	0.026204 (0.01178) [2.22507]	0.136428 (0.09730) [1.40217]	1.586233 (0.37356) [4.24628]
D(HEXP(-3))	-0.020803 (0.01313) [-1.58389]	0.056709 (0.10851) [0.52260]	-0.982758 (0.41662) [-2.35890]
C	0.439589 (0.14144) [3.10805]	-0.450767 (1.16853) [-0.38575]	26.45479 (4.48638) [5.89669]
R-squared	0.722058	0.648035	0.897699
Adj. R-squared	0.444116	0.296070	0.795399
Sum sq. resids	0.658927	44.97838	662.9994
S.E. equation	0.306810	2.534854	9.732122
F-statistic	2.597871	1.841192	8.775119
Log likelihood	2.154871	-29.52007	-49.69951
Akaike AIC	0.779351	5.002675	7.693268
Schwarz SC	1.156977	5.380302	8.070894
Mean dependent	0.203333	0.420000	17.46067
S.D. dependent	0.411507	3.021260	21.51561
Determinant resid covariance (dof adj.)		5.814745	
Determinant resid covariance		0.590950	
Log likelihood		-59.90706	
Akaike information criterion		11.58761	
Schwarz criterion		12.86210	

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

System: UNTITLED
 Estimation Method: Least Squares
 Date: 03/14/16 Time: 15:41
 Sample: 1999 2013
 Included observations: 15
 Total system (balanced) observations 45

	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C(1)	-0.323011	0.080673	-4.003967	0.0006
C(2)	-1.931235	0.699428	-2.761164	0.0117
C(3)	-0.279008	0.514561	-0.542226	0.5934
C(4)	-0.217407	0.071798	-3.028029	0.0064
C(5)	-0.059793	0.045746	-1.307049	0.2053
C(6)	0.026204	0.011777	2.225075	0.0372
C(7)	-0.020803	0.013134	-1.583890	0.1282
C(8)	0.439589	0.141435	3.108054	0.0053
C(9)	-0.003305	0.666516	-0.004959	0.9961
C(10)	-6.164087	5.778649	-1.066700	0.2982
C(11)	-4.641827	4.251283	-1.091865	0.2873
C(12)	-0.681512	0.593195	-1.148883	0.2635
C(13)	-0.344140	0.377955	-0.910531	0.3729
C(14)	0.136428	0.097298	1.402166	0.1755
C(15)	0.056709	0.108513	0.522601	0.6067
C(16)	-0.450767	1.168534	-0.385754	0.7036
C(17)	-16.01636	2.558969	-6.258911	0.0000
C(18)	-93.16048	22.18610	-4.199047	0.0004
C(19)	-27.85869	16.32205	-1.706813	0.1026
C(20)	-13.22247	2.277467	-5.805777	0.0000
C(21)	-2.757866	1.451093	-1.900544	0.0712
C(22)	1.586233	0.373558	4.246279	0.0004
C(23)	-0.982758	0.416616	-2.358904	0.0281
C(24)	26.45479	4.486381	5.896688	0.0000

Determinant residual covariance 0.590950

$$\text{Equation: } D(\text{TEXP}) = C(1) * (\text{TEXP}(-1) - 1.33890393963 * \text{GDP}(-2) - 0.00890684808866 * \text{HEXP}(-2) - 0.772038381869) + C(2) * D(\text{TEXP}(-1)) + C(3) * D(\text{TEXP}(-2)) + C(4) * D(\text{GDP}(-2)) + C(5) * D(\text{GDP}(-3)) + C(6) * D(\text{HEXP}(-2)) + C(7) * D(\text{HEXP}(-3)) + C(8)$$

Observations: 15

R-squared	0.722058	Mean dependent var	0.203333
Adjusted R-squared	0.444116	S.D. dependent var	0.411507
S.E. of regression	0.306810	Sum squared resid	0.658927
Durbin-Watson stat	2.481009		

$$\text{Equation: } D(\text{GDP}(-1)) = C(9) * (\text{TEXP}(-1) - 1.33890393963 * \text{GDP}(-2) - 0.00890684808866 * \text{HEXP}(-2) - 0.772038381869) + C(10) * D(\text{TEXP}(-1)) + C(11) * D(\text{TEXP}(-2)) + C(12) * D(\text{GDP}(-2)) + C(13) * D(\text{GDP}(-3)) + C(14) * D(\text{HEXP}(-2)) + C(15) * D(\text{HEXP}(-3)) + C(16)$$

Observations: 15

R-squared	0.648035	Mean dependent var	0.420000
Adjusted R-squared	0.296070	S.D. dependent var	3.021260
S.E. of regression	2.534854	Sum squared resid	44.97838
Durbin-Watson stat	1.937790		

$$\text{Equation: } D(\text{HEXP}(-1)) = C(17) * (\text{TEXP}(-1) - 1.33890393963 * \text{GDP}(-2) -$$

الملاحق

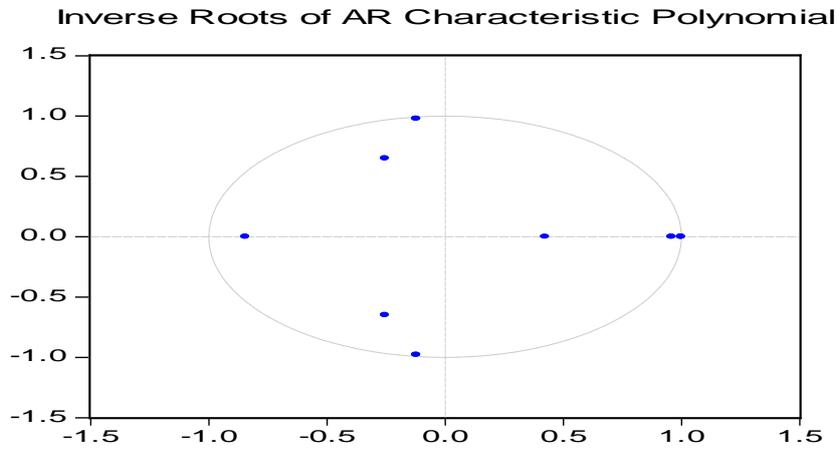
$$0.00890684808866*HEXP(-2) - 0.772038381869) + C(18)*D(TEXP(-1)) + C(19)*D(TEXP(-2)) + C(20)*D(GDP(-2)) + C(21)*D(GDP(-3)) + C(22)*D(HEXP(-2)) + C(23)*D(HEXP(-3)) + C(24)$$

Observations: 15

R-squared	0.897699	Mean dependent var	17.46067
Adjusted R-squared	0.795399	S.D. dependent var	21.51561
S.E. of regression	9.732122	Sum squared resid	662.9994
Durbin-Watson stat	2.556716		

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (05): إستقرارية نموذج تصحيح الخطأ



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (06): اختبار الارتباط التسلسلي

VEC Residual Serial Correlation LM Tests
 Null Hypothesis: no serial correlation at lag order h
 Date: 02/26/16 Time: 14:52
 Sample: 1995 2013
 Included observations: 15

Lags	LM-Stat	Prob
1	10.80282	0.2895
2	9.580564	0.3855
3	5.316564	0.8059
4	16.65190	0.0545
5	11.02713	0.2739
6	16.02795	0.0663
7	11.60971	0.2362
8	5.677816	0.7717
9	10.39494	0.3195
10	24.06875	0.0042
11	6.663984	0.6721
12	7.704523	0.5642

Probs from chi-square with 9 df.

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (07): تحليل التباين

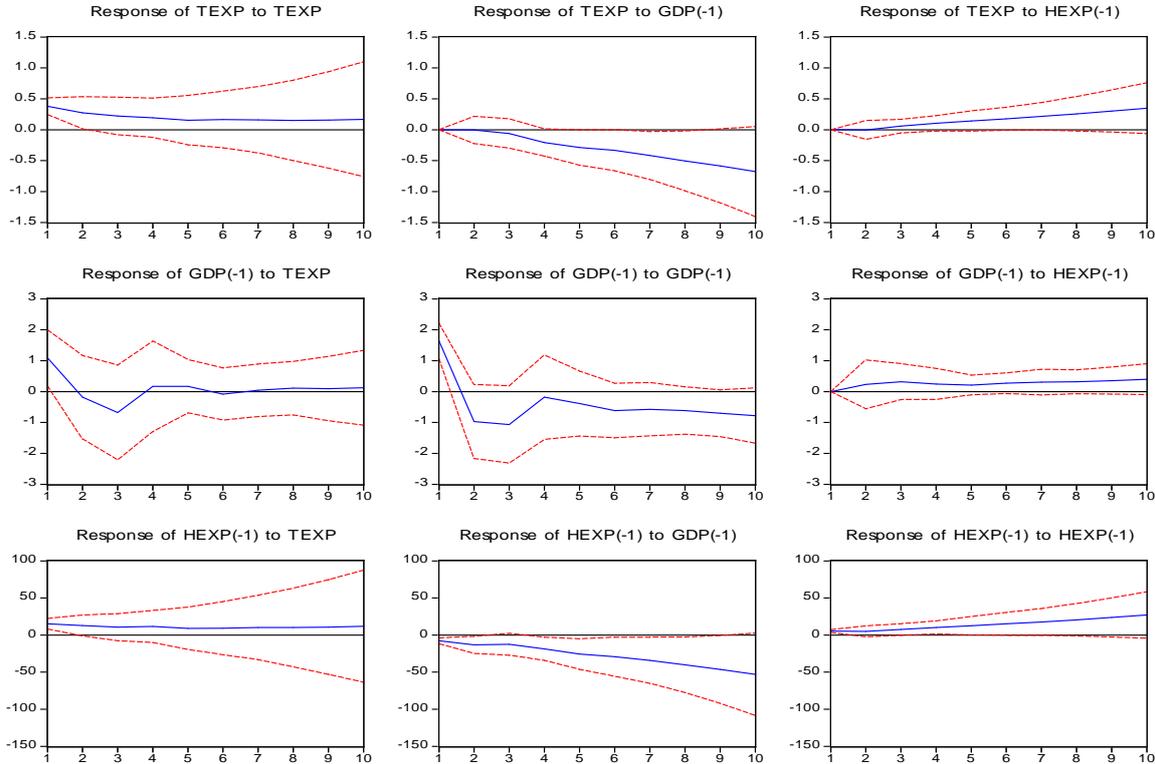
Variance
Decomposition of
TEXP:

Period	S.E.	TEXP	GDP(-1)	HEXP(-1)
1	0.306810	100.0000	0.000000	0.000000
2	0.483842	72.01430	17.04293	10.94277
3	0.572989	63.48565	22.84077	13.67358
4	0.688616	55.22724	21.53004	23.24272
5	0.821283	43.72449	16.34615	39.92936
6	0.992363	30.89365	16.65003	52.45631
7	1.138719	24.78319	17.39113	57.82569
8	1.312558	19.16604	14.58824	66.24572
9	1.520414	14.28636	11.72274	73.99090
10	1.735732	10.96216	11.73444	77.30339

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (08): دوال الإستجابة

Response to Cholesky One S.D. Innovations ± 2 S.E.



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

Date: 02/26/16 Time: 17:57
 Sample (adjusted): 1989 2013
 Included observations: 25 after adjustments
 Trend assumption: Linear deterministic trend
 Series: GOV DTC(-1) EVN(-1) VAR(-1)
 Lags interval (in first differences): 1 to 2

Unrestricted Cointegration Rank Test (Trace)

Hypothesized No. of CE(s)	Eigenvalue	Trace Statistic	0.05 Critical Value	Prob.**
None *	0.885983	96.54977	47.85613	0.0000
At most 1 *	0.570025	42.26451	29.79707	0.0011
At most 2 *	0.448711	21.16379	15.49471	0.0063
At most 3 *	0.222021	6.276379	3.841466	0.0122

Trace test indicates 4 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level

* denotes rejection of the hypothesis at the 0.05 level

**MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p-values

Unrestricted Cointegration Rank Test (Maximum Eigenvalue)

Hypothesized No. of CE(s)	Eigenvalue	Max-Eigen Statistic	0.05 Critical Value	Prob.**
None *	0.885983	54.28526	27.58434	0.0000
At most 1	0.570025	21.10071	21.13162	0.0505
At most 2 *	0.448711	14.88742	14.26460	0.0398
At most 3 *	0.222021	6.276379	3.841466	0.0122

Max-eigenvalue test indicates 1 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level

* denotes rejection of the hypothesis at the 0.05 level

**MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p-values

Unrestricted Cointegrating Coefficients (normalized by b*S11*b=I):

GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
-3.09E-08	-0.835711	0.393638	0.403767
5.01E-11	0.515466	-1.561581	-0.516030
-5.21E-08	0.467390	2.627616	-0.180703
3.29E-08	-0.613384	-0.768674	-0.115000

Unrestricted Adjustment Coefficients (alpha):

D(GOV)	D(DTC(-1))	D(EVN(-1))	D(VAR(-1))
-25548573	-0.680738	0.008213	-1.268530
-11395106	0.223637	0.001016	1.449591
-5227302.	0.533171	-0.004158	0.103318
1737408.	0.790995	0.001968	0.775025

1 Cointegrating Equation(s): Log likelihood -463.6256

Normalized cointegrating coefficients (standard error in parentheses)

GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1.000000	27047537	-12739988	-13067797

الملاحق

	(3653775)	(5755795)	(2044720)
Adjustment coefficients (standard error in parentheses)			
D(GOV)	0.789396 (0.15680)		
D(DTC(-1))	2.10E-08 (1.5E-08)		
D(EVN(-1))	-2.54E-10 (6.5E-11)		
D(VAR(-1))	3.92E-08 (2.1E-08)		
<hr/>			
2 Cointegrating Equation(s):	Log likelihood	-453.0752	
<hr/>			
Normalized cointegrating coefficients (standard error in parentheses)			
GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1.000000	0.000000	69381807 (2.3E+07)	14046304 (5247047)
0.000000	1.000000	-3.036202 (0.83641)	-1.002461 (0.18799)
<hr/>			
Adjustment coefficients (standard error in parentheses)			
D(GOV)	0.788825 (0.12775)	15477426 (4059847)	
D(DTC(-1))	2.10E-08 (1.5E-08)	0.684177 (0.47761)	
D(EVN(-1))	-2.54E-10 (6.5E-11)	-0.006340 (0.00205)	
D(VAR(-1))	3.93E-08 (1.7E-08)	1.807338 (0.53908)	
<hr/>			
3 Cointegrating Equation(s):	Log likelihood	-445.6315	
<hr/>			
Normalized cointegrating coefficients (standard error in parentheses)			
GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1.000000	0.000000	0.000000	4814279. (2169952)
0.000000	1.000000	0.000000	-0.598460 (0.06949)
0.000000	0.000000	1.000000	0.133061 (0.04675)
<hr/>			
Adjustment coefficients (standard error in parentheses)			
D(GOV)	1.060948 (0.23659)	13034239 (4250031)	-5997853. (1.2E+07)
D(DTC(-1))	-6.71E-09 (2.8E-08)	0.933376 (0.50733)	0.783777 (1.43777)
D(EVN(-1))	-3.73E-11 (1.1E-10)	-0.008283 (0.00195)	-0.009278 (0.00552)
D(VAR(-1))	3.39E-08 (3.3E-08)	1.855628 (0.59633)	-2.491515 (1.69000)

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (10): تقدير نموذج الانحدار الذاتي الموجه

Vector Autoregression Estimates

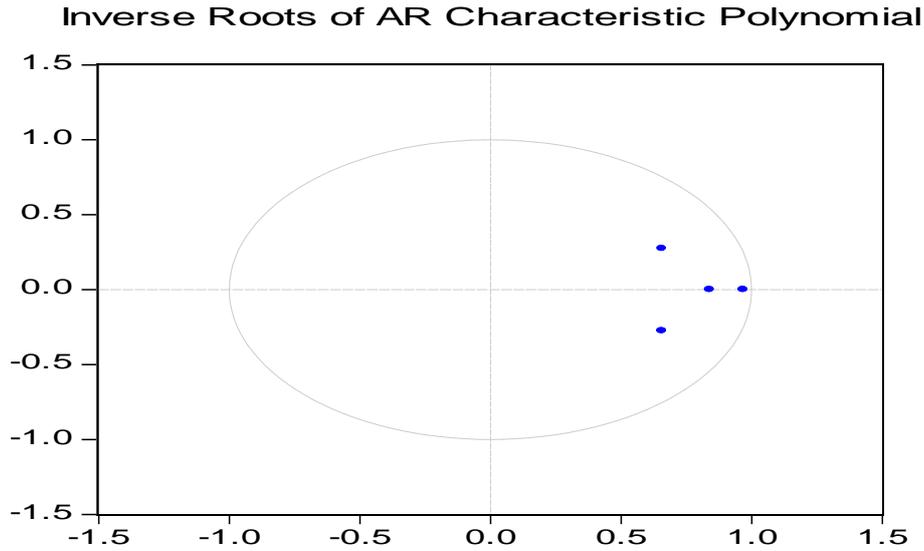
الملاحق

Date: 04/15/16 Time: 16:19
 Sample (adjusted): 1987 2013
 Included observations: 27 after adjustments
 Standard errors in () & t-statistics in []

	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
GOV(-1)	0.872801 (0.12849) [6.79277]	8.57E-09 (6.3E-09) [1.36131]	6.54E-10 (1.5E-10) [4.28602]	9.35E-09 (9.1E-09) [1.02925]
DTC(-2)	1179104. (3948207) [0.29864]	1.007094 (0.19339) [5.20767]	-0.010493 (0.00469) [-2.23858]	0.625693 (0.27924) [2.24073]
EVN(-2)	6960802. (8633496) [0.80626]	0.114649 (0.42288) [0.27112]	0.942494 (0.01025) [91.9547]	-0.359097 (0.61060) [-0.58810]
VAR(-2)	-81746.50 (3031832) [-0.02696]	-0.337684 (0.14850) [-2.27394]	-0.004011 (0.00360) [-1.11424]	0.304973 (0.21443) [1.42228]
C	-5.51E+08 (4.7E+08) [-1.17152]	20.49719 (23.0558) [0.88902]	5.388849 (0.55882) [9.64328]	29.03557 (33.2910) [0.87218]
R-squared	0.853646	0.863556	0.999267	0.823869
Adj. R-squared	0.827036	0.838748	0.999134	0.791845
Sum sq. resids	3.90E+16	93.48924	0.054922	194.9188
S.E. equation	42086495	2.061434	0.049964	2.976566
F-statistic	32.08009	34.80965	7497.735	25.72668
Log likelihood	-509.5380	-55.07847	45.35741	-64.99741
Akaike AIC	38.11393	4.450257	-2.989438	5.184994
Schwarz SC	38.35390	4.690227	-2.749468	5.424963
Mean dependent	78129522	88.25926	68.51630	85.55556
S.D. dependent	1.01E+08	5.133544	1.697571	6.524117
Determinant resid covariance (dof adj.)		4.85E+13		
Determinant resid covariance		2.14E+13		
Log likelihood		-567.5974		
Akaike information criterion		43.52573		
Schwarz criterion		44.48561		

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (11): إستقرارية نموذج الانحدار الذاتي الموجه



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (12): تحليل التباين

Variance Decomposition of GOV:						
Variance Decomposition of DTC(-1):						
Period	S.E.	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)	
1	2.061434	2.270576	97.72942	0.000000	0.000000	
2	2.576565	6.908479	87.03600	0.340891	5.714629	
3	2.871206	11.70880	74.92005	0.805309	12.56584	
4	3.062487	15.57940	66.16829	1.176668	17.07565	
5	3.186968	18.34987	61.20909	1.406161	19.03489	
6	3.266016	20.23805	58.80425	1.524716	19.43298	
7	3.315846	21.51943	57.69981	1.576963	19.20380	
8	3.348127	22.41639	57.11346	1.596297	18.87385	
9	3.370346	23.08315	56.68693	1.601836	18.62808	
10	3.386885	23.61845	56.30348	1.602739	18.47533	

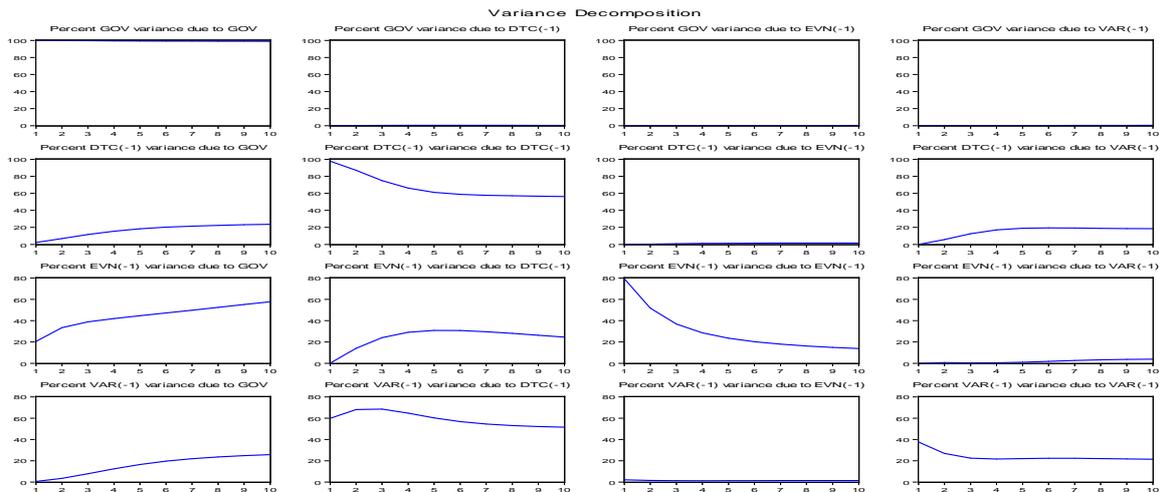
Variance Decomposition of EVN(-1):						
Period	S.E.	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)	
1	0.049964	20.51969	0.150964	79.32935	0.000000	
2	0.086650	33.44241	14.07064	51.77424	0.712701	
3	0.122505	38.81860	23.99817	36.77591	0.407328	
4	0.154744	41.99619	29.05526	28.53593	0.412619	
5	0.182834	44.61911	30.88060	23.54644	0.953847	
6	0.207226	47.17951	30.77391	20.26173	1.784857	
7	0.228652	49.80120	29.62895	17.95156	2.618295	
8	0.247822	52.46915	28.01814	16.23762	3.275086	
9	0.265316	55.11566	26.27827	14.90930	3.696771	

الملاحق

	10	0.281550	57.66304	24.58891	13.84334	3.904714
Variance Decomposition of VAR(-1):						
Variance Decomposition of VAR(-1):						
	Period	S.E.	GOV	DTC(-1)	EVN(-1)	VAR(-1)
1		3.033035	0.002841	61.77092	5.514389	32.71185
2		3.596857	1.041224	70.45047	3.947423	24.56089
3		4.444481	31.31270	49.37205	3.181490	16.13376
4		4.554262	32.72233	48.82188	3.060012	15.39578
5		6.746364	67.86447	23.15250	1.598393	7.384630
6		7.489865	71.70158	20.78817	1.508150	6.002105
7		12.54764	89.00444	7.972649	0.621213	2.401700
8		15.40514	91.15595	6.311679	0.831009	1.701362
9		26.33974	96.52549	2.331275	0.368145	0.775090
10		34.91581	96.92162	1.813585	0.637552	0.627244

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

الملحق (13): دوال الاستجابة



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج Eviews8.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

○ المراجع باللغة العربية:

✚ الكتب:

- 01- د. محمد دويدار، مبادئ الاقتصاد السياسي، الشركة الوطنية للنشر و التوزيع، الجزائر، 1981.
- 02- تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوردي للنشر، الأردن، 2012.
- 03- د. عبد المحي محمد حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الزاوية، مصر 2003.
- 04- د. سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية (مصر) - 2004 .
- 05- د. أحمد فايز النّماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة الأولى، بيروت، 2000.
- 06- سلوى عثمان الصديقي مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، 1999.
- 07- د. سعيد عبد العزيز عثمان. اقتصاديات الخدمات، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية (مصر) 1998.
- 08- د. أيمن مزاهرة، د عصام حمدي الصفدي، ليلي أبو حسن. علم اجتماع الصحة، دار اليازوردي للنشر، الطبعة الأولى عمان (الأردن) 2003 .
- 09- مكرم عبد المسيح تاسيلي المحاسبة في المنشآت الفندقية، رؤية إدارية الفنادق، المستشفيات، المكتبة المصرية، 2006.
- 10- د. فريد توفيق نصيرات. إدارة المستشفيات، الشراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
- 11- فريد كورثل: تسويق الخدمات الصحية، كنوز المعرفة للنشر، الأردن 2008 .
- 12- احمد نور مبادئ محاسبة التكاليف الصناعية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1999.
- 13- نور الله كمال وظائف القائد الإداري، دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر، الطبعة الأولى، دمشق، 1992.
- 14- مهند أحمد حلوش اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر و التوزيع الطبعة الأولى 2004.
- 15- د. إبراهيم طلعت (التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث للنشر، القاهرة 2009).
- 16- د. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس للنشر، الرقازيق، مصر 1999.
- 17- د. سكينه بن حمود. مدخل لعلم الاقتصاد، دار المحمدية العامة للنشر، الجزائر، 2009.
- 18- د. طلال بن عايد الأحدي التنظيم في المنظمات الصحية، معهد الإدارة العامة للنشر، الرياض، 2011.
- 19- د. أحمد بن تيمه السياسة الشرعية في إصلاح الراعي و الرعية، طبعة الثانية، دار هومة للنشر، الجزائر، 1994.
- 20- د. فريد توفيق قصيرات. إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسير للنشر والتوزيع، الطبعة الشائبة، الأردن، 2009.
- 21- نور الدين حاروش إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2009.
- 22- يونس أحمد البطريق - أصول المالية العامة، الدار الجامعية للنشر، مصر، 2009.
- 23- محمد سعيد فهدود مبادئ المالية العامة، منشورات جامعة حلب، سوريا 1997.
- 24- محمد عباس محززي اقتصاديات المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، 2003.

- 25- د.محمد خصاونة [المالية العامة (النظرية والتطبيق)] دار المناهج للنشر، الطبعة الأولى، مصر، 2014.
- 26- جمعي طيب : استقلالية التسيير عنصر أساسي للنظام الصحي في الجزائر ، الديوان الوطني للنشر والتوزيع ، الجزائر 2002.
- 27- علي سليمان النظرية العامة للإلتزام ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر 1992.
- 28- العلواني، عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار هومة للطباعة للنشر والتوزيع، الجزء الثاني ، الجزائر، 2014.
- 29- محمد عمر أبودوح ، ترشيد الانفاق العام و عجز الميزانية العامة للدولة ، الدار الجامعية للنشر ، الإسكندرية ، 2006
- 30- شيخي محمد، طرق الاقتصاد القياسي محاضرات وتطبيقات، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2012.
31. د.العلواني عديلة:أسس اقتصاد الصحة، دار هومة للنشر والتوزيع ،الجزء الأول،الجزائر،2014.
- 32- محمد حافظ خطاب إدارة أزمات الصحة العامة بين المفهوم والتطبيق الصيني دار الأيام للنشر والتوزيع عمان ،الأردن 2013.

✚ المذكرات والرسائل الجامعية:

- 01- عصماني سفيان دور التسويق في نظام الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص علوم تسيير فرع تسويق، جامعة المسيلة 2005.
- 02- عدمان مرزوق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، أطروحة دكتوراه في علوم تسيير جامعة الجزائر 2008/2007 .
- 03- الداوي الشيخ دراسة تحليلية للكفاءة في التسيير، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، تخصص مالية، جامعة الجزائر، 1995/1994.
- 04- تاتي نافع، تجربة العيادات الخاصة في الجزائر ،مذكرة نهاية تريض ،تخصص إدارة الصحة ،الدفعة 37 ،المدرسة الوطنية للإدارة الجزائر ،2004/2003.
- 05- الداوي الشيخ5 دراسة تحليلية للكفاءة في التسيير، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير، جامعة الجزائر، 1995/1994.
- 06- عياشي نور الدين المنظومات الصحية المغاربية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ،جامعة منتوري قسنطينة 2010/2009.
- 07- زميت خدوجة ،تحليل تكاليف الصحة في الجزائر ،مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية فرع تسيير ،جامعة الجزائر، 2000 / 1999.
- 08- خروبي بزارة عمر إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر (1999-2009)مذكرة ماجستير ،في العلوم سياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة ،2011/2010، جامعة الجزائر "3".
- 09- منصور الزين تحليل التطور الهيكلي لنفقات قطاع الصحة والبحث عن مصادر جديدة للتمويل ،رسالة ماجستير ،كلية العلوم الاقتصادية ،فرع نقود و مالية ،جامعة الجزائر 1999.

- 10- نصر الدين عيساوي مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية رسالة مقدمة للحصول على شهادة الماجستير كلية العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد مالي، جامعة قسنطينة، 2005/2004.
- 11- مقدم طارق إصلاح المؤسسة الصحية من خلال إعادة النظر في تمويلها، مذكرة لنيل شهادة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية فرع إدارة أعمال، جامعة الجزائر 2007-2008.
- 12- خراف سامية، مصادر تمويل المؤسسات الصحية، مذكرة خاصة بمرحلة ما بعد التدرج، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر 2002/2003.
- 13- علواني عديلة، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تسيير، جامعة بسكرة 2004.
- 14- كيفاني شهيدة التنمية الاقتصادية والحماية الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية والتجارية جامعة تلمسان 2006/2007.
- 15- صغير أمال، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، تقرير تربص كلية العلوم الاقتصادية و علوم تسيير، فرع اقتصاد دولي، جامعة الجزائر 2003 / 2004.
- 16- بربوينة آمال أثر تطبيق نظام التعاقد على تمويل المستشفيات، مذكرة تخرج، المدرسة الوطنية للصحة، الدفعة الثالثة، الجزائر 2006.
- 17- علي سنوسي تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010 أطروحة دكتوراه، الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية، 2010.
- 18- نور الدين حاروش البعد السياسي التنظيمي في تسيير المراكز الاستشفائية الجامعية، دراسة حالة مصطفى باشا، الجزائر، رسالة ماجستير كلية العلوم سياسية والإعلام، تنظيم سياسي وإداري، الجزائر 2000.
- 19- دحام عبد الرزاق، النفقات في المؤسسات الصحية نحو مقاربة للتحكيم، مذكرة تخرج، المدرسة الوطنية للصحة، الدفعة الثالثة، 2010 / 2012.
- 20- وداد بوطيخ نظام المؤسسات الصحية في الجزائر، مذكرة، تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج، المدرسة الوطنية للصحة 2003.
- 21- أبو بكر عيساوي، النهج التعاقدية كمنط جديد في تمويل المؤسسة العمومية للصحة، مذكرة تربص، تخصص إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة- 2005.
- 22- بوفليح نبيل، آثار برنامج التنمية الاقتصادية على الموازنة العامة في الدول النامية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، فرع نقود و مالية، جامعة شلف، الجزائر 2004/2005.
- 23- زنوح يسمينة إشكالية التنمية المستدامة بالجزائر، مذكرة ماجستير، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2005/2006.
- 24- مفتاح فاطمة، تحديث النظام الميزاني في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان 2010/2011.
- 25- مسعود البلي: واقع السياسات الاجتماعية بالجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة، رسالة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم سياسية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009-2010.
- 26- مربي سوسن، التنمية البشرية في الجزائري (واقع و آفاق)، رسالة ماجستير، علوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة 2012/2013.

- 27- الطاهر الوافي، التحفيز وأداء الممرضين ،مذكرة ماجستير ،تخصص علم الاجتماع ، تخصص تنظيم وعمل ، جامعة قسنطينة 2013/2012.
- 28- دلال السوسي نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية:مذكرة ماجستير،علوم لتسيير نتخصص نظام المعلومات،جامعة قاصدي مرباح،ورقلة 2011-2012.
- 29- عتيق عائشة:جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير،تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان،2012/2011.

✚ المجلات والمقالات والدوريات

- 01- قنذلي رمضان الحق في الصحة بالقانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة))مجلة دفاتر السياسة والقانون،جامعة بشار الجزائر،العدد 06، جانفي 2012.
- 02- حسن أمين عبد العزيز الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها، مجلة الإدارة، المجلد الخامس والعشرون، العدد الثالث، اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، القاهرة، جانفي 1993.
- 03- أسامة عبد الحليم تحليل ظاهرة تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية وآثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، الجزء الأول، المجلد الثاني والعشرون، العدد الثاني، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، القاهرة، يوليو 2000.
- 04- د.عيسى محمد الغزالي،اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، الكويت، أكتوبر 2003.
- 05- محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخصائص الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983.
- 06- بن لوصيف زين الدين تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة،مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية ،جامعة سكيكدة ،ديسمبر 2003.
- 07- بينديكت كليمانس ،سانجيف غوبتا-فاتورة الصحة .مجلة التمويل والتنمية ،اصدارات صندوق النقد الدولي،العدد الأول ،رقم 04،ديسمبر 2014.
- 08- مشاركة لدراسة اقتصاد الصحة في الجزائر ، الصادر عن مجلة C EAO للدراسات الاقتصادية العدد 313 الثلاثي الأول الجزائر 1988 .
- 09- عياشي نور الدين ، تطور المنظومة الصحية الجزائرية ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد 31 ، منشورات جامعة منتوري ، قسنطينة جوان 2009.
- 10- وهراني عبد الكريم ،على دحمان محمد إشكالية التشغيل الغير رسمي بالجزائر ،مجلة الدراسات حول المؤسسات والتنمية ،العدد 01،جامعة تلمسان،جوان 2014.
- 11- بلقاسم حلوان -النهج التعاقدية كمنظ جديد في مجال التسيير ، مجلة المسير،عدد خاص صادر عن المدرسة الوطنية للصحة العمومية جولية 1998.
- 12- مجلة الاقتصاد الكلي والصحة والتنمية،العدد رقم42 الصادر عن المنظمة العالمية للصحة، جوان1997.

- 13- بينيديكت كليمنتس، وديفيد كودي معالجة موارد الرعاية الصحية مجلة التمويل و التنمية ، الصادرة عن صندوق النقد الدولي المجلد 48 ، العدد الأول ، مارس 2011.
- 14- محمد مسعى سياسة الإنعاش الاقتصادي و أثرها على النمو ، مجلة الباحث ، عدد 10 جامعة الجزائر 2012.
- 15- نزار قنوع :دراسة وتحليل دور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية بالبلدان النامية عموما وفي المنطقة العربية خصوصا(2005/1995))مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات، المجلد 30 ، العدد 01، سورية، 2008.
- 16- جيفري هامر ، هورهييه كوراسا وجيشينو داس القطاع العام مقابل القطاع الخاص، مجلة التمويل والتنمية ، مطبوعات صندوق النقد الدولي ، العدد 51 ، رقم 04، ديسمبر 2013.
- 17- فيكتور يافان :التحول إلى المحلية : مجلة التمويل و التنمية ، مطبوعات صندوق النقد الدولي ، العدد 51 ، رقم 04، ديسمبر 2013.
- 18- عبد القادر لطرش ، سميح البستاني ، موزة السلم ، الأهداف الإنمائية للألفية في دولة قطر ، تقييم واستشراف ، مجلة دراسات سكانية ، الإصدار رقم 04 ، الطبعة الأولى ، الدوحة، 2009.
- 19- ناتالي راميريز أهداف التنمية المستدامة لفترة من 2020/2016 ، مجلة التمويل والتنمية ، الصادرة عن صندوق النقد الدولي، العدد 52، يونيو 2010.
- 20- بومعروف إلياس ، د. عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة بالجزائر، مجلة الباحث للنشر، العدد 07، الجزائر 2010/2009.
- 21- مولاي لخضر عبد الرزاق، بونوة شعيب- دور القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية في الدول النامية(حالة الجزائر))مجلة الباحث(العدد 07 2010-2009).
- 22- عادل مياح، عبد الوهاب بن بريكة، الهيكل الصناعي الدوائي في الجزائر، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، عدد 9، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2011.
- 23- العابد محمد:تقييم جودة الخدمات الصحية، مجلة دفاتر اقتصادية، العدد الثاني، جامعة الخلفة ، مارس 2011.
- 24- هيثم أحمد عيسى ، عثمان أوتار-أثر الإنفاق الصحي الحكومي والخاص في معدل وفيات الأطفال الرضع وعلاقته بمستوى تطور الدولة-مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد - 28 العدد الأول، سوريا 2012 .
- 25- أحمد عويدات ميزانية البرامج و الأداء ، مقال مقدم بمجلة المدرسة الوطنية للإدارة ، عدد خاص ، المجلد 16 ، العدد 02 ، الجزائر 2006.
- 26- عمر التونكي ، مسؤولية الفاعلين في تسيير ميزانية الأهداف ، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة ، عدد خاص ، المجلد 616 العدد 02 ، الجزائر 2006.
- 27- صندوق النقد الدولي تنظيم و إدارة الصحة العالمية ، مجلة التمويل والتنمية ، 2008.
- 28- زينات محمد طبالة تقرير احتياجات قطاع الصحة، معهد التخطيط القومي للنشر، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، عدد 18، مصر، 2004.
- 29- مقال بعنوان البحرين تدرس أسلوب تركيا في إصلاح النظام الحكومي للرعاية الصحية 17-02-2015 .
- 30- نزار قنوع:دراسة وتحليل لدور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عموما وفي المنطقة العربية خصوصا(2005/1995))مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد الأول ، سوريا، 2009.

الملتقيات والمؤتمرات والندوات

- 01-** مديحة محمود خطاب، تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر والدول العربية، القاهرة، ديسمبر 2009.
- 02-** بلقاسم صبري الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسينها مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بالاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومة في الوطن العربي، القاهرة 12-14 مارس 2002.
- 03-** الندوة الوطنية الأولى حول: مكافحة الفقر والإقصاء في الجزائر، قصر الأمم نادي الصنوبر، الجزائر 28/30 أكتوبر 2000.
- 04-** أمال بعيط ، إيمان بن قصير التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات ترشيد الإنفاق الصحي، جامعة المسيلة 24/25 نوفمبر 2015.
- 05-** بريش عبد القادر، معزوز لقمان أبعاد تطبيق البرامج التنموية على الاقتصاد الجزائري (فرص و تحديات)) مداخلة في إطار الملتقى الدولي الرابع، حول رؤية مستقبلية للاقتصاد الجزائري في ضوء خمسين سنة من التنمية، جامعة بشار 04-05 مارس 2014.
- 06-** عبو عمر، عبو هودة ، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق تنمية منتظمة ، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار الملتقى الوطني حول التحولات السياسية و إشكالية تنمية الجزائر ، الجزائر، مارس 2010.
- 07-** زينب فصولي، الواقع الصحي للأطفال في الجزائر ومجهودات الدولة من أجل الرعاية مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار فعاليات ملتقى دولي الأول خاص بالصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري ، الطارف ، 21-22 أبريل 2014.
- 08-** أحمد عبد المنعم، ماجدة محمد ، أوضاع الأطفال و الأمهات في المناطق الحضرية لبعض الدول العربية ، ورقة عمل خاصة بالمؤتمر العربي حول الإدارة الصحية ، جامعة الشمس (القاهرة). 3-5 ماي 2008
- 09-** فاطمة بوسالم ، زينة بوسالم الأهداف التنموية للألفية في آفاق 2015 ، مداخلة للمشاركة في إطار فعاليات ملتقى الوطني الأول الخاص بالصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري ، جامعة طارف ، 21-22 أبريل 2014.
- 10-** أكيل حميدة ، شدرى معمر سعاد:تأثير تطبيق آليات الحوكمة في دعم حوكمة الميزانية العامة، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الوطني الخاص متطلبات إرساء مبادئ الحوكمة في إدارة الميزانية العامة للدولة ، جامعة شلف 30-31 أكتوبر 2012.
- 11-** نوي نبيلة،الحوكمة كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية ، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات التحكم في الإنفاق الصحي بالجزائر، جامعة مسيلة. 24-25 نوفمبر 2015
- 12-** برحومة عبد الحميد مهديد فاطمة الزهراء ، برنامج التحول الصحي و إصلاح التأمين الاجتماعي تجربة تركيا مداخلة في إطار ملتقى دولي حو سياسات التحكم في الإنفاق الصحي ، جامعة مسيلة ، 24-25 نوفمبر 2015.
- 13-** بتيش بلال ، بوريش أحمد ، تحليل عوامل نجاح التجربة السويدية ، مداخلة في إطار ملتقى دولي لسياسات ترشيد الإنفاق الصحي]جامعة مسيلة، 24-25 نوفمبر 2015.

- 14- بوقناديل محمد ، زغودي أحمد : دور نفقات الصحة في تحسين صحة الأم و الطفل في الجزائر، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة المسيلة ، 24-25 نوفمبر 2015.
- 15- حوالم رحيمة ، طفياني كلثومة : واقع وأفاق الخدمات الصحية في الجزائر ،خمسة عقود من الانجازات والصعوبات، مداخلة في إطار الملتقى الدولي الخاص برؤية مستقبلية للاقتصاد الجزائري ،جامعة بشار ، 04-05 مارس 2014

تقارير الهيئات الوطنية والدولية

- 01- تقرير منظمة الصحة العالمية اللجنة الإقليمية لشرق الأوسط، القاهرة 02 أكتوبر 2003.
- 02- تقرير البنك الدولي، تعزيز عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، 1993 .
- 03- تقرير منظمة الصحة العالمية تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم ، سنة 2000 .
- 04- ندى عباس حفاظ-تحسين جودة الرعاية الصحية في البحرين وزيادة خيارات المرضى، تقرير صادر عن وزارة الصحة للملكة البحرين ، سنة 2007.
- 05- التقرير الصادر عن وزارة الصحة والسكان-ميثاق الصحة والسكان،الجلسات الوطنية للصحة قصر الأمم الصنوبر البحري 26-27-28 ماي 1998.
- 06- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول التنمية البشرية ،الدورة العامة الثالثة عشر ،الجزائر سنة 1998.
- 07- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول البيئة في الجزائر ورهانات التنمية ،منشورات المجلس الاقتصادي والاجتماعي ،الدورة التاسعة ،جويلية ،1997.
- 08-تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي -الاقتصاد الجزائري،حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة الندوة العلمية السابقة عشرين الأرباء 28 فيفري 2001.
- 09- وزارة الصحة والسكان إصلاح المستشفيات ،المجلس الوطني للإصلاح المستشفيات التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الأولويات والأنشطة المستعجلة ،الجزائر 17 جانفي 2003.
- 10- التقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة ،الجزائر، نوفمبر 2008.
- 11- التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية الأمراض الغير سارية 2014
- 12- التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية الصحة في العالم ،(تحسين أداء النظم الصحية) ، سنة 2000.
- 13- منظمة الأقطار العربية المصدرة للبتول ، التقرير الإحصائي السنوي 2014 ، الكويت 2014.
- 14-تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي الإقصاء الاجتماعي، الدورة العامة السابعة عشر، 28 فيفري 2001.
- 15- مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال فترة ممتدة من 2000-2015.
- 16-تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي، حول الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للجزائر خلال السداسي الأول من سنة 2001.
- 17- البيان الصادر عن إجتماع مجلس الوزراء و الخاص ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014 برئاسة رئيس الجمهورية عبد العزيز بوتفليقة في 24 ماي 2010.

- 18- التقرير الصادر عن يونيسيف (إقليم للشرق الأوسط وشمال إفريقيا) حول: وضع الأطفال في العالم ، جامعة الدول العربية للنشر ، ديسمبر 2008.
- 19- التقرير العربي الثالث حول الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها ، جامعة الدول العربية 2010.
- 20- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي المشروع التمهيدي للتقرير الوطني الخاص حول التنمية البشرية سنة 2003 الدورة العامة العادية، الخامسة والعشرون ، الجزائر، 2004.
- 21- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010 تقرير اللجنة الوطنية للسكان الجزائر، ديسمبر 2005.
- 22- وزارة الصحة و السكان ، البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة (اليونيسيف) الجزائر ، جوان 1986.
- 23- تقرير الأمم المتحدة الأهداف الإنمائية للألفية ، نيويورك جوان 2013
- 24- التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لمحة عامة عن الإنجازات والتحديات في مجال تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، الجزائر، 2010.
- 25- الإحصائيات الصحية العالمية ، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية 2009.
- 26- المشروع العربي لصحة الأسرة ، جامعة الدول العربية ، المجلد الثاني والثالث ، القاهرة 2006 .
- 27- التقرير الخاص بالصحة في العالم ، الصادر عن منظمة الصحة العالمية، جنيف، ماي 2004.
- 28- تقرير المجلس التنفيذي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي صندوق الأمم المتحدة للسكان سلع الصحة الإنجابية وتنفيذ البرامج القطرية ، نيويورك ، جوان 2001.
- 29- المجلس الاقتصادي والاجتماعي ، مشروع تقرير حول: الدواء أرضية من أجل نقاش اجتماعي ، الدورة العامة التاسعة عشرة ، الجزائر ، نوفمبر 2001.
- 30- محاضرة الأستاذ سعدودي حول الاصلاح الميزاني ، جامعة تلمسان في 14 ديسمبر 2008.
- 31- الحلقة الدراسية حول حسابات التخصيص الخاص ، من إعداد طلبة السنة الرابعة فرع اقتصاد ومالية ، الدفعة 838 المدرسة العليا للإدارة ، الجزائر ، 2004-2005.
- 32- تقرير البنك الدولي الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط بشمال إفريقيا (العدالة والمساوات) (2013
- 33- حيدر فريجات التأمين الصحي والإنفاق الصحي في الأردن، مديرية الأساليب والمنهجيات الإحصائية، الأردن، أيلول 2011.
- 34- ندى عباس حفاظ:تحسين جودة الرعاية الصحية في البحرين وزيادة خيارات المرضى،تقرير صادر عن وزارة الصحة للملكة البحرين ،سنة 2007.
- 35- نتائج البنك الدولي للإنشاء والتعمير ، 2009.
- 36- التقرير الصادر عن المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي النتائج العامة للتنمية البشرية ، الجزائر، لسنة 2008.
- 37- منظمة الصحة العالمية ، المرشد لإنشاء نظام الحسابات الصحية، جنيف، 2003.
- 38- التقرير العربي الموحد ، إحصائيات خاصة بالدول العربية ، لسنة 2009 .

39- تقرير منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط: تأثير الإنفاق الصحي على الأسرة والخيارات البديلة لتمويل الرعاية الصحية، الدورة الحادية والخمسون، أكتوبر 2004.

القوانين، المراسيم، الأوامر والتعليمات:

- 01- المرسوم التنفيذي 86-25 المؤرخ في 22 جمادى الثانية 1406 الموافق 11 فبراير 1986، المتضمن القانون الأساسي التمويل للمراكز، الاستشفائية الجامعية المعدل.
- 02- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، دستور 1976.
- 03- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1421 الموافق ل مايو سنة 2002.
- 04- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 01، الأمر رقم 65/73، المؤرخ في 1973/12/28 والمتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادر بتاريخ 01 جانفي 1974 .
- 05- وزارة الصحة والسكان، التعليم الوزارية رقم 515 المتعلقة بوضع محاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية، المؤرخ في 2001/12/03.
- 06- المرسوم التنفيذي رقم 74-01 المؤرخ في 16-01-1974 ، المتضمن: مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.
- 07- الأمر رقم 73-65 مؤرخ في 03 ذي الحجة عام 1393 هـ الموافق ل 28 ديسمبر سنة 1973 يتضمن: تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية.
- 08- القانون رقم 91/25 المؤرخ في جمادى الثانية 1412 الموافق ل 18 ديسمبر عام 1991 المتضمن: قانون المالية الصادر بالجريدة الرسمية عدد 165 ، المادة 175.
- 09- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية ، الأمر رقم 75-58 المتضمن: القانون المدني الجزائري ، المادة 59.
- 10- قانون المالية 2005 المادة 72.
- 11- التعليم الوزارية رقم 03 المؤرخة في 07/12/2000: المتعلقة بمكتب الدخول على مستوى المراكز الاستشفائية، المؤسسات المتخصصة وكذا القطاعات الصحية.
- 12- المرسوم التنفيذي رقم 34/01 الصادر في 22 جانفي 2001 ، المتضمن تكليف مديرية النشاط الاجتماعي بدفع أتعاب فحوصات المعوزين.
- 13- المنشور رقم 2 المؤرخ في 19 أوت 1996 المتعلق: بوضع تسيير صارم للقروض المخصصة للمنتوجات الصيدلانية.
- 14- المنشور رقم 6 المؤرخ في 30 سبتمبر 1992 المتضمن: تذكير حول المسؤوليات في إطار تسيير المنتوجات الصيدلانية في الوسط الإستشفائي.

الجرائد:

- 01- ل.حسينة. تطور المنظومة الصحية منذ الاستقلال ،جريدة المساء، تاريخ الاطلاع 20-02-2014
- 02- محمد عثمان عبد المالك الصحة و التنمية والفقر ، مناقشة و تعقيب عبر جريد sudanes journal of public Health , octobre 2007

- 03- ج بوحسون من وراء النذرة جريدة الجمهورية، العدد 4170، الصادرة بتاريخ: 25-10-2010.
- 04- عبد الوهاب بوكروخ، قرار الجزائر بمنع استيراد الأدوية المنتجة محليا أغضب المؤسسة الأمريكية، جريدة الشروق العدد 7801 الصادر بتاريخ: 22-02-2009.

○ المراجع باللغة الأجنبية:

Ouvrages

- 01- MuchelMougot, **Systeme de santé**, Edition economica, Paris 1986.
- 02- Bounamour et F.Guyot, **Economie médicale** .Editions médicales et universitaires, Paris 1979.
- 03- EmilLevy , **introduction à la gestes hospitalière**, Editionouvriers, Paris, 1978.
- 04- J.F.NYS dans : **la santé consommation ou investissement** ,Edition economica,Paris , 1961.
- 05-GUY BELANDE:**introdutive a l'économie de santé** , Edition John Libby ,Paris 1991.
- 06-Levya cazaban M,**santé publique** ,édition Masson,Paris,1996
- 07-Emil Lévy et autre ,**Le system de santé**, Edition DUNOD ,Pris1975.
- 08-J.Dumoulin dans , **Essai sur la dynamique de système de soins** ,Edition IREP,Paris 1975
- 09-Rabah Boussouf : **Géographie et santé en Algérie** ,Alger,OPU,1992.
- 10-Fatima Zohra Oufriha : **Cette chère santé** ,Opu , Alger , 1992 .
- 11-P.Etienne Barral ,**Economie de la santé** , Edition , Dunod , Paris , 1978.
- 12-charles Philips ,**les fondements de l'économie de la santé**,Edition union,Paris 1995.
- 13- Jean Brilman, **les meilleurs pratiques de management**, Edition d'organisations, Paris, 2001
- 14 - .Regis Bourbonnis ,**Econométrie manuelle et exercice corrigées** , 5^{ème} édition Dunod, Paris 2006.
- 15-Philip Musgrove,**Health Economics in devolepment** , The World Bank ,2004.

Périodiques , revue et etudes:

- 01- J.DE Bourbon .Busset , **La prospective du prospective cahier de sociologie Et de la démographie médicales**, Press,№ 02, Paris 1983..
- 02- Stéphan A ,**Besoins de santé et couverture économique individue et nation**, paris cahier de sociologie et de démographie, № 02,2000.
- 03- Joseph Brunet Jailydans : **quelque évidences sur l'évolution du system de santé**, revue économique № 03 ,1976.
- 04- M. RIBOUD dans : **étude de l'accumulâtes du capital humain en France**, revue économique № 01,Paris, mars 1975 .
- 05- Dian lequet –slama ,**régulation des système de santé** ,quelque expériences étrangères de réformes en Europs revue d'économie financières ,Paris , № 76.

- 06-Y Bourcuiel ,AMAREK et Mous Ques :Médecines de groupes en soins primaires dans six pays Europeans, en ontaria et au Québec :**quels enseignements pour la France** .erdes ,Questions d'économie de la santé , №127, novembre 2007.
- 07- Farid Chaoui et Autre ,**Les systèmes de santé en Algérie ,Maroc et Tunisie défis nationaux et enjeux** (Défis nationaux et Enjeux partagé),paris № 13-avril-2012.
- 08-Fatima Zohra oufriha : **les cahier de cread** , № 28/29 du 4^e trimestre, 1991.
- 09- Djamila Bouyoucef Bar , **L'hôpital public et la nécessité d'une reforme en Algérie**, revue scientifique № 08, Juillet 2008.
- 10- Noura Kaid Tlilane , **La problématique du financement des soins enAlgérie**, revue internationale de sécurité sociale, Editions scientifiques européennes, № 04,vol.57, décembre 2004.
- 11- Mr. SAIHI : **La contractualisation , l'expérience étrangère**, revue le gestionnaire, juillet 1998.
- 12- Calmon Michel , **Contractualisation interne et délégation de gestion**, Revue hospitalière de France, № 486, mai-juin 2002.
- 13- Forcioli Pascal, **le contrat d'objectifs et de moyens face à l'annualité budgétaire**, Revue hospitalière de France, № 01, janvier/février 1999.
- 14- E,N,S,P ,**revue le gestionnaire** , communication par M. AMALOU, № 02, 1998.
- 15- Direction Générale de l'Intelligence Economique, des Etudes et de la Prospective, Rapport sectoriel , **L'industrie pharmaceutique Etat des lieux, enjeux et tendances lourdes dans le monde et en Algérie**, Document de travail № 21/DGIEEP/11, Janvier 2011.
- 16-Emille sauvignet ,**Le financement du systèmes de santé en France** ,rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire, OMS, 2004 .
- 17-Gashaw Andargie ,**Health Economics, Lecture notes for all Health science Students**, University of Gondar, September 2008.
- 18- **Health system gouvernance concepts expérience and proگرامing options** , united states agency for international développment (USAID),2008.
- 19- William D Saredoff : **gouvernance in the health sector** , plicy reserch worting paper 255 world bank, 2011.
- 20-Stéphanie Guichard(2004),**The reforme of the Health care system in Portugal** ,OECD Economics Department ,Working papers,NO 405,OECD ,Publishing.
- 21-P.Den Exter(ed) ,**international Health law solodarity and justice in realthcare**,Apeldon antwepen , matclu , 2008.
- 22-P.Zherg, T.Fance ,**public Hospital in china privatisation The Demise of universal care and the of patient**, journal of law médecine, 2006.
- 23-S. Gupta, M. Verhoeven, **The Efficiency Of Government Expenditure Experiences From Africa**, Journal of Policy Modeling, vol. 23, 2001.
- 24- Savas Cevik,M Okan Tasar, **public Spending on Helth Care And Helath Outcomes**,journal of Business Economics ,France ,ISSN,2146-7943,volume 02 ,2013.
- 25-C.W.J. Granger and Newbold, **Journal of econometrics 2**, University of Nottingham NG7 2RD, England, 1973. (1974):
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304407674900347>
- 26- J.Howrad Bolnick ,**Desining a World –class Health Care financing system**, Can cun mexico , 2002.
- 27- Sean Boyle, United kingdom(England) :**Heath system review** ,vol 13 .2011

28- Alfred Marshall **principals of economics** Eighthed London Macmilland Press LTD 1977.

29-Bien Franck, Reberieux Antoine, interaction médecin-patient :**un examen par l'économie des contrats**, Journal d'économie médicale 2002, vol 20, n°5.

30-Bonnet Jean-Louis, Freidrich Claudia, Ungerer Christine, **évaluation et suivi du SROSS, l'exemple alsacien**, Revue hospitalière de France, n°1, janvier/février 1999.

31- Moaddi M. Almeth-hib , Expenditure and Productivity: **An Examination of Gammon's Law in the Saudi Public Health Sector**, *College of Business Administration*, Vol. 23 No. 2, 2009

32-Anca Ștefania Sava,**Challenges of Using CosteffectivenessAnalysis in Rationalizing Health Care Public Spending** ,Annals of "Dunarea de Jos" University of GalatiFascicle I. Economics and Applied Informatics, Years XVII – no2/2011.

³3- Roland Craigwell, The effectiveness of governmentexpenditure on education and health care in the Caribbean, , International Journal of Development Issues, Vol. 11 Issn: 1, 2012.

✚ **Rapports:**

01- Ministère de la santé et de la population,**développement du système national de santé, stratégie perspective** ,mai 2001

02- ODILE join lambeet et florence, le fresme ;France **,le nationale Heath service** ,une institution pérenne pleine transformation, chronique internationale de l'ires-N° 91 ,Novembre 2004.

03- MSP Séminaire,Rapport **sur le développement d'un système national de santé** l'expérience Algérienne ,7-8 avril 1983.

04-A Hammani, A. Bouroukba, **L'évolution du Système National Depuis Indépendance** .Ministère de la santé ,Alger 1983 .

05- Mostapha Khiati ,**Quelle santé pour les Algériens et Maghreb relative** ,Algérie, 1990.

06- Le ministre de la santé et de la population ,**les fondements de la carte sanitaire nationale**, novembre 1981.

07- Conseil National Economique et Social,**Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant** ,3eme session linière, 22 juillet ,1997 .

08- R.A.D.P,M.S.P,**Bilan du système national de santé et programme d'action, 2005-2009** ,Alger,novembre 2004.

09- Le ministère de la santé et de la population et de la reforme hospitalière ,op cite :12/01/2008.

10 - Amel larbi , **Actualité du système national de santé (2005-2007)** ,laboratoire de recherche école national de la recherche de santé publique EL-Marsa, Mai 2008.

11- **application de la nouvelle carte sanitaire** , élaboré par le ministère de la population et de la reforme hospitaliere, 12/01/2008

12- Base de données de l'OCDE sur la santé.

13- Julien Tousignat , François Vaillancourt , **le financement des dépenses publiques de santé dans cinq fédération** , rapport de projet Montreal , Aut, 2013.

14- République français , ministères des affaires étrangères ; **la France à la loupe (la santé en France)** , Février 2007.

29- Jean Marc Lucas : **le système de santé Américain** , revue conjoncture ,2007.

15- **Beards of trustes of the fédéral hôpital insuranc and federal supplementary medical insurance** ,trust fonds 2012 annuel rapport.

16 - OPEC : **ANNUEL STATISTICAL Bulletin** 2014, Vienna,2015.

- 17- Musette , M. Isli. M. Hamouda: **Marché du travail et emploi en Algérie, bureau de emploi en Algérie** octobre 2003.
- 18- LEGENDRE François, **Emploi et politiques sociales : 02 Emme trajectoires d'emploi et rémunérations, France**, septembre 2009.
- 19- Ministère du travail et de la sécurité sociale ,**note de synthèse sur la contractualisation santé-sécurité sociale**, 2004.
- 20- Rapport national sur les: **objectifs millénaire pour le développement Algérie** rapport établi par le gouvernement algérien, Algérie, Juillet 2005.
- 21- APS, La facture des importations algériennes en médicaments explose en 2014, disponible le 30/05/2015.
- 22- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière , **l'industrie pharmaceutique et la politique national du médicament** ,hôtel Hilton ,Alger,08 Juin 2011.
- 23- Bruno palier , **Le réformes des systèmes de santé**, Paris presses, universitaires de France, 2009
- 24- OMS, rapport sur la santé dans le monde, Geneva,2006
- 25- Dina Balabanova, Valeria Oliveira-Cruz, Kara Hanson , **Health Sector Governance and Implications for the Private Sector**, October 2008, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- 26- WHO (world health organization)2013 , The world Health report 2013 shaping futur, Geneva.
- 27- Marmot M, **The influence of income on health**, views of an epidemiologist. Health Affairs 2002.
- 28- Paul J.FeldsTein, **health Care Economi seconded** (New York John Willey 1983).
- 29- Deon Filmen: **Health Policyin Poor ContriesWeak links in the chain wachinton** DC World Bank policy research working papers, 1989.
- 30 - WHO (world health organization)2003 : **The world Health report 2003 shaping futur**, Geneva.
- 31- Centre for administrative innovation in the euro méditerranéens assistance sociales dans la region méditerranéennes, Algérie

Thésés

- 01- Lazhar Felah, Etude **exploratoire du système de prévention algérien Déterminisme et problématique**, Thèse Doctorat. Bordeaux IV,1998.
- 02- Benyettou Mohamed, **La contractualisation des rapports Santé –Sécurité Sociale**, mémoire de stage de quatrième année -ENA- année universitaire 2004/2005.

Colloque

- 01- Abbaoui Yazid , Colloque international sur ,**les politiques de maitrise les dépenses des santé** ,Algérie , Msila, 24,25 novembre 2015.
- 02- Brahmia brahime, **quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie**, communication présentée au cours su séminaire pour le

financement de l'assurance de maladie, ministère de travail de l'emploi et de la sécurité social Alger 2008.

03- PRL Chachoua , **le système national de santé 1962 a nos jour** , colloque international sur la politiques de la santé, Alger le 18,19 Janvier 2014.

04- Brahim Brahamia, **Transition Sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie**, colloque international sur les politiques de santé, Université Constantine 2, 18-19 janvier 2014.

المواقع الإلكترونية: 

01- www.moh.gov.Bh.

02- les sixième dossier de la reforme hospitalier sur le site internet :[HTTP:www.santeMaghreb .coc/actualités 10703/0703 27HTM](http://www.santeMaghreb.coc/actualités/10703/0703_27HTM), le 01/03/2015.

03- [www.unpan 1un .org/litraddoe /groups/public/documents/caimed/unpan 018927.pdf](http://www.unpan1un.org/litraddoe/groups/public/documents/caimed/unpan_018927.pdf).

04-http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

05 -[www.who.int/health_financing /mechanisms/en/04_3.pdf](http://www.who.int/health_financing/mechanisms/en/04_3.pdf), 07/06/2015.

06-<http://www.world BANK.org> office national des statistiques .

07-<http://www.worldbank.org>

08- Le marché algérien du médicament : **un investissement à rentabiliser et un potentiel à promouvoir**, disponible le 14/05/2015 sur le site électronique :

<http://www.fce.dz/index.php/.../reflexions-et-analyses?...marche...medicaments>

09-<http://www.lematindz.net/news/13918-la-facture-des-importations-algeriennes-en-medicaments-explose-en-2014.html>

10- Projet de modernisation des systèmes budgétaires (MSB) ,sur le site : www.mf.gov.dz/ documentation .

11- www.world.bank.org.

الجداول و الأشكال

الجدول و الأشكال

225	نسبة الإنفاق الخاص على قطاع الصحة في بعض الدول المتقدمة والنامية بالنسبة للنتائج الداخلي الخام (2005-2012)	8-4
226	متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي معادل للقوة الشرائية بالدولار الأمريكي في بعض الدول المتقدمة والنامية (2005-2012)	9-4
229	الأهداف الإنمائية للألفية	10-4
231	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر (حالة وفاة لكل 1000 مولود حي)	11-4
233	يمثل تطور وفيات الرضع في الجزائر من سنة 2005-2011	12-4
233	تطور وفيات الأطفال حسب مختلف المراحل	13-4
235	التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم (الأطفال من 12-23 شهرا)	14-4
236	معدل وفيات الأمهات في الجزائر لكل 100000	15-4
243	معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر	16-4
246	تطور عدد المنشآت القاعدية للصحة	17-4
247	تطور نسبة التغطية الصحية بوحدة العلاج القاعدية خارج المستشفيات	18-4
249	البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص في الجزائر خلال الفترة (2000-2010)	19-4
251	تطور عدد الممارسين بالسلك الطبي الفترة الممتدة (2000-2010)	20-4
251	تطور نسبة التغطية الصحية ، بالأطباء العموميون الفترة الممتدة (2000-2010)	21-4
252	تطور نسبة التغطية الصحية بالأطباء الأخصائيين الفترة الممتدة (2000-2010)	22-4
252	تطور نسبة التغطية الصحية بأطباء الأسنان الفترة الممتدة (2000-2010)	23-4
253	تطور نسبة التغطية الصحية بالصيدالغة الفترة الممتدة (2000-2010)	24-4
253	➤ تطور تشكيلة الشبه طبيين حسب التأهيل خلال الفترة الممتدة (2000-2010)	25-4
257	هيكل سوق المواد الصيدلانية في الجزائر خلال الفترة (2004-2010)	26-4
260	الأدوية المستوردة حسب طبيعتها	27-4
280	تطور الإنفاق الصحي بتركيا بالنسبة إلى النتائج الداخلي الخام	28-4
282	بعض المؤشرات الصحية بالصين	29-4
286	تطور الإنفاق على القطاع الصحي بالصين بالنسبة إلى الناتج الداخلي الخام (PIB) خلال الفترة (1995-2013)	30-4
291	تطور الإنفاق الصحي بالسويد (2000-2013)	31-4
305	نتائج المعطيات الإحصائية الوصفية	32-4
306	نتائج تحليل الانحدار البسيط بالاعتماد على الزمن	33-4

الجدول و الأشكال

306	مصفوفة الارتباط بين محددات الإنفاق الصحي في الجزائر	34-4
309	اختبار الإستقرارية	35-4
310	نتائج اختبار جوهانسن Johanson للتكامل المتزامن	36-4
311	نموذج تصحيح الخطأ الموجه باستخدام برنامج Eviews8	37-4
312	تحليل التباين Variance Decomposition of TEXP	38-4
315	اختبار الإستقرارية	39-4
316	نتائج اختبار التكامل المشترك بطريقة جوهانسون	40-4
319	تأثير الإنفاق العام	41-4
319	تأثير الإنفاق العام على التلقيح ضد الدفتيريا	42-4
320	تأثير الإنفاق العام على أمل الحياة عند الولادة	43-4
320	تأثير الإنفاق العام على عملية تعميم التلقيح ضد الحصبة	44-4

ثانيا. قائمة الأشكال

الرقم	البيانات	الصفحة
1-1	منحنى إمكانيات الإنتاج والتنافس على الموارد بين قطاع الخدمات الصحية والقطاعات الأخرى	34
2-1	مكونات سوق السلع والخدمات الصحية	39
3-1	منحنى الطلب على السلع والخدمات الصحية بدلالة السعر	43
4-1	تأثير الدخل على الكمية المطلوبة من السلع والخدمات الصحية	44
5-1	منحنى العرض للسلع والخدمات الصحي	48
6-1	أثر تغيير أسعار المنتجات المتنافسة على استخدام نفس المحددات على منحنى العرض	49
7-1	حالة مرونة الطلب مساوية لـ (-1)	51
8-1	حالة مرونة الطلب السعرية: (-1,0)	51
9-1	حالة مرونة الطلب السعرية أقل (-1)	52
10-1	حالة مرونة الطلب اللانهائية	52
11-1	منحنى تحديد سعر السلعة أو الخدمة الصحية	54
12-1	حالة تأثير الحد الأدنى للسعر	57

الجدول و الأشكال

67	العلاقة بين وظائف التنظيم الصحي وغاياته	1-2
77	هيكل المنظومة الصحية الفرنسية	2-2
82	الهيكل التنظيمي لمنظومة العلاج في انكلترا	3-2
145	هيكل تمويل المنظومة الصحية بفرنسا سنة 2002	1-3
145	هيكل تمويل المنظومة الصحية بفرنسا سنة 2006	2-3
148	هيكل إيرادات المنظومة الصحية بفرنسا سنة 2010	3-3
150	مصادر تمويل التأمين عن المرض في الو م أ (سنة 2007)	4-3
154	مصادر تمويل قطاع الصحة(1962-1973)	5-3
160	هيكل تمويل المنظومة الصحية بالجزائر	6-3
163	تمويل المنظومة الصحية في الجزائر سنة 2006	7-3
165	تطور عدد المؤمنين الاجتماعيين لدى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CA O)	8-3
186	مخطط يوضح عملية التعاقد في مداغشقر	9-3
192	عملية النهج التعاقدية	10-3
201	تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة (مليون دج)	1-4
205	أهم الإعانات الممنوحة للمؤسسات الصحية و القطاعات الصحية	2-4
221	توزيع ميزانية التسيير لسنة 2008 حسب نوع المؤسسة العمومية للصحة	3-4
232	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 ولادة حية	4-4
234	معدل وفيات الرضع من الولادة إلى عمر سنة لكل 1000 ولادة حية	5-4
236	أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة العربية(سنة 2010)	6-4
236	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية	7-4
237	تطور نسبة الرعاية الصحية للمرأة الحامل	8-4
238	نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بآخر مولود خلال فترة(2002-2006)	9-4
239	نسبة السيدات اللاتي وضعن حملهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول العربية	10-4
240	نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب المستوى الاقتصادي للأسرة في بعض الدول العربية	11-4
241	تطور معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ، الايدز في الجزائر	12-4
254	تطور تشكيلة الإداريين وعمال الخدمات الصحية بالجزائر خلال الفترة الممتدة (2000-2010)	13-4

الجدول و الأشكال

259	توزيع الموارد الصيدلانية حسب الدول لسنة 2010	14-4
260	توزيع الموارد الصيدلانية المستوردة لسنة 2010	15-4
290	مصادر تمويل الإنفاق الصحي بالسويد 1998 إلى 2003	16-4
313	دوال الاستجابة الدفعية	17-4

الفهرس

الصفحة	البيان
	إهداء
	شكر والتقدير
	خطة البحث
أن	المقدمة العامة
01	* الفصل الأول: بعض عناصر اقتصاد الصحة
01	تمهيد
01	المبحث الأول: الصحة والخدمات الصحية
02	المطلب الأول: ماهية الصحة
02	الفرع الأول: تطور مفهوم الصحة خلال الفكر الاقتصادي
03	الفرع الثاني: تعريف الصحة
05	الفرع الثالث: إنتاج الصحة
06	الفرع الرابع: أساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها
08	المطلب الثاني: مفاهيم أساسية حول الخدمة الصحية
08	الفرع الأول: مفهوم الخدمات الصحية
09	الفرع الثاني: خصائص الخدمات الصحية
12	الفرع الثالث: الرعاية الصحية والرعاية الطبية
14	المطلب الثالث: الفاعلية والكفاءة في الخدمات الصحية
14	الفرع الأول: الفاعلية في الخدمات الصحية
17	الفرع الثاني: الكفاءة في الخدمات الصحية
19	المبحث الثاني: المقاربات النظرية لاقتصاد الصحة
20	المطلب الأول: مدخل عام لظهور اقتصاد الصحة
21	المطلب الثاني: تعريف اقتصاد الصحة
23	المطلب الثالث: أسباب ظهور فرع اقتصاد الصحة
23	الفرع الأول: الثقل الاقتصادي للنفقات الصحية
23	الفرع الثاني: البحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي
24	المطلب الرابع: قطاع الصحة من وجهة نظر اقتصادية
24	الفرع الأول: اقتراب اقتصاد السوق

26	الفرع الثاني: مقاربات الاقتصاد المخطط
27	المبحث الثالث: التحليل الاقتصادي للصحة
27	المطلب الأول: خصوصيات فرع اقتصاد الصحة
27	الفرع الأول: تدخل الدول
28	الفرع الثاني: عدم اليقين
28	الفرع الثالث: عدم تماثل المعرفة
29	الفرع الرابع: الوفورات الخارجية
29	المطلب الثاني: خصائص المنتج والمستهلك للخدمات الصحية
29	الفرع الأول: خصائص متعلقة بالمستهلك
30	الفرع الثاني: خصائص متعلقة بالمنتج
31	المطلب الثالث: القيود المنهجية للتحليل الاقتصادي للصحة
31	الفرع الأول: غموض بعض عناصر المنظومة الصحية
31	الفرع الثاني: استقلالية أهداف المتعاملين في ميدان الصحة:
32	➤ الفرع الثالث: عدم اليقين في قبول النتائج
32	المبحث الرابع: سوق السلع والخدمات الصحية
33	المطلب الأول: المشكلة الاقتصادية وأسواق الخدمات الصحية
33	الفرع الأول: الندرة والاختيار
34	الفرع الثاني: تكلفة الفرص البديلة
35	الفرع الثالث: الاختيارات الاقتصادية
37	المطلب الثاني: ماهية السوق الصحي (سوق السلع والخدمات الصحية)
37	الفرع الأول: مفهوم السوق الصحي
39	الفرع الثاني: توصيف هيكل أسواق الخدمات الصحية:
40	الفرع الثالث: خصوصيات سوق السلع والخدمات الصحية
41	الفرع الرابع: العلاقة التبادلية بين أسواق الخدمات الصحية المختلفة
42	المطلب الثالث: العرض والطلب على الخدمات الصحية
42	الفرع الأول: الطلب على الخدمات الصحية
46	الفرع الثاني: العرض كمحدد للطلب

50	المطلب الرابع: مرونة العرض والطلب على الخدمات الصحية
50	الفرع الأول: مرونة الطلب على الخدمات الصحية
53	الفرع الثاني: مرونة العرض على الخدمات الصحية
54	المطلب الخامس: تسعير الخدمات الصحية
54	الفرع الأول: تحديد السعر السوقي للخدمات الصحية
55	الفرع الثاني: آلية الأسعار وتخصيص الموارد
56	الفرع الثالث: أثر القيود السعرية
57	الفرع الرابع: تطبيق التسعيرة في قطاع الخدمات الصحية
58	خلاصة الفصل
62	* الفصل الثاني: المنظومة الصحية عرض وتحليل
63	تمهيد
63	المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية
63	المطلب الأول: مفهوم المنظومة الصحية
65	المطلب الثاني: وظائف وأهداف النظام الصحي
65	الفرع الأول: وظائف النظام الصحي
66	الفرع الثاني: أهداف المنظومة الصحية
68	المطلب الثالث: مكونات النظام الصحي و نشاطاته
68	الفرع الأول: مكونات النظام الصحي
70	الفرع الثاني: نشاطات المنظومة الصحية
71	المطلب الرابع: مميزات النظام الصحي و العوامل المحددة له
71	الفرع الأول: مميزات النظام الصحي
72	الفرع الثاني: العوامل التي تؤثر في وضع النظام الصحي
74	المبحث الثاني: نماذج عن المنظومة الصحية للبلدان متوسطة و مرتفعة الدخل (التحديات و الرهانات)
74	المطلب الأول: المنظومة الصحية الفرنسية
74	الفرع الأول: على المستوى الوطني
76	الفرع الثاني: المستوى الجهوي
77	الفرع الثالث: المستوى المحلي (المحافظات)

78	المطلب الثاني: المنظومة الوطنية للصحة (منظومة بيفرج) Beveridge
78	الفرع الأول: هيكلية المنظومة الصحية لانكلترا
80	الفرع الثاني: إصلاح المنظومة الصحية البريطانية
83	المطلب الثالث: المنظومة الصحية الحرة الليبرالية (الولايات المتحدة الأمريكية)
83	الفرع الأول: هيكلية المنظومة الصحية للولايات المتحدة الأمريكية
85	الفرع الثاني: التنظيمات المسؤولة عن عرض ومراقبة العلاج على مستوى المنظومة الصحية
86	المبحث الثالث: المنظومة الصحية بالجزائر
86	المطلب الأول: هيكلية المنظومة الصحية بالجزائر
86	الفرع الأول: المستوى المركزي
87	الفرع الثاني: على المستوى الولائي
89	الفرع الثالث: على المستوى المحلي
90	المطلب الثاني: أسس ومبادئ تنظيم المنظومة الوطنية للصحة
90	الفرع الأول: مبدأ التقسيم القطاعي
91	الفرع الثاني: مبدأ سلمية العلاج
92	الفرع الثالث: مبدأ الجهوية الصحية
93	المطلب الثالث: الأهداف الإستراتيجية والوظائف الأساسية للمنظومة الصحية
93	الفرع الأول: الأهداف الإستراتيجية للمنظومة الصحية الوطنية
94	الفرع الثاني: الوظائف الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة:
95	المطلب الرابع: التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية
97	الفرع الأول: النظام الصحي 1962-1974
99	الفرع الثاني: النظام الصحي خلال الفترة الممتدة من 1974-1989
105	الفرع الثالث: النظام الصحي 1989 - 2000
111	الفرع الرابع: النظام الصحي 2000-2010
113	المبحث الرابع: الوضع العام للقطاع الصحي بالجزائر وحثمية الإصلاح
114	المطلب الأول: تخطيط عملية إصلاح القطاع الصحي بالجزائر
114	الفرع الأول: مخططات قصيرة المدى (2000-2003)
115	الفرع الثاني: مخططات متوسطة المدى
115	الفرع الثالث: مخططات طويلة المدى إلى غاية

116	المطلب الثاني: أهداف مشروع الإصلاح و ملفاته
116	الفرع الأول: أهداف الإصلاح الصحي
116	الفرع الثاني: ملفات الإصلاح
118	المطلب الثالث: ملامح تحديات النظام الصحي و التدابير المقترحة
118	الفرع الأول: ملامح تحديات النظام الصحي
121	الفرع الثاني: التدابير المقترحة بالقطاع النظام الصحي
125	المطلب الرابع: التنظيم الجديد للخريطة الصحية والتطلعات والخطط الانتقالية
125	الفرع الأول: التنظيم الجديد للخريطة الصحية
128	الفرع الثاني: الإختلالات والخطط الانتقالية (2010-2015)
130	خلاصة الفصل
132	* الفصل الثالث: تمويل المنظومة الصحية
133	تمهيد
133	المبحث الأول: مصادر و أنظمة تمويل الإنفاق الصحي
133	المطلب الأول: إشكالية تنامي الإنفاق الصحي كظاهرة عالمية
133	الفرع الأول: الأسباب الحقيقية والظاهرية لزيادة الإنفاق العام
135	الفرع الثاني: مستقبل الإنفاق الصحي
139	الفرع الثالث: الانعكاسات على سياسة المالية العامة
139	المطلب الثاني: مصادر و أنماط تمويل الخدمات الصحية
140	الفرع الأول: مصادر تمويل الخدمات الصحية
143	المطلب الثالث: نماذج عن تمويل المنظمات الصحية في العالم
144	الفرع الأول: المنظومة الصحية الفرنسية
149	الفرع الثاني: تمويل المنظومة الصحية البريطانية
150	الفرع الثالث: تمويل المنظومة الصحية الأمريكية
152	المبحث الثاني: تطور نظام تمويل المنظومة الصحية بالجزائر
153	المطلب الأول: مرحلة التمويل المختلط (1962-1973)
155	المطلب الثاني: المرحلة الثانية (1973-1990)
158	المطلب الثالث: المرحلة الثالثة (1990-2010)

160	المطلب الرابع: تشخيص الجوانب الايجابية والسلبية لنمط التمويل في الجزائر
161	الفرع الأول: ايجابيات نظام تمويل الصحة
161	الفرع الثاني: سلبيات نظام التمويل
162	المبحث الثالث: مصادر تمويل المنظومة الصحية بالجزائر
163	المطلب الأول: مساهمة الدولة
164	المطلب الثاني: مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي
166	الفرع الأول: العلاقة بين إشكالية الضمان الاجتماعي مع نظام الصحة العمومية
171	الفرع الثاني: المشاكل المطروحة على تنظيم الضمان الاجتماعي
174	المطلب الثالث: مساهمة العائلات (التمويل الذاتي)
176	المبحث الرابع: النظام التعاقدى كبديل لتمويل المنظومة الصحية بالجزائر
177	المطلب الأول: مفهوم العقد
177	الفرع الأول : مفهوم العقد
178	الفرع الثاني: مفهوم نظام التعاقد
178	الفرع الثالث: أسس نظام التعاقد
179	المطلب الثاني: أهداف التعاقد
181	المطلب الثالث: بعض التجارب العالمية في ميدان التعاقد
181	الفرع الأول : النهج التعاقدى في فرنسا
183	الفرع الثاني: نظام التعاقدى في دولة النيبال
185	الفرع الثالث: النهج التعاقدى في دولة مداعشقر
186	المطلب الرابع: النظام التعاقدى بالجزائر كبرنامج لم يكتمل بعد
187	الفرع الأول: أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر
189	الفرع الثاني: سير العملية التعاقدية
193	الفرع الثالث: مشاكل تطبيق النهج التعاقدى بالجزائر
194	خلاصة الفصل
197	*الفصل الرابع: الإنفاق الصحي في الجزائر دراسة تحليلية قياسية
198	تمهيد
199	المبحث الأول: تقييم الإنفاق الصحي نسبة إلى الموازنة العامة
200	المطلب الأول: تقييم الإنفاق على التسيير

201	الفرع الأول: تحليل الإنفاق الصحي حسب المصالح
204	الفرع الثاني: تحليل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الإعتمادات
209	المطلب الثاني: تقييم الإنفاق على التجهيز والاستثمار
209	الفرع الأول: الأهداف المحددة حسب البرامج الفرعية
210	الفرع الثاني: تقييم الإنفاق الصحي حسب البرامج الفرعية لنفقات التجهيز
212	الفرع الثالث: أبعاد تطبيق البرامج التنموية على القطاع الصحي بالجزائر
219	المطلب الثالث: تقسيم الإنفاق الصحي من خلال النفقات الاجتماعية بالمعنى الحصري والتحويلات
220	الفرع الأول: إعانات الميزانية العامة الموجهة إلى المؤسسات الاستشفائية
221	الفرع الثاني: إعانات الميزانية العامة الموجهة لصندوق الوطني للاستعجالات الطبية
222	المطلب الرابع: تقييم الإنفاق الصحي بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية
222	الفرع الأول: نسبة الإنفاق الصحي على قطاع الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي
226	الفرع الثاني: متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي
227	المبحث الثاني: إنتاجية الإنفاق الصحي من خلال مؤشرات الصحة العامة
227	المطلب الأول: تقييم الإنفاق الصحي من خلال مؤشرات الصحة العامة
227	الفرع الأول: مؤشرات التقدم المحرز في مجال الصحة الواردة بالأهداف الإنمائية للألفية
244	الفرع الثاني: مؤشرات صحة أخرى
245	المطلب الثاني: تقييم الإنفاق الصحي من خلال تحليل حجم الإمكانيات المادية والبشرية
245	الفرع الأول: تحليل الإمكانيات المادية
250	الفرع الثاني: تحليل الإمكانيات البشرية
255	المطلب الثالث: تقييم الإنفاق الصحي من خلال سوق الموارد الصيدلانية
256	الفرع الأول: سوق الأدوية في الجزائر
257	الفرع الثاني: استهلاك الأدوية بالجزائر
258	الفرع الثالث: استيراد الأدوية
261	الفرع الرابع: إنتاج الأدوية بالجزائر
262	المبحث الثالث: ترشيد الإنفاق العام كآلية لتحقيق الكفاءة والفعالية بالإنفاق الصحي في الجزائر
262	المطلب الأول: آليات ترشيد الإنفاق الصحي
263	الفرع الأول: الميزانية حسب الأهداف ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي

267	الفرع الثاني: مشروع عصرنه أنظمه الميزانية ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي بالجزائر
271	الفرع الثالث: لحوكمة ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي
275	المطلب الثاني: بعض التجارب الرائدة في ترشيد الإنفاق الصحي
276	الفرع الأول: التجربة التركية
281	الفرع الثاني: تجربة الصين
287	الفرع الثالث: عرض التجربة السويدية في مجال ترشيد الإنفاق العام
291	المطلب الثالث: التحديات المعاصرة والمستقبلية للمنظومة الصحية الجزائرية
291	الفرع الأول: تقييم أداء النظام الصحي الجزائري حسب أسلوب المنظمة العالمية للصحة
292	الفرع الثاني: معوقات التنمية الصحية بالجزائر
299	المطلب الرابع: آليات تحقيق تنمية مستدامة بالقطاع الصحي في الجزائر
304	المبحث الرابع: محاولة لتقييم الإنفاق الصحي من خلال دراسة قياسية
304	المطلب الأول: محاولة لدراسة محددات الإنفاق الصحي
304	الفرع الأول: الدراسة الإحصائية الوصفية
307	الفرع الثاني: محددات الإنفاق الصحي
314	المطلب الثاني: محاولة لدراسة تأثير الإنفاق الصحي على المؤشرات الصحية
320	خلاصة الفصل
321	الخاتمة العامة
326	الملاحق
348	قائمة المراجع
362	قائمة الأشكال والجداول
367	الفهرس العام

المخلص:

يمثل احتواء الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصاديات المتقدمة والنامية على حد سواء، بحيث نما هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الماضية، ويمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات. وخلال نفس الفترة ارتفع أيضا الإنفاق الخاص على الصحة، والذي يمثل في المتوسط نحو ربع النفقات الكلية على الصحة. وفي حين تزامنت زيادة الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد وضع أيضا ضغوطا كبيرة على الميزانيات وخصوصا في الوقت الحالي. مما أدى إلى البحث عن سبل ترشيده. وعلى هذا الأساس فقد سعت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى الإنفاق الصحي من خلال دراسة تطور حجم المخصصات المالية التي تم رصدتها للقطاع الصحي خلال الفترة الممتدة 2000-2013 ومدى استجابتها لاحتياجات القطاع، وهذا من خلال الاعتماد على بعض مؤشرات الرعاية الصحية، كما تهدف هذه الدراسة البحثية إلى دراسة محددات النفقات الصحية الوطنية بالاعتماد على المتغيرات الاقتصادية.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن النمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يتجهم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الأعباء الناجمة عن سياسة مجانية العلاج، ومن جهة أخرى كما بينت الدراسة انه على الرغم من سيطرة الإنفاق الصحي العمومي على مجموع النفقات الصحية، إلا أنه في تناقص مقابل الارتفاع في مساهمة القطاع الخاص في عملية تمويل الخدمات الصحية، وهذا يدل على الانخفاض التدريجي في مسؤولية السلطات العمومية في مجال تلبية الاحتياجات الصحية للجزائريين.

الكلمات المفتاحية: النفقات الصحية العامة، النفقات الصحية الخاصة، الأنظمة الصحية، ترشيد الإنفاق الصحي.

Résumé

La maîtrise des dépenses publiques de santé, représente l'une des questions financières publiques les plus importantes que rencontrent les pays développés et les économies en développement, de sorte que ces dépenses ont augmenté de façon notable au cours des dernières décennies et représente environ la moitié de l'augmentation des dépenses du gouvernement sans intérêt au fil de ces années. Au cours de la même période, les dépenses privées de santé ont augmenté également, ce qui représente en moyenne environ un quart des dépenses totales de santé. Alors que l'augmentation des dépenses a coïncidé avec une amélioration spectaculaire de la santé, il a de même mis une grande pression sur les budgets, en particulier dans l'heure actuelle. Ce qui a conduit à la recherche de moyens de rationaliser ces dépenses.

A cet effet, cette étude tend à évaluer le niveau de dépenses à travers l'étude de l'évolution du volume des allocations financières qui ont été octroyées au secteur de la santé au cours de la période 2000-2013 et leur réponse aux besoins du secteur, en nous appuyant sur quelques indicateurs de soins de santé. L'objectif de cette étude de recherche est d'étudier les déterminants des dépenses nationales de santé en fonction de variables économiques.

Les résultats de cette étude ont montré que la croissance observée des dépenses de santé ne reflète pas nécessairement la volonté d'améliorer les services de santé, mais ils montrent les grandes charges résultant de la politique de la gratuité des soins de santé, d'autre part l'étude a également mis en évidence qu'en dépit de la maîtrise des dépenses publiques de santé sur les dépenses totales de santé, cependant il s'avère qu'elles sont en régression par rapport à l'augmentation de la contribution du secteur privé dans le financement des services de santé et cela traduit cette diminution de la responsabilité des pouvoirs publics dans le domaine pour répondre aux besoins de santé des Algériens.

Mots clés: les dépenses publiques de santé, les dépenses privées de santé, les systèmes de santé, la rationalisation des dépenses de santé.

Summary:

Public expenditure on health field is considered as one of the important cases facing developed and underdeveloped economies at the same level, especially in the last decades. It represents almost the half of the government expenditure in the late years. In addition, private expenditure also increased. it denotes the quart of the completely private expenditure on health. This latter happened along with the Improvement of health. it put strong pressures on budgets especially in the current state; as a result, the government were obliged to rationalize the budgets.

This study seeks to evaluate the level of health expenditure through studying the special financial budgets for medical domain in the period between 2000 \2013, and how far it responds to the needs of the sector. This is through depending on indicators of health care as well as this research try to define limits of health expenditure relying on economic variables'.

The study resulted in; the noticed growth of health expenditure does not show the necessity of improving the medical services, but it shows the burden of free health care. Although the government control the public medical expenditure, the private sector does great efforts to finance medical services. This shows the gradual limits of the public authorities in the field of health care.

Key words: Public medical expenditure, private medical services, medical systems, rationalization of health expenditure.