الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie

جامعة أبي بكر بلقايد
تلمسان الجزائر

كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث في العلوم الاقتصادية

تخصص: تحليل اقتصادي واستشراف

بعنوان:

الإنفاق على الرعاية الصحية في القطاع العام والقطاع الخاص وأثره في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر للفترة 2000-2021

Healthcare spending in the public and private sectors and its impact on achieving sustainable health development in Algeria for the period 2000-2021

من إعداد الطالب:

بســـدات ساسي

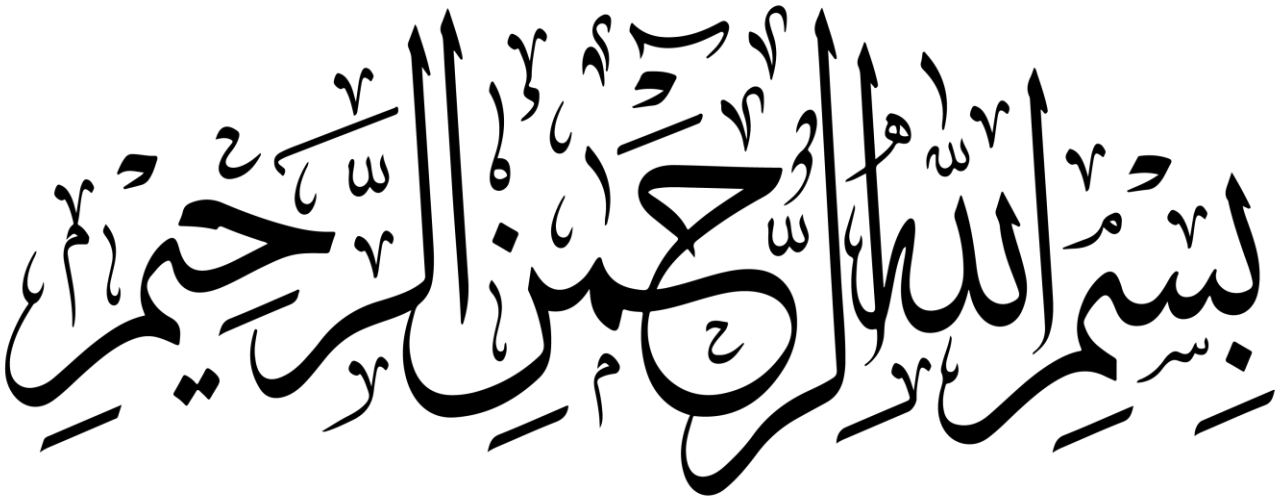
تحت إشراف الأستاذ(ة):

أ.د. ديدوح شكريــة

– أعضاء لجنة المناقشة–

أ.د. بن لولو سليم بدر الدين	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيسا
أ.د. ديدوح شكرية	أستاذة التعليم العالي	جامعة تلمسان	مشرفة
أ.د. شعب بغداد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	ممتحنا
أ.د. بن سعيد محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة سيدي بلعباس	ممتحنا
د. حفيظ فتحي	أستاذ محاضر أ	جامعة سيدي بلعباس	ممتحنا
د. عاشور ثاني يامنة	أستاذة محاضر أ	جامعة تلمسان	ممتحنة

السنة الجامعية: 2025–2026


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات وبفضله تتنزل الخيرات والبركات وبتوفيقه تتحقق المقاصد والغايات.

أولا وقبل كل شيء أشكر الله الذي وفقني الى ما كنت أطمح اليه، فاللهم لك الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضا.

واعترافا بالفضل وتقديرا للجميل أتوجه بخالص الشكر والتقدير الى الأستاذة المشرفة **أ.د. ديدوح شكرية** لقبولها الاشراف وتأطير بحثنا، وعلى كل ما قدمته لي من توجيهات ونصائح قيمة لإعداد هذه الرسالة.

ولا يمكننا أن نبخل بهذا التعبير أيضا الى كل من ساهم ولو بالكلمة الطيبة في اعداد هذا العمل المتواضع.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما، إلى أخوتي الأعزاء، إلى جميع أصدقائي، إلى كل طالب علم وباحث.

الملخص

تهدف هذه الدراسة لتوضيح العلاقة الديناميكية بين أنماط تمويل القطاع الصحي (العام والخاص) وتحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر خلال الفترة 2000-2021، تنطلق الدراسة من إشكالية مركزية تتمحور حول تحديد أثر الإنفاق الصحي الحكومي والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة، متفرعة إلى أسئلة فرعية تتناول واقع التنمية الصحية وجودة الخدمات والعلاقات الإحصائية بين المتغيرات، اعتمدت الدراسة على إطار نظري متكامل يشمل اقتصاديات الخدمات الصحية، العلاقة بين الصحة والتنمية، النظم الإدارية الصحية، وجودة الخدمات الصحية، مع تحليل نقدي للدراسات السابقة التي صنفت إلى وصفية وميدانية وقياسية، وكشفت عن فجوة بحثية جوهرية تمثلت في غياب المنهجية التكاملية التي تجمع بين التحليل الوصفي والميداني والقياسي في دراسة واحدة خاصة في السياق الجزائري، اتبعت الدراسة منهجية بحثية ثلاثية الأبعاد تجمع بين التحليل التاريخي الوصفي لتطور المنظومة الصحية الجزائرية ومؤشراتها منذ الاستقلال، والدراسة الميدانية التي استندت إلى استبيان طبق على عينة من 144 من مقدمي الخدمات الصحية باستخدام نموذج SERVQUAL لقياس جودة الخدمات، والتحليل القياسي الذي استخدم نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع (ARDL) لبيانات السلاسل الزمنية للفترة 2000-2021، مع إجراء مقارنة دولية باستخدام نماذج Panel ARDL مع ست دول (المغرب، تونس، مصر، السعودية، الأردن، إيران)، أظهرت النتائج تحسنا في التغطية الصحية الشاملة من 56% إلى 74% خلال فترة الدراسة، مع استمرار التحديات الهيكلية المتعلقة بالحوكمة والتفاوت الجغرافي، وكشفت الدراسة الميدانية أن جودة الخدمات بلغت مستوى متوسطا مائلا للارتفاع (5/3.44)، مع تفوق بعدي الأمان والتعاطف، بينما حددت نقص الوعي الصحي (56.4%) والفساد الإداري (49.3%) كأبرز عوائق التغطية الشاملة، أما النتائج القياسية فأظهرت تفوقا للإنفاق الخاص في الأجل القصير (تأثير إيجابي +0.2931) مقابل تأثير سلبي للإنفاق الحكومي (-0.5669 حاليا و-0.8867 متأخرا)، مع سرعة عالية في تصحيح الاختلالات (معامل - = ECT 1.414)، بينما غاب التأثير الفردي المعنوي للمتغيرات في الأجل الطويل، وأكدت المقارنة الدولية وجود علاقة سلبية معنوية بين الإنفاق الصحي ومعدل الوفيات في معظم الدول، مع تسجيل الجزائر لأثر أقل حدة، تستخلص الدراسة أن الإنفاق الصحي وحده غير كاف لتحقيق التنمية الصحية المستدامة دون إصلاحات مؤسسية مصاحبة، وأن فعالية الإنفاق الخاص تفوق الإنفاق الحكومي في الأجل القصير، كما أن جودة الخدمات تتأثر بشكل أكبر بالعوامل التنظيمية منها بالمادية، وتقدم توصيات أبرزها تطوير آليات تمويل مبتكرة تجمع بين الموارد العامة والخاصة، وإصلاح هياكل الحوكمة وتعزيز الشفافية، وسد الفجوة الجغرافية من خلال التحفيز للأطقم الصحية في المناطق النائية، وتحسين ظروف عملها، ودعم البحث التطبيقي في اقتصاديات الصحة.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الصحي، القطاع العام، القطاع الخاص، التنمية الصحية المستدامة، التغطية الصحية الشاملة، جودة الخدمات الصحية، الجزائر،SERVQUAL ، ARDL، Panel ARDL.

Abstract

This study aims to clarify the dynamic relationship between health sector financing patterns (public and private) and the achievement of sustainable health development in Algeria during the period 2000-2021. The study starts from a central problem centred on determining the impact of government and private health spending on the achievement of sustainable health development. This question branches out into sub-questions addressing the reality of health development, the quality of services, and the statistical relationships between variables. The study relied on an integrated theoretical framework covering the economics of health services, the relationship between health and development, health management systems, and the quality of health services, with a critical analysis of previous studies classified as descriptive, field-based, and econometric. It revealed a fundamental research gap represented by the absence of an integrated methodology that combines descriptive, field, and econometric analysis in a single study, particularly in the Algerian context. The study followed a three-dimensional research methodology that combines a historical descriptive analysis of the development of the Algerian health system and its indicators since independence, a field study based on a questionnaire administered to a sample of 144 health service providers using the SERVQUAL model to measure service quality, and an econometric analysis using the autoregressive distributed lag (ARDL) model for time series data for the period 2000-2021, with an international comparison using Panel ARDL models with six countries (Morocco, Tunisia, Egypt, Saudi Arabia, Jordan, Iran). The results showed an improvement in universal health coverage from 56% to 74% during the study period, with continuing structural challenges related to governance and geographical disparities. The field study revealed that the quality of services reached a moderate-to-high level (3.44/5), with safety and empathy dimensions excelling, while lack of health awareness (56.4%) and administrative corruption (49.3%) were identified as the most significant barriers to universal coverage. The econometric results showed an advantage for private spending in the short term (positive effect +0.2931) compared to the negative effect of government spending (-0.5669 currently and -0.8867 in the long term), with a high speed in correcting imbalances (ECT coefficient = -1.414), while the long-term significance of individual variables was absent. The international comparison confirmed a significant negative relationship between health spending and mortality rates in most countries, with Algeria recording a less severe impact. The study concludes that health spending alone is not sufficient to achieve sustainable health development without accompanying institutional reforms, and that private spending is more effective than government spending in the short term, while the quality of services is more affected by regulatory factors than material ones. It makes recommendations, most notably the development of innovative financing mechanisms that combine public and private resources, reforming governance structures and enhancing transparency, bridging the geographical gap by incentivising health teams in remote areas, improving their working conditions, and supporting applied research in health economics.

Keywords: Health spending, public sector, private sector, sustainable health development, universal health coverage, quality of health services, Algeria, SERVQUAL, ARDL, Panel ARDL.

Résumé

Cette étude vise à clarifier la relation dynamique entre les modes de financement du secteur de la santé (public et privé) et la réalisation d'un développement sanitaire durable en Algérie pour la période 2000-2021. Elle part d'une problématique centrale qui consiste à déterminer l'impact des dépenses publiques et privées de santé sur la réalisation d'un développement sanitaire durable. Elle se ramifie en questions secondaires qui traitent de la réalité du développement sanitaire, de la qualité des services et des relations statistiques entre les variables. L'étude s'appuie sur un cadre théorique intégré qui englobe l'économie des services de santé, la relation entre santé et développement, les systèmes administratifs de santé et la qualité des services de santé, avec une analyse critique des études précédentes classées comme descriptives, empiriques et économétriques. Elle a révélé un fossé de recherche fondamental, à savoir l'absence d'une méthodologie intégrée combinant l'analyse descriptive, l'analyse de terrain et l'analyse économétrique dans une seule étude, en particulier dans le contexte algérien. L'étude a suivi une méthodologie de recherche tridimensionnelle combinant l'analyse historique descriptive de l'évolution du système de santé algérien et de ses indicateurs depuis l'indépendance, l'étude de terrain qui s'est appuyée sur un questionnaire appliqué à un échantillon de 144 prestataires de services de santé à l'aide du modèle SERVQUAL pour mesurer la qualité des services, et l'analyse économétrique qui a utilisé le modèle de régression autorégressive à retard distribué (ARDL) pour les données chronologiques de la période 2000-2021, avec une comparaison internationale utilisant des modèles Panel ARDL avec six pays (Maroc, Tunisie, Égypte, Arabie saoudite, Jordanie, Iran). Les résultats ont montré une amélioration de la couverture sanitaire universelle de 56 % à 74 % au cours de la période étudiée, avec la persistance de défis structurels liés à la gouvernance et aux disparités géographiques. L'étude de terrain a révélé que la qualité des services avait atteint un niveau moyen à élevé (3,44/5), avec une légère supériorité des dimensions de sécurité et d'empathie, tandis que le manque de sensibilisation à la santé (56,4 %) et la corruption administrative (49,3 %) ont été identifiés comme les principaux obstacles à la couverture universelle. Les résultats économétriques ont montré un avantage des dépenses privées à court terme (effet positif +0,2931) par rapport à l'effet négatif des dépenses publiques (-0,5669 actuellement et -0,8867 à terme), avec une grande rapidité dans la correction des déséquilibres (coefficient ECT = -1,414), tandis qu'aucune variable n'a montré d'effet significatif à long terme. La comparaison internationale a confirmé l'existence d'une relation négative significative entre les dépenses de santé et le taux de mortalité dans la plupart des pays, l'Algérie enregistrant un effet moins prononcé. L'étude conclut que les dépenses de santé ne suffisent pas à elles seules à assurer un développement sanitaire durable sans réformes institutionnelles concomitantes, que l'efficacité des dépenses privées dépasse celle des dépenses publiques à court terme, et que la qualité des services est davantage influencée par des facteurs organisationnels que matériels. Elle formule des recommandations, notamment le développement de mécanismes de financement innovants combinant ressources publiques et privées, la réforme des structures de gouvernance et le renforcement de la transparence, combler le fossé géographique en motivant le personnel de santé dans les régions reculées, améliorer leurs conditions de travail et soutenir la recherche appliquée en économie de la santé.

Mots clés : dépenses de santé, secteur public, secteur privé, développement durable de la santé, couverture sanitaire universelle, qualité des services de santé, Algérie, SERVQUAL, ARDL, Panel ARDL

الفهـــــــــــــــــــــــرس العام

العنـــــــــــــــــــــــوان	الصفحـة
Iالمقدمة العامـــــة	**1**
.I–1تمهيد	**2**
.I–2دوافع اختيار موضوع الدراسة	**5**
.I–3المنهجية المستخدمة في الدراسة	**6**
.I–4حدود الدراسة	**7**
.I–5صعوبات الدراسة	**8**
.I–6تقسيم البحث	**8**
.IIالفصل الأول: الأدبيات النظرية وتحليل الدراسات السابقة	**9**
.II–1مقدمة الفصل	**10**
.II–2المبحث الأول: مفاهيم عامة حول اقتصاديات الخدمات الصحية	**12**
.II-2-1مقدمة المبحث الأول	12
.II-2-2المطلب الأول: مفاهيم حول ماهية الخدمات الصحية	12
.II-2-2-1مفهوم الخدمة الصحية	14
.II-2-3المطلب الثاني: مفاهيم حول اقتصاد الخدمات الصحية	16
.II-2-4المطلب الثالث: التحليل الاقتصادي الجزئي للخدمات الصحية (العرض والطلب على الخدمات الصحية)	20
.II-2-4-1سوق الخدمات الصحية	21
.II-2-4-2الصعوبات التي تواجه سوق الخدمات الصحية	22
.II-2-4-3الطلب على الخدمات الصحية	23
.II-2-4-4محددات الطلب على الخدمات الصحية	24
.II-2-4-5عرض الخدمات الصحية	25
.II-2-4-6محددات العرض للخدمات الصحية	26
.II-2-4-7توازن سوق الخدمات الصحية	28
.II-2-5المطلب الرابع: اقتصاد الخدمات الصحية حسب مبادئ الاقتصاد الكلي	31
.II-2-6المطلب الخامس: تمويل الخدمات الصحية	36
.II-2-6-1أنظمة تمويل الرعاية الصحية الشائعة	39
.II-2-6-2دور التمويل الصحي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة والتنمية المستدامة	41
.II-2-6-3مساهمة تجميع الموارد الصحية في تجنب المخاطر المالية	43

II-2-7.المطلب السادس: التأمين الصحي	44
II-2-7-1.التطور التاريخي والاقتصادي للتأمين الصحي	45
II-2-7-2.مبدأ التضامن في التأمين الصحي	46
II-2-7-3.صور التأمين الصحي	47
II-2-7-4.التأمين الصحي وسوق العمل: الآثار والتداعيات	48
II-2-7-5.سوق التأمين الصحي ومميزاته	48
II-2-7-6.ظاهرة الاختيار السلبي وتأثيراتها	49
II-2-8.المطلب السابع: تقييم الكفاءة الاقتصادية للخدمات الصحية	51
II-2-8-1.تحليل التكلفة والفائدة	52
II-2-8-2.المبادئ الأساسية لتحليل التكلفة والفائدة	53
II-2-8-3.التقييم الحدي لتحليل التكلفة والفائدة	53
II-2-8-4.قياس الكفاءة والفعالية في الخدمات الصحية	55
II-2-8-5.تحسين الكفاءة والفعالية في الخدمات الصحية	56
II-2-9.خاتمة المبحث الأول	58
II-3.المبحث الثاني: النمو الاقتصادي والتنمية الصحية المستدامة	**61**
II-3-1.مقدمة المبحث الثاني	61
II-3-2.المطلب الأول: مفاهيم عامة حول التنمية المستدامة	61
II-3-2-1.مفهوم التنمية المستدامة	61
II-3-2-2.أبعاد التنمية المستدامة	64
II-3-2-3.أهداف التنمية المستدامة	65
II-3-2-4.واقع التنمية المستدامة بالجزائر	66
II-3-2-5.واقع التنمية المستدامة بالجزائر حسب البعد الاقتصادي	67
II-3-2-6.واقع التنمية المستدامة بالجزائر حسب البعد البيئي	68
II-3-2-7.واقع التنمية المستدامة بالجزائر حسب البعد الاجتماعي	68
II-3-3.المطلب الثاني: مفاهيم عامة حول النمو الاقتصادي	70
II-3-3-1.مفهوم النمو الاقتصادي	70
II-3-3-2.أنواع النمو الاقتصادي	72
II-3-3-3.قياس النمو الاقتصادي	73
II-3-3-4.محددات النمو الاقتصادي	74
II-3-3-5.تطور النمو الاقتصادي في الجزائر	76

II-3-4. المطلب الثالث: النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة	78
II-3-4-1. أهم الانتقادات الموجه لنمط الإنتاج الموسع التقليدي	78
II-3-4-2. التأثير الاجتماعي والبيئي للنمو الاقتصادي وتداعياته	79
II-3-4-3. العلاقة بين النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة	80
II-3-5. المطلب الرابع: العلاقة بين التنمية الصحية المستدامة والتنمية المستدامة	82
II-3-5-1. مفهوم التنمية الصحية المستدامة	82
II-3-5-2. الصحة كمحور للتنمية المستدامة	84
II-3-5-3. إصلاح القطاع الصحي ودوره في تحقيق التنمية المستدامة	85
II-3-6. المطلب الخامس: التغطية الصحية الشاملة واقع وأفاق	87
II-3-6-1. مفهوم التغطية الصحية الشاملة	87
II-3-6-2. أهمية التغطية الصحية الشاملة	88
II-3-6-3. مؤشرات قياس التغطية الصحية الشاملة	89
II-3-6-4. مؤشر تغطية الخدمات الصحية الأساسية:	89
II-3-6-5. مؤشر الحماية المالية والإنفاق الصحي على الخدمات الصحية المقدمة:	90
II-3-7. خاتمة المبحث الثاني	91
II-4. المبحث الثالث: إدارة الخدمات الصحية	**94**
II-4-1. مقدمة المبحث الثالث	94
II-4-2. المطلب الأول: مفاهيم عامة حول إدارة الخدمات الصحية	95
II-4-2-1. مدخل عام للإدارة	95
II-4-2-2. مبادئ الإدارة لهنري فايول	97
II-4-2-3. إدارة الخدمات الصحية	99
II-4-2-4. مفهوم الإدارة الصحية	99
II-4-2-5. خصائص إدارة الخدمات الصحية	101
II-4-2-6. دور إدارة المعرفة في إدارة الخدمات الصحية	102
II-4-3. المطلب الثاني: التخطيط الاستراتيجي داخل المنظومة الصحية	104
II-4-3-1. مفهوم التخطيط الاستراتيجي	104
II-4-3-2. الأبعاد والعناصر الأساسية للتخطيط والقرار الاستراتيجي	107
II-4-3-3. مميزات الخطط الاستراتيجية الجيدة	107
II-4-3-4. التخطيط الاستراتيجي الصحي	108
II-4-3-5. دور التخطيط الاستراتيجي في تطوير النظم الصحية	108

II-4-3-6. خطوات التخطيط الاستراتيجي الصحي	110
II-4-4. المطلب الثالث: التنظيم في الإدارة الصحية	112
II-4-4-1. مفاهيم عامة حول التنظيم الإداري	112
II-4-4-2. الهياكل التنظيمية والتنظيم الإداري	115
II-4-4-3. أهمية التنظيم الإداري وأسس نجاحه	116
II-4-4-4. التنظيم الإداري الصحي	117
II-4-4-5. إدارة الرعاية الصحية	117
II-4-4-6. النماذج التنظيمية الصحية	118
II-4-5. المطلب الرابع: خصائص الوظائف المسيرة للإدارة الصحية	120
II-4-5-1. التوجيه الإداري	121
II-4-5-2. خصائص التوجيه الإداري الصحي	122
II-4-5-3. الرقابة الإدارية	123
II-4-5-4. خصائص الرقابة الإدارية الصحية	124
II-4-5-5. اتخاذ القرار الإداري	125
II-4-5-6. أهمية اتخاذ القرارات	126
II-4-5-7. أنواع القرارات الإدارية	127
II-4-5-8. العوامل المؤثرة في اتخاذ القرار وعناصره	127
II-4-5-9. عناصر اتخاذ القرار	128
II-4-5-10. خصائص اتخاذ القرار بالمنظومة الصحية	129
II-4-5-11. دور نظم المعلومات الصحية في دعم اتخاذ القرار	130
II-4-5-12. التحفيز الإداري وأبعاده الأساسية	130
II-4-5-13. خصائص التحفيز بالمنظومة الصحية	133
II-4-5-14. المهام الإدارية والمهارات المهنية لمتخذي القرار	134
II-4-5-15. المهام الأساسية لمديري المؤسسات الصحية	135
II-4-6. المطلب الخامس: حوكمة القطاع الصحي وأثرها في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة	137
II-4-6-1. المفاهيم الأساسية للحوكمة	137
II-4-6-2. مبادئ الحوكمة	140
II-4-6-3. خصائص وأنواع الحوكمة	141
II-4-6-4. نظريات الحوكمة الإدارية العامة	143
II-4-6-5. خصائص الحوكمة الرشيدة في القطاع الصحي	145

II-4-6-6. دور الحوكمة الرشيدة في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	147
II-4-6-7. أثر مجالس الإدارة الصحية في تعزيز جودة الخدمات الصحية	147
II-4-6-8. تأثير الحوكمة في النظم الصحية على عملية صنع القرار	148
II-4-7. خاتمة المبحث الثالث	149
II-5. المبحث الرابع: جودة الخدمات الصحة	**152**
II-5-1. مقدمة المبحث الرابع	152
II-5-2. المطلب الأول: مفاهيم حول الجودة	152
II-5-2-1. تعريف الجودة	153
II-5-2-2. سياسات الجودة وأهميتها	158
II-5-2-3. السمات الأساسية لسياسة الجودة الفعالة	158
II-5-2-4. آلية تحديد سياسات الجودة	158
II-5-2-5. إرشادات عامة لوضع سياسة الجودة	159
II-5-2-6. أهداف إدارة الجودة	159
II-5-3. المطلب الثاني: أساسيات حول إدارة جودة الخدمات الصحية	162
II-5-3-1. مفهوم جودة الخدمة الصحية	162
II-5-3-2. مبادئ وعناصر جودة الخدمات الصحية	165
II-5-4. المطلب الثالث: أساليب تقييم جودة الخدمات الصحية وقياسها	167
II-5-4-1. تقييم الأداء بالمؤسسات الصحية	167
II-5-4-2. أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية	168
II-5-4-3. مراحل تقييم الأداء في المؤسسات الصحية	168
II-5-4-4. مؤشرات تقيم الأداء في المؤسسات الصحية	169
II-5-4-5. قياس الجودة بالمؤسسات الصحية	169
II-5-4-6. النهج الكلاسيكي لقياس الجودة	170
II-5-4-7. النهج الحديث لقياس الجودة	170
II-5-4-8. العناصر المؤثرة في جودة الخدمات الصحية	171
II-5-4-9. أبعاد تقييم جودة الخدمة الصحية	171
II-5-5. المطلب الرابع: أهداف تطبيق معايير الجودة ومبادئها داخل المنظومة الصحية	172
II-5-5-1. أهداف تطبيق مبادئ الجودة في النظام الصحي	173
II-5-5-2. معايير إدارة الجودة في الرعاية الصحية	174
II-5-6. المطلب الخامس: نظام الجودة الشاملة في المنظومة الصحية	176

II-5-6-1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة	176
II-5-6-2. التطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة	176
II-5-6-3. أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة	177
II-5-6-4. القيم والمبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة	177
II-5-6-5. مجالات تطبيق إدارة الجودة في المنظمات الصحية	178
II-5-7. خاتمة المبحث الرابع	179
II-6. المبحث الخامس الدراسات السابقة	**182**
II-6-1. مقدمة المبحث الخامس	182
II-6-2. المطلب الأول: المفاهيم الأساسية للدراسات السابقة	183
II-6-2-1. مكانة أوراق البحثية لمراجعة الأدبيات السابقة في البحث العلمي	191
II-6-2-2. الفرق بين الأدبيات النظرية والدراسات السابقة	195
II-6-3. المطلب الثاني: أهداف الدراسات السابقة في البحث العلمي	196
II-6-3-1. مصادر الدراسات السابقة	198
II-6-3-2. مشكلة قلة المصادر ووفرتها في البحث العلمي	199
II-6-4. المطلب الثالث: الضوابط المنهجية لاختيار الدراسات السابقة	201
II-6-4-1. تصنيف الدراسات السابقة	204
II-6-4-2. استعراض الدراسات السابقة	207
II-6-4-3. تقييم ونقد الدراسات السابقة	210
II-6-5. المطلب الرابع: تصنيفات الدراسات السابقة حول أثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	214
II-6-5-1. استعراض الدراسات السابقة حول أثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	216
II-6-5-2. الدراسات السابقة الوصفية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	216
II-6-5-3. تحليل الدراسات السابقة الوصفية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	230
II-6-5-4. أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات الوصفية	232
II-6-5-5. الدراسات السابقة الميدانية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	234
II-6-5-6. تحليل الدراسات السابقة الميدانية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	246
II-6-5-7. خصائص الدراسات الميدانية	246
II-6-5-8. الدراسات السابقة القياسية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	249
II-6-5-9. تحليل الدراسات السابقة القياسية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	266
II-6-5-10. تحليل الدراسات القياسية الأجنبية وتقارير المنظمات العالمية	266

.II-6-5-11خصائص الدراسات القياسية المحلية	267
.II-6-5-12أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات القياسية الأجنبية والمحلية	268
.II-6-6خاتمة الفصل الخامس	272
.II-7خاتمة الإطار النظري	**274**
.IIIالفصل الثاني: الجانب التطبيقي للبحث	**276**
.III-1مقدمة الفصل التطبيقي	**277**
.III-1-1المطلب الأول: مقاربة تاريخية للمنظومة الصحية الجزائرية	**278**
.III-1-1-1مقاربة تاريخية للنظام الصحي الجزائري	279
.III-1-1-2الصعوبات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية	280
.III-1-1-3إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية	281
.III-1-2المطلب الثاني: تطور مؤشرات التغطية الصحية الشاملة والتنمية الصحية المستدامة بالجزائر 2000-2021	**282**
.III-1-2-1مؤشرات التغطية الخدمات الصحية الأساسية في الجزائر	284
.III-1-2-2الإنفاق الصحي على الخدمات الصحية المقدمة	285
.III-1-2-3التأمين الصحي كأحد صور الحماية المالية	287
.III-1-2-4السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي	287
.III-1-3المطلب الثالث: واقع التنمية الصحية المستدامة وجودة الخدمات المقدمة (دراسة ميدانية من وجهة نظر الطاقم الطبي والإداري للمؤسسات الصحية)	**290**
.III-1-3-1أداة جمع البيانات	290
.III-1-3-2أدوات تحليل البيانات	291
.III-1-3-3نموذج SERVQUAL لقياس ابعاد جودة الخدمات المقدمة	291
.III-1-3-4مجتمع وعينة الدراسة	291
.III-1-3-5صدق أداة الدراسة وثباتها	292
.III-1-3-6اختبار الفاكرومباخ	292
.III-1-3-7الإحصاءات الوصفية للبيانات الديموغرافية	292
.III-1-3-8توزيع افراد العينة حسب مكان العمل	292
.III-1-3-9توزيع افراد العينة حسب الجنس	293
.III-1-3-10توزيع افراد العينة حسب السن	293
.III-1-3-11توزيع افراد العينة حسب الوظيفة	294
.III-1-3-12توزيع افراد العينة حسب قطاع العمل	294
.III-1-3-13توزيع افراد العينة حسب الخبرة	295

III-1-3-14. تحليل المحور الثاني المتعلق بالتغطية الصحية الشاملة	295
III-1-3-15. العلاقة بين البيانات الديموغرافية والصحة الشاملة	299
III-1-3-16. تقييم جودة الخدمات الصحية	301
III-1-3-17. العلاقة بين البيانات الديموغرافية وتقييم جودة الخدمات المقدمة	307
III-1-4. المطلب الرابع: دراسة قياسية لمعرفة أثر الإنفاق الصحي الحكومي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة	**310**
III-1-5. قياس أثر الانفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة في الجزائر	**310**
III-1-5-1. تعريف المتغيرات	311
III-1-5-2. الإحصاء الوصفي للمتغيرات	311
III-1-5-3. الارتباط الثنائي للمتغيرات	315
III-1-5-4. تحديد النموذج	316
III-1-5-5. تعريف نموذج:ARDL	318
III-1-5-6. خطوات تقدير نموذجARDL	319
III-1-5-7. اختبار جذر الوحدة	319
III-1-5-8. اختيار الفجوات الزمنية	319
III-1-5-9. التقدير	320
III-1-5-10. اختبار الحدود للتكامل المشترك	320
III-1-5-11. نموذج تصحيح الخطأ:(ECM)	320
III-1-5-12. تطبيق النموذج على الدراسة	321
III-1-5-13. فرضيات اختبار الحدود	321
III-1-5-14. كيفية تفسير نتائج اختبار الحدود	321
III-1-5-15. معامل تصحيح الخطأ	323
III-1-5-16. العلاقة على المدى القصير	324
III-1-5-17. العلاقة على المدى الطويل	325
III-1-5-18. اختبار صحة واستقراريه النموذج	326
III-1-6. تحليل مقارن بين الجزائر وبعض دول شمال إفريقيا وآسيا لمعرفة أثر الإنفاق الصحي على التنمية الصحية المستدامة	**329**
III-1-6-1. التعريف بمتغيرات الدراسة	329
III-1-6-2. النموذج المقترح للدراسة	330
III-1-6-3. محددات التنمية الصحية المستدامة في الدول محل الدراسة	330

III-1-6-4. الخصائص الاحصائية للمتغيرات	330
III-1-6-5. اختبار استقرار السلاسل الزمنية	332
III-1-6-6. تطبيق نموذج Panel ARDL	334
III-1-6-7. الكشف عن مشكلة الارتباط الخطي المتعدد	335
III-1-6-8. تحديد فترة الإبطاء المثلى	336
III-1-6-9. ملاءمة النموذج	338
III-1-6-10. العلاقة طويلة الأجل	338
III-1-6-11. العلاقة قصيرة الأجل	339
III-1-6-12. الاختبارات التشخيصية:	340
III-1-7. تفسير النتائج والتحقق من الفرضيات	342
III-1-7-1. اختبار التكامل المشترك	342
III-1-7-2. التقدير باستعمال DOLS	343
III-1-8. تحليل النتائج السابقة	**345**
III-2. خاتمة الجانب التطبيقي	**348**
IV. الخاتمة العامة	**349**
IV-1. الإجابة عن فرضيات الدراسة والنتائج الرئيسية	**351**
IV-2. التحديات الرئيسية	**352**
IV-3. التوصيات المقترحة	**352**
IV-4. حدود الدراسة وآفاق البحث المستقبلي	**354**
V. قائمة المراجع	**355**
V-1. قائمة المراجع والمصادر باللغة العربية	**356**
V-2. قائمة المراجع والمصادر باللغات الأجنبية	**362**
VI. قائمة الملاحق	**374**

قائـــــــــــمة الجداول

العنـــــــــــــوان	الصفحة
الجدول رقم:01 إجمالي الإنفاق على الصحة وآليات تمويل الخدمات الصحية	38
الجدول رقم:02 تطور الدين الخارجي للمدى القصير، المتوسط والبعيد للجزائر	67
الجدول رقم:03 بعض مؤشرات البعد البيئي للتنمية المستدامة في الجزائر	68
الجدول رقم:04 المبادئ الأربعة عشر للإدارة لهنري فايول، الأسس والمفاهيم	98
الجدول رقم:05 دور التخطيط الاستراتيجي في دعم النظم الصحية	109
الجدول رقم:06 أهم الفوارق بين نماذج الرعاية الصحية القديمة والحديثة	119
الجدول رقم:07 أهم مميزات الحوكمة العامة الرشيدة والتسيير الحكومي المعاصر	145
الجدول رقم: 08 الدراسات السابقة ذات التحليل الوصفي لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	217
الجدول رقم: 09 أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات الوصفية	234
الجدول رقم: 10 الدراسات السابقة الميدانية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	235
الجدول رقم: 11 أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات الميدانية	248
الجدول رقم: 12 الدراسات السابقة القياسية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة	249
الجدول رقم: 13 أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات القياسية	167
الجدول رقم:14 يوضح مؤشر التغطية الصحية الشاملة بالجزائر	280
الجدول رقم:15 يوضح تعداد الطاقم الطبي وشبه الطبي بالجزائر	281
الجدول رقم:16 يوضح المنشآت الصحية بالجزائر	282
الجدول رقم:17 يوضح بعض مؤشرات الخدمات الصحية الأساسية في الجزائر	282
الجدول رقم:18 يوضح إجمالي الإنفاق الوطني والإنفاق الحكومي على الصحة حسب الموازنات السنوية بالإضافة إلى اعتمادات التسيير السنوية	284
الجدول رقم:19 يوضح تطور المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية	287
الجدول رقم:20 اختبار الفاكروباخ	290
الجدول رقم:21 توزيع أفراد العينة حسب مكان العمل	290
الجدول رقم:22 توزيع أفراد العينة حسب مكان الجنس	291
الجدول رقم:23 توزيع أفراد العينة حسب السن	291
الجدول رقم:24 توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة	292
الجدول رقم:25 توزيع أفراد العينة حسب قطاع العمل	292
الجدول رقم:26 توزيع أفراد العينة حسب قطاع الخبرة	293

الجدول رقم:27 سعي الجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة	293
الجدول رقم:28 أبرز العوائق التي تحول دون 'تحقيق التغطية الصحية الشاملة	294
الجدول رقم:29 أهم الإجراءات التي تساعد في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر	295
الجدول رقم:30 أهم أبرز الإنجازات التي تم تحقيقها في مجال التنمية الصحية المستدامة في الجزائر	296
الجدول رقم:31 أهم مميزات جهاز الضمان الاجتماعي	296
الجدول رقم:32 الإحصاءات الوصفية لمؤشر التغطية الصحية الشاملة	297
الجدول رقم:33 الدلالة الإحصائية بين البيانات الشخصية ومؤشرات التغطية الصحية الشاملة	298
الجدول رقم:34 تقييم الجودة من حيث الملموسية	300
الجدول رقم:35 تقييم الجودة من حيث بعد الاعتمادية	301
الجدول رقم 36 تقييم الجودة من حيث بعد الاستجابة	302
الجدول رقم: 37 تقييم الجودة من حيث بعد الامان	303
الجدول رقم: 38 تقييم الجودة من حيث بعد التعاطف	304
الجدول رقم:39 الإحصاءات الوصفية لمؤشر تقييم جودة الخدمات الصحية	305
الجدول رقم:40 الدلالة الإحصائية بين البيانات الشخصية ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة	306
الجدول رقم:41 متغيرات الدراسة	309
الجدول رقم 42: الإحصاء الوصفي للمتغيرات	309
الجدول رقم:43 مصفوفة الارتباط	313
الجدول رقم:44 اختبار استقراريه السلاسل الزمنية	316
الجدول رقم:45 عرض نتائج اختبار الحدود:(Bounds Test)	320
الجدول رقم:46 نتائج الأجل القصير ومعامل تصحيح الخطأ	321
الجدول رقم:47 نتائج الاجل الطويل	323
الجدول رقم: 48نتائج اختبارات الفرضيات للنموذج:	324
الجدول:49 التعريف بمتغيرات الدراسة	327
الجدول رقم: 50 بعض الاحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة	329
الجدول رقم: 51 نتائج اختبار استقرار السلاسل المقطعية	331
الجدول رقم:52 نتائج معامل تضخم التباين للمتغيرات المستقلة	333
الجدول رقم: 53 نتائج تقدير نموذج ARDL (3,3,3,3)	335
الجدول رقم: 54 نتائج اختبار استقراريه بواقي النموذج	339
الجدول رقم:55 نتائج اختبار الارتباط الفردي لبواقي النموذج	340
الجدول رقم:56 نتائج اختبار التكامل المشترك kao	340
الجدول رقم:57 نتائج مقارنة أثر محددات التنمية الصحية المستدامة في الدول محل الدراسة	341

قائـــــــــــمة الأشكال

العنـــــــــــوان	الصفحة
الشكل رقم:01 مستويات تقديم الخدمات الصحية	16
الشكل رقم:02 مخطط توضيحي لأهم العناصر الفاعلة في مجال اقتصاديات الصحة	19
الشكل رقم:03 أهم الاختلافات بين الأسواق التنافسية التقليدية وسوق الخدمات الصحية	22
الشكل رقم:04 محددات الطلب على الخدمات الصحية	25
الشكل رقم:05 رسم تخطيطي لمنحنى بياني لمحددات العرض للخدمات الصحية	28
الشكل رقم:06 تحقيق التوازن في سوق الخدمات الصحية حسب مبدأ العرض والطلب	30
الشكل رقم:07 منحنيات بريستون لعامي 1960 و2015	34
الشكل رقم: 08 جوانب التمويل في القطاع الصحي الأساسية	37
الشكل رقم:09 تباين مصادر التمويل بين مختلف البلدان	41
الشكل رقم:10 المنتجات الأساسية للتأمين الصحي حسب تأمينات الأفراد	47
الشكل رقم:11 الاستخدام الفعال للموارد لبلوغ تساوي الفوائد والتكاليف الحدية	54
الشكل رقم:12 مخطط توضيحي للمفاهيم الاساسية لاقتصاديات الخدمات الصحية	60
الشكل رقم:13 مخطط توضيحي لأبعاد التنمية المستدامة	65
الشكل رقم:14 مخطط توضيحي لأهداف التنمية المستدامة	66
الشكل رقم:15 نسبة الالتحاق الإجمالي لمرحلة التعليم الابتدائي للجزائر	69
الشكل رقم:16 معدل نمو إجمالي الناتج المحلي للجزائر	77
الشكل رقم:17 العلاقة بين النمو الإقتصادي والتدهور البيئي (منحنى كوزنتس)	81
الشكل رقم:18 تطور النفقات الصحية حسب مستويات التنمية المستدامة	86
الشكل رقم:19 نسبة تغطية الخدمات الصحية الأساسية لمختلف دول العالم	89
الشكل رقم:20 نسبة السكان الذين تزيد نفقاتهم على الصحة عن 25٪ من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة	90
الشكل رقم21: مخطط توضيحي للعلاقة بين النمو الإقتصادي والتنمية الصحية المستدامة	93
الشكل رقم:22 مخطط توضيحي لمكونات نظام الخدمات الصحية ومستوياته	103
الشكل رقم:23 مخطط توضيحي لدور تحليل SWOT في التخطيط الاستراتيجي الصحي	111
الشكل رقم24: مخطط توضيحي للوظائف الأساسية المسيرة للنظام الصحي	136

الشكل رقم:25 مخطط توضيحي لقدرة تكيف أنواع الحوكمة	143
الشكل رقم:26 مخطط توضيحي للمفاهيم الأساسية للنظم الإدارية الصحية	151
الشكل رقم:27 مخطط توضيحي لمفهوم الجودة من قبل المستهلك والمنتج	157
الشكل رقم:28 مخطط توضيحي لأهداف إدارة الجودة	161
الشكل رقم:29 مخطط توضيحي للمفاهيم الأساسية لجودة الخدمات الصحية	181
الشكل رقم:30 مراحل المراجعة المنهجة للأدبيات السابقة	194
الشكل رقم:31 أهم العناصر المكونة لمفهوم الدراسات السابقة في البحث العلمي	213
الشكل رقم:32 مخطط تصنيف الدراسات السابقة حسب المنهجية المعتمدة في التحليل	216
الشكل رقم: 33 ملخص الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع أثر الإنفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة	269
الشكل رقم:34 التأمين الصحي الاجتماعي 2000-2021	310
الشكل رقم:35 الإنفاق المحلي الخاص على الصحة 2000-2021	310
الشكل رقم:36 الإنفاق الحكومي على الصحة 2000-2021	311
الشكل رقم:37 النمو الاقتصادي 2000-2021	312
الشكل رقم:38 النمو الاقتصادي 2000-2021	312
الشكل رقم:39 اختبار المجموع التراكمي	325
الشكل رقم:40 المجموع التراكمي لمربعات البواقي	325
الشكل رقم:41 النموذج المقترح لدراسة محددات التنمية الصحية المستدامة	328
الشكل رقم: 42 اختيار فترات الإبطاء الملائمة للنموذج	334
الشكل رقم: 43 نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبواقي النموذج المقدر	338
الشكل رقم: 44 ملخص النتائج المتوصل إليها في الجانب التطبيقي للدراسة	345

قائـــــــــــمة الملاحــق

العنـــــــــــوان	الصفحة
الملحق رقم: 01 استـبيان حول جودة التغطية الصحية الشاملة في الجزائر	373
الملحق رقم: 02 الإحصاءات الوصفية لمؤشر التغطية الصحية الشاملة	375
الملحق رقم: 03 اختبار التوزيع الطبيعي لمؤشر التغطية الصحية الشاملة	375
الملحق رقم: 04 الدلالة الإحصائية بين مؤشر الجنس والتغطية الصحية الشاملة	375
الملحق رقم: 05 الدلالة الإحصائية بين مؤشر المهنة والتغطية الصحية الشاملة	376
الملحق رقم: 06 الدلالة الإحصائية بين مؤشر مكان العمل والتغطية الصحية الشاملة	376
الملحق رقم: 07الدلالة الإحصائية بين مؤشر الخبرة والتغطية الصحية الشاملة	377
الملحق رقم: 08 الدلالة الإحصائية بين مؤشر قطاع العمل والتغطية الصحية الشاملة	377
الملحق رقم: 09 الدلالة الإحصائية بين مؤشر السن والتغطية الصحية الشاملة	378
الملحق رقم: 10 الإحصاءات الوصفية لمؤشر تقييم جودة الخدمات المقدمة	378
الملحق رقم: 11اختبار التوزيع الطبيعي لمؤشر جودة الخدمات الصحية المقدمة	378
الملحق رقم: 12 الدلالة الإحصائية بين مؤشر الجنس وجودة الخدمات الصحية المقدمة	379
الملحق رقم: 13 الدلالة الإحصائية بين مؤشر المهنة وجودة الخدمات الصحية المقدمة	379
الملحق رقم: 14 الدلالة الإحصائية بين مؤشر مكان العمل وجودة الخدمات الصحية المقدمة	380
الملحق رقم: 15 الدلالة الإحصائية بين مؤشر الخبرة وجودة الخدمات الصحية المقدمة	380
الملحق رقم: 16 الدلالة الإحصائية بين مؤشر قطاع العمل وجودة الخدمات الصحية المقدمة	381
الملحق رقم: 17 الدلالة الإحصائية بين مؤشر السن وجودة الخدمات الصحية المقدمة	381
الملحق رقم: 18 الفروق الهامشية لمؤشر قطاع العمل عند اعتماد مستوى معنوية 10%	382
الملحق رقم: 19 ملحق اختبار جذر الوحدة بانكسارات هيكلية	382
الملحق رقم: 20 ملحق نموذج تصحيح الخطأ (معاملات العلاقة على المدى القصير)	383
الملحق رقم: 21 معاملات العلاقة على المدى الطويل	383
الملحق رقم: 22 اختبار تجانس التباين	384
الملحق رقم: 23 اختبار الارتباط الذاتي	384
الملحق رقم:24 اختبار التوزيع الطبيعي للأخطاء	384
الملحق رقم: 25 المؤشرات الإحصائية للدول المختارة	385
بيانات مؤشرات قياس أثر الانفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة في الجزائر	387
بيانات مؤشرات التحليل المقارن بين الجزائر وبعض دول شمال إفريقيا	388

قائـــــــــــمة المختصرات

الترميز	العنـــــــــــوان
WHO	منظمة الصحة العالمية
UN	منظمة الأمم المتحدة
WB	البنك الدولي
MSB	المنفعة الاجتماعية الحدية
MSC	التكلفة الاجتماعية الحدية
OECD	منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية
UNDP	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
GDP	الناتج المحلي الإجمالي
GNP	الناتج القومي الإجمالي
EKC	منحنى كوزنتس البيئي
UHC	التغطية الصحية الشاملة
SDGs	التنمية المستدامة
SWOT	نقاط القوة، نقاط الضعف، الفرص، التهديدات
IFC	المؤسسة المالية الدولية
UAB	اتحاد المصارف العربية
NHS	هيئة الخدمات الصحية الوطنية
IOM	معهد الطب الولايات المتحدة الأمريكية
ISO	المنظمة الدولية للمعايير
ESG	نموذج معايير الاستثمار المستدام
PPP	الشراكة بين القطاع العام والخاص
IMF	صندوق النقد الدولي
CNAS	الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء
CASNOS	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء
CEMAC	المجموعة الاقتصادية لدول وسط إفريقيا
SAARC	رابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي
ASEAN	رابطة دول جنوب شرق آسيا
PCA	تحليل المكونات الرئيسية

I. المقدمة العامة

I–1. تمهيد

أضحت الصحة في العصر الحديث أحد أهم المرتكزات الأساسية للتنمية الشاملة والمستدامة، ولم تعد تختزل في بعدها العلاجي الضيق، بل أصبحت مفهوما متعدد الأبعاد يتقاطع فيه البعد الاقتصادي والاجتماعي والمؤسساتي، ويرتبط ارتباطا وثيقا بمستوى رفاهية الأفراد وقدرة الدول على تحقيق التنمية المستدامة، حيث أسهمت التحولات الاقتصادية والديمغرافية والتكنولوجية المتسارعة، إلى جانب التحديات الصحية العالمية في التركيز على القطاع الصحي واعتباره قطاعا استراتيجيا، لا يقل أهمية عن القطاعات الإنتاجية ، لما له من تأثير مباشر على رأس المال البشري والإنتاجية.

في هذا السياق يحتل الإنفاق على الرعاية الصحية مكانة محورية ضمن السياسات التي تنتهجها الدول، باعتباره الأداة الرئيسية لترجمة الأهداف الصحية إلى برامج واقعية قابلة للتنفيذ، فالقدرة على تمويل الخدمات الصحية بشكل مستدام تعتبر شرطا أساسيا لضمان التغطية الصحية الشاملة، وتحسين جودة الخدمات، وتقليص الفوارق الصحية بين الفئات الاجتماعية والمناطق الجغرافية، غير أن فعالية هذا الإنفاق لا تتوقف على حجمه فقط، بل ترتبط كذلك بكيفية توزيعه بين القطاعين العام والخاص، وبمستوى كفاءة إدارته، ومدى توجيهه نحو تحقيق أهداف التنمية الصحية المستدامة.

تطرقت منظمة الصحة العالمية سنة 2024 لمفهوم الإنفاق العام على الرعاية الصحية بأنه مجموع النفقات الصحية الممولة من الأموال العامة، والتي تشمل الإنفاق الحكومي على المستويات المركزية والإقليمية والمحلية، إضافة إلى نفقات برامج الضمان الاجتماعي، كما يشمل هذا الإنفاق تكوين رأس المال الصحي العام، من خلال الاستثمارات الممولة من القطاع العام في البنية التحتية الصحية، مثل المستشفيات، والمراكز الصحية، والتجهيزات الطبية، فضلا عن التحويلات الرأسمالية الموجهة إلى القطاع الخاص لبناء المنشآت الصحية أو اقتناء المعدات الطبية، وهو ما يعكس الدور المركزي للإنفاق العام في ضمان الحق في الصحة وتحقيق العدالة الاجتماعية.

في المقابل يشير الإنفاق الصحي في القطاع الخاص حسب منظمة الأمم المتحدة سنة، إلى الجزء الممول من قبل الفاعلين الخواص للإنفاق على الوقاية والصحة العامة، ويشمل الرعاية الصحية المهنية المقدمة في المؤسسات الخاصة، إضافة إلى خدمات الوقاية والصحة العامة التي تقدمها الجمعيات الخيرية والمنظمات غير الحكومية والمنظمات التطوعية، ويعد هذا

النوع من الإنفاق مكملا للإنفاق العام، خاصة في النظم الصحية المختلطة، حيث يساهم في توسيع عرض الخدمات الصحية، وتحسين مستوى التنافسية، وتخفيف الضغط على القطاع العمومي.

في جانب أخر أكدت تقارير البنك الدولي أن التنمية الصحية المستدامة تمثل رافعة أساسية للنمو الاقتصادي والتنمية الشاملة، حيث تساهم الصحة الجيدة في رفع إنتاجية العمل، وتحسين القدرات المعرفية، مما ينعكس إيجابا على الأداء الاقتصادي العام، كما أن تحسن المؤشرات الصحية مثل متوسط العمر المتوقع وانخفاض معدلات الوفيات، يعد مؤشرا على نجاح السياسات المسطرة وقدرة الدولة على الاستثمار الفعال في رأس المال البشري.

بالمقابل، فإن النمو الاقتصادي يتيح موارد إضافية لتمويل القطاع الصحي، وهو ما يعكس طبيعة العلاقة التبادلية بين الصحة والتنمية، وقد حظي موضوع العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة باهتمام متزايد في الأدبيات الاقتصادية، حيث تناولته دراسات عديدة باستخدام مناهج تحليلية مختلفة.

حيث ركزت الدراسات الوصفية على تحليل تطور الإنفاق الصحي ومؤشرات الصحة العامة، بينما سعت الدراسات الميدانية إلى تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مقدميها ومستفاديها، في حين اعتمدت الدراسات القياسية على نماذج إحصائية واقتصادية متقدمة لقياس أثر الإنفاق الصحي العام والخاص على مؤشرات التنمية الصحية المستدامة، وقد أفضى هذا التعدد المنهجي إلى نتائج متباينة، عكست اختلاف السياسات الاقتصادية والمؤسساتية، وتفاوت كفاءة النظم الصحية، وتنوع مصادر التمويل.

وعلى الرغم من القيمة العلمية لهذه الدراسات، إلا أنها كشفت في المقابل عن عدد من الثغرات البحثية من أبرزها اعتماد كثير منها على مقاربة أحادية البعد، أو التركيز على جانب واحد من الإنفاق الصحي دون الربط بينه وبين جودة الخدمات والتغطية الصحية الشاملة، إضافة إلى ندرة الدراسات التي تجمع بين التحليل الوصفي والميداني والقياسي في إطار تكاملي واحد، خاصة في السياق المحلي.

في الجزائر يعد القطاع الصحي من القطاعات الحيوية التي حظيت باهتمام الدولة منذ الاستقلال، حيث تبنت الجزائر نموذجا قائما على مجانية العلاج وتعميم الرعاية الصحية، مع توسع مستمر في البنية التحتية الصحية، وخلال فترة الدراسة

(2000–2021)، عرف الإنفاق الصحي الحكومي تطورا ملحوظا، وتزايد الطلب على الخدمات الصحية، وارتفاع الكلفة المرتبطة بالتقدم التكنولوجي والتحول الديمغرافي، وفي الوقت ذاته شهد القطاع الصحي الخاص توسعا تدريجيا، غير أن هذه التطورات لم يقابلها دائما تحسن مماثل في مؤشرات التنمية الصحية المستدامة، إذ لا تزال الجزائر تواجه تحديات تتعلق بجودة الخدمات الصحية، وكفاءة إدارة الموارد، واستدامة التمويل، وتفاوت مستوى الخدمات بين المناطق، فضلا عن الضغوط المتزايدة المرتبطة بالنمو السكاني، وهذا ما يطرح تساؤلات عديدة حول مدى فعالية الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق أهداف التنمية الصحية المستدامة، وحول طبيعة العلاقة بين حجم الإنفاق وجودة الخدمات ومخرجات النظام الصحي، انطلاقا من هذه المعطيات تتمحور إشكالية الدراسة حول التساؤل الرئيسي التالي:

ما هو أثر الدعم للقطاع الصحي الحكومي والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر خلال الفترة 2000–2021؟

وتنبثق عن هذه الإشكالية مجموعة من الأسئلة الفرعية، تتمثل في:

- ما هو واقع التنمية الصحية المستدامة في الجزائر في ظل تطور الإنفاق الصحي العام والخاص؟
- ما هو واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاعين العام والخاص من وجهة نظر مقدمي الخدمات الصحية؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الصحي العام والخاص ومؤشرات التنمية الصحية المستدامة في الجزائر؟
- إلى أي مدى يتقاطع واقع التنمية الصحية المستدامة في الجزائر مع تجارب بعض دول شمال إفريقيا وآسيا؟

وللإجابة عن هذه التساؤلات، اعتمدت الدراسة مجموعة من الفرضيات مفادها:

- وجود تطور إيجابي متوسط في مستوى التنمية الصحية المستدامة في الجزائر.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الخصائص الديمغرافية لمقدمي الخدمات الصحية ومؤشرات التغطية الصحية الشاملة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الخصائص الديمغرافية لمقدمي الخدمات الصحية ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة.

- عدم وجود تأثير متبادل بين الإنفاق الصحي العام والخاص ومؤشرات التنمية الصحية المستدامة في الجزائر على المدى القصير والطويل.

ولاختبار هذه الفرضيات، اعتمدت الدراسة مقاربة منهجية تكاملية تجمع بين التحليل الوصفي لمؤشرات التنمية الصحية، والتحليل الميداني القائم على تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مقدميها، والتحليل القياسي الكمي المقارن لقياس أثر الإنفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة في الجزائر ومقارنتها ببعض الدول المختارة، ويهدف هذا البناء المنهجي إلى تقديم قراءة شاملة وعميقة لموضوع الدراسة، بما يساهم في فهم واقع التنمية الصحية المستدامة بالجزائر.

I-2. دوافع اختيار موضوع الدراسة

يحظى القطاع الصحي باهتمام متزايد في التحليل الاقتصادي المعاصر، نظرا لارتباطه الوثيق بمستوى رفاهية الأفراد، وجودة رأس المال البشري، وقدرته على الإسهام في تحقيق النمو الاقتصادي المستدام، وقد جاء اختيار موضوع هذه الدراسة انطلاقا من مجموعة من الدوافع العلمية والعملية التي يمكن ذكرها فيما يلي:

❖ أهمية موضوع الصحة العامة في الاقتصاد وعلاقته المباشرة بالنمو الاقتصادي

إن دراسة الإنفاق الصحي وتحليله سواء العمومي أو الخاص، تكتسي أهمية خاصة باعتباره أحد أهم الأدوات التي تعتمدها الدول لتحسين المؤشرات الصحية وتحقيق التنمية الصحية المستدامة، لا سيما في الدول النامية التي تواجه تحديات مزدوجة تتعلق بمحدودية الموارد وضغط الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

❖ تسليط الضوء على واقع الصحة في الجزائر خلال الأزمات (جائحة كورونا نموذجا)

كشفت جائحة كوفيد-19 عن هشاشة الأنظمة الصحية في العديد من دول العالم، بما في ذلك الدول ذات الموارد المالية الكبيرة، وأبرزت في الوقت ذاته أهمية الجاهزية الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي وفي حالة الجزائر، شكلت الجائحة اختبارا حقيقيا لقدرة المنظومة الصحية على الصمود والاستجابة في ظل ضغط استثنائي على الهياكل الصحية والموارد البشرية

ومن هنا، تبرز الحاجة إلى تحليل واقع الصحة في الجزائر خلال فترات الأزمات، وتقييم مدى فعالية الإنفاق الصحي في تحسين النظام الصحي وضمان استمرارية تقديم الخدمات

❖ **محاولة الفهم الجيد لطبيعة العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة في الجزائر**

رغم الارتفاع النسبي في مستويات الإنفاق الصحي في الجزائر خلال السنوات الأخيرة، إلا أن التحسن في بعض المؤشرات الصحية لم يكن دائما بالمستوى المتوقع ويطرح هذا الوضع تساؤلات جوهرية حول طبيعة العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة، ومدى كفاءة توجيه الموارد المالية، وأثر العوامل الاقتصادية والمؤسساتية المصاحبة وعليه، تسعى هذه الدراسة إلى تقديم تحليل معمق لهذه العلاقة، من خلال الجمع بين التحليل الوصفي والقياسي والميداني، بما يسمح بفهم أبعادها المختلفة، والكشف عن الاختلالات المحتملة التي تحد من فعالية الإنفاق الصحي في تحقيق أهداف التنمية الصحية المستدامة.

❖ **الزيادة الملحوظة للإنفاق الصحي خلال فترة الدراسة**

شهدت الجزائر، خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2021، زيادة معتبرة في حجم الإنفاق الصحي، سواء من حيث الغلاف المالي المخصص أو كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، غير أن هذه الزيادة تزامنت مع تحديات متعددة، منها النمو السكاني، وارتفاع الطلب على الخدمات الصحية، وقد شكلت هذه التحولات دافعا إضافيا لاختيار موضوع الدراسة، بهدف تقييم ما إذا كانت الزيادة في الإنفاق الصحي قد ترجمت فعليا إلى تحسين مستدام في المؤشرات الصحية، أم أنها ظلت محكومة بعوامل أخرى تحد من أثرها الإيجابي.

I–3. المنهجية المستخدمة في الدراسة

انطلاقا من الطبيعة المركبة لموضوع البحث، اعتمدت هذه الدراسة على منهجية متعددة الأبعاد، تقوم على الدمج بين عدة مناهج تحليلية، وذلك من أجل الإحاطة الشاملة بالإشكالية محل الدراسة وتحقيق قدر أكبر من الدقة والموضوعية في النتائج المتوصل إليها.

❖ **المنهج الإحصائي الوصفي**

تم الاعتماد على المنهج الوصفي الإحصائي لتحليل تطور مؤشرات الإنفاق الصحي والمؤشرات الصحية في الجزائر، من خلال استخدام البيانات الرسمية الصادرة عن الهيئات الوطنية والدولية، خلال فترة الدراسة.

❖ **الدراسة الميدانية**

اعتمدت الدراسة الميدانية على أداة الاستبيان، الموجهة إلى عينة من العاملين في القطاع الصحي في ولايتي النعامة وتلمسان، وذلك بغرض الوقوف على واقع الخدمات الصحية وجودتها، وتقييم أثر الإنفاق الصحي من منظور ميداني يعكس آراء الفعلية للطاقم الطبي والإداري.

❖ **المنهج القياسي والتحليل المقارن**

تم توظيف أدوات التحليل القياسي لاختبار طبيعة العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة، من خلال نماذج مناسبة للسلاسل الزمنية وبيانات البانل، بما يسمح باستخلاص علاقات قصيرة وطويلة الأجل، وتحديد اتجاه وقوة التأثير بين المتغيرات. واستخدم المنهج المقارن لمقارنة حالة الجزائر مع بعض الدول العربية ودول شمال إفريقيا، قصد تقييم موقع الجزائر نسبيا، واستخلاص الدروس المستفادة من التجارب المقارنة.

I–4. حدود الدراسة

❖ **الحدود المكانية**

- شملت الدراسة الوصفية والتحليل القياسي الجزائر ككل.
- اقتصرت الدراسة الميدانية على ولايتي النعامة وتلمسان، باعتبارهما نموذجين يعكسان تفاوتا جغرافيا وتنمويا.
- التحليل المقارن، فقد شمل مجموعة من الدول العربية ودول شمال إفريقيا.

❖ **الحدود الزمنية**

- شملت الدراسة الوصفية والقياسية الفترة 2000–2021.

- امتدت الدراسة الميدانية على فترة تقارب خمسة أشهر، من جانفي إلى ماي 2025.

I–5. صعوبات الدراسة

واجهت هذه الدراسة جملة من الصعوبات، أبرزها:

- قلة الدراسات ذات التحليل الشامل التي تجمع بين الجوانب النظرية والقياسية والميدانية في السياق الجزائري.
- تباين نتائج الدراسات السابقة نتيجة اختلاف المناهج والأدوات المستعملة.

I–6. تقسيم البحث

من أجل تحقيق أهداف الدراسة والإحاطة بمختلف جوانب الإشكالية، تم تقسيم البحث إلى فصلين أساسيين:

- خصص الفصل الأول للإطار النظري وتحليل الدراسات السابقة.
- تناول الفصل الثاني الجانب التطبيقي، من خلال الجمع بين التحليل الوصفي والقياسي والميداني.
- واختتمت الدراسة بخاتمة عامة تضمنت أهم النتائج والتوصيات، وأجابت على فرضيات البحث.

II. الفصل الأول: الأدبيات النظرية وتحليل الدراسات السابقة

II–1. مقدمة الفصل

يعتبر توفير الخدمات الصحية الأساسية من أهم الأهداف التي تسعى لتحقيقها مختلف اقتصاديات العالم، ويترتب على ذلك ضرورة تنظيم وتقديم هذه الخدمات وفق معايير محددة تتماشى مع الوضع الاقتصادي السائد، وتهدف هذه المعايير إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة وضمان التوزيع العادل للموارد الصحية المتاحة، في هذا السياق تتداخل العديد من المفاهيم الاقتصادية والصحية التي تلعب دورا حيويا في النهوض بالقطاع الصحي، من بينها مفاهيم متعلقة بالاقتصاد الصحي، النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة، إدارة الخدمات الصحية، وتحقيق جودة الخدمات الصحية، هذه العناصر وغيرها، تساهم في كيفية تحسين من فعالية النظام الصحي وضمان استدامته.

ويشار لاقتصاديات الخدمات الصحية على أنها الكيفية المثلى لتخصيص وإدارة الموارد الصحية بطرق فعالة تضمن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية لجميع فئات المجتمع، و يشمل هذا التحليل دراسة العوامل الاقتصادية التي تؤثر على العرض والطلب في القطاع الصحي كالتكاليف المرتبطة بالخدمات الصحية والتمويل الصحي، بما في ذلك التأمينات الصحية الخاصة والعامة وتبرز التحديات الاقتصادية الأساسية في هذا المجال في تخصيص الموارد المالية للقطاع الصحي، بدءا من زيادة الإنفاق على البنية التحتية ووصولا إلى تحسين مستوى التعليم الصحي والتدريب الطواقم الطبية والإدارية ، مما يتطلب وضع سياسات اقتصادية وصحية توازن بين توفير الخدمات الصحية للأفراد وبين استدامة النظام الصحي على المستوى الكلي من جهة، من جهة أخرى يعد النمو الاقتصادي عنصرا مهما لتحقيق التنمية الصحية المستدامة حيث يعتبر النمو الاقتصادي أداة مهمة تساهم في تحسين مستوى الخدمات الصحية، بشكل عام يساهم النمو الاقتصادي في تعزيز قدرة الحكومات على تمويل النظام الصحي من خلال زيادة المخصصات المالية العامة التي تستخدم في تحسين البنية التحتية الصحية وزيادة الاستثمار في المجال الصحي، وتساهم التنمية الصحية المستدامة في تحقيق مستويات مقبولة في نوعية الحياة عبر سياسات صحية التي ترتكز على الوقاية من الأمراض.

تكمن أهمية دمج الصحة في السياسات التنموية لدورها المهم في التعزيز من إنتاجية الأفراد ومساهمتهم في تطور الاقتصاد المحلي لذا تعتبر الصحة عاملا مهما في تعزيز النمو الاقتصادي المستدام، حيث يعتبر الفرد الذي يتمتع بصحة جيدة أكثر قدرة على العمل والإنتاج مما ينعكس إيجابيا على الوضع الاقتصادي.

تمثل إدارة الخدمات الصحية اللبنة الأساسية لتحقيق فعالية وكفاءة النظام الصحي، حيث تعمل إدارة الخدمات الصحية على تنظيم وتوجيه العمليات التي تساهم في تقديم الرعاية الصحية ذات جودة مقبولة، بدءا من التخطيط الاستراتيجي وصولا إلى التنفيذ والتقييم النهائي في هذا السياق، حيث يلعب التخطيط السليم على المدى الطويل دورا مهما في إرساء السياسات الصحية الفعالة التي ترتكز على البحوث الميدانية والدراسات الحديثة.

كما تهدف إدارة الخدمات الصحية إلى تدريب الأطقم الطبية والإدارية، والسعي لضمان توجيه الموارد المالية المتاحة نحو المجالات الأكثر احتياجا فالإدارة الجيدة للقطاع الصحي تساهم في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية ذات جودة مقبولة، حيث تعتبر جودة الخدمات الصحية وتقييمها المستمر أحد الركائز الأساسية التي تميز قدرة النظام الصحي الفعال، ويعد موضوع تحسين الجودة في النظام الصحي من الأهداف الأساسية لضمان تقديم خدمات صحية في المستوى المطلوب.

وهذا ما يسعى إليه النظام الصحي في الجزائر حيث تميز بسلسلة من الإصلاحات والتحديات التي ساهمت في الرفع من مستوى الخدمات الصحية، خصوصا مع التحديات المتمثلة في تزايد الطلب على الخدمات الصحية بسبب النمو السكاني، إضافة إلى ضعف التوزيع العادل للموارد الصحية في المناطق الداخلية، هذا ما دفع الحكومة الجزائرية بالاهتمام بالقطاع الصحي، من خلال انتهاج سياسات إصلاحية تهدف إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية لتعزيز البنية التحتية الصحية والتركيز على تحسين الرعاية الصحية الأولية والتوسع في برامج التطعيم والوقاية، إلا أن هناك بعض التحديات المتمثلة في إشكالية توفير التمويل الكافي وتسييره على أفضل شكل ممكن ولذلك تواصل الحكومة الجزائرية العمل على إصلاح النظام الصحي من خلال استراتيجيات تركز على تحقيق العدالة الصحية وتحسين الجودة، نهدف في هذا الجانب إلى استعراض المفاهيم الأساسية لاقتصاديات الخدمات الصحية، النمو الاقتصادي وعلاقته بالتنمية الصحية المستدامة، إدارة الخدمات الصحية وكيفية تحقيق الجودة في مجال الرعاية الصحية.

II-2. المبحث الأول: مفاهيم عامة حول اقتصاديات الخدمات الصحية

II-2-1. مقدمة المبحث الأول

يمثل قطاع الخدمات الصحية أساسا مهما في بناء المجتمعات وتطويرها، حيث يرتبط بشكل مباشر بصحة الأفراد ومردوديتهم الإنتاجية، ومع تزايد النفقات المالية والتحديات التنظيمية للقطاع الصحي، برزت الحاجة إلى تطبيق المفاهيم والسياسات الاقتصادية لفهم كيفية التخصيص الأمثل للموارد المحدودة المتاحة لتوفير الخدمات الصحية وبجودة مقبولة.

يقوم مجال اقتصاديات الخدمات الصحية متعدد التخصصات بالجمع بين مبادئ الاقتصاد وعلوم الصحة العامة بهدف تحليل تكاليف الرعاية الصحية ووضع السياسات التي تضمن العدالة والاستدامة، و يتضمن موضوع اقتصاديات الخدمات الصحية القضايا حيوية المؤثرة في القطاع الصحي مثل التمويل الصحي، وآليات التأمين، وتوازن العرض والطلب على الخدمات الصحية، بالإضافة إلى قياس العوائد المنتظرة للاستثمار في الصحة، كما يدرس هذا المجال دور القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية، وتأثير العوامل الديموغرافية والتكنولوجية على النفقات الصحية، ويكتسي موضوع اقتصاديات الصحة أهمية بالغة في ظل محدودية الموارد المالية المتاحة وارتفاع التكاليف، ويسمح لصناع القرار بخلق السياسات التي تعزز من الجودة وتضمن الشمولية والعدالة في التوزيع، من خلال هذا المبحث سنحاول إبراز أهم النقاط التي تخص موضوع اقتصاديات الصحة وطرق تمويلها.

II-2-2. المطلب الأول: مفاهيم حول ماهية الخدمات الصحية

تم التطرق لمفهوم الصحة العامة من قبل العالم **winslow** [1] سنة 1920 بأنها علم وفن الوقاية من الأمراض، وإطالة العمر، وتعزيز الصحة والكفاءة من خلال جهود المنظمات الصحية (العامة والخاصة) والأفراد، وتتلخص الأدوار الرئيسية للصحة العامة في تحديد القضايا والأولويات الصحية من خلال تقييم ومراقبة حالة الفئات والمجتمعات المعرضة للخطر، ووضع سياسات عامة لتحقيق الأهداف الصحية الإقليمية والوطنية بالشراكة مع الشريك الاجتماعي والحكومة، لضمان

1 **charles-edward amory winslow** (4 فبراير 1877 -8 يناير 1957) عالم بكتيريا أمريكي وخبير العامة، وكان وفقا لموسوعة الصحة العامة، شخصية محورية في مجال الصحة العامة. (the free encyclopedia, 2025)

حصول جميع السكان على الخدمات الصحية والوقائية من الأمراض وبأسعار معقولة، بالإضافة إلى المراقبة المستمرة والسعي إلى تحسين الخدمات الصحية (Syed , 2024).

حسب دستور منظمة الصحة العالمية المنبثق سنة 1948 بنيويورك، والذي صادقت عليه ما يقارب 61 دولة (World Health Organization, 2025)، فإن مفهوم الصحة العامة تضمن النقاط التالية:

- ❖ الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.
- ❖ التمتع بأعلى مستوى من الصحة هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العرق أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.
- ❖ صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون بين الأفراد والدول.
- ❖ من الأهداف الأساسية التي تسعى أي دولة لتحقيقها هو تحسين الصحة وضمان توفيرها للجميع.
- ❖ تفاوت التنمية الصحية ومكافحة الأمراض، يشكل خطر على الصحة العامة.
- ❖ التأكيد على صحة الطفل والأم والقدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة.
- ❖ إتاحة البحث العلمي في العلوم الطبية والنفسية وما يتصل بها من معارف لجميع الشعوب أمر جوهري لبلوغ أعلى المستويات الصحية.
- ❖ تحسيس الرأي العام والتعاون الإيجابي بين أفراد المجتمع لهما أهمية قصوى في تحسين الصحة العامة.
- ❖ الحكومات مسؤولة عن توفير الصحة لشعوبها، وذلك بإتباع التدابير الصحية والاجتماعية الكافية.

-تلعب الصحة العامة دورا هاما في الوقاية من الأمراض المتنقلة في كل من الدول النامية والدول المتقدمة، من خلال النظم الصحية المحلية والمنظمات الدولية غير الحكومية ويظهر ذلك جليا من خلال إدراك معظم الحكومات أهمية برامج الصحة العامة في الحد من انتشار الأمراض والإعاقة وآثار الشيخوخة، وعلى الرغم من ذلك مازالت الصحة العامة تتلقى تمويلا حكوميا متوسطا. (Penka D & Mariana , 2011, p. 205)

مما سبق يظهر أن الصحة العامة هي جهود منظمة تهدف للوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة من خلال تعاون الحكومات والمجتمع، وينحصر مفهومها الأساسي في ضمان السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية لجميع الأفراد دون التمييز بينهم، ورغم التحديات المالية التي تواجهها والمتمثلة في ضعف التمويل، تبقى الصحة العامة أداة حيوية للحد من انتشار الأمراض وتحسين جودة الحياة، مما يجعلها الركيزة الأساسية لتنمية المجتمعات.

II-2-2-1. مفهوم الخدمة الصحية

تشمل الخدمات الصحية كافة الخدمات التي تعنى بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها وهي تشمل كل الخدمات الصحية المرتكزة على السكان المقدمة في المؤسسات الاستشفائية، وقدرة النظم الصحية على توفير رعاية شاملة وعادلة وعالية الجودة، (منظمة الصحة العالمية، 2016، الصفحات 01-02) يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى جانبين رئيسيين حسب طبيعة أنواع الخدمات المقدمة وطبيعة ملكيتها وإدارتها، من حيث أنواع الخدمات تتنوع بين خدمات صحية مجتمعية تقدم لعموم السكان، وخدمات المستشفيات المتخصصة تستهدف حالات الأمراض المستعصية، أما فيما يتعلق بطبيعة الملكية فإن مقدمي الخدمات الصحية قد ينتمون إلى القطاع العام أو الخاص، ومع تزايد الاتجاه مؤخرا نحو نموذج الشراكة بين القطاعين تهدف هذه الشراكة إلى الجمع بين كفاءة القطاع الخاص وجودة خدماته من ناحية، والتزام القطاع العام بمبادئ الإنصاف وضبط التكاليف من ناحية أخرى، وتهدف النظم الصحية بشكل عام إلى تحقيق التوازن بين الكفاءة والجودة والعدالة التوزيع. (Wang, 2008, pp. 803-805)

تمثل الخدمات الصحية الأولية الخطوط الأمامية للنظام الصحي، حيث يقدم الأطباء العامون والممرضون وغيرهم من العاملين في هذا المجال خدمات تشمل تشخيص وعلاج الأمراض الحادة والمزمنة وتعزيز الصحة والتحسيس بأهمية الصحة، كما تلعب الأطقم الطبية دورا محوريا كبوابة للخدمات التخصصية الأكثر تقدما ضمن النظام الصحي ويمكن تصنيف الرعاية والخدمات الصحية إلى ثلاث مستويات رئيسية حسب الوقاية:

- **الوقاية الأولية**: وتشمل جميع الإجراءات التي تهدف إلى منع حدوث الأمراض من الأساس، مثل التطعيمات والفحوصات الدورية والتوعية الصحية.

❖ **الوقاية الثانوية:** تركز على الكشف المبكر عن الأمراض وعلاجها فور تشخيصها، وغالبا ما تتطلب تدخلات سريعة وقصيرة المدى، مثل علاج الإصابات أو الأمراض المفاجئة في المستشفيات أو العيادات.

❖ **الوقاية الثالثية:** وتتضمن تقديم رعاية متقدمة ومعقدة للأمراض المزمنة أو الحالات الحرجة، وتعتمد هذه الخدمات بشكل أساسي على التكنولوجيا الطبية المتطورة والاختصاصيين في مجالات مثل الأورام وأمراض القلب والجراحة.

يتطلب تكوين نظام صحي فعال، تكاملا بين مستويات الخدمات مع ضمان التنسيق بين مقدمي الخدمات لتحسين النتائج الصحية وضمان استمراريتها والوفاء بها. (Denise S & Daniel , 2020, pp. 339-340)

مما سبق يتبين أن النظام الصحي الفعال يعمل كسلسلة متكاملة تبدأ بتقديم الخدمات الصحية الأولية التي تشمل التشخيص الأساسي وعلاج الأمراض البسيطة مع تقديم برامج التوعية والتثقيف الصحي، ثم يتدرج النظام صعودا نحو مستويات خدماتية أكثر تخصصا، حيث يعتمد على ثلاث طبقات وقائية رئيسية تبدأ بالوقاية الأولية التي تهدف لمنع حدوث الأمراض من الأساس عبر التطعيمات والفحوص الدورية، تليها الوقاية الثانوية التي تركز على الكشف المبكر عن الأمراض وعلاجها في مراحلها الأولى، وصولا إلى الوقاية الثالثة التي تتعامل مع الحالات المعقدة والمزمنة باستخدام أحدث التقنيات الطبية والأجهزة المتطورة، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم:01 مستويات تقديم الخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الورقة البحثية comparative Heath systems (Wang, 2008, p. 804)

لضمان كفاءة هذا النظام يجب تحقيق التكامل بين جميع مكوناته عبر تعزيز التعاون بين مختلف مقدمي الخدمات الصحية، واتباع معايير موحدة للجودة، وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية للمريض، هذا النموذج المتكامل يضمن تقديم خدمات صحية شاملة وفعالة تلبي احتياجات جميع أفراد المجتمع.

II-2-3. المطلب الثاني: مفاهيم حول اقتصاد الخدمات الصحية

يسمح موضوع اقتصاديات الصحة بدراسة ممنهجة ودقيقة للمشاكل التي تواجه توفير الصحة العامة من خلال الاعتماد على النظريات الاقتصادية المتعلقة بالمستهلك والمنتج وسلوك الأفراد الاجتماعي.

ويهدف موضوع اقتصاديات الصحة إلى فهم سلوك الأفراد ومقدمي الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص والحكومات في عملية صنع القرار، يستخدم عادة مفهوم اقتصاديات الصحة لتعزيز أنماط الحياة الصحية وتحقيق نتائج صحية إيجابية، يطبق اقتصاديو الصحة نظريات الإنتاج والكفاءة والمنافسة والتنظيم لإرشاد القطاعين العام والخاص بشكل أفضل إلى أكثر سبل العمل كفاءة وفعالية من حيث التكلفة والإنصاف، ويمكن أن تشمل هذه الأبحاث التقييم الاقتصادي

للتقنيات الجديدة، بالإضافة إلى دراسة الأسعار المناسبة، وسياسة مكافحة الاحتكار، والاستثمار الأمثل للقطاعين العام والخاص، والسلوك الاستراتيجي. (johns hopkins university, 2025)

في عام 1963، قدم **كينيث أرو**[2] مساهمة كبيرة في اقتصاديات الصحة من خلال ورقته البحثية الرائدة التي تناولت مفاهيم رئيسية مثل: المخاطر الأخلاقية وعدم تناسق المعلومات والتأثيرات الخارجية، وأكد أرو أن عدم اليقين بشأن الحالة الصحية ونتائج الرعاية الطبية يعد عنصرا محوريا لفهم موضوع الخدمات الصحية، حيث لاحظ أن التعافي من المرض لا يمكن التنبؤ به بقدر ما هو عبارة عن معدل حدوثه، وفي نفس الفترة تقريبا قام مارتن فيلد شتاين بتطبيق منهجيات كمية متقدمة مثل المربعات الصغرى وتحليل المكونات الرئيسية والبرمجة الخطية لدراسة دوال الإنتاج الطبي والجوانب الاقتصادية الأخرى للرعاية الصحية، معتمدا في ذلك على بيانات الخدمة الصحية الوطنية البريطانية.

وبالتوازي مع هذه التطورات، وفي سنة 1962 بدأ نهج بحثي جديد انبثق من مؤتمر المكتب الوطني للبحوث الاقتصادية حول الاستثمار في البشر، والذي تم تعزيزه لاحقا بأطروحة غاري بيكر الرائدة حول رأس المال البشري وهكذا، شكلت هذه الأعمال الأكاديمية مجتمعة الأسس النظرية والتطبيقية التي قام عليها حقل اقتصاديات الصحة الحديث. (Victor R, 1996, pp. 03-04)

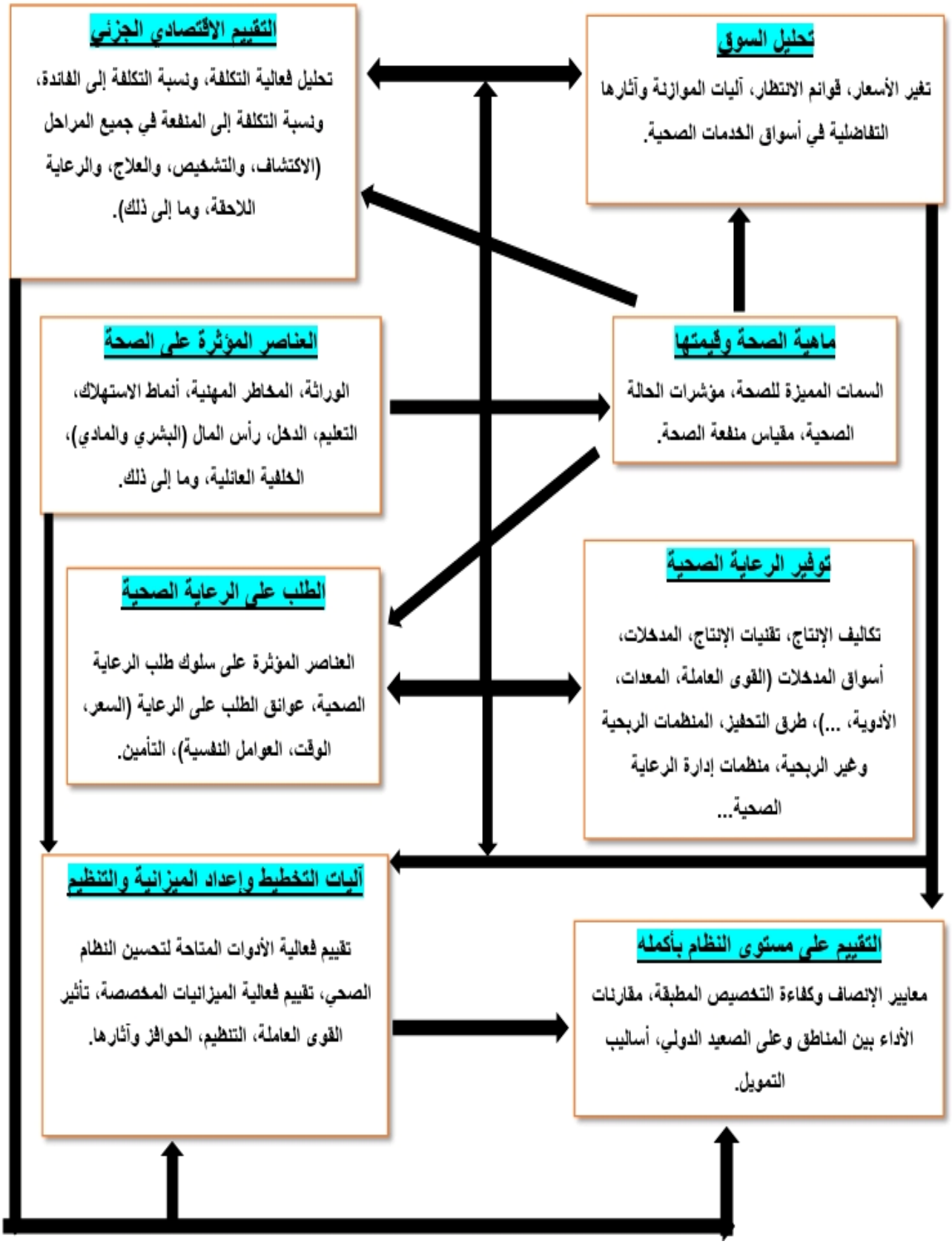
ينظر إلى اقتصاديات الصحة عموما على أنها مجال تطبيقي للاقتصاد تعتمد بشكل أساسي على أربعة مجالات اقتصادية، التمويل والتأمين، التنظيم، العمل، والمالية العامة وتشير المؤشرات النوعية إلى أن اقتصاديات الصحة على مدى العقود الثلاثة الماضية، كان لها تأثير مهم على المجال السياسي مثل أي فرع اقتصادي آخر في هذا المجال، كما ازداد تأثير اقتصاديات الصحة على صناعة القرارات السياسية والاقتصادية بفضل التأثير الذي أحدثه اقتصاديو الصحة من خلال بحوثهم وآرائهم المرتكزة على القواعد الأساسية لعلم الاقتصاد. (anthony j & oseph p, 2000, pp. 02-03)

[2] تهدف هذه الورقة البحثية إلى تحليل الخصائص الأساسية المكونة لسوق الرعاية الطبية من منظور الاقتصاد القياسي، مع التركيز على كيفية تأقلم الأنظمة الاقتصادية مع حالة عدم اليقين السائدة في القطاع الصحي، وتنطلق الدراسة من الفرضية الأساسية التي تنص على أن المشكلات الاقتصادية في الرعاية الصحية تنشأ أساسا من عدم القدرة على التنبؤ الدقيق بمعدلات الإصابة بالأمراض وفعالية العلاج والشفاء. (Kenneth J, 1963, pp. 941-942)

اقتصاديات الصحة هي فرع حديث من فروع الاقتصاد يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح قابلة للتحليل كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت السياسات تزيد أو تخفض الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع الخدمات الصحية. (حمري و البز ، 2021، صفحة 385)

مما سبق يمكن استخلاص أن مجال اقتصاديات الصحة فرع من الفروع الحديثة لعلم الاقتصاد، يستمد أسسه النظرية من مجالات اقتصادية متنوعة أهمها التمويل، التأمين، التنظيم، سوق العمل، والمالية العامة حيث أصبح له تأثير متزايد في صنع السياسات الصحية، ويقوم على تطبيق المبادئ الاقتصادية في تحليل قضايا الصحية ويعمل على توفير أدوات تحليلية لتقييم السياسات الصحية من حيث كفاءتها الاقتصادية وعدالة توزيع الخدمات الصحية المقدمة، وما يميز مجال اقتصاديات الصحة هو تداخل العناصر المكونة له كما جاء في كتاب handbook of health economics والموضح في الشكل التالي:

الشكل رقم:02 مخطط توضيحي لأهم العناصر الفاعلة في مجال اقتصاديات الصحة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على كتاب: **handbook of health economics** (anthony j & oseph p, 2000, p. 04)

II-2-4. المطلب الثالث: التحليل الاقتصادي الجزئي للخدمات الصحية (العرض والطلب على الخدمات الصحية)

كما سبق في الذكر فإن تقديم الرعاية الصحية من الخدمات المهمة التي تلعب دورا أساسيا في تحسين جودة الحياة المجتمعات، ويمثل التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية جانبا مهما في الاقتصاد التطبيقي الحديث، حيث يهدف إلى فهم سلوك الفاعلين الاقتصاديين في السوق الصحي، وتحليل كيفية تخصيص الموارد الصحية المحدودة بطريقة فعالة تلبي احتياجات الطلب المتزايد على هذه الخدمات، حيث يتأثر تقديم الخدمات الصحية بعوامل معقدة مثل الحاجة الملحة، عدم التماثل في المعلومات، وتدخل الحكومات في تنظيم السوق، ومن هنا تبرز أهمية التحليل الاقتصادي لفهم ديناميكيات العرض والطلب على الخدمات الصحية، وتحديد الصعوبات التي تواجه الأنظمة الصحية لخلق التوازن، سواء على مستوى التكلفة، الجودة، أو العدالة في التوزيع.

فمفهوم الطلب على الخدمات الصحية يعكس رغبة وقدرة الأفراد على الحصول على الرعاية الصحية، ويتأثر بعدة عوامل منها مستوى الدخل، نوعية الخدمات المطلوبة، الحالة الصحية للأفراد، والسياسات الصحية العامة المنتهجة من جهة أخرى، يعبر العرض في مجال الرعاية الصحية عن كمية الخدمات الصحية التي يقدمها مقدمو الخدمات الصحية، ويعتمد على الموارد المتاحة مثل الأطقم الطبية، التكنولوجيا الحديثة المستعملة، البنية التحتية، وكفاءة المؤسسات الصحية سواء العامة أو الخاصة.

ويبين التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية تعقيدات القطاع الصحي الذي يجمع بين الأبعاد الإنسانية والمالية، ففهم الجيد لآليات العرض والطلب على الرعاية الصحية يساعد في تصميم سياسات أكثر كفاءة، تضمن تقديم خدمات جيدة في حدود الموازنات العامة والسعي لتحقيق العدالة الاجتماعية، وفي ظل التحديات العالمية مثل الشيخوخة وانتشار الأمراض المزمنة والأوضاع السياسية، يصبح تبني الطرق والسياسات الاقتصادية المحكمة أمرا ضروريا لضمان نظام صحي مستدام يحقق الرفاهية للمجتمعات والافراد.

II-2-4-1. سوق الخدمات الصحية

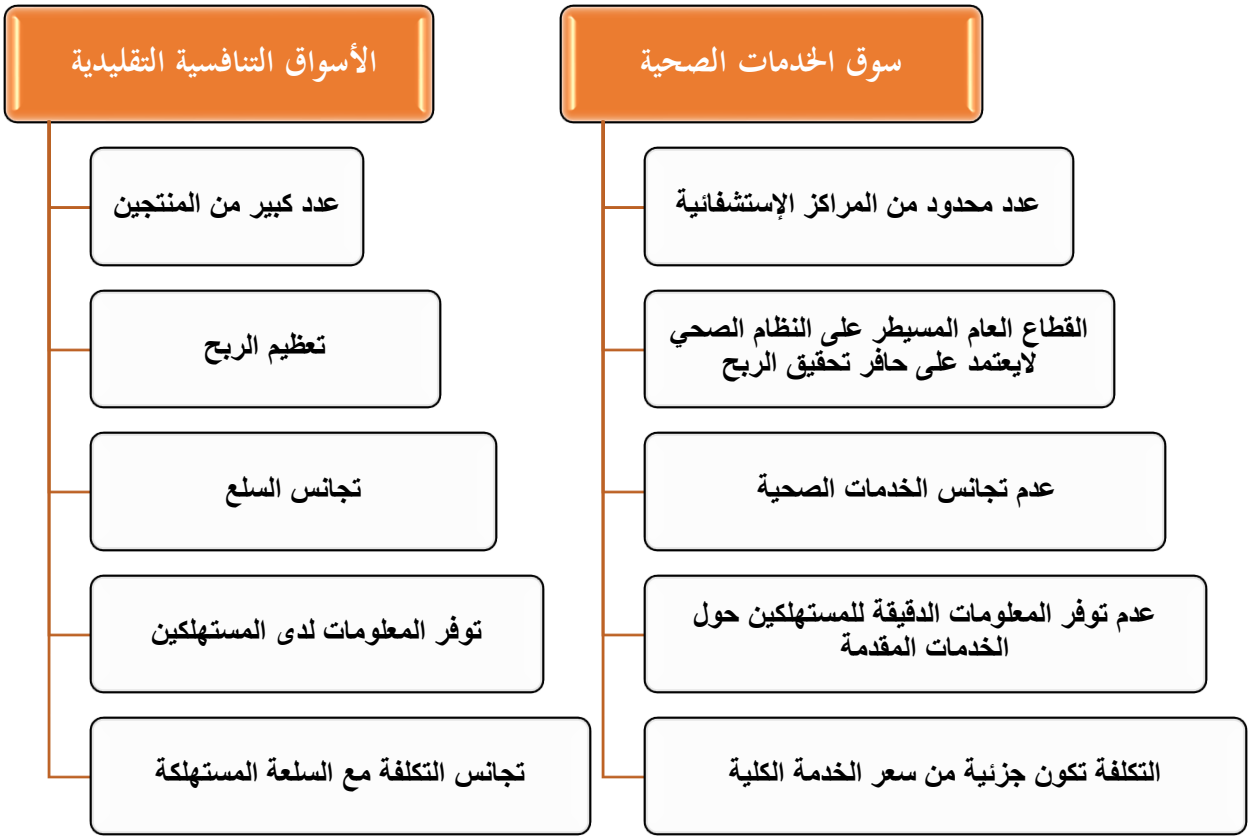
يمكن التعامل مع سوق الخدمات الصحية على أساس التحليل الاقتصادي المتعارف عليه، حيث تتحدد كمية التوازن لخدمات الرعاية الصحية التي يرغب الأفراد في الحصول عليها والتي يلتزم المنتجون بتوفيرها بتقاطع منحنيات الطلب والعرض، في مثل هذا التحليل يتوقع أن تعمل آلية السوق لتحقيق كفاءة تخصيص الموارد في سوق خدمات الرعاية الصحية مثلها في ذلك مثل بقية أسواق السلع والخدمات في الاقتصاد، وتستند مثل هذه الصياغة النمطية للأسواق على عدد من الافتراضات الهامة، التي استخدمت للحصول على منحنيات الطلب والعرض التي تعرف السوق في النظرية الاقتصادية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- ❖ أن المنتجين للخدمات الصحية يسعون لتعظيم فائدتهم دون التأثير على أسعار الخدمات الصحية المقدمة.
- ❖ أن الخدمات الصحية التي يتم عرضها في السوق تتسم بالتجانس بمعنى مطابقة مواصفات بينها.
- ❖ أن المستهلكين يمتلكون المعلومات الكاملة عن أسعار ونوعية وجودة الخدمات الصحية المقدمة.
- ❖ أن المستهلكين يقومون بدفع تكلفة السلعة التي يقومون باستهلاكها بمعنى دفع السعر الذي يحدده السوق.

وتختلف سوق خدمات الصحية عن الأسواق التقليدية في أن معظم هذه الافتراضات لا تتحقق، في جانب الطلب عادة ما تسود حالة عدم المعرفة وغياب المعلومات حول الحالة الصحية للفرد وذلك لاتصاف مثل هذه المعرفة بالخصوصية ولغياب المعلومات أيضا حول تركيبة الأسعار السائدة ومدى تعبيرها عن جودة الخدمة المقدمة، وحول طبيعة العلاج الملائم للحالة المرضية، كذلك تسود حالة من عدم اليقين 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، وفي جانب العرض عادة ما يتم تقديم الخدمات الصحية بصفة محدودة تتسم معظمها بمظاهر الاحتكار، بمعنى إمكانية التحكم في الأسعار سواء كان ذلك في القطاع العام والقطاع الخاص، كذلك ينعدم حافز الربح لدى المستشفيات الحكومية العمومية وانعدام صفة التجانس للخدمات المقدمة، وعادة ما تتلخص هذه الاختلافات بين الأسواق النمطية وسوق الخدمات الصحية في ملاحظة أن الثاني يتصف بعدم كمال المعلومات وعدم كمال التنافس، وفي ظل هذه الخصائص عادة ما تفشل آلية السوق في تحقيق

كفاءة تخصيص الموارد ومن ثم في تعظيم رفاه الفرد، الأمر الذي يستدعي تدخل الحكومات لتنظيم سوق الخدمات الصحية. (الغزالي، 2003، الصفحات 07-08) والشكل الموالي يلخص أهم الاختلافات بين الأسواق التنافسية النمطية وسوق الرعاية الصحية.

الشكل رقم:03 أهم الاختلافات بين الأسواق التنافسية التقليدية وسوق الخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على تقرير تحت عنوان: اقتصاديات الصحة (الغزالي، 2003، صفحة 08)

II-2-4-2. الصعوبات التي تواجه سوق الخدمات الصحية

يتمثل الهدف الرئيسي للتحليل الاقتصادي للخدمات الصحية في كيفية توزيع الموارد المحدودة في القطاع الصحي وعلى عكس الأسواق التقليدية، فإن قطاع الرعاية الصحية لا يعمل بكفاءة في ظل آليات السوق الحرة المعتادة بسبب عدة تحديات جوهرية متمثلة في صعوبة التنبؤ باحتياجات الأفراد للخدمات الصحية، مما يؤدي إلى الاعتماد على أنظمة التأمين الصحي التي تعاني بدورها من مشكلتي "الخطر الأخلاقي" حيث يقل الاهتمام بالوقاية عند وجود تأمين و"الاختيار غير السليم" حيث ينسحب الأكثر احتياجا للرعاية الصحية بسبب ارتفاع التكاليف، كما تظهر مشكلة العوامل الخارجية حيث

تمتد فوائد بعض الخدمات الصحية إلى المجتمع بأكمله وليس لفئة محددة، بالإضافة إلى ذلك يلعب الأطباء دور الوكلاء عن المرضى في اتخاذ القرارات العلاجية، قد يمنح مقدمي الخدمة قدرا من الاحتكار والنفوذ في السوق، هذه الخصائص الفريدة تجعل قطاع الصحة بحاجة إلى تدخل تنظيمي لضمان التوزيع العادل للموارد وحماية المرضى، بدلا من الاعتماد الكلي على آليات السوق الحرة. (Wordsworth, Buchanan, & Towse, 2016, p. 86)

II-2-4-3. الطلب على الخدمات الصحية

يتميز الطلب على الخدمات الصحية بعدم انتظامه وعدم إمكانية توقعه، على عكس الطلب على السلع الأساسية مثل الغذاء والملابس، والذي يكون عادة ثابتا وقابلا للتوقع، حيث لا يلجأ إلى الطلب للخدمات الطبية إلا في حالات المرض، كما أن الطلب على الرعاية الطبية يرتبط ارتباطا وثيقا بالحالة الصحية والسلامة الشخصية، تتراوح بين خطر تهديد الحياة نفسها وضعف الأداء الوظيفي، وصولا إلى فقدان الدخل أو تقليص القدرة على الكسب، ولا تقتصر هذه المخاطر على الجانب الصحي فحسب، بل تمتد إلى الجانب الاقتصادي فبينما يمكن تفادي نقص الغذاء بضمان دخل مناسب، لا يوجد ضمان مماثل للوقاية من المرض، وهكذا لا يعد المرض خطرا يهدد الصحة فقط، بل يشكل عبئا ماليا بحد ذاته، بغض النظر عن تكاليف العلاج الطبي. (ARROW, 1963, p. 949)

طور **غروسمان**[3] نظرية رأس المال البشري لتحليل الطلب على الرعاية الصحية، حيث اعتبر الصحة سلعة استثمارية واستهلاكية في الوقت نفسه، فالأفراد لا يسعون لشراء الرعاية الطبية بحد ذاتها بل يطلبونها للحفاظ على الصحة مما يعتبر نمطا لإنتاج الصحة، التي تعتبر نتيجة لتفاعل عدة عوامل تشمل الرعاية الطبية، والنظام الغذائي وغيرها، تتميز الصحة بكونها سلعة رأسمالية تدوم لفترة طويلة، إذ يمكن تخيلها كمخزون تقاس بعدد الأيام الخالية من الأمراض وكمثل أي سلعة

[3] **يعتبر نموذج غروسمان (1972)** للاستثمار في رأس المال الصحي إطارا نظريا تطرق لموضوع الصحة كسلعة تبنى عبر الاستثمارات طويلة المدى في العناية الصحية والعادات السليمة، حيث يعتبر الفرد كائنا عقلانيا يتخذ قراراته الصحية بناء على منافعها المستقبلية، مع التركيز على قدرته الدائمة على مقاومة الأمراض وممارسة الأنشطة اليومية وليس فقط حالته الصحية الآنية. (Laporte, 2015, p. 03)

رأسمالية يتغير هذا المخزون بمرور الوقت، فقد يتحسن بالاستثمار فيه أو يتراجع بسبب المرض أو التقدم في العمر، يرى غروسمان أن الأفراد يستثمرون في صحتهم لسببين رئيسيين:

❖ **كسلعة استهلاكية:** لأنها تحسن جودة حياتهم وتزيد من مستوى رفاهيتهم.

❖ **كسلعة استثمارية:** لأنها تزيد من قدرتهم على العمل وكسب الدخل.

يتخذ الأفراد قراراتهم بشأن حالتهم الصحية بناء على مقارنة التكاليف (مثل النفقات على الخدمات الصحية والوقت المخصص لذلك) والمنافع المترتبة عن هذه التكاليف (مثل زيادة الأيام الصحية)، وتتأثر هذه القرارات بعوامل مثل أسعار الخدمات الصحية، ومستوى الدخل، كما أنهم يوازنون بين الاستثمار في الصحة والإنفاق على سلع ومنافع أخرى (مثل الترفيه أو التعليم)، مما يجعل الصحة عبارة عن جانب فقط تنتمي إلى منظومة متعددة وأوسع لقرارات الاستهلاك والإنتاج اليومية. (Folland, Goodman, & Stano, 2017, pp. 190-191)

II-2-4-4. محددات الطلب على الخدمات الصحية

يتألف نموذج تحديد الطلب على الخدمات الصحية حسب نموذج غروسمان من ثلاثة عناصر رئيسية كما هو موضح في الشكل الموالي:

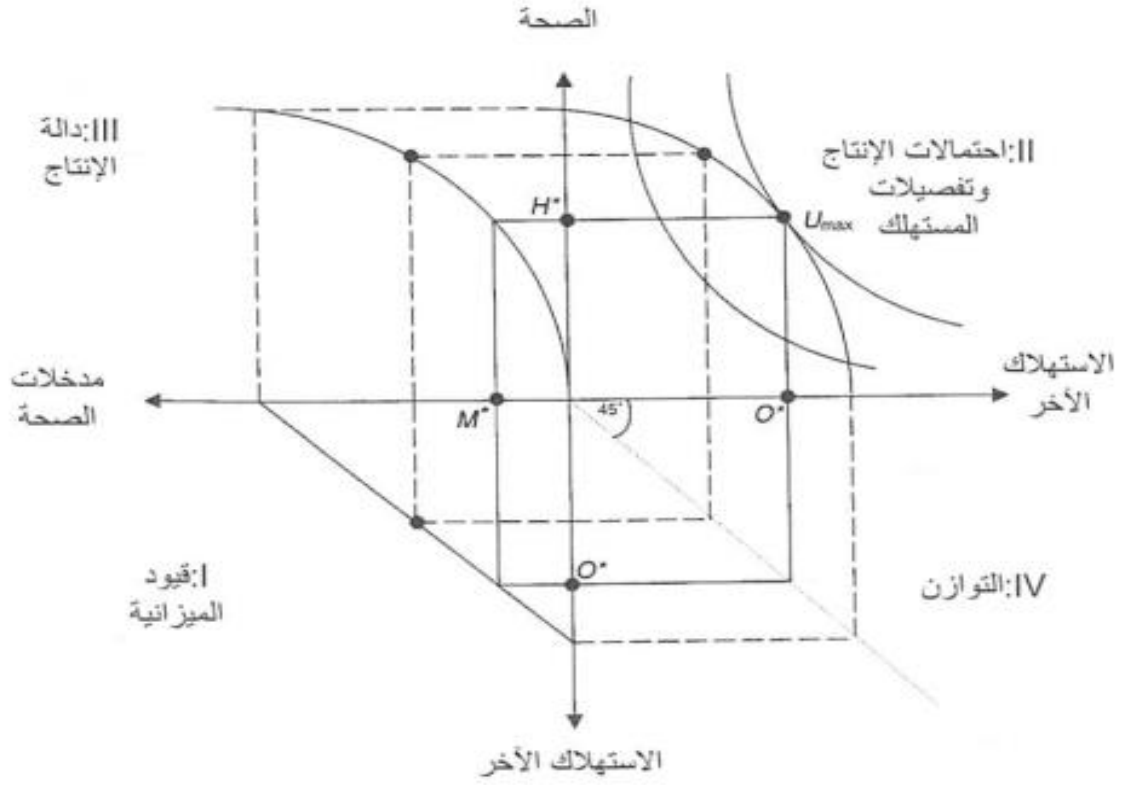
❖ **قيود الميزانية:** تمثل جميع مكونات مدخلات الصحة، مثل الرعاية الطبيةM ، إلى جانب السلع الأخرى O التي يمكن للمستهلك اقتناؤها وفقا لدخله وأسعار الرعاية الصحية والسلع الأخرى، كما هو موضح الربع الأول.

❖ **منحنى السواء:** المعروض في الربع الثاني يعكس تفضيلات المستهلك من خلال إظهار التركيبات المختلفة بين الصحة والاستهلاك التي تمنحه مستوى ثابتا من المنفعة U فالمستهلك يشتري الرعاية الصحية لكنه يستمد المنفعة من مستوى صحته H بالإضافة إلى استهلاكه من السلع والخدمات.O

❖ **دالة الإنتاج:** الموضحة في الربع الثالث، تبين كيفية تحويل مدخلات الرعاية الصحية إلى تحسينات فعلية في الصحة، أي كمية الصحة التي تنتج لكل مستوى من مدخلات الصحة.

أما الربع الرابع فيضم خط بزاوية 45 درجة يستخدم كأداة لربط المحور الرأسي في الربع الأول مع المحور الأفقي في الربع الثالث، مع الإشارة إلى أن كلا المحورين يقيسان استهلاك السلع والخدمات الأخرى، تمثل جميع النقاط على خط الميزانية التركيبات الممكنة لمدخلات الصحة والاستهلاك الأخرى المتاحة للمستهلك بناء على دخله ومن خلال دالة الإنتاج في الربع الثالث، يمكن تحويل أي مستوى من مدخلات الصحة إلى مستوى معين من الصحة الفعلية، مما يسمح بإنشاء حد في الربع الثاني يظهر أفضل توليفة ممكنة بين الصحة والاستهلاك بناء على الإنفاق. (موريس، ديفلن، و باركن، 2013، الصفحات 67-68)

الشكل رقم:04 محددات الطلب على الخدمات الصحية



المصدر: من كتاب التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية (موريس، ديفلن، و باركن، 2013، صفحة 68)

II-2-4-5. عرض الخدمات الصحية

على الرغم من أن المرضى اليوم أصبحوا أكثر مهارة في العثور على معلومات حول خيارات العلاج الخاصة بهم، إلا أنه لا يزال يتعين عليهم الاعتماد إلى حد كبير على نصيحة الأطباء في تحديد الخدمات التي يشترونها، حيث ركزت الكثير

من الأدبيات في اقتصاديات الصحة على عدم تماثل المعلومات بين الأطباء والمرضى إلى جانب حقيقة أنه من الصعب على المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية عاجلة مقارنة العروض التي يقدمها البائعون المتنافسون، فإن المستهلكين في وضع تفاوضي ضعيف مقارنة بمقدمي الخدمات في أسواق الخدمات الصحية، فإذا كان بإمكان الأطباء التأثير على طلب المرضى على خدماتهم من خلال النصائح التي يقدمونها، كما هو مقترح في الأدبيات المتعلقة بالطلب والعرض على الخدمات الصحية، وكانت المنافسة بين مقدمي الخدمات ضعيفة، فقد تكون النتيجة ارتفاع الأسعار، إلا أنه لا يتم تحديد مستويات الرسوم الطبية في معظم البلدان التي تمول فيها الحكومة الرعاية الصحية من قبل السوق، بل يتم تنظيمها أو التفاوض عليها بين الحكومات ومجموعات مقدمي الخدمات، ومع تحول التركيز من حوافز جانب الطلب (مشاركة تكاليف المرضى) إلى تلك الأساليب المستخدمة لتعويض مقدمي الخدمات (حوافز جانب العرض)، استفادت اقتصاديات الصحة من نظرية الوكالة[4]، التي تحلل العقود الفعالة في المواقف التي يدفع فيها لوكيل لديه معلومات أفضل (في هذه الحالة، الطبيب) لاتخاذ قرارات تؤثر على رفاهية الشخص الرئيسي (المريض) الذي لديه معلومات أقل، ولم تعد الرسوم والشروط التي تقدم بموجبها الخدمات تحدد من خلال المعاملات بين مقدمي الخدمات والمرضى في نقطة الخدمة بدلا من ذلك، تتفاوض شركات التأمين على الشروط مسبقا نيابة عن عملائها المؤمن عليهم، ولقد أدى الاتجاه نحو الاستخدام المتزايد للتعاقد مع شركات التأمين إلى تعزيز القوة السوقية لدى المشترين في أسواق الخدمات الصحية والأدوية، وجعلها أكثر قدرة على المنافسة مقارنة بالنموذج القديم حيث كان المشترون هم المرضى. (Blomqvist, 2015, p. 615)

II-2-4-6. محددات العرض للخدمات الصحية

العوامل التي تحدد العرض للخدمات الصحية من قبل مقدمي الخدمات لطالبيها تشمل: مميزات وخصائص هذه الخدمات، والرعاية الطبية المرافقة لها وكلفتها وفعالية الدواء وكلفته وكل ما يمكن تقديمه من خدمات صحية وعلاجية، ويمكن تلخيص هذه العوامل في النقاط التالية:

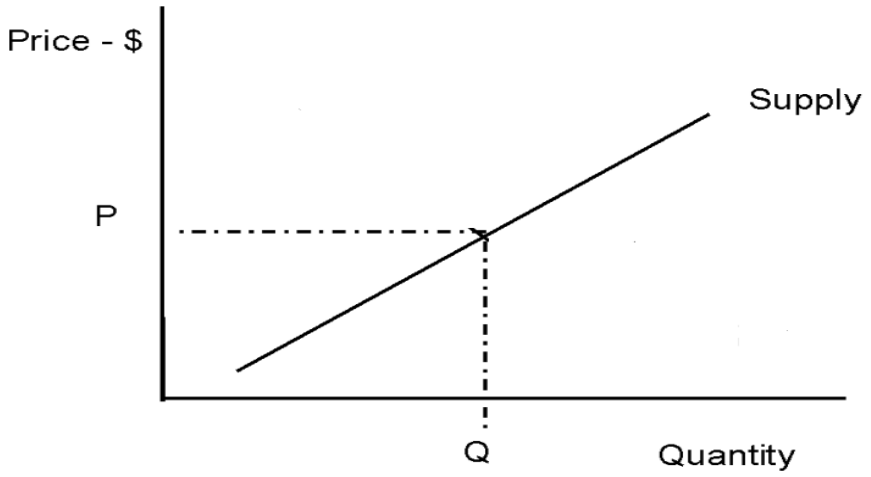
[4] **عقد الوكالة (contrat de mandat)**: هو عقد يلزم بموجبه شخص أو عدة أشخاص (الموكل أو المساهم) شخصا آخر (الوكيل أو المسير) من أجل القيام بأعمال باسمه، بما يؤدي إلى تفويض (الموكل الرئيسي) جزء من سلطة اتخاذ القرار للوكيل. (عيادي ، 2017، صفحة 212)

❖ **عوامل الجذب الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية** من أطباء وتمريض والخدمات المساندة الأخرى كافة.

❖ **عوامل اختلاف الدخول وتفاوت الأجور المقدمي هذه الخدمات والمنافسة** خصوصا عندما تكون الأعداد المتقدمة لسوق العمل الصحي كبيرة ولمعظم الاختصاصات، حيث تتمكن الإدارة من حرية الاختيار للكفاءات وعملية تحديد الأجور تسمح بتعدد الوظائف و خفض النفقات مع توفير أنظمة الحوافز والامتيازات الجاذبة للوظائف الرديفة والبديلة لتأدية الخدمات المطلوبة نفسها مع تفاوت أجورها (خفض النفقات الصحية وتحقيق عوائد أكبر) ، و ذلك من خلال إبرام عقود العمل التي تلزم المستخدم بالعمل طيلة فترة العقد، وبالشروط نفسها سواء من حيث طبيعة العمل أو الوظيفة أو الامتياز والموقع وتحديد الأجور والعلاوات وغير ذلك من شروط تعاقدية لضمان تقديم أفضل خدمات صحية ممكنة لإكساب المنشأة الصحية السمعة المتميزة والربحية العالية والعدد الأكبر من المرضى مع التميز بخدمات صحية متفردة وعالية التقنية والجودة خصوصا التشخيصية ،كل هذه العوامل تعمل على تحريك منحنيات العرض وانتقالها إلى الأعلى أو الى الأسفل ومحددة بمقدار هذا التغير حسب قدرة المرضى على الدفع مقابل هذه الخدمات (الشكل رقم05) ، فقبل الإقدام على طلب مثل هذه الخدمات يتوجب أولا وقبل كل شيء عمل دراسة وافية للجدوى الاقتصادية وللسوق، ووضع كافة الاحتمالات والحلول والخطط والمشروعات والحلول البديلة كي يتمكن الإداريون من اتخاذ القرار المناسب مثلا لشراء هذه التقنيات العالية الكفاءة والباهظة الثمن أيضا.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو هل عوائد استخدامات مثل هذه التكنولوجيا المتطورة والباهظة الكلفة والصيانة والتكلفة التشغيلية مجدية اقتصاديا؟ وهل لدى الناس (المرضى) القدرة الكافية على الدفع والاقبال على مثل هذه الخدمات المتميزة؟ قبل أو بعد تدخل الطبيب ذلك أن الطبيب هو في الغالب من يحدد الطلب، عندما تكون الكلفة الإنتاجية عالية وبازدياد فإن ذلك يؤدي الى خفض العرض ونقل منحناه للأسفل (فكلما زادت الكلفة الإنتاجية، انتقل منحنى العرض للأسفل وبالمقدار نفسه)، هذه النظرية تنطبق أيضا على سوق العمل الصحي، فكلما زادت الإنتاجية للخدمات الصحية فإنه يتوقع للعرض أن يزيد وللطلب أن ينخفض وينطبق أيضا المبدأ نفسه الذي يعزز القول بأن زيادة الكلفة تؤدي إلى نقص الطلب الذي يؤدي بدوره الى انخفاض العرض. (حلوش، 2004، الصفحات 70-76)

الشكل رقم:05 رسم تخطيطي لمنحنى بياني لمحددات العرض للخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على محددات العرض للخدمات الصحية

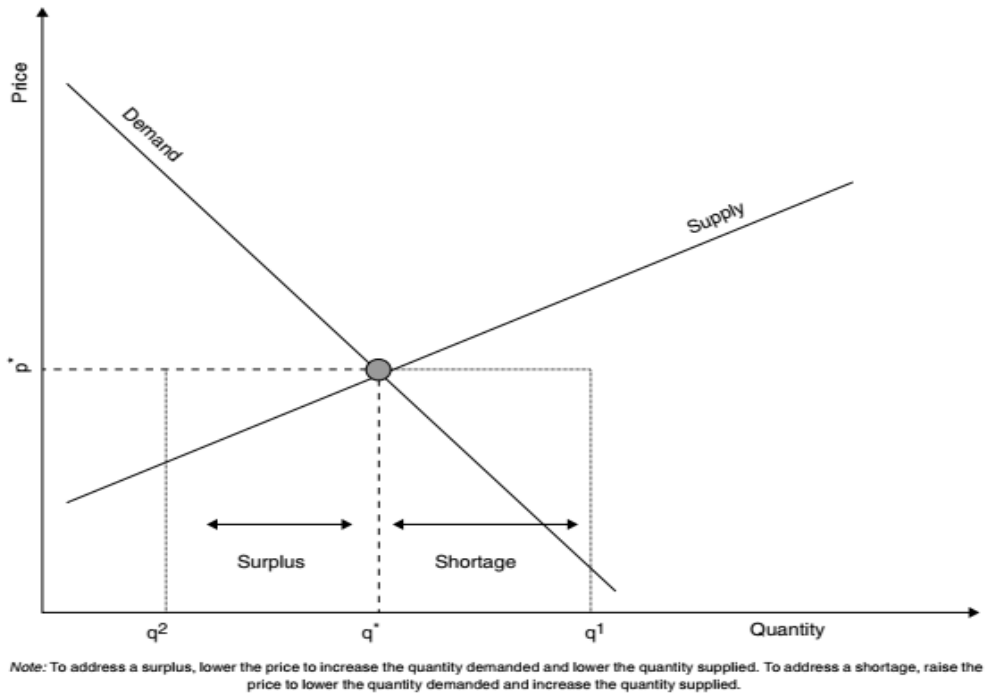
II-2-4-7. توازن سوق الخدمات الصحية

تغطي أسواق الرعاية الصحية تكاليف الخدمات التي يتم إنتاجها ومع ذلك، قد يتم خصم السعر أو الرسوم المطبقة على الخدمات الصحية من قبل دافع التأمين، أو قد يقوم دافع حكومي بسدادها بسعر أقل من السعر المفروض ونتيجة لذلك، فإن علاقة السعر بالعرض ليست دائما واضحة في أسواق الرعاية الصحية كما هي في الأسواق التنافسية البحتة، حيث يشير الطلب إلى كمية المنتج التي يكون المستهلكون قادرين على دفعها وراغبين فيها خلال فترة زمنية محددة.

في الأسواق التنافسية تؤدي التغيرات في السعر إلى تغيرات في كمية المنتجات المطلوبة، يوضح منحنى الطلب في الشكل 06 أنه مع انخفاض السعر تزداد الكمية المطلوبة من المنتج والعكس صحيح، قد تؤثر عوامل أخرى إلى جانب السعر على الطلب على المنتجات بما في ذلك الدخل، وتختلف الرعاية الصحية عن معظم الأسواق التنافسية في أن التأمين الصحي يغطي مدفوعات العديد من المنتجات وللتأمين نفس تأثير الدخل مما يجعل المستهلك أقل حساسية للسعر، وتختلف الخدمات الصحية أيضا بسبب أن المستهلكين غالبا ما لا يستطيعون التسوق للحصول على أفضل سعر، و قد لا يتمكن المستهلكون من معرفة سعر منتجات الرعاية الصحية أو قد لا يعرفون كمية الرعاية الصحية التي سيحتاجون إلى استهلاكها، بالإضافة إلى ذلك غالبا ما تكون بدائل الخدمات الصحية غير متوفرة من حيث الكمية المطلوبة مما يحد من المنافسة الكاملة

(في بعض الحالات توجد بدائل تلبي الغرض في مجال الرعاية الصحية مثل استبدال بعض الأدوية الجنسية الأقل تكلفة بأدوية ذات علامات تجارية أعلى تكلفة)، بسبب هذه العوامل قد يظل الطلب على خدمات الرعاية الصحية دون تغيير، بل قد يزداد مع ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وأسعارها، وفي ظل ظروف السوق التنافسية يؤدي الدفع والجذب في السعر بين المنتجين والمستهلكين إلى توازن السوق، ويصل السعر إلى مستوى يرضي كلا من المشتري والبائع، وتتساوى الكمية المعروضة مع الكمية المطلوبة، حسب الشكل أدناه يظهر توازن السوق عند نقطة تقاطع منحنيي العرض والطلب، ويشار إلى سعر التوازن بـ p^*، وتشار إلى كمية التوازن المعروضة بـ q^* ومع ذلك، فإن اختلال توازن السوق أو عدم التوازن بين كمية المنتج المعروضة والكمية المطلوبة أمر شائع ، وعندما ينخفض سعر السوق لمنتج ما إلى مستوى أقل من سعر التوازن، تحدث حالة من عدم التوازن، مما يؤدي إلى زيادة في الطلب تعرف باسم النقص، قد يحدث النقص أيضا عندما يطلب المستهلكون كمية من منتج ما أكبر من الكمية المعروضة، حسب الشكل الكمية المطلوبة ترتفع من q^* إلى q^1، مما يؤدي إلى حدوث نقص ستؤدي زيادة السعر إلى زيادة الكمية المعروضة وتقليل الكمية المطلوبة، مما يعيد السوق إلى حالة التوازن، وعندما يرتفع سعر السوق لمنتج ما إلى مستوى أعلى من سعر التوازن، تحدث حالة من اختلال التوازن، مما يؤدي إلى فائض في العرض يعرف باسم الفائض، قد يحدث الفائض أيضا عندما يطلب المستهلكون كمية من منتج ما أقل من الكمية المعروضة، حسب الشكل الكمية المطلوبة تنخفض من q^* إلى q^2، مما يؤدي إلى فائض، وسيؤدي انخفاض السعر إلى تقليل الكمية المعروضة وزيادة الكمية المطلوبة، مما يعيد السوق إلى حالة التوازن. (Iacocca, 2016, pp. 14-16)

الشكل رقم:06 تحقيق التوازن في سوق الخدمات الصحية حسب مبدأ العرض والطلب



المصدر: من كتاب Economics of Health Care، الجزء الأول (Iacocca, 2016, p. 15)

يشكل التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية إطارا مهما لفهم ديناميكية عمل القطاع الصحي الذي يتميز بخصائص فريدة تجعله مختلفا عن الأسواق التقليدية المتعارف عليها، حيث يتأثر هذا القطاع بعوامل معقدة مثل عدم التماثل في المعلومات وتدخل الحكومات وطبيعة الطلب غير المنتظمة، ويعكس الطلب على الخدمات الصحية رغبة الأفراد وقدرتهم على الحصول على الرعاية الصحية وهو ما يتوقف على عوامل متعددة كالدخل والحالة الصحية والسياسات الحكومية في المقابل، يعتمد العرض الصحي على الموارد المتاحة من كوادر طبية وتجهيزات وتقنيات حديثة بالإضافة إلى كفاءة المؤسسات الصحية، يختلف سوق الخدمات الصحية عن الأسواق التقليدية بسبب عدة عوامل رئيسية منها تميز هذا السوق بخاصية عدم اكتمال المعلومات، حيث يفتقر المرضى للمعرفة الكافية حول جودة الخدمات وتكاليفها، مما يجعلهم يعتمدون بشكل كبير على نصائح الأطباء ، وتفتقد الخدمات الصحية للتجانس إذ تختلف جودتها وتكاليفها بين مقدمي الخدمة ، أيضا يقلل وجود أنظمة التأمين الصحي من حساسية المرضى تجاه الأسعار، مما قد يؤدي إلى زيادة غير رشيدة في الطلب، وايضا تتميز بعض الخدمات الصحية بوجود منافع خارجية تعود على المجتمع ككل وليس فقط على الأفراد، فيما يتعلق بنظريات

الطلب تبرز نظرية غروسمان التي تعتبر الصحة بمثابة رأس مال وفقا لهذه النظرية، يستثمر الأفراد في صحتهم لسببين رئيسيين: كسلعة استهلاكية تزيد من رفاهيتهم، وكسلعة استثمارية تعزز قدراتهم الإنتاجية، كما يتميز الطلب على الخدمات الصحية بعدم القدرة على التنبؤ به، حيث يختلف عن الطلب على السلع الأساسية كونه يعتمد على الحالات الطارئة وغير المتوقعة، أما فيما يخص عرض الخدمات الصحية فإنه يواجه تحديات كبيرة حيث يلعب الأطباء دورا محوريا كوكلاء للمرضى في اتخاذ القرارات العلاجية، مما قد يخلق شكلا من أشكال الاحتكار، كما أن ارتفاع تكاليف التكنولوجيا الطبية الحديثة قد يحد من العرض إذا لم تكن مجدية اقتصاديا، وعادة ما تتدخل الحكومات لتنظيم هذا السوق من خلال تحديد الأسعار أو التفاوض مع مقدمي الخدمة، خاصة في أنظمة التأمين الصحي العام، ويصعب تحقيق التوازن في سوق الخدمات الصحية بسبب عدة عوامل تجعل من الضروري تبني سياسات اقتصادية مدروسة توازن بين الكفاءة والعدالة، مثل تحسين الشفافية والقدرة للوصول إلى المعلومات واعتماد أنظمة تمويل مستدامة كالتأمين الصحي الشامل، خاصة في ظل التحديات الديموغرافية مثل شيخوخة السكان وانتشار الأمراض المزمنة.

II–2–5. المطلب الرابع: اقتصاد الخدمات الصحية حسب مبادئ الاقتصاد الكلي

إن تطبيق المبادئ الأساسية للتحليل الاقتصادي في قطاع الرعاية الصحية ليس بالأمر السهل نظرا للطبيعة المعقدة للرعاية الصحية كخدمة أو منتج، فالرعاية الصحية لا يمكن ضمان النتيجة المرجوة منها، وتعتمد على عوامل مختلفة كثير منها خارج عن سيطرة مقدم الرعاية الصحية، ويستند التحليل الاقتصادي إلى المفهوم الأساسي للاستخدام الفعال للموارد المتاحة، هناك نقطتان أساسيتان هما: أن الاقتصاد يتعلق بتخصيص الموارد، وأن الكفاءة في استخدام الموارد (تحقيق أقصى استفادة من الموارد المتاحة) في الرعاية الصحية يمكن فهمها من خلال تحديد دوال الإنتاج التي تمثل خدمات الرعاية الصحية.

(Scott II, Solomon, & McGowan, Jr, 2001, p. 282)

من الواضح أن سياسات الاقتصاد الكلي يمكن أن يكون لها تأثير ملموس على توفير الخدمات الصحية، من خلال المبادئ التوجيهية للاقتصاد الكلي المتعلقة بأهداف الإنفاق العام، والسيطرة على التضخم، والسياسة الضريبية، وأسعار الصرف، ونظرا لأن الحصة الكبيرة من تمويل القطاع الصحي تأتي من الحكومة فإن الأهداف المالية ستقيد مقدار ما يمكن

للحكومة إنفاقه على الصحة، وسيكون سعر الصرف عاملا يحدد تكلفة اللقاحات والأدوية، كما سيؤثر خبراء الاقتصاد الكلي المهتمون بالتوازن المالي على القرارات المتعلقة بالأدوار التي تلعبها كل من الحكومة والأسواق الخاصة في قطاع الصحة، وستؤثر هذه القرارات على وتيرة تضخم تكاليف الصحة، وكفاءة وجودة الرعاية الصحية، ودرجة العدالة المرتبطة بتمويلها، كما وضح ذلك تقرير لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة، حيث كان هناك تركيز أكبر على أهمية القضايا الصحية بالنسبة لصانعي السياسات الاقتصادية الكلية، وخاصة وزراء المالية كما قدم هذا التقرير مزيدا من الدعم لأهمية الأهداف الصحية (مثل انخفاض معدلات وفيات الرضع والأمهات، بالإضافة إلى انخفاض معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية والملاريا والسل) في صياغة الأهداف الإنمائية للألفية، وسعت مبادرة لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة بشكل أساسي إلى إثبات أن التقدم في تحسين الصحة في البلدان منخفضة الدخل يمكن أن يكون عاملا حاسما يؤثر على إمكانات النمو في أي بلد، وبين ايضا تقرير لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة الطرق المختلفة التي يمكن من خلالها أن يؤدي تحسين الحالة الصحية إلى تحسين جودة القوى العاملة وتعزيز الإنتاجية على المدى القصير والطويل، والحد من مدى إمكانية أن تؤدي الأمراض الكارثية إلى وقوع الأسر في فجوة الفقر ورفع معدلات ادخار الأسر، ولا تقتصر هذه الحجج على البلدان منخفضة الدخل فحسب، بل تشمل أيضا الاقتصادات متوسطة الدخل والمتقدمة، مع الأخذ في الاعتبار أن مدى التأثير يختلف باختلاف البلدان (بحسب حجم قطاع الرعاية الصحية وأهميته النسبية) وبطبيعة الحال، فإن حالة الاقتصاد الكلي وتحديدا مستوى العام للدخل ستؤثر على قدرة الحكومة والقطاع الخاص على توفير الرعاية الصحية وتنفيذ السياسات الصحية. (Hsiao & Heller, 2007, pp. 10-13)

إن النمو الاقتصادي يشترط تحسن صحة الإنسان ويظهر ذلك من خلال الدراسات والتقارير البحثية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي خلال العقود القليلة الماضية، فقد أثبتت أن تأثير الاستثمارات الصحية تساهم في الحد من الفقر وتساعد في تحقيق النمو الاقتصادي وهذا ما اثبتته أساسيات الاقتصاد الكلي عند تناولها لموضوع الصحة، مثل النمو الاقتصادي المرتفع واستقراره يعزز من الموارد المتاحة للإنفاق الاجتماعي بما في ذلك الصحة، وتحسن مستويات معيشة الناس من خلال خلق فرص عمل وتحسين الدخل سيحسن بدوره الظروف الصحية لذلك تظهر العلاقة ثنائية

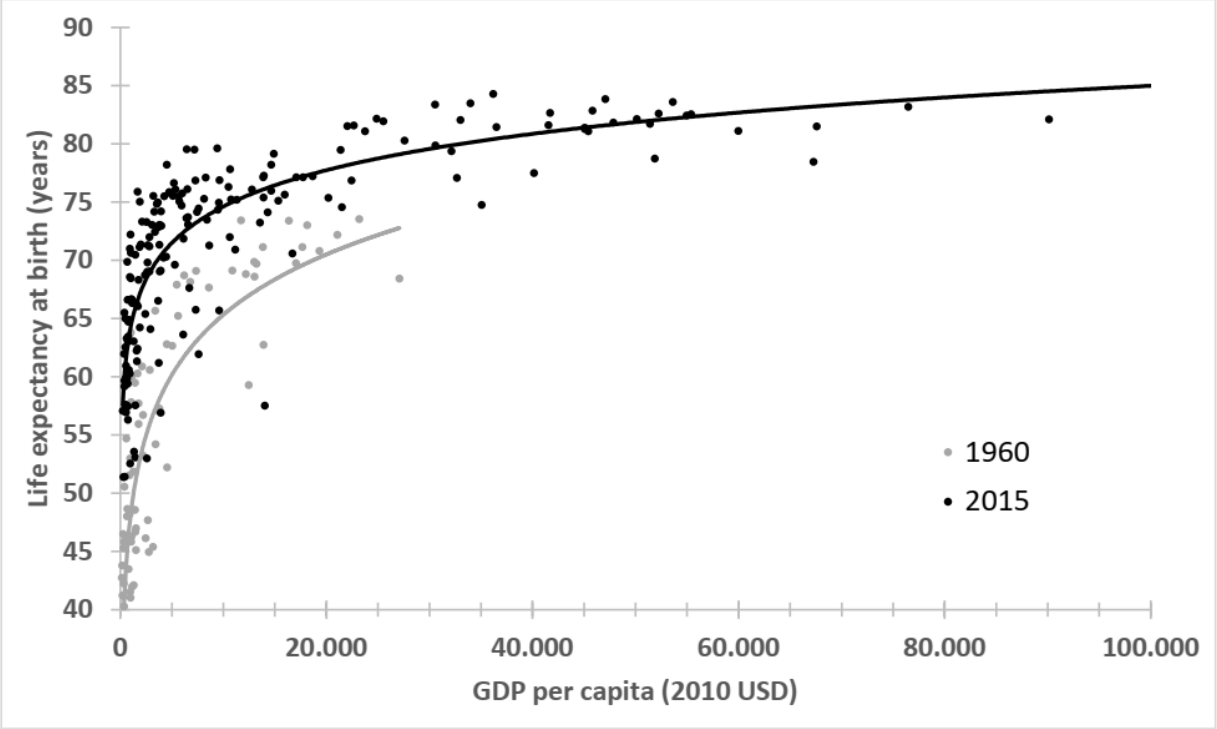
الاتجاه التي تم إنشاؤها أن صحة الإنسان تؤثر على أساسيات الاقتصاد الكلي وتتأثر بسياسات الاقتصاد الكلي، و ما لم تكن هناك أولوية رئيسية للاستثمار في الصحة، فإن سوء الحالة الصحية تؤثر على التنمية الاقتصادية والتي بدورها تقلل من قيمة الاستثمار في الصحة. (Venkatanarayana & Amir Ullah, 2018, p. 02)

شهدت بداية القرن العشرين تدنيا ملحوظا في متوسط العمر المتوقع العالمي عند الولادة، حيث لم يتجاوز 40 عاما، كما كان نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي أدنى بكثير مقارنة بالمستويات الحالية (أقل من سدس قيمته المعاصرة). وقد تناولت الأدبيات الاقتصادية تحليلا معمقا للعوامل المساعدة في النمو الاقتصادي خلال تلك الفترة، كالتقدم التكنولوجي، والاستثمار في رأس المال البشري عبر التعليم، وتراكم رأس المال المادي وحظيت العوامل المؤثرة في الصحة مثل جودة الخدمات الطبية، والمحددات البيئية باهتمام بحثي واسع، إلا أن طبيعة العلاقة المتبادلة بين الصحة والنمو الاقتصادي لا تزال موضوعا يحتاج إلى المزيد من التدقيق النظري والتجريبي، تعقيد هذه العلاقة ينبع من تعدد المسارات التي تؤثر من خلالها الصحة على النمو الاقتصادي (كزيادة الإنتاجية عبر تحسن الحالة الصحية للقوى العاملة)، فضلا عن الأثر المباشر للرفاهية الاقتصادية على تحسين المؤشرات الصحية (مثل الاستثمار في البنية التحتية الصحية)، كما أن عوامل أخرى مشتركة، كالتطور التكنولوجي والإصلاحات المؤسسية، تسهم في تعزيز كفاءة كلا المتغيرين، مما يفتح مجال النمذجة الاقتصادية لتحديد السببية بينهم، وتكشف التحليلات الإحصائية عن ارتباط موجب وقوي بين مؤشرات الصحة (كمتوسط العمر المتوقع) ومستويات الدخل القومي، كما يوضحه منحنى **بريستون** (Preston Curve)[5] يوضح الشكل 07 هذه العلاقة عبر مقارنة بيانات 2015 و1960، حيث تظهر النقاط السوداء والرمادية على التوالي تحسنا متوافقا في متوسط العمر المتوقع ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدولار الأمريكي القياسي لعام 2010)، كما يلاحظ

[5] **منحنى بريستون** (1975) يوضح العلاقة بين متوسط العمر المتوقع ودخل الفرد، حيث يظهر أن سكان الدول الغنية يعيشون فترة أطول من سكان الدول الفقيرة مع ذلك، تضعف هذه العلاقة مع ارتفاع الدخل، فالزيادات في الدخل عند المستويات المنخفضة تترجم إلى تحسن كبير في الصحة، بينما تصبح تأثيراتها ضئيلة عند المستويات المرتفعة، مما يشير إلى عوائد متناقصة للدخل على طول العمر. (the free encyclopedia, 2025)

أن التقارب بين الدول منخفضة الدخل وقيم مؤشراتها الصحية كان أسرع منه في مجال النمو الاقتصادي، مما يثير تساؤلات حول آليات التفاعل بين هذين المتغيرين على المدى الطويل. (Bloom, Kuhn, & Prettner, 2018, pp. 04-06)

الشكل رقم:07 منحنيات بريستون لعامي 1960 و2015



المصدر: من مقال بعنوان Health and Economic Growth (Bloom, Kuhn, & Prettner, 2018, p. 05)

مما سبق يمكن القول إن التحليل الاقتصادي للقطاع الصحي من منظور الاقتصاد الكلي يشكل تحديا بسبب الطبيعة المعقدة للخدمات الصحية التي تختلف عن السلع المعتادة والتقليدية، حيث يصعب ضمان النتائج المرجوة والمنتظرة منه نظرا لتأثرها بعوامل متعددة خارج سيطرة مقدمي الخدمات الصحية، ويستند الاقتصاد الصحي إلى مبدأ الكفاءة في تخصيص الموارد المحدودة، معتمدا على أدوات تحليلية مثل دوال الإنتاج لقياس فعالية الخدمات الصحية وتظهر أهمية هذا التحليل في ظل التأثير المتبادل بين السياسات الاقتصادية الكلية وبرامج القطاع الصحي، حيث تؤثر متغيرات مثل الإنفاق العام والسيطرة على التضخم والسياسة الضريبية بشكل مباشر على تمويل الخدمات الصحية، خاصة في الدول التي يعتمد قطاعها الصحي بشكل كبير على التمويل الحكومي، كما يلعب سعر الصرف دورا محوريا في تحديد تكلفة المستلزمات الطبية المستوردة مثل الأدوية واللقاحات، مما ينعكس على جودة الخدمات المقدمة وتغطيتها السكانية التي تشملها، من

ناحية أخرى تؤكد الأدبيات الحديثة على الدور الاستراتيجي الذي تلعبه الصحة كعامل محرك للنمو الاقتصادي، حيث أظهرت تقارير منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي أن الاستثمار في الصحة يسهم بشكل فعال في الحد من الفقر وتعزيز النمو الاقتصادي، ويتم ذلك عبر عدة قنوات أهمها تحسين إنتاجية القوى العاملة على المدى القصير والطويل، ومنع الفقر الصحي الناتج عن الأمراض المكلفة التي قد تدفع الأسر إلى دائرة الفقر، وتجدر الإشارة إلى أن هذه العلاقة ذات طبيعة تبادلية (فبينما يدعم النمو الاقتصادي القطاع الصحي عبر زيادة الموارد المخصصة للإنفاق الاجتماعي، تسهم التحسينات الصحية بدورها في تعزيز رأس المال البشري وبالتالي دعم النمو الاقتصادي) ،ويظهر أيضا من خلال منحنى **بريستون** وجود علاقة طردية واضحة بين مؤشرات الصحة (مثل متوسط العمر المتوقع) ومستويات الدخل القومي من خلال التحليلات الإحصائية للفترة (1960-2015) التي تكشف عن التقارب في مؤشرات الصحة بين الدول الفقيرة والغنية أسرع من التقارب في معدلات النمو الاقتصادي، هذا التفاوت يشير إلى تعقيد العلاقة بين المتغيرين وتأثرهما بعوامل وسيطة مثل التقدم التكنولوجي وجودة المؤسسات الصحية، في هذا السياق تواجه عملية النمذجة الاقتصادية تحديات منهجية كبيرة، أبرزها صعوبة تحديد الاتجاه السببي في العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي بسبب تعدد المسارات والتأثيرات المتبادلة، وكذلك صعوبة عزل تأثير العوامل المشتركة مثل التطور التكنولوجي، ويؤكد هذا التحليل على الحاجة إلى سياسات متكاملة تعطي أولوية للاستثمار في القطاع الصحي كشرط أساسي لتحقيق نمو اقتصادي مستدام، ويجب أن تأخذ هذه السياسات في الاعتبار مستوى الدخل وحجم القطاع الصحي ودرجة تطوره المؤسسي، كما تبرز أهمية تطوير أدوات تحليلية أكثر دقة لفهم الديناميكيات المعقدة التي تحكم العلاقة بين الصحة والاقتصاد الكلي.

II-2-6. المطلب الخامس: تمويل الخدمات الصحية

يمثل تمويل الخدمات الصحية تحديا لمختلف اقتصاديات العالم، خاصة في ظل تزايد الطلب على الرعاية الصحية وارتفاع تكاليفها، وتعتبر الجوانب المالية المتعلقة بالقطاع الصحي من أكثر القضايا تعقيدا في السياسات الهادفة لتحقيق التنمية، حيث يتطلب تحقيق التغطية الصحية الشاملة التي تضمن حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية دون معاناة مالية أو تسبب في الفقر، توفير موارد مالية وبشرية مستدامة وعادلة، في هذا الإطار تبرز أهمية دراسة آليات تمويل الخدمات الصحية سواء عبر التمويل الحكومي و أنظمة التأمين، أو المشاركة بين القطاعين العام والخاص، من أجل الوصول إلى تحسين الصحة العامة، الحد من الفقر، تعزيز الإنتاجية الاقتصادية و تحقيق العدالة الاجتماعية عبر توفير فرص متساوية للحصول على الخدمات الصحية بغض النظر عن الدخل أو المكانة الاجتماعية، ورغم التقدم الطبي لا تزال النظم الصحية تواجه عوائق في الموارد المالية أبرزها: ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، محدودية التمويل الحكومي ، التوزيع غير العادل للموارد وسوء التسيير، ويظل تمويل الخدمات الصحية قضية حساسة ومهمة في تحقيق التنمية ، حيث يتطلب موازنة بين الموارد المحدودة والاحتياجات المتزايدة، بحيث يجب على الحكومات اعتماد سياسات تمويلية تعتمد على الشفافية والكفاءة في التسيير.

تعرف منظمة الصحة العالمية تمويل الرعاية الصحية بأنه "وظيفة النظام الصحي المعنية بتعبئة الأموال وتجميعها وتخصيصها لتغطية الاحتياجات الصحية للأفراد، فرديا وجماعيا، في النظام الصحي"، كما تشير المنظمة إلى أن "الغرض من تمويل الرعاية الصحية هو توفير التمويل، ووضع الحوافز المالية المناسبة لمقدمي الخدمات، لضمان حصول جميع الأفراد على خدمات صحية عامة وشخصية فعالة"، ويتناول تمويل الرعاية الصحية أسئلة أساسية حول الصحة والرعاية الصحية، بحيث يحدد نظام تمويل الرعاية الصحية من يدفع تكاليف الرعاية الصحية، ومقدار ما يدفعه، وكيف يدفع، كما يحدد نوع الرعاية المقدمة ولمن تقدم (الشكل08)، و تحدد هذه الأسئلة المعقدة التي تتعلق بجمع وتوزيع تمويل الرعاية الصحية، الحوافز التي يعمل بموجبها كل من مقدمي الخدمات الصحية والمرضى، وينتهي الأمر بصانعي السياسات في جميع البلدان إلى الإجابة على هذه الأسئلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، وتحدد إجاباتهم نظام تمويل الصحة العام في البلاد، وتسعى معظم

الدول إلى ضمان حصول جميع المواطنين على خدمات الرعاية الصحية الأساسية بشكل عادل ومقدمة بكفاءة وذات جودة مقبولة. (Moore, et al., 2025, p. 44)

الشكل رقم: 08 جوانب التمويل في القطاع الصحي الأساسية



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مقال Health Care Financing: Overview and Lessons (Moore, et al., 2025, p. 45)

يعد التمويل أحد أهم مكونات ووظائف النظام الصحي ويختلف حسب كيفية توليد الموارد وتجميعها واستخدامها، ويمكن تمويل الخدمات الصحية بطرق متنوعة من فرد مؤمن ذاتيا، أو من خلال وكالة تأمين، أو من خلال وكالة حكومية توفر تأمينا صحيا لمجموعة محددة أو لجميع السكان، هناك ثلاث قضايا أساسية يجب على صانعي السياسات معالجتها فيما يتعلق بتمويل الصحة، وهي مقدار الموارد التي يمكن لنظام التمويل تعبئتها ثم تخصيصها للخدمات الصحية ويمثل مزيج مصادر التمويل المتعددة إجمالي الإنفاق الصحي في مجتمع معين، أما القضية الثانية فهي نوع ومقدار الخدمات التي يمكن شراؤها ويشير ذلك إلى تحديد الاحتياجات الصحية الاساسية، أما القضية الثالثة فتتعلق بشراء الخدمات الصحية من خلال استخدام الحوافز من أجل تحقيق النتائج المرجوة من النظام الصحي، ويختلف مستوى الإنفاق الصحي من بلد إلى آخر، حيث يلخص الجدول 01 إجمالي الإنفاق الصحي للفرد والإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي ومصادر

تمويل الصحة في بلدان مختارة، وفي العديد من البلدان الفقيرة، لا يزال مستوى الإنفاق غير كاف لضمان الوصول العادل إلى الخدمات والتدخلات الصحية الأساسية والضرورية وبالتالي، فإن إحدى القضايا الرئيسية المتعلقة بالسياسة الصحية في البلدان الفقيرة هي ضمان تعبئة الموارد الكافية والعادلة للصحة ومن ناحية أخرى، في العديد من البلدان الغنية، يعتبر مستوى الإنفاق مرتفعا للغاية ولا تحقق الفوائد المصاحبة لهذه الاستثمارات عائدا معقولا من حيث المكاسب الصحية وبالتالي، فإن إحدى القضايا الرئيسية المتعلقة بالسياسة الصحية في أغنى الدول هي التحكم في تكلفة الخدمات الصحية وضمان أقصى قدر من كفاءتها. (Wang, 2008, p. 802)

الجدول رقم:01 إجمالي الإنفاق على الصحة وآليات تمويل الخدمات الصحية

			Source of financing, % of total health expenditure			
Country	*Total expenditure per capita (international dollar)*	*Total expenditure on health as % of GDP*	*Government expenditure*	*Private prepaid plans*	*Out-of-pocket*	*Other*
Algeria	186	4.1	80.8	0.8	18.3	0.1
Argentina	1067	8.9	48.6	19.6	28.6	3.2
Australia	2874	9.5	67.5	7.8	22.0	2.7
Brazil	597	7.6	45.3	19.6	35.1	0.0
Canada	2989	9.9	69.9	12.7	14.9	2.4
China	278	5.6	36.2	3.7	55.9	4.2
Czech Republic	1302	7.5	90.0	0.3	8.4	1.4
Germany	3001	11.1	78.2	8.8	10.4	2.6
Japan	2244	7.9	81.0	0.3	17.1	1.6
Kenya	65	4.3	38.7	3.7	50.6	7.0
Mexico	582	15.2	44.6	36.5	13.5	5.4
Mozambique	45	4.7	61.7	0.2	14.9	23.2
Namibia	359	6.7	70.0	22.8	5.8	1.4
Republic of Korea	1074	5.6	49.4	2.1	41.9	6.6
Russia	551	5.6	59.0	2.7	29.2	9.1
Singapore	1156	4.5	36.1	0.0	62.0	1.9
Spain	1853	7.7	71.3	4.3	23.5	0.9
Sweden	2704	9.4	85.2	0.3	13.6	0.8
Switzerland	3776	11.5	58.5	9.0	31.5	1.0
United Kingdom	2389	8.0	85.7	3.3	11.0	0.0
United States	5711	15.2	44.6	36.5	13.5	5.4
Zimbabwe	132	7.9	35.9	13.5	36.3	14.3

Source: World Health Organization (2006) *The World Health Report*. Geneva: WHO.

المصدر: من مقال بعنوان Comparative Health Systems (Wang, 2008, p. 803)

تحتاج معظم البلدان ومنخفضة الدخل خصوصا إلى مساعدة مالية خارجية على المدى القصير لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، حيث أن اعتمادها على التمويل المحلي فقط غير مجدي على أرض الواقع، حيث تشير التقديرات إلى أن

هذه البلدان تحتاج إلى إنفاق أكثر لتلبية الأهداف الصحية (مثل الأهداف الإنمائية للألفية)، وحتى البلدان التي تنفق أكثر من الحد الأدنى المطلوب لا يمكنها التوقف عن تحسين نظمها الصحية، لأن الطلب على الخدمات سيزداد مع تحسن الجودة وتوسع التغطية الصحية الشاملة، لذا وجب إيجاد طرق زيادة التمويل المحلي لتوفير الخدمات الصحية وتشمل:

❖ **تحسين كفاءة تحصيل الإيرادات:**

معالجة ظاهرة التهرب الضريبي وضعف تحصيل الضرائب وأقساط التأمين الصحي.

❖ **إعادة ترتيب أولويات الميزانية الحكومية:**

العديد من الدول لا تخصص حصة كافية للصحة (مثل بعض دول أفريقيا لم تحقق إنفاق 15%من الميزانية على الصحة).

❖ **المساعدة الإنمائية الدولية والوفاء بها:**

08دول فقط من أصل 49 دولة منخفضة الدخل قادرة على تمويل احتياجاتها الصحية والخدماتية محليا بشكل كامل، لذا تحتاج الدول الغنية إلى الوفاء بتعهداتها بزيادة المساعدات المالية الإنمائية، مما قد يضاعف التمويل الصحي للدول الفقيرة ويقلص الفجوة المالية، ويجب تحسين فعالية المعونة لضمان وصول الأموال إلى القطاعات الصحية المتضررة بشكل أفضل.

(World Health Organization, 2010, pp. 12-13)

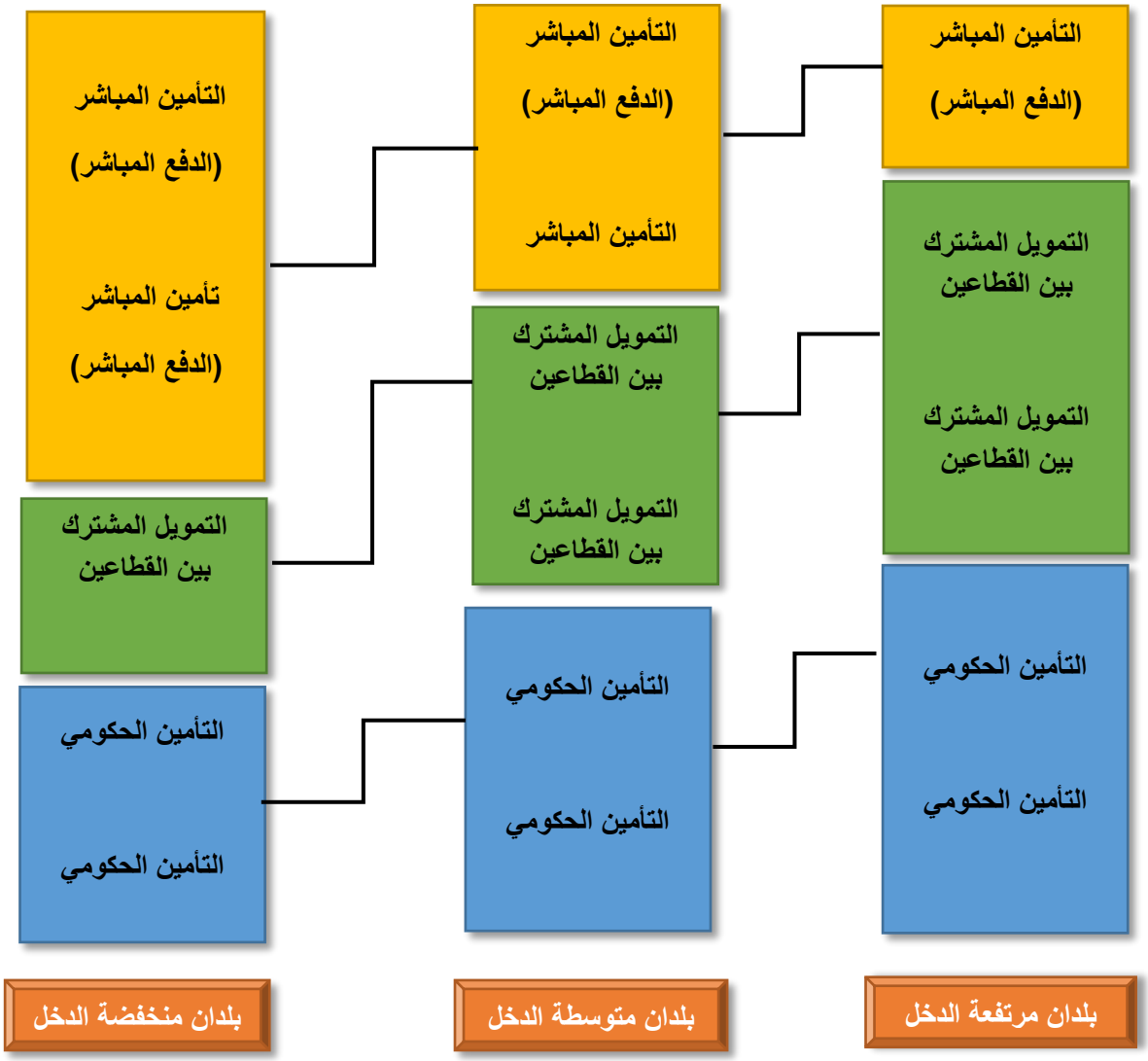
II-2-6-1. أنظمة تمويل الرعاية الصحية الشائعة

يختلف مصدر التمويل حسب النظام المتبع ومستوى التنمية في البلد، حيث قد يأتي التمويل من: مصادر خاصة، مصادر عامة، شركات بأشكال مختلفة ومن مساعدات خيرية أو دولية، وعلى الرغم من وجود العديد من الاختلافات في كيفية تمويل البلدان لنظامها الصحي، إلا أن خمسة أنواع عامة تمثل معظم الأنظمة الموجودة: (1) مخصصات الميزانية الحكومية، (2) التأمين الصحي الاجتماعي، (3) الخدمة الصحية الوطنية، (4) التأمين الصحي الخاص، و(5) الدفع الخاص (الشكل09)، وفي الواقع لدى جميع البلدان تقريبا أنظمة مختلطة وقد يعمل النظام العام جنبا إلى جنب مع النظام الخاص بنظام دفع مختلف تماما، ويقارن الشكل09 حجم تمويل الرعاية الصحية وفقا لمصادر التمويل الرئيسية (التمويل الخاص المباشر، والتمويل المشترك بين القطاعين العام والخاص، والتمويل الحكومي) حسب الدول منخفضة الدخل،

ومتوسطة الدخل، ومرتفعة الدخل، وتعد الموارد الخاصة مثل التأمين الصحي الخاص، أقل انتشارا في الدول منخفضة الدخل وذلك بسبب ضعف أنظمة التأمين وعدم قدرتها على الاستدامة، ومع تحسن المستوى الاقتصادي للدول تتسع خياراتها التمويلية، مما يفسر ندرة وجود أنظمة تأمين اجتماعي شاملة أو خدمات صحية وطنية فعالة في الدول منخفضة الدخل، وتتطلب هذه البرامج التمويلية المتقدمة توفر عدة عوامل أساسية منها: أنظمة بيانات وتكنولوجيا المعلومات المتطورة، وكفاءة إدارية في القطاع العام، وقوى عاملة مؤهلة، بالإضافة إلى أنظمة فعالة لجمع الإيرادات وإدارتها، كما ترتبط عملية تطوير آليات التمويل الصحية بعدة عوامل أخرى تشمل:

- ❖ زيادة الميزانيات العامة للرعاية الصحية.
- ❖ وجود أنظمة إدارية وضريبية متقدمة
- ❖ توفر بنية تحتية متطورة لتكنولوجيا المعلومات والبيانات.
- ❖ قدرة شركات التأمين الخاص على معالجة الطوارئ الصحية وسدادها بكفاءة.
- ❖ انخفاض الاعتماد على المساعدات الدولية (حيث تبلغ نسبة التمويل الخارجي 7.9% في الدول منخفضة الدخل، مقابل 0.86% في الدول متوسطة الدخل الأدنى، و0.43% في الدول متوسطة الدخل الأعلى، و0.03% في الدول مرتفعة الدخل).
- ❖ اهتمام الحكومة بالجودة والتكلفة.
- ❖ ارتفاع متوسط دخل الفرد. (Moore, et al., 2025, pp. 49-55)

الشكل رقم:09 تباين مصادر التمويل بين مختلف البلدان



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مقال **Health Care Financing: Overview and Lessons (Moore, et al., 2025, p. 55)**

II-2-6-2. دور التمويل الصحي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة والتنمية المستدامة

إن الإنفاق على الرعاية الصحية ليس مجرد إنفاق استهلاكي، فالتمويل الصحي الجيد هو استثمار يعود بالنفع على الأداء الاقتصادي بشكل خاص ويلاحظ ذلك من خلال النقاط التالية:

❖ **بناء رأس المال البشري:** تحفز الاستثمارات في الخدمات الصحية الأساسية، مثل المتعلقة بصحة الأمهات والمواليد

والأطفال بما في ذلك التطعيم والتغذية، تكوين رأس المال البشري خلال السنوات الأولى المهمة من حياة الأطفال، مما يمهد لتحسين التحصيل التعليمي وإمكانات كسب الدخل، وتؤدي الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية إلى زيادة إنتاجية العمالة طوال فترة حياتهم، وغالبا ما يكون لها تأثير سريع.

❖ **زيادة المهارات، القدرات والوظائف:** تتطلب طبيعة العمل المتغيرة مهارات مثل حل المشكلات المعقدة، والعمل الجماعي، والابتكار، والاعتماد على الذات، ويعد الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية شرطا أساسيا لبناء هذه المهارات والحفاظ عليها وزيادة قدرات البلدان على الابتكار وخلق الوظائف وتحقيق التنمية المستدامة، ويضمن التمويل الصحي الجيد أيضا توفير الحماية المالية للأشخاص بغض النظر عن المكان الذي يعيشون فيه أو وضعهم الوظيفي، مما يسهل عليهم تغيير وظائفهم والاستفادة من الفرص الجديدة، كما يقلص هذا التمويل التكاليف التي تتكبدها الشركات الخاصة، مما يزيد من معدل تقنين أوضاع العمالة وحمايتهم.

❖ **الحد من الفقر وعدم المساواة:** يمكن تحقيق منافع سريعة وكبيرة على صعيد الحد من الفقر عن طريق زيادة التمويل الصحي لتقليص الإنفاق من المال الخاص، حيث توفر الحماية المالية مزايا أخرى مثل عدم اضطرار الأشخاص إلى بيع الأصول أو الاقتراض للإنفاق على الرعاية الصحية، بل يحتفظون بالموارد التي يمكنهم بعد ذلك إنفاقها أو استثمارها بطرق أخرى، وتتيح الحماية المالية أيضا للمرضى والفقراء إمكانية حماية صحتهم والحفاظ عليها وتحسينها وزيادة دخلهم.

❖ **تحسين الكفاءة والانضباط المالي:** يسمح تحسين كفاءة تسيير الموارد بتوسيع نطاق وجودة الخدمات الصحية الاساسية وزيادة نطاق الحماية المالية في حدود الموارد المتاحة مع الحد من تضخم التكاليف، ويضمن هذا التحسين إذا ما اقترن بتدابير لزيادة كفاءة تعبئة الموارد، تحقيق الانضباط المالي في هذا القطاع على المدى القصير والطويل، ويمكن أن يكون لذلك تأثير مباشر على الإنفاق العام نظرا لأن قطاع الصحة يحظى حاليا بنسبة كبيرة من الإنفاق الحكومي في العديد من البلدان، حيث تبلغ هذه النسبة أكثر من 11% في المتوسط.

❖ **تعزيز الاستهلاك والقدرة على المنافسة:** تعفي الحماية المالية الأشخاص من ضرورة تكوين مدخرات احتياطية

وبالتالي تحفز الإنفاق على السلع والخدمات الأخرى، وتتوقف قدرة البلدان على المنافسة في المستقبل بشكل رئيسي على قدرة رواد الأعمال والشركات والعمال على مواصلة التكيف والابتكار، وهو ما يساعد عليه تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتراكم رأس المال البشري بما فيه الصحة، ومن خلال رفع مستوى الكفاءة في قطاع الصحة يقوم التمويل الصحي أيضا بتحرير موارد منتجة لاستغلالها في أغراض استراتيجية جديدة، مما يدعم البلدان لاكتساب ميزة تنافسية جديدة في مجال التجارة الدولية.

❖ **تدعيم الأمن الصحي**: يعد الاستثمار في تعزيز قدرات التأهب للطوارئ الصحية، بما في ذلك المراقبة وتجهيز الأطقم الطبية والمجتمعية وشبكات مختبرات الصحة العامة وأنظمة المعلومات، أمرا ضروريا لرصد حالات تفشي الأمراض المعدية والحد منها قبل أن تخرج عن السيطرة، وإلى جانب إنقاذ الأرواح يساعد الاستثمار في قدرات التأهب والتحرك المبكر لوقف حالات التفشي على منع صدمات الاقتصاد الكلي وتجنب إجراءات الاستجابة للطوارئ باهظة التكلفة.

(البنك الدولي، 2019، الصفحات 03-04)

II-2-6-3. مساهمة تجميع الموارد الصحية في تجنب المخاطر المالية

يهدف التجميع إلى توزيع التكاليف المالية لخدمات الرعاية الصحية على مجموعة من الأشخاص، بدلا من تحميل الفرد المريض كل التكاليف بمفرده والتي قد تسبب له ضائقة مالية، ويعرف هذا المبدأ باسم "توزيع المخاطر"، ويمكن تطبيقه بعدة طرق غير التأمين الصحي التقليدي، والهدف الأساسي منه هو تحويل مساهمات الأقل احتياجا للرعاية الصحية إلى الأكثر احتياجا، حيث تدفع المساهمات مثل الضرائب أو أقساط التأمين بغض النظر عن الحالة الصحية للفرد، ولتحقيق ذلك يجب أن تتميز مجموعة التجميع بما يلي:

❖ **الحجم الكبير**: عدد كبير من المشاركين.

❖ **التنوع**: اختلاف في مستويات المخاطر الصحية بين الأفراد.

❖ **التغطية الإلزامية أو التلقائية**: لتجنب مشكلة "الاختيار السلبي"، حيث ينضم فقط من يعانون من مشاكل صحية إذا كان النظام طوعيا، مما يزيد التكاليف على المجموعة.

يسعى التجميع الفعال إلى تحقيق الإنصاف والكفاءة في تمويل الرعاية الصحية، مع تجنب التقسيم غير العادل للموارد. (Mathauer, Torres, Kutzin, Jakab, & Hanson, 2019, pp. 132-133)

فيما سبق يتضح أن تمويل الخدمات الصحية يعتبر تحديا عالميا في ظل الارتفاع المستمر لتكاليف الرعاية الصحية وزيادة الطلب عليها، وتعتمد دول العالم على عدة آليات لتمويل الخدمات الصحية، أهمها الميزانيات الحكومية الممولة من الضرائب، وأنظمة التأمين الصحي الاجتماعي، والقطاع الخاص، بالإضافة إلى المساعدات الدولية للبلدان الفقيرة، وتختلف هذه الأنظمة حسب مستوى التنمية الاقتصادية لكل بلد، حيث تعتمد الدول الغنية عادة على أنظمة تأمين متطورة، بينما تواجه الدول الفقيرة صعوبات في توفير التمويل الكافي، حيث تواجه نظم التمويل الصحي تحديات مختلفة حسب مستوى الدخل، ففي الدول منخفضة الدخل تكمن المشكلة الرئيسية في نقص الموارد المالية المتاحة واعتمادها الكبير على المساعدات الخارجية أما في الدول الغنية، فتتمثل المشكلة في ارتفاع التكاليف دون تحسن متناسب في النتائج الصحية ولتجاوز هذه التحديات، تقترح الدراسات تحسين كفاءة جمع الإيرادات عبر مكافحة التهرب الضريبي، وإعادة توجيه الميزانيات الحكومية لزيادة حصة الصحة، وتعزيز الشفافية في الإدارة، ويلعب التمويل الصحي دورا اساسيا في تحقيق التنمية المستدامة فهو يساهم في الحد من الفقر عن طريق الحماية ،كما أن الاستثمار في الصحة يعزز رأس المال البشري ويزيد من إنتاجية القوى العاملة، ومن أهم آليات تحقيق هذه الأهداف نظام "تجميع المخاطر" الذي يعتمد على توزيع التكاليف على مجموعة كبيرة من الأفراد، مما يخفف العبء عن المرضى ويضمن استدامة النظام الصحي، يتطلب تمويل الخدمات الصحية سياسات تسعى لتحقيق التوازن بين الموارد المحدودة والاحتياجات المتزايدة، مع التركيز على مبادئ الكفاءة والعدالة والشفافية، ويعتبر نجاح أي نظام صحي مرهونا بقدرته على توفير التغطية الشاملة مع ضمان الجودة والاستدامة المالية.

II-2-7. المطلب السادس: التأمين الصحي

يشار للتأمين الصحي بأنه نوع من أنظمة التمويل الصحي يغطي تكاليف الخدمات الصحية للأفراد مقابل اشتراكات دورية، بينما يهدف مجال اقتصاديات الصحة دراسة كيفية توزيع الموارد المحدودة في القطاع الصحي لتحقيق أقصى استفادة للمجتمع، وترتبط العلاقة بينهما بشكل أساسي في كيفية تحقيق التوازن بين توفير الحماية المالية للمواطنين والحفاظ على

استدامة النظام الصحي، حيث يعمل التأمين الصحي على تقليل العبء المالي على الأفراد عند الحاجة للعلاج، كما يساهم في تعزيز الكفاءة الاقتصادية للقطاع الصحي من خلال تجميع المخاطر وتوزيعها على مجموعة كبيرة من المؤمن عليهم من ناحية أخرى، تدرس اقتصاديات الصحة تأثير أنظمة التأمين المختلفة على سلوكيات المرضى ومقدمي الخدمات وكذلك تقييم مدى فعالية هذه الأنظمة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، تظهر أهمية هذه العلاقة في تصميم سياسات صحية فعالة تحقق العدالة في توزيع الخدمات الطبية مع ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المالية، كما تؤثر أنظمة التأمين الصحي بشكل مباشر على المؤشرات الاقتصادية الكلية من خلال تحسين إنتاجية القوى العاملة وخفض معدلات الفقر بسبب النفقات الصحية الكارثية.

II-2-7-1. التطور التاريخي والاقتصادي للتأمين الصحي

لطالما شكلت المخاطر الصحية تهديدا مستمرا للحياة البشرية عبر العصور، إلا أن مفهوم التأمين الصحي كما يظهر حاليا يعد ظاهرة حديثة نسبيا في التاريخ الاقتصادي، فعلى الرغم من أن أشكال التأمين الأخرى مثل التأمين البحري الذي يعود تاريخه إلى القرن الثاني عشر والتأمين ضد الحريق والحياة الذي تطور بشكل ملحوظ بحلول نهاية القرن التاسع عشر كانت راسخة منذ قرون، إلا أن التأمين الصحي بقي مهمشا ولم يحظ بأهمية اقتصادية تذكر حتى فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية، يعود هذا التأخر التاريخي في ظهور التأمين الصحي إلى عدة عوامل جوهرية أولا، كانت الخدمات الطبية في العصور السابقة محدودة الفعالية حيث لم تكن العلاجات المتاحة قادرة على إحداث فرق جذري في النتائج الصحية ثانيا، غياب التقنيات الطبية المتقدمة جعل من تكلفة الرعاية الصحية في متناول الأفراد عامة، مما قلل من الحاجة إلى آليات تمويل جماعي ثالثا، خشية شركات التأمين من ما يعرف في الاقتصاد الصحي بـ"المخاطر الأخلاقية"[6]، أي احتمال إفراط المؤمن لهم في استخدام الخدمات الطبية عندما تكون التكاليف مغطاة، غير أن الثورة الطبية في القرن العشرين وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية، غيرت هذا الواقع كليا، فمع تطور الطب الحديث وبروز المستشفيات كمؤسسات توفر رعاية صحية فعالة ولكنها

[6] **الخطر الأخلاقي** يشير إلى حوافز تشجع المرضى على الإفراط في استخدام خدمات الرعاية الصحية لأن هذه التكاليف يتحملها مؤمنون آخرون، بعبارة أخرى لدى المرضى، حافز لاستخدام خدمات أكثر من تلك التي تحتسب عليها أقساط التأمين الخاصة بهم. (Light , 2021)

باهظة التكاليف أصبحت الحاجة إلى التأمين الصحي أمرا مهما، كما أن تزايد قدرة الطب على التأثير الإيجابي في النتائج الصحية جعل من التأمين الصحي استثمارا ذا جدوى اقتصادية واضحة من خلال النتائج الطبية المحققة، هذا التحول التاريخي لم يكن مجرد تطور طبيعي في قطاع التأمين الصحي، بل كان انعكاسا للتغيرات الجذرية في بنية النظم الصحية وطبيعة الخدمات الطبية وتكاليفها، حيث تحول التأمين الصحي من كونه خيارا ثانويا إلى ضرورة اقتصادية واجتماعية في المجتمعات الحديثة، وأصبح يمثل أحد الركائز الأساسية في سياسات الحماية الاجتماعية وأنظمة الرعاية الصحية الحديثة.

(CUTLER & ZECKHAUSER, 2000, pp. 571-572)

II-2-7-2. مبدأ التضامن في التأمين الصحي

يعتمد كل من التأمين الصحي الاجتماعي والتجاري (الخاص) على آلية تجميع الموارد المالية وإعادة توزيعها من الأفراد الأصحاء إلى المرضى، لكنهما يتبعان نمطين مختلفين في التكوين، حيث يقوم التأمين الاجتماعي على مبدأ التضامن الجماعي بهدف تلبية احتياجات محددة مسبقا، هذا النمط يشبه نظام الجمعيات التعاونية وبرامج التأمين الحكومية، حيث يقرر المجتمع مسبقا الاحتياجات التي تستحق الدعم الجماعي ويتعهد بتأمينها لجميع أعضائه، في المجال الصحي يفترض هذا النظام أن توزيع الخدمات الطبية يجب أن يعتمد على الحاجة الفعلية للرعاية أو القدرة على الاستفادة منها، في المقابل لو تم تمويل الخدمات الصحية كباقي السلع الاستهلاكية (حيث يدفع الفرد مقابل ما يحصل عليه بالضبط) فإن التوزيع لن يعكس بالكامل الحاجة الطبية، وسيحصل عليها إلا القادرون ماليا، وقد يحصل أصحاب الموارد حتى دون حاجة فعلية لها، بينما يحرم غير القادرين، بغض النظر عن مدى احتياجهم أو قدرتهم على الاستفادة من العلاج، حيث يكسر التأمين الاجتماعي رابطين أساسيين في السوق الأول بين المبلغ المدفوع والخدمة المستهلكة، والثاني بين القدرة المالية وكمية الخدمات المقتنية، في هذا النظام يحق للأفراد الحصول على الرعاية حسب الحاجة، دون ارتباط بين ما يدفعونه وما يستخدمونه من خدمات، ومع ذلك حتى التأمين الاجتماعي لا يضمن توزيعا مثاليا حيث تعتمد فعالية التوزيع حسب الحاجة على كفاءة الكوادر الطبية في تشخيص الحالات ووصف العلاجات المناسبة، تؤثر عوامل أخرى على توزيع الخدمات الصحية، مثل المعايير الطبية المحلية، وتوفر المرافق والتجهيزات، وطريقة إدارة المؤسسات التشخيصية والعلاجية، هذه العوامل تجعل التوزيع

المثالي حسب الحاجة أمرا صعبا حتى في أنظمة التأمين الاجتماعي، لكن الهدف الأساسي لمبدأ التضامن هو السعي نحو هذا التوزيع المثالي، والحد من تأثير المشاكل المالية المتوقعة، ومن المهم التفريق أن التضامن لا يعني المساواة في كمية توزيع الخدمات (أي حصول الجميع على نفس الكمية)، فالتأمين الاجتماعي ليس نظاما لتقسيم موحد للموارد، بل هو تجميع للمخاطر، حيث يتحمل الأعضاء الأصحاء تكلفة رعاية المرضى. (Stone, 1993, pp. 290-292)

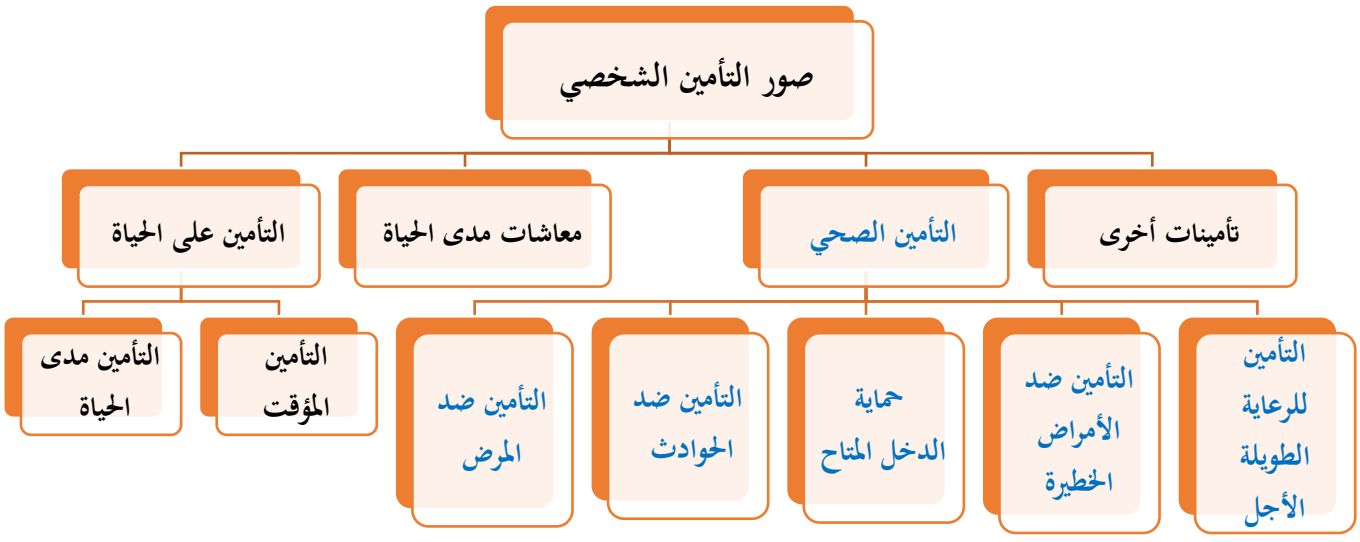
II-2-7-3. صور التأمين الصحي

يشير مصطلح التأمين الصحي إلى مجموعة كبيرة من منتجات التأمين التي توفر فوائد في حالة الحوادث أو المرض، وتؤدي إلى الإنفاق من الدخل، والتأمين الصحي بدوره ينتمي إلى مجال التأمينات الشخصية حيث نجد: (الشكل 10)

- **التأمين على الحياة والمعاشات السنوية**: التي توفر فوائد تعتمد على البقاء والوفاة فقط، أي على حياة المؤمن عليه.
- **التأمين الصحي**: الذي يوفر فوائد اعتمادا على الحالة الصحية والعواقب المالية ذات الصلة.
- **تأمينات أخرى للشخص**: مثل الزواج وولادة الطفل والتعليم والتدريب المهني للأطفال، وما إلى ذلك.

(Pitacco, 2005, p. 28)

الشكل رقم:10 المنتجات الأساسية للتأمين الصحي حسب تأمينات الأفراد



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على كتاب بعنوان Health Insurance (Pitacco, 2005, p. 30)

II-2-7-4. التأمين الصحي وسوق العمل: الآثار والتداعيات

للصحة تأثير مزدوج على نتائج سوق العمل، تأثير مباشر عبر تحسين الإنتاجية، وغير مباشر عبر تغيير التوازن بين الدخل والرفاهية، ويبرز هذا النموذج عدة آليات يمكن أن يؤثر من خلالها التأمين الصحي على سوق العمل:

❖ **تحسين الصحة وتكاليف الرعاية الصحية:** إذا نجح التأمين الصحي في خفض تكاليف الرعاية الصحية وتعزيز الحالة الصحية، فمن المتوقع أن ينعكس ذلك إيجابا على أداء الأفراد في سوق العمل ومع ذلك، قد يصعب قياس هذا الأثر إذا كانت فوائد الاستثمار في الرعاية الصحية تظهر على المدى الطويل.

❖ **تأثير التأمين الصحي على الاستهلاك والرفاهية:** قد يؤدي تحسين الصحة إلى زيادة الرفاهية، لكنه قد تقلله لدى الأفراد الذين يتجنبون المخاطر بسبب عدم اليقين المتعلق بنفقات الخدمات الصحية وبالتالي، إذا ارتبط التأمين الصحي بالتوظيف، فقد يحفز مشاركة القوى العاملة، بينما قد يقللها إذا كان منفصلا عن العمل.

ركزت معظم الدراسات التجريبية على علاقة التأمين الصحي بالتوظيف، بينما تبقى الأدلة حول تأثيره المباشر على الصحة محدودة ومع ذلك، تشير بعض التقارير مثل التقرير الأسود في بريطانيا العظمى (**تاونسند وديفيدسون**، 1988)[7]، إلى أن إدخال التأمين الصحي الوطني رافقته زيادة في الفوارق الاجتماعية والاقتصادية في معدلات الوفيات، ورغم أن التأمين الصحي لم يسبب تدهور جودة الرعاية الصحية للفئات الأكثر فقرا، إلا أن هذه النتائج تشير إلى صعوبة إثبات العلاقة الإيجابية بين التأمين الصحي والصحة. (CURRIE & MADRIAN, 1999, pp. 3353-3354)

II-2-7-5. سوق التأمين الصحي ومميزاته

تعتبر أسواق التأمين الصحي نموذجا خاصا للتفاعل بين المنافسة الاقتصادية وعدم تناسق وتماثل المعلومات، حيث تقدم شركات التأمين عروضا متنوعة تلبي حاجيات الأفراد المختلفة، فبعضهم يفضل نماذج منخفضة التكلفة مع حدود التغطية

[7] **تقرير "بيتر تاونسند" و"نيك ديفيدسون" بعنوان: Inequalities in Health: the Black Report** يسلط الضوء على تفاوتات الصحة بين الطبقات الاجتماعية في بريطانيا، ويقدم تحليلا لأسبابها واقتراحات سياسية لمعالجتها، ويحظى بالاهتمام من قبل الباحثين في النقاش العام حول العدالة الصحية. (Townsend & Davidson, 1983)

المقدمة، بينما يختار آخرون خططا شاملة وبأسعار أعلى، وعلى الرغم من أن هذا التنوع يعزز الكفاءة من خلال خفض التكاليف وتحفيز الابتكار إلا أن طبيعة التأمين الصحي المختلفة عن السلع التقليدية حيث تكلفة طالب التأمين لا تعتمد فقط على العرض المختار بل أيضا على مخاطره الصحية الفردية، كالعمر أو الحالة المرضية و هذا التفاعل المعقد بين التفضيلات والتكاليف يولد ظاهرة "الاختيار السلبي" التي تأثر على استقرار سوق التأمين الصحي وتقلل من فعاليته.

II-2-7-6. ظاهرة الاختيار السلبي وتأثيراتها

تظهر مشكلة الاختيار السلبي عندما لا تستطيع شركات التأمين تحديد الأقساط بشكل فردي بناء على الحالة الصحية للمشتركين، إما لاعتبارات العدالة أو لعدم توفر المعلومات الدقيقة، في هذه الحالة تميل العروض التأمينية الأكثر شمولية إلى جذب الأفراد الأكثر احتياجا للخدمات الصحية، بينما ينجذب الأصحاء إلى العروض التأمينية الأقل تكلفة، ومع ارتفاع نسبة المرضى في طلب العروض التأمينية الأكثر شمولية، ترتفع تكلفتها وأقساطها، مما يدفع الأصحاء إلى الانسحاب منها، حيث العروض التأمينية الأكثر شمولية غير قادرة على الاستمرار بسبب ارتفاع التكاليف وتراجع قاعدة المشتركين بها.

تقدم النماذج الاقتصادية تحليلات دقيقة لأسواق التأمين، مثل نموذج (**روتشيلد وستيجليتز** 1976)[8]، الذي يفترض وجود نوعين من طالبين التأمين: مرتفعي المخاطر مثل كبار السن أو المرضى بأمراض مزمنة، ومنخفضي المخاطر مثل الشباب الأصحاء، في السوق التنافسية للتأمين تظهر ثلاث حالات توازن محتملة:

- **التوازن الفاصل**: حيث يختار كل نوع العرض المناسب له، لكنه غالبا غير مستقر بسبب محاولة مرتفعي المخاطر الانضمام إلى العروض المحدودة لتقاسم التكاليف.
- **التوازن المجمع**: حيث يختار الجميع نفس العرض، لكنه غير فعال لأنه لا يعكس الرغبات المختلفة للأفراد.

[8] **نموذج روتشيلد وستيجليتز 1976**: يظهر أن المعلومات الغير دقيقة تحدث تأثيرا كبيرا على الأسواق التنافسية، حيث اختلت توازنات الأسعار التقليدية وظهرت عقود تربط الأسعار بالكميات مع تأثير سلبي للأفراد ذو المخاطر العالية على الافراد منخفضي الخطورة كما أن التحليل يشير إلى أن غياب التوازن في الظروف العادية، وأن الأسواق (كالأسواق المالية والعمل) قد تطورت كاستجابة لمشاكل المعلومات غير المتماثلة. (Rothschild & Stiglitz, 1976, p. 178)

❖ **التوازن الهجين:** حيث يختار بعض مرتفعي المخاطر عروضا معتدلة، بينما يبقى آخرون في العروض الشاملة.

لمواجهة الآثار السلبية للاختيار السلبي، تم تطوير عدة آليات منها:

❖ **الدعم المتبادل:** بفرض رسوم إضافية على العروض التأمينية الأقل تكلفة لدعم العروض الشاملة.

❖ **تغيير العروض:** كتقديم عروض اقتصادية تستبعد خدمات باهظة الثمن لجذب فئة معينة.

❖ **التنظيم الحكومي:** عبر فرض قواعد تلزم جميع الأفراد بالاشتراك أو تحظر التمييز في أسعار عروض التأمين.

على الرغم من الحلول المذكورة سابقا، تبقى تحديات كبيرة تواجه سوق التأمينات الصحية وتتمثل في:

❖ **عدم استقرار التوازنات:** في بعض الحالات لا يوجد توازن مستقر بسبب التنافس المستمر بين العروض المقدمة.

❖ **التضارب بين الكفاءة والعدالة:** مثل الدعم المتبادل قد يحقق العدالة ولكنه يقلل من حوافز الابتكار.

❖ **تعقيد توزيع المخاطر:** في الواقع المخاطر الصحية ليست ثنائية (عالية/منخفضة) بل متصلة، مما يجعل تصميم العروض التأمينية المناسبة أكثر صعوبة.

يبين تحليل أسواق التأمين الصحي أن المنافسة وحدها لا تكفي لضمان كفاءة السوق وعدالته، فالتحدي الرئيسي يكمن في موازنة حرية الاختيار مع ضمان استقرار التكاليف، خاصة في ظل وجود اختلافات كبيرة في المخاطر الصحية، وتتطلب معالجة هذه الإشكالية سياسات دقيقة تجمع بين آليات السوق (مثل الدعم المتبادل) والتدخل الحكومي (مثل التنظيم أو الإعانات)،كما تظهر النماذج الحديثة أهمية تصميم العروض التأمينية المرنة التي تستجيب للتفاوتات في المخاطر، مع الحفاظ على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، ويبقى الهدف هو بناء نظام تأمين صحي يوازن بين الكفاءة الاقتصادية والتغطية الشاملة العادلة، وهو تحدي لا يقتصر على الجانب الاقتصادي فحسب، بل يمتد إلى القيم الاجتماعية والأخلاقية أيضا. (anthony j & oseph p, 2000, pp. 571-625)

مما سبق يظهر أن التأمين الصحي يهدف إلى تغطية تكاليف الخدمات الصحية للأفراد مقابل اشتراكات دورية، مما يقلل العبء المالي عليهم ويعزز كفاءة القطاع الصحي عبر تجميع المخاطر وتوزيعها، ويؤثر التأمين الصحي على المؤشرات الاقتصادية الكلية عبر تحسين إنتاجية القوى العاملة وتقليل الفقر الناتج عن النفقات الصحية الكارثية، ويعتمد التأمين

الصحي (سواء الاجتماعي أو الخاص) على مبدأ تجميع المخاطر، حيث يدفع الأصحاء تكاليف رعاية المرضى لكن التأمين الاجتماعي يتميز بكونه قائما على التضامن الجماعي، حيث توزع الخدمات حسب الحاجة الطبية وليس القدرة المالية، مما يكسر الرابط التقليدي بين الدفع والاستهلاك في الأسواق العادية ومع ذلك، فإن تحقيق التوزيع العادل للخدمات يواجه تحديات مثل كفاءة التشخيص الطبي وتوفر المواقع الصحية، مما يجعل التوزيع المثالي صعبا حتى في النظم التضامنية، وينقسم التأمين الصحي إلى عدة أنواع، منها التأمين على الحياة، والتأمين الصحي العلاجي، وتأمينات أخرى مرتبطة بالأحداث الشخصية (كالزواج والولادة)، والميزة الاساسية لسوق التأمين الصحي هو عدم تماثل المعلومات بين المؤمِّن والمؤمَّن له، مما يؤدي إلى مشكلة الاختيار السلبي، حيث تجذب العروض الشاملة الأفراد الأكثر احتياجا للرعاية، ويوازن التأمين الصحي بين أهداف الحماية المالية والكفاءة الاقتصادية، لكنه يواجه تحديات جوهرية مثل الاختيار السلبي وعدم استقرار الأسواق، حيث يتطلب تعزيز فعاليته مزيجا من آليات السوق والتنظيم الحكومي، مع مراعاة القيم الاجتماعية لضمان تغطية شاملة وعادلة، ويبقى التحدي الأكبر هو تصميم أنظمة مرنة تحقق التوازن بين المنافسة الاقتصادية والعدالة في توزيع الخدمات الصحية.

II-2-8. المطلب السابع: تقييم الكفاءة الاقتصادية للخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية ركيزة أساسية في التنمية الاقتصادية، حيث ترتبط بشكل وثيق برفاهية الأفراد وإنتاجيتهم الاقتصادية، ومع تزايد الضغوط المالية على الأنظمة الصحية بسبب ارتفاع تكاليف المعدات الطبية وتزايد الطلب على الخدمات الصحية نتيجة الزيادة الديموغرافية، أصبح تقييم الكفاءة الاقتصادية للخدمات الصحية أمرا بالغ الأهمية، ويعرف هذا التقييم بتحقيق أقصى استفادة ممكنة من الموارد المالية المحدودة لتعظيم النتائج الصحية، وهو ما يتطلب تحليلا دقيقا للعلاقة بين التكاليف ونتائج المخرجات في القطاع الصحي، ومن أهم المقاييس المستخدمة في التقييم الاقتصادي لكفاءة الخدمات الصحية المقدمة نجد تحليل التكلفة والفاعلية، وتحليل التكلفة والمنفعة، ومن أهم التحديات التي تواجه عملية التقييم، صعوبة تحديد القيمة الاقتصادية للنتائج الصحية وتفاوت أولويات توزيع الموارد بين مختلف الجهات الناشطة، مما

يستوجب الاعتماد على السياسات الصحية التي تهتم بتكوين قاعدة بيانات من اجل تسهيل عملية القياس والوصول لاتخاذ قرارات من شأنها تعظيم الكفاءة، مما يسهم في تحقيق أنظمة صحية مستدامة وفعالة.

يعتبر التقييم الاقتصادي أداة مهمة لتحديد مدى جدوى تخصيص الموارد المالية أو البشرية في مجال الصحة ويركز هذا التقييم عادة على قياس فعالية التكلفة ونسب المنفعة للتدابير الوقائية والعلاجية، مثل التطعيمات أو الجراحات ومع ذلك، فإن تعزيز الصحة يتجاوز مجرد تحسين النتائج الصحية ليشمل تمكين الأفراد والمجتمعات من زيادة تحكمهم في صحتهم، مع التركيز على المحددات الاجتماعية للصحة والحد من أوجه عدم المساواة، ويظل التقييم الاقتصادي ضروريا بسبب ندرة الموارد المتاحة، حيث يجب توجيه الاستثمارات نحو البرامج الأكثر فعالية وكفاءة لتحقيق أقصى تأثير ممكن، وتختلف أشكال التقييم الاقتصادي وفقا لطريقة قياس النتائج، حيث تشمل:

- **تحليل تقليل التكلفة:** يستخدم عندما تكون النتائج متطابقة بين البدائل المتاحة.
- **تحليل فعالية التكلفة:** يقيس النتائج الصحية بوحدات طبيعية (مثل سنوات الحياة المكتسبة).
- **تحليل التكلفة والمنفعة:** يقيم الفوائد بوحدات نقدية، مما يسمح بمقارنة البرامج المختلفة.
- **تحليل التكلفة والفائدة:** يجمع بين عناصر تحليل التكلفة والمنفعة وفعالية التكلفة.

إلى جانب الكفاءة يجب مراعاة الإنصاف في التوزيع العادل للفوائد والتكاليف، خاصة في تعزيز الصحة الذي يهدف إلى تقليل الفوارق الصحية ومع ذلك، قد تتعارض الكفاءة مع العدالة حيث قد تكون المناهج الأكثر إنصافا أقل كفاءة من حيث التكلفة، كما يجب تقييم الجدوى التقنية والمالية لضمان قابلية تنفيذ المناهج وقبولها مجتمعيا.

(Ligia , Jackson, Shiell, & Rice, 2007, pp. 11-13)

II-2-8-1. تحليل التكلفة والفائدة

يوفر تحليل التكلفة والفائدة طريقة جيدة لتقييم المشاريع المبرمجة، حيث ظهرت العديد من النماذج المبتكرة لتحليل التكلفة والفائدة منذ أكثر من قرن، في عام 1950 أوصت لجنة فرعية تابعة للكونغرس بإجراءات لاستخدام تحليل الفائدة والتكلفة لمقارنة المشاريع، مما مهد الطريق لبداية تطبيق برامج الرعاية الطبية بداية من سنة 1965، المقترحة من قبل خبراء

اقتصاديات الصحة والتي تركز بشكل أكبر على تحليل التكلفة والفائدة، وواصلت الحكومة الفيدرالية في تحسين وتوحيد الأساليب المستخدمة، ومنذ عام 1981 أصبحت جميع اللوائح الفيدرالية الجديدة وخصوصا الطبية تخضع لتحليل التكلفة والفائدة. (Folland, Goodman, & Stano, 2013, p. 66)

II-2-8-2. المبادئ الأساسية لتحليل التكلفة والفائدة

تتناول الفكرة الأساسية لتحليل التكلفة والفائدة مشاكل القياس التي يتم التعرض لها فعلى سبيل المثال، يقيم تحليل التكلفة والفائدة تكاليف الاستثمار العام بما في ذلك تلك التكاليف التي لا تخضع لنظم الأسواق، وتظهر الحاجة لتحليل التكلفة والفائدة في اقتصاديات الصحة في تقييم جدوى البرامج الصحية مثل برامج التحصين، أو فحص المرضى، أو عمليات زرع القلب، وعلى سبيل المثال هناك العديد من الحواجز المادية والبشرية التي يجب أن يتناولها قياس تحليل التكلفة والفائدة، ويعتمد هذا التحليل على فرضية أن المشروع أو السياسة الصحية ستحسن من الظروف الاجتماعية إذا تجاوزت الفوائد المرتبطة به تكاليفه، ويجب ألا تشمل الفوائد والتكاليف المنسوبة مباشرة إلى المشروع فقط، ولكن أيضا أي فوائد أو تكاليف غير مباشرة من خلال العوامل الخارجية أو تأثيرات أخرى، وبالتالي عندما يمثل A جميع الفوائد ويمثل B جميع التكاليف يعتبر المشروع جديرا بالاهتمام إذا كانت $A-B>0$ ويمكن أيضا تصنيف المشاريع وفقا لنسبة الفائدة إلى التكلفة A/B حيث تشير النسبة الأعلى عموما إلى أن المشروع سيحقق فوائد اجتماعية أكبر مقابل التكاليف المرصودة له.

(Folland, Goodman, & Stano, 2013, pp. 66-67)

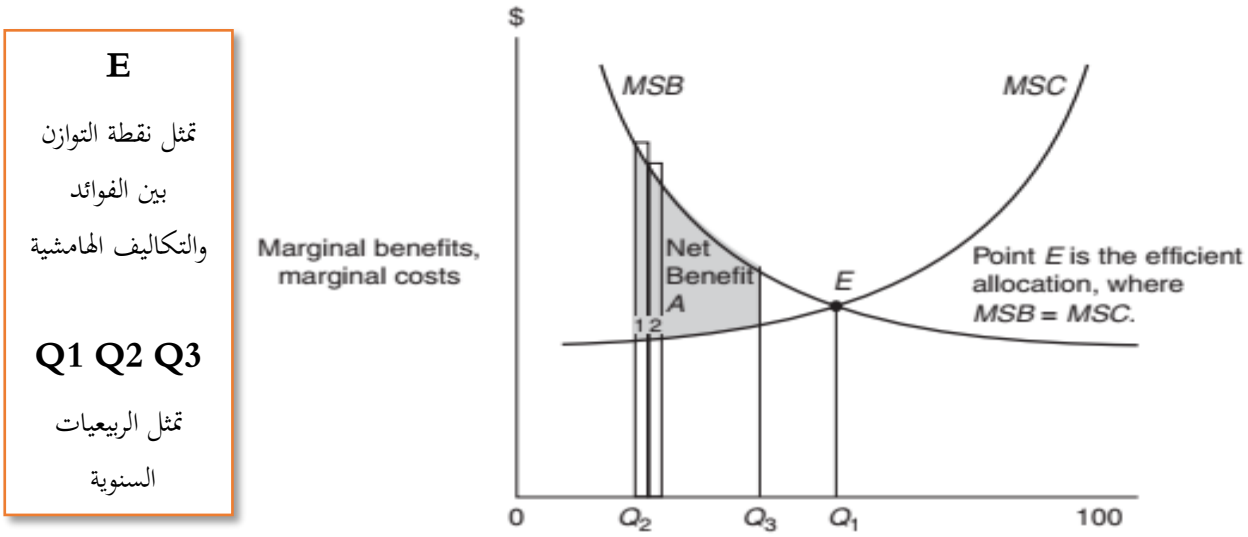
II-2-8-3. التقييم الحدي لتحليل التكلفة والفائدة

يوضح الشكل رقم مبدأ التحليل الحدي المطبق على تحليل التكلفة والفائدة، حيث يظهر منحنى المنافع الاجتماعية الحدية MSB[9]، الذي يمثل مجموع الآثار المفيدة للبرامج المسطرة بمقدار وحدة واحدة، والتكاليف الاجتماعية الحدية

[9] **Marginal Social Benefit (MSB)** المنفعة الاجتماعية الحدية تمثل القيمة الكلية لاستهلاك منتوج معين، يشمل رضا المستهلكين والتأثيرات الخارجية على المجتمع. فإذا كانت هناك منافع خارجية إيجابية تزيد قيمتها عن المنفعة الفردية وإذا كانت هناك تكاليف خارجية سلبية كالتلوث تقل قيمتها عن المنفعة الخاصة. (CFI Team, 2025)

MSC[10] التي تمثل جميع تكاليف البرنامج السابقة بمقدار وحدة واحدة، وستتحقق منفعة المجتمع القصوى عندما تتساوى المنافع الاجتماعية الحدية مع التكاليف الاجتماعية الحدية، مما سبق تبين أن تحليل التكلفة والفائدة هو محاولة الحصول على المعلومات اللازمة لإجراء التقييم للمشاريع والبرامج المطروحة ولتوضيح ذلك، نفترض أنه تم اقتراح مشروع أو برنامج اجتماعي، إذا تم قياس الحد الأدنى للتكاليف الاجتماعية الحدية والحد الأدنى للتكاليف الاجتماعية الحدية بشكل صحيح، فسيتم إعطاء تقديرات صحيحة لفوائد المشروع من خلال المساحة الواقعة أسفل منحنى الحد الأدنى للتكاليف الاجتماعية الحدية، وبالمثل بالنسبة للتكاليف من خلال المساحة الواقعة أسفل منحنى الحد الأدنى للتكاليف الاجتماعية الحدية، صافي المنفعة يساوي المساحة A. (Folland, Goodman, & Stano, 2013, p. 68)

الشكل رقم:11 الاستخدام الفعال للموارد لبلوغ تساوي الفوائد والتكاليف الحدية



المصدر: من كتاب بعنوان:The Economics of Health and Health Care
(Folland, Goodman, & Stano, 2013, p. 69)

[10] **Marginal Social Cost (MSC)** تشير التكلفة الاجتماعية الحدية إلى التكلفة التي يتحملها المجتمع نتيجة إنتاج أو استخدام سلعة أو خدمة، ولا يتحمل المنتج وحده التكاليف الإجمالية لإنتاج وحدة إضافية، بل يتحملها المجتمع أيضا. وتدرس التكلفة الاجتماعية الحدية تأثير إنتاج وحدات إضافية لمنتوج معين على المجتمع. (CFI Team, 2025)

اشارت منظمة الصحة العالمية سنة 2012 لضرورة مراجعة التوصيات الإرشادية الخاصة بها وإدراج المقاييس المتعلقة بالفعالية والتكلفة، حيث يحتاج صانعو القرار على مستوى الدولة إلى دراسة اعتماد المبادئ التوجيهية المبتكرة والمعدلة في تحليل النتائج الاقتصادية، حيث يمكن لكل دولة إجراء تقييمها الاقتصادي الخاص بها ومع ذلك، من الناحية العملية، قد تعتبر هذه التحليلات الخاصة بكل بلد مستهلكة للوقت ومكلفة بالنسبة لغالبية الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، ومن أجل دعم التوسع السريع للتكنولوجيات الجديدة استثمرت الجهات الفاعلة في مجال الصحة العالمية في تطوير نماذج سهلة الاستخدام تمكن صناع القرار في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من تقييم فعالية التكلفة والفائدة المترتبة على إدخال تكنولوجيا جديدة معينة في بيئاتهم الخاصة، وعادة ما تطبق نماذج تحليل التكلفة والفائدة في بلدان متعددة مع مراعاة التباين في التركيبة السكانية وعلم الأوبئة، والتكاليف المترتبة عن العملية، ومع ذلك نادرا ما تراعي هذه النماذج التأثيرات الأخرى الخاصة بالبيئة على فعالية التكلفة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، على الرغم من أن الدراسات في البلدان المرتفعة الدخل تحدد مجموعة واسعة من العوامل المهمة التي يجب مراعاتها عند تقييم نموذج تحليل التكلفة والفائدة المتبع.

(VASSALL, MANGHAM-JEFFERIES, GOMEZ, PITT, & FOSTER, 2016, p. 110)

II-2-8-4. قياس الكفاءة والفعالية في الخدمات الصحية

تعتبر الخدمة الصحية الجيدة هي التي تحقق أقصى منفعة ممكنة في ظل الموارد المتاحة، وتلجأ العديد من الأنظمة الصحية إلى استخدام مؤشرات وسيطة، مثل عدد المرضى الذين تماثلوا للشفاء، أو معدلات شغل الأسرة في المستشفيات، أو فترات الانتظار في العيادات، لكن هذه المؤشرات تركز على العمليات التشغيلية دون تقييم الأثر الصحي الفعلي على المرضى وتستخدم أيضا معدلات الوفيات كمقياس للكفاءة، إلا أن هذا المؤشر يحتاج إلى ضبط دقيق لمراعاة اختلاف شدة الحالات وتنوعها بين المستشفيات وفي المقابل، تعتمد بعض الحكومات على مقارنة التغير في حجم النشاط الصحي مع التغير في الإنفاق، فإذا زادت الخدمات المقدمة بنسبة أعلى من نسبة زيادة التكاليف، يعتبر ذلك مؤشرا على تحسين الكفاءة، إلا أن هذا النهج لا يعكس بالضرورة جودة الخدمة أو تأثيرها على صحة العامة الأفراد، وفي إطار تقييم الخدمات الصحية يجب التمييز بين الكفاءة والفعالية فالكفاءة كما سبق تعني تحقيق الأهداف بأقل الموارد، بينما الفعالية تعني تحقيق

النتائج المرجوة فمثلا قد يستطيع مستشفى معين تقديم عدد كبير من العمليات الجراحية بكفاءة عالية من حيث التكلفة والوقت، لكن إذا كانت هذه العمليات لا تحسن صحة المرضى على المدى الطويل فإن الموارد المنفقة عليها تعتبر مهدرة، ومن الأمثلة الواضحة على ذلك عمليات للأطفال المصابين بالتهابات الأذن الوسطى والتي قد تجرى بكفاءة تقنية عالية، لكن الدراسات تشير إلى أن فائدتها محدودة مما يجعلها غير فعالة من الناحية الصحية، وعند الحديث عن الفعالية على مستوى المجتمع، فإن بعض التدخلات الصحية، مثل التطعيم ضد الأمراض المعدية قد تكون ذات فعالية على مستوى الفرد، لكن تأثيرها الجماعي يعتمد على مدى تغطية السكان المعرضين للخطر، فالتطعيم ضد الجدري مثلا يكون مفيدا للفرد، لكنه لا يمنع تفشي المرض إلا إذا شمل نسبة كبيرة من المجتمع، وهذا يوضح الفرق بين فعالية الخدمة على مستوى الفرد وأثرها على الصحة العامة ومع ذلك، يواجه تقييم الفعالية العديد من التحديات، أبرزها نقص البيانات الدقيقة حول نتائج المرضى، واختلاف تركيبة الحالات بين المستشفيات، مما يصعب المقارنات الموضوعية ولذلك، فإن تطوير مقاييس شاملة تجمع بين تقييم الكفاءة التشغيلية والفعالية السريرية يبقى ضرورة حتمية لضمان تقديم خدمات صحية تحقق الغاية الأساسية لها والمتمثلة في تحسين صحة الأفراد والمجتمع بأقصى قدر من الكفاءة والفعالية. (طلعت، 2009، الصفحات 294-298)

II-2-8-5. تحسين الكفاءة والفعالية في الخدمات الصحية

تسعى الحكومات لتحقيق الأمثلة في تقديم الخدمات الصحية من خلال الاعتماد على استراتيجيات متكاملة تركز على تحسين الأداء وخفض التكاليف مع الحفاظ على جودة الخدمات المقدمة، وتعتمد هذه الاستراتيجيات على ثلاثة أركان أساسية لقياس وتقييم أداء القطاع الصحي، ويأتي عامل التكلفة كأول الركائز، حيث يتم السعي المستمر لتحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة مع تقليل من الإنفاق إلى أدنى حد ممكن، دون المساس بمستوى الجودة المقدمة للمرضى، تأتي بعد ذلك ركيزة الكفاءة التي تقيس مدى نجاح النظام الصحي في تحويل المدخلات إلى مخرجات، من خلال تقييم العلاقة بين الموارد المستثمرة والخدمات المقدمة والسعي لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من كل وحدة من الموارد، أما الركيزة الثالثة والأكثر حيوية فهي الفعالية، التي تتجاوز مجرد قياس الكم إلى تقييم الأثر الصحي الفعلي، حيث يتم قياس مدى

تحقيق الخدمات الصحية للأهداف المرسومة على مستوى تحسين الحالة الصحية للمرضى وتنفيذ السياسات العامة، حيث يشكل التكامل بين هذه العناصر نظاما متوازنا يضمن تقديم خدمات صحية عالية الجودة، حيث ترتفع كفاءة البرامج الصحية كلما اقتربت من تحقيق التوازن الأمثل بين خفض التكاليف ورفع الكفاءة التشغيلية من ناحية، وتحقيق النتائج الصحية المرجوة للمرضى والمجتمع من ناحية أخرى، وهذا التوازن هو ما يميز الأنظمة الصحية القادرة على تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد بشكل مستدام وفعال. (الدمرداش، 2006، الصفحات 291-292)

مما سبق يتبين أن هناك تتنوع في الأدوات التحليلية المستخدمة في مجال تقييم الكفاءة الاقتصادية للخدمات الصحية، حيث يأتي في مقدمتها تحليل العلاقة بين التكلفة والفعالية الذي يقيس المخرجات الصحية بوحدات قياسية كسنوات العمر المضافة أو نسب الشفاء، إلى جانب تحليل الموازنة بين التكاليف والمنافع الذي يعتمد على المقارنة النقدية بين البدائل المختلفة، وتبرز أهمية تحليل تخفيض التكاليف عند تشابه المخرجات بين الخيارات المتاحة، بينما يوفر تحليل التكلفة والفائدة رؤية شاملة تجمع بين مميزات الأساليب التحليلية السابقة، إلا أن هذه العملية التقييمية لا تخلو من بعض العوائق، أبرزها صعوبة تحديد القيمة الحقيقية للنتائج الصحية التي تتضمن جوانب غير مادية ويصعب قياسها كالتخفيف من المعاناة النفسية والآلام الجسدية، كما أن اختلاف وجهات النظر بين الفاعلين في القطاع الصحي حول أولويات تخصيص الموارد المالية المتاحة قد يخلق تناقضا بين معايير الكفاءة ومبادئ الإنصاف، إذ أن بعض الحلول والبرامج الأكثر عدالة قد لا تكون الأفضل من حيث الكفاءة المالية، ويحظى تحليل الفائدة بأهمية خاصة في هذا المجال، حيث تطور هذا الأسلوب منذ منتصف القرن الماضي ليصبح أداة معتمدة لتقييم البرامج الصحية، معتمدا على موازنة شاملة بين جميع التكاليف والفوائد المباشرة وغير المباشرة، مع مراعاة العوامل الخارجية كالتأثيرات المجتمعية والبيئية، وتختلف تطبيقات هذه الطرق التحليلية بين الدول المتقدمة و متوسطة النمو ففي الدول النامية، تعيق محدودية البيانات وارتفاع كلفة الدراسات التحليلية عملية التقييم، مما دفع بالمنظمات العالمية إلى ابتكار نماذج مبسطة تناسب إمكانيات هذه الدول، بينما تتمتع الدول المتقدمة بنظم تقييمية متطورة وحديثة تأخذ بعين الاعتبار جميع الخصائص السكانية والصحية، ومن الضروري التفريق بين مفهومي الكفاءة التشغيلية والفعالية العلاجية، فالأولى تركز على تحقيق الأهداف بأقل الموارد، بينما تقيس الثانية مدى تحقق الأهداف

الصحية المرجوة، ولتعزيز أداء النظام الصحي، تعتمد الحكومات على استراتيجيات ذات أبعاد مختلفة منها ترشيد النفقات مع الحفاظ على الجودة، وتعظيم الاستفادة من الموارد، وضمان تحقيق الأهداف العلاجية، وهذا يتطلب إنشاء أنظمة متكاملة للمتابعة والتقييم مع التركيز على المؤشرات الصحية طويلة الأمد ومبدأ الإنصاف في تقديم الخدمات الصحية.

يبقى التقييم الاقتصادي أداة فاعلة لضمان كفاءة واستدامة النظم الصحية، شرط أن يحقق التوازن بين الموارد المالية المتاحة وقيم العدالة الاجتماعية، مع مراعاة الأولويات الصحية للمجتمعات والإمكانيات المالية للحكومات وبتطبيق طرق قياس علمية وسياسات استشرافية، يمكن بناء أنظمة صحية متكاملة قادرة على تلبية احتياجات الأفراد وضمان الصحة الجيدة للجميع على المدى الطويل.

II-2-9. خاتمة المبحث الأول

تناول المبحث الأول مفاهيم عامة حول اقتصاديات الخدمات الصحية حيث يعتبر النظام الصحي الجيد والمتكامل الذي يضم الخدمات الصحية الأولية التي تشمل التشخيص الأساسي وعلاج الأمراض البسيطة مع تقديم برامج التوعية والتثقيف الصحي، ثم يتدرج نحو مستويات أكثر تخصصا مع ضرورة تحقيق التكامل بين مكونات النظام لضمان كفاءته من خلال تعزيز التعاون بين مقدمي الخدمات واتباع معايير موحدة للجودة، في مجال اقتصاد الخدمات الصحية يعد فرعا حديثا من فروع الاقتصاد يستمد أسسه من مجالات متعددة مثل التمويل والتأمين وسوق العمل، وأصبح له دور متزايد في صنع السياسات الصحية من خلال تحليل القضايا الصحية وتقييم كفاءة السياسات وعدالة توزيع الخدمات، ومن ناحية التحليل الاقتصادي الجزئي يتأثر الطلب على الخدمات الصحية بعوامل مثل الدخل والحالة الصحية والسياسات الحكومية، بينما يعتمد العرض على الموارد المتاحة من كوادر طبية وتجهيزات وتقنيا، كما يواجه هذا السوق تحديات مثل عدم اكتمال المعلومات وعدم تجانس الخدمات وتأثير أنظمة التأمين على حساسية الأسعار، أما من منظور الاقتصاد الكلي يؤثر القطاع الصحي على النمو الاقتصادي عبر تحسين الإنتاجية والحد من الفقر، كما تؤثر المتغيرات الاقتصادية مثل الإنفاق العام وسعر الصرف على تمويل الخدمات الصحية وجودتها، ويعتمد تمويل الخدمات الصحية على آليات متنوعة مثل الميزانيات الحكومية والتأمين الصحي والقطاع الخاص، مع اختلاف التحديات بين الدول الغنية والفقيرة، ويعد التأمين الصحي أداة

مهمة لتقليل العبء المالي على الأفراد، لكنه يواجه مشكلات مثل الاختيار السلبي وعدم استقرار الأسواق، يتم تقييم الكفاءة الاقتصادية للخدمات الصحية باستخدام أدوات مثل تحليل التكلفة والفعالية، مع ضرورة تحقيق التوازن بين الكفاءة المالية والعدالة الاجتماعية لضمان استدامة النظم الصحية وتغطيتها الشاملة، الشكل التالي يلخص محتوى المبحث الأول.

الشكل رقم:12 مخطط توضيحي للمفاهيم الاساسية لاقتصاديات الخدمات الصحية

اقتصاديات الخدمات الصحية

مفاهيم عامة حول ماهية الخدمات الصحية

- ❖ النظام الصحي عبارة عن سلسلة متكاملة تبدأ بالخدمات الأولية ثم تتدرج لمستويات أكثر تخصصا.
- ❖ شروط كفاءة النظام:
  - التكامل والتعاون مقدمي الخدمات.
  - اتباع معايير موحدة للجودة.
  - ضمان استمرارية الخدمات للمرضى.

مفاهيم حول اقتصاد الخدمات الصحية

- ❖ مجال اقتصاديات الصحة فرع حديث من علم الاقتصاد.
- ❖ يستمد أسسه النظرية من مجالات متعددة مثل: التأمين، التمويل، التنظيم، سوق العمل، المالية العامة
- ❖ يطبق المبادئ الاقتصادية لتحليل القضايا الصحية.
- ❖ يوفر أدوات تحليلية لتقييم مثل: الكفاءة الاقتصادية للسياسات الصحية.

اقتصاد الخدمات الصحية حسب مبادئ الاقتصاد الكلي

- ❖ تأثير الاقتصاد الكلي على القطاع الصحي: الإنفاق العام، التضخم، السياسة الضريبية يؤثرن على تمويل الصحة، سعر الصرف يحدد تكلفة المستلزمات الطبية (أدوية، لقاحات).
- ❖ الصحة كمحرك للنمو الاقتصادي: (منحنى بريستون) يظهر علاقة طردية بين مؤشرات الصحة والدخل القومي، التقارب في مؤشرات الصحة بين الدول أسرع من التقارب في النمو الاقتصادي بينهم.
- ❖ تحديات النمذجة الاقتصادية الكلية: صعوبة تحديد السببية بين الصحة والنمو بسبب التأثيرات المتبادلة.

تمويل الخدمات الصحية

- ❖ تحديات التمويل الصحي العالمي: ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، زيادة الطلب على الخدمات.
- ❖ آليات التمويل الرئيسية: الميزانيات الحكومية، التأمين الصحي الاجتماعي، القطاع الخاص، المساعدات الدولية
- ❖ اختلاف الأنظمة حسب مستوى الدخل: الدول الغنية لها أنظمة تأمين متطورة وتعاني من مشكلة ارتفاع التكاليف، الدول الفقيرة تعاني من نقص الموارد والاعتماد على مساعدات خارجية.

التأمين الصحي

- ❖ أهدافه: تغطية تكاليف الخدمات الصحية، تخفيف العبء المالي على الأفراد.
- ❖ التأثير الاقتصادي للتأمين الصحي: زيادة إنتاجية القوى العاملة، تقليل الفقر الناتج عن النفقات الصحية الكارثية.
- ❖ تحديات التي تواجه التأمين الصحي: عدم تماثل المعلومات، الاختيار السلبي، صعوبة التوزيع العادل للخدمات.

التحليل الاقتصادي الجزئي للخدمات الصحية

- ❖ يتميز السوق الصحي بالتدخل الحكومي، عدم التماثل في المعلومات، والطلب غير المنتظم.
- ❖ الطلب على الخدمات الصحية: حسب نظرية غروسمان الصحة استثمار (زيادة الإنتاجية) وسلعة استهلاكية (تحسين الرفاهية) ويصعب التنبؤ به.
- ❖ تحديات العرض الصحي: الأطباء يتحكمون في القرارات العلاجية، التكاليف الطبية العالية قد تقلل العرض.
- ❖ دور الحكومة: تنظيم الأسعار، التفاوض مع مقدمي الخدمة (خاصة في التأمين الصحي العام).
- ❖ التوازن في السوق الصحي يحتاج سياسات توازن بين الكفاءة والعدالة.

تقييم الكفاءة الاقتصادية للخدمات الصحية

- ❖ أدوات تحليل الكفاءة الاقتصادية للخدمات الصحية:
  - تحليل التكلفة–الفعالية (يقيس النتائج الصحية مثل سنوات العمر).
  - تحليل التكلفة–المنفعة (مقارنة المالية بين البدائل).
  - تحليل تخفيض التكاليف (عند تشابه النتائج).
  - تحليل التكلفة–الفائدة (يشمل التكاليف والفوائد المباشرة وغير المباشرة).

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على العناصر المكونة لموضوع اقتصاديات الخدمات الصحية

II–3. المبحث الثاني: النمو الاقتصادي والتنمية الصحية المستدامة

II–3–1. مقدمة المبحث الثاني

أصبح تحقيق النمو الاقتصادي والسعي لتحقيق التنمية الصحية المستدامة هدفا أساسيا لضمان التطور الاقتصادي والاجتماعي، فالصحة تعتبر شرط أساسي للتنمية الاقتصادية الشاملة، إذ لا يمكن لأي مجتمع أن يزدهر اقتصاديا دون توفير الخدمات الصحية للأفراد والمجتمع وفي المقابل، يعتمد تطور القطاع الصحي وجودة الخدمات العلاجية والوقائية على مدى تطور مؤشرات الاقتصاد المحلي وقدرته على توفير الموارد المادية اللازمة للاستثمار في البنية التحتية الصحية والبحث العلمي في المجال الصحي، حيث أثبتت التجارب الدولية أن الدول التي استطاعت تحقيق نمو اقتصادي مستدام هي نفسها التي أولت اهتماما كبيرا بالقطاع الصحي، سواء عبر توفير أنظمة خدمات الصحية الشاملة أو من خلال دعم البحوث الطبية، فالصحة الجيدة كما سبق تعزز إنتاجية الأفراد و تقلل من معدلات الفقر والبطالة، وتساهم في جلب الاستثمارات الخارجية، مما يساهم في تحقيق النمو والرفاه، وفي المقابل يؤدي ضعف النظام الصحي إلى عواقب اقتصادية قد تكون وخيمة، مثل انخفاض القوى العاملة وارتفاع تكاليف العلاج، مما يثقل كاهل الحكومات والأسر على حد سواء، مما يستوجب تبني سياسات شاملة تعالج التحديات القاعدية، مثل الفجوات في التمويل الصحي، ونقص البنية التحتية، ونقص الأطقم الطبية المؤهلة كما يتطلب الأمر تعزيز التعاون بين القطاعين العام والخاص، التنمية الحقيقية هي تلك التي تجمع بين النمو الاقتصادي والعدالة الاجتماعية.

II–3–2. المطلب الأول: مفاهيم عامة حول التنمية المستدامة

II–3–2–1. مفهوم التنمية المستدامة

جاء مفهوم التنمية المستدامة حسب موقع الأمم المتحدة بأنها تفي باحتياجات الحاضر دون الإضرار بقدرة أجيال المستقبل على الوفاء باحتياجاتها الخاصة .(The United Nations, 2025)، وحسب منظمة الصحة العالمية تعد أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر، والمعروفة أيضا باسم الأهداف العالمية، جزءا هامها من البرنامج الشامل للتنمية المستدامة العالمية حتى عام 2030، وتستند أهداف التنمية المستدامة إلى مواصلة مكافحة الفقر والجوع والتركيز على حقوق

الإنسان، والسعي لتحقيق المساواة بين الجنسين، وتضم هذه الأهداف الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة (الاقتصادية والاجتماعية والبيئية)، تنص أهداف التنمية المستدامة التي تستند إلى 169 غاية، بأن القضاء على الفقر وعدم المساواة، وتحقيق نمو اقتصادي شامل، والحفاظ على الكوكب، مرتبطة ارتباطا وثيقا ليس فقط ببعضها البعض، بل أيضا بصحة السكان وأن العلاقات بينها ديناميكية ومتبادلة.(World Health Organization, 2017) ، وحسب التقرير السنوي لمجموعة البنك الدولي تعرف التنمية المستدامة على أنها عملية تنموية متكاملة تهدف إلى تحقيق تقدم اقتصادي واجتماعي وبيئي متوازن، مع ضمان استمرارية هذا التقدم للأجيال المستقبلية، حيث تعتمد هذه العملية على تعزيز النمو الاقتصادي الشامل الذي يحد من نسب الفقر ويدعم الرخاء المشترك، مع التركيز على العدالة وشمول الفئات الأكثر ضعفا وحرمانا، كما تشمل الاستثمار في الراس المال البشري من خلال تحسين الخدمات الأساسية كالصحة والتعليم، وتسعى التنمية المستدامة أيضا إلى تعزيز الصمود أمام التحديات العالمية مثل تغير المناخ والكوارث الطبيعية والأزمات المالية والصراعات، وذلك عبر تطوير بنية تحتية مرنة واعتماد سياسات مستدامة تحافظ على المكاسب التنموية على المدى الطويل، وتعتمد التنمية المستدامة أيضا على التعاون الدولي وبناء الشراكات لتعبئة الموارد المالية والمعرفية، وتنسيق الجهود لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المبرمجة لسنة 2030،كما تتطلب تنسيقا محكما يربط بين مختلف القطاعات كالنقل والطاقة والصحة لمواجهة التحديات الحديثة.(World Bank Group, 2024) .

وحسب صندوق النقد الدولي فإن البلدان الأعضاء في الأمم المتحدة أقرت عام 2015 أهداف التنمية المستدامة وحظيت بدعم كامل من قبل صندوق النقد الدولي. من خلال اعتماد هذه الأهداف الإنمائية العالمية في تنفيذ جدول أعمال التنمية العالمية حتى نهاية عام 2030، وقد حلت أهداف التنمية المستدامة محل الأهداف الإنمائية للألفية، وتعد أوسع نطاقا من سابقتها وتعكس المفهوم الذي يربط التنمية بالاستدامة الاقتصادية والاجتماعية والبيئية (International Monetary Fund, 2025)، وحسب منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية يضم برنامج التنمية المستدامة لعام 2030 سبعة عشر هدفا للتنمية المستدامة، تتضمن تحقيق غايات وأهداف ملموسة تلزم جميع الدول بالسعي لتحقيقها، وتهدف إلى تحسين حياة الناس في جميع أنحاء العالم، وتعزيز الرخاء وحماية كوكب الأرض، ولدعم هذا المسعى العالمي تساعد منظمة

التعاون الاقتصادي والتنمية الدول على وضع استراتيجيات، وتعزيز أطر الحوكمة، وقياس التقدم المحرز نحو تحقيق هذه الأهداف.(OECD, 2025)

تهدف التنمية المستدامة إلى تلبية احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها الخاصة، مع الحفاظ على التوازن بين النمو الاقتصادي وحماية البيئة وضمان العدالة الاجتماعية، وتعتمد على استخدام الموارد بشكل عقلاني خصوصا في قطاع الطاقة، لتجنب استنزافها والحد من الآثار البيئية السلبية مثل الانبعاثات الكربونية والاحتباس الحراري، ولا تقتصر التنمية المستدامة على الجانب البيئي فحسب بل تمتد لربط الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية، حيث تسعى إلى تحقيق نمو اقتصادي متواصل و مستقر مع ضمان حماية الموارد الطبيعية وجودة الحياة للأجيال الحالية والمستقبلية. (Abdeen , 2007, pp. 2266-2267)

تتضمن تعريفات التنمية المستدامة عنصرين أساسيين وهما التنمية وتشمل النمو الاقتصادي، والاحتياجات الأساسية، والحقوق وما إلى ذلك، والاستدامة والتي تضمن توفر هذه المميزات للمدى الطويل، ومن أهم التعاريف التي تناولت مفهوم التنمية نجد تقرير اللجنة العالمية المعنية بالبيئة والتنمية بعنوان مستقبلنا المشترك (1987)، الذي تضمن التعريف الموجز للتنمية المستدامة "ضمان أن تلبي التنمية احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها الخاصة" (Mitlin, 2012, p. 112)

تم اقتراح برنامج للتنمية العالمية من قبل أعضاء الأمم المتحدة والسعي في تحقيقها بحلول سنة2030، حيث تم الاتفاق على 17 هدفا وسميت هذه الأهداف السبعة عشر بأهداف التنمية المستدامة، وهي أهداف تتميز بالشمولية، ويمكن اختصار المراحل التي سبقت الاتفاق على هذه الأهداف في ثلاث محطات مهمة:

- سنة 2012 قدمت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بريو دي جانيرو عرض جدول أعمال عالمي من أجل التنمية المستدامة، واتفقوا على وثيقة بعنوان "المستقبل الذي نريده" وتعرف أيضا باسم **ريو +20**.[11]

[11] نتج عن مؤتمر الأمم المتحدة لعام 2012 حول التنمية المستدامة في ريو (المعروف أيضا باسم **ريو +20**) وثيقة تحتوي على خطوات واضحة وعملية لتنفيذ التنمية المستدامة، وقررت الدول الأعضاء في المؤتمر إطلاق عملية لوضع مجموعة من أهداف التنمية المستدامة، والعمل على بناء الأهداف الإنمائية للألفية والتركيز على أجندة التنمية لما بعد عام 2015. (the United Nations, 2012)

❖ في 2015 توصلت جميع الدول إلى توافق حول بيان بعنوان تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

❖ تم تبني خطة استشرافية لعام 2030 في 25 سبتمبر 2015، في قمة للأمم المتحدة حضرها أكثر من 150 رئيس دولة وتشمل 17 هدفا من أهداف التنمية المستدامة، تدعم 169 مقصدا، ضمن أجندة 2030 والتوافق حول توصيات للطريقة التي يجب أن تسير بها الدول في تنفيذ الأهداف. (ساسي، 2021، الصفحات 63-64)

من التعاريف السابقة يمكن استخلاص أن مفهوم التنمية المستدامة يشير إلى أنها برنامج تنموي متكامل يهدف إلى تحقيق التوازن بين متطلبات النمو الاقتصادي والسعي لتحقيق العدالة الاجتماعية وحماية البيئة من خلال تلبية احتياجات الأجيال الحالية ودون المساس بقدرة الأجيال المقبلة على تلبية احتياجاتها الخاصة، وتطور هذا المفهوم ليشمل ثلاثة أبعاد رئيسية: اقتصاديا عبر تعزيز النمو الاقتصادي الشامل والمستدام، واجتماعيا عبر تحقيق المساواة وتحسين الخدمات الأساسية مثل الصحة والتعليم، وبيئيا عبر الحفاظ على الموارد الطبيعية والحد من التلوث والتغير المناخي، لا تقتصر التنمية المستدامة على السياسات الحكومية فحسب بل تشمل أيضا دور القطاع الخاص والمجتمع المدني في تبني ممارسات مستدامة، مثل استخدام التكنولوجيا النظيفة واعتماد أنماط إنتاج واستهلاك رشيدة و مسؤولة، وتمثل التنمية المستدامة رؤية شاملة لتحقيق الرفاه البشري في حدود الموارد المتاحة والاستغلال العقلاني لها.

II-3-2-2. أبعاد التنمية المستدامة

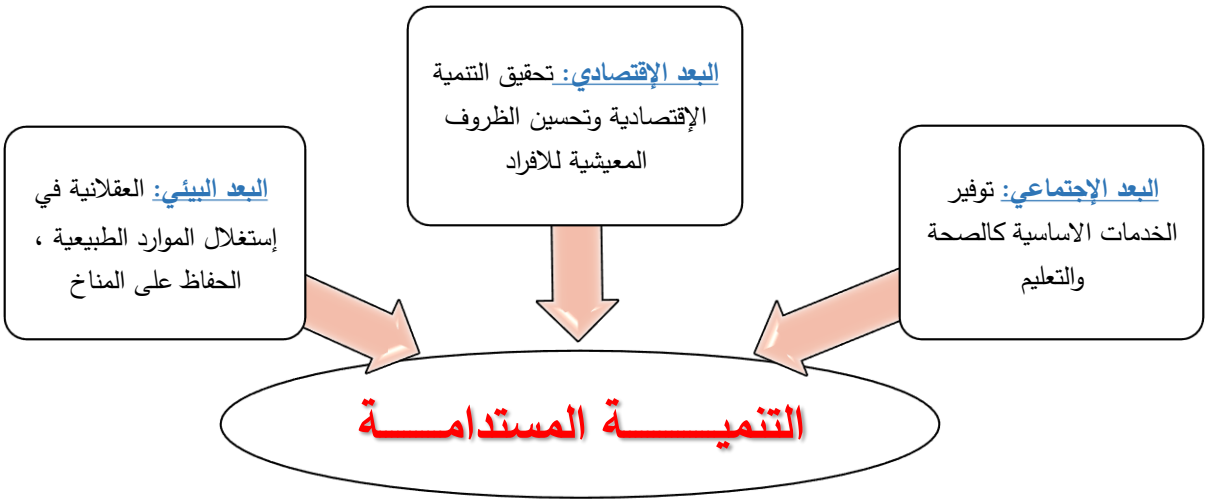
من خلال المفاهيم السابقة للتنمية المستدامة يتبين أنها تسعى للتوفيق بين التنمية الاجتماعية والاقتصادية ومراعاة حماية البيئة في إطار يتضمن تلبية حاجيات الأجيال الحاضرة والأجيال المستقبلية، وللتنمية المستدامة أبعاد أساسية تتعلق بالجانب الاقتصادي، الاجتماعي والبيئي.

❖ **الجانب الاقتصادي:** يشير إلى تحقيق الرفاهية الاقتصادية ويظهر ذلك من خلال الإصلاحات الاقتصادية ودفع عجلة التنمية في المناطق المحرومة والرفع من مستوى دخل الأفراد.

❖ **الجانب البيئي:** يركز على الاستغلال العقلاني دون استنزاف الموارد الطبيعية المتاحة مع مراعاة احتياجات الأجيال المستقبلية والتقليل من نسب التلوث البيئي والحفاظ على المناخ بصفة عامة.

❖ **الجانب الاجتماعي:** يركز على العدالة الاجتماعية ومكافحة الفقر وتوفير الخدمات الاجتماعية كالتعليم الأساسي والصحة و تطبيق مبادئ الحكومة والشفافية والحماية الاجتماعية.(العربي و سميحة ، 2020، الصفحات 127-131).

الشكل رقم:13 مخطط توضيحي لأبعاد التنمية المستدامة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على جوانب التنمية المستدامة

II-3-2-3. أهداف التنمية المستدامة

تم الاتفاق بين جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في عام 2015 على أهداف التنمية المستدامة، والتي تعرف أيضا باسم الأهداف العالمية، باعتبارها دعوة عالمية للعمل على إنهاء الفقر وحماية الكوكب وضمان تمتع جميع الأفراد بالسلام والازدهار بحلول عام 2030، حيث تعتبر أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر متكاملة مما يعني أن العمل في مجال ما سيؤثر على النتائج في مجالات أخرى ، وأن التنمية يجب أن توازن بين الاستدامة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، حيث التزمت جميع البلدان الأعضاء بتسريع وتيرة التنمية في الدول التي تعاني من التأخر في التنمية بشتى جوانبها، مما يعني أن أهداف التنمية المستدامة مصممة لجعل العالم يحارب العديد من أوجه المعاناة والتخلف ، بما في ذلك الفقر المدقع والجوع والأمراض المستعصية والمعدية والحرمان، بالاعتماد على الإبداع والمعرفة والتكنولوجيا والموارد المالية المتاحة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في كل الجوانب. (United Nations Development Programme, 2025)، أهداف التنمية المستدامة موضحة في الشكل التالي:

الشكل رقم:14 مخطط توضيحي لأهداف التنمية المستدامة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على أهداف التنمية المستدامة (UNDP, 2025)

II-3-2-4. واقع التنمية المستدامة بالجزائر

سطرت الجزائر برامج تنموية تمس مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية بالرغم من الصعوبات المتمثلة في الوضع الاقتصادي الريعي الذي يجعله عرضة للصدمات والأزمات المالية والاقتصادية ، والظروف الاجتماعية المتدهورة ببعض المناطق الداخلية تشهد معدلات ملحوظة من الفقر والحرمان وأيضا نقص التعليم والمرافق الصحية لتوفير الرعاية الصحية الأولية ، وفيما يخص الجانب البيئي فالجزائر وبحكم الموقع الاستراتيجي تملك احتياطي مهم من الموارد الأولية أهمها الموارد الطاقوية (مومن و الوافي، 2021، الصفحات 469-471)، هذا ما يستوجب بذل المزيد من الجهود لتحقيق تنمية مستدامة تشمل جميع الجوانب الاقتصادية الاجتماعية والبيئية.

II-3-2-5. واقع التنمية المستدامة بالجزائر حسب البعد الاقتصادي

تبنت الجزائر برامج إصلاحية عديدة محاولة منها لتحسين الوضع الاقتصادي، حيث شهدت الجزائر مرحلتين أساسيتين لتحقيق التنمية الاقتصادية ، مرحلة القرار المستقل خلال الفترة 1962-1993 والتي تميزت بارتفاع أسعار البترول وثباته حتى سنة 1981جعل الحكومة الجزائرية تتبنى توجه اشتراكي في تسيير المؤسسات العامة بالإضافة إلى تبني سياسة الدعم والحماية الاجتماعية المطلقة، تلتها مرحلة القرار الغير المستقل ابتداء من سنة 1993 بسبب الأوضاع الاقتصادية الغير مستقرة المتمثلة في انهيار أسعار البترول والأوضاع السياسية الصعبة، دفعت الدولة الجزائرية إلى تبني إصلاحات أبرزها إعادة جدولة الديون الخارجية بتوصيات من الصندوق الدولي والبنك. (بوقصة، 2018، الصفحات 84-87)

هذا ما يبينه الجدول (02) الذي يوضح تطور الدين الخارجي للمدى القصير، المتوسط والبعيد للجزائر حسب موقع بنك الجزائر (Bank Of Algeria, 2022)، حيث يلاحظ أن مجموع الدين الخارجي شهد نقصا ملحوظا في بداية سنوات الألفية ومرد ذلك لانتعاش أسعار البترول من جهة، وأيضا كنتيجة لسياسة الإصلاحات الاقتصادية المنتهجة خلال فترة أواخر التسعينيات.

الجدول رقم:02 تطور الدين الخارجي للمدى القصير، المتوسط والبعيد للجزائر

السنوات	الدين قصير المدى	الدين متوسط وطويل المدى	المجموع
2000	233.96	25303.94	**25537.90**
2003	145.51	23543.68	**23689.19**
2006	588.73	5438.05	**6026.78**
2009	1571.64	4220.55	**5792.19**
2012	1204.85	2536.67	**3741.52**
2015	1823.25	1180.17	**3003.42**
2018	2319.11	1687.00	**4006.11**
2021	1597.00	1473.00	**3070.00**
2023	1913.00	1273.00	**3186.00**

الوحدة مليون دولار أمريكي

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات موقع بنك الجزائر، إحصائيات الدين الخارجي للفترة 2000-2023

II-3-2-6. واقع التنمية المستدامة بالجزائر حسب البعد البيئي

تتمثل العملية التنموية بالجانب البيئي في المحافظة على بيئة نظيفة والتقليل من التلوث، لذا كان من المهم إدراج البعد البيئي لتحقيق التنمية المستدامة والتحضير للانتقال الطاقوي من خلال المخطط الوطني الاستشرافي للبيئة والتنمية المستدامة 2030 (عموري و تراكة، 2021، صفحة 181)، والتقليل من استهلاك الوقود الأحفوري، وتشير الإحصائيات حسب الجدول(03) إلى أن الاقتصاد الجزائري يعتمد بصفة كلية على الطاقة الأحفورية (World Bank Group, 2025) حيث نسبة الاعتماد على الطاقة الأحفورية شبه كلي من إجمالي استهلاك الطاقة (في حدود 99%) ، مقارنة مع استهلاك الطاقات البديلة (World Bank Group, 2025)التي لم تتراوح نسبتها 0.1 %، وهذا ما يفسره انبعاث غاز ثنائي الكربون المتزايد (World Bank Group, 2024)، والذي يأثر بشكل مباشر على المناخ ويزيد من تلوث الهواء .

الجدول رقم:03 بعض مؤشرات البعد البيئي للتنمية المستدامة في الجزائر

السنوات	نسبة استهلاك طاقة الوقود الأحفوري	نسبة الطاقة البديلة والطاقة النووية	انبعاثco2
2000	%99.80	%0.00	6.20
2003	%99.70	%0.10	7.00
2006	%99.70	%0.10	8.70
2009	%99.80	%0.10	9.80
2012	%99.90	%0.10	10.10
2015	%100.00	%0.00	10.80
2018	%99.90	%0.10	12.70
2021	%100.00	%0.10	15.90
2022	%100.00	%0.10	16.50

الوحدة مليون طن

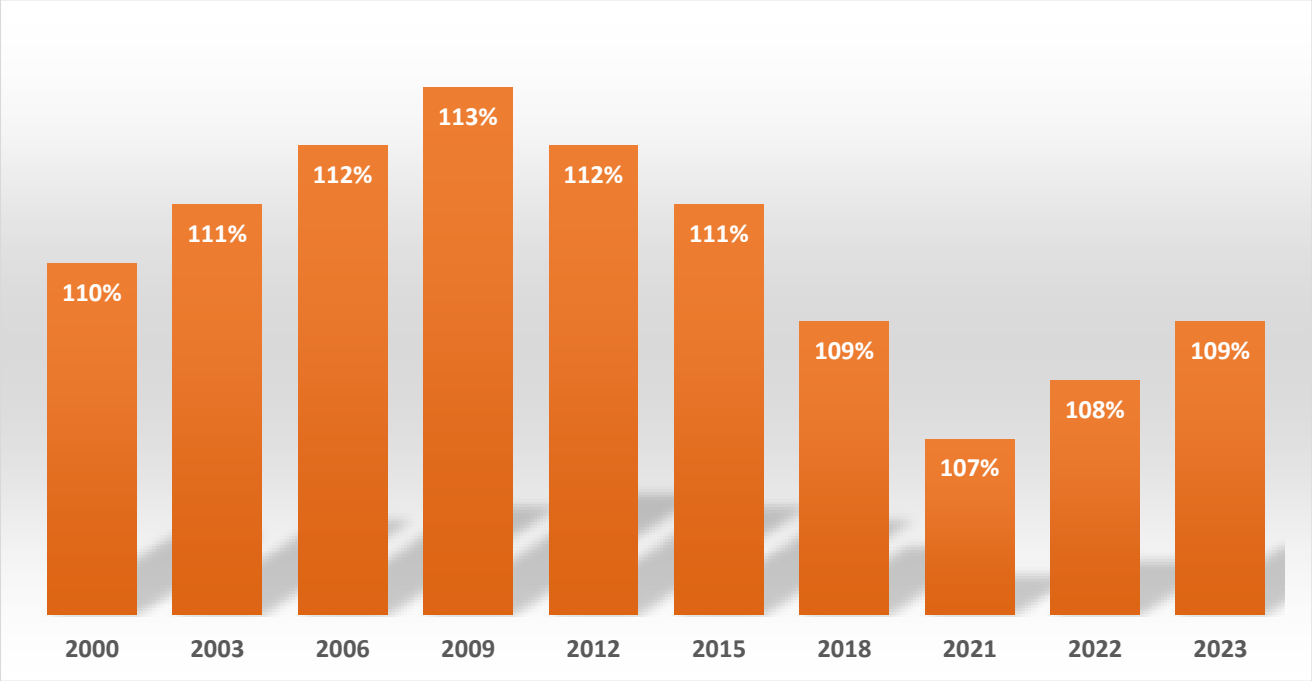
المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات موقع مجموعة البنك الدولي، إحصائيات الجزائر للفترة 2000-2022

II-3-2-7. واقع التنمية المستدامة بالجزائر حسب البعد الاجتماعي

ويتمثل في الحالة الاجتماعية المتعلقة برفاهية السكان ، فالتنمية الاجتماعية تتعلق بالعنصر البشري وتسعى إلى تحقيق مستويات لائقة من الرفاهية المادية والمعنوية والصحية والاستقرار الاجتماعي وتحقيق العدالة وترقية المستوى العلمي للسكان (لعرابي، 2022، صفحة 149) ، والجزائر من البلدان التي قطعت أشواطا معتبرة في تحقيق التنمية الاجتماعية المستدامة من خلال تحسين مستوى التعليم ومحاولة الرفع من الخدمات الصحية المقدمة بالإضافة إلى التقليل من مستويات الفقر

والتقليل من نسب البطالة ، وتعزيز الأمن، وهذا ما يوضحه الشكل(15) ، حيث يتبين أن نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي[12] (World Bank Group, 2024)في زيادة مستمرة وسجلت في العموم نسب متقدمة، ويرجع هذا التحسن إلى الجهود المبذولة من خلال البنى التحتية التربوية المهمة و توفير الموارد البشرية ، والحث على إجبارية التعليم خصوصا التعليم الأساسي (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2010، الصفحات 05-06).

الشكل رقم:15 نسبة الالتحاق الإجمالي لمرحلة التعليم الابتدائي للجزائر



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات موقع مجموعة البنك الدولي، إحصائيات الجزائر للفترة 2000-2023

مما سبق يتبين أن مفهوم التنمية المستدامة يعني تلبية احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال القادمة، ويضم ثلاثة أبعاد رئيسية: اقتصادي، اجتماعي، وبيئي، حيث اعتمدت الأمم المتحدة عام 2015 أهداف التنمية المستدامة (17 هدفا) كخريطة طريق عالمية حتى 2030.

[12] **نسبة الالتحاق الإجمالي بمرحلة التعليم الابتدائي** هو إجمالي عدد التلاميذ الملتحقين بالتعليم الابتدائي، بصرف النظر عن السن، معبرا عنه كنسبة مئوية من السكان في السن الرسمي للالتحاق بالتعليم الابتدائي، ويمكن أن تتجاوز نسبة الالتحاق الإجمالي 100 في المائة بسبب قيد الأطفال الذين تخطوا العمر المدرسي المقرر والأطفال الذين لم يبلغوا العمر المدرسي المقرر في سن متأخرة أو مبكرة أو بسبب إعادتهم الصفوف.
(UNESCO, World Bank Group, 2024)

في الجزائر تظهر التنمية المستدامة تباينا بين القطاعات: اقتصاديا تعتمد على النفط مع تحسن في الدين الخارجي، وبيئيا تعاني من اعتماد كامل على الوقود الأحفوري، واجتماعيا تحسنت مؤشرات التعليم، مما يتطلب سياسات متكاملة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، من خلال الانتقال للطاقات المتجددة والسعي لجلب الشراكات الدولية.

II-3-3. المطلب الثاني: مفاهيم عامة حول النمو الاقتصادي

يعتبر النمو الاقتصادي من الأهداف الهامة التي تسعى لتحقيقها مختلف الدول، إذ يعد أحد الشروط الضرورية لتحسين المستوى المعيشي للمجتمعات، كما يعد مؤشرا من مؤشرات تطورها، ويرتبط النمو الاقتصادي بمجموعة من العوامل الجوهرية، كعامل توفر المؤسسات ذات الكفاءة العالية، الحكم الراشد، البحث العلمي، الصحة والتعليم.

II-3-3-1. مفهوم النمو الاقتصادي

يشير النمو الاقتصادي إلى زيادة حجم اقتصاد بلد ما على مدار فترات زمنية معينة ويقاس حجم الاقتصاد عادة بإجمالي إنتاج السلع والخدمات، وهو ما يسمى الناتج المحلي الإجمالي (GDP)، ويمكن قياس النمو الاقتصادي بالقيمة "الاسمية" أو "الحقيقية" حيث يشير النمو الاقتصادي الاسمي إلى زيادة قيمة الإنتاج بالعملة الصعبة ويشمل التغيرات في كل من حجم الإنتاج وأسعار السلع والخدمات المنتجة، أما النمو الاقتصادي الحقيقي فيشير إلى الزيادة في حجم الإنتاج فقط، مما يزيل تأثير تغير الأسعار ويرجع ذلك إلى أنه يعكس بشكل أفضل مقدار إنتاج بلد ما في وقت معين، مقارنة بفترات زمنية أخرى. (Reserve Bank of Australia, 2025)

النمو الاقتصادي هو زيادة في إنتاج السلع والخدمات الاقتصادية خلال فترة زمنية معينة مقارنة بفترة سابقة، ويمكن قياسه بالقيمة الاسمية أو الحقيقية ويقاس النمو الاقتصادي الكلي عادة بالناتج القومي الإجمالي (GNP) أو الناتج المحلي الإجمالي (GDP)، وتستخدم أحيانا مقاييس بديلة. (THE INVESTOPEDIA TEAM, 2025)

يعتبر النمو الاقتصادي ضروريا وذلك للحفاظ على فرص العمل، وزيادة الإيرادات الضريبية، وتحفيز الاستهلاك، مما يسهم في الحد من عدم المساواة والفقر، مع تحسين الخدمات العامة وجذب الاستثمارات ونتيجة لذلك، تسعى البلدان

ذات معدلات النمو المنخفضة جاهدة إلى تحقيق توسع اقتصادي مستدام ولتحقيق ذلك، هناك عدة عوامل رئيسية منها التنمية المالية، والاستثمار الأجنبي المباشر، وتطوير المؤسسات والبنية التحتية، وتنمية السياحة.

(Sun, Liu, Pan, Wang, & Zhang, 2025, p. 01)

يعرف النمو الاقتصادي بأنه الزيادة المستمرة في الناتج الاقتصادي أو الدخل القومي على المدى الطويل، من خلال عن تفاعل مجموعة من المؤشرات والعوامل، حيث تبرز نظريات النمو الخارجي، مثل نموذج سولو[13] (1956) دور العوامل الخارجية كالتقدم التكنولوجي ونمو القوى العاملة في دفع عجلة النمو، ومن ناحية أخرى تؤكد نظريات النمو الداخلي على أهمية الاستثمار في رأس المال البشري والابتكار والمعرفة كعوامل أساسية من داخل النظام الاقتصادي نفسه، بالإضافة إلى ذلك أصبح النمو الاقتصادي ذو علاقة مباشرة مع البيئية، حيث أصبحت النماذج الحديثة تدمج العوامل البيئية لتحليل العلاقة بين النمو واستنزاف الموارد والتغير المناخي، يمكن القول إن النمو الاقتصادي هو عملية ديناميكية تعتمد على تحسين الإنتاجية من خلال الابتكار والتكنولوجيا ورأس المال البشري، مع ضرورة مراعاة الأبعاد البيئية لضمان استمراريته دون الإضرار بالموارد الطبيعية أو التوازن البيئي.

(M R Palani, Abdulrahman Ahmed, Qader Yaqub, Salih, & Ali Mohammed, 2025, pp. 49-50)

مما سبق يتبين أن النمو الاقتصادي هو عملية زيادة حجم اقتصاد بلد ما عبر الزيادة المستمرة في إنتاج السلع والخدمات، والتي تقاس بمؤشرات اقتصادية مثل الناتج المحلي الإجمالي (GDP) أو الناتج القومي الإجمالي(GNP) ، سواء بالقيمة الاسمية (تشمل التضخم) أو الحقيقية (الأخذ بعين الاعتبار مستوى الاسعار)، ويعتبر النمو الاقتصادي شرطا أساسيا لتحسين المستوى المعيشي، حيث يساهم في خلق فرص عمل وزيادة الدخل، كما يعكس مدى تطور الاقتصاد وقدرته على التكيف مع التحديات المحلية والعالمية، ويعتمد النمو الاقتصادي على مجموعة من العوامل مثل تراكم رأس المال

[13] الهدف من دراسة **سولو** هي أن المرونة في دالة الإنتاج تجعل النظام الاقتصادي أكثر قدرة على التكيف مع التغيرات في معايير النمو (مثل الادخار أو التكنولوجيا)، مما يضمن الوصول إلى مسار نمو مستقر دون حاجة إلى تدخل خارجي، وهذا ما يتناقض مع النماذج السابقة، ويؤسس لفكرة أن الأسواق الحرة قادرة على تحقيق توازن طويل الأجل تلقائيا، هذه الدراسة أصبحت نقطة انطلاقة لبعض نظريات النمو الحديثة، خاصة بعد تطوير ما يعرف باسم **"نموذج سولو للنمو"** (Solow, 1956)

المادي، القوى العاملة، والتقدم التكنولوجي، بالإضافة إلى عوامل حديثة كالابتكار، والحوكمة الرشيدة، والاستثمار الأجنبي المباشر، وتنمية القطاعات الخدمية كالسياحة مثلا، كما أصبح الاهتمام بالبيئة عاملا مهما في نماذج النمو المعاصرة، إن النمو الاقتصادي يتطلب تطبيق سياسات متكاملة تعمل على تعزيز الكفاءة الإنتاجية والعدالة الاجتماعية والسعي لتطبيق مبادئ الحوكمة الرشيدة لمجابهة الأزمات الاقتصادية وبالتالي فإن النمو الاقتصادي لا يرتبط فقط بالإحصائيات، بل هو وسيلة لتحقيق التنمية الشاملة.

II-3-3-2. أنواع النمو الاقتصادي

إن اقتصاد أي بلد ما يمكن أن ينمو بطريقة توسعية شاملة باستعمال موارد أكثر، ويمكن أن ينمو بطريقة تكثيفية باستعمال نفس الكمية من الموارد ولكن بطريقة فعالة جدا، أي بطريقة أكثر إنتاجية وعليه يمكن تمييز نوعين من النمو الاقتصادي:

❖ **النمو الشامل:** يقوم النمو التوسعي على نمو العوامل الإنتاج التقليدية، وهو يعني زيادة كميات عوامل الإنتاج، بمعنى أن النمو الاقتصادي يسمى نموا توسعيا لما يزيد الناتج الحقيقي بشمل نسبي مع استعمال عوامل الإنتاج بدون مجهود حقيقي في إنتاجية عوامل الإنتاج، ويتحقق هذا النوع عندما ينمو إنتاج دولة ما مقيسا بالناتج الوطني الحقيقي، بمعنى أن الدولة قد تحقق نموا اقتصاديا موسعا حتى ولو لم يرتفع نصيب الفرد من الناتج الوطني[14].

❖ **النمو المكثف:** يعتمد النمو المكثف على نمو الإنتاجية أي زيادة كفاءة عوامل الإنتاج (التنظيم الجيد للعمل)، وبمعنى أخر إن التحسن الدائم لإنتاجية عوامل الإنتاج سيسمح بتحقيق نمو مكثف وفي هذه الحالة يؤدي التقدم التقني دورا أساسيا، ويمكن أن يكون التقدم التقني فعل خارجي للاقتصاد أو نتيجة للنشاط الاقتصادي نفسه مثلا الارتباط ما بين نفقات البحث والتطوير الابتكار وزيادة الإنتاجية، وعليه فالنمو الاقتصادي المكثف هو نتيجة التحسين في فعالية التنظيم

[14] **نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي** هو حاصل قسمة إجمالي الناتج المحلي على عدد السكان في منتصف العام، وإجمالي الناتج المحلي هو عبارة عن مجموع إجمالي القيمة المضافة من جانب جميع المنتجين المقيمين بالإضافة إلى أي ضرائب على المنتجات مع نقص أي إعانات غير مشمولة في قيمة المنتجات، ويتم حسابه بدون اقتطاع قيمة اهتلاك الأصول المصنعة أو أي خصوم بسبب نضوب وتدهور الموارد الطبيعية.(World Bank Group, 2025)

والتنسيق الإنتاجي معنى ذلك تحقيق القيمة المضافة بدون أن يكون هناك إجبار في زيادة كميات عوامل الإنتاج المستعملة، ويمكن أن يتحقق هذا النوع من النمو من خلال تنمية السلع والخدمات المتاحة للفرد، وعليه فإن نصيب الفرد من الناتج الوطني هو معيار النمو المكثف. (محمودي و بركان، 2016، الصفحات 261-262)

II-3-3-3. قياس النمو الاقتصادي

يعتبر الناتج المحلي الإجمالي (GDP) المؤشر الأكثر شيوعا لقياس النمو الاقتصادي، ويضم الناتج المحلي الإجمالي الاسمي (هو القيمة السلع والخدمات المنتجة بالعملة الصعبة (الدولار))، ويعتمد على حجم الإنتاج وأسعاره، أما الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي فيظهر حجم الإنتاج فقط، ويحسب الناتج المحلي الإجمالي بجمع جميع الأموال التي ينفقها المستهلكون والشركات والحكومة خلال فترة زمنية محددة (عادة ما تكون سنة واحدة)، حسب الصيغة التالية:

$$GDP=C+I+G+(X-M)$$

حيث:

C : **الاستهلاك الخاص** : إنفاق الأفراد الاسر على السلع والخدمات الأساسية والكمالية.

I : **الاستثمار** : إنفاق الشركات على الآلات والمباني والبحث والتطوير.

G : **الإنفاق الحكومي** : ما تنفقه الحكومة على الصحة والتعليم والدفاع (لا يشمل التحويلات مثل المعاشات).

X : **الصادرات** : قيمة السلع والخدمات المباعة للخارج.

M : **الواردات** : قيمة السلع والخدمات المشتراة من الخارج.

-هناك ثلاث طرق مختلفة لقياس الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي:

❖ **النمو الفصلي بمعدل سنوي**: يتناول هذا النموذج التغير في الناتج المحلي الإجمالي من ربع إلى آخر، والذي يجمع بعد ذلك في معدل سنوي.

❖ **معدل النمو على أساس ربع سنوي أو سنوي**: يقارن هذا المعدل الناتج المحلي الإجمالي لربع واحد من عامين

متتاليين كنسبة مئوية. وغالبا ما تستخدمه الشركات لتعويض آثار التغيرات الموسمية.

❖ **متوسط معدل النمو السنوي**: هو متوسط التغيرات في كل ربع من الأرباع الأربعة. ويكون متوسط معدل النمو السنوي للسنة.

هناك بدائل لمؤشر الناتج المحلي الإجمالي لقياس النمو الاقتصادي حيث يستخدم البنك الدولي نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي، بما في ذلك الدخل الذي يحوله الأفراد في الخارج لقياس النمو الاقتصادي، وتصنيف الدول لأغراض تحليلية، وتحديد أهليتها عند طلب الاقتراض. (THE INVESTOPEDIA TEAM, 2025)

-يعتبر أيضا مؤشر الناتج القومي الإجمالي (GNP) مقياسا للنمو الاقتصادي حيث يعتبر القيمة السوقية الإجمالية لجميع السلع والخدمات النهائية التي ينتجها مواطنو دولة ما بغض النظر عن مكان إنتاجهم ومن أهم مميزاته:

❖ يركز على الأفراد أو الشركات مملوكة لمواطني الدولة، وليس على موقع الإنتاج.

❖ يشمل الدخل الذي يحققه المواطنون والشركات الوطنية من الاستثمارات خارج البلاد، ويستثني الدخل الذي يحققه الأجانب داخل الدولة.

يحسب الناتج القومي الإجمالي باستخدام الصيغة التالية: **صافي الدخل من الخارج +GNP=GDP**

II-3-3-4. محددات النمو الاقتصادي

يعتبر النمو الاقتصادي عاملا مهما لتحسين جودة الحياة والرخاء، وتحقيق النمو الإقتصادي يتطلب تفاعل معقد بين عوامل الاقتصاد الكلي، مثل التضخم، أسعار الفائدة، الاستثمار الأجنبي المباشر، والإنفاق الأسري.

(Bazaluk, et al., 2025, p. 136)

تختلف النظريات الاقتصادية في تحديد العوامل المؤثرة في النمو الاقتصادي، والتي تشمل متغيرات على المستوى الجزئي (مثل عناصر الإنتاج) ومتغيرات على المستوى الكلي (مثل توفر الموارد الطبيعية)، حيث تلعب السياسات الاقتصادية دورا مهما في تعزيز النمو الاقتصادي واستدامته، ومن أبرز هذه العوامل نجد:

❖ **نفقات التجهيز والاستثمار:**

تضم تكوين رأس المال الثابت (الآلات، المباني، البنية التحتية)، ولها تأثير إيجابي على النمو الاقتصادي.

❖ **نفقات التسيير (الاستهلاك الحكومي):**

يختلف تأثير الاستهلاك الحكومي على النمو الاقتصادي سلبيا بسبب زيادة العجز المالي بسبب زيادة التكاليف، أو يكون تأثيره إيجابيا عند تحفيزه الطلب المحلي.

❖ **الانفتاح التجاري:**

يقاس بالمؤشر التالي: (**الصادرات + الواردات**) / **الناتج المحلي الإجمالي**، ويرتبط إيجابا بالنمو الاقتصادي، خاصة في الاقتصادات المعتمدة على التصدير لخلق القيمة المضافة.

❖ **تطور القطاع المالي:**

يقاس بحجم القروض المقدمة للقطاع الخاص كنسبة من الناتج المحلي، وله علاقة إيجابية مع النمو الاقتصادي.

❖ **التضخم:**

يؤدي ارتفاع التضخم إلى انخفاض النمو بسبب تراجع القوة الشرائية والإنتاج في حالة زيادة عناصر الإنتاج المستوردة.

❖ **أسعار النفط:**

في الاقتصادات الريعية (مثل الجزائر)، تؤثر أسعار النفط إيجابا في النمو الاقتصادي عبر زيادة الإيرادات العامة والاستثمارات، إلا أنه وجب تنويع مصادر الدخل لتفادي الأزمات الاقتصادية. (مسعودي و عزي، 2019، الصفحات 120-121)

❖ **المحددات الاجتماعية (الوضع الصحي):**

تشير العلاقة الإحصائية إلى أن تحسين الصحة من خلال زيادة متوسط العمر المتوقع يعزز النمو الاقتصادي، وأيضا انخفاض معدل الوفيات يرتبط بارتفاع معدلات النمو الإقتصادي. (Barro, 2003, p. 245)

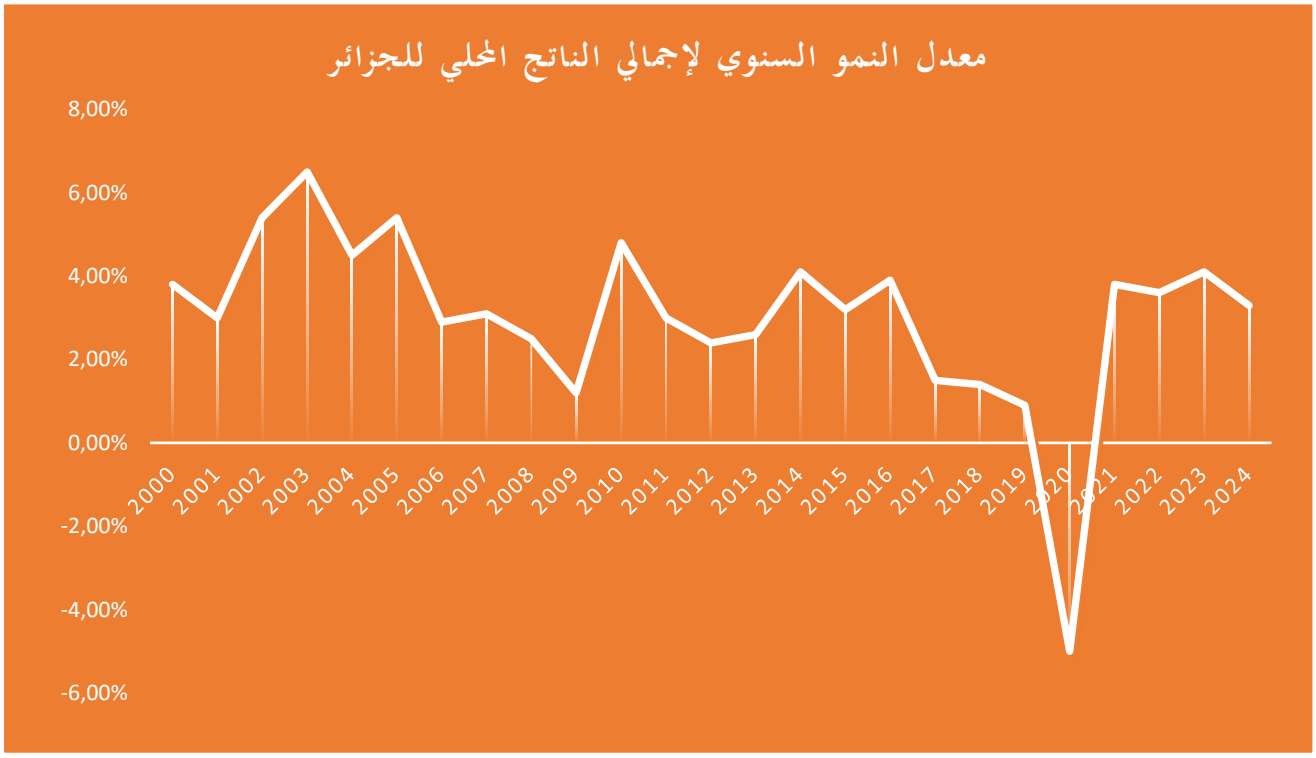
II-3-3-5. تطور النمو الاقتصادي في الجزائر

بعد الاستقلال تبنت الجزائر النظام الاشتراكي الذي كان قائما على هيمنة القطاع العام على النشاط الاقتصادي، وتبني مجموعة من الإصلاحات والتدابير الشاملة التي طالت مختلف المجالات، وتماشيا مع هذا النظام، أطلقت عدة برامج تنموية مثل المخطط الثلاثي الأول والمخططين الرباعيين الأول والثاني، والتي ركزت على تطوير الصناعات الثقيلة وتقليل الاعتماد على الاستثمار الأجنبي، حيث حققت هذه البرامج نتائج إيجابية على المستويين الاجتماعي والاقتصادي، وأيضا نتيجة للعائدات النفطية المرتفعة أواخر السبعينيات، غير أن منتصف الثمانينيات شهدت الجزائر أزمة مالية واقتصادية حادة بسبب انخفاض أسعار النفط عالميا، مما عرقل تمويل المشاريع العمومية وظهرت اختلالات هيكلية داخلية وخارجية أدى ذلك إلى ارتفاع المديونية الخارجية للجزائر ابتداء من عام 1989، مما دفع الحكومة الجزائرية لتبني إصلاحات اقتصادية بدعم من مؤسسات مالية عالمية كصندوق النقد الدولي والبنك العالمي، ضمن برامج التثبيت الاقتصادي والتكيف الهيكلي، حيث هدفت هذه الإصلاحات إلى معالجة الاختلالات وتحفيز النمو عبر تحرير التجارة الخارجية، وفتح الباب أمام القطاع الخاص، والتحول التدريجي نحو اقتصاد السوق، حيث كان لهذه الأزمة تداعيات عميقة على البنية الاجتماعية والاستقرار السياسي والأمني خلال تسعينيات القرن الماضي، مما دفع السلطات إلى اعتبار التنمية الاقتصادية ركيزة أساسية لإصلاح الاختلالات ومواجهة التحديات الأمنية، واستمر هذا التوجه مع مطلع الألفية الثالثة، خاصة بعد تحسن أسعار النفط أواخر التسعينيات وتراجع حدة الاضطرابات الأمنية، وابتداء من عام 2001، شرعت الحكومة الجزائرية في تنفيذ سلسلة من البرامج التنموية الكبيرة من حيث حجم التمويل بفضل العائدات النفطية المرتفعة.

حيث هدفت هذه البرامج إلى استعادة التوازنات الاقتصادية الداخلية والخارجية، ورفع معدلات النمو، وتحسين مستوى المعيشة، والسعي لتهيئة الاقتصاد الجزائري للاندماج في المنظومة العالمية، كما شملت إطلاق مشاريع كبرى لمعالجة النقص في البنى التحتية وتعزيز التكامل بين القطاعات الاقتصادية، وتحقيق التوازن الجهوي لدفع عجلة التنمية في المناطق الداخلية والصحراوية، ومع ذلك واجهت هذه البرامج تحديات بسبب التقلبات الاقتصادية العالمية، لا سيما اعتمادها الكبير على عائدات النفط التي تتأثر بتذبذب الأسواق الدولية، كما حدث خلال الأزمة المالية لعام 2008 وأزمة انهيار

أسعار النفط عام 2014 (بن محمد، 2020، الصفحات 37-38)، بالإضافة الى جائحة كورونا سنة 2020 مما دفع الحكومة الجزائرية إلى انتهاج سياسات إصلاحية ترتكز على ترشيد الإنفاق العام عبر خفض الواردات غير الضرورية وتقليل العجز في الميزانية، و محاولة الحد من التضخم من خلال سياسات نقدية تقشفية وتشجيع الإنتاج المحلي لتقليل فاتورة الواردات، وهذا ما يوضحه الشكل(16) الذي يبين معدل النمو السنوي لإجمالي الناتج المحلي للجزائر للفترة 2000-2024، (World Bank Group, 2025)

الشكل رقم:16 معدل نمو إجمالي الناتج المحلي للجزائر



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات موقع مجموعة البنك الدولي، إحصائيات الجزائر للفترة 2000-2024

مما سبق يتبين أن النمو الاقتصادي يشير للزيادة في إنتاج السلع والخدمات في دولة ما خلال فترة زمنية محددة، ويقاس عادة بالناتج المحلي الإجمالي، حيث يعتمد على عاملين رئيسيين: التوسع في استخدام الموارد (النمو الكمي) وتحسين كفاءتها (النمو النوعي)، وتساهم في النمو الاقتصادي عوامل متعددة كالاستثمار والابتكار والاستقرار المالي وجودة المؤسسات.

في حالة الجزائر، أدى الاعتماد على النفط إلى نمو متقلب، مما دفع لإصلاحات تهدف لتنويع مصادر دخل الاقتصاد الوطني، فالنمو الاقتصادي الحقيقي يتطلب توازنا بين التوسع الاقتصادي والاستدامة البيئية والعدالة الاجتماعية.

II-3-4. المطلب الثالث: النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة

تعتبر العلاقة بين النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة ذات أهمية كبيرة في تطور الدول، حيث تتقاطع الأهداف الاقتصادية مع متطلبات الحفاظ على البيئة وضمان التنمية الاجتماعية، حيث يظل النمو الاقتصادي ضرورة حتمية لتحسين مستويات المعيشة وتوفير فرص العمل وتمويل مشاريع التنموية، ومن ناحية أخرى تتطلب التنمية المستدامة أن يكون هذا النمو شاملا وعادلا وقابلا للاستمرار دون إهدار الموارد الطبيعية كحق مكتسب للأجيال القادمة، حيث تتسم هذه العلاقة بالتعقيد والتشابك وتبرز الحاجة إلى نماذج تنموية جديدة توفق بين متطلبات النمو الإقتصادي وضوابط التنمية المستدامة، مثل الاقتصاد الأخضر[15] والاقتصاد الدائري[16]، كما تلعب السياسات الحكومية والحوكمة الرشيدة دورا محوريا في تحقيق هذا التوازن في هذه العلاقة.

II-3-4-1. أهم الانتقادات الموجه لنمط الإنتاج الموسع التقليدي

شكل نموذج الإنتاج الضخم الذي ساد في خمسينيات وستينيات القرن الماضي محركا أساسيا للنمو الاقتصادي القوي في الدول التي تبنته، ومع مرور الوقت ظهرت به إخفاقات وتسبب في أزمات بيئية واجتماعية، وأهم الانتقادات الموجهة إليه: الإقصاء وعدم المساواة داخل المجتمعات وبين الدول، التأثير على المراكز الاجتماعية التقليدية وإضعاف الروابط المجتمعية، آثاره الكارثية على الطبيعة من استنزاف للموارد الطبيعية الغير المتجددة، وتفاقم التلوث وتغير المناخ، مما مهد لظهور مفهوم التنمية المستدامة، التي نجحت في تسليط الضوء على الجانب الاجتماعي و البيئي والسعي لتبني سياسات فعلية، مدعومة بإجماع دولي تجسد في مؤتمر ستوكهولم للبيئة (1972) وتقرير بورتلاند (1987)، بينما تبقى فكرة التخلي

---

[15] **الاقتصاد الأخضر** يمثل نموذجا تنمويا يركز على تحسين جودة الحياة البشرية وتعزيز العدالة الاجتماعية، مع الحفاظ على الموارد الطبيعية وتقليل الأضرار البيئية، حيث هذا النموذج يتناقض جذريا مع النظام الاقتصادي السائد الذي يساهم في تفاقم الأزمات البيئية والاجتماعية، مثل عدم المساواة واستنزاف الموارد الطبيعية والتلوث. (United Nations Environment Programme, 2025)

[16] **الاقتصاد الدائري** يعني الاقتصاد الصناعي الذي لا ينتج نفايات أو يحدث تلوثا، من بداية تصميمه وهو مصمم للتدوير بجودة عالية داخل منظومة الإنتاج دون أن تدخل المجال الحيوي، فضلا عن أن تكون قابلة للإصلاح والتجديد منذ تصميمها. (غلاب ، 2021، صفحة 447)

عن نمط الإنتاج الموسع مجرد رؤية فلسفية يصعب تجسيدها على أرض الواقع في عالم يسعى لتحقيق أعلى مستويات النمو الإقتصادي. (FERGUÈNE & BAGHDADI , 2023, pp. 15-16)

II-3-4-2. التأثير الاجتماعي والبيئي للنمو الاقتصادي وتداعياته

يعتبر النمو الاقتصادي عاملا رئيسيا في الحد من الظواهر السلبية الاجتماعية مثل الفقر، حيث تظهر الدراسات أن هناك ارتباطا مباشرا وقويا بين تحسن المؤشرات الاقتصادية وانخفاض معدلات الفقر ومع ذلك، فإن هذا التأثير ليس تلقائيا أو متوازنا في جميع الحالات، إذ يعتمد بشكل كبير على مدى تحقق العدالة الاجتماعية كضمان التوزيع العادل للدخل، حيث أحيانا قد يؤدي النمو الاقتصادي إلى تحسين الظروف المعيشية بشكل عام، لكنه قد يفشل في التقليل من مستويات الفقر بشكل كبير إذا صاحبه تفاوت كبير في توزيع الثروة، حيث يشير المؤرخ الاقتصادي **أنجوس ديتون** في كتابه "الهروب الكبير: الصحة والثروة وأصول عدم المساواة"[17] إلى أن عدم المساواة غالبا ما يكون نتيجة حتمية للتقدم الاقتصادي خاصة في مراحله الأولى، فخلال الانتقال من الاقتصادات الزراعية التقليدية التي يعتمد معظم سكانها على الزراعة بمستويات دخل متدنية، إلى الاقتصادات الصناعية والحضرية الأكثر تطورا، تبرز فجوة اقتصادية بين الفئات الاجتماعية للأفراد، حيث يستفيد الأفراد الأكثر تعليما وريادة من الفرص الجديدة والجيدة في القطاعات الحديثة، بينما يتخلف الآخرون مما يؤدي إلى تفاقم عدم المساواة في المدى القصير.

ومع استمرار النمو الإقتصادي وزيادة ثراء المجتمعات، تبدأ الحكومات عادة في تطوير أنظمة الرعاية الاجتماعية مثل التعليم والرعاية الصحية والضمان الاجتماعي، والتي تمول عادة من خلال أنظمة الضريبية، هذه السياسات تساعد على إعادة توزيع الدخل بشكل أكثر عدالة، مما يخفف من حدة التفاوتات الاقتصادية على المدى الطويل وبالتالي، فإن طبيعة النظام السياسي والاقتصادي تلعب دورا مهما في تحديد مدى عدالة توزيع النتائج المرتقبة للنمو الإقتصادي، فالدول التي

---

[17] يستعرض **أنجوس ديتون** في كتابه **"الهروب الكبير: الصحة والثروة وأصول عدم المساواة"** تحسن أوضاع المجتمعات البشرية مع تزايد النمو الإقتصادي وتحصيل الثروة وتراجع الفقر، لكنه يسلط الضوء على التحدي الأكبر المتمثل في كيفية تحقيق تقدم شامل دون تعميق الفجوات الاجتماعية التي تنتج عن النمو غير المتوازن. (ANGUS , 2013, p. 01)

تستثمر في رأس المال البشري تكون أكثر قدرة على ضمان توزيع عادل للدخل، مما يجعل النمو الاقتصادي أكثر شمولا ويقلل من معدلات الفقر المدقع. (N. Hess, 2016, pp. 17-18)

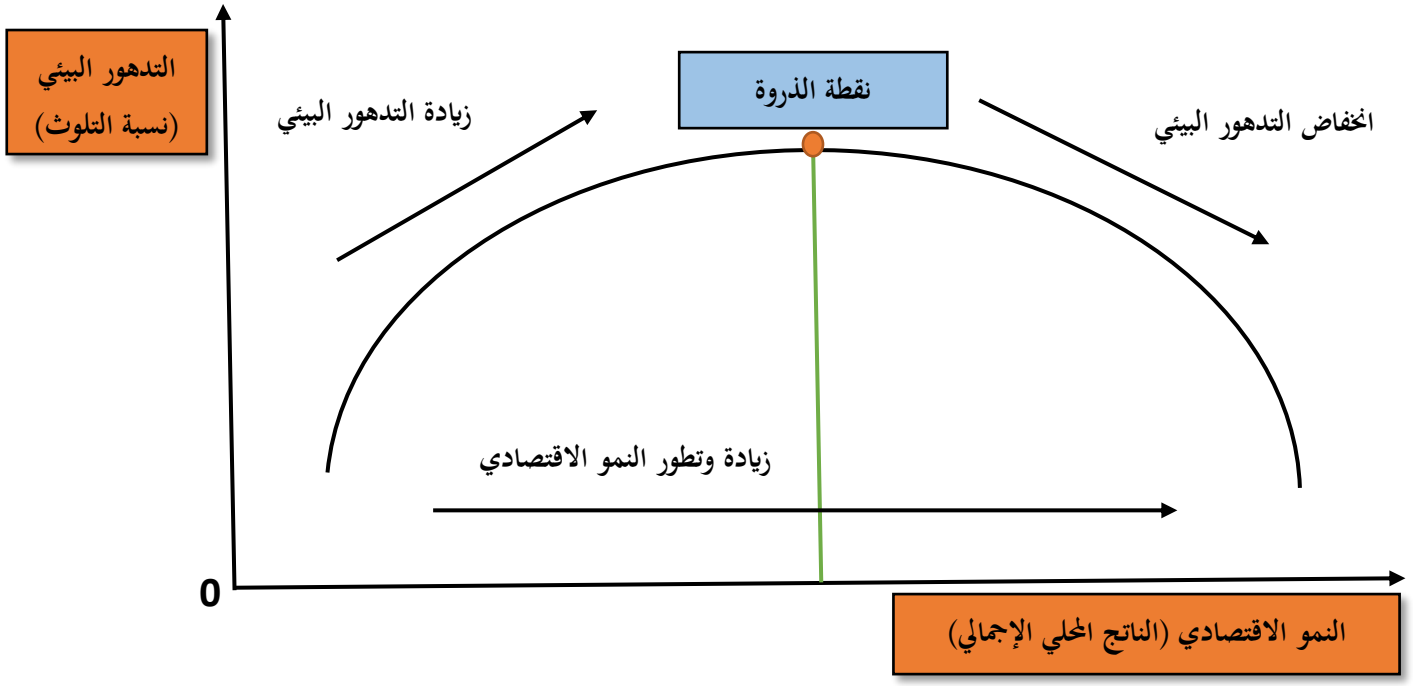
II-3-4-3. العلاقة بين النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة

إن العلاقة بين النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة بالغة التعقيد، حيث تجتمع فيها الاهداف الاقتصادية المرجوة مع الأبعاد البيئية والاجتماعية، وما ينتج عنه تعارض جوهري بين منطق التوسع الاقتصادي وحدود الموارد البيئية المحدودة، حيث أسفر النمو الاقتصادي المتسارع عن تحسينات ملموسة في جودة الحياة من خلال توفير الخدمات الأساسية ورفع مستوى المعيشة، لكنه بالمقابل خلف آثارا بيئية تجلت في تلوث الهواء والمياه واستنزاف الموارد الطبيعية، ومن هنا تطرح إشكالية عن إمكانية تحقيق نمو اقتصادي مستدام بيئيا، حيث يستعرض **"منحنى كوزنتس"**[18] البيئي الذي يوضح أن العلاقة بين النمو والتدهور البيئي ليست خطية، بل تأخذ شكل منحنى على حرف U المقلوب، حيث يصل التلوث إلى ذروته ثم يبدأ بالانخفاض مع بلوغ مراحل متقدمة من التنمية، وهذا ما يوضحه الشكل(17).

يرى الاقتصاديون المهتمون بالجانب البيئي أن الحل يكمن في تحويل البعد البيئي إلى سلعة قابلة للتقييم والتبادل، بحيث يتم إدراج التكاليف البيئية في حسابات النمو الإقتصادي، بينما يرى دعاة حماية البيئة أن القيمة الجوهرية للنظم البيئية تتجاوز أي تقييم مادي، وأنها تشكل تراثا مشتركا لا يقدر بثمن، ولا يكمن التحدي الأكبر في الاختيار بين النمو الاقتصادي أو الاستدامة البيئية، بل في إيجاد الصيغة المثلى للتكامل بينهما وهذا يتطلب فهما معمقا و دقيقا للعلاقة التي تجمع بين الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة: الاقتصاد، المجتمع، والبيئة، والتركيز على تطوير أطر تحليلية أكثر شمولا قادرة على معالجة هذه التعقيدات، مع الأخذ في الاعتبار خصوصية كل سياق تنموي والتفاوت الكبير في الأولويات بين الدول المتقدمة والنامية. (MUNIER, 2006, pp. 425-431)

[18] كشف **سيمون كوزنتس** الحائز على جائزة نوبل، والذي كشف عن علاقة عكسية على شكل حرف U بين دخل الفرد وعدم المساواة في الدخل، حيث تزداد التفاوتات في المراحل الأولى من النمو الاقتصادي ثم تتراجع مع زيادة الإنتاجية، تم تطبيق هذه النظرية لاحقا في الدراسات البيئية تحت اسم **"منحنى كوزنتس البيئي(EKC)** "، الذي يظهر علاقة مشابهة بين الدخل والتلوث، حيث تعتمد النظرية على فكرة أن النمو الاقتصادي يؤدي في البداية إلى تدهور بيئي، لكنه يصبح مع الوقت وسيلة لتحسين البيئة. (Patrícia & Antonio , 2022, pp. 02-03)

الشكل رقم:17 العلاقة بين النمو الإقتصادي والتدهور البيئي (منحنى كوزنتس)



المصدر: من إعداد الباحث مخطط توضيحي لمنحنى كوزنتس

على الرغم من أن النمو الاقتصادي يزيد الثروة من خلال تحسين البنية التحتية والرعاية الصحية والتعليم، إلا أن التطورات الاقتصادية الحديثة تعتمد بشكل مفرط على الإنتاج الموسع مما يؤدي إلى استنزاف الموارد الطبيعية وتدهور البيئة، الأمر الذي يهدد استدامة الموارد للأجيال القادمة، ويظهر أن الدول الغنية بالموارد الطبيعية غالبا ما تفشل في تحويل عائداتها إلى موارد مستدامة، مما يؤدي إلى نمو اقتصادي أبطأ، حيث تميل هذه الاقتصادات إلى النمو بوتيرة غير منتظمة وتواجه صعوبات في تحقيق استقرار اقتصادي طويل الأجل. (Kurniawan & Managi, 2018, pp. 05-06)

كملخص لما سبق يعد النمو الاقتصادي أحد الأهداف الرئيسية التي تسعى إليها مختلف اقتصاديات العالم، حيث يساهم في تحسين المستوى المعيشي للمجتمعات ويعكس تطور الاقتصاد وقدرته على التكيف مع التحديات، ويعتمد على عوامل متعددة مثل رأس المال المادي والبشري، التقدم التكنولوجي، الابتكار، والحوكمة الرشيدة، ومن ناحية أخرى أصبحت الاستدامة البيئية عاملا أساسيا في النماذج الاقتصادية الحديثة، حيث تدمج الاعتبارات البيئية لضمان استمرارية النمو الإقتصادي دون استنزاف الموارد الطبيعية، وتعتبر العلاقة بين النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة، علاقة معقدة تجمع بين

الأهداف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، وعلى الرغم من أن النمو يحسن جودة الحياة عبر توفير الخدمات وخلق فرص العمل، إلا أن النمط التقليدي للإنتاج الموسع أدى إلى استنزاف الموارد وزيادة التلوث، مما أثار انتقادات حول عدالته واستدامته، حيث يظهر منحنى كوزنتس البيئي أن التدهور البيئي يصل إلى ذروته في مراحل النمو الأولى، ثم يتراجع مع بلوغ مراحل متقدمة، مما يبرز أهمية التوازن بين النمو والاستدامة.

II-3-5. المطلب الرابع: العلاقة بين التنمية الصحية المستدامة والتنمية المستدامة

تعتبر التنمية الصحية المستدامة أحد الركائز الأساسية لتحقيق التقدم الاجتماعي والاقتصادي، حيث تمثل حلقة وصل بين النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة بمختلف أبعادها في ظل التحديات الصحية العالمية المتزايدة، مثل تفشي الأوبئة، وعدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية الأساسية، مما استوجب تبني نموذج تنموي يعزز الاعتماد على النظم الصحية المستدامة القادرة على تلبية احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها، وتستند التنمية الصحية المستدامة إلى مبادئ التغطية الصحية الشاملة، والإنصاف في تقديم الخدمات، والاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، مع ضمان جودة الرعاية الصحية ومرونتها في مواجهة الأزمات، كما ترتبط ارتباطا وثيقا بأهداف التنمية المستدامة، ومن هنا تبرز أهمية التنمية الصحية المستدامة كإطار متكامل يهدف إلى تحسين النتائج الصحية مع الحفاظ على الموارد الطبيعية وضمان المساواة، مما يسهم في بناء مجتمعات أكثر صحة وازدهارا.

II-3-5-1. مفهوم التنمية الصحية المستدامة

تعتبر منظمة الصحة العالمية أن التنمية الصحية صلب عملية التنمية المستدامة، حيث تؤكد أن الصحة ليست مجرد نتيجة للتنمية، بل هي عنصر أساسي يساهم في تحقيقها فالأفراد الأصحاء أكثر قدرة على التعلم والعمل والإسهام في النمو الاقتصادي والاجتماعي، مما يجعل توفير الخدمات الصحية أمرا أساسيا لتحقيق التنمية المستدامة، وتلعب السياسات المنتهجة في قطاعات مثل النقل والإسكان والطاقة والزراعة دورا مهما في تحسين الصحة من خلال تقليل الأمراض غير المعدية والفقر، وتعزيز أنماط الحياة الصحية كما يلعب قطاع الصحة دورا محوريا في توجيه سياسات التنمية المستدامة مثل

تأثير تلوث الهواء على أمراض الجهاز التنفسي، أو ارتباط أنظمة المياه والصرف الصحي بتحسين صحة السكان، كما اقترحت المنظمة مؤشرات صحية لقياس التنمية المستدامة في المجالات الحيوية، مثل:

- **الطاقة:** نسبة الأسر التي تستخدم الطاقة النظيفة.
- **الوظائف الخضراء:** نسبة أماكن العمل الملتزمة بمعايير الصحة المهنية.
- **الحوكمة:** دمج المنافع الصحية في المشاريع الكبرى عبر تقييم الأثر الصحي.

تؤكد منظمة الصحة العالمية أن إدماج الجانب الصحي في جميع الخطط التنموية سيساهم في دفع عجلة التنمية المستدامة مع التركيز على العدالة الاجتماعية والشراكة بين القطاعات لتحقيق أهداف مثل أجندة الأمم المتحدة لسنة 2030. (Organization Pan American Health, WHO, 2013, pp. 90-93)

يرى البنك الدولي أن التنمية الصحية المستدامة عملية متكاملة تربط بين تحسين النتائج الصحية وتحقيق النمو الاقتصادي المستدام، حيث يؤكد على أن الصحة الجيدة ليست مجرد نتيجة ثانوية للتنمية المستدامة، بل هي عامل أساسي في تعزيز العملية الإنتاجية، وينظر للتقدم في المجال الصحي بما في ذلك تحسين الخدمات الطبية وتحسين التغذية ومكافحة الأمراض، محركا أساسيا للنمو الاقتصادي عبر التاريخ، بدءا من الثورة الصناعية في بريطانيا ووصولا إلى الثورة الاقتصادية في شرق آسيا، كما أن السياسات الصحية الفعالة، القائمة على مبادئ الحوكمة الرشيدة، لا تقتصر فوائدها على القطاع الصحي فحسب، بل تمتد إلى تعزيز السياسات المالية العامة وزيادة قدرة الدول على المنافسة دوليا وبالتالي، فإن الاستثمار في الصحة يعد استثمارا في رأس المال البشري، مما يخلق دافعا إيجابيا يدعم النمو الشامل والمستدام، وهو ما يتوافق مع الرؤية الشمولية لأهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، حيث تعتبر الصحة أساسا لا غنى عنه لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية. (البنك الدولي، 2008، الصفحات 03-04)

من خلال التعاريف السابقة يتضح أن التنمية الصحية المستدامة هي نموذج تنموي متكامل يجعل من الصحة عنصرا رئيسيا للتنمية المستدامة الشاملة، حيث تعتبر الصحة عاملا مساعدا لتحقيق النمو الاقتصادي والاجتماعي وليست مجرد

نتيجة له، وتربط بين تعزيز الإنتاجية الاقتصادية وتحقيق العدالة الاجتماعية، مما يجعل الاستثمار في الصحة عنصرا أساسا لتحقيق التنمية المستدامة.

II-3-5-2. الصحة كمحور للتنمية المستدامة

كما تمت الإشارة سابقا فإن الصحة تمثل حجر الزاوية في تحقيق التنمية المستدامة الشاملة، حيث ترتبط ارتباطا وثيقا بأبعادها الرئيسية: التنمية الاقتصادية التي تستهدف القضاء على الفقر، والإدماج الاجتماعي، والاستدامة البيئية، والحوكمة الرشيدة، وتمتد الصحة لتكون عاملا محفزا للنمو الاقتصادي، إذ يعتمد ازدهار الاقتصاد بشكل جوهري على توفر قوى عاملة صحية ومنتجة، ويظهر هذا الترابط الوثيق من خلال إدراج الأهداف الصحية كأولوية قصوى ضمن الأهداف الإنمائية للألفية، حيث أصبحت مؤشرات مثل معدلات وفيات الأطفال والأمهات مقياسا دقيقا للتقدم التنموي الشامل، حيث تشير التقارير المتخصصة، مثل تقرير لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة (1999)، إلى الأثر المضاعف للاستثمار في القطاع الصحي مع التحذير من "تكلفة الإهمال" الباهظة الناتجة عن الوفيات التي يمكن الوقاية منها، هذه التقارير تؤكد على ضرورة معالجة العوامل الاجتماعية والبيئية المحددة للصحة، وعلى الرغم من التقدم الملحوظ في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، والذي شمل انخفاضا بنسبة 45% في وفيات الأطفال و47% في وفيات الأمهات خلال الفترة من 1990 إلى 2012، بالإضافة إلى توفير العلاج لملايين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ، وإحراز تقدم كبير في مكافحة الملاريا والسل، وتحقيق هدف توفير المياه النظيفة إلا أن التحديات القائمة تبقى كبيرة، تواجه الدول تحديات صحية المتمثلة في الارتفاع المطرد في معدلات الأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب والسكري والسرطان، الناتج عن أنماط الحياة غير الصحية كالتدخين والخمول البدني، كما تستلزم التحولات الديموغرافية والوبائية إعادة تقييم شاملة للأولويات الصحية، في هذا السياق تبرز الحاجة الملحة لتعزيز الاستثمار في الأنظمة الصحية، ومعالجة التفاوتات الصحية، ومواجهة التحديات المزدوجة المتمثلة في الأمراض المعدية وغير المعدية، مع ضرورة تكييف السياسات الصحية لضمان نمو شامل ومستدام، يكون فيه القطاع الصحي جزءا لا يتجزأ من جميع استراتيجيات المعتمدة لتحقيق التنمية المستدامة.

(Sustainable Development Solutions Network, 2014, pp. 08-09)

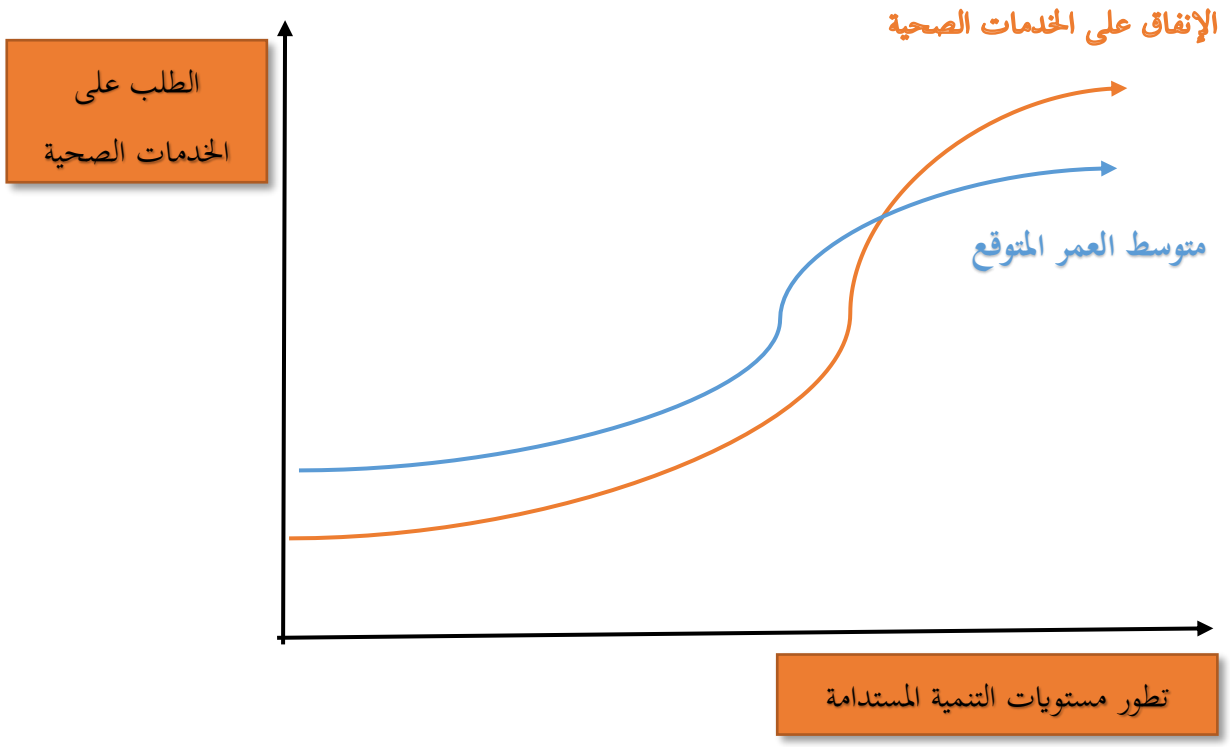
II-3-5-3. إصلاح القطاع الصحي ودوره في تحقيق التنمية المستدامة

إن المكاسب الصحية وأثرها الإيجابي في تحقيق التنمية تفرض تحديات تتمثل في زيادة الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع تكاليف الرعاية، مما يستدعي تبني سياسات فعالة لضمان كفاءة الإنفاق الصحي، أصبح هدف تحسين الصحة العامة يرتبط ارتباطا وثيقا بمفهوم التنمية المستدامة، الذي لم يعد يقتصر على نمو الدخل فحسب بل يشمل أيضا تعزيز جودة الحياة عبر خفض معدلات الوفيات والامراض المتنقلة، وقد أكدت الجهود العالمية مثل أهداف الأمم المتحدة للتنمية، على أهمية الصحة كأحد الركائز الأساسية للرفاهية، ورغم أن النمو الاقتصادي يظل عاملا مساعدا، إلا أنه ليس كافيا وحده لضمان خدمات صحية شاملة خاصة في البلدان منخفضة الدخل.

من الناحية الاقتصادية يؤدي تحسين الصحة إلى تعزيز رأس المال البشري من خلال زيادة إنتاجية الأفراد، كما أن له تأثيرات إيجابية على التركيبة الديمغرافية للمجتمعات، كما أن الاستثمار في صحة الفئات الفقيرة يعزز العدالة الاجتماعية ويساهم في تحقيق نمو اقتصادي أكثر استدامة على المدى الطويل، غير أن التحسن الصحي يأتي مصحوبا بتحديات كبيرة أبرزها الأمراض المعدية والمزمنة، والتي تتطلب علاج مكلف أحيانا وتكون أقل فعالية من حيث العائد الصحي مقارنة بالتكلفة، كما أن ارتفاع الوعي الصحي وزيادة الدخل والتعليم يؤديان إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية مما يضع ضغوطا متصاعدة على الموارد المحدودة المتاحة كما هو موضح في الشكل(18)، حيث يظهر أن الإنفاق على الخدمات الصحية يزيد بزيادة متوسط العمر الذي يشير للتطور الإيجابي لمعدلات التنمية المستدامة، وتشير تجارب الدول المتقدمة إلى أن هذا الطلب المتزايد قد يؤدي إلى ارتفاع حاد في التكاليف مع تراجع في العوائد الصحية، مما يهدد استدامة النظم الصحية، وتتفاقم هذه التحديات بسبب التفاوتات في توزيع الخدمات الصحية، حيث تتركز الموارد غالبا لدا الفئات الميسورة وفي المناطق الحضرية، بينما تهمل الفئات الأكثر فقرا، مما يضعف الفوائد الاجتماعية المرجوة من الإنفاق الصحي ويحد من مساهمته في التنمية الشاملة، لذا يصبح إصلاح القطاع الصحي ضرورة حتمية لموازنة المكاسب الصحية مع ضبط النفقات وضمان العدالة، حيث يجب أن تركز استراتيجيات الإصلاح على تحسين كفاءة الإنفاق وتوجيه الموارد نحو الخدمات الأكثر احتياجات، مع مراعاة اختلاف الأولويات حسب مستوى التنمية ففي البلدان الفقيرة، يستحسن التركيز على الرعاية

الصحية الأساسية وبناء أنظمة تمويل مستدامة، بينما تحتاج الدول الأكثر تقدما إلى معالجة مشكلة التكاليف المرتفعة للأمراض المزمنة. (Berman, 1995, pp. 17-20)

الشكل رقم:18 تطور النفقات الصحية حسب مستويات التنمية المستدامة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الورقة البحثية بعنوان:

(Berman, 1995, p. 19)Health sector reform : making health development sustainable

ما يمكن استخلاصه مما سبق هو أن التنمية الصحية المستدامة تمثل الإطار الشامل الذي يجعل من الصحة محورا أساسيا في تحقيق التنمية الشاملة، حيث تبرز الصحة كحلقة وصل حيوية بين النمو الاقتصادي والاجتماعي، وتعتمد هذه الرؤية على بناء نظام صحي متوازن قادر على تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد مع التركيز على مبادئ العدالة والكفاءة في توزيع الموارد وجودة الخدمات الصحية المقدمة، فالصحة ليست مجرد نتيجة للتنمية، بل تشكل دافعا رئيسيا لها، حيث يعزز السكان الأصحاء الإنتاجية ويساهمون في دفع عجلة التنمية، هذا الترابط الوثيق بينهم يتجلى في إدراج المؤشرات الصحية كأهداف رئيسية في أجندة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة 2030، ومع الإنجازات المحققة في خفض معدلات

الأمراض المعدية وتحسين المؤشرات الصحية الأساسية، تظل التحديات قائمة لاسيما مع تصاعد عبء الأمراض المتنقلة وتفاوت فرص الحصول على الخدمات الصحية بين الفئات الاجتماعية المختلفة، وتكمن أهمية التنمية الصحية المستدامة في قدرتها على تحقيق تأثير مضاعف يشمل مختلف جوانب التنمية، حيث تسهم في تعزيز رأس المال البشري، وتقليل الفوارق الاجتماعية، وتتطلب تحقيق هذه الأهداف تعاونا بين القطاعات المختلفة وتبني سياسات متكاملة تأخذ في الاعتبار العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المحددة للصحة لتحويل القطاع الصحي من مستهلك للموارد إلى محرك أساسي للتنمية المستدامة الشاملة.

II-3-6. المطلب الخامس: التغطية الصحية الشاملة واقع وأفاق

تعتبر التغطية الصحية الشاملة أحد أهم الركائز الأساسية لتحقيق التنمية المستدامة، حيث تهدف إلى ضمان حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية التي يحتاجونها دون معاناة مالية جراء ذلك، وعلى الرغم من التقدم الملحوظ الذي أحرزته العديد من الدول في هذا المجال، لا تزال هناك تحديات كبيرة في إتاحة الخدمات الصحية الأساسية للجميع خاصة في البلدان النامية والمناطق التي تعاني من الفقر والحرمان.

II-3-6-1. مفهوم التغطية الصحية الشاملة

تعرف التغطية الصحية الشاملة حسب منظمة الصحة العالمية على أنها حصول جميع أفراد المجتمع على الخدمات الصحية ذات جودة في الوقت والمكان اللازم حسب احتياجاتهم لها دون التعرض لضائقة مالية، وتشمل السلسلة الكاملة من الخدمات الصحية الأساسية، من تعزيز الصحة إلى الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الصحية لمختلف الشرائح العمرية (World Health Organization, 2025)، وحسب موقع البنك الدولي تعد الرعاية الصحية الجيدة وذات تكلفة متاحة للجميع من الأساسيات الهامة لضمان حياة كريمة وضمان إنتاجية للأفراد من أجل تحقيق التنمية الاقتصادية، حيث تشير التغطية الصحية الشاملة إلى توفير الخدمات الصحية لمن يحتاجون إليها دون معاناة مالية للحد من الفقر وزيادة الإنصاف (World Bank Group, 2025)، وحسب موقع الأمم المتحدة تعني التغطية الصحية الشاملة الحق في

الحصول على الخدمات الصحية لمن يحتاجون إليها دون أن تكون الضائقة المالية عائقا وتعتبر من أهداف التنمية المستدامة التي تشمل تعزيز الصحة والوقاية، (United Nations, 2025).

مما سبق من التعاريف لمختلف الهيئات العالمية نجد أن مفهوم التغطية الصحية الشاملة يشير لضمان الحق في الحصول على الخدمات الصحية لكل من يحتاجها في الوقت والمكان المناسب دون التسبب في أزمات مالية قد تؤدي للفقر، وتستند التغطية الصحية الشاملة على مبادئ المساواة والعدل والإنصاف لضمان حق الصحة لكل أفراد المجتمع باختلاف حالاتهم الاجتماعية.

II-3-6-2. أهمية التغطية الصحية الشاملة

إن الاستثمار في الصحة يحقق عوائد اقتصادية واجتماعية مهمة، حيث هناك آثار مباشرة لتحسين الصحة على إجمالي الناتج المحلي كما سبق الذكر من خلال زيادة إنتاجية الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة وأيضا خلق فرص الاستثمار، وتعتبر التغطية الصحية الشاملة وسيلة فعالة تستطيع البلدان من خلالها توفير منافع صحية وبيئية واقتصادية وسياسة هامة أهمها:

- **عوائد صحية:** تساهم في تحسين الصحة العامة للسكان حيث تسمح لجميع السكان والفئة الفقيرة والمحرومة أساسا بالاستفادة من الرعاية الصحية الضرورية بشكل مجاني أو بتكلفة ميسورة.
- **عوائد اقتصادية:** تساهم في تحقيق التنمية وتقلل من نسب الفقر وعدم المساواة، فالحماية المالية التي توفرها يكمن أن تحمل منافع إضافية من خلال خفض معدلات الادخار المفرطة لدى الأسر الفقيرة لمجابهة تكاليف الرعاية الصحية، وأيضا تساهم في خلق فرص عمل هامة في قطاع الصحة.
- **عوائد سياسية:** يسمح التكفل بالفئات المحرومة ومساعدة الطبقة المتوسطة نوعا من الحماية والدعم الاجتماعي والذي يعتبر مؤشر على سلامة القرارات السياسية التي تصب في صالح الأفراد.

(Nicholson, Yates, Warburton, & Fontana, 2015, pp. 6-7)

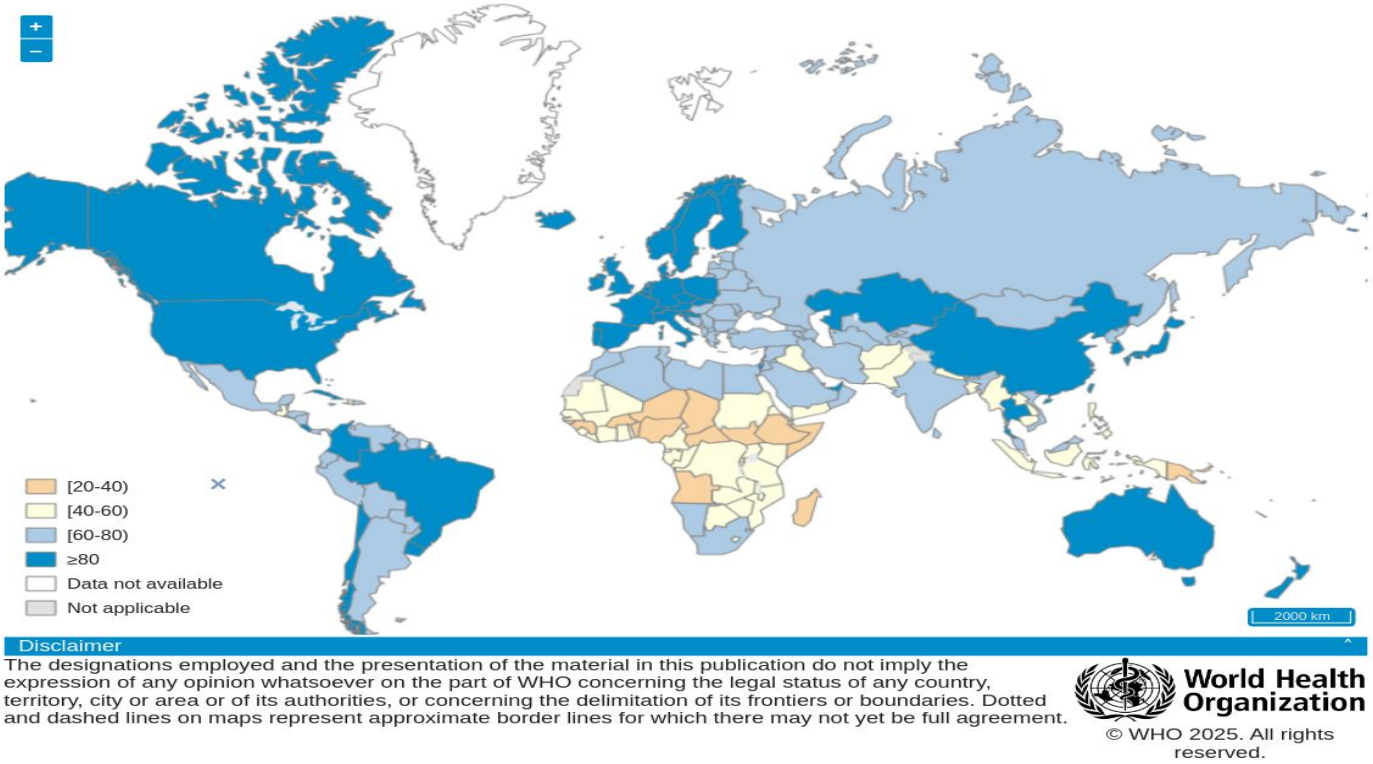
II-3-6-3. مؤشرات قياس التغطية الصحية الشاملة

يتم تتبع التقدم المحرز في التغطية الصحية الشاملة باستخدام مؤشرين: تغطية الخدمات الصحية الأساسية، والحماية المالية والإنفاق الصحي على الخدمات الصحية المقدمة، إلا أنه هناك فجوة بين التوقعات والإنجازات الواقعية في تعميم التغطية الصحية الشاملة عالميا. (World Health Organization, 2024, pp. 61-62)

II-3-6-4. مؤشر تغطية الخدمات الصحية الأساسية:

يشير مؤشر التغطية الصحية الشاملة على أنها متوسط تغطية الخدمات الأساسية التي تشمل الصحة الإنجابية (صحة الأم والطفل) والأمراض المعدية والأمراض غير معدية وقدرة وصول الخدمة إلى عامة الناس وخصوصا الفئات المحرومة ويشار لهذا المؤشر كنسبة مئوية تعتمد على قياس ما يزيد عن 14 مؤشر لتتبع الخدمات الصحية والشكل الموالي(19) يوضح نسبة تغطية الخدمات الصحية الأساسية لمختلف دول العالم. (World Health Organization, 2025)

الشكل رقم:19 نسبة تغطية الخدمات الصحية الأساسية لمختلف دول العالم



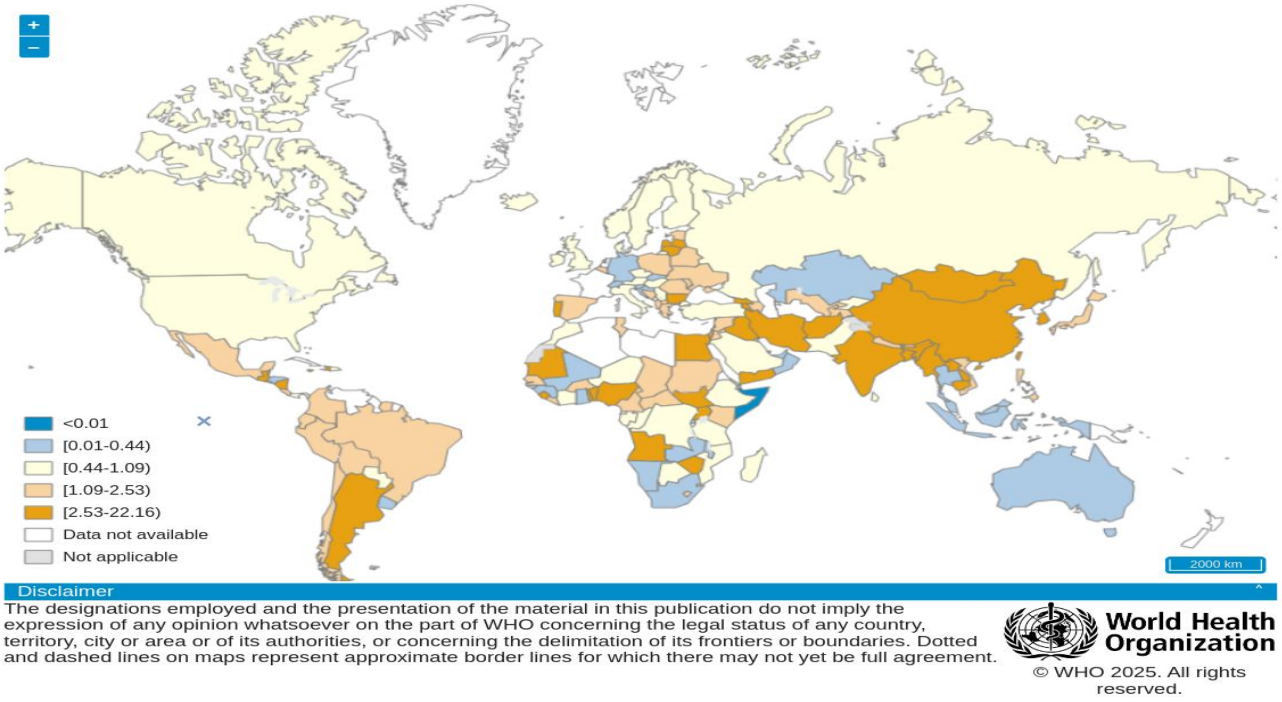
المصدر: موقع منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2025)

تشير الخريطة أعلاه الشكل(19) أن نسبة تغطية الخدمات الصحية الأساسية في العالم تختلف حسب المناطق الجغرافية والمستوى الاقتصادي، حيث سجلت الدول المتقدمة مثل الدول الأوربية وأمريكا الشمالية والقارة الأسترالية ومناطق الشمالية من روسيا نسبا متقدمة فاقت 80 % من التغطية الصحية، وسجلت الدول السائرة في طريق النمو نسبا حسنة تراوحت بين 60و80 %كدول شمال إفريقيا وأمريكا الجنوبية ومنطقة الشرق الأوسط، أما دول إفريقيا الوسطى والتي تتسم بالأوضاع الاقتصادية والسياسية الغير مستقرة فسجلت نسب قليلة في التغطية الصحية الشاملة تراوحت بين 20 و60 %.

II-3-6-5. مؤشر الحماية المالية والإنفاق الصحي على الخدمات الصحية المقدمة:

تعتبر الحماية المالية أساس التغطية الصحية الشاملة، حيث تؤدي آليات الحماية المالية الغير كافية إلى ضائقة مالية بسبب الإنفاق الصحي الشخصي ويوضح هذا المؤشر إلى أي مدى يساهم الإنفاق الصحي المباشر على الخدمات الصحية في الفقر (World Health Organization, 2025) والشكل الموالي(20) يوضح الأفراد الذين تزيد نفقاتهم على الصحة عن 25٪ من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة.

الشكل رقم:20 نسبة السكان الذين تزيد نفقاتهم على الصحة عن 25٪ من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة



المصدر: موقع منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2025)

يتبين من الشكل (20) أن نسبة السكان الذين تزيد نفقات الأسرة لدهم على الصحة عن 25 % من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة في الدول المتقدمة مثل الدول الأوربية روسيا وأمريكا تكون النسبة ما بين 0.44 و1.09 %، بينما سجلت دول أمريكا الجنوبية نسبة ما بين 1.09 و2.53 %، في حين كانت النسب مرتفعة في كل من الصين والهند بلغت النسبة فيها ما بين 2.53 و22.16 % وسجلت لكل من أستراليا، جنوب إفريقيا وألمانيا بنسبة ما بين 0.01 و0.44 %.

مما سبق يتضح أن التغطية الصحية الشاملة أحد الركائز الأساسية لتحقيق التنمية الصحية المستدامة، حيث تهدف إلى ضمان حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون معاناة مالية حسب مختلف الهيئات العامية، للتغطية الصحية الشاملة فوائد متعددة منها الصحية حيث تساهم في تحسين الصحة العامة وتمكين الفئات المحرومة من الوصول إلى الخدمات الأساسية كما أن لها فوائد اقتصادية كبيرة، حيث تعزز الإنتاجية وتقلل من الفقر عن طريق خفض التكاليف المباشرة على الأسر، مما يزيد من قدرتها على الادخار والاستثمار بالإضافة إلى ذلك فإنها تعزز الاستقرار السياسي من خلال تعزيز الثقة بين الحكومات والمواطنين، ويتم قياس التقدم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال مؤشرين رئيسيين :مؤشر تغطية الخدمات الصحية الأساسية، الذي يقيس مدى توفر الخدمات الوقائية والعلاجية، ومؤشر الحماية المالية الذي يقيس نسبة الإنفاق الصحي من دخل الأسرة، ورغم الجهود العالمية لتعميم التغطية الصحية لا تزال هناك تحديات كبيرة، أبرزها التفاوت في جودة الخدمات وعدم كفاية التمويل في الدول الفقيرة ولتحقيق التغطية الشاملة، يتطلب الأمر تعزيز التعاون الدولي وزيادة الاستثمار في البنية التحتية الصحية مع ضمان توزيع عادل للخدمات الصحية.

II-3-7. خاتمة المبحث الثاني

تناول المبحث الثاني مفهومي النمو الإقتصادي والتنمية الصحية المستدامة والعلاقة بينهما، حيث يظهر أن الصحة تلعب دورا أساسيا في تحقيق التنمية المستدامة وتشكل حجر الأساس لتطور المجتمعات وضمان إنتاجية الأفراد، فالاستثمار في القطاع الصحي يمكن من تحقيق نمو اقتصادي مستدام، وترتبط التنمية المستدامة بثلاثة أبعاد رئيسية اقتصادية، اجتماعية وبيئية، يشكل النمو الاقتصادي محركا أساسيا للتنمية، لكنه يحتاج إلى سياسات استشرافيه تضمن استدامته دون إهدار للموارد الطبيعية، وتبرز العلاقة المعقدة بين النمو والحفاظ على البيئة من خلال "منحنى كوزنتس" الذي يوضح أن التدهور

البيئي يبلغ ذروته في مراحل النمو الأولى قبل أن يبدأ بالتراجع، وتعد التغطية الصحية الشاملة أبرز تجليات التنمية الصحية المستدامة، حيث تضمن حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية دون عوائق مالية، ورغم التقدم المحرز عالميا في هذا المجال، لا تزال الفجوات كبيرة بين الدول المتقدمة والنامية مما يتطلب تعاونا عالميا لتعميم توفير الخدمات الصحية الأساسية. يؤكد التحليل السابق أن تحقيق التنمية المستدامة يتطلب رؤية متكاملة تجمع بين النمو الاقتصادي وتحقيق العدالة الاجتماعية والحفاظ على البيئة، مع إيلاء أهمية خاصة للقطاع الصحي كأحد أهم أوجه التنمية المستدامة، الشكل(21) الموالي يلخص أهم أفكار المبحث الثاني.

الشكل رقم:21 مخطط توضيحي للعلاقة بين النمو الإقتصادي والتنمية الصحية المستدامة

النمو الإقتصادي والتنمية الصحية المستدامة

مفاهيم عامة حول التنمية المستدامة

- التنمية المستدامة :تلبية احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها، وتضم أبعاد اساسية، اقتصادية، اجتماعية وبيئية.
- الأمم المتحدة وأهداف التنمية: اعتمدت 17 هدفا للتنمية المستدامة قابلة للتحقيق لسنة 2030.
- واقع التنمية المستدامة في الجزائر:
  - اقتصاديا: اعتماد كبير على عائدات النفط مع تحسن ملحوظ في إدارة الدين الخارجي.
  - بيئيا: الاعتماد الكلي تقريبا على الوقود الأحفوري.
  - اجتماعيا: تحسن في مؤشرات التعليم.

النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة

- أهمية النمو الاقتصادي: تحسين المستوى المعيشي للمجتمعات ويعكس تطور الاقتصاد وقدرته على التكيف
- عوامل النمو الاقتصادي: رأس المال المادي والبشري، التقدم التكنولوجي، الابتكار، الحوكمة الرشيدة
- علاقة النمو بالتنمية المستدامة: تجمع بين الأبعاد: الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية
- العلاقة بين النمو والتنمية المستدامة:
  - ضرورة تحقيق توازن بين النمو الاقتصادي والاستدامة.
  - أهمية الانتقال من النمط التقليدي إلى أنماط إنتاج مستدامة.

مفاهيم عامة حول النمو الاقتصادي

- النمو الاقتصادي: زيادة إنتاج السلع والخدمات في دولة ما خلال فترة زمنية محددة، يقاس عادة بالناتج المحلي الإجمالي(GDP) .
- عاملان رئيسيان للنمو الاقتصادي: التوسع في استخدام الموارد (النمو الكمي)، تحسين كفاءة الموارد (النمو النوعي).
- عوامل مساهمة في النمو الاقتصادي: الاستثمار، الابتكار، الاستقرار المالي، جودة المؤسسات.

العلاقة بين التنمية الصحية المستدامة والتنمية المستدامة

- التنمية الصحية المستدامة: إطار شامل يجعل الصحة محورا أساسيا للتنمية الشاملة.
- مميزات النظام الصحي المستدام: التوازن في تلبية الاحتياجات الصحية، العدالة في توزيع الموارد، كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- أهمية التنمية الصحية المستدامة: تعزيز رأس المال البشري، تقليل الفوارق الاجتماعية.
- متطلبات تأسيس نظام صحي مستدام: التعاون بين القطاعات المختلفة، تبني سياسات متكاملة تراعي جميع الجوانب، تحويل القطاع الصحي من مستهلك إلى قطاع منتج للموارد.

التغطية الصحية الشاملة واقع وأفاق

- التغطية الصحية الشاملة: ركيزة أساسية للتنمية الصحية المستدامة وتهدف لضمان حصول الجميع على الرعاية دون أعباء مالية.
- مؤشرات القياس: مؤشر تغطية الخدمات الأساسية ومؤشر الحماية المالية.
- التحديات: تفاوت جودة الخدمات الصحية، نقص التمويل في الدول الفقيرة.
- متطلبات التحقيق: تعزيز التعاون الدولي، زيادة الاستثمار في البنية التحتية الصحية وضمان التوزيع العادل للخدمات الصحية.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على العناصر المكونة لموضوع النمو الاقتصادي والتنمية الصحية المستدامة

II-4. المبحث الثالث: إدارة الخدمات الصحية

II-4-1. مقدمة المبحث الثالث

يأتي القطاع الصحي في صلب الأولويات التي تستوجب إدارة رشيدة وفعالة لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تلبي احتياجات المجتمعات وتواكب التطور الحاصل في مجال الطب، وتكتسي إدارة الخدمات الصحية أهمية كبيرة للقطاع الصحي، حيث تتداخل فيها العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتقنية في إطار يرتكز على التخطيط والتنظيم والرقابة، وتبني استراتيجيات متكاملة تعزز كفاءة المنظومة الصحية، إن التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية اليوم من تزايد الطلب على الخدمات الطبية بسبب النمو السكاني وارتفاع معدلات الأمراض المزمنة و محدودية الموارد المالية والبشرية، تجعل من الضروري تبني استراتيجيات إدارية تقوم على أسس علمية وعملية، ومن هنا تبرز أهمية الفهم الجيد لإدارة الخدمات الصحية، وتسليط الضوء على أهميتها ودورها في تحسين جودة الرعاية الصحية، فالإدارة الجيدة لا تقتصر على توفير الخدمات بل تمتد إلى ضمان العدالة في الوصول إليها وترشيد استخدام الموارد المتاحة، وتعزيز الابتكار في تقديم الحلول الصحية، ولتحقيق هذه الأهداف يلعب التخطيط الاستراتيجي دورا أساسيا في التوجه المستقبلي للمنظومة الصحية.

حيث يتطلب تحليل البيئة الداخلية والخارجية وتحديد الأولويات، ووضع الأهداف بعيدة المدى التي تتناسب مع التوجهات الوطنية والعالمية في مجال الصحة، لضمان توفير خدمات صحية ذات جودة للمرضى، ويساهم التنظيم الإداري في توزيع الأدوار والمسؤوليات بين الأفراد والوحدات المختلفة داخل المؤسسة الصحية، فالتنظيم الجيد يضمن تنسيق الجهود مما يؤدي إلى تحسين الإنتاجية وتقليل الهدر في الموارد كما أن تبني استراتيجيات تنظيمية مرنة يساعد في استيعاب التطورات السريعة في المجال الصحي، مثل التوسع في استخدام الذكاء الاصطناعي والسعي في تطبيق الرقمنة، ولضمان نجاح المنظومة الصحية وجب تطبيق آليات رقابية وتوجيهية فعالة، فالرقابة الصحية تهدف إلى متابعة تنفيذ الخطط وتقييم الأداء وكشف الانحرافات في وقت مبكر لاتخاذ الإجراءات التصحيحية، كما أن التوجيه والإشراف المستمر للأطقم الصحية يسهمان في تعزيز الالتزام بالمعايير المهنية والأخلاقية، مما ينعكس إيجابا على ثقة المرضى، ويبرز دور اتخاذ القرار والتحفيز كعاملين حاسمين في دفع عجلة الأداء داخل المنظومة الصحية فالقرارات السليمة القائمة على البيانات الدقيقة والمشاركة الفاعلة من

أصحاب المصلحة، تمثل خطوة جوهرية نحو حل المشكلات وتحسين الخدمات، كما أن تبني سياسات تحفيزية للعاملين في القطاع الصحي، سواء كانت مادية أو معنوية يعزز لديهم الانتماء والرغبة في تقديم الأفضل، مما ينعكس مباشرة على رضا المرضى وجودة الرعاية، وتلعب الحوكمة في القطاع الصحي دورا أساسيا في تحسين الخدمات الصحية فالحوكمة الرشيدة تعني تطبيق مبادئ الشفافية والمساءلة والعدالة في إدارة المؤسسات الصحية، مما يقلل من الفساد الإداري ويضمن الاستخدام الأمثل للموارد كما أن تعزيز المشاركة المجتمعية ودمج أصحاب المصلحة في صنع القرار يساهم في بناء الثقة بالمنظومة الصحية، ويدفع نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. بناء على ما سبق يتضح أن إدارة الخدمات الصحية هي منظومة متكاملة من الممارسات والأدوات التي تهدف إلى تحقيق التوازن بين الكفاءة الاقتصادية والجودة الطبية والعدالة الاجتماعية من خلال فهم العناصر الأساسية لهذه الإدارة، من التخطيط إلى التنظيم والرقابة واتخاذ القرار والحوكمة، يمكن للدول والمؤسسات الصحية بناء أنظمة مستدامة قادرة على مواجهة التحديات الحالية والمستقبلية وصولا إلى مجتمعات أكثر صحة ورفاهية.

II-4-2. المطلب الأول: مفاهيم عامة حول إدارة الخدمات الصحية

كما تم الإشارة سابقا فإن إدارة الخدمات الصحية ذات أهمية كبيرة في ضمان تقديم رعاية صحية فعالة ومستدامة، حيث تجمع بين المبادئ الإدارية الحديثة والخصوصية الفريدة للقطاع الصحي، وتعتمد هذه الإدارة على مفاهيم أساسية تشمل التخطيط الاستراتيجي وتنظيم الموارد البشرية والمادية وضمان الجودة وترشيد التكاليف، مع التركيز على تحقيق التوازن بين الكفاءة الاقتصادية والجودة الطبية كما تهدف إلى تحسين النتائج الصحية للمجتمع ككل.

II-4-2-1. مدخل عام للإدارة

تكتسب الإدارة أهمية كبيرة على مستوى المؤسسات والمنظمات من خلال دورها الأساسي في تحقيق الأهداف التنظيمية وتعمل كآلية فعالة لتنظيم والتنسيق بين الجهود وتوجيه الموارد بشكل أمثل، فهي تشكل الإطار الذي يتم من خلاله معالجة القرارات الإدارية بكافة مستوياتها، بغض النظر عن درجة تعقيدها، كما تلعب الإدارة دورا هاما في تنظيم العمل بين الكفاءات البشرية وتبسيط الإجراءات الإدارية، مما يسهم في إطلاق الطاقات الإبداعية وتحفيز الابتكار داخل

المؤسسات، وتظهر أهمية الإدارة كذلك في قدرتها على التكيف مع المتغيرات المستمرة الداخلية أو الخارجية، ومواجهة التحديات والمشكلات الناشئة بفعالية مما يجعلها تلعب دورا مهما في ضمان استمرارية المنظمات ونجاحها، كما تعمل الإدارة على تحقيق الانسجام الداخلي بين مختلف عناصر المنظمة مما يضمن تحقيق الأهداف المرجوة بكفاءة وفعالية.

يعتبر علم الإدارة حجر الأساس في نجاح المنظمات والمؤسسات بمختلف أحجامها وأنواعها، حيث يشكل مجموعة من المبادئ التنظيمية التي تساعد في صنع القرار وتسيير الأعمال، ويشار لمفهوم الإدارة بأنها فن توجيه الموارد البشرية والمادية لتحقيق الأهداف بكفاءة وفعالية، وهي عملية ديناميكية قابلة للتكيف مع التغيرات الناتجة عن السلوك البشري والتكنولوجيا والهياكل التنظيمية، وتطورت الإدارة كعلم مستقل بفضل جهود رواد مثل **فريدريك تايلور**[19] و**هنري فايول**[20] و**ماكس ويبر**[21]، الذين وضعوا الأسس النظرية والعملية للإدارة الحديثة، حيث قدم فايول في عام 1916 رؤيته الشاملة للإدارة من خلال أربعة عشر مبدأ لا تزال تشكل الإطار المرجعي للعديد من المنظمات الحالية، وتعتبر هذه المبادئ أساس عمليات التخطيط والتنظيم والتوجيه والتنسيق والرقابة، مما يكسب الطبيعة الشمولية للإدارة كعمليات متكاملة ومتواصلة، وتبرز أهمية الإدارة بشكل خاص في الشركات الناشئة التي تعرف بأنها منظمات حديثة التأسيس تهدف إلى تقديم حلول مبتكرة في بيئات تتسم بعدم اليقين، وعلى الرغم من اختلافها عن الشركات التقليدية من حيث التركيز على النمو السريع والتكيف مع السوق الكبير، إلا أنها تظل بحاجة إلى تطبيق المبادئ الإدارية لضمان استدامتها.

(Achinivu , Okwu E, Wey A, Akpan , & Fasan , 2017, pp. 78-79)

---

[19] **فريدريك وينسلو تايلور (1856–1915)** عمل كمهندس في شركات صناعة الصلب، وطور نظريته الشهيرة "الإدارة العلمية(Taylorism) " التي ركزت على تحسين الكفاءة في العمل عبر تحليل المهام وتقسيمها، وأصبح رئيسا للجمعية الأمريكية للمهندسين الميكانيكيين، وعين لاحقا أستاذا في كلية توك للأعمال، ومن أهم أعماله كتابه المؤثر "مبادئ الإدارة العلمية(1911) "، الذي حدد فيه قواعد الإدارة المنهجية وأثر بعمق في الفكر الإداري الحديث. (Terrell, 2024)

[20] **هنري فايول (1841–1925)** من أهم رواد الإدارة الحديثة، مهندس فرنسي ومؤسس النظرية الإدارية الكلاسيكية، عمل في مجال التعدين، واشتهر بكتابه "الإدارة الصناعية والعامة" (1916) الذي وضع فيه الأسس العلمية للإدارة من خلال 14 مبدأ أساسي و5 وظائف إدارية رئيسية وقابليتها للتطبيق في مختلف المؤسسات، وتعد أعماله حجر الأساس في علم الإدارة الحديث. (REMILA, 2000)

[21] **ماكس ويبر (1864–1920)** أحد أهم علماء الاجتماع الذين أسسوا للتحليل الاجتماعي للظواهر الاقتصادية طور ويبر رؤية متكاملة للاقتصاد ضمن سياقه الاجتماعي حيث ميز بين أنواع الرأسمالية المختلفة: العقلانية والسياسية والتقليدية ركز على التفاعل بين القيم الاجتماعية والنشاط الاقتصادي، معتبرا أن الفعل الاقتصادي جزء لا يتجزأ من البنية الاجتماعية والثقافية، قدم ويبر أدوات تحليلية لا تزال تستخدم لفهم العلاقة الجدلية بين الاقتصاد والمجتمع.
(SWEDBERC, 1998, p. 535)

تعرف المنظمة بأنها تجمع يضم مجموعة من الأفراد يعملون بشكل جماعي لتحقيق أهداف محددة من خلال القيام بأنشطة محددة مثل التخطيط والخدمات اللوجستية وغيرها، وتأخذ المنظمات أشكالا متعددة فقد تكون شركات أو مؤسسات أو شركات، كما يمكن تصنيف المنظمات إلى عدة أنواع فقد تكون خاصة أو عامة، صغيرة أو متوسطة أو كبيرة الحجم، ربحية أو غير ربحية، بالإضافة إلى ذلك، تتنوع تخصصات المنظمات بين التصنيع وتقديم الخدمات وغيرها من المجالات.

وتعرف الإدارة بأنها الاستخدام الحكيم للموارد المتاحة لتحقيق الأهداف المنشودة وتطور مفهوم الإدارة بشكل كبير منذ أواخر القرن الثامن عشر وبدايات القرن التاسع عشر، فأصبحت عاملا حاسما في تحديد نجاح أو فشل المنظمات، حيث ساهم العديد من الرواد في تطوير الفكر الإداري من خلال أبحاثهم وتجاربهم، ومن أبرز هؤلاء هنري فايول وماكس ويبر وغيرهم، حيث وضعوا الأسس النظرية والعملية للإدارة الحديثة من خلال تجاربهم في الصناعات والشركات الكبرى في أوروبا وأمريكا، ولا تزال مبادئ فايول تؤثر في المنظمات المعاصرة، نظرا لشموليتها وقابليتها للتطبيق في مختلف الهياكل الإدارية، فنجاح أي منظمة مرهون بتطبيق المبادئ الإدارية السليمة . (Uzuegbu & Nnadozie, 2015, p. 59)

II-4-2-2. مبادئ الإدارة لهنري فايول

ساهمت الثورة الصناعية في منتصف القرن التاسع عشر في تطوير فلسفة الإدارة ونظرياتها، حيث بدأت في المملكة المتحدة قبل أن تنتقل عبر المهاجرين البريطانيين إلى أستراليا مسببة ثورة صناعية مماثلة هناك، حيث أدى هذا التحول الصناعي إلى تغيير جذري في حجم وهيكل الشركات والمؤسسات وتحولت المؤسسات الصغيرة يعمل فيها عدد معين من الموظفين إلى شركات ضخمة تضم مئات وآلاف العاملين، مما جعل أساليب الإشراف المباشر التقليدية غير مجدية، حيث شكلت هذه المرحلة نقطة تحول أساسية في تاريخ الإدارة وظهرت الحاجة إلى تطوير نظريات إدارية جديدة تتناسب مع تعقيدات المنظمات الكبيرة مما أدى إلى ظهور العديد من المفاهيم والأساليب الإدارية المبتكرة التي لا تزال تشكل أساس الإدارة الحديثة .

وتحظى مبادئ هنري فايول الأربعة عشر للإدارة بأهمية كبيرة من بين العديد من أفكار الإدارة التي اقترحها رواد الفكر الإداري وكان هنري فايول مهندسا فرنسيا ساهم في تطوير الشركة التي عمل بها لتصبح أكبر منتج صناعي للحديد والصلب في البلاد بأكثر من 10000 موظف، وقدم هنري فايول المبادئ الأربعة عشر للإدارة في عام 1916 كمتابعة لسلسلته البحثية، والتي ظهرت في نهاية المطاف في كتابه "الإدارة الصناعية والعامة". (Ebiegberi, 2022, p. 02)

قدم هنري فايول المبادئ الاساسية للإدارة والتي تعتبر بمثابة إرشادات مساعدة في تنظيم المنظمات والمؤسسات لبلوغ أهدافها المرجوة، ويؤكد أن هذه المبادئ قابلة للتعديل وفقا لطبيعة المنظمات والظروف المحيطة بها، فالإدارة الفعالة تتطلب توازنا بين المبادئ والمرونة، مع التركيز على العدالة والكفاءة والتعاون، هذه المبادئ لا تزال أساسية في الإدارة الحديثة، خاصة في المؤسسات الكبيرة وفيما يلي (الجدول 04) ملخص لأهم هذه المبادئ: (FAYOL, 1917, pp. 25-26)

الجدول رقم:04 المبادئ الأربعة عشر للإدارة لهنري فايول، الأسس والمفاهيم

الرقم	المبادئ	الأسس والمفاهيم
01	**تقسيم العمل**	زيادة الكفاءة من خلال تخصص العاملين في مهام محددة مما يحسن الإنتاجية والدقة
02	**السلطة والمسؤولية**	الجمع بين السلطة الرسمية (الممنوحة بالمنصب) والسلطة الشخصية (المبنية على الكفاءة).
03	**الانضباط**	يعتمد على الاتفاقيات الواضحة بين الإدارة والموظفين.
04	**وحدة القيادة**	كل موظف يجب أن يتلقى الأوامر من قائد واحد فقط لتجنب التناقضات والارتباك.
05	**وحدة التوجيه**	هدف واحد وخطة واحدة لكل مجموعة أنشطة متشابهة لضمان التنسيق والانسجام.
06	**المصلحة العامة**	مصلحة المنظمة يجب أن تكون فوق مصالح الأفراد أو الأقسام.
07	**الأجور العادلة**	المكافآت عادلة للعاملين وأصحاب العمل مع مراعاة الظروف الاقتصادية وأداء الموظفين.
08	**المركزية واللامركزية**	توازن بين تركيز السلطة وتفويضها، حسب حجم المنظمة وكفاءة القادة.
09	**التسلسل الهرمي**	احترام خطوط السلطة الرسمية، مع السماح بالتواصل المباشر بين الأقسام.
10	**الترتيب**	"الشخص المناسب في المكان المناسب" (ترتيب الموظفين).
11	**العدالة**	المعاملة العادلة والاحترام أساسيان لتحفيز الولاء والالتزام لدى الموظفين.
12	**استقرار الموظفين**	تقليل التغييرات الوظيفية لأن الاستقرار يحسن الكفاءة ويقلل التكاليف.
13	**المبادرة**	تشجيع الابتكار وحرية التصرف لدى الموظفين مما يعزز حماسهم وإنتاجيتهم.
14	**روح الفريق**	تعزيز الوحدة والتعاون بين الموظفين.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على كتاب بعنوان:

ADMINISTRATION INDUSTRIELLE ET GÉNÉRALE (FAYOL, 1917, pp. 26-56)

II-4-2-3. إدارة الخدمات الصحية

تعتبر إدارة الخدمات الصحية ركيزة أساسية في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة وضمان كفاءتها للمستفيدين، وفي ظل التحديات المتزايدة مثل ارتفاع التكاليف، التطور التكنولوجي، وزيادة الاحتياجات الصحية تبرز أهمية تبني استراتيجيات إدارية ذات طابع تنظيمي لتعزيز الاستدامة وضمان الوصول إلى الخدمات الطبية، ومن هذا المنطلق تبرز أهمية الإلمام بالمفاهيم الأساسية لإدارة الخدمات الصحية، وتحليل التحديات التي تواجهها.

II-4-2-4. مفهوم الإدارة الصحية

الإدارة الصحية تخصص يجمع بين مبادئ الإدارة وعلوم الصحة العامة، حيث يهدف إلى تخطيط وتنظيم وتوجيه وتقييم الموارد والبرامج الصحية لضمان تقديم خدمات طبية ذات جودة، نشأ هذا التخصص كرد فعل للتحديات المتزايدة في القطاع الصحي، خاصة بعد إعلان **ألما آتا (1978)**[22] الذي أكد على أهمية الرعاية الصحية الأولية وضرورة توفير خدمات صحية شاملة وميسورة التكلفة للجميع، وتتمثل مهمة الإدارة الصحية في إدارة الموارد البشرية والمالية والتقنية بكفاءة كما تهتم بتحقيق التوازن بين جودة الخدمات وتكلفتها، وتطوير السياسات والأنظمة التي تدعم تطور وتقدم القطاع الصحي، ويعتمد هذا التخصص على تكامل المعرفة بين الإدارة والعلوم الصحية بهدف اتخاذ قرارات تعزز كفاءة الأنظمة الصحية. (خياط، 2007، الصفحات 16-17)

تعرف الإدارة الصحية بأنها عملية شاملة ومتكاملة تجمع بين التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة، بهدف تقديم خدمات صحية ذات فعالية وتلبي احتياجات جميع أفراد المجتمع، ووفقا للجمعية الأمريكية للمستشفيات فإن الإدارة الصحية تشمل تحديد الطرق والإجراءات التي تستخدم لتلبية احتياجات الرعاية الطبية مع توفير بيئة صحية مستدامة من خلال تقديم الخدمات للمرضى سواء كانوا أفرادا أو جماعات، كما تعرف الإدارة الصحية بأنها المسؤولة عن تحديد حجم ونوع

---

[22] **المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية في ألما آتا 1978** تضمن أن الرعاية الصحية الأولية هي المفتاح لتحقيق الصحة للجميع، وشدد الإعلان على مبادئ العدالة الصحية والمشاركة المجتمعية، معتبرا الصحة حق أساسي للأفراد، وخرج بتوصيات عملية لتعزيز النظم الصحية، مع التركيز على توفير خدمات صحية أساسية شاملة وميسورة التكلفة، شكل هذا المؤتمر نقطة تحول في النهج العالمي للرعاية الصحية، وأرسى أسس التغطية الصحية الشاملة.
(منظمة الصحة العالمية، 1978، صفحة 01)

المرضى الحاليين والمتوقعين المحتاجين للرعاية الطبية، سواء كانت وقائية أو علاجية بالإضافة إلى ذلك تقوم الإدارة الصحية بتحليل احتياجات المرضى والمجتمع، وتخطيط وتنظيم الموارد المتاحة لتلبية تلك الاحتياجات، مع مراقبة المدخلات والسياسات والأنشطة الصحية لضمان تحقيق الأهداف المطلوبة، علاوة على ذلك تتميز الإدارة الصحية بقدرتها على التكيف مع التغيرات والتطورات التكنولوجية والسياسات الصحية، مما يجعلها عنصرا فعالا في ضمان جودة الرعاية الصحية، ويمكن القول أيضا أن الإدارة الصحية تمثل إطارا استراتيجيا يدمج بين العلوم الإدارية والمتطلبات الصحية لضمان تقديم خدمات علاجية ووقائية عالية الجودة، مع الحفاظ على مبادئ الإنصاف والكفاءة. (كافي، 2017، الصفحات 31-33)

تعتمد الإدارة الصحية على مجموعة من الأسس التي تشمل قياس الأداء ومراقبته، بالإضافة إلى تخصيص الموارد بشكل يحقق الاستخدام الأمثل لها، وصولا إلى تعظيم الإنتاجية وضمان جودة الخدمات المقدمة، وتستند الإدارة الصحية في جوهرها إلى خمس وظائف أساسية ينفذها المديرون باحترافية، وهي التخطيط الذي يحدد الأولويات والأهداف، والتنظيم الذي يضمن السير الحسن للعلاقات ، والتوظيف الذي يختار الأطقم المؤهلة ويطورها، والرقابة التي تراقب الأداء وتصحح المسار، وأخيرا التوجيه الذي يحفز الفرق ويوجه العمل، هذه الوظائف المتكاملة تهدف في مجملها إلى ضمان تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة وذات جودة عالية تلبي توقعات المرضى والمجتمع، وتعتمد الإدارة الصحية الناجحة على العمل الجماعي والتعاون بين مختلف الأقسام والوحدات، من خلال تفعيل دور الفرق وتوزيع المسؤوليات بشكل واضح، كما يبرز دور القيادة الفعالة في الإدارة الصحية من خلال امتلاك المسيرين لمهارات معينة في التسيير والتنظيم ، ما يمكنهم من تحقيق أهداف المؤسسة الصحية بكفاءة. (Howell, Hamilton, & Jordan, 2025, pp. 125-126)

تعتمد إدارة الرعاية الصحية على مجموعة من العمليات الأساسية مثل التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة، بهدف تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة، وتتميز الإدارة الصحية بأنها تعمل ضمن بيئة معقدة، حيث يتعين اتخاذ قرارات حاسمة تؤثر بشكل مباشر على جودة الرعاية والأداء المالي للمؤسسة، فضلا عن رضا المرضى والموظفين، وتنقسم المؤسسات الصحية إلى نوعين: مؤسسات الرعاية المباشرة التي تقدم خدمات صحية مباشرة للمرضى مثل المستشفيات والعيادات، ومؤسسات الرعاية غير المباشرة التي تدعم المؤسسات المباشرة من خلال تقديم منتجات وخدمات مساعدة مثل شركات

الأدوية وشركات التأمين الصحي، ويواجه مقدمو الخدمات الصحية تحديات ميدانية من أهمها التحول نحو نموذج الرعاية القائمة على القيمة والنتائج الفعلية، مما يتطلب التركيز على النتائج الصحية للمرضى بدلا من عدد الخدمات المقدمة، كما أن الاعتماد على البيانات التحليلية أصبح أداة حيوية لتحسين الأداء واتخاذ القرارات الدقيقة والفعالة.

(Buchbinder & Shanks, 2017, pp. 32-58)

مما سبق يتضح أن الإدارة الصحية هي عملية شاملة تجمع بين التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة بهدف تقديم خدمات صحية عالية الجودة تلبي احتياجات المجتمع بكفاءة ودقة، وتقوم على تحديد احتياجات المرضى والسعي لتلبيتها وتعتمد على وظائف أساسية تشمل التخطيط لتحديد الأولويات، والتنظيم لضمان التنسيق الفعال، والتوظيف لاختيار الكفاءات وتطويرها، إضافة إلى الرقابة لمتابعة الأداء وتصحيح الأخطاء والتجاوزات، والتوجيه لتحفيز الفرق نحو تحقيق نتائج أفضل، وبشكل عام تمثل الإدارة الصحية إطارا استراتيجيا يجمع بين مبادئ التسيير الإداري ومتطلبات القطاع الصحي لضمان جودة الخدمات المقدمة وكفاءة استخدام الموارد البشرية والمالية المتاحة.

II-4-2-5. خصائص إدارة الخدمات الصحية

الإدارة الصحية ركيزة أساسية لضمان توفير رعاية صحية فعالة، ويعتمد نجاحها على مجموعة من المتطلبات الأساسية من أبرزها تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية، ووضع خطط صحية دقيقة على المستوى الحكومي والخاص، ويتطلب ذلك فهما معمقا للنظام الصحي، الذي يعرف بأنه منظومة مترابطة من العناصر تهدف إلى تعزيز الصحة، وفقا لمنظمة الصحة العالمية التي حددت ثلاثة أهداف رئيسية له: تحسين صحة الأفراد، تلبية توقعات المجتمع، وضمان الحماية المالية من أعباء المرض، ويرتكز نظام الرعاية الصحية على مكونات أساسية تشمل الموارد البشرية مثل الأطباء، والطاقم شبه طبي والإداريين، إلى جانب الموارد المادية كالمستشفيات، والمعدات الطبية إضافة إلى الموارد المالية، كما يتضمن النظام عناصر أخرى كآليات التمويل، وطرق الإدارة والتنظيم وأساليب تقديم الخدمات، وتتفاعل هذه المكونات ضمن إطار متكامل يهدف إلى ضمان كفاءة وجودة أداء النظام الصحي، وتنقسم المستويات الإدارية للرعاية الصحية إلى ثلاثة مستويات:

❖ **المستوى المركزي:** تمثله وزارة الصحة، ويتولى وضع السياسات والخطط الاستراتيجية.

❖ **المستوى الجهوي:** يضم مديريات الصحة المسؤولة عن دراسة وتحليل الوضع الصحي المحلي.

❖ **المستوى المحلي:** يتولى تقديم الخدمات المباشرة عبر المستشفيات والمراكز الصحية.

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، فإن النظام الصحي الفعال يسعى إلى تحسين صحة الأفراد والمجتمع، وضمان العدالة في التمويل، ولتحقيق ذلك يقوم النظام بمهام متعددة تشمل الإشراف، تدريب الأطقم الطبية وتحسين مستواهم، توفير التمويل، تقديم الخدمات بكفاءة، وضمان التوزيع العادل للموارد المتاحة. (العزب، 2023، الصفحات 38-45)

II-4-2-6. دور إدارة المعرفة في إدارة الخدمات الصحية

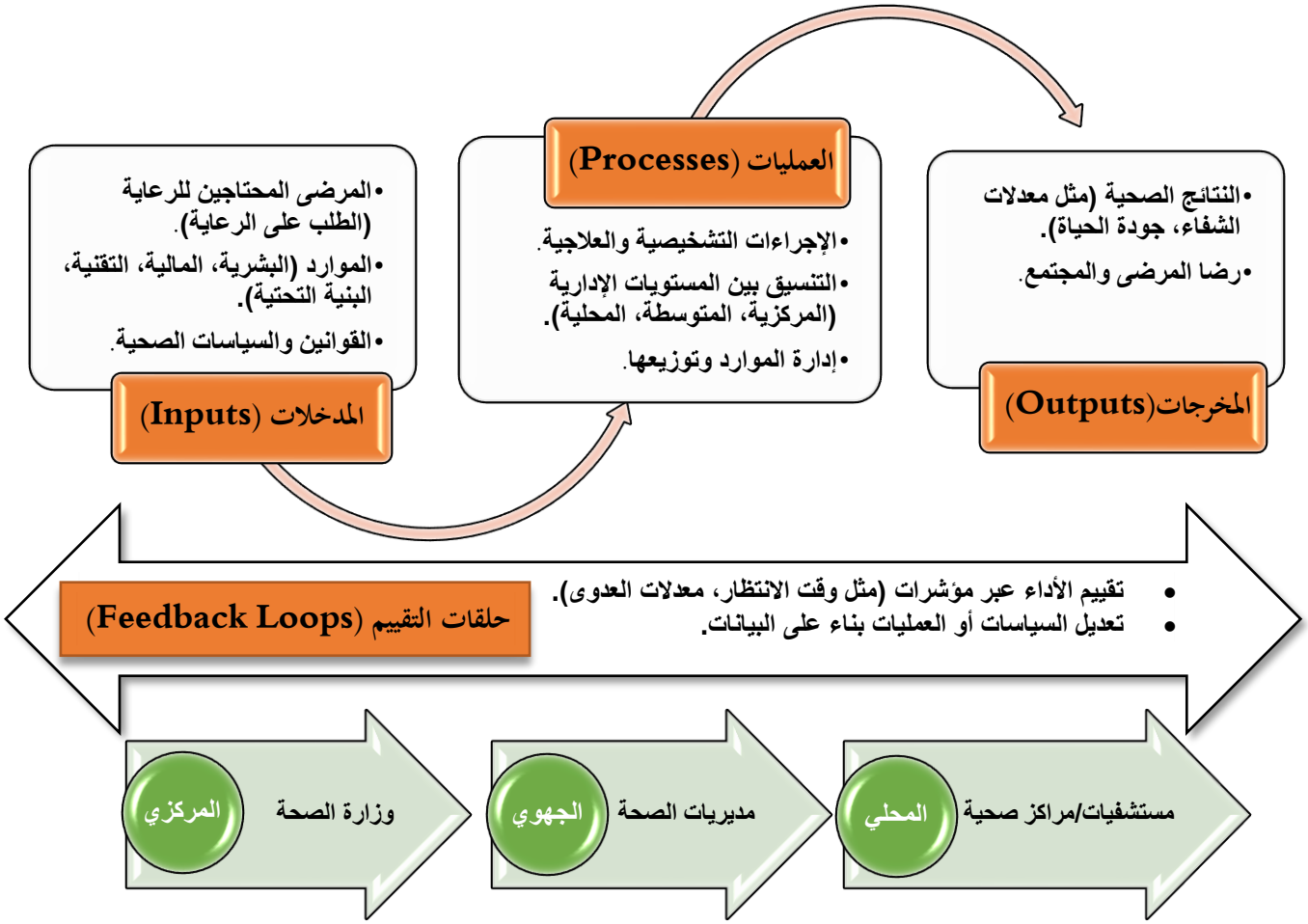
تعتبر **إدارة المعرفة**[23] عنصرا مهما في تحسين إدارة الخدمات الصحية، إذ تمثل تنظيميا استراتيجيا يجمع بين مبادئ الإدارة وتحليل البيانات، وتهدف إلى تطوير وتوظيف المعرفة المتخصصة لمواجهة التحديات التي يشهدها القطاع الصحي، وفي ظل ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية والنمو الديمغرافي وزيادة معدلات الأمراض المزمنة وندرة الأطقم الطبية المؤهلة، تصبح إدارة المعرفة أداة حيوية لتحقيق التوازن بين جودة الخدمات وكفاءة التكاليف، ومن منظور إدارة المستشفيات تساهم إدارة المعرفة في تعزيز جودة الخدمات من خلال تحسين عمليات التشخيص والعلاج، وتطوير الكفاءات، وابتكار ممارسات وخدمات صحية جديدة، كما تمكن المؤسسات الصحية بتبني نماذج وأساليب عمل مبتكرة تلبي احتياجات المرضى، وفي بيئات الرعاية الصحية التنافسية وكثيفة المعرفة تمكن إدارة المعرفة المؤسسات الصحية من اتخاذ القرارات المبنية على الأدلة، وتساهم في تحسين التنسيق بين فرق العمل. (Pereira & Fernandes, 2025, p. 02)

تعد الإدارة الصحية ركيزة أساسية لضمان توفير خدمات رعاية صحية فعالة، حيث تقوم على مجموعة من المتطلبات الهامة أبرزها تحديد المشكلات الصحية في المجتمع، وصياغة خطط صحية واضحة على المستويين الحكومي والخاص، مع الالتزام بتحسين صحة السكان وتطبيق معايير الجودة الشاملة، ويقوم النظام الصحي على ثلاثة أهداف رئيسية: تحسين

[23] تعرف **إدارة المعرفة** بأنها مجموعة من الآليات التي يساهم في إعدادها وتنفيذها جميع أطراف المنظمة بهدف توليد المعرفة، مما ينعكس إيجابا على تطور المنظمة وتساعد في تحقيق الكفاءة، كما تهدف إلى تعزيز القدرة التنافسية والمرونة والسعي للنمو على المدى البعيد. (بوسهوة و مكيد، 2014، صفحة 153)

صحة الأفراد، والاستجابة لتطلعات المجتمع، وتوفير الحماية المالية من تكاليف المرض، ويتألف من مكونات مترابطة تشمل الموارد البشرية من الطاقم الطبي وإداريين، والموارد المادية مثل المستشفيات والأدوية والتجهيزات، إضافة إلى الموارد المالية، وتعمل هذه المكونات في إطار متكامل لضمان الكفاءة، ويعتمد هذا النظام على مدخلات (المرضى المحتاجين للخدمة)، وعمليات تحويل (الإجراءات التشخيصية والعلاجية)، ومخرجات (النتائج الصحية)، وحلقات تقييم الأداء، إضافة إلى البنية التحتية والبيئة المؤثرة سياسيا واقتصاديا، وتنقسم المستويات الإدارية للرعاية الصحية إلى ثلاثة: المستوى المركزي (وزارة الصحة) المسؤول عن التخطيط والسياسات، المستوى الجهوي (مديريات الصحة) المعني بتحليل الأوضاع الصحية المحلية، والمستوى المحلي الذي يقدم الخدمات المباشرة عبر المستشفيات والمراكز الصحية، تعتمد الإدارة الصحية الناجحة على رؤية استراتيجية وتكامل الموارد وتطبيق معايير الجودة مع الاستجابة لاحتياجات المجتمع المختلفة، وهذا ما يلخصه الشكل(22).

الشكل رقم:22 مخطط توضيحي لمكونات نظام الخدمات الصحية ومستوياته



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مستويات وعناصر الأنظمة الصحية

II-4-3. المطلب الثاني: التخطيط الاستراتيجي داخل المنظومة الصحية

يعتبر التخطيط الاستراتيجي من المقومات الأساسية للإدارة الحديثة، حيث يهدف إلى صياغة الأهداف حسب الأولويات، ووضع البدائل والبرامج الكفيلة بتحقيقها بكفاءة وفعالية، وتزداد أهمية التخطيط في القطاع الصحي بالنظر إلى خصوصيته بحيث يتميز بتشابك عناصره وتعدد الفاعلين فيه، إضافة إلى كونه من المجالات الحيوية التي ترتبط مباشرة بصحة الأفراد ودوره الفاعل في تحقيق التنمية الشاملة، حيث تواجه الأنظمة الصحية سواء على المستوى العالمي أو المحلي جملة من التحديات من أبرزها محدودية الموارد المالية والبشرية، ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، التغيرات الديموغرافية والوبائية، التطور التكنولوجي السريع، فضلا عن الأوضاع الاقتصادية والسياسية المتقلبة، مما يستوجب على متخذي القرار اعتماد تخطيط استراتيجي شامل يضمن الاستخدام الأمثل للموارد، لضمان تقديم الرعاية الصحية في المستوى المطلوب، كما يسهم التخطيط الاستراتيجي في تحقيق التكامل بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة (المركزي، الجهوي، والمحلي)، ويعزز فعالية الحوكمة الصحية فضلا عن تمكين المؤسسات من التكيف مع الأزمات والتحديات المستقبلية.

II-4-3-1. مفهوم التخطيط الاستراتيجي

تعتبر ممارسة التخطيط قديمة قدم الحياة الإنسانية، حيث دأب الإنسان منذ نشأته على اتخاذ إجراءات في الحاضر لضمان نتائج مستقبلية، وهو ما يجسد جوهر العملية التخطيطية التي رافقت مختلف الحضارات والعصور، وقد أدركت كثير من المجتمعات لاحقا أهمية اعتماد التخطيط كمنهج للتنمية لما يوفره من قدرة على الموافقة بين احتياجات المجتمع وإمكاناته المادية والبشرية، بما يحقق الاستخدام الأمثل للموارد ويوجهها نحو تحقيق أهداف واضحة، وقد تباينت التعريفات التي تناولت التخطيط في الأدبيات الإدارية، غير أنها تلتقي جميعا عند اعتباره المسار المرسوم مسبقا الذي يهدف إلى بلوغ الأهداف المحددة وتلتزم الإدارة بتنفيذه وفق خطوات مدروسة، ويمكن النظر إلى التخطيط أيضا باعتباره عملية لصياغة الأهداف المطلوب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة، ثم العمل على توفير الموارد والإمكانات الضرورية لتحقيق تلك الأهداف بالاعتماد على أساليب تضمن خفض التكاليف وتعظيم النتائج، وبذلك فإن التخطيط يسعى لتشخيص الوضع القائم وتحديد العوامل المساعدة والمعيقة واختيار البدائل التي تضمن تحقيق الأهداف بكفاءة وفعالية. (الكرخي، 2014، صفحة 17)

ظهر مفهوم التخطيط الاستراتيجي في منتصف ستينيات القرن الماضي كأداة إدارية رسمية تهدف إلى فهم العلاقة بين التفكير والتنفيذ وتنظيم عملية صياغة الاستراتيجيات داخل المؤسسات، ويعد التفكير الاستراتيجي أساس العملية الاستراتيجية، بينما يقوم التخطيط الاستراتيجي على التحليل والتفكيك المنهجي للرؤى وتحويلها إلى برامج وخطوات محددة، ويظل التفكير الاستراتيجي عملية تركيبية إبداعية تعتمد على الحدس والتجربة وتوليف الخبرات المتنوعة لإنتاج رؤى جديدة وابتكارات غير متوقعة، ومن أهم وظائف المخطط الاستراتيجي توفير البيانات والتحليلات اللازمة، إضافة إلى دعم المديرين في تشكيل الرؤى والأهداف وتحويلها لاحقا إلى خطط قابلة للتنفيذ، من أهم الانتقادات الموجه لهذا التوجه هو اعتماده الكبير على افتراض استقرار البيئة المستقبلية، في حين أن الواقع يتسم بالتغير وعدم اليقين، كما أن فصل عملية التخطيط عن التنفيذ الفعلي يؤدي إلى فقد الخطط لقيمتها الواقعية، وفي مقابل الاستراتيجيات المدروسة التي تصمم بعناية لتحقيق أهداف محددة، وغالبا ما تكون أكثر مرونة وفعالية في مواجهة المتغيرات، وعليه فإن التخطيط الاستراتيجي وسيلة تنظيمية تدعم التفكير الاستراتيجي وتساعد على ترجمة الرؤى إلى برامج عملية، شرط أن يتم توظيفه بمرونة ووعي بالواقع وتغيراته، فالاستراتيجية الحقيقية تنبثق من مزيج بين الرؤية الإبداعية ومدى تطبيقها واقعيا. (Mintzberg, 1994)

يعرف التخطيط الاستراتيجي على أنه عملية فكرية ومنهجية شاملة، نتيجة لعملية التفكير الاستراتيجي المتعمق، ويهدف التخطيط الاستراتيجي في مضمونه إلى رسم اتجاه واضح للوضع المستقبلي للمنظمة، بحيث يساعد في عملية اتخاذ القرارات المصيرية، ويحدد أولويات تخصيص الموارد المالية والبشرية بشكل أمثل، ويساعد في تركيز جهود المنظمة ومواءمة جميع أقسامها وأنشطتها نحو تحقيق أهدافها طويلة الأجل، حيث يتم صياغة أهداف استراتيجية واضحة ومحددة زمنيا، يرافقها وضع معالم ومؤشرات أداء قابلة للقياس مما يتيح تقييما موضوعيا للنجاح وتحديد مجالات التحسين، ويعتبر مبدأ الشفافية والمشاركة ركيزة أساسية في هذه العملية حيث تسعى المنظمات إلى إشراك أعضائها في عملية التخطيط، مما يعزز الشعور بالملكية الجماعية ويزيد من فرص نجاح الخطة المسطرة. (Nadler-Moodie, 2012, pp. 127-128)

يمثل التخطيط الاستراتيجي من العمليات الأساسية للإدارة الحديثة، ويشير إلى الإجراء المنهجي لصياغة رسالة المنظمة انطلاقا من رؤيتها الجوهرية وبناء غاياتها وأهدافها المستقبلية، كما يستند التخطيط الاستراتيجي إلى عمليات التحليل

الشامل للبيئتين الداخلية والخارجية، حيث يمكن هذا التحليل من تحديد نقاط القوة والضعف الداخلية، والفرص والتهديدات الخارجية التي تحيط بالمؤسسة، ليساهم بشكل مباشر في اختيار الاستراتيجية المثلى بناء على المعطيات المتاحة، ويعرف أيضا التخطيط الاستراتيجي بأنه الطريقة الملائمة لتحديد الأهداف بعيدة المدى، وتوجيه المنظمة لتحقيق هذه الأهداف، كما يشار له أيضا بأنه وسيلة للتنبؤ بالمستقبل واستثمار الموارد المتاحة وهو ما يتطلب الدعم الكامل من الإدارة والمشاركة الفعالة من جميع العاملين على مختلف المستويات التنظيمية، بالإضافة إلى ذلك يوصف التخطيط الاستراتيجي بأنه جزء حيوي من الإدارة، يعبر عن إدراك المستقبل واستعداد المؤسسة لمتطلبات التعامل معه، كما يجسد الآفاق الفكرية والفلسفية للإدارة ويتكيف مع مراحل تطورها. (بوحديد، 2014، صفحة 139)

يعرف التخطيط الاستراتيجي على أنه عملية منهجية وشاملة تهدف إلى تحديد الاتجاه المستقبلي طويل الأمد للمنظمة ووضع الأهداف المهمة، وصياغة الاستراتيجيات في ظل التفاعل مع المتغيرات البيئية الداخلية والخارجية، ويمكن استخلاص تعريف شامل لهذا المفهوم، فهو يعتبر خريطة طريق للتغيير وتحديد الأولويات المستقبلية، حيث يعمل على توجيه عملية صناعة القرار واختيار البدائل الملائمة، كما أنه يمثل نتاجا للتفكير الاستراتيجي، حيث تقوم الأهداف بتوضيح المسار الذي يجب أن تسلكه المنظمة بينما يوجهها التخطيط الاستراتيجي لتحديد المواضع الأمثل لوضع الموارد فيها، مما يساعد في بلورة وتحديد أهدافها، وبالتالي فإنه يربط بشكل عملي بين الرؤية المجردة والتطبيق الفعلي من خلال التخصيص الفعال للموارد المالية والبشرية بالإضافة إلى ذلك، يؤكد التخطيط الاستراتيجي على بعده التحليلي بوصفه العملية التي تهتم بتطوير الاستراتيجيات مما يبرز أساسه التشخيصي القائم على التقييم الدقيق للفرص والتهديدات الخارجية، ونقاط القوة والضعف الداخلية والإمكانيات المتاحة للمنظمة، وبجمع هذه الأبعاد يبرز التخطيط الاستراتيجي كإطار متكامل يضمن تحقيق الميزة التنافسية على المدى الطويل. (العبادي و المؤمن، 2017، صفحة 141)

مما سبق يظهر أن التخطيط الاستراتيجي عملية منهجية شاملة تهدف إلى تحديد الاتجاه المستقبلي طويل الأمد للمنظمة وصياغة أهدافها وغاياتها الرئيسية، مع تحليل بيئتها الداخلية والخارجية لتشخيص نقاط القوة والضعف والفرص والمعوقات، ويقوم على ترجمة الأفكار الاستراتيجية إلى برامج عملية وخطط قابلة للتنفيذ من خلال تخصيص الموارد اللازمة

والاستخدام الأمثل للإمكانات المتاحة، ويعزز القدرة التنافسية للمنظمة على المدى الطويل، كما يعد أداة تنظيمية تدعم عملية التفكير الاستراتيجي وتربط بين الرؤية الإبداعية والتطبيق الواقعي، والتقييم المستمر والمرونة في مواجهة التغيرات البيئية.

II-4-3-2. الأبعاد والعناصر الأساسية للتخطيط والقرار الاستراتيجي

تعتبر القرارات الاستراتيجية أساس نجاح أي منظمة، حيث تتعلق بعدة مجالات محورية تشمل تحديد نطاق الأهداف الاستراتيجية المنشودة والحدود التنظيمية لها، ومواءمة هذه الأهداف مع طبيعة البيئة المحيطة بالمنظمة ومواردها المتاحة، وتتضمن عملية صنع القرار الاستراتيجي ثلاثة مراحل مترابطة: التحليل، والاختيار، والتنفيذ، حيث يركز التحليل الاستراتيجي على فهم الوضع الراهن للمنظمة عبر طرح أسئلة حول التغيرات البيئية والموارد المتاحة وتوقعات أطراف المنظمة، أما الاختيار الاستراتيجي فيشمل تحديد البدائل المتاحة وتقييمها، ثم اختيار الاستراتيجية الأنسب التي تسمح للمنظمة بتحقيق أهدافها، أما التنفيذ فيعني ترجمة هذه القرارات إلى أفعال عملية من خلال تخصيص الموارد وتكييف هيكل المنظمة، وتدريب الكفاءات اللازمة، وتعتبر الخطة الاستراتيجية في العموم وسيلة لتوجيه المؤسسة نحو الحالة المستقبلية، وتتكيف باستمرار مع تحركات المنافسين وتغيرات البيئة، فالاستراتيجية تركز على الفعالية والكفاءة في تحقيق الأهداف وتطوير الميزة التنافسية، والاهتمام الداخلي بعلاقة المدخلات بالمخرجات، فالفعالية تعد شرطا اساسيا للاستدامة في حين أن الكفاءة وحدها لا تكفي ما لم ترتبط بتوجه استراتيجي واضح. (Gilligan & Wilson, 2009, pp. 08-12)

II-4-3-3. مميزات الخطط الاستراتيجية الجيدة

تتألف الاستراتيجية الجيدة من ثلاثة عناصر مترابطة وتتمثل في التشخيص، والسياسة التوجيهية، والإجراءات العملية، حيث يمثل التشخيص الخطوة الأولى التي تسمح بتوضيح وتبسيط حالة المتغيرات التي تحيط بالمنظمة مما يتيح فهم الواقع الحالي وتحديد الأهداف، وتأتي السياسة التوجيهية لتحدد الطريق العام لمواجهة العقبات والتحديات، وهي ليست مجرد أهداف أو رؤى بل طريقة واضحة لاختيار المسار المناسب واستبعاد البدائل غير المجدية، أما الإجراءات العملية فهي سلسلة من الأفعال المترابطة التي تسعى لتنفذ السياسة التوجيهية وتضمن انسجام الموارد مع الأهداف، وتعتمد الاستراتيجية الجيدة على مصادر القوة والنفوذ مثل: التركيز، التصميم، النمو، الميزة التنافسية، والتوقع الدقيق لسلوك الآخرين، هذه المصادر تعزز

فعالية الموارد عبر تكثيف الجهود في نقاط دقيقة محورية تتجلى قيمة الخطط الاستراتيجية الجيدة في قدرتها على توجيه المنظمة وسط التعقيد والغموض فهي توفر إطارا للفهم، وتضمن التنفيذ العملي وبدون هذا المزيج تظل الخطط الاستراتيجية عرضة للتشتت أو الغموض وتفقد فعاليتها على المدى الطويل. (RUMELT, 2011, pp. 89-110)

II-4-3-4. التخطيط الاستراتيجي الصحي

تم اعتماد الإدارة الاستراتيجية في قطاع الخدمات الصحية منذ نحو ثلاثة عقود، إذ كانت المؤسسات الصحية قبل ذلك مستقلة وغير ربحية ما قلل من حاجتها إلى التخطيط الاستراتيجي، غير أن تعقد الخدمات الصحية وتحولها إلى صناعة كبرى مثل الشركات التجارية، فرض ضرورة تبني استراتيجيات منظمة خاصة مع التغيرات الكبيرة التي شهدها القطاع منذ ثمانينيات القرن الماضي، ورغم استلهام العديد من الأساليب الإدارية من قطاع الأعمال، فإن خصوصية الرعاية الصحية تجعل من غير الملائم تطبيق تلك النماذج كما هي، فالمؤسسات الصحية تتميز بثقافة تنظيمية مختلفة وتخضع لرقابة وتشريعات خارجية واسعة ودقيقة، كما تتحمل أبعادا اجتماعية وأخلاقية تتجاوز المنطق الربحي، لذلك كان من الضروري تكييف الإدارة الاستراتيجية بما يتناسب مع خصائص النظام الصحي، لتتحول إلى أداة فعالة في توجيه المؤسسات الصحية نحو مواجهة التغيرات والتحديات البيئية، وتم التمييز بين التخطيط الصحي والتخطيط الاستراتيجي الصحي، فالتخطيط الصحي يكون على مستوى الدولة أو السلطات المحلية، عبر سياسات وبرامج تستهدف تحسين جودة الرعاية أو مكافحة أمراض معينة أو التحكم في التكاليف والوصول إلى الخدمات، وهو بذلك يعنى ببناء البنية التحتية للنظام الصحي ككل، أما التخطيط الاستراتيجي الصحي، فيتعلق بالمؤسسة الصحية نفسها حيث يتيح لها تحديد توجهاتها المستقبلية طويلة المدى، وتشخيص بيئتها الداخلية والخارجية، واختيار سياسات وإجراءات تمكنها من الاستجابة لتلك السياسات العامة والتكيف مع المتغيرات البيئية. (GINTER, DUNCAN, & SWAYNE, 2013, pp. 07-11)

II-4-3-5. دور التخطيط الاستراتيجي في تطوير النظم الصحية

يشكل التخطيط الاستراتيجي الصحي ركيزة أساسية في تحقيق التوازن داخل الأنظمة الصحية، إذ يسمح بتبني أهداف واضحة لتوسيع نطاق التغطية الصحية وتحسين جودة الخدمات وتعزيز آليات الرقابة، كما يساهم في تطوير البنية

التحتية من خلال ربط الاستثمار في المستشفيات والتجهيزات بالاحتياجات المستقبلية للنظام الصحي، مع مراعاة التكاليف التشغيلية ويتيح كذلك صياغة نماذج مبتكرة لتقديم الخدمات تراعي الفئات الهشة وتعتمد على آليات حديثة مثل تقديم الخدمات الصحية عن بعد والتعاقد واللامركزية، وهو ما يتطلب منظورا استراتيجيا بعيد المدى للتنفيذ والتقييم ومن جهة أخرى يعزز التخطيط الاستراتيجي قدرات السلطات الصحية في مجال القيادة من خلال تمكينها من تحليل العوائق وإدارة الموارد بكفاءة ،كما يسهم في رفع مستوى جودة الرعاية عبر اعتماد بروتوكولات علاجية دقيقة، إلى جانب وضع أنظمة فعالة لتقييم الأداء، ويسعى لتحسين أداء العاملين من خلال الاعتماد على خطط استراتيجية شاملة تستوعب احتياجات النظام الصحي الراهنة والمستقبلية، لا سيما في الدول التي تواجه أزمات في الموارد البشرية، فالتخطيط الاستراتيجي يمثل أداة محورية لترجمة الأهداف الصحية الكبرى إلى خطط عملية قابلة للتنفيذ، تضمن استدامة الموارد مما يجعل منه عنصرا جوهريا لتطبيق السياسات الصحية الوطنية (World Health Organization, 2007, pp. 14-18)، ويلخص الجدول(05) الدور الفعال التخطيط الاستراتيجي بالنسبة للأنظمة الصحية.

الجدول رقم:05 دور التخطيط الاستراتيجي في دعم النظم الصحية

مبادئ التخطيط الاستراتيجي	النتائج المتوقعة
الإدارة والقيادة **عبر وضع أهداف واضحة وتحسين الجودة مع توفير آليات للرقابة**	زيادة الكفاءة الإدارية للأنظمة الصحية
البنية التحتية والخدمات اللوجستية **ربط قرارات الاستثمار بالاحتياجات المستقبلية للنظام الصحي**	استغلال أمثل للموارد وتقليل التكاليف التشغيلية
نماذج تقديم الخدمات **السعي للرعاية الصحية المتكاملة، إشراك القطاع الخاص**	وصول عادل للخدمات واستمراريتها، تحسين الخدمات للفئات الهشة
القيادة والإدارة الصحية **تحليل العوائق، إدارة الموارد، دعم اللامركزية**	تحسين الحوكمة وزيادة فعالية النظم الصحية المحلية
السلامة وجودة الرعاية **اعتماد بروتوكولات علاجية فعالة وآليات تقييم الأداء**	رفع مستوى الجودة وتقليل الأخطاء الطبية
القوى العاملة الصحية **التخطيط الاستراتيجي لتدريب العاملين وضمان كفاءتهم**	قوى عاملة متاحة ومستجيبة لاحتياجات النظام

المصدر: من إعداد الباحث من خلال توضيح دور التخطيط الاستراتيجي الصحي

II-4-3-6. خطوات التخطيط الاستراتيجي الصحي

يساعد التخطيط الاستراتيجي الصحي في مواجهة التحديات المعقدة، حيث يقوم على ثلاث خطوات محورية تتمثل في تطوير الاستراتيجية، تنفيذها، ثم تقييمها، ففي مرحلة التطوير يتعين على النظم الصحية تحليل أوضاعها الداخلية والخارجية لتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات، وهو ما يساعد على صياغة استراتيجيات واقعية تستجيب للظروف الراهنة والتهديدات المستقبلية، وتعتبر هذه المرحلة بمثابة أساسية لأنها تحدد توجه النظام الصحي للمدى طويل الأجل، بما يضمن توحيد الجهود نحو أولويات واضحة ، أما في مرحلة التنفيذ فإن نجاح الاستراتيجيات يعتمد على توفير الموارد المالية والبشرية إضافة إلى تعزيز التعاون بين القطاعات المختلفة، وتوظيف أدوات الاتصال بما يضمن التزام العاملين وتحفيزهم، ويتطلب التنفيذ الفعال أيضا مراعاة التحديات الأخلاقية والقدرة على التكيف مع الأزمات، كما حدث خلال جائحة كوفيد19، وتأتي مرحلة التقييم والمراقبة التي بدورها تعد شرطا أساسيا لضمان استمرارية وفعالية التخطيط الاستراتيجي فهي التي تكشف مدى التقدم المحقق، وتقيس الفجوات القائمة وتتيح تعديل البرامج والسياسات بما يتلاءم مع المستجدات.

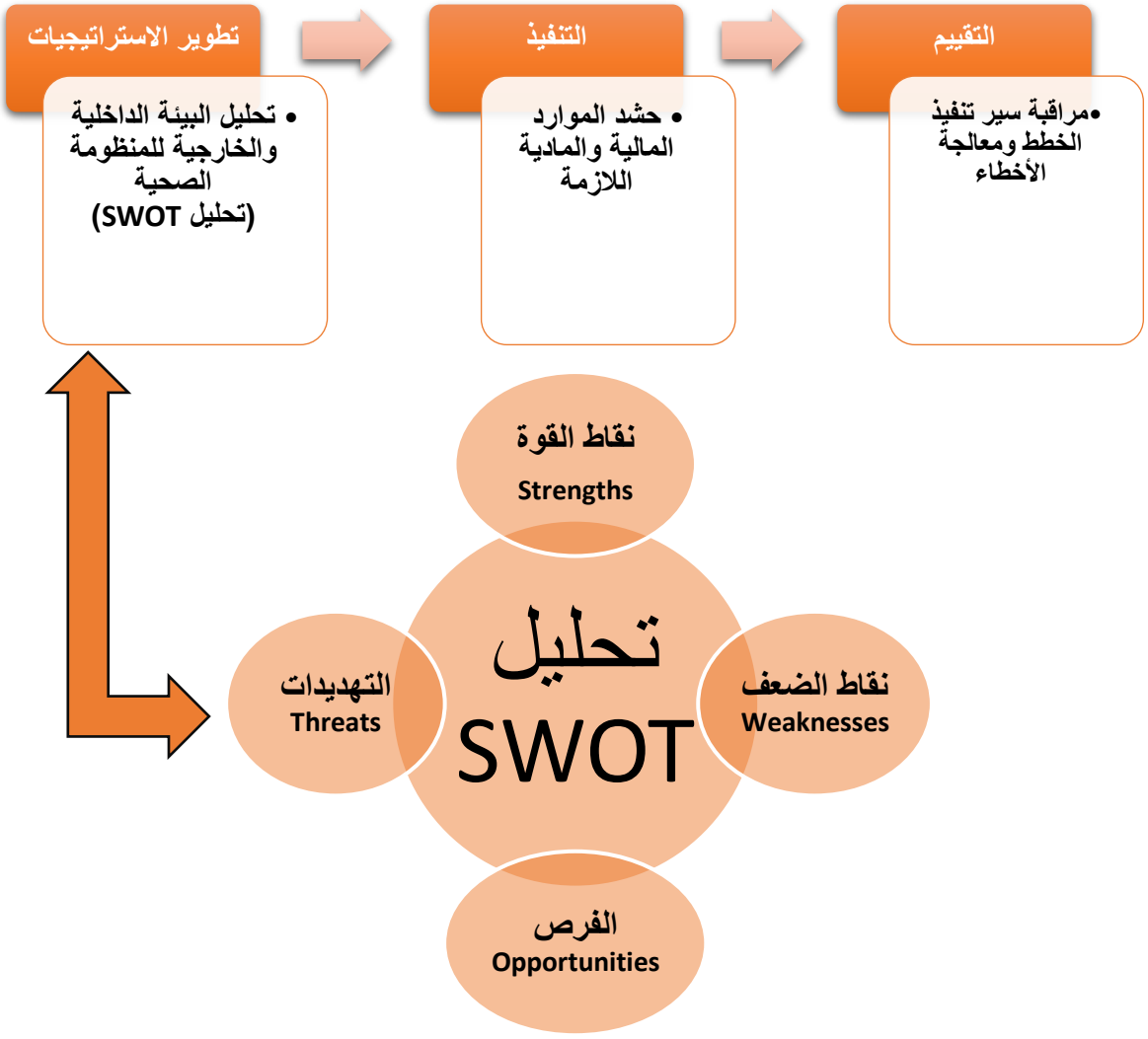
ويبرز هنا الدور الحاسم لتحليل SWOT [24] في مراجعة البيئة الداخلية والخارجية للنظام الصحي بصورة دورية (الشكل23)، مما يتيح استغلال الفرص المتاحة والحد من تأثير التهديدات المحتملة وبذلك يتضح أن التخطيط الاستراتيجي الصحي عملية ديناميكية تتكامل فيها صياغة الرؤية والأهداف، التحليل المنهجي للوضع الراهن، التنفيذ القائم على الموارد

[24] يعتبر **تحليل SWOT** من أبرز أدوات التخطيط الاستراتيجي وأكثرها استخداما عالميا، حيث يساعد على تحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات التي تواجه المؤسسات أو الأنظمة، بما يتيح صياغة خطط عملية وواقعية لتحقيق الأهداف، وتتمثل أهميته في كونه أداة تربط بين المؤهلات الداخلية والظروف الخارجية، مما يجعل القرارات الاستراتيجية أكثر فاعلية. (Puyt, Birger Lie , & Wilderom , 2023, pp. 01-02)، يعود أصل تحليل **SWOT** إلى ستينيات القرن العشرين من خلال معهد ستانفورد للأبحاث الذي طور بداية نهج **SOFT**-Satisfactory، Opportunity، Fault ، Threat سرعان ما تحول هذا الاختصار إلى الصيغة الأشهر **SWOT**-Strengths، Weaknesses Opportunities، Threats ، ورغم أن الأداة انتشرت عالميا، إلا أن تاريخها ظل غامضا بسبب محدودية النشر والتوثيق ومع ذلك، فإن ظهورها في صيغة المصفوفة 2×2 جعلها إحدى أكثر الأدوات الاستراتيجية استخداما في التخطيط الاستراتيجي. (Puyt, Birger Lie, & Madsen, 2024, pp. 03-05)

والشراكات، وأخيرا التقييم المستمر وهو ما يجعله أداة ذات أهمية لبناء أنظمة صحية قادرة على الصمود والاستجابة للأزمات الطارئة.

(GHANBARI, GORJI, BEHZADIFAR, SHOGHLI, & MARTINI, 2021, pp. 982-985)

الشكل رقم: 23 مخطط توضيحي لدور تحليل SWOT في التخطيط الاستراتيجي الصحي



المصدر: من إعداد الباحث من خلال توضيح تحليل SWOT ضمن التخطيط الاستراتيجي الصحي

مما سبق يظهر أن التخطيط الاستراتيجي ذو أهمية كبيرة في القطاع الصحي لما يتميز به من تشابك عناصره وتعدد الفاعلين به، إلى جانب ارتباطه المباشر بصحة الأفراد ودوره في تحقيق التنمية الشاملة. مما يستوجب عليه اعتماد خطط استراتيجية شاملة تضمن الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة وتوفير الخدمات الصحية، ويسهم التخطيط الاستراتيجي الصحي

في تطوير البنية التحتية وتحسين جودة الرعاية وصياغة نماذج مبتكرة لتقديم الخدمات تراعي الفئات الهشة، كما يعزز الحوكمة الصحية ويطور كفاءات الموارد البشرية ويقوم هذا النوع من التخطيط على ثلاث مراحل مترابطة تتمثل في تطوير الاستراتيجية عبر التحليل المنهجي للبيئة الداخلية والخارجية باستخدام أدوات مثل تحليل SWOT، ثم تنفيذها بفعالية من خلال تعبئة الموارد وتحفيز العاملين، وتقييمها بصورة دورية لضمان الاستمرارية والتكيف مع المتغيرات، مما يجعل التخطيط الاستراتيجي الصحي عملية ديناميكية متكاملة تجمع بين الأهداف المستقبلية والتحليل المنهجي والتنفيذ الفعلي والتقييم المستمر.

II-4-4. المطلب الثالث: التنظيم في الإدارة الصحية

يعتبر التنظيم الوظيفة الإدارية الأساسية مثلها مثل التخطيط الاستراتيجي في بناء المنظومة الصحية المتكاملة والفعالة فبينما يحدد التخطيط الأهداف والغايات، يأتي التنظيم ليكون الأساس الذي يدعم هذه الخطط ويحولها من إطار نظري إلى واقع عملي ملموس وفي سياق الإدارة الصحية تتعاظم أهمية التنظيم ليتجاوز كونه عملية إدارية إلى كونه عاملا حاسما في ضمان الجودة والسلامة والكفاءة، فطبيعة العمل الصحي المعقدة تجعل من التنظيم الفعال ذو أهمية بالغة حيث يحدد دور الفاعلين ومسؤولياتهم وصلاحياتهم وقنوات اتصالهم بالآخرين، مما يمنع التداخل والازدواجية في المهام ويقلل من هامش الخطأ ويعزز روح العمل الجماعي، علاوة على ذلك فالتنظيم السليم هو الذي يسهل عمليات الرقابة وتقييم الأداء، مما يوفر البيانات اللازمة لاتخاذ القرارات الاستراتيجية الفعالة والتحسين المستمر للخدمات.

II-4-4-1. مفاهيم عامة حول التنظيم الإداري

يعتبر التنظيم الإداري من المفاهيم الأساسية في علم الإدارة العامة، حيث لا يرتبط فقط بتوزيع الموارد والوظائف داخل المؤسسات بل يعكس أبعادا أوسع تتعلق بتمثيل المصالح الاجتماعية والاقتصادية في البنية الإدارية للدولة، فالتنظيم الإداري ينظر له كإطار مؤسسي يتيح دمج مختلف الفاعلين في صياغة القرارات وتنفيذ السياسات، ويعمل كآلية للتوفيق بين السلطة العامة والمصالح الخاصة، ومن خلال هذا الدور يصبح التنظيم الإداري وسيلة لضبط التوازنات داخل المجتمع وضمان الاستقرار السياسي والاجتماعي، خاصة في ظل توسع دور الدولة وتعقد العلاقات بين مؤسساتها والمجتمع، وبهذا فإن أهميته لا تقتصر فقط في الجانب المرتبط بتوزيع المهام والاختصاصات، بل في بعده الوظيفي الذي يسعى إلى توحيد

الجهود وتنسيقها بما يحقق الانسجام بين أهداف الدولة وتطلعات المنظمات المختلفة، ويجعل منه أداة استراتيجية في إدارة الشأن العام. (LEISERSON, 1942, pp. 21-36)

يمثل مفهوم التنظيم الإداري الركيزة الأساسية في تطوير أداء المنظمات الحديثة، حيث نشأ هذا المفهوم كاستجابة للضغوط التنظيمية والإدارية التي واجهتها الدول خلال الحرب العالمية الثانية، فبرزت الحاجة الملحة لتحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المحدودة، وقد تطور هذا النشاط ليشكل جانبا متخصصا بدراسة الهيكل التنظيمي وإجراءات العمل بهدف تحسين الكفاءة الإنتاجية وتخفيض التكاليف، ويتجلى الهدف الأساسي للتنظيم الإداري في تحسين وتطوير وسائل وطرق عمل المنظمات لتحقيق أقصى استفادة من مواردها المتاحة، وتجدر الإشارة إلى وجود تباين في التسميات والمفاهيم بين المدارس الفكرية المختلفة، حيث تميل المدرسة البريطانية إلى استخدام مصطلح "التنظيم والأساليب" الذي يركز على دراسة إجراءات العمل وتبسيطها، بينما تفضل المدرسة الأمريكية مصطلح "التنظيم والإدارة" الذي يشمل مجالات إضافية كالتخطيط وإدارة الموارد البشرية والميزانية، وتتنوع اختصاصات التنظيم الإداري لتشمل إجراء الدراسات للخطط الاستشرافية، تصميم إجراءات العمل، وضع نظم الرقابة وتقييم الأداء، وبشكل عام يعد التنظيم الإداري أداة حيوية لتحسين الأداء المؤسسي من خلال تطبيق الأساليب العلمية في التحليل والتخطيط التنظيمي، مما يسهم في رفع كفاءة المنظمات وتمكينها من تحقيق أهدافها بفعالية. (عصفور، 1987، الصفحات 25-38)

يعد التنظيم الإداري من أهم وظائف العملية الإدارية، حيث يقوم على ترتيب الأنشطة وتوزيعها على الأفراد والجماعات بما يضمن توحيد الجهود وتنسيقها لتحقيق أهداف محددة، وقد برز الاهتمام بالتنظيم الإداري بصورة خاصة بعد الحرب العالمية الثانية، وكذلك مع سعي الدول النامية إلى تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويعتبر التنظيم عملية خلق علاقات وتفاعلات بين الأفراد والوظائف والوسائل المتاحة ضمن إطار منسق يوجه الجميع نحو غاية مشتركة، ويهدف إلى تحويل الخطط الاستشرافية إلى واقع فعال من خلال تحديد الأعمال وترتيبها بشكل يقلل من الفوضى والازدواجية ويرفع كفاءة الأداء الجماعي، وتنبع أهمية التنظيم من كونه الوسيلة الأساسية التي تمكن المؤسسات من استغلال مواردها البشرية

والمادية بكفاءة، وتوضيح الصلاحيات والمسؤوليات وتجنب تضاربها، إضافة إلى دوره في تحقيق الرقابة وضمان التعاون بين العاملين، كما يساهم التنظيم في خلق بيئة عمل تساعد على الاستجابة للمتغيرات والتكيف مع الظروف الطارئة، ومن خلال هذه الوظائف يتضح أن التنظيم الإداري يمثل العمود الفقري لأي مؤسسة، إذ يحقق الانسجام ويضمن السعي لتحقيق الأهداف المسطرة. (الحميميدي، 2014، الصفحات 07-11)

يكتسي التنظيم الإداري أهمية بالغة في النظرية الإدارية الكلاسيكية، حيث يقوم على مبدأ تقسيم العمل وتجميع الأنشطة المتشابهة في وحدات أو أقسام متخصصة، والهدف من هذا التنظيم هو تحقيق الهدف المشترك للمؤسسة بكفاءة عالية، وذلك من خلال تحديد المهام المختلفة وتفصيلها ثم توزيعها بشكل عادل بحيث يؤدي كل فرد العمل المحدد له سابقا مما يعزز روح التعاون ويخدم المصلحة العامة للمنظمة ككل، ويركز التنظيم على التحكم في عمليات المؤسسة من خلال هيكل واضح يضمن تسيير الموارد المتاحة بفعالية وصناع القرار على جميع المستويات، وبالتالي فإن الدور الرئيسي للتنظيم الإداري هو خلق بيئة صحية تدعم التعاون وتضمن التشغيل الفعال لجميع العمليات، وقد تجسد هذا المفهوم بشكل واضح من خلال أعمال هنري فايول، الذي قدم رؤية منهجية للتنظيم الإداري من خلال مبادئه الأربعة عشر الشهيرة المشار إليها سابقا، كما ميز بين مستويات إدارية مختلفة (تنفيذية، عليا، ووسطى)، وهذا ما يبقي مفهوم التنظيم الإداري الذي أسسه فايول إطارا نظريا أساسيا لفهم كيفية بناء وإدارة المؤسسات. (KAUL, 2020, pp. 1498-1500)

يعتبر التنظيم الإداري إحدى الوظائف الأساسية في العملية الإدارية، حيث يهتم بتطوير الهياكل التنظيمية وتوظيف الموارد البشرية وغيرها بما يخدم تحقيق أهداف المنظمات، وتبرز أهمية التنظيم الإداري في سعي المؤسسات إلى استغلال مواردها بكفاءة عالية، وضمان التنفيذ الجيد للمهام والأنشطة الوظيفية وذلك من خلال تحديد الأدوار بوضوح وتنظيم عمل الأفراد وفقا لطبيعة نشاط كل مؤسسة ويقوم التنظيم الإداري على مبدأ توزيع المهام بشكل منظم داخل هيكل هرمي يحدد مستويات السلطة والمسؤولية، وهذا ما يساهم في ضمان توزيع المهام وتمكين الأفراد من معرفة واجباتهم وصلاحياتهم داخل المنظمة، كما يتيح للمديرين الإداريين اتخاذ القرارات المناسبة لحل المشكلات وتحقيق الأهداف بكفاءة وفي أقل وقت وجهد وتكلفة ممكنة، وتزداد أهمية التنظيم الإداري بالنظر إلى كونه الوسيلة التي تترجم عملية التخطيط إلى واقع عملي، ومن

بين أبرز فوائد التنظيم الإداري أنه يضمن الاستخدام الفعال للموارد ويعمل على توحيد الجهود وتنسيقها، خاصة في المؤسسات الكبيرة التي تضم أعدادا متزايدة من العاملين كما يساعد التنظيم على الاستجابة للمتغيرات التي تطرأ على بيئة العمل، ويوفر أسسا عادلة لتوزيع الوظائف بحسب الخبرة والمؤهلات بما يضمن تعزيز الانسجام بين العاملين ووضوح العلاقات الوظيفية داخل المؤسسة. (الشوابكه، 2022، صفحة 1470)

من خلال الإشارات السابقة لمفهوم التنظيم الإداري يتبين أنه من أبرز ركائز العملية الإدارية، فهو الإطار الذي يعنى بترتيب الأنشطة وتوزيعها بين الأفراد الفاعلين داخل المنظومة، وتحديد الصلاحيات والمسؤوليات بما يحقق الانسجام والتكامل، ويستخدم التنظيم الإداري في بناء الهياكل التنظيمية التي تستند إلى توزيع واضح للمهام والوظائف، الأمر الذي يساهم في منع الازدواجية والتكرار ويعزز الانضباط والفاعلية في الأداء، كما أنه يمثل الوسيلة العملية لترجمة الخطط إلى واقع من خلال الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية، وتنسيق العمل بين مختلف المستويات الإدارية لتحقيق الأهداف وإلى جانب ذلك، يعتبر التنظيم الإداري أداة للتكيف مع المتغيرات الداخلية والخارجية، حيث يعمل على تحقيق التوازن بين المصالح العامة والخاصة ومن هذا المنطلق، يمكن القول إن التنظيم الإداري ليس مجرد وظيفة إدارية تقليدية، بل هو نظام متكامل يمثل العمود الفقري لأي مؤسسة تسعى إلى الكفاءة والاستمرارية في تحقيق أهدافها.

II-4-4-2. الهياكل التنظيمية والتنظيم الإداري

يعد الهيكل التنظيمي للمؤسسات الأداة الأساسية للتنظيم الإداري حيث يعتبر الإطار الذي يحدد العلاقات الرسمية داخل المؤسسة، بما يشمل توزيع المهام وتدرج السلطة بالإضافة إلى قنوات الاتصال وآليات التنسيق، وهو عنصر أساسي لتحقيق أهداف المنظمات بكفاءة عالية، ويقوم الهيكل التنظيمي بدور محوري في تسهيل عملية صنع القرار، ويقوم على ثلاثة مبادئ رئيسية تحديد مستويات السلطة ونطاق الإشراف، تقسيم الأفراد إلى وحدات عمل، وتصميم أنظمة التنسيق، وتتأثر هذه المبادئ بعدة متغيرات مثل الاستراتيجية، التكنولوجيا، حجم المنظمة، والبيئة المحيطة لها، وتتنوع الهياكل التنظيمية بين عدة أنماط أبرزها الهيكل البسيط، الوظيفي، متعدد الأقسام، المصفوفي، الهجين، الشبكي، والبيروقراطي، ولكل منها خصائص تلبي احتياجات تنظيمية مختلفة، كما يمكن التمييز بين الأشكال ذات الطابع الرسمي المركزي، والتي تتسم بالمرونة

واللامركزية، وقد قدم **Henry Mintzberg**[25] نموذجا بارزا يقسم المنظمة إلى خمسة مكونات أساسية النواة التشغيلية، القمة الاستراتيجية، الخط الوسط، البنية التقنية، ووظائف الدعم، مبينا أن الهيكل يتشكل تبعا لمركز السيطرة والسلطة، أما الهياكل الحديثة فهي استجابات لتحديات معاصرة كالعولمة وتسارع التغيرات التكنولوجية، والتي تعتبر هياكل أكثر مرونة وأفقية من الهياكل الهرمية التقليدية، وبهذا يصبح الهيكل التنظيمي أداة استراتيجية تترجم الأهداف والخطط إلى واقع عملي وتدعم استقرار المنظمات. (Ali Ahmady, Mehrpour, & Nikooravesh, 2016, pp. 456-461)

II-4-4-3. أهمية التنظيم الإداري وأسس نجاحه

يشكل التنظيم الإداري الإطار الذي تبنى عليه باقي وظائف الإدارة ويترجم أهدافها إلى هياكل وأنشطة ملموسة، ويساهم في ضبط مسارات الاتصال والتنسيق بين مختلف مستويات المنظمة بما يحقق التكامل بين الجهود المختلفة، ومن هذا المنطلق، ينظر إلى التنظيم باعتباره الآلية التي تحول الخطط إلى واقع عملي من خلال تحديد الاختصاصات وتوضيح المسؤوليات بين أفراد المنظومة، وتتمثل أهمية التنظيم الإداري في كونه الأداة التي تسمح للمؤسسات باستغلال مواردها المادية والبشرية بكفاءة عالية، حيث يحد من الازدواجية في العمل، ويوفر الانسجام بين أنشطة الأفراد والوحدات، كما يساعد في تحقيق مبدأ التدرج الهرمي للسلطة الذي يوضح خطوط القيادة والإشراف، ويحدد نطاق المسؤولية على نحو يكفل الانضباط المؤسسي ويعزز وحدة القيادة ومن جهة أخرى، يتيح التنظيم الإداري إمكانية التكيف مع المتغيرات الداخلية والخارجية من خلال مراجعة هياكله ولوائحه بصورة دورية، بما يضمن الاستمرارية والقدرة على مواجهة التحديات، ويقوم التنظيم الناجح على مجموعة من المبادئ الأساسية مثل وضوح الأهداف، وتوزيع المهام وفق مبدأ التخصص، وتحديد العلاقات الوظيفية

[25] قدم **مينتزبرج** نموذجا للهيكل التنظيمي يقوم على خمسة أجزاء أساسية سابقة الذكر، وقسم المنظمات إلى خمسة تكوينات رئيسية هي: الهيكل البسيط، البيروقراطية الآلية، البيروقراطية المهنية، الشكل المقسم، والهياكل المرنة الحديثة، حيث يرتبط كل تكوين بآلية تنسيق محددة وبدرجة من المركزية أو اللامركزية، ويرى أن فعالية المنظمة تتحقق من خلال انسجام هذه العناصر مع بيئتها مع إمكانية نشوء هياكل هجينة في حالات التحول أو ضغوط البيئة المحيطة.
(MINTZBERG, 1980, p. 322)
(البيروقراطية هي نظام إداري يعتمد على القواعد الرسمية والتدرج الوظيفي، ما يجعلها أداة مهمة لتحقيق التنظيم والفعالية، وقد تتسبب هذه الإجراءات الرسمية أحيانا في بعض التعقيدات للمتعاملين).

بشكل يحقق الانسجام بين المستويات الإدارية المختلفة، كما يعتمد على إيجاد توازن بين المركزية واللامركزية بما يسمح بسرعة اتخاذ القرارات مع الحفاظ على وحدة الرقابة والتوجيه. (بن نجمة، 2011، الصفحات 883-888)

II-4-4-4. التنظيم الإداري الصحي

يعتبر التنظيم الإداري الصحي أداة مهمة لتحقيق أهداف المنظومة الصحية والمتمثلة في تلبية الحاجيات الصحية للأفراد، إذ يشمل صياغة السياسات وتخصيص الموارد وإدارة الموظفين والتخطيط الاستراتيجي، بما يضمن سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية وكفاءتها وتلبيتها لاحتياجات المرضى، حيث يساهم التنظيم الإداري الفعال في المؤسسات الصحية في تحسين نتائج الرعاية الصحية من خلال تقليل أوقات الانتظار ورفع رضا المرضى، وتطورت الإدارة الصحية من مجرد إدارة للموارد المادية والمالية إلى نهج أكثر شمولية يركز على جودة الرعاية وتعزيز ثقة المريض، فالتنظيم والإدارة الصحية خاصة في مجالات اتخاذ القرار، إدارة الموارد، ضمان الجودة، والكفاءة التشغيلية تمثل عناصر جوهرية لتحسين جودة الرعاية الصحية، وتبقى التحديات المستمرة تتطلب حلولا واستراتيجيات ملائمة لظروف كل نظام صحي من أجل ضمان تقديم خدمات صحية في المستوى. (Majeed, et al., 2024, pp. 2909-2911)

II-4-4-5. إدارة الرعاية الصحية

تمثل إدارة الرعاية الصحية أحد أهم فروع التنظيم الإداري الصحي، حيث تهتم بالإشراف على مختلف المنشآت الصحية، وبرزت الحاجة إليها بشكل متزايد مع التطور السريع للتكنولوجيا الطبية وتغير القوانين واللوائح المنظمة لقطاع الصحة، حيث لم يعد الأطباء قادرين وحدهم على تسيير الشأن الصحي دون دعم إداري متخصص، وتتمثل مهام إدارة الرعاية الصحية في ضمان السير الحسن للمنظومة، من خلال الإشراف على العمليات اليومية وإدارة الموارد البشرية وصياغة السياسات الصحية، كما يعتبر المسيرون المسؤول الأول عن اتخاذ قرارات تتعلق بتقييم الأداء، توظيف العاملين، تسيير الميزانية، بالإضافة إلى استخدام أدوات حديثة مثل قواعد بيانات المرضى وتقنيات تكنولوجيا المعلومات، وهناك جانب أساسي آخر من التنظيم الإداري الصحي هو إدارة المعلومات الصحية، إذ تتطلب المرافق الصحية وجود مختصين قادرين على إدارة قواعد بيانات المرضى والتنسيق بين خبراء تكنولوجيا المعلومات، الأطباء، والمحاسبين لضمان حماية البيانات، توثيق

الإجراءات، وترميزها بشكل صحيح لأغراض التأمين، فإدارة الرعاية الصحية تجسد التطبيق العملي للتنظيم الإداري داخل المؤسسات الصحية، إذ تجمع بين التخطيط، التنسيق، القيادة، والرقابة، بما يضمن تحقيق التوازن بين الأهداف العلاجية والطبية من جهة، ومتطلبات الإدارة الحديثة من جهة أخرى، فهي تمثل الركيزة الأساسية لتحقيق كفاءة الأداء وجودة الخدمة الصحية المقدمة. (healthcare management degree, 2025)

تعرف إدارة الصحة على أنها العملية التي تهدف إلى ممارسة القيادة والتوجيه من أجل دعم وتعزيز الصحة على مختلف المستويات، وينظر إلى إدارة الصحة باعتبارها مجالا مهنيا واسعا يضم العديد من الفاعلين الذين يساهمون في تنظيم وتوجيه النظم الصحية، إذ يقوم مديرو الصحة بقيادة وتنسيق وتحسين أداء المنظومات الصحية عبر توظيف معارف متخصصة وتدريب رسمي، إلى جانب الالتزام بالمعايير الأخلاقية وتشمل مهامهم الدعوة إلى سياسات صحية أكثر فعالية، وتأسيس هياكل إدارية قادرة على رفع كفاءة المؤسسات الصحية والمهنيين العاملين فيها، فضلا عن تعزيز التعاون بين القطاعات الصحية العامة والخاصة وتشجيع مشاركة مختلف الأطراف ذات الصلة في صياغة رؤية استشرافية جماعية تسعى إلى بلوغ مستوى صحي مثالي للمجتمع. (Valiotis, et al., 2024, pp. 790-791)

II-4-4-6. النماذج التنظيمية الصحية

تعتبر النماذج التنظيمية للنظم الصحية من الركائز الأساسية لفهم كيفية إدارة الموارد المتاحة وتوجيه الخدمات الصحية بما يحقق الكفاءة والعدالة في التوزيع، وتقوم هذه النماذج على مبدأ التكامل والتنسيق بين مختلف مرافق الرعاية الصحية، مما يساهم في تكوين تنظيم إداري صحي يحدد العلاقات الوظيفية داخل المؤسسات الصحية، وتتوزع النماذج التنظيمية إلى عدة أنماط من أبرزها:

- **النموذج الوظيفي**: يستخدم عادة في المستشفيات الصغيرة ويعتمد على تقسيم العمل إلى أقسام متخصصة تدار وفق سلسلة قيادية محددة، ويعتبر ملائما للحالات التي تتطلب استقرارا إداريا ووظيفيا.
- **النموذج المؤسسي**: يطبق في المستشفيات الكبيرة حيث يفوض الرئيس التنفيذي الصلاحيات لفريق الإدارة العليا، مما يسمح بقدر أكبر من الاستقلالية والمرونة في تسيير الأقسام، وهو ما يشبه الهياكل التنظيمية للشركات الخاصة.

❖ **النموذج المصفوفي:** يمثل صيغة هجينة تجمع بين البنية الهرمية الرسمية والعمل الشبكي التعاوني، ويعد أكثر ملاءمة لمؤسسات الصحة العامة متعددة التخصصات.

وتظهر نماذج جديدة لتنظيم الرعاية الصحية وتتطور بسرعة من خلال سعي الدول المتقدمة إلى إيجاد طرق لكبح زيادات التكاليف، وتسعى الدول النامية إلى إيجاد طرق فعالة لرفع المعايير الصحية لسكانها بتكلفة مقبولة، وعليه فإن النماذج التنظيمية الصحية تمثل آلية عملية لترجمة مبادئ الإدارة الصحية إلى واقع ملموس حيث تحدد طبيعة الهيكل الإداري وأنماط التنسيق والرقابة، وتعتبر عاملا أساسيا في قدرة النظم الصحية على التكيف مع المتغيرات وضمان استدامة خدماتها الصحية المقدمة (Tulchinsky & Varavikova, 2014, pp. 628-635) والجدول(06) بين أهم الفروقات بين النماذج القديمة والحديثة.

الجدول رقم:06 أهم الفوارق بين نماذج الرعاية الصحية القديمة والحديثة

نماذج الرعاية الصحية التقليدية	نماذج الرعاية الصحية الحديثة
التركيز على رعاية المرضى المقيمين	**التركيز على استمرارية الرعاية المقدمة**
التركيز على علاج المرض	**التركيز على الحفاظ على الصحة العامة وتعزيزها**
المسؤولية عن المريض الفرد	**السعي للتغطية الصحية الشاملة**
مكافأة الأخصائيين أكثر من الأطباء العموميين	**تكافؤ اقتصادي أكبر بين مقدمي الخدمات**
مكافأة الخدمات الجراحية أكثر من الخدمات الطبية	**مكافأة الخدمات الوقائية والجراحية**
التقييم من خلال الأسرة المشغلة	**توفير الرعاية بمستوى وجودة مناسبة قابلة للتقييم**
تنظيم منفصل بين مقدي الخدمات والإداريين	**دمج نظام تقديم الرعاية الصحية**
يدير المديرون مؤسسة معينة أو قسما	**يعزز المديرون حضور المؤسسة في سوق الخدمات الصحية**
ينسق المديرون الخدمات من خلال الهيكل التنظيمي	**يعزز المديرون التعاون بين القطاعات ومختلف المستويات**

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مقال بعنوان: The New Public Health
(Tulchinsky & Varavikova, 2014, p. 628)

مما سبق يتبين أن التنظيم الإداري في القطاع الصحي دعامة أساسية وأداة حيوية لتحويل الخطط الصحية الاستراتيجية من أطر نظرية إلى واقع عملي ملموس، حيث يعمل التنظيم الفعال على تحديد أدوار العاملين ومسؤولياتهم وصلاحياتهم بشكل واضح، مما يمنع التداخل والازدواجية ويعزز روح العمل الجماعي، كما يسهل عمليات الرقابة وتقييم الأداء لتوفير البيانات اللازمة لصنع القرار والتحسين المستمر، ويعتمد التنظيم الإداري الفعال على إنشاء هيكل تنظيمي يحدد العلاقات الرسمية وتوزيع المهام وتدرج السلطة وقنوات الاتصال، وتتجسد أهمية إدارة الرعاية الصحية في الإشراف على المنشآت الصحية وإدارة مواردها البشرية والمادية وصياغة السياسات الصحية وذلك بالاعتماد على التقنيات الحديثة مثل نظم المعلومات الصحية لتحقيق الكفاءة التشغيلية وتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال الاعتماد على نماذج تنظيمية متطورة، وهذا ما يبرز الأهمية البالغة للتنظيم الإداري الصحي كوسيلة عملية لتحقيق التكامل بين الأهداف الطبية ومتطلبات الإدارة الحديثة، مما يجعله العمود الفقري لأي منظومة صحية تسعى إلى الاستمرارية والتميز في الأداء.

II-4-5. المطلب الرابع: خصائص الوظائف المسيرة للإدارة الصحية

تعد المنظومة الصحية بيئة معقدة ومتداخلة تخضع للتطورات التكنولوجية والتحولات الديموغرافية، مما يجعل الإدارة الصحية العامل الأساسي لضمان فعالية هذه المنظومة وجودة خدماتها الصحية المقدمة، حيث يعتمد التنظيم الإداري الصحي على مجموعة من الوظائف الإدارية الأساسية لضمان تحقيق الأهداف الاستراتيجية، وتشمل هذه الوظائف بشكل أساسي التوجيه والرقابة واتخاذ القرار والتحفيز، والتي تسعى لضمان السير الحسن للمنظومة الصحية والعمل بكفاءة وفعالية، حيث تمثل وظيفة التوجيه الآلية التي يتم من خلالها توجيه الجهود الجماعية نحو تحقيق الأهداف المشتركة في الإطار الصحي وتوضيح الأدوار، وتوفير الدعم المستمر للفرق لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة ودقة عالية، أما وظيفة الرقابة فتمثل النظام الذي يطبق لمراقبة الأداء ومقارنته بالمعايير المحددة مسبقا، مما يسمح بتحديد الأخطاء ومعالجتها في الوقت المناسب، وتعد الرقابة ضرورية لضمان الجودة والسلامة والامتثال للمعايير التنظيمية والاستخدام الأمثل للموارد المحدودة، من ناحية أخرى تعتبر وظيفة اتخاذ القرار أساس الإدارة الصحية، حيث تواجه المؤسسات الصحية يوميا مواقف تتطلب خيارات حاسمة في ظل موارد محدودة، تتراوح هذه القرارات بين الاستراتيجية ذات الأبعاد طويلة وقصيرة المدى، مثل استثمار

التقنيات الجديدة أو تطوير الخدمات، وتعتمد هذه العملية على تحليل البيانات والتقييم العلمي للمخاطر ومشاركة أصحاب المصلحة لضمان الشفافية والعدالة، وتمثل وظيفة التحفيز المحرك الأساسي لأداء الموارد البشرية، من خلال فهم الاحتياجات النفسية والمهنية للعاملين، وتصميم أنظمة مكافآت مبتكرة وخلق بيئة عمل داعمة تمكن القادة الصحيين من تعزيز الانتماء والابتكار والالتزام بمعايير الجودة العالية، حيث تشكل هذه الوظائف الإدارية الأربع نظاما متكاملا يدعم مرونة المنظومة الصحية وقدرتها على التكيف مع المتغيرات لضمان استدامة توفير الخدمات الصحية.

II-4-5-1. التوجيه الإداري

التوجيه الإداري عملية قائمة على التأثير في السير العام للمنظمة، سواء من قبل شخص يتمتع بصفة القيادة في موقع إداري رسمي أو خارج هذا الإطار، وتتبلور القيادة الفعالة من خلال درجة التأثير وكيفية توزيعه بين أفراد المنظومة وقد أولت معظم الدراسات التقليدية اهتماما كبيرا للخصائص السلوكية والسمات الشخصية للقائد ويمكن تصنيف أساليب التوجيه الإدارية إلى الأنماط الرئيسية التي تعكس العلاقة بين المشرف والمرؤوس، فالنمط التعاوني يكون عندما يشارك الطرفان معا في التأثير مما يعزز الابتكار والالتزام، وهناك النمط السلطوي يظهر عندما يتركز التأثير بيد المشرف وحده، وهو ما قد يكون مناسبا حينما تكون كفاءة القائد عالية، في المقابل يتميز النمط التفويضي بمنح المرؤوسين تأثيرا كبيرا مما ينمي مهاراتهم ويزيد من إحساسهم بالمسؤولية، ونجد النمط التنازلي الذي يتسم بغياب التأثير الفعال من كلا الطرفين مما قد يؤدي إلى التقصير في معالجة القضايا التنظيمية.

ومن أبرز مميزات التوجيه الإداري الفعال المرونة والتكيف مع طبيعة كل الموقف، وتتوقف فعالية الأسلوب الإداري على عدة عوامل منها كفاءة المشرف والمرؤوس من أجل أن يصبح التوجيه الإداري الفعال عملية ديناميكية قادرة على تعزيز المشاركة ورفع مستوى الأداء لضمان السير الحسن للمنظومة. (Farris, 1973, pp. 08-13)

تستند أساسيات الإشراف والتوجيه الفعال إلى ثلاثة أدوار أساسية تتمثل في الدور التعليمي الذي يعمق الفهم ويدمج النظرية بالممارسة، والدور الداعم الذي يتعامل مع الضغوط النفسية والمهنية، والدور الإداري الذي يراقب الجودة والالتزام بالمعايير والمقاييس الكمية، ويكشف التحليل أن الممارسة الحالية في التوجيه تهيمن عليها الوظيفة الإدارية بشكل

كبير التي تسعى لتحقيق الأهداف المخطط لها سابقا بطرق كمية قابلة للقياس والمتابعة، وهذا على حساب الأدوار التعليمية والداعمة، فالطبيعة المعقدة للإشراف والتوجيه تتطلب من المسير الكفء اكتساب قدرة عالية على الموازنة بين هذه الأدوار والانتقال بينها بمرونة، مع وجود وعي تام بالفروق في السلطة والسياق الإداري التنظيمي، مما يدعو إلى الحاجة لتطوير إطار إشرافي أكثر تكاملا يحقق التوازن بين متطلبات الجودة المؤسسية والاحتياجات التطورية والنفسية لكل من متخذ القرار وبقية أفراد المنظومة، وذلك لضمان أن تظل خدمات التوجيه المهني أداة فاعلة وذات مغزى في خدمة المنظمات والمؤسسات لتحقيق أهدافها. (Bimrose & Wilden, 1994, pp. 373-378)

II-4-5-2. خصائص التوجيه الإداري الصحي

يعتبر التوجيه الإداري الركيزة الأساسية التي تدير وظائف الإدارة الأخرى من تخطيط وتنظيم، حيث يساهم في وضع الاستراتيجيات وتحديد الاختصاصات ويشمل قيادة الأفراد وتوجيههم وتحفيزهم لتحقيق الأهداف المنشودة في الإطار الذي يرسمه التنظيم الإداري، وفي سياق التنظيم الإداري الصحي، تتعاظم أهمية وظيفة التوجيه لارتباطها المباشر بجودة الرعاية المقدمة وحياة المرضى، من خلال الاشراف المباشر على سير العمليات لضمان السلامة والمعايير المهنية، كما أنها مهمة مستمرة تركز على تنفيذ القرارات بدقة وتحقيق السياسات العامة للمؤسسة الصحية، مما يساهم في رفع مستوى الأداء التنظيمي والمهني، لضمان تقديم خدمات صحية متميزة.

يستمد التوجيه الإداري الصحي خصائصه من طبيعة البيئة التي يعمل بها، والتي تجمع بين الدقة الطبية والتعقيد الإداري، حيث يعتبر وظيفة إدارية شاملة ومستمرة تهدف إلى قيادة وتحفيز الأطقم الطبية والإداريين لتحقيق أعلى معايير الكفاءة والفاعلية في العمل، وتتمثل أهم خصائصه في كونه عملية ترافق سير العمل يوميا لضمان التنفيذ الأمثل للقرارات والسياسات من خلال الإشراف المباشر مع الحرص على أن تكون التعليمات مسجلة ومحددة بوضوح لتجنب أي لبس أو خطأ قد ينعكس على جودة الرعاية وسلامة الأفراد، كما يقوم التوجيه الفعال في المؤسسات الصحية على ركيزتين أساسيتين هما الاتصال والقيادة، حيث يعمل المدير على التأثير في سلوك مرؤوسيه وتوجيههم نحو إنجاز المهام ضمن الأطر التنظيمية والأخلاقية المحددة، ولكي يكون هذا التوجيه ناجحا فإنه يخضع لمبادئ وأسس راسخة يأتي في مقدمتها مبدأ تجانس

الأهداف الذي يسعى للتوفيق بين الأهداف الفردية للعاملين والأهداف الجماعية للفرق الطبية والهدف العام للمؤسسة وهو تقديم رعاية متميزة، كما يعد مبدأ وحدة مصدر التعليمات أساسي لضمان عدم تضارب التعليمات الصادرة للعاملين والحفاظ على سلاسة العمل، ولضمان فعالية التوجيه فإنه يعتمد على أسس واضحة للعمل تشمل ضرورة تحديد الهدف ووحدة التوجيه والتعاون الوثيق بين جميع المستويات التنظيمية، كما يتطلب الأمر تطبيقا صارما لمبدأ العدالة في المعاملة والجزاء مما يعزز الثقة ويقوي الانتماء، فأهمية التوجيه تكمن في كونه المرة العاكسة لجودة العملية الإدارية بأكملها، وذلك لارتباطه بالتعامل مع طبيعة البشر المعقدة والمكونة من خلفيات وثقافات متنوعة. (المحمادي، 2015)

II-4-5-3. الرقابة الإدارية

تقوم عملية الرقابة والإشراف على عدة عناصر، كإتاحة قنوات تواصل فعالة بالمنظومة وتطبيق مبدأ المساءلة وإجراء التقييم المستمر وتقديم الدعم والمراجعة الدورية، وتواجه عملية الرقابة والإشراف تحديات رئيسية أبرزها:

- **الانشغال التنظيمي**: مما يقلل من فرص التفرغ للإشراف المباشر والتطوير الفردي للموظفين.
- **اختلاف مستويات أفراد المنظومة**: ما يفرض على المشرف مراعاة الاختلافات في عملية المراقبة واتخاذ القرار.

ولضمان فعالية الرقابة، يستوجب الموازنة بين المهام الإدارية اليومية وبين الاستثمار في تطوير الموظفين، مع العمل على إعداد خطط عملية مشتركة لتقييم الأداء، حيث توصي منظمات عالمية بضرورة إشراك المرؤوسين في تصميم خطط للتطوير المهني تشمل تقييم نقاط القوة والضعف، وتحديد أهداف مستقبلية واقعية قابلة للتجسيد.

بالتالي فإن الإشراف والرقابة يمثلان عملية استراتيجية تقوم على المتابعة المستمرة والتقييم بهدف تحسين أداء الأفراد المؤسسة، كما أنهما يشكلان أداة للتوازن بين متطلبات التنظيم واحتياجات الأفراد، مما يجعل منهما ركيزة أساسية في أي نظام إداري ناجح. (Holmes, Acker, & Boettcher, 2021, pp. 19-21)

تعرف الرقابة الإدارية بأنها جهد منهجي يسعى لضمان سير الأنشطة التنظيمية حسب الخطط المعدة مسبقا، مما يضمن تحقيق الأهداف بكفاءة وفعالية، وتعتمد على أساسيات ومبادئ متسلسلة تبدأ بتسجيل نتائج العمل والأداء التنظيمي بدقة لتوفير بيانات موثوقة يمكن الرجوع لها مستقبلا، تليها مرحلة وضع معايير أداء واضحة وقابلة للقياس والتحليل

تعكس المستويات المثلى المطلوبة، ثم تأتي مرحلة القياس والتقييم، حيث يقارن الأداء الفعلي بهذه المعايير لتحديد مدى التوافق أو الانحراف وكمرحلة أخيرة، في حال وجود أي تقصير يتم اتخاذ إجراءات تصحيحية لضمان السعي لتحقيق أهداف المنظومة المسطرة، بالإضافة إلى إجراءات استباقية لتحسين العمليات المستقبلية ومنع تكرار الأخطاء، فالرقابة الإدارية عملية مستمرة تضمن انضباط الأداء وتعزز ثقافة التطوير المنظمة. (Rahmi, Neviyarni, & Riska, 2024, p. 07)

II-4-5-4. خصائص الرقابة الإدارية الصحية

تعتمد الرقابة الإدارية على ملاحظة الأداء بشكل مستمر وقياس الأساليب المطبقة، ثم مقارنة النتائج المحققة بالأهداف المخطط لها مسبقا فالهدف الأساسي من هذه العملية هو تحديد الانحرافات والأخطاء والعمل على تصحيحها لضمان تحقيق الأهداف المرجوة للمؤسسة الصحية بكفاءة عالية، وتكمن الأهمية البالغة للرقابة الإدارية في التنظيم الصحي كونها إحدى الوظائف الأساسية للإدارة، فمن خلالها يمكن التحقق من مدى تقدم العمل نحو تحقيق الأهداف الاستراتيجية، وتبرز أهميتها أيضا في شموليتها فهي عملية يمارسها جميع المدراء على مختلف المستويات لمراقبة الأداء واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة عند الحاجة، وفي الإطار العملي التطبيقي وخاصة في المؤسسات الصحية تتركز عملية الرقابة الإدارية على ثلاثة أنظمة أساسية، الرقابة على نظام الحوافز والذي يهدف إلى تحفيز الموظفين لبذل قصارى جهدهم وتحريك قدراتهم الكامنة لتحقيق أهداف المؤسسة، الرقابة على الرواتب والذي يعد شرطا أساسيا للأداء الجيد حيث يجب أن يكون الأجر عادلا ومتناسبا مع الجهد والكفاءة مما يؤثر مباشرة على سلوكيات الموظفين وجودة الخدمات المقدمة، والرقابة على تقييم الأداء وهو عملية موضوعية تبنى على التقييمات التي تؤدي لقرارات مهمة كالترقيات، مما يساهم في تنمية روح الإبداع والتميز ويضمن جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وبهذا فإن الرقابة الإدارية الصحية هي عملية شاملة ومستمرة لضمان استقرار المنظومة الصحية ونجاحها في تحقيق أهدافها. (زديرة، 2017، الصفحات 224-226)

تتميز الرقابة الإدارية في النظام الصحي بمجموعة من الخصائص المتكاملة التي تجعل منها عملية حيوية ومستمرة وليست مجرد إجراء روتيني حيث تعد الرقابة الإدارية وظيفة إدارية مستمرة، لا تنفصل عن باقي الوظائف الإدارية كالتخطيط والتنظيم والتوجيه، بل ترتبط بها ارتباطا وثيقا لضمان تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمنظمة الصحية، وتهدف هذه الرقابة

إلى التحقق من أن الأداء الفعلي متوافق مع المعايير الموضوعة مسبقا، ويتم ذلك من خلال عملية منهجية تقوم على قياس النتائج الفعلية ومقارنتها بالنتائج المرجوة أو المستهدفة، مما يمكن الإدارة من تشخيص أسباب أي انحرافات والعمل على معالجتها من خلال اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة في الوقت المناسب وبالتالي ضمان تصحيح المسار وتحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة، لتحقيق فعالية هذه العملية تعتمد الرقابة الإدارية الفعالة على هيكل تنظيمي واضح ومحدد المعالم يتميز بوجود خطوط سلطة ومسؤولية معرفة بدقة لأفراد المنظمة، مما يسهل عملية التنسيق وتبادل المعلومات ويخلق بيئة عمل مناسبة لاتخاذ القرارات السليمة، كما تستخدم أدوات ووسائل رقابية متنوعة تتناسب مع طبيعة وحجم المؤسسة الصحية كالملاحظة الشخصية والميزانيات التخطيطية، والتقارير الدورية، والبيانات الإحصائية ومخططات الرقابة، والتي تساهم مجتمعة في توفير معلومات دقيقة وموثوقة لتقييم الأداء، وتمتد إلى دورها الوقائي في منع وقوع الأخطاء الكبيرة والمكلفة مسبقا، ومنع حالات الاحتيال والفساد الإداري والمالي من خلال تعزيز الشفافية والمحاسبة علاوة على ذلك، فهي أداة محورية لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، حيث تضمن سير العمل كما هو مخطط له وتسعى إلى تلبية تطلعات المستفيدين في الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية، فالرقابة الإدارية مشروطة بتوفر متطلبات تنظيمية وبشرية ومادية ملائمة، فهي تحتاج إلى كفاءات بشرية قادرة على تنفيذها ونظم وسياسات واضعة وموارد كافية، كما تعتبر عملية الرقابة وسيلة للتطوير والتحسين تساهم في تعزيز ثقة الموظفين وتشجيعهم على النجاح الإداري والتميز في الأداء.

(ALAYOUBI, AREKAT, Al SHOBAKI, & ABU-NASER, 2021, pp. 220-221)

II-4-5-5. اتخاذ القرار الإداري

تعتبر عملية اتخاذ القرار نشاط أساسي في العملية الإدارية، وذلك لارتباطها الوثيق بجميع الوظائف الإدارية من تخطيط وتنظيم وتوجيه وتنسيق ورقابة، فنجاح أي منظمة يتوقف على قدرة قيادتها على اتخاذ القرارات المناسبة في الوقت المناسب، وترتبط هذه العملية بالقائد، الذي يتحمل مسؤولية القرار وتبعاته مما يتطلب منه اعتماد أسلوب قائم على التحليل والقياس العلمي، ويواجه متخذ القرار ضغوطا متعددة أبرزها محدودية الوقت، وعدم وضوح المعلومات، وتعرف عملية اتخاذ القرار بأنها عملية اختيار واع بين بدائل متاحة لمواجهة مشكلة معينة بناء على تقييم موضوعي للحلول المطروحة، وهناك

فرق بين عملية صنع القرار التي تمثل الإطار الأوسع الذي يشمل جمع البيانات وتحليلها وتوليد البدائل، بينما يعد اتخاذ القرار المرحلة الحاسمة التي يتم فيها اختيار البديل الأنسب، وتطورت أساليب اتخاذ القرار مع تزايد تعقيد البيئات التنظيمية وبرزت الحاجة إلى أساليب أكثر علمية ودقة، مثل بحوث العمليات التي تستخدم النمذجة الكمية والمحاكاة، وأسلوب شجرة القرارات الذي يمثل الخيارات والنتائج المحتملة بشكل بياني، ونظرية المباريات التي تستخدم في مواقف الصراع والتنافس، وبناء السيناريوهات الذي يساعد في محاكاة المستقبل وتفاعلات العناصر المختلفة، وتبقى عملية اتخاذ القرار تحديا كبيرا، تتطلب من القادة الجمع بين الخبرة الشخصية والدقة التي توفرها الأدوات العلمية، لضمان اتخاذ قرارات فعالة تحقق الأهداف التنظيمية وتضمن استمرارية المنظمة. (آل مفتاح و الخريف، 2024، الصفحات 67-69)

إن مفهوم صنع القرار هو عملية معقدة تتداخل فيها عوامل متعددة، اقتصادية واجتماعية وتتضمن عناصر عديدة، وهناك فرق بين مفهومي صنع القرار واتخاذ القرار، فالأخير يمثل آخر مرحلة في عملية صنع القرارات، وتعرف عملية اتخاذ القرار بأنها عملية الاختيار الرشيد بين البدائل المتاحة لتحقيق هدف معين، ويمكن استنتاج النقاط التالية:

- ❖ اتخاذ القرار يتم من خلال اتباع عدة خطوات متتابعة تشكل أسلوبا منطقيا في الوصول إلى حل أمثل.
- ❖ تحليل البدائل المتاحة ومعرفة مدى تناسقها مع أهداف المؤسسة.
- ❖ اختيار البديل الأمثل يعتمد كلية على مدى تحقيقه، والمعيار الرئيسي لقياس مدى فعالية قرار اختياره.

II-4-5-6. أهمية اتخاذ القرارات

اتخاذ القرارات هي محور العملية الإدارية كما سبق الذكر فهي عملية تدخل في جميع وظائف الإدارة ونشاطاتها، فعندما تمارس الإدارة وظيفة التخطيط فإنها تتخذ قرارات معينة في كل مرحلة من مراحل وضع الخطة سواء عند وضع الهدف أو رسم السياسات أو إعداد البرامج أو تحديد الموارد الملائمة أو اختيار أفضل الطرق والأساليب لتشغيلها، وعندما تضع الإدارة التنظيم المساعد لمهامها المختلفة فإنها تتخذ قرارات بشأن الهيكل التنظيمي ونوعه وحجمه وأسس تقسيم الإدارات والأقسام ونطاق الإشراف المناسب وخطوط السلطة والمسؤولية والاتصال وعندما يتخذ المدير وظيفته القيادية فإنه يتخذ مجموعة من القرارات سواء عند توجيه مرؤوسيه وتنسيق مجهوداتهم أو استشارة دوافعهم وتحفيزهم على الأداء الجيد أو حل

مشكلاتهم، وعندما تؤدي الإدارة وظيفة الرقابة فإنها أيضا تتخذ قرارات بشأن تحديد المعايير الملائمة لقياس نتائج الأعمال والتعديلات الطارئة، والعمل على تصحيح الأخطاء إن وجدت، وهكذا تجرى عملية اتخاذ القرارات في دورة مستمرة مع استمرار العملية الإدارية نفسها.

II-4-5-7. أنواع القرارات الإدارية

❖ **القرارات التقليدية:** وتضم القرارات التنفيذية وهي تتعلق بالمشكلات البسيطة الروتينية كتلك المتعلقة بالحضور اليومي وتوزيع العمل والغياب والإجازات وكيفية معالجة الشكاوى، وهذا النوع من القرارات يمكن اتخاذه مباشرة على الفور نتيجة الخبرات والتجارب التي اكتسبها المدير والمعلومات التي لديه، وهناك أيضا القرارات التكتيكية وتتصف بأنها قرارات متكررة وإن كانت في مستوى أعلى من القرارات التنفيذية وأكثر تعقيدا وتفصيلا، مما يتطلب الأمر استشارة الرؤساء الفنيين والمتخصصين.

❖ **القرارات غير التقليدية:** وتضم القرارات الحيوية التي تتعلق بمشكلات يحتاج حلها إلى التفاهم والمناقشة وتبادل الرأي على نطاق واسع، ولمواجهة هذا النوع من المشكلات يبادر متخذ القرار بمشاركة مساعديه ومستشاريه من الإداريين والفنيين والقانونيين وكل من يعنيهم أمر القرار من جميع الأطراف، ونجد أيضا القرارات الاستراتيجية، وهي قرارات غير تقليدية تتعلق بمشكلات استراتيجية وذات أبعاد متعددة وعلى جانب كبير من العمق والتعقيد، وهذه النوعية من القرارات تتطلب البحث المتعمق والدراسة المتأنية والمتخصصة التي تتناول جميع الاحتمالات.

II-4-5-8. العوامل المؤثرة في اتخاذ القرار وعناصره

هناك عدة عوامل تؤثر في اتخاذ القرار منها:

❖ **أهداف المنظمة:** أهداف المنظمة هو محور التوجيه الأساسي لكل العمليات بها، لذلك فان نقطة الاهتمام في اتخاذ القرار هي اختيار أنسب البدائل التي سوف تحقق أهداف المنظمة التكتيكية أو الاستراتيجية.

❖ **الثقافة السائدة في المجتمع:** تعتبر ثقافة المجتمع من الأمور الهامة التي تتصل بعملية اتخاذ القرار، فالمنظمة لا تباشر نشاطها في المجتمع، ومن ثم فلا بد من مراعاة الأطر الاجتماعية والثقافية للمجتمع عند اتخاذ القرار.

❖ **الواقع ومكوناته من الحقائق والمعلومات المتاحة:** يجب أن يؤخذ في الاعتبار الحقيقة والواقع وما ترجحه من اختيار بديل على بديل، وفي رأي **Herbert simon**[26] أن القرارات هي شيء أكبر من مجرد افتراضات تصف الواقع لأنها تصف حالة مستقبله، فهناك تفضيلات توجه السلوك نحو البديل المختار، ومعنى هذا باختصار أن القرارات لها محتوى أخلاقي بالإضافة إلى محتواها الواقعي.

❖ **العوامل السلوكية:** يمكن تحديد الإطار السلوكي لمتخذ القرار بالجوانب النفسية لدى الفرد ومدى معقوليتها والتي يمكن من خلالها تفسير السلوك النفسي للفرد في اتخاذ قراره، حيث تعتبر المصدر الأساسي الذي يوجه الشخص إلى اختيار القرار من بين البدائل المتاحة له.

II-4-5-9. عناصر اتخاذ القرار

إن صنع القرار يمر بمجموعة من المراحل تختلف حسب النماذج تحليلية لصنع القرار، فمثلا يرى "سيمون" أن صنع القرار يشمل على ثلاث مراحل رئيسية هي:

❖ **اكتشاف المناسبات لصنع القرار.**

❖ **اكتشاف سبل العمل الممكنة.**

❖ **الاختيار بين سبل العمل.**

وجدت الإدارة في المنظمات الحديثة أن هناك ضرورة إلى الأخذ بمبدأ المشاركة في صنع القرار مع توسيع دائرة المشاركين في صنع القرار خاصة فيما يتعلق بتلك القرارات التي تؤثر في أعمالهم وما يحققه ذلك من مزايا عديدة مثل ضمان تعاونهم والتزامهم، فتوسيع نطاق المشاركة يؤدي إلى إثراء القرارات لأنها تصبح متأثرة بمعلومات وخبرات متنوعة، كما أن الاجراءات المتخذة تكون أكثر ملاءمة لمتطلبات الموقف الذي يتفاعل معه المشاركون. (الأشهب، 2015، الصفحات 11-31)

[26] **Herbert simon:** عالم اقتصاد واجتماع أمريكي (1916 – 2001)، ناقش مفهوم العقلانية الخاص بالاقتصاد الجزئي، فكان بذلك أول من تناول العقلانية المحدودة ويمكن تفسير مفهومه للعقلانية من خلال مجالات بحثه ومسيرته العلمية المتميزة في عالم الاقتصاد، وكان سيمون مهتما جدا بالإدارة وعلم النفس والذكاء الاصطناعي فكرس جزءا كبيرا من أبحاثه لدراسة إجراءات اتخاذ القرار في الشركات والإدارات، وتطوير أساليب اتخاذ القرار في بيئة معقدة. (Scialom & Amar, 2022)

II-4-5-10. خصائص اتخاذ القرار بالمنظومة الصحية

تعتبر عملية اتخاذ القرارات الإدارية في مؤسسات الصحية ركيزة أساسية لضمان فعالية الأداء التنظيمي وجودة الخدمات الصحية، حيث تسعى إلى تحقيق توازن دقيق بين مجموعة معقدة من العوامل، والتي تشمل الحفاظ على معايير جودة الرعاية وضمان رضا المرضى والحفاظ على التنظيم الإداري الصحي المعمول به، ولتحقيق هذا التوازن يتطلب الأمر من المديرين الصحيين امتلاك مهارات تحليلية متقدمة وقدرة على مواجهة الضغوط والأزمات، كالتحديات الاقتصادية وتقلبات السياسات الصحية، وتعتمد القرارات الفعالة في هذا القطاع الحيوي على المعلومات الدقيقة مما يستدعي استخدام تقنيات متطورة لجمع البيانات الصحية وتحليلها، لضمان أن تتخذ القرارات على أسس علمية سليمة، كما تعد الشفافية وإشراك جميع أصحاب المصلحة من أطقم طبية وإدارية عنصرا مهما لضمان شمولية القرارات وتعزيز تأثيرها الإيجابي على المدى الطويل

وتبرز أهمية هذه العملية في تمكين المؤسسة الصحية من إدارة الموارد كالأدوية والمعدات بشكل كفء يقلل الهدر ويحسن تخصيص الموارد المتاحة، علاوة على ذلك تساهم القرارات الاستراتيجية في تطوير ثقافة تنظيمية قائمة على التعاون والابتكار، مما يؤدي إلى تطوير حلول مبتكرة تحسن سير العمل وترتقي بمستوى الخدمات، وتقلل من الفجوات في جودة الرعاية بين شرائح المجتمع المختلفة، كما يظهر هذا الأثر جليا أثناء حالات الطوارئ والأوبئة، حيث يمكن للقرارات السريعة والدقيقة، مثل تحديد أولويات الخدمات وتوزيع اللقاحات، أن تخفف من الآثار السلبية على الصحة العامة وتعزز مرونة النظام الصحي، غير أن متخذي القرار في هذا القطاع يواجهون التحديات الجسيمة، أبرزها التعقيدات التنظيمية والبيروقراطية التي تعيق السرعة والمرونة، والضغوط الاقتصادية التي تتطلب الموازنة بين الجودة العالية والتكاليف المحدودة، ونقص البيانات الدقيقة والمحدثة، والتطور السريع والمستمر في المجال الطبي والتكنولوجي الذي يفرض ضرورة مواكبة المستجدات، بالإضافة إلى الالتزام بالقيود القانونية والأخلاقية. (العرابي، العصيمي، و النمري، 2025، الصفحات 02-06)

II-4-5-11. دور نظم المعلومات الصحية في دعم اتخاذ القرار

تعتمد عملية اتخاذ القرار في المؤسسات الصحية على التعاون بين جميع مستويات النظام الصحي، بداية من منتجي البيانات ووصولا إلى مستخدميها من مديرين ومخططين ومقدمي رعاية صحية، وتبرز أهمية هذا التعاون في الأنظمة الهرمية (الرعاية الأولية، الثانوية، والعليا)، والتي تعتمد على تدفق البيانات بشكل تصاعدي من المصادر الأساسية في الوحدات الصحية الأولية نحو مراكز صنع القرار في المستويات الأعلى، وعلى الرغم من التقدم المحرز في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، تظل الحاجة ملحة لتعزيز جودة نظام المعلومات الصحية لضمان فعالية القرارات المتخذة، وتكمن التحديات الرئيسية في ضرورة ضمان توافر البيانات وجودتها واستخدامها الفعال، حيث تشكل المستويات الدنيا المصدر الأساسي للمعلومات فبيانات عالية الجودة تمكن العاملين من اتخاذ قرارات سريرية وإدارية دقيقة وفعالة، بينما تخدم البيانات المجمعة على المستويات العليا وضع السياسات الصحية وتخصيص الموارد بفعالية، وتمر عملية صنع القرار عموما بمراحل أساسية تبدأ بجمع البيانات، حيث يتم تجميع المعلومات ومعالجتها بناء على طبيعة القرار وخصائص صانع القرار وفي هذا الإطار، يلعب نظام المعلومات الصحي دورا محوريا، حيث يعمل على تعزيز جودة القرارات من خلال توفير بيانات دقيقة وحديثة تتيح تحليلا شاملا للبدائل، كما يساهم هذا النظام في رفع كفاءة المديرين من خلال المهام الروتينية، مما يساعدهم في التركيز على التحليل والتخطيط الاستراتيجي، ويعزز مهاراتهم في التعامل مع التكنولوجيا وتحليل البيانات بالإضافة إلى ذلك، يسهل النظام عملية التواصل عبر تمكين مشاركة المعلومات وعرض النتائج بسلاسة، مما يدعم اتخاذ القرار الجماعي التشاركي والمدروس، فنجاح عملية اتخاذ القرار في القطاع الصحي مرهون بوجود بنية تحتية قوية لنظام المعلومات قادرة على تحليل البيانات مما يسمح باتخاذ القرارات الدقيقة والفعالة وخلال وقت قياسي، مما ينعكس إيجابا على جودة الرعاية المقدمة وتحقيق الأهداف الاستراتيجية على كافة المستويات. (كريشان، 2022، الصفحات 550-554)

II-4-5-12. التحفيز الإداري وأبعاده الأساسية

يعتبر التحفيز من بين الركائز الأساسية التنظيم الإداري، حيث يعرف بأنه القوة الدافعة للأفراد نحو تحقيق أهداف محددة سواء على المستوى الشخصي أو التنظيمي، حيث يشير هذا المفهوم إلى تلك الطاقة الكامنة التي تمكن الفرد من

تحسين مستوى أدائه والحفاظ عليه، مما ينعكس إيجابا على نشاط المنظمة ككل، وينقسم التحفيز إلى نوعين أساسيين، التحفيز الداخلي والمتمثل في القيام بالعمل بدافع ذاتي نابع من الرضا الشخصي والمتعة والاهتمام الجوهري بالنشاط نفسه، حيث يجد الفرد في المهمة التي يؤديها مصدرا للإشباع الذاتي والتحقيق الشخصي، هذا النوع من التحفيز يرتبط بعوامل نفسية مثل الشعور بالإنجاز والتقدير والاستقلالية والمسؤولية والنمو الشخصي، أما التحفيز الخارجي فيتمثل في العوامل الخارجة عن الذات التي تدفع الفرد إلى العمل، مثل المكافآت المادية والمعنوية والترقيات، ويشمل هذا النوع من التحفيز الرواتب والمكافآت المالية والمعنوية، وتلعب القيادة الإدارية دورا محوريا في تعزيز تحفيز الموظفين حيث يتعين على المديرين أن يكونوا قادرين على فهم احتياجات الموظفين وتقدير مساهماتهم، ويعد التقدير والاعتراف بالجهود من قبل الإدارة من العوامل الأساسية في تعزيز الدافعية، سواء كان ذلك من خلال مكافآت مالية أو عبر وسائل غير مادية مثل الثناء العلني أو منح مزيد من الاستقلالية في العمل، كما أن تمكين الموظفين بمنحهم الصلاحيات والمسؤوليات التي تسمح لهم باتخاذ القرارات المؤثرة في عملهم، يعد من أقوى أدوات التحفيز الداخلي، كما تعتبر بيئة العمل ذات تأثير بليغ في عملية التحفيز والتي تشمل الظروف المكانية والتقنية التي يعمل فيها الموظف والعلاقات بين الزملاء وأسلوب القيادة والشعور بالأمن الوظيفي، حيث تؤثر هذه العوامل بشكل مباشر على حماس الموظفين ورغبتهم في البذل والعطاء، ويعتبر أيضا التدريب والتطوير المهني من الركائز المهمة في تحفيز الموظفين، حيث يشعرون من خلاله أن المنظمة تستثمر فيهم وتهتم بنموهم الشخصي والمهني، مما يعود بالنفع على المنظمة ككل من خلال تحسين الأداء وزيادة الإنتاجية، فالتحفيز الفعال مزيج متوازن بين العوامل الداخلية والخارجية للمنظومة، يسمح بتبني استراتيجية تحفيزية شاملة تعزز الانتماء الوظيفي للأفراد وتحقق أقصى استفادة من الموارد البشرية. (Bhuda & Harmse, 2025, pp. 01-03)

يتجلى مفهوم التحفيز في كونه مجموعة من العوامل التي تهدف إلى تفعيل الدوافع الكامنة لدى الأفراد، وتوجيه سلوكهم نحو تحقيق الأهداف التنظيمية بشكل أفضل، وتنبع أهمية التحفيز من قدرته على إشباع حاجات العاملين ورفع معنوياتهم والتحكم في سلوكهم بما يخدم المصلحة المشتركة وإثارة حماسهم للمنافسة الإيجابية فضلا عن تعزيز الطاقات الإبداعية، كما يهدف التحفيز إلى ربط أهداف المؤسسة بأهداف العاملين والمجتمع وتنظيم السلوك البشري وتحقيق الأهداف

الاقتصادية عبر زيادة الإنتاجية وتحسين الجودة، إلى جانب تعزيز الأهداف المعنوية كالولاء التنظيمي وروح التعاون، ويتنوع التحفيز وفقا لعدة معايير تصنيفية حيث ينقسم حسب طبيعته إلى حوافز مادية تتمثل في الأجور والزيادات والمكافآت والمشاركة في الأرباح والعلاوات، وحوافز معنوية تشمل الترقية والتقدير والمشاركة في اتخاذ القرارات وتحسين ظروف العمل، كما يصنف التحفيز حسب ارتباطه بالعمل إلى حوافز مباشرة ترتبط بالأداء الفردي، وحوافز غير مباشرة تتجلى في الخدمات الاجتماعية والرعاية الصحية والمرافق الترفيهية، ويتوزع التحفيز حسب مستواه إلى فردي وجماعي ومؤسسي، مما يعكس تعدد الأبعاد والاستراتيجيات التي يمكن للمؤسسات اعتمادها لتحفيز أفرادها. (أوكيل، 2019، الصفحات 126-131)

تظهر أهمية التحفيز الإداري من خلال ارتباطه بالتطوير التنظيمي الذي يعد عملية شاملة ومستمرة تهدف إلى تحسين البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة، ويتجلى هذا الارتباط في قدرة التنظيم الإداري على دفع القيادات والموظفين نحو تبني أفكار مبتكرة والبحث عن فرص جديدة، مما يساهم في خلق إدارة حديثة قادرة على تلبية احتياجات المجتمع والموظفين على حد سواء، ويستند هذا التوجه إلى ثلاثة مبادئ أساسية: التحسين المستمر والتواصل الفعال وتطوير المهارات، ويشمل التحفيز أشكال مختلفة أبرزها إثراء العمل الذي يمكن الموظفين من تعظيم إمكاناتهم، والتمكين الذي يرتكز على إخراج أفضل ما في الأفراد عبر منحهم الصلاحيات والمسؤوليات، فضلا عن تقدير الإنجازات عبر أنظمة الثناء والشهادات الرمزية، كما تتضمن الحوافز غير المادية فرص التطوير المهني والتدريب وإتاحة التفاعل مع المستويات الإدارية العليا ووضع أهداف جماعية قابلة للتحقيق وتعزيز الإبداع وتنمية المواهب، وهنا يبرز دور المدير كعامل محوري في نجاح عملية التحفيز حيث يتعدى دوره التقليدي في الإشراف إلى كونه قائدا ومحفزا، ويتمثل هذا الدور في بناء ثقافة تنظيمية قائمة على الثقة والشفافية وتكييف أساليب القيادة وفقا لاحتياجات الموظفين والاحتفاء بالنجاحات وتبني نمط القيادة الديمقراطية التي تشجع المشاركة في صنع القرار، كما يتحمل المدير مسؤولية تصميم وتنفيذ استراتيجيات التحفيز التي تبدأ بدراسة المناخ التنظيمي عبر أدوات القياس المختلفة واختيار النموذج التحفيزي المناسب وتحديد معايير الأداء، والخروج بحزمة تحفيزية متوازنة تجمع بين الحوافز المادية والمعنوية، حيث يساهم التحفيز داخل المنظومة الإدارية في تعزيز التعاون وتقليل مستويات التوتر، مما يشجع على المبادرة والإبداع كما تساهم الثقافة التنظيمية في بناء هوية مشتركة للموظفين وتعزز الانتماء والولاء التنظيمي، فالتحفيز

الإداري نظام متكامل يتطلب فهما دقيقا للموارد البشرية ومرونة في التطبيق وارتباطا وثيقا برؤية المنظمة واستراتيجياتها المستقبلية، إضافة إلى ضرورة تبني نموذج شامل يجمع بين الحوافز المادية والمعنوية لمواكبة المتطلبات الظرفية، وضمان استدامة الأداء المتميز وتحقيق التطوير التنظيمي الشامل. (Goranov, 2024, pp. 104-117)

II-4-5-13. خصائص التحفيز بالمنظومة الصحية

يمثل التحفيز الإداري الصحي نظاما متكاملا من الممارسات والآليات الهادفة إلى تعزيز الأداء التنظيمي وتحقيق التوازن بين أهداف المؤسسة الصحية واحتياجات الأفراد، حيث يعد العنصر البشري في القطاع الصحي ذات أهمية بالغة في تحقيق التميز والجودة وتنبع أهمية التحفيز في كونه أداة استراتيجية لرفع كفاءة الأداء وتعزيز الميزة التنافسية للمؤسسات الصحية، حيث يساهم في تحفيز الأطقم الصحية على الإبداع والتفاني في تقديم الخدمات، وتتمثل أبرز خصائص التحفيز الإداري الصحي في كونه يجمع بين الحوافز المادية والمعنوية، فالحوافز المادية تشمل الأجور التنافسية والمكافآت المالية والمزايا العينية، بينما تشمل الحوافز المعنوية كما سبق التقدير والترقية وتوفير بيئة عمل محفزة.

ومن الخصائص الجوهرية للتحفيز الإداري الصحي ارتباطه الوثيق بالأداء، حيث تكون الحوافز مبنية على معايير موضوعية تقيس مستوى الأداء الفعلي للعاملين، وهذا يتطلب وجود نظام تقييم أداء عادل وشفاف، يمكن من خلاله تحديد المستحقين للحوافز بشكل دقيق، كما يجب أن يكون النظام مرنا وقابلا للتطوير بحيث يمكن تعديله وفقا لمتغيرات البيئة التنظيمية واحتياجات العاملين المتغيرة، ويتميز التحفيز الإداري الصحي الفعال بشموليته، حيث يضم جميع المستويات الوظيفية المتمثلة في أطقم الطبية والتمريضية والإدارية، ومن الخصائص المهمة أيضا استدامة النظام التحفيزي، حيث يجب أن يكون جزءا من الثقافة التنظيمية للمؤسسة الصحية، وللتحفيز الإداري الصحي أثر بليغ في رفع مستوى الرضا الوظيفي وتحسين جودة الخدمات المقدمة، كما أنه يعزز الولاء التنظيمي ويساهم في خلق بيئة عمل إيجابية تشجع على الإبداع والابتكار، فتبني نظام تحفيزي صحي فعال ضرورة حتمية لضمان استمرارية المنظومة الصحية وتحقيق أهدافها المرجوة. (الرشيدي، وآخرون، 2022، الصفحات 122-124)

يساهم التحفيز الإداري الصحي في تحسين أداء المنظومة الصحية، حيث يسمح نظام الحوافز بتلبية احتياجات العاملين وتوقعاتهم، فتوفر الحوافز المناسبة سواء كانت مادية كالرواتب والمكافآت، أو معنوية كالترقيات والتقدير، أو اجتماعية كرعاية الأسر وحل المشكلات يساهم بشكل مباشر في تشكيل السلوك الوظيفي الإيجابي للعاملين بالمجال الصحي، وينعكس هذا الأثر على جودة مخرجات النظام الصحي حيث يؤدي التحفيز الفعال إلى تعزيز الرضا الوظيفي ورفع مستوى الأداء وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما يزيد من قدرة المؤسسات على الاحتفاظ بالأطقم الطبية والإدارية المؤهلة، ويشجع على الاستقرار الوظيفي الذي يساهم في تحقيق الاستمرارية والتميز في تقديم الرعاية الصحية، وفي السياق الصحي المعاصر أصبح تطوير أنظمة الحوافز أولوية استراتيجية للمؤسسات الصحية الساعية إلى تطبيق معايير الجودة والتحسين المستمر، فالتوازن بين أنواع الحوافز المختلفة ومرونتها وارتباطها المباشر بأداء العاملين، يعد شرطا أساسيا لضمان فعاليتها في تحفيز العاملين على تقديم أفضل ما لديهم، مما ينعكس إيجابا على تحقيق الأهداف التنظيمية وتوفير خدمات صحية ذات جودة مقبولة. (الرويلي، 2025، الصفحات 07-08)

II-4-5-14. المهام الإدارية والمهارات المهنية لمتخذي القرار

تتطلب الإدارة الحديثة مستوى عال من الكفاءة الإدارية التي تجمع بين المهام الأساسية والمهارات الفنية والشخصية، فالمدير أو المشرف الفعال هو قائد موجه يسعى إلى تحقيق التنسيق بين مختلف الوحدات بالمؤسسة، وضمان انسجامها في سبيل بلوغ الأهداف التي تم تسطيرها.

❖ **على مستوى المهام الإدارية:** تنحصر المسؤوليات الرئيسة في خمسة محاور رئيسية تتمثل في تحديد الأهداف الذي يقوم على الموازنة بين الأهداف القصيرة والطويلة المدى وربطها بتوجه المؤسسة، تنظيم الموارد البشرية والمالية بما يضمن وضوح الأدوار مع الحرص على تبسيط الهياكل وتوزيع السلطات بطريقة تسمح باتخاذ القرارات في كل المستويات، تفعيل آليات التحفيز والتواصل التي ترتكز على الثقة والعدالة وتقدير الأداء، وضع معايير للرقابة وتقييم الأداء عبر مؤشرات واضحة وضوابط تعكس قيم المؤسسة وتوجه سلوك العاملين نحو تحقيق النتائج المرجوة، وتبرز مهمة تطوير الذات وتطوير المرؤوسين باعتبارها أحد أهم أدوار المسير المعاصر التي تضمن استمرارية الأداء المؤسسي.

❖ **على مستوى المهارات الإدارية:** فإن المدير الفعال مطالب بإتقان مجالات رئيسية أهمها عملية اتخاذ القرار باعتبارها أساس التنظيم الإداري، كما تفرض البيئة التنافسية ضرورة امتلاك المدير لمهارات في القياس والرقابة التي تركز على تحقيق النتائج وتضمن استدامة الأداء، وأيضا الاستثمار في المعلوماتية أي القدرة على استثمار التكنولوجيا في جمع البيانات وتحويلها إلى معلومات استراتيجية تساهم في اتخاذ القرار الصائب من خلال تكوين صورة دقيقة عن بيئة المؤسسة وسوقها وعملائها، إلى جانب هذه المهارات والمهام، تظل المهارات الشخصية للمسيرين ضرورة لا غنى عنها في ممارسة الإشراف والإدارة. (Drucker & Maciariello, 1999, pp. 17-24)

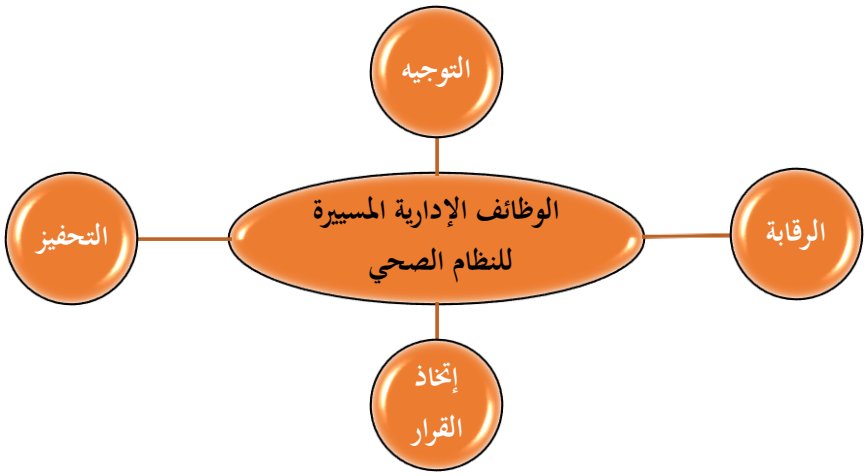
II-4-5-15. المهام الأساسية لمديري المؤسسات الصحية

يمثل مدير المؤسسة الصحية أساس ضمان كفاءة وفعالية تقديم الخدمات الصحية، حيث يتولى مسؤوليات متعددة الأبعاد تجمع بين الإدارة الاستراتيجية والقيادة التشغيلية، وتتمحور المهام الأساسية لمدير المؤسسة الصحية حول وضع وتنفيذ الأهداف الاستراتيجية مع الالتزام بالمعايير التنظيمية والقانونية المعمول بها، وهذا يشمل إعداد الميزانيات الدقيقة ومراقبة الأداء المالي، إلى جانب الإشراف على عمليات التوظيف وتطوير الموارد البشرية لضمان توافر الطاقات المؤهلة القادرة على تقديم خدمات رعاية صحية متميزة، ويعمل مدير المؤسسة الصحية كحلقة وصل أساسية بين مختلف أطراف المنظمة الصحية، حيث يتولى دور المتحدث الرسمي باسم المؤسسة ويعمل على تعزيز التعاون بين الإدارات المختلفة، ويجمع بين رؤى الخبراء من مختلف التخصصات من المديرين الماليين إلى مقدمي الخدمات لاتخاذ قرارات تعزز من جودة الخدمات المقدمة، ويتجاوز دور مدير المؤسسة الصحية الإشراف الروتيني إلى كونه محفزا للتطوير المهني المستمر، حيث يهتم بتحديد وتنمية مهارات القيادة لدى الموظفين وتمكينهم من تحقيق أقصى إمكاناتهم المهنية، وذلك من خلال إقرار المهام الاستراتيجية وتوفير التطوير الوظيفي مما يساهم في الحفاظ على سمعة المؤسسة وترسيخ ثقافة الابتكار والتحسين المستمر في الأداء، على المستوى التنفيذي يلعب مدير المؤسسة الصحية دورا أساسيا في تشكيل الثقافة التنظيمية للمؤسسة من خلال تبني سياسات تعزز التنوع والمساواة وتطوير برامج التدريب المستمر وضمان شمولية الخدمات المقدمة لجميع فئات المجتمع، كما يعمل على تعزيز مشاركة المجتمع من خلال إنشاء قنوات اتصال فعالة لجمع الملاحظات وتحسين الخدمات بشكل مستمر، وتتطلب

هذه المهام امتلاك مدير المؤسسة الصحية مجموعة متكاملة من المهارات، أبرزها مهارات التواصل الفعال والقدرة على القيادة والكفاءة في إدارة الموارد المالية والبشرية والمعرفة العميقة بأنظمة الرعاية الصحية واللوائح التنظيمية، مع الحفاظ على التركيز على الهدف الأساسي المتمثل في تقديم رعاية صحية متميزة للمجتمع، فمدير المؤسسة الصحية يسعى لتحويل الرؤية الاستراتيجية إلى واقع ملموس من خلال قيادة متوازنة تجمع بين الكفاءة الإدارية والمهارات الشخصية في التعامل، مما يساهم في تحقيق التميز في تقديم الخدمات الصحية وتعزيز الصحة المجتمعية. (Tulane University, 2021)

مما سبق يتضح أن الإدارة الصحية الفعالة تسعى لتحقيق التوازن بين الوظائف المترابطة الأساسية للتسيير(الشكل(24))، أهمها وظيفة التوجيه التي يسعى من خلالها المدير لتحقيق الرؤية الاستراتيجية إلى أهداف عملية، مع التركيز على توضيح الأدوار وبناء ثقافة تنظيمية تعزز العمل الجماعي، وظيفة الرقابة التي تعتمد على عمليات المراقبة المنهجية للأداء، باستخدام مؤشرات أداء رئيسية ومقارنتها بالمعايير المعتمدة مع تطبيق أنظمة رقابية على الحوافز وتقييم الأداء والرواتب، وظيفة اتخاذ القرار حيث يوازن المسير بين القرارات الاستراتيجية طويلة المدى والقرارات التشغيلية اليومية معتمدا على تحليل البيانات ومشاركة أصحاب المصلحة، وظيفة التحفيز تجمع بين الحوافز المادية والمعنوية، مع ربطها بالأداء الفردي والجماعي وتعزيز البيئة الداعمة للإبداع والتميز المهني، مما يتطلب امتلاك مديري المؤسسات الصحية لمهارات قيادية متقدمة في التواصل والتحليل الاستراتيجي مع الاستفادة المثلى من تكنولوجيا المعلومات الصحية المتاحة.

الشكل رقم:24 مخطط توضيحي للوظائف الأساسية المسيرة للنظام الصحي



المصدر: من إعداد الباحث من خلال توضيح ترابط الوظائف المسيرة للمنظومة الصحية

II-4-6. المطلب الخامس: حوكمة القطاع الصحي وأثرها في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة

تهدف حوكمة القطاع الصحي إلى تعزيز الفعالية والشفافية في تقديم الخدمات الصحية، حيث تشكل منظومة متكاملة من السياسات والمعايير والآليات الرقابية المصممة لتحسين أداء المنظومة الصحية بشكل عام، وفي ظل التحديات المتزايدة التي تواجه النظم الصحية مثل الضغوط المالية وتزايد الطلب على الخدمات، يبرز دور الحوكمة الصحية في ضمان الاستدامة والجودة لخدمات القطاع الصحي، وتعتمد الحوكمة الفعالة في القطاع الصحي على مبادئ أساسية تشمل المشاركة والشفافية والمساءلة والكفاءة والاستجابة للاحتياجات المجتمعية، حيث توفر هذه المبادئ إطارا لاتخاذ القرارات الاستراتيجية وتوزيع الموارد بشكل عادل وفعال، حيث من خلال تطبيق مبادئ الحوكمة يمكن للأنظمة الصحية تعزيز الثقة بين مقدمي الخدمات والمستفيدين، ويظهر أثر الحوكمة في تحسين الخدمات الصحية من خلال تطوير سياسات صحية قائمة على الأدلة والتحليل، كما تلعب الحوكمة دورا محوريا في تعزيز الابتكار وضمان الامتثال للمعايير المهنية والأخلاقية.

II-4-6-1. المفاهيم الأساسية للحوكمة

ينظر للحوكمة باعتبارها مفهوما حديثا نسبيا تطور خلال التحولات التي عرفتها النظريات السياسية والإدارية في العالم الغربي، خاصة في النموذج أمريكي ففي البداية، كان الحديث عن الحكومة يرتبط بالمؤسسات الرسمية للدولة واحتكارها للسلطة مع قدرتها على اتخاذ القرارات وتنفيذها، ويشير مفهوم الحكومة التقليدي إلى العمليات الرسمية والمؤسسية التي تعمل على مستوى الدولة بغرض الحفاظ على النظام العام وتنظيم العمل الجماعي، غير أن مراجعات الأدبيات العلمية أبرزت أن مفهوم الحوكمة ظهر ليعكس تطورا في أساليب الحكم حيث أصبحت الحدود بين القطاعين العام والخاص غير واضحة، وأضحى الحكم يتم عبر آليات لا تعتمد حصرا على سلطة الدولة وعقوباتها، فجوهر الحوكمة يكمن في أنها ليست مجرد عملية حكومية تقليدية، بل هي نظام تفاعلي ينبني على مشاركة جهات متعددة حكومية وغير حكومية داخلية وخارجية، تتفاعل فيما بينها لإنتاج قرارات وسياسات عامة، فالتنظيم المؤسسي الجديد يظهر تقاسما للصلاحيات وتداخلا في الأدوار بين الفاعلين الرسميين وغير الرسميين ومن هذا المنطلق، عرفت بريطانيا والولايات المتحدة انتشارا واسعا للمفهوم، كما أصبح جزءا من النقاشات السياسية في الديمقراطيات الغربية، وانتقل أيضا إلى الدول النامية التي تبنته بدرجات متفاوتة، وتوسع

مفهوم الحوكمة ليشمل التفاعلات بين القطاع العام والخاص والقطاع التطوعي، وإعادة ابتكار أساليب الحكم من خلال الاعتماد على أدوات جديدة مثل التعاقد، منح الامتيازات، أشكال التنظيم غير المباشر، والابتعاد عن تقديم الخدمات بصورة بيروقراطية مباشرة، وبالتالي فإن الحوكمة تعني تحقيق الكفاءة أو تحسين الإدارة العامة، وتسعى إلى نقلة نوعية في فهم الحكم وإدارته، فالحوكمة تمثل اتجاها حديثا يختلف عن التصور التقليدي للحكم القائم على سلطة الدولة، ليؤكد على أن الحكم عملية مركبة تتم عبر شبكات متداخلة من العلاقات والتفاعلات بين الفاعلين الرسميين وغير الرسميين، وهذا ما يجعل الحوكمة مفهوما أكثر شمولية من الحكومة لأنها تعبر عن تنظيم إداري جديد يرتكز على المشاركة وتقاسم المسؤوليات والتفاعل المستمر بين مختلف القوى الفاعلة .(Stoker, 1998, pp. 17-19)

تتناول الحوكمة بشكل أساسي ممارسة صنع القرارات الجماعية، حيث تمتلك بعدا تفسيريا يسعى لفهم كيفية عمل الأنظمة، بالإضافة إلى انتهاجها الطابع الاستشاري الذي يهدف إلى تقديم الإرشادات القابلة للتطبيق، ويعتبر التعدد المنهجي سمة أساسية تميز الحوكمة، حيث يساهم في تقديم فهم أدق وأكثر تعقيدا للتحديات المرتبطة بتصميم حلول الحوكمة، مقارنة بالمنظور أحادي التخصص، ومن أبرز الخصائص التي يستخلصها هذا التحليل أن التحديات التي تطرحها الحوكمة لا يمكن مواجهتها من خلال منهج معياري صارم يعتمد على قوائم مرجعية من المبادئ المثالية مثل الشفافية والمساءلة، بل تتطلب تبني نهج استقصائي يوازن بين النظرية المعيارية والنظرية التجريبية، ففعالية أي نظام يقوم على الحوكمة يعتمد على فهم الوضع، وتجنب الحلول الشمولية المبسطة، وبذلك تعتبر الحوكمة حقل معرفي يجمع بين التنظير والتطبيق، ويعتمد على تعددية منهجية لفهم تعقيدات صنع القرار الجماعي في العالم المعاصر، مع التأكيد على أن حلولها ليست تقنية بحتة، بل هي بالأساس سياسية ومرتبطة بسياقاتها المؤسسية والاجتماعية. (Chhotray & Stoker, 2009, pp. 214-216)

حسب البنك الدولي تقوم الحوكمة على مجموعة من المبادئ والأسس التي تضمن فعالية الأداء الحكومي وشفافيته، وفي ظل الأزمات المتداخلة التي يشهدها العالم وتغير المناخ يجعل الحكومات تواجه ضغوطا تستدعي تعزيز قدراتها على الاستجابة والتكيف. مما يستوجب التركيز على معايير الحوكمة لبناء مؤسسات تتمتع بالكفاءة والقدرة على الصمود في مواجهة الأزمات، مع ضمان استدامتها وشموليتها وخضوعها للمساءلة، حيث أصبحت قدرة الحكومات على توفير المنافع

العامة بفعالية وخلق فرص العمل ومعالجة إخفاقات الأسواق وإشراك المواطنين أمرا ذات أولوية، وهذا ما كشفته جائحة كورونا عن مواطن ضعف قائمة في أنظمة الإدارة الحكومية، حيث واجهت الحكومات ضغوطا أعاقت سرعة التحرك لتنفيذ تدابير الاحتواء وتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، وإدارة الحملات الواسعة للتطعيم وتقديم خدمات التعليم عن بعد وتوسيع نطاق برامج الحماية الاجتماعية، وقد شملت هذه الصعوبات تفاوت قدرات التخطيط والتنظيم والتنفيذ فضلا عن ضعف التنسيق بين مختلف المستويات، مما يستوجب تسريع التحول الرقمي لأنظمة الحوكمة لتحسين تقديم الخدمات وتعزيز الشفافية المالية وبناء أنظمة إدارة عامة فعالة وشاملة وخاضعة للمساءلة. (World Bank Group, 2024)

تعرف منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) الحوكمة كإطار أساسي لبناء اقتصادات مستدامة في القطاعين العام والخاص، حيث في القطاع العام تشير الحوكمة إلى تصميم وتنفيذ السياسات الاستراتيجية القائمة على الأدلة والابتكار لتعزيز كفاءة الأداء الحكومي وضمان الوفاء بالتزامات الدولة تجاه الأفراد، أما في القطاع الخاص فتركز الحوكمة على تعزيز آليات إدارة الشركات والامتثال التنظيمي وسلوك الأعمال المسؤول لبناء مساءلة فعالة وشفافية تعزز الثقة مما يدعم الاستثمار طويل الأجل ويحقق الاستقرار المالي والحفاظ على نزاهة ومرونة الأعمال، فالحوكمة ينظر لها كمنهجية شاملة تهدف إلى تحقيق التوازن بين الكفاءة الاقتصادية والمسؤولية الاجتماعية في إدارة المؤسسات العامة والخاصة على حد سواء، مما يساهم في بناء أنظمة اقتصادية أكثر استقرارا واستدامة. (OECD, 2025)

مما سبق يتبين أن الحوكمة بمثابة رؤية معاصرة ومتطورة لنموذج الحكم واتخاذ القرار المتعارف عليه حسب المفهوم الكلاسيكي الضيق للدولة الذي ينحصر في المؤسسات الحكومية الرسمية، فالحوكمة تقوم على إطار تشاركي يتم من خلاله دمج جهود الفاعلين، والسماح بمشاركة منظمات القطاع الخاص ومؤسسات المجتمع المدني والقطاع التطوعي، كما تعتبر الحوكمة منهجية تمتاز بالشمولية وتستهدف تعزيز مجموعة من القيم على رأسها الكفاءة في إدارة الموارد والشفافية في عمليات صنع القرار والمحاسبة والمساءلة في الأداء، وتسعى الحوكمة إلى تحقيق التوازن بين المتطلبات الاقتصادية والمقاصد الاجتماعية مما يسمح ببناء مؤسسات قوية ومرنة، قادرة على مواجهة التحديات الطارئة والتعامل مع التعقيدات المتزايدة، وذلك من خلال تعزيز قدراتها على التكيف والاستجابة الاستباقية.

II-4-6-2. مبادئ الحوكمة

تكتسي الحوكمة أهمية بالغة في تعزيز فعالية المؤسسات وضمان استدامة أدائها، حيث سعت العديد من المنظمات والهيئات الدولية إلى وضع أسس ومعايير واضحة تتيح التطبيق السليم والفعال لنماذج الحوكمة. ومن بين أبرز هذه الهيئات التي ساهمت في إرساء المبادئ الأساسية للحوكمة نجد منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية(OECD) ، والمؤسسة المالية الدولية(IFC)[27] ، واتحاد المصارف العربية (UAB)[28] وقد شكلت هذه المبادئ مرجعا عالميا يسمح بتأطير الممارسات الإدارية والمالية بما يعزز الشفافية ويضمن حماية حقوق مختلف الأطراف الفاعلين، حيث وضعت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية إطارا متكاملا لمبادئ الحوكمة يمكن تلخيصها فيما يلي:

❖ **حقوق المساهمين**: تؤكد المنظمة على ضرورة حماية حقوق المساهمين، بما في ذلك حق التصويت داخل الجمعيات العامة وإمكانية نقل الملكية والحصول على عوائد من الأرباح والاطلاع على القوائم المالية المدققة بالإضافة إلى حق اختيار أعضاء مجلس الإدارة.

❖ **المعاملة المتساوية للمساهمين**: ضرورة معاملة جميع المساهمين على قدر من المساواة، سواء كانوا من حملة الأسهم الصغار أو من المساهمين الأجانب، مع تمكينهم من الدفاع عن حقوقهم وضمان حقهم في الحصول على تعويضات عادلة في حال انتهاك تلك الحقوق.

❖ **دور أصحاب المصالح**: التأكيد على تطبيق الاتفاقيات القانونية واحترامها وخلق بيئة تعاونية بين المؤسسات وأصحاب المصالح بما يحقق المصلحة المشتركة، كما تمنحهم الحق في الحصول على المعلومات ذات الصلة بشكل عادل وشفاف.

❖ **الإفصاح والشفافية**: يعد الإفصاح عن المعلومات الدقيقة والجوهرية في الوقت المناسب من الركائز الأساسية

[27] **المؤسسة المالية الدولية(IFC)** أحد أعضاء مجموعة البنك الدولي، وهي أكبر مؤسسة إنمائية عالمية يركز عملها على القطاع الخاص. (IFC, 2025)

[28] **اتحاد المصارف العربية(UAB)** تأسس سنة 1974 في بيروت، يعد مؤسسة مالية عربية رائدة تسعى لتطوير الصناعة المصرفية وتعزيز روابط التعاون بين البنوك، كما يعمل كمرجع للفكر المالي العربي، وجسر لدمج المصارف العربية في النظام المصرفي العالمي، إضافة إلى تقديم الدعم الفني والتدريب وحل النزاعات والمساهمة في صياغة القوانين المصرفية الدولية. (UAB, 2025)

للحوكمة، ويشمل ذلك الإفصاح عن الأداء المالي للشركات والسياسات الإدارية والممارسات المؤسسية، بما يضمن بناء الثقة لدى المستثمرين والمتعاملين.

❖ **مسؤوليات مجلس الإدارة**: يتحمل مجلس الإدارة مسؤولية الإشراف على أعمال الشركة وتوجيهها الاستراتيجي بما يتوافق مع الأهداف طويلة الأمد، كما يتعين عليه الالتزام بالواجبات القانونية والأخلاقية، وضمان فعالية أنظمة الرقابة.

❖ **وجود إطار فعال لحوكمة الشركات**: ضرورة وضوح المسؤوليات والفصل بينها على مستوى السلطات الإشرافية والتنظيمية والتنفيذية، بما يضمن تعزيز الشفافية وتحقيق الانسجام مع التشريعات والقوانين الوطنية.

(خيثري و لزرق ، 2020، الصفحات 125-126)

II-4-6-3. خصائص وأنواع الحوكمة

تصنف أنظمة الحوكمة إلى أربعة أنواع رئيسية بناء على قدرتها على الموازنة بين عمليتي الاستكشاف (اكتشاف حلول جديدة وتكييفها) والاستغلال (تحسين الكفاءة والاستقرار للأنظمة)، ويتم تحليل كل نوع وفًا لقدرته على التعامل مع التغيرات المتوقعة أو غير المتوقعة، مما يحدد مدى تكيفه وفعاليته في إدارة الشؤون المجتمعية.

❖ **أولا: الحوكمة الساكنة (النوع الجامد)**

يتميز هذا النوع بمستوى مرتفع من الاستغلال ومستوى منخفض من الاستكشاف، وهو مثالي للحالات المستقرة حيث لا توجد مفاجآت أو تغييرات خارجية كبيرة ويعتمد على آليات اجتماعية مكثفة مثل المؤسسات الحكومية والتسلسلات الهرمية والأعراف المجتمعية لضمان الاستقرار وتقليل تكاليف المعاملات ومع ذلك، فإن افتقاره للمرونة يجعله عاجزا عن مواجهة التغيرات المفاجئة أو غير المتوقعة، من الأمثلة على هذا النظم النموذجية: الدولة المركزية مثل فرنسا وسنغافورة والدولة الليبرالية الديمقراطية مثل الدول الاسكندنافية واليابان، حيث يكون التعاون والتنسيق مرتفعين لكن الاستجابة للتغيرات بطيئة وضعيفة.

❖ **ثانيا: الحوكمة القوية (النوع المتين)**

يجمع هذا النوع بين القدرات العالية في الاستكشاف والاستغلال معا، مما يجعله الأكثر تكيفا وقدرة على التعامل مع جميع أشكال التغير: البطيء والسريع، المتوقع وغير المتوقع، يتميز بمرونة عالية وقدرة على إعادة التنظيم والتكيف مع الأزمات والتحولات الطويلة الأجل، ويعتبر هذا النوع مثاليا نظريا ويمكن تقريبه في الواقع مثل أنظمة مراقبة الحركة الجوية والمنظمات العسكرية، من سماته الرئيسية الكشف المبكر عن التغير، واتخاذ القرار المرن، والتعاون الكثيف بين الجهات الفاعلة.

❖ **ثالثا: الحوكمة الهشة**

يتميز هذا النوع بقدرات منخفضة في كل من الاستكشاف والاستغلال، مما يجعله عاجزا عن التعامل مع أي شكل من أشكال التغير، ويعاني من حلقة مفرغة من ارتفاع تكاليف المعاملات، وضعف تراكم المعرفة ورأس المال، وغياب المؤسسات الفعالة، مما يعيق أي محاولة للعمل الجماعي أو التكيف مع الصدمات، غالبا ما يرتبط بظواهر مثل الفساد، وانخفاض رأس المال الاجتماعي، ومن الأمثلة الواضحة فشل العديد من البلدان النامية في التعامل مع الأزمات السريعة مثل انتشار الأوبئة مثل إنفلونزا الطيور في نيجيريا، حيث يغيب الهيكل المؤسسي والمعرفي اللازم للاستجابة الفعالة.

❖ **رابعا: الحوكمة المرنة**

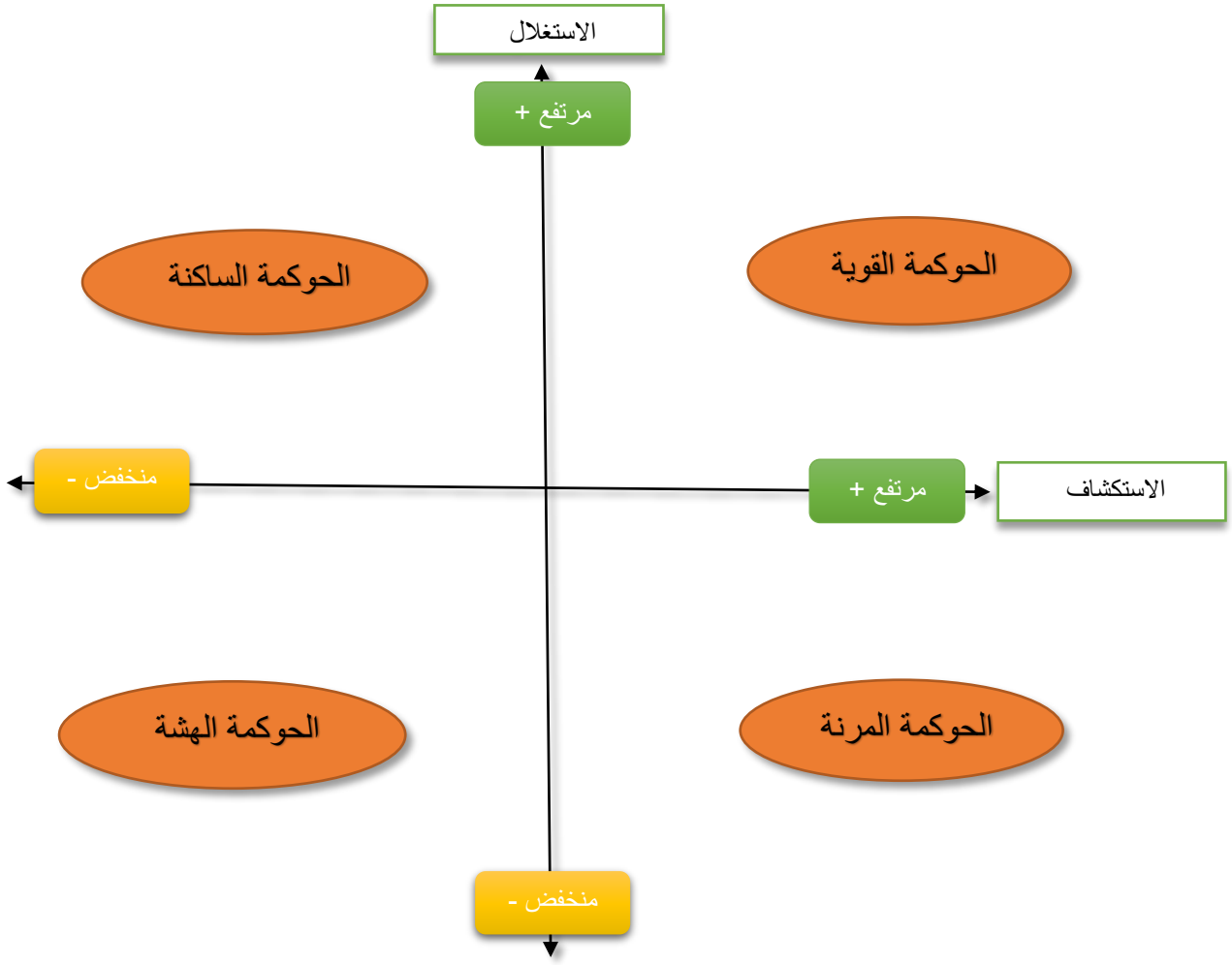
يتميز بقدرة عالية على الاستكشاف مثل التعلم والمراقبة، لكنه يفتقر إلى القدرة على تحويل هذه المكاسب إلى استغلال فعال، ويكون التكيف في هذا النوع تدريجيا وعشوائيا وغير مؤسسي، مما قد يسمح بالبقاء على المدى الطويل لكن بمستوى منخفض من الرفاهية العامة، ومن الأمثلة الحية له تحول أنظمة الرعاية الاجتماعية في دول مثل فرنسا وألمانيا والمملكة المتحدة إلى شبكات معقدة من الجهات الحكومية والتطوعية والخاصة، مما أدى إلى ظهور أنظمة اتسمت بالفشل التنظيمي وعدم تجانس المخرجات، ويعتمد أداء كل نوع من الحوكمة على طبيعة التغير:

❖ **التغير البطيء والمتوقع**: تكون الحوكمة القوية وحوكمة الساكنة الأكثر فعالية.

❖ **التغير السريع وغير المتوقع**: تتفوق الحوكمة القوية والحوكمة المرنة بسبب مرونتهما.

❖ **التغير واسع النطاق:** تواجه الحوكمة المرنة صعوبات بسبب اعتمادها على التنسيق غير الرسمي، بينما قد تناسب حوكمة الدولة بفضل شرعيتها وقدرتها على التنسيق المركزي. (DUIT & GALAZ, 2008, pp. 320-326) والشكل الموالي (25) يوضح قدرة التكيف لأنواع الحوكمة سابقة الذكر.

الشكل رقم:25 مخطط توضيحي لقدرة تكيف أنواع الحوكمة



المصدر: من إعداد الباحث من خلال توضيح قدرة التكيف لنظم الحوكمة

II-4-6-4. نظريات الحوكمة الإدارية العامة

تمثل نظريات الحوكمة العامة إطارا تحليليا لفهم كيفية إدارة الشؤون العامة، حيث تتجاوز المفهوم التقليدي للحكومة لتركز على شبكات التفاعل بين الدولة والمجتمع المدني والقطاع الخاص، فبينما تركز الحكومة على البنى الرسمية والسلطات الدستورية، تمثل الحوكمة نظاما أشمل يتضمن السياسات العامة والمؤسسات ونظام العلاقات الاقتصادية والاجتماعية ودور

الفاعلين غير الحكوميين في شؤون الدولة وآليات التنسيق والتكامل بين الموارد المادية والبشرية العامة والخاصة، ويواجه القطاع العام تحديات تجعل مهام الحكم والتسيير أكثر صعوبة مقارنة بالقطاع الخاص، وذلك بسبب تعدد الأهداف وتعارضها أحيانا والقيود القانونية المفوضة على العمل ومتطلبات المساءلة والشفافية المكثفة، في هذا الإطار يمكن التمييز بين نموذجين رئيسيين في الحوكمة، النموذج التكنوقراطي[29] الإداري الذي يركز على الجوانب الفنية للإصلاح بما في ذلك تعزيز القدرة الإدارية والقانونية وتحسين إطار الحوكمة القانونية وتعزيز آليات المساءلة والرقابة ومكافحة الفساد وبناء النزاهة وإصلاح الخدمة المدنية وتطويرها وتحسين نظم المعلومات لدعم صنع القرار. أما النموذج الثاني فهو النموذج التشاركي التكاملي الذي ينطلق من منظور أشمل، حيث يعترف بدور المجتمع المدني في تعزيز الشرعية والمساءلة ويؤكد على أهمية المشاركة والشفافية ويدمج الموارد العامة والخاصة في تقديم الخدمات، ويحول دور الدولة من مسيطر إلى منسق وموجه، حيث أدت عمليات العولمة إلى إعادة تشكيل دور الدولة، وتحولت من الاعتماد على السلطات الدستورية إلى تنسيق الموارد، وأظهرت مرونة في مواجهة التحديات وتطورت آليات التكيف مع البيئات الخارجية المتغيرة، ويشير تطور نظريات الحوكمة والممارسات الإدارية إلى انتقال من النموذج البيروقراطي التقليدي إلى نموذج الإدارة الجديدة العامة، ثم إلى نموذج الحوكمة التشاركية، وأخيرا إلى نماذج الحوكمة الرقمية والذكية.

فالحوكمة الإدارية لا تلغي دور الدولة بل تعيد تشكيله وتؤكد على أهمية التكامل بين الفاعلين المختلفين وتوفر أدوات تحليلية لفهم كيفية استجابة النظم الحكومية للتحديات المعاصرة ولمواكبة التحولات العالمية والتكنولوجية، مما يجعلها حقلا حيويا للبحث والابتكار في مجال الإدارة العامة، وتنص المبادئ الأساسية للحوكمة الرشيدة على المشاركة والتشاور والشفافية وسيادة القانون بالإضافة إلى الكفاءة الإدارية لمؤسسات الدولة وجودة البيئات التنظيمية، وفي هذا السياق تبرز أهمية الحوكمة العامة الرشيدة كإطار لتوحيد المصادر وتنظيم العلاقات بين مختلف الفاعلين في المجتمع، وتستمد الحكومات قدرتها على

[29] **النموذج التكنوقراطي** هو نموذج حوكمة يختار فيه القادة بناء على مهاراتهم التقنية بدلا من الاختيار الشعبي، ويتمتعون بخبرة في مجالات محددة، ورغم أن التكنوقراطية تهدف إلى الاعتماد على البيانات التجريبية والمنهجية الموضوعية، إلا أنها تواجه انتقادات لاحتمال كونها غير ديمقراطية. (Kenton, 2025)

صياغة سياسات سليمة وأداء وظائفها بكفاءة وعدالة بفضل تبني نماذج الحوكمة الرشيدة المختلفة، في الجدول(07) الموالي يوضح أهم النقاط المميزة للحوكمة العامة الرشيدة والتسيير الحكومي المعاصر.

(Katsamunska, 2016, pp. 137-140)

الجدول رقم:07 أهم مميزات الحوكمة العامة الرشيدة والتسيير الحكومي المعاصر

نموذج الحوكمة الرشيدة	مميزات تسيير الحكومات المعاصرة
▪ العناصر الرسمية والغير رسمية لهما نفس التأثير. ▪ دور الدولة يكون حيادي وتنظيمي فقط. ▪ ضمان التواصل المستمر بين الفاعلين في الشؤون العامة. ▪ تطوير الهياكل المؤسسية خصوصا الهياكل الأفقية. ▪ تفعيل مجالس إدارية تشاركية في صنع القرار. ▪ تمكين القطاع الخاص في المشاركة بتسيير الشؤون العامة. ▪ تسعى الحوكمة لتطبيق مبدأ الشفافية والمشاركة في التسيير. ▪ اعتماد مبدأ العقلانية وعدم التعارض مع الصالح العام.	▪ الفاعل الأساسي للتسيير هو الحكومة الديمقراطية. ▪ اعتماد الإصلاحات السياسية والاجتماعية المعتادة. ▪ القدرة على إدارة القضايا الجديدة الناشئة. ▪ تهيئة الظروف المناسبة لتبني نمط الحوكمة الرشيدة. ▪ تسيير الموارد الاقتصادية والاجتماعية بنزاهة وعدالة. ▪ جوهر التسيير الحكومي هو تحقيق هدف الصالح العام. ▪ اعتماد مبادئ الديمقراطية في التسيير. ▪ الاستثمار في النظم المعتمدة على التكنولوجيا في التسيير.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مقال بعنوان: (Katsamunska, 2016, p. 140)

The Concept of Governance and Public Governance Theories

II-4-6-5. خصائص الحوكمة الرشيدة في القطاع الصحي

تعتبر الحوكمة في القطاع الصحي عملية أساسية لضمان فعالة الخدمات المقدمة بفضل تبني نماذج تسيير تعتمد على الرقابة والتنظيم والمساءلة، وترتكز الحوكمة عموما على مجموعة من السلوكيات المهمة التي تحدد مسار التقدم في النظام الصحي وتكفل تحقيق التغطية الصحية الشاملة كما تعتمد الحوكمة على أدوات أبرزها تنظيم عمل القطاع العام لضمان سلامة المرضى وتحسين جودة الخدمات وحماية مصالحهم، وإشراك القطاع الخاص وهذا ما يمثل سلوك الحوكمة المتمثل في تمكين أصحاب المصلحة من خلال بيئة تنظيمية وتحفيزية مناسبة، ومن العناصر الجوهرية أيضا توافر معلومات دقيقة ومحدثة

حول الموارد المتاحة، بحيث تستخدم الحكومات هذه البيانات في اتخاذ قرارات استراتيجية وتحديد التجارب الناجحة لتوسيع نطاقها وهذا يمثل سلوك إرساء التفاهم كما تقتضي الحوكمة وجود هياكل للمساءلة تكفل حماية حقوق المرضى ومصالحهم مع توفير آليات تعويض الضرر وتعزيز الثقة بين جميع الأطراف، وتنسيق الخدمات بين القطاعين العام والخاص على المستوى الوطني والمحلي الذي يمثل ركنا اساسيا للحوكمة من خلال ملائمة السياسات والأنشطة مع أولويات الصحة الوطنية وضمان الالتزام بالمعايير القانونية، فالحوكمة الصحية ليست مجرد إطار تنظيمي بل منظومة متكاملة تعزز التكامل بين مختلف الفاعلين، وتدعم الكفاءة والجودة والإنصاف، وتضمن أن يسير النظام الصحي نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

(منظمة الصحة العالمية، 2025، الصفحات 03-04)

تستند الحوكمة في القطاع الصحي إلى مجموعة من المبادئ والوظائف الأساسية أبرزها تعزيز الشفافية، وضمان جودة الأداء في مختلف مستويات النظام الصحي، وتكمن أهمية هذه المبادئ في دورها كأساس لبناء الثقة بين المواطنين والمؤسسات الصحية، وتوجيه عملية صنع القرار بشكل عقلاني يضمن تحقيق العدالة والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية، وقد ازداد الاهتمام الأكاديمي والمهني بدراسة هذه المبادئ وتقييم تأثيرها على فاعلية النظم الصحية، خاصة في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل التي تواجه تحديات بنيوية وموارد محدودة، مما يزيد من الحاجة إلى تطبيق حوكمة رشيدة لضمان استدامة أنظمتها الصحية وتحسين أدائها، وتم تطوير عدد من الأطر التحليلية والتقييمية لقياس وتعزيز الحوكمة الصحية على ثلاثة مستويات مترابطة:

- **المستوى الكلي**: الذي يختص بالسياسات الوطنية والتشريعات.
- **المستوى المتوسط**: المتمثل في المؤسسات الجهوية وآليات اتخاذ القرار بها.
- **المستوى الجزئي**: يضم إدارة المستشفيات والعمليات التشغيلية المحلية.

ورغم تعدد الأدوات والأطر المتاحة، يبقى مفهوم الحوكمة معقدا وقابلا لتحليلات متعددة، مما يصعب وضع منهجية موحدة لتقييمه بشكل شامل ومع ذلك، ساهمت الدراسات النظرية والتطبيقية في تقديم أدلة إرشادية تساعد صناع القرار والباحثين على تشخيص نقاط القوة والضعف في النظم الصحية، واقتراح استراتيجيات أكثر فاعلية لإدارتها وبذلك تعد

الحوكمة مدخلا استراتيجيا لتحسين جودة الرعاية الصحية وضمان استدامة النظم الصحية في ظل التحديات المحلية والدولية المتزايدة. (Pyone, Smith, & van den Broek, 2017, p. 711)

II-4-6-6. دور الحوكمة الرشيدة في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

تعتمد الحوكمة الرشيدة على التعاون بين الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع المدني لتحقيق تنمية مستدامة، وضمان الحقوق المدنية وتعزيز المشاركة المجتمعية، وفي المجال الصحي تمثل الحوكمة أداة استراتيجية لتحسين فاعلية النظم الصحية وجودتها، من خلال الاعتماد على مبادئ الشفافية والمساءلة والعدالة كما سبق الذكر، ويتمثل جوهرها في بناء شراكات متوازنة بين مختلف الأطراف الفاعلة، لتحسين وتعميم الخدمات الصحية والحد من الفقر، ويبرز دور الحوكمة الصحية في تعزيز التكامل بين القطاعات وضمان إدراج البعد الصحي في صميم السياسات العامة والاقتصادية والاجتماعية، كما أن مجال الحوكمة لا يقتصر على الجهات الحكومية، بل يشمل فاعلين آخرين مثل المؤسسات الأكاديمية والإعلام ومنظمات المجتمع المدني، مما يجعلها مسؤولية جماعية تتطلب إرادة سياسية داعمة وقدرات مؤسسية فعالة، خاصة في سياق التحول نحو اللامركزية كخيار استراتيجي لإصلاح القطاع الصحي.

وتكشف الدراسات التطبيقية في مجال التنظيم الصحي عن وجود فجوات تحد من فاعلية الحوكمة الصحية أبرزها، ضعف القدرات المؤسسية، والتباين بين الممارسات الرسمية وغير الرسمية، وإغفال العوامل السياسية والاجتماعية المؤثرة، كما تؤكد دراسات أخرى على وجود علاقة وثيقة بين الحوكمة الرشيدة ومؤشرات الصحة، مثل معدلات العمر المتوقع، مما يبرز أن الحوكمة الرشيدة أصبحت عنصرا أساسيا في السياسات الصحية العالمية، نظرا لدورها في خفض تكاليف النظم الصحية، وتحسين أدائها وضمان استدامتها، مع التأكيد على ضرورة مواصلة تطوير أدواتها وتقييمها بما يتلاءم مع تعقيدات الواقع الصحي المتغير. (Jafari, Hajinabi, Jahangiri, & Riahi, 2018, pp. 01-02)

II-4-6-7. أثر مجالس الإدارة الصحية في تعزيز جودة الخدمات الصحية

لا يقتصر مفهوم الحوكمة في القطاع الصحي على تسيير الجوانب المالية والإدارية فحسب، بل يمتد ليشمل ضمان جودة الخدمات الصحية وتعزيز آليات الشفافية، وقد اتجهت النقاشات الأكاديمية والمهنية في هذا المجال إلى التركيز على

جوانب الرقابة والضبط أكثر من دعم الابتكار مما أدى إلى تفسير أي إخفاق أو عجز على أنه قصور في الحوكمة بدلا من كونه نتيجة لضعف في القدرة على التجديد والتطوير، وكمثال على ذلك نجد السياق البريطاني وتحديدا في هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS)[30]، حيث تم الفصل بين دور رئيس المجلس والرئيس التنفيذي وتعزيز آليات التدقيق الداخلي وإنشاء لجان مستقلة للمكافآت ومع ذلك لم تمنع هذه الترتيبات من حدوث عجز مالي كبير أو إخفاقات في جودة الرعاية كسوء حماية المرضى وضعف الرقابة، مما كشف عن محدودية الاعتماد على الهياكل والإجراءات الرسمية دون وضوح في الأهداف الاستراتيجية وتمكين المجالس من أدوارها الرقابية والتوجيهية، فالدراسات تشير إلى أن فعالية المجلس لا ترتبط بشكل الهيكل التنظيمي بقدر ما ترتبط بوضوح الأدوار وجودة القيادة والقدرة على الموازنة بين الرقابة الاستراتيجية ووضع السياسات، فالحوكمة في القطاع الصحي تبقى قضية معقدة تتجاوز مجرد وضع هياكل أو معايير شكلية، بل تسعى لبناء ثقافة مؤسسية تقوم على الشفافية والمساءلة والتجديد، كما تتمتع مجالس الإدارة بأهمية كبيرة بالقطاع الصحي، وتتوقف فعاليتها في وضوح أهدافها، وانخراطها الفعلي مع أصحاب المصلحة وقدرتها على تحسين جودة الخدمات الصحية وأداء المؤسسات، مما يؤكد الحاجة إلى تطوير أبحاث أكثر عمقا لفهم الكيفية التي تترجم بها هذه المجالس مهامها النظرية إلى ممارسات عملية فاعلة تساهم في تطوير القطاع الصحي. (Walshe & Smith, 2006, pp. 269-281)

II-4-6-8. تأثير الحوكمة في النظم الصحية على عملية صنع القرار

وفقا لتصنيف منظمة الصحة العالمية (2023)، يمكن تحديد ست فئات رئيسية من الجهات الفاعلة في هذا المجال: المنظمات متعددة الأطراف والمعاهدات الدولية (مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الانمائي وصندوق النقد الدولي والبنك الدولي)، والهيئات الحكومية الدولية والقوى العظمى (مثل مجموعة العشرين والاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية)، والشركات الوطنية (خاصة شركات الادوية)، وضوابط السوق (قوى العرض والطلب في القطاع الصحي)، والحركات الاجتماعية، وأخيرا تدفق المعلومات، حيث تلعب الشركات الوطنية دورا متزايد الأهمية في

[30] تأسست **هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS)** عام 1948، ونمت لتصبح أكبر خدمة صحية ممولة من القطاع العام في العالم، وتشرف هيئة الخدمات الصحية الوطنية على خدمات الصحة العامة، التي تدار من قبل جهات حكومية في إنجلترا واسكتلندا وويلز وأيرلنديا الشمالية. (Vankar, 2025)

حوكمة الصحة العالمية من خلال توسعها وسيطرتها على حصة متنامية من التجارة العالمية، وتبرز أهمية هذه الشركات في قدرتها على حشد الأموال والتقنيات للاستثمار، مع وجود شركات المستحضرات الصيدلانية الكبيرة كمثال بارز على هذا التأثير المتعاظم على المستويين العالمي والوطني، فالحوكمة الصحة العالمية تشكل مجالا فرعيا للحوكمة الاقتصادية، حيث أظهرت الدراسة الميدانية تأثير الهيمنة المتزايدة للسياسات الداعمة للخوصصة وتمويل الاقتصاد وإضفاء مفهوم أصحاب المصلحة على هيكلية حوكمة الصحة. (هاني، 2023، الصفحات 20-21)

مما سبق يظهر أن الحوكمة في القطاع الصحي تسعى لتعزيز الفعالية والشفافية في تقديم الخدمات الصحية من خلال منظومة متكاملة من السياسات والمعايير والآليات الرقابية التي تهدف إلى تحسين الأداء وضمان الاستدامة، وقد ازدادت أهمية هذا المفهوم في ظل التحديات المتزايدة التي تواجه النظم الصحية بما في ذلك القيود المالية وتزايد الطلب على الخدمات، حيث توفر الحوكمة أداة لاتخاذ القرارات الاستراتيجية وتوزيع الموارد بشكل عادل وفعال، فالحوكمة الرشيدة تستند إلى مبادئ المشاركة والمساءلة والشفافية والكفاءة، وتدعم التكامل بين القطاع العام والخاص، مما يجعلها أكثر شمولية من مفهوم الحكومة التقليدية، كما تشكل أداة لتحقيق التنمية الصحية المستدامة عبر شراكات بين الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني، و هذا ما كشفته الدراسات عن وجود علاقة إيجابية بين الحوكمة الرشيدة وتحسن مؤشرات الصحة مثل ارتفاع العمر المتوقع وانخفاض تكاليف الأنظمة الصحية، وبالتالي تمثل الحوكمة مدخلا أساسيا لتطوير النظم الصحية وضمان استدامتها في مواجهة التحديات الداخلية والخارجية المتزايدة.

II-4-7. خاتمة المبحث الثالث

تناول المبحث الثالث مفهوم الإدارة الصحية التي تعتبر محور النظم الصحية الحديثة إذ تهدف إلى تحسين صحة الأفراد والاستجابة لتطلعات المجتمع وتوفير الحماية المالية من تكاليف المرض، ويقوم النظام على تكامل الموارد البشرية والمادية والمالية ضمن مستويات إدارية تشمل المستوى المركزي للتخطيط والسياسات، الجهوي للتحليل، والمحلي لتقديم الخدمات، حيث يلعب التخطيط الاستراتيجي دورا أساسيا في الاستخدام الأمثل للموارد وتطوير البنية التحتية وتحسين جودة الرعاية، من خلال مراحل مترابطة تشمل صياغة الاستراتيجية، التنفيذ، والتقييم المستمر، أما التنظيم الإداري فيعد أداة عملية لترجمة

الخطط إلى واقع عبر تحديد المسؤوليات، تعزيز الرقابة، والاستفادة من نظم المعلومات الصحية. وتبرز الوظائف الإدارية المسيرة مثل التوجيه والرقابة واتخاذ القرار والتحفيز في ضمان الفعالية واستدامة الأداء، مع الحاجة إلى قيادات قادرة على التكيف مع المتغيرات، كما تشكل الحوكمة الصحية إطارا شاملا لترسيخ مبادئ المشاركة والمساءلة والشفافية، وبذلك فإن الإدارة الصحية الفعالة القائمة على التخطيط والتنظيم والحوكمة تعد العمود الفقري لتطوير النظم الصحية وتحقيق التنمية المستدامة، والشكل(26) الموالي يلخص أهم أفكار المبحث الثالث.

الشكل رقم:26 مخطط توضيحي للمفاهيم الأساسية للنظم الإدارية الصحية

إدارة الخدمات الصحية

مفاهيم عامة حول إدارة الخدمات الصحية

- الإدارة الصحية ركيزة أساسية تقوم على تحديد المشكلات وصياغة خطط واضحة على المستويين الحكومي والخاص.
- أهداف النظام الصحي تتمثل في: تحسين صحة الأفراد والاستجابة لتطلعاتهم وتوفير الحماية المالية من تكاليف المرض.
- يتكون النظام الصحي من موارد مترابطة بشرية ومادية ومالية تعمل في إطار متكامل لضمان الكفاءة.
- يعتمد النظام على مدخلات وعمليات تحويل ومخرجات صحية مدعومة بتقييم الأداء، ويتأثر بالبنية التحتية والبيئة السياسية والاقتصادية.
- تنقسم المستويات الإدارية إلى مستويات، مع ضرورة رؤية استراتيجية ومعايير جودة شاملة.

التخطيط الاستراتيجي داخل المنظومة الصحية

- **أهمية التخطيط الاستراتيجي الصحي** :يساهم في تحقيق التنمية الشاملة.
- **الاستخدام الأمثل للموارد** :يضمن توفير الخدمات الصحية وتطوير البنية التحتية وتحسين جودة الرعاية.
- **الابتكار والشمول** :يشجع صياغة نماذج مبتكرة تراعي الفئات الهشة وتحقق عدالة الوصول للخدمات.
- **تعزيز الحوكمة وتنمية الكفاءات** :يدعم الحوكمة الصحية ويركز على تطوير الموارد البشرية.
- **مراحل التخطيط الثلاث** :**تطوير** الاستراتيجية عبر التحليل مثل SWOT، **التنفيذ** بفعالية، **والتقييم** الدوري لضمان الاستمرارية والتكيف.

التنظيم في الإدارة الصحية

- **التنظيم الإداري الفعال** :يحول الخطط الاستراتيجية إلى واقع عملي عبر وضوح الأدوار والمسؤوليات والحد من التداخل.
- **تحسين الكفاءة والجودة** :يسهل الرقابة وتقييم الأداء، ويدعم اتخاذ القرار وإدارة الموارد باستخدام نظم المعلومات الحديثة.
- **ركيزة أساسية للمنظومة الصحية** :يعد العمود الفقري لتحقيق التكامل بين الأهداف الطبية ومتطلبات الإدارة الحديثة لضمان الاستمرارية والتميز.

خصائص الوظائف المسيرة للإدارة الصحية

- **وظائف الإدارة الصحية** :تشمل التوجيه لتحقيق الرؤية الاستراتيجية، الرقابة باستخدام مؤشرات الأداء، اتخاذ القرار بمستوياته المختلفة، والتحفيز عبمة رقابية فعالة تربط الأداء بالتحفيز.
- **متطلبات الإدارة الحديثة** :تحتاج إلى مهارات قيادية متقدمة وتوظيف تكنولوجيا المعلومات لضمان استدامة وجودة الخدمات.

حوكمة القطاع الصحي وأثره في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة

- **أهمية الحوكمة الصحية** :تسعى لتعزيز الفعالية والشفافية عبر سياسات وآليات رقابية لتحسين الأداء وضمان الاستدامة.
- **مواجهة التحديات** :تزداد ضرورتها مع القيود المالية وتزايد الطلب على الخدمات الصحية.
- **مبادئ الحوكمة الرشيدة** :تقوم على المشاركة، المساءلة، الشفافية، والكفاءة، مع دعم التكامل بين القطاعين العام والخاص والمجتمع المدني.
- **تأثير الحوكمة** :تساهم في تحسين مؤشرات الصحة (مثل العمر المتوقع وخفض التكاليف) وتشكل مدخلا لتحقيق التنمية الصحية المستدامة.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على العناصر المكونة لموضوع إدارة الخدمات الصحية

II-5. المبحث الرابع: جودة الخدمات الصحة

II-5-1. مقدمة المبحث الرابع

تعد جودة الخدمات الصحية من المواضيع الهامة في القطاع الصحي، لما لها من دور حاسم في تعزيز فعالية النظم الصحية وتحقيق التنمية المستدامة في القطاع الصحي، إذ يشير مفهوم الجودة بوجه عام إلى مدى مطابقة الخدمات أو المنتجات لمجموعة من المعايير والمواصفات التي تضمن تلبية احتياجات وتوقعات المستفيدين، وبالنسبة للقطاع الصحي فإن جودة الخدمات الصحية تعني تقديم خدمات فعالة وقائمة على أسس علمية ومعايير مهنية، وتستجيب لتطلعات المرضى وتراعي خصوصياتهم وظروفهم الاجتماعية، وتستند جودة الخدمات الصحية إلى مجموعة من الأسس التي تشمل تحسين الأداء الطبي والإداري وضمان سلامة المرضى وتعزيز الكفاءة في استخدام الموارد وتكريس مبادئ العدالة في إتاحة الخدمات، كما ترتبط جودة الرعاية الصحية بمدى قدرة المؤسسات الصحية على تقديم خدمات متكاملة تركز على المريض، وتحقق التوازن بين الكفاءة التقنية والبعد الإنساني في العلاقة بين مقدم الخدمة والمتلقي، ولتقييم جودة الخدمات الصحية وقياسها، طورت عدة أساليب وأدوات علمية أبرزها مؤشرات الأداء الرئيسية، استطلاعات رضا المرضى، المقارنات المعيارية، وتساهم هذه الأساليب في رصد نقاط القوة والضعف داخل المؤسسات الصحية، بما يسمح باتخاذ القرارات لتدارك النقائص وتقديم خدمات في المستوى المتوقع والمطلوب، كما أن تطبيق مبادئ الجودة داخل المنظومة الصحية يسعى إلى تحقيق أهداف متعددة، منها رفع مستوى الكفاءة التشغيلية، تقليل الأخطاء الطبية والإدارية، تعزيز ثقة المرضى والمجتمع في المؤسسات الصحية، وضمان الاستخدام الأمثل للموارد بما يدعم الاستدامة، وهذا ما يميز نظام الجودة الشاملة باعتباره إطارا شاملا ومتكاملا يقوم على إشراك جميع عناصر المنظومة الصحية في عمليات التحسين المستمر، انطلاقا من القيادة العليا وصولا إلى مختلف العاملين مع التركيز على بناء ثقافة مؤسسية قائمة على الجودة، بما يضمن تحقيق رعاية صحية عالية المستوى.

II-5-2. المطلب الأول: مفاهيم حول الجودة

يعتبر مفهوم الجودة ذو أهمية كبيرة في المجالات العلمية والمهنية المختلفة، حيث يمثل قدرة المنتج أو الخدمة على تحقيق توقعات المستفيدين واحتياجاتهم بناء على معايير واضحة، وقد تحول هذا المفهوم من كونه مجرد التزام بالمواصفات التقنية إلى

فلسفة متكاملة تركز على التحسين الدائم ورفع الكفاءة والفعالية، كما ترتبط الجودة بالقدرة على خلق قيمة مضافة، والحد من الأخطاء والهدر، وتحقيق التوازن بين متطلبات المستفيدين والإمكانيات المتوفرة، وبذلك أصبحت الجودة إطارا محوريا لتطوير الأداء المؤسسي وضمان استمراريته في ظل البيئات التنافسية والمتغيرة.

II-5-2-1. تعريف الجودة

تعد الجودة من المفاهيم الأساسية التي حظيت باهتمام واسع في الأدبيات العلمية والإدارية نظرا لدورها الحيوي في ضمان كفاءة المنظمات واستدامة أدائها، ورغم كثرة التعريفات وتعدد وجهات النظر إلا أن القاسم المشترك بينها يتمثل في كون الجودة تمثل قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية حاجات المستهلكين المصرح بها والضمنية، وفق معايير محددة تعكس درجة الإتقان والتميز، فمن المنظور التقليدي ارتبط مفهوم الجودة بمطابقة المواصفات والمعايير الموضوعة مسبقا، أي مدى خلو المنتج أو الخدمة من العيوب والأخطاء، غير أن هذا الفهم سرعان ما تطور مع التحولات التكنولوجية وتزايد المنافسة العالمية، لتصبح الجودة مفهوما يتجاوز فكرة المطابقة ليشمل التحسين المستمر للعمليات والقدرة على التكيف مع توقعات العملاء المتغيرة، وفي هذا السياق يرى **إدوارد ديمينغ**[31] أحد أبرز رواد الفكر الإداري، أن الجودة لا تقتصر على الاستجابة للحاجات الحالية، بل تتمثل كذلك في القدرة على استشراف حاجات المستهلك المستقبلية وترجمتها إلى مواصفات قابلة للقياس والتنفيذ، كما ينظر إلى الجودة باعتبارها عملية متعددة الأبعاد تشمل، البعد الإداري من خلال القرارات الاستراتيجية للإدارة حول خصائص المنتجات والخدمات والبعد الفني من خلال الالتزام بالمواصفات والمعايير التقنية والبعد الاجتماعي من خلال تحقيق رضا العملاء وتعزيز ثقتهم إضافة إلى البعد الاقتصادي، حيث تشكل الجودة أداة تنافسية تساهم في

[31] **إدوارد ديمينغ** (1900–1993) باحث أمريكي عرف بإسهاماته في مجالات الإحصاء والتفكير النظمي والتحسين المستمر للجودة، اشتهر بعمله الرائد في اليابان بعد الحرب العالمية الثانية حيث ساعد في تحويل صناعتها إلى قوة اقتصادية عالمية، ما جعله يلقب بأب الموجة الثالثة من الثورة الصناعية، واصل نشر المؤلفات وإلقاء المحاضرات حتى وفاته، وكان كتابه الأخير *الاقتصاد الجديد* تتويجا لفكره وإرثه العلمي(The Deming Institute, 2025) .

خفض التكاليف وتحقيق الكفاءة، فالجودة هي مجموعة الخصائص المترابطة للمنتج أو الخدمة التي تعكس قدرتها على إشباع حاجات المستهلكين الحالية والمتوقعة، من خلال الالتزام بالمعايير المعتمدة وتطبيق مبادئ التحسين المستمر.

(ديمينغ، 2006، الصفحات 173-195)

يقدم **كاورو إيشيكاوا**[32] رؤية شاملة للجودة تتجاوز المفهوم السائد المقتصر على جودة المنتج النهائي، فوفقا لرؤيته، تشمل الجودة جودة العمليات والإجراءات، وجودة العنصر البشري من عمال ومهندسين ومديرين، بالإضافة إلى جودة الهيكل التنظيمي والأهداف الاستراتيجية للمؤسسة، ويؤكد إيشيكاوا على أن الجودة الحقيقية تحدد أساسا من خلال منظور العميل واحتياجاته، حيث يجب أن تنطلق كافة عمليات المنظمة من هذا المبدأ الأساسي، كما يرى أن الجودة تمثل استثمارا طويل الأجل يتطلب مشاركة فاعلة من جميع الموظفين وإزالة الحواجز بين الإدارات المختلفة لضمان التعاون الفعال، ولتحقيق هذه الرؤية يجمع إيشيكاوا بين المنهج الإحصائي العلمي وتمكين العاملين، حيث يرى أن استخدام الأدوات الإحصائية في جمع البيانات وتحليلها يجب أن يقترن بمشاركة شاملة لجميع الأفراد في عملية تحسين الجودة واتخاذ القرارات، وقد تجسدت هذه الرؤية في كتابه المرشد إلى الرقابة على الجودة الذي أسهم بشكل مباشر في تطوير الصناعة اليابانية وأصبح مرجعا مهما في تطبيق إدارة الجودة الشاملة عالميا. (جامعة كربلاء، 2025)

مع بداية القرن العشرين شهدت المنظومة الصناعية تحولا جذريا نحو الإنتاج الموسع والضخم، مما استدعى تطوير آليات منهجية لفحص جودة المنتجات شبه المصنعة والنهائية، وقد أسهم رواد الإدارة مثل ديمينغ في تأسيس منهجيات إحصائية متطورة لمراقبة وتحسين عمليات الإنتاج مع التركيز على دمج الجودة كجزء أساسي في النظام الإنتاجي عبر دورات مستمرة للتخطيط والتنفيذ والمراجعة والتطوير، وقد تطور مفهوم إدارة الجودة من كونه مجرد فحص نهائي للمنتجات إلى

[32] **كاورو إيشيكاوا** (1915-1989) عالم ياباني رائد في مجال إدارة الجودة، حصل على درجة الماجستير في الكيمياء التطبيقية من جامعة طوكيو وعمل كأستاذ فيها، يلقب بأب الجودة اليابانية لتطويره أدوات ومفاهيم ثورية مثل مخطط هيكل السمكة (السبب والنتيجة) الذي يستخدم لتحديد الأسباب الجذرية للمشكلات، ومفهوم مراقبة الجودة الشاملة الذي يضع العميل في صميم عملية التصنيع، انضم إلى الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين وساهم في تأليف كتب مؤثرة مثل مقدمة في مراقبة الجودة، مما جعله أحد أعمدة تحسين الجودة عالميا. (Creighton, 2022)

منظومة شاملة تغطي كافة المراحل من التصميم إلى التوصيل، وانتقاله من التركيز على السلع المادية إلى قضايا إدارية أوسع تشمل قطاعات الخدمات والصناعة على حد سواء، وقد برزت إدارة الجودة كأداة استراتيجية لاكتساب الميزة التنافسية والحفاظ على النمو الاقتصادي في بيئة عالمية متغيرة، وتظهر الأهمية المتزايدة لهذا المفهوم من خلال حصول أكثر من مليون منظمة على شهادة تطابق الجودة، التي توفر إطارا معياريا لنظم إدارة الجودة التي تأكد على مسؤوليات الإدارة وإدارة الموارد وتحقيق رضا العملاء والتحسين المستمر، غير أن طبيعة الخدمات تختلف جوهريا عن السلع المادية، حيث تتسم باللاملموسية والتغير والارتباط الوثيق بالعميل مما يجعل تطبيق النموذج التسلسلي التقليدي لأنظمة الجودة تحديا كبيرا، ففي قطاعات مثل السياحة والفندقة تعتمد المنظمات هياكل تنظيمية مرنة تمكن الموظفين من الاستجابة السريعة لاحتياجات العملاء، ويعمل مختصو الجودة بشكل مباشر مع الموردين والعملاء، هذه الخصائص الفريدة تستدعي دراسة العلاقات بين مكونات نظام إدارة الجودة في سياقات الخدمات. (Ming To, T. W. Yu, & K. C. Lee, 2018, pp. 01-02)

ارتبطت الجودة في أصولها بمجال التصنيع حيث تم التطرق لها بأنها الامتثال للمتطلبات والملاءمة للاستخدام، وذهب ديمينغ إلى ربطها بالاعتمادية والتكلفة المنخفضة والقدرة على التنبؤ بالأداء، إلا أن هذه النماذج بدت عاجزة عن استيعاب تعقيدات قطاع الخدمات العامة، حيث تتنوع الجهات المستفيدة وتتعدد معايير التقييم، مما أسس لتعريفات جديدة وشاملة للجودة أهمها أن الجودة هي مجموع السمات والخصائص التي تمتلكها الخدمة وتؤثر في قدرتها على تلبية احتياجات معلنة أو ضمنية، ويتميز هذا التعريف بشموليته كونه يمنح الجودة خاصية التنظيم الشامل، كما يربطها بآليات القياس، خاصة في القطاعات غير الربحية أو تلك التي تفتقد آليات السوق التقليدية وهكذا، تتعدى الجودة فكرة المطابقة التقنية لترتبط بمعايير الفعالية والاستجابة لتوقعات متنوعة قد تشمل المستفيد المباشر والمجتمع ككل، وتستهدف بناء نظام متكامل يشمل ضمان الجودة وقياس الأداء وتوزيع الموارد بكفاءة، بما يحقق القيمة المثلى مقابل التكلفة، غير أن تحقيق ذلك يتطلب بيئة تنظيمية مرنة تقوم على الاعتماد على مؤشرات الأداء الكمية والنوعية التي تتيح تتبع المدخلات والمخرجات على حد سواء، وعليه يمكن القول إن الجودة عملية مركبة ومستدامة، تجمع بين الالتزام بالمعايير من ناحية والقدرة على تلبية احتياجات المستفيدين من ناحية أخرى، ضمن إطار يوازن بين الكفاءة والفعالية والجدوى الاقتصادية، فالجودة ليست أداة رقابية، بل هي ركيزة

لثقافة تنظيمية قائمة على المشاركة والمساءلة والتطوير المستمر مما يجعلها عاملا مهما في ضمان تميز المنظمات واستدامتها في بيئات تتسم بالتعقيد والتغير المتسارع. (Boland & Silbergh, 1996, pp. 356-362)

تعني الجودة الخصائص التي تمتلكها السلع أو الخدمات بما يسمح لها بالاستجابة لحاجات ورغبات المستهلكين، ومن هذا المنطلق فإن ارتفاع مستوى الجودة يؤدي إلى زيادة رضا المستهلك مما ينعكس إيجابا على مردودية المؤسسة وأرباحها، كما ينظر إليها باعتبارها خلو المنتجات أو الخدمات من الأخطاء والعيوب التي تستلزم إعادة العمل أو قد تسبب أعطالا أو تثير استياء العملاء، وهو ما يربط الجودة أيضا بخفض التكاليف وتحقيق الكفاءة الاقتصادية، حيث يعرف قاموس أكسفورد الأمريكي[33] الجودة بأنها درجة من التميز، بينما يعتبرها معهد المعايير الوطنية الأمريكي[34] وجمعية ضبط الجودة الأمريكية[35] مجموعة الخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة التي تمكنها من تلبية احتياجات المستهلك، وقد اكتسبت الجودة من وجهة نظر المستهلك أهمية خاصة حيث أصبحت عاملا محددا في اختياراته، سواء كان فردا يشتري للاستهلاك الشخصي أو مؤسسة تسعى للحصول على موارد أولية، ويرى ديمينغ أن المستهلك يمثل الحلقة الأهم في خط الإنتاج، وهو ما يعكس ضرورة توجيه الجهود نحو تلبية توقعاته الحالية والمستقبلية، ومن هذا المنطلق، تعرف الجودة بمدى ملاءمة السلع والخدمات للاستخدام وتتجسد هذه الملاءمة في مجموعة من الأبعاد التي يهتم بها المستهلك، مثل الأداء الوظيفي، المزايا الإضافية، الموثوقية، التوافق مع المعايير، المتانة، سهولة الصيانة والإصلاح، الجاذبية الشكلية ، إضافة إلى الأمان، كما يأخذ المستهلك في اعتباره عوامل أخرى مثل سمعة العلامة التجارية والإعلان، ويقوم بالموازنة بين خصائص الجودة وسعر السلعة أو الخدمة، بحيث يكون رضاه مرتبطا بقيمة ما يحصل عليه مقابل ما يدفعه، أما بالنسبة للخدمات، تحمل الجودة أبعادا نوعية تشمل الوقت المستغرق، اكتمال الخدمة، أسلوب التعامل مع الزبون، درجة الاتساق، سهولة الحصول على الخدمة،

---

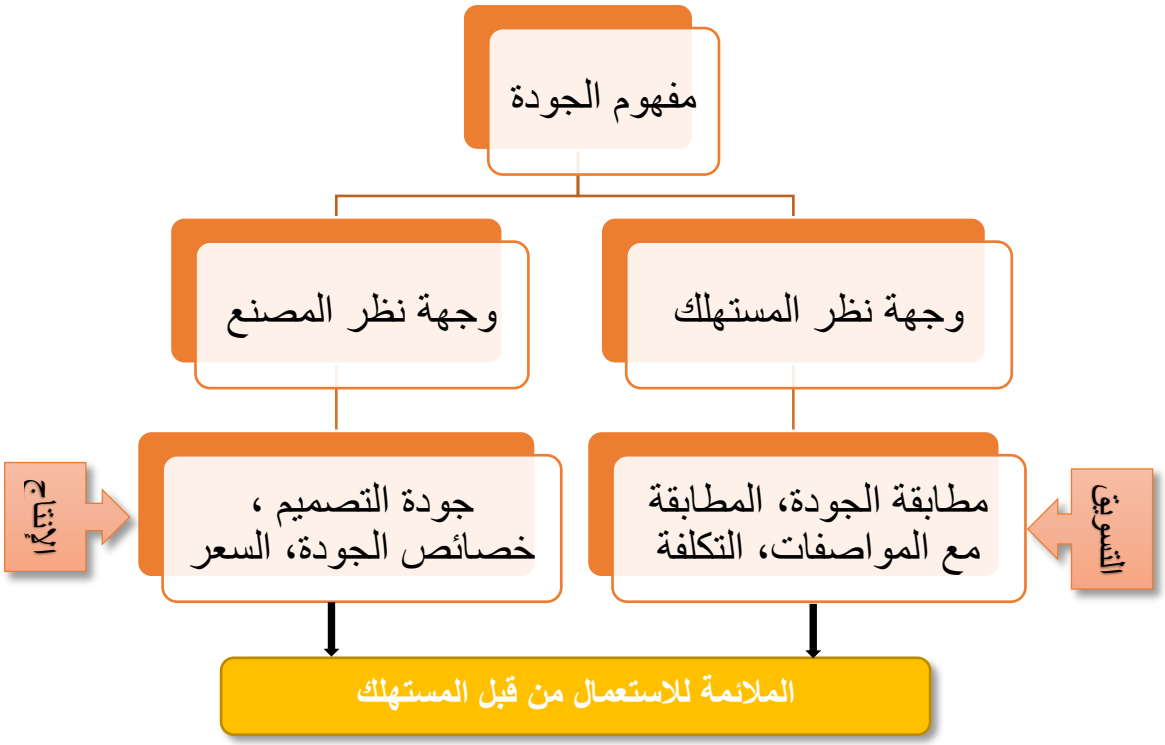
[33] **قاموس أكسفورد الأمريكي المتقدم** يعد قاموس أكسفورد الأمريكي المتقدم قاموسا أحادي اللغة متقدما لمتعلمي الإنجليزية الأمريكية، يحتوي على 145,000 كلمة وعبارة ومعنى، بالإضافة إلى 85,500 مثال يوضح كيفية استخدام الكلمات. (Oxford Advanced American Dictionary, 2025)

[34] **المعهد الوطني الأمريكي للمعايير** منظمة غير ربحية تأسست عام 1918، تنسق نظام المعايير والتطابق الطوعي في الولايات المتحدة، وتساهم في تعزيز الكفاءة وفتح الأسواق ودعم التجارة العالمية من خلال تطوير معايير متوافقة دوليا. (American National Standards Institute, 2025)

[35] **الجمعية الأمريكية للجودة** تأسست عام 1946، تعد رائدة عالميا في مجال إدارة الجودة، حيث تدعم أكثر من 40,000 متخصص في 130 دولة عبر توفير المعرفة والحلول التي تعزز تحسين العمليات والموثوقية والاستدامة عبر مختلف القطاعات. (American Society for Quality, 2025)

دقتها، والاستجابة للأوضاع الطارئة، وفي المقابل يركز منظور المنتج أو المصنع على مدى التزام السلعة أو الخدمة بالمواصفات التصميمية الموضوعة مسبقا، فالمنتج يعتبر ذات جودة جيدة إذا طابق المعايير المحددة، ويتطلب هذا الالتزام مجموعة من العوامل من أهمها جودة تصميم عملية الإنتاج، كفاءة الآلات والتجهيزات، نوعية المواد المستخدمة، تدريب اليد العاملة والإشراف عليها، إضافة إلى فعالية تقنيات الرقابة وضبط الجودة، ويعد الطاقم التقني أساسيا في ضمان مطابقة الإنتاج للتصميم، على أن يتم ذلك ضمن حدود تكلفة مقبولة مما يجعل الكلفة عاملا أساسيا في تحديد مفهوم الجودة من وجهة نظر المنتج، وبناء على ما سبق يمكن القول إن الجودة تمثل نقطة التقاء بين رؤيتين متكاملتين، الأولى من منظور المستهلك الذي يركز على المنفعة والإشباع، والثانية من منظور المنتج الذي يهتم بالالتزام بالمواصفات وتحقيق الكفاءة الاقتصادية، (الشكل (27)) ومن ثم فإن الجودة عملية شاملة تهدف إلى الموازنة بين توقعات المستهلكين وإمكانات المؤسسات، بما يضمن لها الاستمرار والقدرة التنافسية في الأسواق. (النعيمي، صويص، و صويص، 2009، الصفحات 31-36)

الشكل رقم:27 مخطط توضيحي لمفهوم الجودة من قبل المستهلك والمنتج



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد كتاب بعنوان: إدارة الجودة المعاصرة (النعيمي، صويص، و صويص، 2009، صفحة 37)

مما سبق من التعريفات ووجهات النظر نستخلص أن مفهوم الجودة يشير لقدرة المنتج أو الخدمة على تلبية احتياجات المستهلكين الحالية والمستقبلية وفق معايير دقيقة تجسد التميز والإتقان، وقد تطور هذا المفهوم من كونه مجرد ضمان لمطابقة المواصفات إلى فلسفة إدارية شاملة تقوم على التحسين المستمر والتكيف مع متغيرات السوق، فالجودة تمثل نقطة التقاء بين منظور المستهلك الذي يركز على الأبعاد الوظيفية مثل الأداء والموثوقية والمتانة والجاذبية والأمان، ومنظور المنتج الذي يهتم بتحقيق الكفاءة الإنتاجية ومطابقة المواصفات في إطار خفض التكاليف، وتشكل الجودة أداة استراتيجية فاعلة لتعزيز القدرة التنافسية في ظل بيئات الأعمال المتغيرة والتنافسية المتزايدة بالأسواق المحلية والعالمية.

II-5-2-2. سياسات الجودة وأهميتها

تعتبر سياسة الجودة المرشد الأساسي لأنشطة المؤسسة فهي توجه القرارات والعمليات الداخلية وتعد دليلا لفهم توقعات الأداء لأصحاب المصلحة الخارجيين، وتتنشر هذه السياسات لتجنب العشوائية في الأداء والاعتماد على مما يعزز القدرة على التنبؤ بالأداء وضمان السلوك المتناسق، كما تحدد السياسة الإطار العام للجودة بما في ذلك القطاعات الإنتاجية المستهدفة في الأسواق المحلية أو العالمية، والمواصفات النهائية للمنتج وخصائص الخدمة المقدمة للمستهلكين.

II-5-2-3. السمات الأساسية لسياسة الجودة الفعالة

من الصفات الأساسية التي وجب توفرها في السياسات الفعالة للجودة نجد:

- **الواقعية والقابلية للتطبيق:** يجب أن تكون السياسة قابلة للتنفيذ عمليا.
- **المرونة:** التنفيذ على مراحل والقابلية للتعديل وفقا لمتغيرات السوق والظروف الداخلية.
- **الشفافية:** تعلن لجميع العاملين والعملاء لضمان الوضوح والثقة.
- **الشمولية:** تغطي كافة الجوانب

II-5-2-4. آلية تحديد سياسات الجودة

لتجنب عدم التنسيق بين مصالح المؤسسة أو المنشأة يفضل تشكيل فريق متخصص في تحديد النقاط الأساسية الواجب أن تتضمنها سياسات الجودة للمنظومة وأهمها:

❖ **تجميع المعلومات اللازمة.**

❖ **تحديد الموضوعات الأساسية للسياسة** (مثل معايير الأداء، التدريب، الرقابة).

❖ **تقديم تصور استشرافي** لما يجب أن تكون عليه المنظومة اتجاه الجودة.

II-5-2-5. إرشادات عامة لوضع سياسة الجودة

من الإرشادات الأساسية الواجب الوقوف عندها عند وضع سياسة الجودة نجد:

❖ **الوضوح والتحديد:** تجنب الغموض لضمان أن تكون السياسة إرشادية وفعالة.

❖ **استقلالية إدارة الجودة:** يجب أن تكون إدارة الجودة مستقلة عن إدارة الإنتاج لضمان الحياد.

❖ **الموثوقية:** قدرة المنتج على تكرار أداء وظيفته كلما طُلب ذلك.

❖ **يتضمن أساليب الرقابة:** لاكتشاف الانحرافات وإخطار الإدارة العليا.

❖ **قابل للتقييم:** يقيم من قبل جهة مستقلة غير مسؤولة عن التنفيذ.

تعد سياسات الجودة بعد الاتفاق عليها أداة استراتيجية فاعلة لتحقيق أهداف المؤسسة، حيث تمثل الإطار الذي يضمن قدرة المنتج على أداء وظيفته بشكل متكرر وموثوق، كما تعمل هذه السياسات على توجيه الإدارات التقنية والتنفيذية من خلال سياسات فرعية واضحة ترسم معالم المسؤوليات والإجراءات، مما يعزز الانسجام بين مختلف الوحدات التنظيمية فالسياسات تساهم في ضمان الجودة الشاملة عبر الالتزام بالإرشادات والإجراءات الموثقة، والتي تغطي كافة المراحل بدءا من التصميم وحتى التوزيع والخدمة مما يجعلها ركيزة أساسية لتحقيق التميز والاستدامة في التطوير والإنتاج.

II-5-2-6. أهداف إدارة الجودة

تعد أهداف الجودة بمثابة النتائج المطلوب تحقيقها ضمن إطار زمني معين سواء كان قصير أو طويل المدى، حيث تقوم الإدارة بتحديد هذه الأهداف من أجل تعزيز مستوى الجودة أو التمسك بتحسينها المستمر، وتحديد فرص زيادة الربحية، أو معالجة تراجع الحصة السوقية الناتج عن ضعف القدرة التنافسية، كما تشمل الأهداف معالجة المشاكل المتعلقة بالشكاوى عبر تقليل هذه الأتعاب وخفض التعويضات والإصلاحات، إلى جانب تنفيذ مشروعات داخلية تهدف إلى

خفض التكاليف كما تتضمن أهداف الجودة معالجة القصور في التعامل مع المستهلكين والموردين والوحدات الخارجية الأخرى، وتحسين الحالة النفسية للعاملين وتعزيز الحوافز المادية والمعنوية لديهم.

ولا تقتصر هذه الأهداف على النواحي المادية القابلة للقياس الكمي مثل الدخل والتكلفة فحسب، بل تشمل أيضا جوانب نوعية مثل برامج التدريب وتقييم الموردين، ومعالجة شكاوى العملاء وإعداد تقارير دورية عن معدلات تنفيذ متطلبات الجودة. (الصيرفي، 2014، الصفحات 19-24)

تعتبر إدارة الجودة الشاملة نظاما متكاملا يسعى لتحقيق احتياجات المستهلكين وتمكين العاملين وتعزيز التحسين المستمر في أداء المنظمات، فهي ثقافة تنظيمية شاملة تعمل على توجيه النظام الإداري بما يضمن التوفيق بين مصالح العملاء والعاملين والمنظمة على حد سواء، ويمكن تفصيل أهداف إدارة الجودة في ثلاثة محاور أساسية مترابطة:

❖ **خدمة العملاء:** تضع إدارة الجودة العملاء في صدارة اهتماماتها حيث يمثلون نقطة الانطلاق والختام لكافة الأنشطة التنظيمية، فنجاح المنظمة واستمراريتها مرهون بقدرتها على تلبية حاجاتهم وتوقعاتهم، من خلال تقديم منتجات وخدمات عالية الجودة، تراعي متطلباتهم الحالية والمستقبلية وتنشئ علاقة قائمة على الولاء والثقة، ومن هذا المنطلق، اتجهت المنظمات الحديثة إلى بناء تجارب استهلاكية ذات طابع شخصي وعاطفي، تعزز الارتباط بين العميل والمنظمة.

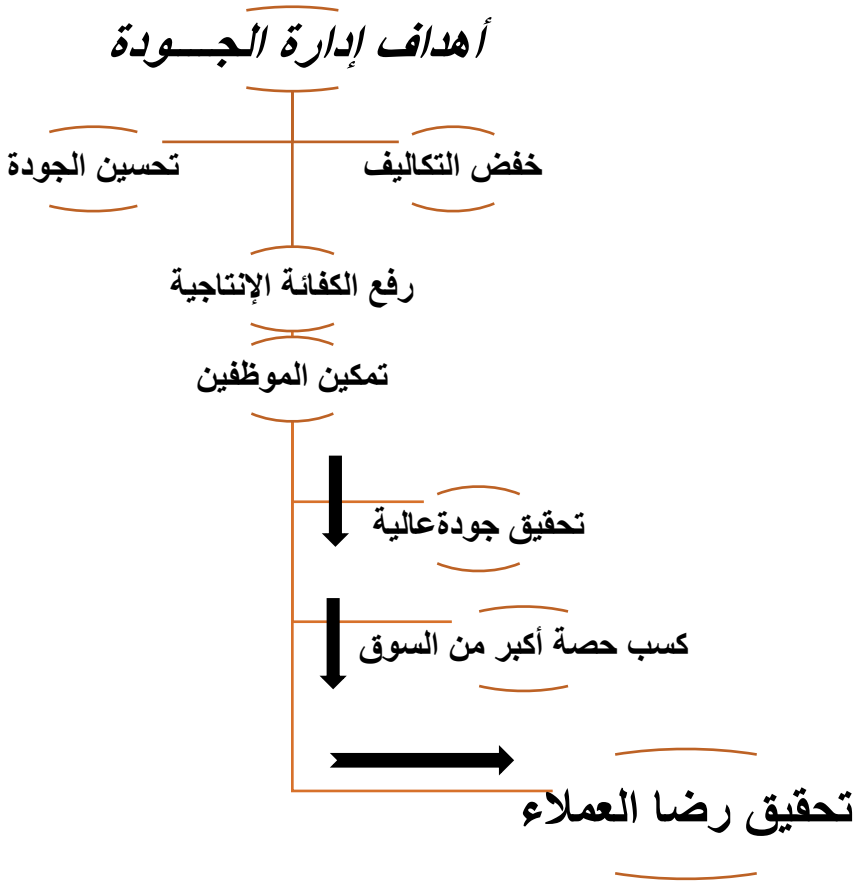
❖ **التحسين المستمر:** يمثل التحسين المستمر الركيزة الثانية لإدارة الجودة، حيث يعنى بتطوير العمليات والإجراءات بشكل متواصل لضمان الكفاءة والفعالية، ويترجم هذا الهدف في السعي نحو إنتاج منتجات وخدمات بأعلى مستويات الجودة بما يقلل من التكاليف التشغيلية ويرفع من ربحية المنظمة وحصتها السوقية، فالتحسين المستمر ضرورة استراتيجية لبقاء المؤسسات وتعزيز قدرتها التنافسية، ويقتضي ذلك مرونة عالية وسرعة في الاستجابة لاحتياجات العملاء.

❖ **تمكين العاملين:** يمثل تمكين العاملين الهدف الثالث لإدارة الجودة إذ يقوم على إشراك الموظفين في صنع القرار وتعزيز دورهم كشركاء حقيقيين في العملية التنظيمية، ويعني التمكين رفع قدرات العاملين وتزويدهم بالصلاحيات اللازمة لاتخاذ القرارات بشكل مستقل، ضمن بيئة قائمة على الثقة المتبادلة والتدريب والدعم المستمر، وتعتبر إدارة الجودة الشاملة العنصر البشري أثمن ما تملكه المنظمة، حيث يعتبر المصدر الأول لتحقيق الجودة والتميز، مما يستوجب على الإدارة السعي

إلى تعزيز العمل الجماعي وتحسين التنسيق الداخلي وتشجيع الموظفين على المشاركة في معالجة المشكلات التنظيمية والإنتاجية، بما يسمح برفع الأداء وتحقيق رضا العملاء على المدى الطويل. (بلية، 2019، الصفحات 122-126)

ويمكن التعبير عن أهداف إدارة الجودة من خلال الشكل(28) التالي:

الشكل رقم:28 مخطط توضيحي لأهداف إدارة الجودة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد كتاب بعنوان: إدارة الجودة الشاملة (بلية، 2019، صفحة 127)

من خلال ما سبق يتبين أن مفهوم الجودة يعبر عن قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية توقعات المستفيدين وفق معايير محددة، وقد تطور من كونه مجرد التزام بالمواصفات الفنية إلى فلسفة إدارية شاملة ترتكز على التحسين المستمر والكفاءة والفعالية، وتعددت أبعاد الجودة لتشمل الجوانب الإدارية والفنية والاجتماعية والاقتصادية، مما جعلها أداة تنافسية أساسية، حيث ينظر إليها المستهلك من زاوية الأداء والموثوقية بينما يركز المنتج على الالتزام بالمواصفات والكفاءة الاقتصادية، وتعتبر سياسات الجودة إطار استراتيجي موجه يحدد التوجهات العامة ويضمن الاتساق والشفافية، مع مراعاة المرونة والواقعية كما

تشكل مرجعا لتوقعات أصحاب المصلحة من خلال معايير الأداء والتدريب وآليات الرقابة، بما يعزز الانسجام بين الوحدات التنظيمية ويضمن الحياد في التقييم، أما أهداف إدارة الجودة فتتمثل في النتائج المرجو تحقيقها زمنيا، سواء قصيرة أو طويلة المدى وتشمل معالجة شكاوى العملاء، تحسين العلاقات مع الموردين، تحفيز العاملين، والتقليل من التكاليف.

II-5-3. المطلب الثاني: أساسيات حول إدارة جودة الخدمات الصحية

II-5-3-1. مفهوم جودة الخدمة الصحية

شهد مفهوم جودة الخدمة الصحية تطورا ملحوظا خلال السنوات الماضية، حيث انتقل من مفهوم ضيق تشير له النخبة الطبية إلى مفهوم شامل ومتعدد الأبعاد يضع المريض ومشاركته في صميم عملية التقييم، فقد تم تشكيل التعريفات المبكرة للجودة من قبل المتخصصين في مجال الصحة والباحثين في الخدمات الصحية، إلا أن الاعتراف المتزايد بأهمية تفضيلات وآراء المرضى والجمهور والجهات الفاعلة الرئيسية الأخرى أدى إلى إثراء هذا المفهوم وتوسيعه ليعكس مجموعة أوسع من القيم والتوقعات، حيث يعتبر عمل **أفيديس دونابيديان**[36] سنة 1980 أساس هذا المجال، حيث قدم تعريفا مؤسسيا من خلال تعريف الجودة بأنها القدرة على تحقيق الأهداف المنشودة باستخدام وسائل مشروعة، وهو تعريف يعكس الطبيعة العالمية لمصطلح الجودة الذي يستخدم عبر مختلف قطاعات المجتمع، إلا أنه قدم تعريفا أكثر دقة وتخصيصا للرعاية الصحية، بأنها نوع الرعاية الذي يتوقع أن يعظم مقياسا شاملا لرفاهية المريض، بعد مراعاة توازن المكاسب والخسائر المتوقعة التي تصاحب عملية الرعاية بجميع أجزائها، ويكمن تحليل هذا التعريف من عدة جوانب أولا أنه يربط الجودة بعملية الرعاية بكاملها وليس بمجرد نتائجها، ثانيا يضع رفاهية المريض الشاملة كالهدف الأسمى وهي مفهوم أوسع من الصحة البدنية ليشمل الأبعاد النفسية والاجتماعية، ثالثا ينص التعريف على لحدود الطبيعية والموازنات في العملية العلاجية، مما يضفي واقعية على مفهوم الجودة، وبعد في سنة 1990، قدم معهد الطب (IOM)[37] في الولايات المتحدة تعريفا لجودة الرعاية

---

[36] **أفيديس دونابيديان** (1919-2000) ولد في بيروت ونشأ في فلسطين، درس الطب في الجامعة الأمريكية ببيروت ثم نال ماجستير الصحة من هارفارد، وعمل طبيبا وأستاذا للصحة العامة بجامعة ميشيغان حيث برز كأحد رواد تقييم جودة الخدمات الصحية، واستمر عطاؤه الأكاديمي حتى وفاته بعد صراع طويل مع المرض. (Donabedian , 2025)

[37] **معهد الطب (IOM)** في الولايات المتحدة، أنشئ سنة 1970 وأعيد تشكيله عام 2015 تحت اسم الأكاديمية الوطنية للطب، هو هيئة علمية تقدم المشورة في مجالات الطب والصحة والسياسات الصحية لصانعي القرار والمجتمع الأمريكي(encyclopedia, 2025) .

بأنها الدرجة التي تزيد بها الخدمات الصحية للأفراد والسكان من احتمالية تحقيق النتائج الصحية المرجوة، حيث يتميز هذا التعريف بتوسيع نطاق مفهوم الجودة ليشمل الخدمات الصحية بشكل عام (بما فيها الوقائية والتأهيلية) وليس الرعاية الطبية فحسب، وأن يكون موجها لكل من الأفراد والسكان، مما يعزز صلة الجودة بالصحة العامة والوقاية، وعلى الصعيد الأوروبي ساهمت تعريفات أخرى في صقل المفهوم ففي سنة 2010، قدمت المفوضية الأوروبية[38] تعريفا أكثر تركيزا على المريض، حيث عرفت الرعاية الجيدة بأنها الرعاية الفعالة والآمنة والمستجيبة لاحتياجات وتفضيلات المرضى، هذا التعريف يحدد ثلاثة أبعاد أساسية ملموسة للجودة، مع الإشارة أيضا إلى أبعادا أخرى مثل الكفاءة والوصول والإنصاف، وقد توج هذا التراكم المعرفي بإصدار منظمة الصحة العالمية في عام 2018 لدليلها للسياسة والاستراتيجية الوطنية للجودة، والذي قدم إطارا شاملا، حيث أكدت المنظمة على أن الخدمات عالية الجودة في جميع أنحاء العالم يجب أن تكون فعالة، آمنة ومركزة على الناس، ولكي تتحقق فوائد هذه الرعاية أضافت المنظمة أن الخدمات يجب أن تكون أيضا في الوقت المناسب، ومنصفة، ومتكاملة، وفعالة من حيث التكلفة. (Improving healthcare quality in Europe, 2019, pp. 05-07)

يعتبر مفهوم جودة الخدمة الصحية متعدد الأبعاد، حيث يختلف تعريفه وتحديد أولوياته باختلاف وجهة النظر التي ينطلق منها التعريف، فمن المنظور الفني والمهني تقدم الهيئة الأمريكية المشتركة تعريفا يركز على معايير الممارسة، حيث تعرف الجودة على أنها درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء معين، حيث هذا التعريف يجسد رؤية مقدم الخدمة الذي يرى الجودة في الالتزام بالبروتوكولات الطبية السليمة لتحقيق النتائج المرجوة، في المقابل، تنص تعاريف أخرى على وجهة المرضى من تجربتهم الشخصية المباشرة، مما يضع الرضا والتفضيلات في صلب عملية التقييم، أما على مستوى إدارة المنظمة الصحية فإن النظرة تصبح أكثر شمولية تجمع بين الكفاءة الاقتصادية ورضا العميل، فالجودة الصحية هي الوصول إلى مستوى مرتفع من رضا المريض وبالتكلفة الأقل، بينما يتسع نطاق المفهوم ليصبح مجتمعيا واستراتيجيا عند صانعي السياسات الصحية، الذين يرون أن الجودة تعني

[38] **المفوضية الأوروبية** هي الهيئة التنفيذية للاتحاد الأوروبي المسؤولة عن اقتراح التشريعات وتنفيذ القرارات وإدارة شؤون الاتحاد اليومية بما يضمن احترام معاهداته. (encyclopedia, 2025)

في جوهرها تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة، مما يربطها مباشرة بمبادئ الإنصاف والكفاءة على مستوى النظام الصحي بأكمله، هذا التعدد في التعريفات يؤكد الطبيعة المركبة للجودة الصحية التي يجب أن تلبي توقعات جميع الأطراف المعنية، فتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية يحقق سلسلة مترابطة من الفوائد الاستراتيجية والتنفيذية، حيت من الناحية المالية، يؤدي التطبيق الناجح إلى تجنب التكاليف الباهظة المرتبطة بالأخطاء الطبية والخدمات متدنية الجودة، وذلك من خلال تقليل الأخطاء وتحسين العمليات بشكل مستمر، مما ينعكس إيجابا على الأداء المالي وهذا التحسين في الكفاءة الداخلية يقابله تحسن كبير في تجربة المستفيد الخارجي، حيث يزيد مستوى رضا المرضى، مما يمنح المنظمة ميزة تنافسية في سوق الرعاية الصحية ، ويمكنها من الحصول على شهادات الاعتماد الدولية التي تزيد مصداقيتها ويزيد من ثقة المرضى بها، وعلى الصعيد الداخلي يساهم تطبيق الجودة في توضيح المسؤوليات والصلاحيات لجميع العاملين، وهو أساس الإدارة الناجحة مما يؤدي إلى رفع مستوى فعالية الرعاية المقدمة وخلق بيئة عمل وقائية تستشرف المشكلات المحتملة وتعمل على منعها قبل وقوعها، ولتحقيق هذه الفوائد يمكن هيكلة عناصر جودة الرعاية الصحية ضمن ثلاثة أقسام أساسية متمثلة في:

❖ **جودة الإدارة:** تمثل الإطار المسير لعملية التحسين برمتها، وذلك من خلال التزام الإدارة العليا وتركيزها على المريض، وتكريس الوقت والموارد للابتكار والتحسين المستمر، والعمل على إزالة العوائق التنظيمية التي تحول دون تحقيق الجودة، والتركيز على أهمية التثقيف والتعليم المستمر لفهم المبادئ الأساسية للجودة.

❖ **جودة الخدمة:** تمثل الجانب العملي الفعلي، بدءا من المريض مرورا بالأطباء (في الرعاية الأولية والثانوية) وباقي أقسام المستشفى، ووصولا إلى الجهات الحكومية والممولين، ويتطلب ضمان جودة الخدمة تعريف آليات التواصل والتفاعل بين هذه الأطراف مثل تفاعل الطبيب مع أقسام المستشفى لخدمة المريض، أو تعاون الأقسام المختلفة مع بعضها البعض، وتكتمل هذه الحلقة باستخدام أساليب منهجية لجمع بيانات رضا العملاء وتحليلها، وتحسيس جميع الأطراف بأهمية الجودة.

❖ **جودة المحتوى:** وتركز على البنية التحتية للرعاية، وخفض الاختلافات العلاجية، وتجنب الأخطاء الطبية من

خلال عمليات مراجعة الأداء وضبط المخاطر، إلى جانب دعم الأبحاث وتحسين عملية توصيل الخدمة ونشر المعلومات لضمان أداء متميز ومستند إلى الأدلة.

وبذلك يتبين أن تحقيق الجودة في القطاع الصحي هو عملية شمولية تتكامل فيها القيادة الإدارية، والتفاعل الخدماتي، والتميز الفني في منظومة واحدة متكاملة هدفها الأساسي تقديم خدمات صحية ذات مستوى وكسب رضى المرضى.

(العزب، 2023، الصفحات 56-64)

من المفاهيم السابقة يتضح أن مفهوم إدارة جودة الخدمات الصحية يعد من المفاهيم التي شهدت تطورا كبيرا خلال السنوات الأخيرة، حيث انتقل من تركيز ضيق يحدده الأطباء والمتخصصون إلى إطار شامل متعدد الأبعاد يضع المريض ورفاهيته في صميم العملية الصحية، كما تتعدد أبعاد الجودة حسب صانعو السياسات الصحية حيث يرونها وسيلة لتعزيز الإنصاف وتحسين صحة المجتمع في حدود الموارد المتاحة، فإدارة جودة الخدمات الصحية تمثل منظومة متكاملة تهدف إلى تحسين الأداء الصحي وضمان رعاية آمنة وفعالة ومستدامة تحقق رضا المرضى وتعزز استمرارية المؤسسات الصحية.

II-5-3-2. مبادئ وعناصر جودة الخدمات الصحية

تشكل جودة الخدمات الصحية منهجا إداريا متكاملا تستند إليه المؤسسات الصحية للحكم على مستوى أدائها، حيث تقوم على ثلاثة مبادئ أساسية متلازمة تتمثل في، التركيز على المرضى المستفيدين، الذي يضعهم في صلب جميع القرارات والإجراءات ضمن النظام الخدماتي، حيث يعتبر رضاهم المؤشر الأساسي لنجاح المؤسسة، أما المبدأ الثاني يتمثل في المساهمة الجماعية التي تأكد على ضرورة غرس الولاء التنظيمي لدى جميع الأطقم العاملة دون استثناء، وشعور كل فرد بأنه مسؤول مباشر عن جودة الخدمات، ويتم تفعيل هذا المبدأ من خلال تشكيل فرق العمل التي تتغلب على الحواجز بين الأقسام المختلفة مما يعزز روح التعاون والفريق الواحد لتحسين الأداء بشكل شامل، ويأتي المبدأ الثالث مكملا لهما وهو التحسين المستمر، الذي يفرض على إدارة المؤسسات الصحية وضع خطط استباقية لاكتشاف المشكلات وتحليل جذورها الحقيقية ومعالجتها، إلى جانب العمل على تحسين مؤشرات الإنتاجية وفعالية استخدام الموارد، ويتجلى هذا التحسين في تطوير البنى التحتية الداعمة كالقيادة والتخطيط وإدارة البيانات والعمليات والموارد البشرية، وكذلك في تبني الأدوات

والأساليب الحديثة كخرائط ودوائر تحسين الجودة، فالسعي الدائم لتحقيق هذه المبادئ لا ينفصل عن الأهداف الاستراتيجية الشاملة لجودة الخدمات الصحية، والتي تتماشى مع أبعاد التنمية المستدامة حيث يعتبر العنصر البشري الركيزة الأساسية لها، فمن خلال التميز في تقديم الخدمة يمكن للمنظمات الصحية أن تؤدي مهامها بكفاءة وفعالية عالية، مما يضمن الحفاظ على الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين، كما أن هذا التميز من شأنه أن يعزز رضا جميع الأطراف، سواء كانوا مستفيدين من الخدمة أو مقدميها مما يؤدي بدوره إلى تعظيم مستوى الإنتاجية من خلال الحفاظ على الحالة الصحية للمجتمع، وتساهم جودة الخدمة أيضا في تطوير قنوات الاتصال بين المرضى ومقدمي الرعاية وهو ما ينعكس إيجابا على كسب رضا وتأييد المستفيدين، ولترجمة هذه المبادئ والأهداف إلى واقع ملموس وجب توفر عناصر مهمة في المؤسسات الصحية لضمان جودة الخدمة الصحية، تتمثل في السلامة و الأمان والذي يعني تقديم خدمات خالية من الأخطاء والإصابات العرضية للمرضى في جميع الأوقات، يليه عنصر الفاعلية الذي يتطلب تقديم الخدمات بناء على المعرفة العلمية والأدلة الطبية الموثقة لاتخاذ القرارات السليمة في المجالين الوقائي والعلاجي، ويأتي عنصر التركيز على المريض ليشمل احترام المريض واستجابة مقدم الخدمة لتفضيلاته واحتياجاته، مع توفير الراحة الجسدية والدعم العاطفي، أما عنصر الكفاءة فيعني الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة لتحقيق أفضل أداء بهدف القضاء على الهدر ورفع مستوى الخدمة باستمرار، ويعد عنصر العدالة أساسيا لضمان أن تستند الجودة إلى احتياجات المريض الصحية فقط، دون تمييز، وأخيرا عنصر الاستجابة الذي يحرص على تقديم الخدمة في الوقت المناسب، وتقليل فترات الانتظار. (القطوي ، 2025، الصفحات 184-190)

من خلال المطلب السابق يتضح أن مفهوم جودة الخدمات الصحية تطور من نموذج تقليدي إلى نموذج شامل متعدد الأبعاد يضع المريض في مركز العملية العلاجية، مع الأخذ بالاعتبار توازن المكاسب والأتعاب عبر عملية الرعاية بكاملها، فتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يحقق مكاسب استراتيجية تشمل تحسين الكفاءة التشغيلية عبر تقليل الهدر والأخطاء ورفع مستوى رضا المرضى، وبذلك تبرز إدارة الجودة الصحية كإطار استراتيجي متكامل يهدف إلى ضمان تقديم رعاية آمنة وفعالة ومستدامة، تعزز الثقة بين مقدمي الخدمة والمستفيدين وتدعم تطور المؤسسات الصحية في بيئة متغيرة وتنافسية متسارعة.

II-5-4. المطلب الثالث: أساليب تقييم جودة الخدمات الصحية وقياسها

يعد تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية من الأدوات والمنهجيات العملية التي تمكن الإدارات الصحية من تقييم الأداء وقياس مدى تحقيق الخدمات للمعايير الموضوعة، فمن خلال هذه الأساليب يمكن التحول من النظريات والمفاهيم إلى قياسات ملموسة توفر بيانات دقيقة عن نقاط القوة والضعف، مما يشكل الأساس العلمي لأي عملية تحسين مستمرة لذلك، وتركز هذه الأساليب على قياس رضا المرضى وتجربتهم، أو التي تقيم الجودة الفنية للخدمات الطبية، بهدف تقديم صورة شاملة عن كيفية مراقبة الجودة وضمانها في المؤسسات الصحية.

II-5-4-1. تقييم الأداء بالمؤسسات الصحية

إن السعي لتحسين جودة الخدمات الصحية أدى إلى تطوير أنظمة لتقييم أداء المنظمات الصحية، باستخدام مجموعة من المؤشرات العالمية التي تعتبر على نجاح هذه المنظمات الصحية أو فشلها في تقديم خدماته، وقد انتشر استخدام مؤشرات الأداء على نطاق واسع، حيث يستفاد منها في تسويق الخدمات الصحية واستقطاب العملاء ضمن بيئة القطاع الخاص، في حين لاحظت الدول المعتمدة على القطاع الحكومي تأخرا نسبيا في تطبيق هذه المؤشرات بسبب قصور أنظمة المعلومات واختلاف آليات التمويل وعدم وضوح الحوافز، ويعرف تقييم الأداء في المنظمات الصحية بأنه عملية قياس منهجية وموجهة لأنشطة المؤسسة الصحية لمعرفة مدى فعالية وكفاءة الجهود المبذولة في تحقيق الأهداف المسطرة، وتشمل أيضا تحليل أسباب الانحرافات واقتراح الحلول التصحيحية لضمان أداء أفضل في المستقبل كما أن تقييم الأداء لا ينفصل عن العملية الإدارية الشاملة فهو يرتبط بكفاءة استخدام الموارد المتاحة بفعالية لتحقيق الأهداف المرسومة، مما يجعله أداة محورية لتحسين البرامج والخدمات الصحية في حدود الإمكانيات المتاحة، وتكمن أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية في عدة جوانب حيوية، فهو يعد مرآة عاكسة للتطور التاريخي للمؤسسة الصحية ، مما يسهل تحديد نقاط القوة وتعزيزها ومعالجة نقاط الضعف، كما يوفر التقييم معلومات دقيقة لدعم متخذي القرار، تكشف مدى كفاءة استغلال الموارد ومدى الالتزام بالتوجيهات والاستراتيجيات الموضوعة علاوة على ذلك، يساهم في كشف الممارسات الخاطئة، ويحفز بيئة التنافس نحو تحسين الجودة مع ترشيد التكاليف، كما يعزز التكامل بين الأقسام المختلفة لتقليل الهدر في الموارد، أما بالنسبة لمؤشرات تقييم الأداء فهي

تمثل أدوات قياس استدلالية تستخلص من البيانات المجمعة وتقارن بمعايير أو نسب محددة مسبقا، وتختلف باختلاف مستوى التقييم وطبيعة النشاط المراد قياسه، وتتفاوت الدول في عدد المؤشرات المستخدمة، ففي حين تعتمد الولايات المتحدة الأمريكية 38 مؤشرا، تستخدم هولندا أكثر من 100 مؤشر، بينما اعتمدت المكسيك 11 مؤشرا في إحدى مراحل إصلاح نظامها الصحي، وتصنف المؤشرات العالمية الرئيسية لتقييم الكفاءة الصحية إلى أربع مجاميع أساسية تتفرع منها مقاييس فرعية عديدة، تغطي مجالات مثل النتائج السريرية، والسلامة، والكفاءة التشغيلية، ورضا المرضى، مما يوفر إطارا متكاملا لقياس أداء المنظمات الصحية بشكل دقيق وشامل. (قدي و مديوني، 2014، الصفحات 156-166)

II-5-4-2. أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

تكمن أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية في النقاط التالية:

- ❖ يعكس تقييم الأداء التطور التاريخي للمؤسسة الصحية وتحليل أنشطتها وفعالياتها للفترة الماضية لتحديد نقاط الضعف وتعزيز نقاط القوة.
- ❖ توفير المعلومات الضرورية لمتخذي القرار على نحو يوضح كيفية سير الأنشطة والفعاليات في المؤسسة الصحية.
- ❖ كشف الانحرافات عن الأهداف المسطرة والسلبيات والايجابيات لتسهيل من عملية البحث عن أسباب هذه الأخطاء ومعالجتها.
- ❖ خلق بيئة تنافسية بين المؤسسات الصحية، أو بين العاملين فيها لتحسين الجودة وترشيد التكاليف.
- ❖ تفعيل التكامل بين مختلف أقسام المؤسسة الصحية وأنشطتها لتحقيق الاستغلال عقلاني والرشيد لموارد المؤسسة.
- ❖ انعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والطبي في المؤسسات الصحية وجعلها نظاما ديناميكيا يتفاعل مع المؤثرات الداخلية والخارجية.

II-5-4-3. مراحل تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

تم حصر توجد مراحل تقييم الأداء في المؤسسات الصحية في ثلاث مراحل وهي كالتالي:

- ❖ **قياس الأداء:** يعتبر قياس أداء المؤسسة الصحية مفهوم معقد، وليس من السهل دائما إجراء تقييم موضوعي

وفعال من حيث التكلفة لنتائج نشاط المؤسسة الصحية، فمن الصعب فهم ما يغطيه مفهوم الأداء العام لا سيما إذا تعلق الأمر بالصحة.

❖ **تقييم الأداء:** يتم في هذه المرحلة مقارنة النتائج مع الأهداف المسطرة، حيث تهدف هذه العملية إلى تحديد الوضع النسبي للمؤسسة الصحية لفترات زمنية سابقة أو مقارنة بمؤسسات صحية أخرى.

❖ **تحسين الأداء:** في هذه المرحلة يتم الاستثمار في نقاط القوة ومعالجة نقاط الضعف التي تم تحديدها في المرحلة السابقة، وذلك لتقليل الفجوة بين ما يجب أن يكون وما هي عليه المؤسسة الآن.

II-5-4-4. مؤشرات تقيم الأداء في المؤسسات الصحية

هناك مجموعة من المؤشرات التي تستخدم في تقيم أداء المؤسسات الصحية نذكر منها:

❖ مدى وجود خطط للمؤسسة الصحية على المدى الطويل والقصير ومدى تطبيق هذه الخطط والالتزام بها.

❖ مدى وجود معدلات احصائيات مختلفة، خاصة معدلات دوران العمل ودرجة رضا العاملين والمرضى، وتوفير ظروف عمل مناسبة، ومعدلات حيويو أخرى.

❖ درجة سهولة الحصول على الخدمات الصحية بمختلف أنواعها.

❖ نسبة توفر الموارد البشرية حسب الاحتياجات ونوعية الخدمة المقدمة ومقارنة معدلات الموارد البشرية من الناحية الكمية والنوعية، كنسبة الأطباء لأعداد السكان، أو نسبة معدل الأسرة لعدد السكان.

❖ معدلات أخرى كنسبة تشغيل الأسرة، دوران الأسرة... (كواديك، 2021، الصفحات 231-233)

II-5-4-5. قياس الجودة بالمؤسسات الصحية

يشكل قياس جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية ضرورة استراتيجية ملحة في ظل السعي لتحسين الأداء وضمان المخرجات المثلى، وتتطلب عملية القياس تحديدا دقيقا للهدف منها وأنواع القياسات والمتغيرات المراد تقييمها لضمان فعالية النتائج وموثوقيتها. يمكن تصنيف منهجيات القياس إلى نوعين رئيسيين: كلاسيكي وحديث.

II-5-4-6. النهج الكلاسيكي لقياس الجودة

يعتمد هذا النوع على ثلاثة أنماط أساسية من المقاييس المتكاملة:

❖ **المقاييس الهيكلية:** ترتبط هذه المقاييس بالموارد الأساسية المادية والبشرية والتنظيمية التي تمكن من تقديم الخدمة. فهي تقيس مدى ملاءمة البنية التحتية للمؤسسة، وتشمل تقييم التسهيلات المادية، وكفاءة الأفراد، والفعالية التنظيمية لهيكل المركز الصحي، حيث تعتبر هذه المقاييس أساسية، لضمان جودة الخدمات المقدمة.

❖ **مقاييس الإجراءات:** تسعى هذه المقاييس لتقييم كيفية تقديم الخدمة من خلال تتبع التسلسل المنطقي لخطوات العمل بدءا من استقبال المريض وحتى انتهاء عمليته العلاجية، وتركز على تحسين هذه العمليات لضمان فعاليتها وكفاءتها، باعتبارها العامل المباشر المسؤول عن تحقيق النتائج المرجوة.

❖ **مقاييس النواتج:** تمثل هذه المقاييس المحصلة النهائية للرعاية الصحية، حيث تعكس التغيرات النهائية في الحالة الصحية للمريض أو المجتمع، وتتنوع المؤشرات المستخدمة ما بين:

- **مؤشرات الحالة الصحية العامة:** مثل معدلات الوفيات أو انتشار أمراض معينة.
- **مؤشرات نواتج أمراض محددة:** مثل معدلات الوفيات الناجمة عن مرض معين، أو ظهور أعراض ومضاعفات مرتبطة به، أو المعوقات السلوكية الناتجة عنه.

ويستلزم تطبيق هذا المدخل الكلاسيكي بشكل فعال وجود نظام معلوماتي متكامل داخل المؤسسة الصحية، يقوم بجمع البيانات ذات الصلة وتحليلها وتوزيعها في الوقت المناسب لدعم عملية اتخاذ القرارات الإدارية والطبية السليمة.

II-5-4-7. النهج الحديث لقياس الجودة

يتميز هذا المدخل بنظرة شمولية للجودة، فهو يرى أن جهود ضمان الجودة وتحسينها يجب أن تكون موجهة نحو المنظومة بأكملها بحيث تصبح الجودة ثقافة سائدة في كل ركن من أركان المؤسسة الصحية، وليس مجرد قياسات رقمية في مجالات محددة.

II-5-4-8. العناصر المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

لضمان فعالية قياس الجودة يتعين على إدارة المؤسسات الصحية دراسة العناصر الرئيسية المؤثرة، والتي تتمثل في:

❖ **تحليل توقعات المرضى:** يعد فهم توقعات واحتياجات المرضى الخطوة الأولى والأساسية لتصميم خدمة تتسم بالجودة، ويميز المرضى بين ثلاث مستويات للإدراك:

- **الجودة المتوقعة:** المستوى الأساسي الذي يتوقعه المريض ويجب توفره.
- **الجودة المدركة:** المستوى الفعلي للجودة الذي يلمسه المريض أثناء تلقيه الخدمة.
- **الجودة القياسية:** المستوى المثالي الذي يتطابق مع المواصفات والمعايير الموضوعة مسبقا للخدمة.

❖ **تحديد وتوصيف جودة الخدمات:** بعد فهم توقعات المرضى، يجب على الإدارة وضع توصيف دقيق ومحدد لمستوى الجودة المطلوب تحقيقه وربطه بأداء العاملين وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة.

❖ **أداء العاملين:** يلعب الطاقم الطبي والإداري دورا أساسيا في تحقيق الجودة ويتطلب ذلك وجود معايير أداء واضحة، ونظام عادل للحوافز والتقييم يعتمد على سلوكيات ملموسة كالعمل بروح الفريق، واللطف في التعامل، والاستجابة السريعة لطلبات المرضى، بعيدا عن الاجتهادات الشخصية.

❖ **إدارة توقعات الخدمة:** يجب أن تدير المؤسسة الصحية توقعات المرضى من خلال الاتصالات الداخلية الفعالة والترويج الخارجي، مع تجنب تقديم وعود لا تستطيع الوفاء بها بسبب محدودية القدرات أو الموارد، مما يؤدي حتما عدم رضا المرضى.

II-5-4-9. أبعاد تقييم جودة الخدمة الصحية

أبعاد تقييم الجودة يمكن من خلالها للمريض أو مقدم الخدة تقييم جودة الخدمة، وأبرزها:

❖ **الاعتمادية:** وتعني قدرة المؤسسة على أداء الخدمة الموعودة بدقة وموثوقية، والوفاء بالالتزامات تجاه المريض، والمحافظة على سجلاته وخصوصيته.

❖ **الاستجابة:** وتعبر عن رغبة وقدرة مقدمي الخدمة على مساعدة المرضى وتقديم الخدمات في الوقت المناسب، مع مراعاة أولوية الحالات الطارئة.

❖ **الأمان:** ويشمل إلمام العاملين بمهامهم بشكل يمكنهم من تقديم خدمة خالية من المخاطر على صحة المريض وسلامته.

❖ **الملموسية:** ويقصد به المظهر العام للمرافق والتجهيزات والمعدات، بالإضافة إلى المظهر المهني للعاملين، كعوامل تعكس الاهتمام بالجودة.

❖ **التعاطف:** ويتمثل في الاهتمام بالمريض من خلال إبداء التعاطف الفردي به والرعاية، والحرص على تلبية احتياجاته العلاجية والنفسية.

فقياس جودة الخدمات الصحية هو عملية متعددة المستويات تبدأ بفهم توقعات المريض كأساس محوري للعملية، وتمر بتحسين الهياكل والعمليات الداخلية وتنتهي بتقييم النتائج عبر أبعاد واضحة، في إطار نظام متكامل يهدف إلى التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة. (شبوطي و خليفة ، 2017، الصفحات 74-77)

من خلال ما سبق يتبين أن تقييم وقياس جودة الخدمات الصحية أداة أساسية لتمكين المؤسسات الصحية من تحديد مستوى أدائها ومطابقة خدماتها للمعايير الموضوعة، حيث يوفر التقييم بيانات دقيقة عن نقاط القوة والضعف ويساهم في التحسين المستمر سواء من خلال قياس رضا المرضى أو عبر تقييم الجودة الفنية للخدمات ويتم ذلك من خلال قياس الجودة حسب مقاييس ومعايير لتقييم جودة الخدمات الصحية أهمها: الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، الملموسية، والتعاطف. وبذلك يشكل تقييم وقياس الجودة عملية متعددة المستويات تبدأ من المريض، مرورا بالهياكل والعمليات، وصولا إلى نتائج ملموسة تدعم التحسين المستمر للخدمات الصحية.

II-5-5. المطلب الرابع: أهداف تطبيق معايير الجودة ومبادئها داخل المنظومة الصحية

إن تبني مبادئ الجودة يعتبر خيارا استراتيجيا يهدف إلى تحسين الأداء وضمان رضا المرضى، فالجودة في المجال الصحي لا تقتصر على تحسين الخدمات العلاجية فقط، بل تمتد لتشمل تطوير البنية التحتية، ورفع كفاءة الموارد البشرية، وتعزيز آليات الإدارة والتسيير، حيث يعتبر تطبيق مبادئ الجودة داخل المنظومة الصحية وسيلة أساسية لتحقيق الاستدامة، وترشيد استخدام الموارد، والارتقاء بمستوى الرعاية الصحية بما يتماشى مع المعايير المعمول بها محليا وعالميا.

II-5-5-1. أهداف تطبيق مبادئ الجودة في النظام الصحي

إن تطبيق إدارة الجودة في القطاع الصحي هو استجابة للطلب المتزايد على الخدمات الصحية وتنوعها، ولضمان توازن صعب ومعقد يتمثل في الحفاظ على المعايير المعتمدة، وتقديم الخدمات بأسعار معقولة وفي الوقت المحدد، لذلك فإن الغاية الأساسية من تبني النظام الصحي لإدارة الجودة هو تحقيق التميز للقطاع الصحي ويمكن تفصيل الأهداف الرئيسية لتبني الجودة على النحو التالي:

❖ **التحسين المستمر**: يتمثل في إدخال تحسينات منهجية ودورية على جميع الإجراءات التشغيلية، ويتم تحقيق ذلك من خلال مراجعة منتظمة للوظائف الصحية المختلفة، وتدريب الموظفين المستمر على هذه التحسينات لتوضيح كيفية تأثيرها الإيجابي المباشر على تلبية احتياجات المرضى بشكل أكثر فاعلية.

❖ **تقديم خدمات عالية الجودة وموثوقة**: يسعى النظام الصحي إلى ضمان جودة الخدمة المقدمة من خلال الإدارة الفعالة للعمليات الشاملة، والالتزام بمعايير جودة معترف بها عالميا مثل ISO 9001[39]، حيث يخدم هذا الهدف غايتين تتمثلان في وضع إطار عمل واضح لتسهيل عملية إدارة الجودة وقياس مستوى الامتثال من خلال ملاحظات المرضى، وإثبات التزام المؤسسة بتقديم خدمات جيدة مما يعزز ثقة المرضى وسمعة المؤسسة ككيان يضع صحة المريض في مقدمة أولوياته.

❖ **خفض تكاليف التشغيل وترشيد الإنفاق**: يهدف تطبيق الجودة إلى تحقيق كفاءة اقتصادية عبر خفض التكاليف التشغيلية اليومية دون المساس بسلامة أو جودة الخدمة، ويتم ذلك من خلال تقييم منهجي للعمليات بهدف التقليل من هدر الموارد، حيث هذه الإجراءات تجعل الخدمات الصحية في متناول شريحة أوسع من المرضى مع الحفاظ على هامش ربحي مقبول خصوصا للمؤسسة الصحية الخاصة.

❖ **زيادة إنتاجية الموظفين والمؤسسة**: يرتبط هذا الهدف بشكل مباشر برفع كفاءة الأداء البشري، من خلال تحديد معايير

[39] **ISO 9001** هو معيار دولي لنظام الإدارة يحدد متطلبات نظام إدارة الجودة، حيث تستخدمه المؤسسات لإثبات قدرتها على توفير منتجات وخدمات تلبي متطلبات العملاء والجهات التنظيمية، بالإضافة إلى متطلبات المؤسسة نفسها. (ASQ, 2025)

أداء واضحة للموظفين وتقييم أدائهم ومراقبته بانتظام، حيث يساهم نظام إدارة الجودة في تحسين إنتاجية الفريق بأكمله، مما يؤدي إلى الزيادة في الإنتاجية التي بدورها تساهم في تمكين المؤسسة من تلبية احتياجات عدد أكبر من المرضى، وتحسين القدرة الاستيعابية وجودة الخدمة المقدمة بشكل متزامن.

❖ **تحسين وقت الانتظار:** يعتبر تقليل الوقت الإجمالي المستغرق لإكمال جميع الإجراءات العلاجية للمريض مؤشرا مهما ودليلا على كفاءة النظام، فتطبيق الجودة يساهم في تحسين وتسيير العمليات الطبية والإدارية المتسلسلة لتقليل فترات الانتظار التي تسبب القلق للمرضى، وزيادة قدرة المؤسسة على خدمة عدد أكبر من الحالات دون تأخير، مما ينعكس إيجابا على رضا المرضى والاستخدام الأمثل للموارد المتاحة.

تعتبر هذه الأهداف المذكورة سابقا متكاملة ببعضها البعض، حيث يؤدي التحسين المستمر إلى تقديم خدمات عالية الجودة، مما يقود بدوره إلى خفض التكاليف وزيادة الإنتاجية وتحسين وقت الخدمة، محققا بذلك رفع مستوى رفاهية المرضى وضمان استمرارية وكفاءة المؤسسة الصحية.(ComplianceHelp, 2025)

II-5-5-2. معايير إدارة الجودة في الرعاية الصحية

أصبح الوصول إلى خدمات صحية عالية الجودة وآمنة وفعالة من حيث التكلفة هو التوقع السائد في المجتمعات الحديثة، وعلى الرغم من أنه كان ينظر سابقا إلى معايير عامة مثل ISO 9001 على أنها غير قابلة للتطبيق بسهولة في القطاع الصحي، إلا أن المنظمة الدولية للمعايير ISO [40]استجابت لهذه الفجوة عبر تطوير أكثر من 1200 معيار متخصص في هذا المجال، مما يعكس الإدراك المتزايد لأهمية ضمان الجودة بشكل منهجي، حيث تم تطوير معيار عام ليلائم القطاع الصحي بشكل خاص وهو معيار أنظمة إدارة الجودة المبني على ISO 9001،2015 والمصمم خصيصا للرعاية الصحية، ولا يقتصر هذا المعيار على المتطلبات العامة فحسب، بل يوسع نطاقها ليشمل خصائص الجودة في الرعاية الصحية بما في ذلك ضرورة تقديم رعاية مناسبة وصحيحة، مع ضمان التوافر واستمرارية الرعاية والفعالية والكفاءة والإنصاف،

[40] **المنظمة الدولية للمعايير (ISO)** هي منظمة غير حكومية تأسست سنة 1946، حيث تضم خبراء عالميين لوضع معايير دولية موحدة تهدف إلى تحسين جودة المنتجات والخدمات وإدارة العمليات، بما يساهم في تعزيز التجارة العالمية وتحسين النمط الاجتماعي وزيادة رفاهية الأفراد. (ISO, 2025)

كما يؤكد على أهمية أن تكون الرعاية قائمة على الأدلة والمعرفة، وتركز على المريض من خلال مراعاة سلامته الجسدية والنفسية والاجتماعية وتعزيز مشاركته، وضمان إمكانية الوصول إلى الخدمات في الوقت المناسب، وتم تطوير معايير أخرى لتغطية مجالات متخصصة داخل المنظومة الصحية الخاصة بالمختبرات الطبية والأجهزة الطبية، ولضمان شمولية التغطية للمجال الطبي الواسع، شكلت المنظمة الدولية للمعايير العديد من اللجان الفنية المتخصصة التي تعالج فروعا طبية دقيقة مما يدل على نهج متعمق ومفصل لضمان الجودة في كل جانب تقني من جوانب الرعاية الصحية، فتطبيق المبادئ الأساسية التي تقوم عليها هذه المعايير، يعد أمرا بالغ الأهمية، فهذه المبادئ هي مؤشر للتميز التنظيمي، عندما تتبناها المؤسسات الصحية بشكل كامل، فإنها تعود بالنفع على جميع أصحاب المصلحة بما في ذلك المرضى والموردين والموظفين والمجتمع ككل، وتبقى معايير إدارة الجودة الإطار الأكثر مصداقية وفعالية لبناء أنظمة رعاية صحية جديرة بالثقة، وقادرة على تلبية توقعات المجتمع المتزايدة وتقديم رعاية متمحورة حول المريض. (Tošić, Ruso, & Filipović, 2018, pp. 74-77)

مما سبق يتبين أن تبني مبادئ الجودة في القطاع الصحي يعتبر خيارا استراتيجيا مهما يهدف إلى تحسين الأداء الشامل للمنظومة الصحية من خلال تطوير البنية التحتية ورفع كفاءة الموارد البشرية وتعزيز أنظمة الإدارة، بما يساهم في ترشيد الموارد مع ضمان تقديم خدمات ذات مستوى مقبول، ويأتي ذلك استجابة لتزايد الطلب وتنوع الخدمات الصحية، في ظل ضرورة التوفيق بين الجودة العالية والتكلفة المعقولة، وتتمثل أبرز الأهداف في التحسين المستمر للعمليات عبر المراجعة الدورية والتدريب، وضمان خدمات عالية الجودة وفق معايير عالمية مثل ISO 9001 لتعزيز ثقة المرضى وسمعة المؤسسة، إضافة إلى خفض تكاليف التشغيل عبر تقليص الهدر دون الإخلال بالجودة، وزيادة الإنتاجية من خلال معايير أداء واضحة وتحسين زمن الاستجابة بما يرفع من رضا المرضى ويضمن الاستخدام الأمثل للموارد. أما على صعيد المعايير، فقد وضعت المنظمة الدولية للمعايير أكثر من 1200 معيارا متخصصا في المجال الصحي، وبذلك يعد تطبيق هذه الأهداف والمعايير أساسا لتحقيق التميز التنظيمي وضمان خدمات صحية آمنة وموثوقة تلبي توقعات المجتمع المتزايدة.

II-5-6. المطلب الخامس: نظام الجودة الشاملة في المنظومة الصحية

في ظل التطور المستمر لقطاع الرعاية الصحية وازدياد توقعات المرضى، أصبح تطبيق نظام الجودة الشاملة أمرا ضروريا لضمان تقديم خدمات صحية متميزة. فهو نظام يقوم على فلسفة شاملة تهدف إلى التحسين المستمر في كل جانب من جوانب العمل الصحي، ويعمل نظام الجودة الشاملة على جعل المريض محور الاهتمام الأساسي كما سبق الذكر، حيث يسعى إلى فهم توقعاته وتلبية احتياجاته بأعلى مستوى من الكفاءة، كما يشمل تطوير بيئة العمل للعاملين في المجال الصحي، وتوفير المعدات والتقنيات الحديثة، وتبسيط الإجراءات لتقليل وقت الانتظار وتحسين تجربة المريض بشكل عام، ويسعى إلى تحقيق التوازن بين جودة الخدمة المقدمة والتكلفة المعقولة، حيث من خلال الالتزام بمعايير الجودة الشاملة، يمكن للمستشفيات والمراكز الصحية أن تضمن تقديم رعاية آمنة وفعالة تلبي متطلبات المرضى وتواكب التطورات العالمية في مجال الصحة.

II-5-6-1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة

تعتبر إدارة الجودة الشاملة فلسفة إدارية شاملة انتقلت بالمنظمات من النظرة الضيقة للجودة بوصفها مرتبطة بالمنتج النهائي فقط، إلى نظرة أوسع تشمل جودة جميع الأنشطة والوظائف والمهام داخل المؤسسة، وتعرف بأنها تفاعل مدخلات الأفراد والأساليب والسياسات والأجهزة لتحقيق جودة عالية للمخرجات، مما يعني إشراك جميع العاملين بشكل فعال في العمليات الإنتاجية مع التركيز على التحسين المستمر لتحقيق رضا المستهلكين، كما عرفت أيضا بأنها خلق ثقافة متميزة في الأداء تتعاون فيها جهود المديرين والموظفين لتحقيق توقعات العملاء بأقل تكلفة وأقصر وقت، عموما هي الوسيلة التي تدار بها المنظمة لتطوير فاعليتها ومرونتها وقدرتها التنافسية بشكل عام.

II-5-6-2. التطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة

مرت بأربع مراحل رئيسية قسمت إلى مدخلين تقليدي وحديث، حيث شمل المدخل التقليدي ثلاث مراحل، مرحلة الفحص والتفتيش (1920-1930) ركزت على اكتشاف العيوب في المنتج النهائي، مما كان مكلفا، مرحلة مراقبة الجودة (1931-1970) التي أدخلت الأساليب الإحصائية للرقابة على الجودة أثناء العمليات، مرحلة تأكيد الجودة

(1970-1986) توسعت لتشمل التخطيط للجودة ودراسة تكاليفها، وأصبحت مسؤولية المنظمة ككل، أما المدخل الحديث، الذي قادته الشركات اليابانية بشكل أساسي، فشمل، مرحلة الجودة الاستراتيجية (1970-1980) التي جعلت الجودة جزءا من الاستراتيجية التنافسية، تلاها مرحلة الاهتمام بإدارة الجودة الشاملة (1980-2000) حيث أصبحت فلسفة إدارية شاملة تركز على العمل الجماعي ومشاركة العاملين، ومرحلة القرن الحادي والعشرين التي أصبح التركيز فيها على تلبية حاجات الزبون بشكل فائق وسريع.

II-5-6-3. أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة

تتمثل أهمية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق منافع جوهرية، فأهميتها تنبع من قدرتها على تخفيض التكاليف وزيادة الإنتاجية، وتحقيق رضا المستهلك مما يمنح للمنظومة ميزة تنافسية، وتعزيز عمل الفريق، وتحسين سمعة المنظمة، وتوفير منهج شامل للتغيير يضمن التقييم المستمر للأداء، وتنقسم أهدافها إلى خارجية وداخلية، حيث الأهداف الخارجية تتمثل في إرضاء الزبون من خلال تلبية حاجاته الحالية والمستقبلية، وتحقيق القدرة على المنافسة في السوق العالمي، بينما تشمل الأهداف الداخلية تحسين الأرباح عبر رفع الجودة وتخفيض التكاليف، وزيادة الفعالية التنظيمية من خلال تعزيز العمل الجماعي والاتصالات، والسعي للحصول على شهادات الجودة العالمية كشهادة الأيزو كدليل على التميز.

II-5-6-4. القيم والمبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة

تقوم إدارة الجودة الشاملة على مجموعة من القيم والمبادئ الأساسية التي تضمن نجاح تطبيقها وتتمثل في التزام الإدارة العليا الذي يعد أمرا أساسيا لتوفير الدعم وخلق ثقافة التغيير، التركيز على المستهلك كمنطلق لجميع العمليات، إتباع المنهج العلمي في اتخاذ القرارات بالاعتماد على البيانات والحقائق، مشاركة الموردين كشركاء في بناء الجودة، منع الأخطاء قبل حدوثها بدلا من معالجتها لاحقا، مبدأ أن الجودة مسؤولية الجميع وليست حكرا على قسم معين، النظرة التكاملية لأنشطة الشركة لتحقيق الهدف المشترك، تدعيم تدريب العاملين المستمر لرفع كفاءتهم وتحفيزهم، نظام معلومات التغذية العكسية الفعال الذي يوفر البيانات اللازمة للتحسين المستمر، وبهذا تمثل إدارة الجودة الشاملة إطار عمل متكاملا يجمع هذه المبادئ المتفق عليها لدفع المنظمة نحو التميز والتقدم. (البركنو و بوكميش، 2018، الصفحات 740-756)

II-5-6-5. مجالات تطبيق إدارة الجودة في المنظمات الصحية

تشمل إدارة الجودة الشاملة كل ما له علاقة مباشرة أو غير مباشرة بتقديم الرعاية الصحية، وقد حققت العديد من المنظمات الصحية فوائد ومكاسب مهمة كتحسين الجودة والكفاءة ورضاء العملاء وتحسين بيئة العمل نتيجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وذلك راجع لتبسيط إجراءاتها والقضاء على الهدر والتكرار وعلى اختلاف الطريقة التي تؤدى بها النشاطات وتقديم الخدمات، ويمكن الإشارة إلى الإجراءات التالية:

❖ **تبسيط العمليات وتحسينها:** يساعد تطبيق نموذج الجودة الشاملة على تحديد سبل تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها.

❖ **كفاءة التشغيل:** تخفيض الهدر من استهلاك للموارد

❖ **القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية:** من أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما لذلك من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة، ويساهم تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية.

❖ **الحد من تكرار العمليات:** يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء.

إن تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية يتوقف على تبني وتشبع والتزام الموظفين بفلسفة الجودة، لأن التغيير الثقافي وخلق مناخ تنظيمي جديد يتطلب وقت معين، لذلك لابد من وجود التزام من قبل الموظفين بتطبيق برامج الجودة، وكما هو معروف فإن إدارة الجودة تعمل على تعزيز أسلوب أداء العمل الصحيح من المرة الأولى خاصة إذا تعلق الأمر بالخدمات الصحية. (حاروش، 2012، الصفحات 180-184)

مما سبق يتبين أن تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي يهدف إلى التحسين المستمر والارتقاء بمستوى الخدمات الصحية بما يتماشى مع تطور التوقعات واحتياجات المرضى. وقد مر نموذج إدارة الجودة الشاملة بمراحل تطور تاريخي انتقل فيها من التركيز على فحص المنتج النهائي إلى مرحلة الجودة الشاملة كعنصر استراتيجي ضمن تنافسية

المؤسسات، وصولا إلى جعلها ثقافة تنظيمية متجذرة في القرن الحادي والعشرين، وتبرز أهمية هذا النظام في قدرته على خفض التكاليف وزيادة الإنتاجية وتحقيق رضا المرضى، مع أهداف داخلية مثل رفع كفاءة الأداء والحصول على شهادات الجودة، وخارجية مثل تحسين السمعة وتعزيز القدرة التنافسية، أما في الاستخدامات العملية بالقطاع الصحي فيتجلى دوره في تبسيط العمليات الإدارية والإكلينيكية وتوحيد الممارسات الطبية وفق الأدلة العلمية وتقليص التباينات بين الممارسين وتقليل التكرار والهدر بما يرفع كفاءة التشغيل ويضمن سلامة المرضى، ويرتبط نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالدرجة الأولى بمدى التزام العاملين وتبنيهم لثقافة الجودة، إذ يشكل التغيير الثقافي والتنظيمي شرطا أساسيا لترسيخ مبادئ العمل الصحيح داخل المؤسسات الصحية.

II-5-7. خاتمة المبحث الرابع

تناول المبحث الرابع جودة الخدمات الصحية حيث يمثل مفهوم الجودة بشكل عام في الفكر الإداري المعاصر أكثر من مجرد الالتزام بالمواصفات الفنية، إذ أصبح فلسفة شاملة ترتكز على التحسين المستمر والكفاءة والفعالية، وتعددت أبعاده لتشمل الجوانب التقنية والإدارية والاقتصادية والاجتماعية، وفي هذا السياق يختلف منظور الجودة بين المستفيدين الذين يركزون على الأداء والموثوقية، والمنتجين الذين يولون اهتماما بالكفاءة والالتزام بالمعايير، أما بخصوص القطاع الصحي فقد شهد مفهوم جودة الخدمات الصحية تحولا نوعيا فأصبحت نموذج شامل متعدد الأبعاد يضع المريض في قلب العملية الخدماتية، ويوازن بين الفوائد والتكاليف بما يضمن تحقيق رعاية آمنة وفعالة، ويعد تقييم وقياس جودة الخدمات الصحية أداة أساسية لتشخيص مستوى الأداء وتحديد نقاط القوة والضعف، وذلك من خلال مؤشرات مثل الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، الملموسية والتعاطف، وهو ما يساهم في التحسين المستمر للخدمات، كما أن تبني مبادئ الجودة داخل المنظومة الصحية يساهم في رفع كفاءة الموارد البشرية، ترشيد النفقات، وضمان خدمات عالية الجودة وفق معايير عالمية على غرار ISO 9001، بما يعزز ثقة المرضى ويدعم سمعة المؤسسات الصحية، ويأتي نظام إدارة الجودة الشاملة ليجعل الجودة ثقافة تنظيمية مترسخة تهدف إلى خفض التكاليف وزيادة الإنتاجية وتوحيد الممارسات الطبية وفق أسس علمية، غير أن نجاحه

يظل رهينا بمدى التزام العاملين واستيعابهم لمبادئ الجودة، بما يجعلها ركيزة أساسية لتحقيق التميز التنظيمي وضمان خدمات صحية آمنة وموثوقة، والشكل (29) يلخص أهم أفكار المبحث الرابع.

الشكل رقم:29 مخطط توضيحي للمفاهيم الأساسية لجودة الخدمات الصحية

مفاهيم حول الجودة

- **الجودة** :تلبية توقعات المستفيدين وفق معايير محددة.
- **الأبعاد** :إدارية، فنية، اجتماعية، واقتصادية.
- **السياسات** :اتساق وشفافية مع مرونة ورقابة فعالة.
- **الأهداف** :رضا العملاء، علاقات أفضل، تحفيز العاملين، خفض التكاليف.

أساسيات حول إدارة جودة الخدمات الصحية

- تطور مفهوم جودة الخدمات الصحية من نموذج تقليدي إلى نموذج شامل متعدد الأبعاد.
- يتمحور حول المريض باعتباره مركز العملية العلاجية.
- يحقق مكاسب استراتيجية مثل رفع الكفاءة التشغيلية وتقليل الهدر والأخطاء.
- يسهم في ضمان رعاية آمنة وفعالة ومستدامة تعزز ثقة المرضى.
- يمثل إطارا استراتيجيا يدعم تنافسية وتطور المؤسسات الصحية في بيئة متغيرة.

جودة الخدمات الصحية

أساليب تقييم جودة الخدمات الصحية وقياسها

- تقييم وقياس جودة الخدمات الصحية أداة أساسية لتحديد مستوى الأداء ومطابقة الخدمات للمعايير الموضوعة.
- يوفر التقييم بيانات دقيقة عن نقاط القوة والضعف، ويسهم في التحسين المستمر عبر قياس رضا المرضى والجودة الفنية.
- يعتمد القياس على معايير رئيسية مثل :**الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، الملموسية، والتعاطف**، ويتم على عدة مستويات من المريض إلى النتائج النهائية.

نظام الجودة الشاملة في المنظومة الصحية

- نظام إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي يهدف إلى التحسين المستمر للخدمات وتلبية توقعات المرضى، بعد أن تطور عبر مراحل تاريخية إلى أن أصبح ثقافة تنظيمية متجذرة.
- تكمن أهمية هذا النظام في قدرته على خفض التكاليف وزيادة الإنتاجية وتحقيق رضا المرضى، مع أهداف داخلية كرفع الكفاءة والحصول على شهادات الجودة، وخارجية مثل تحسين السمعة وتعزيز التنافسية.
- في التطبيق العملي، يركز على تبسيط العمليات الإدارية والإكلينيكية، توحيد الممارسات الطبية، وتقليل الهدر، ويظل نجاحه رهينا بمدى التزام العاملين وتبنيهم لثقافة الجودة.

أهداف تطبيق معايير الجودة ومبادئها داخل المنظومة الصحية

- مبادئ الجودة في القطاع الصحي تسعى لتحسين الأداء عبر تطوير البنية التحتية، رفع كفاءة الموارد البشرية، وتعزيز أنظمة الإدارة مع ترشيد الموارد.
- تهدف الجودة إلى التحسين المستمر للعمليات، تقديم خدمات وفق معايير عالمية مثل **ISO 9001**، خفض التكاليف، رفع الإنتاجية، وتقليص وقت الاستجابة بما يعزز رضا المرضى.
- وضعت المنظمة الدولية للمعايير أكثر من **1200معيار صحي**، ما يجعل تطبيق هذه الأهداف والمعايير أساسا لتحقيق التميز التنظيمي.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على العناصر المكونة لموضوع جودة الخدمات الصحية

II-6. المبحث الخامس الدراسات السابقة

II-6-1. مقدمة المبحث الخامس

تعتبر منهجية البحث العلمي من الركائز الأساسية التي يقوم عليها أي بحث أكاديمي أو علمي حيث تحدد المسار المنهجي الذي يسلكه الباحث للوصول إلى نتائج دقيقة وموثوقة، وتستند هذه المنهجية إلى مجموعة من الأسس والقواعد التي تضمن سلامة البحث وقوته، ومن بين هذه الأسس تأتي الدراسات السابقة كعنصر أساسي لا غنى عنه في أي بحث علمي، فالدراسات السابقة ليست مجرد مراجع يستشهد بها، بل هي عملية معرفية تراكمية تعكس جهود الباحثين السابقين الذين تناولوا موضوع الدراسة وتشكل نقطة انطلاق للباحث الحالي ليكمل المسيرة العلمية ويضيف إليها ثم تصبح بدورها مرجعا لباحثين آخرين في المستقبل، وتكمن أهمية الدراسات السابقة في كونها تمثل الإطار المرجعي الذي يبنى عليه البحث فهي تقدم للباحث رؤية شاملة عن الموضوع الذي يدرسه وتساعده على فهم الجوانب المختلفة المتعلقة ببحثه، كما تعتبر هذه الدراسات جزءا أساسيا من الأدبيات النظرية للبحث حيث تعرف الباحث بالجهود السابقة التي بذلت في نفس المجال مما يتيح له تحديد أوجه التشابه والاختلاف بين بحثه والأبحاث الأخرى وهذا بدوره يساعد الباحث على تحديد الفجوات البحثية التي لم يتم تغطيتها بشكل كاف في الدراسات السابقة، وبالتالي إبراز المشكلة التي يسعى إلى معالجتها في بحثه. ولكي تكون الدراسات السابقة ذات فائدة حقيقية يجب على الباحث أن يعتمد على المصادر الأولية والموثوقة مع التأكد من دقة المعلومات الواردة فيها، فالمصادر الأولية تعتبر أكثر مصداقية لأنها لم تتعرض للتغيير أو التعديل أثناء عملية النقل أو الاستشهاد، وفي المقابل ينصح بتجنب المصادر الثانوية التي قد تكون خضعت لتعديلات أو تحريفات، مما يؤثر على مصداقيتها، بالإضافة إلى ذلك يجب على الباحث أن يركز على الدراسات التجريبية الحديثة، خاصة في المجالات التطبيقية حيث تقدم هذه الدراسات رؤى جديدة وتوجهات معاصرة يمكن أن تثري البحث الحالي ومن المهم أيضا أن يعتمد الباحث على المجلات العلمية المحكمة، والتي تحتوي على أبحاث أصيلة وموثوقة تم تقييمها من قبل خبراء في المجال، هذه المجلات تعتبر مصدرا غنيا للمعلومات الدقيقة والحديثة التي يمكن للباحث الاستفادة منها، وعند اختيار الدراسات السابقة يجب على الباحث أن يحرص على انتقاء تلك التي تتناسب مع موضوع بحثه، وأن يعرضها بشكل موضوعي ومنظم مع تجنب

العرض العشوائي الذي قد يضعف من ترابط الأفكار ويشتت القارئ، ويعتبر تلخيص الدراسات السابقة أمرا ضروريا، حيث يلعب دورا محوريا في عملية البحث فيتيح للباحث الوقوف على التفاصيل الدقيقة المتعلقة بفرضية البحث من خلال جمع المعلومات من مصادر متعددة يستطيع الباحث من خلالها تكوين صورة شاملة عن الموضوع الذي يدرسه، مما يساعده على تحديد الجوانب التي تحتاج إلى المزيد من الدراسة والتحليل، كما أن تلخيص الدراسات السابقة يسهم في الكشف عن النقائص والثغرات في الأبحاث السابقة، مما يتيح للباحث التعمق في الموضوع من زوايا مختلفة، وتظهر أهمية الدراسات السابقة في مرحلة التحليل والتفسير، حيث تساعد الباحث على الكشف عن الجوانب التي لم يتم تغطيتها بشكل كاف في الأبحاث السابقة وهذا يتيح للباحث الفرصة لإضافة قيمة جديدة إلى مجال الدراسة، سواء من خلال تقديم تفسيرات جديدة أو اقتراح حلول مبتكرة للمشكلات التي لم يتم معالجتها بشكل كامل وبالتالي تعتبر الدراسات السابقة أداة قوية تمكن الباحث من بناء بحث علمي رصين ومتكامل يتوفر على كافة الشروط العلمية المطلوبة.

II-6-2. المطلب الأول: المفاهيم الأساسية للدراسات السابقة

تمت الإشارة إلى تعريف الدراسات السابقة في البحث العلمي بالعديد من الأوراق والأبحاث العلمية نذكر منها:

يمكن وصف مراجعة الدراسات السابقة بشكل عام على أنها طريقة جمع وتحليل البحوث السابقة، وتخلق المراجعة الفعالة لها أسلوب بحثي يسهل تطوير النظريات الأدبية من خلال دمج النتائج ووجهات النظر بالعديد من النتائج التجريبية، ويمكن لمراجعة الأدبيات السابقة معالجة أسئلة البحث بدقة، كما يمكن أن تساعد أيضا في تقديم نظرة عامة على المجالات التي تكون فيها البحوث متباينة ومتعددة التخصصات بالإضافة إلى ذلك، فإن مراجعة الأدبيات السابقة هي طريقة ممتازة لتجميع نتائج البحوث والكشف عن المجالات التي تحتاج إلى مزيد من البحث، وهو عنصر حاسم في إنشاء الأطر النظرية وبناء النماذج المفاهيمية لموضوع الدراسة. (Hannah, 2019, pp. 333-334)

مراجعة الدراسات السابقة هي فحص شامل للمقالات العلمية والكتب وغيرها من المصادر ذات الصلة بموضوع أو قضية أو نظرية معينة، وتتمثل وظيفتها الأساسية في تقديم وصف وملخص وتقييم نقدي للأدبيات الموجودة حول موضوع الدراسة وتهدف مراجعة الأدبيات إلى تقديم ملخص موجز من الأبحاث المتاحة، وتسليط الضوء على المساهمين الرئيسيين

والنظريات السائدة والمناقشات الجارية والمنهجيات التحليلية المناسبة، وتخدم مراجعة الأدبيات أغراضا متعددة في البحث فهي تصف الدراسات السابقة وتلخصها وتقيمها نقديا لإعلام القارئ بحالة المعرفة حول الموضوع المتناول، كما أنها تساعد في تحديد الفجوات أو التناقضات أو المجالات غير المستكشفة في مجال الدراسة مما يمهد الطريق لتحقيقات مستقبلية، و تختلف مراجعة الأدبيات عن البحث الأساسي في أنها تقدم تقريرا عن عمل الآخرين بدلا من تقديم النتائج الأصلية وعادة ما تستند إلى مجموعة من المصادر التجريبية والنظرية والنقدية والتحليلية والمنهجية، وأيضا تلخص وتحلل نتائج هذه الدراسات وغيرها من الأدبيات غير البحثية ويمكن أن تتخذ مراجعات الأدبيات أشكالا مختلفة اعتمادا على غرضها، فقد تعمل كقطع مستقلة توفر توليفة شاملة لمجموعة من الأدبيات أو كجزء من ورقة بحثية أكبر، حيث توفر الأساس النظري للدراسة، وتساعد مراجعات الأدبيات في دعم الأفكار والحجج الجديدة، فمراجعة الأدبيات الجيدة تكون شاملة وموضوعية ومنظمة بشكل جيد كما أنها توضح استراتيجية واضحة للبحث والاختيار، مما يساعد القراء على فهم معايير إختيار دراسات محددة، وعلاوة على ذلك فإن المراجعة المصممة جيدا تتجنب التحيز الشخصي وتعزز قابلية القراءة مما يجعلها موردا قيما للعلماء والباحثين وفي نهاية المطاف، تعد مراجعات الأدبيات أدوات أكاديمية أساسية للبحث عن المعرفة وترسيخ البحوث المستقبلية، فهي لا تصف فقط المشهد الحالي لموضوع الدراسة، بل تنتقده أيضا من وجهة الباحثين السابقين مما يوفر سياقا قيما للدراسات المستقبلية. (Indunil, et al., 2024, p. 02)

تعتبر الأبحاث والدراسات السابقة مصدر إلهام للباحث، حيث تسمح له بتحديد اشكالية البحث من خلال دراسة الأبحاث السابقة التي تناولت موضوع البحث، ومن المهم أيضا متابعة مراجعة للأدبيات النظرية السابقة، وذلك من خلال التعرف على الأعمال التي تم بالفعل تحقيقيها حول الموضوع الذي يشغل الباحث، إن الأدبيات السابقة حول موضوع ما هو بمثابة رحلة للباحثين التي تتيح لهم إنتاج بحوثا أفضل ودقيقة عن موضوع البحث الخاص بهم، وإجراء مراجعة للأدبيات السابقة تستوجب دراسة معمقة في البحث. (ANGERS, 1996, p. 80)

تعد مراجعة الدراسات السابقة فحص ونظرة شاملة على الأبحاث السابقة بشأن موضوع معين، وتظهر النظرة العامة

للقارئ عما هو معروف للموضوع ما وما هو غير معروف، وبالتالي تؤسس إلى تحقيق ودراسة جديدة، وهو ما تسعى إليه الدراسة الفعلية التي ترتبط بها مراجعة الأدبيات السابقة، إن الأدبيات السابقة في دراسة بحثية تحقق عدة أغراض منها:

- ❖ مشاركة الباحثين نتائج الدراسات الأخرى التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالدراسة التي يتم الإبلاغ عنها.
- ❖ تستمد الدراسات الحديثة فرص البحث وإثراء موضوع الدراسة من خلال معاينة الدراسات السابقة ومحاولة معالجة الفجوات، وتوفر إطارا منهجيا لتحديد أهمية الدراسة، وتتضمن مراجعة الأدبيات السابقة المنجزة جيدا جميع الموضوعات الرئيسية والفرعية الموجودة ضمن الموضوع العام المختار للدراسة، كما أن مراجعة الأدبيات السابقة تمهد الطريق وتقدم للقراء مبررات اختيار موضوع البحث وطرق معالجته، ومراجعة الأدبيات السابقة هي المكان الذي تحدد فيه النظريات والأبحاث السابقة التي أثرت على اختيارك لموضوع البحث والمنهجية التي تختار تبنيها، وتحديد المصادر الأكثر شيوعا والأكثر ملاءمة للاستعانة بها واستخدامها كدليل في مراجعة موضوع ما، هي المقالات الموجودة في المجلات الأكاديمية والكتب ومع ذلك، قد يختلف توفر المقالات في المجلات الأكاديمية بشكل كبير اعتمادا على موضوع البحث المختار، ومن الموارد الأخرى المقبولة عموما المنشورات الحكومية والمقالات المحكمة، وتحتاج مراجعة الأدبيات إلى مناقشة جميع النقاط أو النتائج الرئيسية لموضوع معين أيضا، يجب تضمين كل من الدراسات الكلاسيكية (إذا كانت متوفرة) والدراسات الحديثة لإظهار فهم متعمق للموضوع المطروح. (Andrew S & Richard , 2014, pp. 218-219)

تعمل مراجعة الأدبيات السابقة لموضوع الدراسة على استخلاص نتائج الأبحاث المتوصل إليها في موضوع الدراسة، ويتمثل هدف مراجعة الأدبيات السابقة في تلخيص أحدث ما توصلت إليه الأوراق العلمية في المجال المدروس، ومن خلال هذه المراجعة للأعمال السابقة والحالية، يصبح من الممكن تحديد المجالات التي قد يكون من المفيد إجراء المزيد من البحوث فيها والواقع أن الفقرات الختامية لمراجعة الأدبيات يجب أن تؤدي بسلاسة إلى مقترحات البحث والمنهجيات المتبعة لذلك من المهم أن تعتمد مراجعة الأدبيات على التخصيص وتتجنب النهج الأكثر شمولا، وتتمثل أهمية مراجعة الأدبيات في:

- ❖ دعم تحديد موضوع البحث أو إشكالية الدراسة أو الفرضيات المقترحة.
- ❖ تحديد الأدبيات السابقة التي سيساهم البحث في تطويرها، ووضع البحث في سياق ضمن تلك الأدبيات.

- ❖ بناء إطار مفاهيمي لنظريات ومصطلحات الموضوع المدروس.
- ❖ تسهيل بناء قائمة ببليوغرافية أو قائمة بالمصادر التي تم الرجوع إليها.
- ❖ اقتراح أساليب البحث التي قد تكون مفيدة في تحليل النتائج. (Jennifer & Frances, 2015, p. 32)

مراجعة الأدبيات السابقة ذات أهمية كبيرة للباحثين حيث يحصل القارئ على نظرة عامة ومحدثة ومنظمة جيدا للأدبيات السابقة في مجال معين، وتضيف هذه المراجعة قيمة مضافة للدراسة فهي توضح فجوات البحث التي لم يشار اليها، وقد يكون هذا مفيدا جدا للقراء الذين يخططون لإجراء بحث في نفس المجال لأول مرة، ويمكن للمراجعة أن تحدد مزايا وعيوب الأساليب المستخدمة وتناقش النتائج المتوصل إليها، ويمكن أن تساعد المراجعة أيضا في تحديث قاعدة المعلومات للباحث الذي يعود إلى مجال موضوع بعد فترة، لذلك فإن التوجيهات المفاهيمية والمنهجية للباحثين الذين يخططون لكتابة بحوث وأوراق علمية تكتسب اهمية كبيرة للإلمام بموضوع الدراسة. (Bert van & David, 2015, pp. 01-02)

يشار إلى مفهوم الدراسات السابقة بأنها مجموعة الأبحاث والدراسات التي يرجع إليها الباحث من أجل إثراء الموضوع المدروس، ومن خلالها يتكون لدى الباحث فكرة عن موضوع البحث الذي يقوم به وبالتالي يتعرف عليه بشكل أكبر، وتلعب الدراسات السابقة دورا مهما في إغناء البحث العلمي فمن خلالها يتم ضخ العديد من المعلومات المتعلقة والمرتبطة بالبحث العلمي، ويجب أن يحرص الباحث على أن يختار الدراسات السابقة التي ترتبط بالموضوع بشكل مباشر، كما يجب أن تكون هذه الدراسات مناسبة للبحث العلمي ومن مصادر موثوقة، وتعد المجلات العلمية والرسائل الأكاديمية من المصادر العلمية الموثوقة والتي يمكن للباحث أن يعود إليها واعتمادها كمصادر موثوقة لموضوع البحث، ويجب أن يمتلك الباحث مهارة كبيرة في اختيار الدراسات السابقة حيث يجب أن يقوم بالاطلاع على الدراسات السابقة بالشكل الكامل، ومن ثم يجب عليه أن يقوم بعرضها وتحليلها بالشكل الذي يتناسب مع بحثه العلمي، ومن خلال الدراسات السابقة يستطيع الباحث التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بين بحثه العلمي والأبحاث الأخرى، كما يقصد بالدراسات السابقة المجموعة البحثية السابقة التي من شأنها أن تحتوي على موضوع الباحث الذي يتناوله في دراسته، فتقوم الدراسات السابقة بدراسة

الموضوع الذي يتناوله الباحث العلمي في بحثه ومناقشتها، إذ يعتمد الباحث العلمي على هذه الدراسات وذلك من أجل تحليل محتواها ودراستها على نحو مطلوب وبالتالي تحديد أوجه المقارنة بين الدراسات السابقة والبحث العلمي الذي يتناوله الباحث، إذ يعتبر جزء الدراسات السابقة جزءا مستقلا بذاته من أجزاء البحث العلمي و تشكل الدراسات السابقة القسم الثاني من الإطار النظري الخاص بالبحث العلمي، ولا شك أن الدراسات السابقة هي جزء مرتبط بالأدبيات النظرية. (ماقري، 2022، الصفحات 07-08)

الدراسات السابقة لموضوع البحث هي البحوث السابقة ذات القيمة العلمية التي تناولت الموضوع الذي يدرسه الباحث أو موضوعا مشابها له مما قد تم نشره ونجد منها:

- ❖ الدراسة التي تناولت الموضوع من جانب أخر أو بمنهج أخر أو بإطار زمني أو مكاني مختلف سواء كانت الدراسة في التخصص الإطار النظري العام أو في التخصصات الأخرى.
- ❖ الدراسات التي تضمنت الموضوع ذاته ضمنيا حيث خصصت للموضوع فصلا مستقلا أو أكثر.

تساعد نتائج البحوث السابقة الباحث على الفهم الجيد لموضوع الدراسة والكشف عن المتناقضات فيما بينها، وقد ترجع هذه التناقضات إلى اختلاف أسلوب الباحثين في معالجة مشكلاتهم، أو إلى اختلاف الأدوات التي استخدموها، أو مناهج البحث المتبعة، أو أساليب البحث التي عالجوا بها بياناتهم مما قد يزود الباحث بفهم عميق لما يدور في مجال تخصصه وإدراك الفجوات البحثية الواجب الوقوف عليها. (زروالي ، 2021، الصفحات 58-59)

يشكل موضوع الدراسات السابقة أهمية بالغة بالنسبة للباحث، وتأتي هذه الضرورة من المسلمة المركزية في البحوث الاجتماعية تلك التي تقول إن التغير في الظاهرة الاجتماعية يمثل صفة أساسية، ومن ثم فإن عملية إخضاع الظاهرة التي سبق أن تمت دراستها إلى التجربة والقياس الدقيق والخروج بالنتائج وهي عملية منظمة لتصنيف المعلومات وتحليلها على أن تكون هذه الأخيرة متعلقة بمشكلة البحث وتشمل بحوث ووثائق ومجلات وكتب ومصادر ومراجع التي يتعين على الباحث دراستها بهدف إعطاءه خط سير في دراسته الحالية، ويمكن القول أن الدراسات السابقة هي كل دراسة سبقت الدراسة الحالية، وفيها يعرض الباحث لكل ما كتب في مجال الموضوع المزمع بحثه ومن ثم يمكن القول أن هذه الخطوة تستهدف

تلخيص نتائج البحوث السابقة والتعرف على منهجيتها، والأدوات التي استخدمت فيها، واستكشاف الصعوبات التي صادفت الباحثين السابقين وكيفية تغلبهم على تلك الصعوبات، وحينئذ يقوم الباحثين بحصر المعلومات التي حصلوا عليها من مراجعة البحوث السابقة في ضوء اهتماماتهم وموقفهم الحالي، من خلال علاقتها بالسؤال البحثي موضع الدراسة و الغرض الأساسي من تناول الدراسات السابقة يمكن تلخيصه في النقاط التالية:

- ❖ تقدم الدراسات السابقة أفكارا حول المتغيرات المراد دراستها.
- ❖ توضح العلاقة بين المتغيرات التي تمت دراستها.
- ❖ تبين الأساس الذي تؤسس عليه المشكلة وأهميتها.
- ❖ إثراء مشكلة البحث التي اختارها الباحث، حيث يوفر الاطلاع على الدراسات السابقة فرصة واسعة أمام الباحث بالرجوع إلى الأطر النظرية والفروض والمسلمات والأدوات التي اعتمدتها هذه الدراسات السابقة.
- ❖ تزويد الباحث بالكثير من الأفكار والأدوات والإجراءات والاختبارات التي يمكن أن يستفيد منها في إجراءاته لحل المشكلة.
- ❖ تزويد الباحث بالكثير من المصادر والمراجع الهامة.
- ❖ بناء مسلمات البحث اعتمادا على النتائج التي توصل إليها الباحثون السابقون.
- ❖ استكمال الجوانب التي وقفت عندها الدراسات السابقة. (رماضنية و صخري، 2024، الصفحات 453-454)

يقصد بالدراسات السابقة الابحاث العلمية التي سبقت وأن تناولت موضوع الدراسة والتي على الباحث أن يطلع عليها من خلال متابعة كل ما يتعلق بموضوع بحثه، لمعرفة إن كان البحث قد سبق دراسته من باحثين آخرين أم لا، لذلك ينبغي على الباحث الاطلاع المتواصل على مستخلصات الأبحاث العلمية السابقة، كما يقصد بالدراسات السابقة بالمجموعة البحثية السابقة التي من شأنها أن تحتوي على موضوع الباحث الذي يتناوله في البحث العلمي فتقوم الدراسات السابقة بدراسة الموضوع الذي يتناوله الباحث في دراسته ومناقشتها، إذ يعتمد الباحث على هذه الدراسات وذلك من أجل تحليل محتواها ودراستها على نحو مطلوب وبالتالي تحديد أوجه المقارنة بين الدراسات السابقة والبحث العلمي الذي يتناوله

الباحث، كما تتمثل الدراسات السابقة في جميع الرسائل العلمية التي كانت قد نشرت من قبل حول موضوع البحث العلمي وإن كان موضوع مشابه لموضوع البحث العلمي المتناول، وتتمثل الدراسات السابقة بالأبحاث العلمية المكتوبة في السابق حول أحد متغيرات عنوان البحث العلمي بحيث يستفيد منها الباحث في كتابة جزئية ما، حول موضوع البحث العلمي المتناول، ومن هنا يمكن القول بأن الدراسات السابقة تتشكل في الأبحاث والرسائل العلمية التي قام بكتابتها، ويشار إليها أيضا على أنها كل البحوث والدراسات العلمية التي تتشابه مع البحث الراهن أو تقترب في جانب من جوانب البحث التي أجريت من طرف باحثين سابقين، ويطلق عليها في بعض الأحيان بالدراسات المشابهة، والتي يقصد بها بالدراسات التي تطرقت للموضوع من بعيد أو من قريب، تعرف أيضا الدراسات السابقة على أنها العديد من الأبحاث تتعلق بموضوع البحث أو الدراسة الحالية للباحث، حيث يرجع إليها الباحث ليستفيد منها في الدراسة الحالية، حيث يستطيع الباحث من خلال هذه الدراسات أن يعلق على أخطاء الدراسات السابقة ومحاولة تجنبها قدر الامكان والاستفادة من مناهج، البحث المستخدمة وللحصول على الدراسات السابقة وجب الرجوع إلى الكتب التي تعرضت للموضوع من قريب أو من بعيد والأبحاث التي سبق إجراؤها، بالإضافة إلى الكتب والمطبوعات والرسائل العلمية المنشورة وغير المنشورة والنشرات والتقارير الصادرة عن الهيئات والمنظمات الدولية والمحلية والمجلات والدوريات التي تطرقت للبحوث التي سبق اجراؤها أو التي قيد الدراسة، وهذا ما يفيد الباحث بأفكار ذات قيمة علمية بإمكانها أن تفيده في تفسير الموضوع والاستعانة بها في صياغة مشكلته البحثية، كما يعمق فهم الباحث للموضوع الذي يدرسه وتحديد أبعاده المختلفة، ومعرفة الارتباطات القائمة بينه وبين غيره من الموضوعات المدروسة السابقة، وهذا ما يفيده في إثراء الموضوع وإثراء معارف الباحث، ومن المفاهيم التي تناولت تحديد معنى الدراسات السابقة بأنها مجمل الاعمال العلمية التي لها صلة بموضوع البحث المراد دراسته من طرف الباحث، بصفة مباشرة أو غير مباشرة، كأن تكون لها علاقة مباشرة كلية مع الموضوع قيد الدراسة أو لها علاقة مع جزء من أجزاء البحث بما يخدم البحث المراد انجازه، ويحدد نوعين من الدراسات السابقة دراسات حرة تتعلق بالدراسات غير الاكاديمية والمتمثلة في المخطوطات والكتب والمقالات العلمية ودراسات أكاديمية تتعلق بالدراسات الجامعية وهي بذلك تعبر عن مجمل الدراسات التطبيقية أو الميدانية التي تتعلق بمشكلة البحث المدروسة وتساهم في إثراء الموضوع وتفسيره من

جوانب مختلفة، وما يمكن ملاحظته على الباحث البحث في الدراسات الحديثة كون أن القديمة قد تفقد وتستنفذ أهدافها وفي حالة الاعتماد عليها يتطلب تقديم مبررات التي جعلته يختار نفس الموضوع من خلال العنوان والإطار النظري والأهداف والمنهج والاستنتاجات، وعلاقاتها بالموضوع المدروس. (درويش، 2021، الصفحات 332-334)

للدراسات السابقة القدرة على ضبط موضوع البحث بدقة أكثر، حيث أن الاطلاع عليها يسمح بغربلة كل الأفكار التي ليس لها علاقة بالموضوع، وتبيان أهم الأفكار التي يجب التركيز عليها، وبالتالي نلاحظ هنا أن الدراسات السابقة ومحاولة مراجعتها من قبل الباحث توضح ملامح بحثه، والعناصر التي يجب التركيز عليها في البحث وعليه فيمكن تعريف الدراسات السابقة بأنها محاولة الرسم الخطوط الفاصلة بين الغموض والوضوح في موضوع البحث، كما تعرف الدراسات السابقة بأنها الجهود البحثية السابقة التي تناولت الموضوع الذي يدرسه الباحث بعينه، أو موضوعا مقاربا له من زاوية من الزوايا، وفي ظرف من الظروف البيئية المتعددة مما نشر بأي شكل من الأشكال، بشرط أن تكون مساهمة ذات قيمة علمية، وهناك من الباحثين من عرفها على أنها الدراسات والرسائل والأطروحات الجامعية التي تناولت موضوع الدراسة، إلا أن المرجح أن الدراسة بعد مضي وقت معين تكون استنفذت أهدافها ونتائجها، ويمكن للباحث أن يقدم المسوغات التي دفعته لدراسة الموضوع نفسه، ويشار ايضا للدراسات السابقة على أنها تلك الدراسات التي تدخل ضمن الإطار النظري أو أدبيات الموضوع من أوجه كثيرة، والمقصود باستعراض هذه الدراسات في البحث العلمي هو تقديم ملخصات لمناهجها ونتائجها بالتالي لابد على الباحث أن يلم بجميع الدراسات التي تناولت موضوعه، سواء في بيئته أو خارجها حتى يتمكن من أخذ فكرة شاملة عن الموضوع المدروس. (قاسمي، 2020، الصفحات 807-808)

من التعاريف سابقة الذكر للأدبيات السابقة يمكن استخلاص مفهوم شامل للدراسات السابقة على أنها الأبحاث والمراجع العلمية التي تناولت موضوع البحث المراد دراسته أو أحد الجوانب المكونة له، ويعود إليها الباحث لفهم ما تم إنجازه والتوصل إليه مسبقا في مجال دراسته، وتهدف هذه الدراسات إلى تقديم وصف وملخص وتقييم نقدي للأبحاث السابقة، مما يساعد في تحديد الفجوات المعرفية والتناقضات في الأدبيات السابقة، وتوفير إطار نظري وفهم شامل لموضوع البحث، وتتمثل أهمية الدراسات السابقة في إثراء موضوع الدراسة من خلال تزويد الباحث بأفكار وأدوات ومنهجيات سابقة،

وتجنب التكرار عبر فهم ما تم بحثه مسبقا، والكشف عن المجالات التي تحتاج إلى مزيد من البحث كما تساهم الدراسات السابقة في بناء الإطار النظري للدراسة الحالية، وتوجيه البحث من خلال تحديد أهمية الدراسة وأسئلتها، تشمل الدراسات السابقة نوعين رئيسيين :

- **دراسات مباشرة:** تناولت الموضوع نفسه بشكل كلي أو جزئي.
- **دراسات غير مباشرة:** تناولت موضوعات مشابهة أو ذات صلة.

وتعتمد هذه الدراسات على مصادر متنوعة مثل المقالات العلمية المحكمة، والكتب، والأطروحات الجامعية، والمنشورات الحكومية والتقارير الرسمية ولضمان فائدة قصوى يجب أن تكون مراجعة الدراسات السابقة شاملة ومنظمة، وتجنب التحيز في اختيار الدراسات، وتشمل الخطوات التالية، الجمع والبحث عن المصادر ذات الصلة بموضوع الدراسة، التحليل وتلخيص وتقييم النتائج السابقة، والتنظيم عرض الدراسات بشكل منهجي وواضح، تعد الدراسات السابقة أداة أساسية في البحث العلمي حيث توفر للباحث فهما عميقا للموضوع، وتساعده على تجنب التكرار وتحديد الفجوات البحثية وبناء إطار نظري قوي لدراسته.

II-6-2-1. مكانة أوراق البحثية لمراجعة الأدبيات السابقة في البحث العلمي

تلعب مقالات مراجعة الأدبيات السابقة بما في ذلك مراجعات الأدبيات المنظمة والتحليلات الببليومترية[41]، دورا محوريا في تسهيل هذه العملية، في مجال البحث الأكاديمي كانت مراجعات الأدبيات تقليديا مكونا لا يتجزأ، حيث تعمل كأساس لتطوير أفكار ونظريات ومنهجيات جديدة وفي حين اعتبرت مراجعات الأدبيات منذ فترة طويلة جزءا حيويا في البحث العلمي، فقد ظهر اتجاه حديث نسبيا يركز بشكل خاص على مقالات مراجعة الأدبيات المستقلة، هذا المجال المزدهر لمراجعات الأدبيات كدراسات مستقلة لا يؤكد فقط على أهمية مراجعات الأدبيات الشاملة، بل يعكس أيضا التطور الديناميكي للأساليب المطبقة لإجراء مثل هذه المقالات، ومع تطور أدوات البحث ومنهجياته باستمرار، فإن تخصص

[41] **منهج البحث الببليومتري**: يسمح استخدام الطرق الإحصائية والقياسات الكمية في تحليل البيانات المتعلقة بالكتب والدوريات والمقالات والمؤلفين وغيرهم، من أجل التعرف على خصائص الإنتاج الفكري الصادر في مجال معين من مجالات المعرفة. (رقايقية و عيشوش، 2023، صفحة 403)

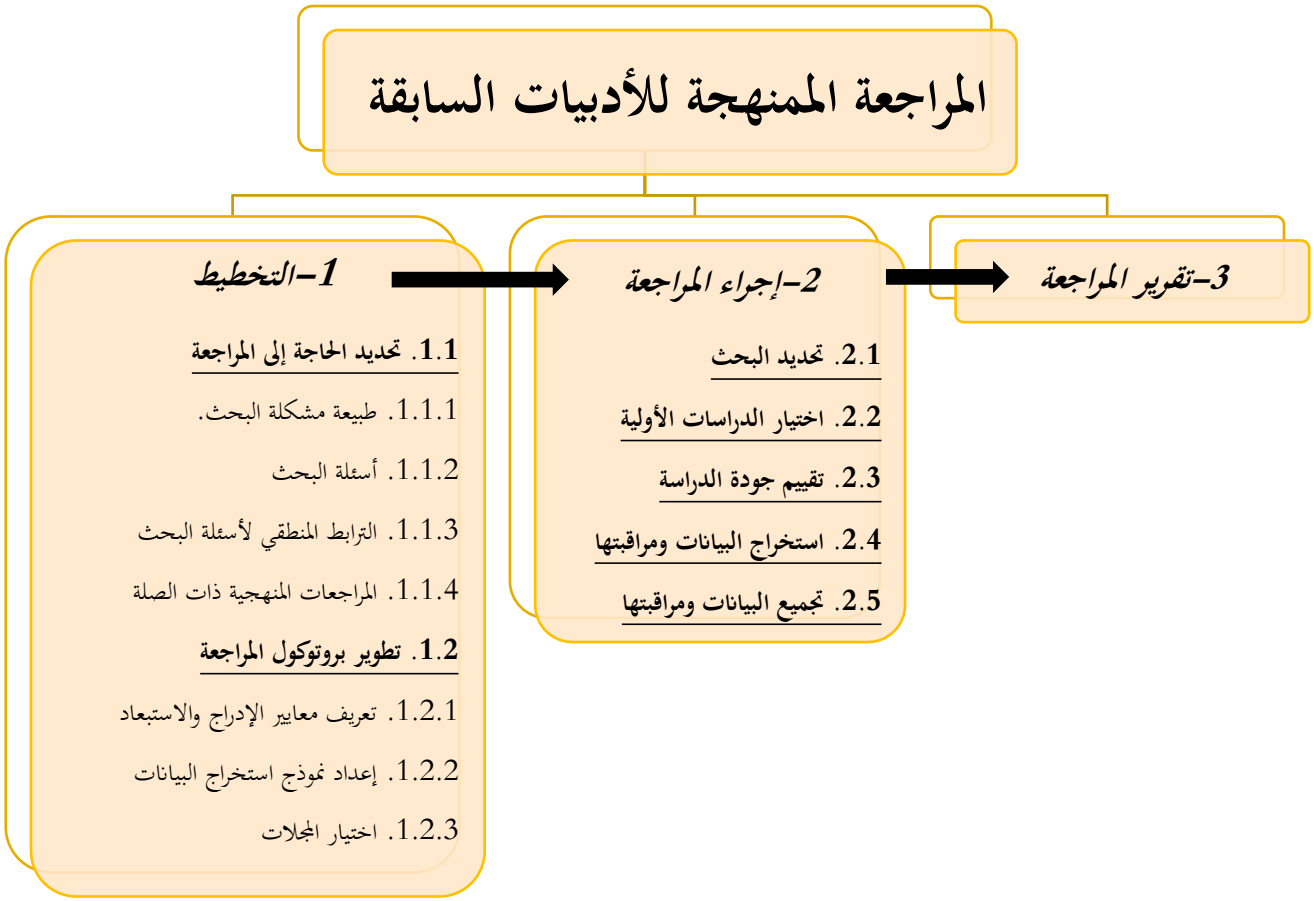
مقالات مراجعة الأدبيات المستقلة يتكيف ويتحسن لتلبية متطلبات أبحاث المعاصرة، وفي العقد الأخير من الزمن، واجهت عملية نشر مقالات مراجعة الأدبيات تحديات كبيرة في تحقيق المستوى المطلوب من الجودة الأكاديمية وتحقيق النشر. ورفضت هيئات تحرير العديد من المجلات صراحةً تقديم مثل هذه المقالات، مستشهدة بمخاوف بشأن الافتقار الملحوظ إلى المساهمة الجوهرية في هذا المجال، وكان ينظر إلى مقالات مراجعة الأدبيات في كثير من الأحيان على أنها غير مؤثرة بما يكفي وغالبا ما كانت تعتبر خارج نطاق ما تسعى المجلات إلى نشره، لأنها لن تولد معرفة جديدة وقيمة مضافة لموضوع البحث، ومع ذلك شهدت الفترة الأخيرة تحولا كبيرا في استقبال وتقدير مقالات مراجعة الأدبيات، ويرجع هذا التحول إلى اعتماد منهجيات أكثر قوة، والتي لم تعمل على تحسين الجودة الأكاديمية لهذه المقالات فحسب، بل عملت أيضا على تضخيم تأثيرها ومعدلات الاستشهاد بها، كما أسفر هذا التحول عن تحسن ملحوظ في الجودة الأكاديمية لمثل هذه المقالات، ونتيجة لذلك فإنها تحظى الآن باهتمام متزايد وتأثير في أوساط الباحثين الأكاديميين، ويظهر التأثير الجديد لمقالات مراجعة الأدبيات من خلال العدد المتزايد من الاستشهادات، مما يعزز مكانتها في الوسط الأكاديمي، هذا الاتجاه المستمر لا يفيد المؤلفين فحسب بل يرفع أيضا من شأن المجلات نفسها، ومراجعة الأدبيات هي من بين أكثر أشكال المراجعة أهمية في المشهد الأكاديمي المعاصر، حيث ساهمت مراجعات الأدبيات عالية الجودة مع المناهج المحسنة بشكل كبير في تحسين مقاييس المجلات مثل "عامل التأثير" من Clarivate أو CiteScore من Scopus / Elsevier، و تعكس هذه المقاييس التأثير العام للمجلات ومكانتها داخل المجال الأكاديمي، وقد لعبت مراجعات الأدبيات ذات الجودة العالية دورا محوريا في رفع هذه المقاييس. (Kraus, Bouncken, & Yela Aránega, 2024, pp. 300-301)

مراجعة الأدبيات السابقة هي أداة منهجية تستخدم للإجابة على أسئلة البحث، وتقييم النظرية أو الأدلة، وفحص صحة أو دقة نظريات محددة، وتقديم نظرة عامة على قضية معينة أو مشكلة بحثية، ويمكن أيضا أن تستخدم لإنشاء أجندات البحث وتحديد الفجوات، والمشاركة في تطوير النظريات في مجال بحثي معين وتختلف طريقة المراجعة حسب الهدف المرجو منها، وعملية إجراء مراجعة الأدبيات أمر بالغ الأهمية للأبحاث بحيث تستلزم اتباع خطوات محددة والتدابير اللازمة لضمان الدقة وضبط المصداقية، وجودة المراجعة تعتمد على الأساليب المستخدمة، والنتائج التي تم اكتشافها، ووضوح

التقارير. ويمكن استخدام المبادئ التوجيهية لإجراء دراسة شاملة لمراجعة الأدبيات بناء على الغرض منها للوصول إلى المعلومات ذات الصلة بموضوع الدراسة، فالأبحاث السابقة تساعد المؤلفين على فهم مجال البحث والتحقق من صحة البحث والأسئلة والفرضيات، وتحديد غرض الدراسة، فمراجعة الأدبيات هي جزء أساسي من أي مشروع بحثي يساعد على رسم الخريطة وتقييمها وتسمح بالوصول للمنطقة الفكرية ذات الصلة لتطوير البحث وتوسيع قاعدة المعرفة، ايضا مراجعات الأدب السابق يمكن أن يساعد البحث في معالجة القضايا الأوسع والمجردة والانخراط في النظرية اللاحقة. كما يمكنهم أيضا تعزيز حالة الفرضيات المقترحة، تلعب مراجعة الأدبيات دورا محوريا في تطوير نموذج أو نظرية مفاهيمية جديدة وتعمل أيضا كأداة قيمة لرسم خرائط التقدم في مجال بحث معين على مر الزمن ويعد اختيار المنهجية المناسبة أمرا بالغ الأهمية. (Luwaji & Godwin Ikhide, 2024, pp. 212-213)

إن المراجعة الدقيقة للأدبيات السابقة حسب منهج علمي محدد في مجال معين مهمة لتحديد إشكالية البحث، وكذلك لتوضيح الطرق التي تسلكها البحوث المستقبلية في هذا المجال، ومن الضروري للباحثين الأكاديميين الجدد أن يتعلموا العمل الذي تم إجراؤه حتى الآن، والأساليب التي تم استخدامها ، والنتائج التي تم الحصول عليها، والمقترحات التي طرحها المؤلفون، وبالطبع التأكد من هوية المؤلفين الرائدين في مجال ما، وقواعد البيانات والمنشورات التي يستخدمونها لتقديم أعمالهم، وبالتالي تمكينهم من معرفة كيفية الحصول على معلومات محدثة ودائمة عن النتائج الديناميكية التي تنشرها مختلف المختبرات ومراكز البحوث ومؤسسات التعليم العالي بشكل عام، حيث يتشارك الباحثون الافكار والآراء من مجالات بحثية مماثلة، والنتائج والأساليب والاستراتيجيات وقواعد البيانات والشبكات، كما أنها المساحة الرئيسية التي ينبغي للباحث أن يشارك فيها (Carrión, Vicente, González, & Soledad, 17-20/04/2018, pp. 1364-1365)، وتتم المراجعة الممنهجة للأدبيات السابقة حسب المراحل التالية:

الشكل رقم:30 مراحل المراجعة المنهجة للأدبيات السابقة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الورقة البحثية: (Carrión, Vicente, González, & Soledad, 17-20/04/2018, p. 1365)

يتضح مما سبق أن مراجعات الأدبيات السابقة، سواء كانت مراجعات منهجية أو غيرها تعد عنصرا أساسيا في البحث العلمي، حيث تشكل قاعدة لابتكار الأفكار والنظريات والمناهج الحديثة، ورغم ما واجهته سابقا من انتقادات تتعلق بجودتها وأهميتها الأكاديمية، فقد شهدت السنوات الأخيرة تطورا ملحوظا في تقييم هذه المراجعات، وذلك نتيجة استخدام أساليب أكثر تطورا وفعالية، مما ساهم في تعزيز جودتها وزيادة تأثيرها وارتفاع معدلات الاقتباس منها، وبفضل ذلك أصبحت المراجعات عالية الجودة ذات دور بارز في تحسين مؤشرات المجلات العلمية، مثل "عامل التأثير" و"CiteScore"، مما يؤكد مكانتها المتعاظمة في الأوساط الأكاديمية، علاوة على ذلك تعتبر المراجعة الشاملة للأدبيات السابقة أمرا مهما لتحديد مشكلات البحث وتوجيه الدراسات المستقبلية، كما تسهم في تمكين الباحثين المبتدئين من فهم الأعمال السابقة والمناهج المتبعة والنتائج التي تم التوصل إليها.

II-6-2-2. الفرق بين الأدبيات النظرية والدراسات السابقة

تعد الدراسات السابقة من الاجزاء المهمة التي تدخل في تكوين الجانب النظري للدراسة ولهذا والجب الإشارة للفرق الموجود بين بين الدراسات السابقة والأدبيات النظرية، فالجانب النظري أو ما يسمى بأدبيات الموضوع أو غيرها من التسميات هي عملية شاملة يستعرض فيها الباحث ما كتب عن الموضوع سواء كان في شكل نظريات أو كتب أو مقالات أو بحوث تجريبية مخبرية أو دراسات ميدانية وقد لا تتطلب أكثر من مجرد ذكر للفكرة المحورية لنظرية من النظريات أو النتيجة الرئيسية لبحث من البحوث و تعرض حسب أهميتها بالنسبة للموضوع وطبيعة الدراسة ومنهجها، كما يجب ذكر المصادر التي أخذت منها تلك المعلومات أو الأفكار، أما بالنسبة للدراسات السابقة فبالإضافة إلى أنها تدخل هي الأخرى ضمن الجانب النظري أو أدبيات الموضوع من أوجه كثيرة إلا أن معالجة للدراسات السابقة تختلف كلية عن المعالجة المنهجية للأدبيات النظرية، ذلك لأن المعالجة المنهجية للدراسات السابقة تتطلب أكثر من مجرد ذكر للمصادر التي أخذت منها المعلومات والبيانات بمعنى أن كيفية توظيفها في البحث تتطلب ضوابط منهجية ونظرية مبنية أساسا على العرض والتحليل والنقد بالإضافة إلى تتبع خطوات معينة متكاملة حتى تحقق الغاية المرجوة منها في خدمة البحث. (سفاري، 1995، الصفحات 42-43) والغرض من عمليات البحث الشاملة في الأدبيات السابقة هو تجنب تفويت الدراسات الرئيسية التي تناولت موضوع الدراسة وتقليل من التحيز من خلال الاعتماد فقط على الأدبيات النظرية وعمليات البحث الشاملة في الأدبيات السابقة ليست بالضرورة مؤشرا لجودة البحث، كما كان يعتقد سابقا بل تعد الأساليب المختلفة للبحث في الأدبيات السابقية وكيفية عرضها والاستدلال بها أمر في غاية الاهمية لمعرفة نطاق وحدود الدراسة. (Cooper, Booth, Campbell, Britten, & Garside, 2018, p. 06)

مما سبق يتضح أن الدراسات السابقة جانب أساسي يدخل في تكوين الجانب النظري للدراسة، ولكن يجب التمييز بينها وبين الأدبيات النظرية، الأدبيات النظرية تشمل كل ما كتب عن الموضوع، سواء كان نظريات أو كتب أو مقالات أو بحوث تجريبية أو دراسات ميدانية ويتم في الأدبيات النظرية عرض الأفكار المحورية أو النتائج الرئيسية بشكل مختصر، مع التركيز على أهميتها بالنسبة لموضوع الدراسة، وذكر المصادر التي أخذت منها، أما الدراسات السابقة فهي تدخل ضمن

الأدبيات التي تناولت موضوع الدراسة أو أحد مكوناتها و لكن معالجتها تختلف بشكل كبير، فمعالجة الدراسات السابقة تتطلب أكثر من مجرد ذكر المصادر إذ يجب عرضها وتحليلها ونقدها وفق ضوابط منهجية محددة ويتم ذلك من خلال تتبع خطوات منهجية متكاملة لضمان أن تخدم هذه الدراسات البحث بشكل فعال، والغرض الرئيسي من الدراسات السابقة هو تجنب تفويت الدراسات الرئيسية التي تناولت موضوع البحث، بالإضافة إلى تقليل التحيز الناتج عن الاعتماد فقط على الأدبيات النظرية ومع ذلك، فإن الدراسات السابقة ليست بالضرورة مؤشرا على جودة البحث، بل تعتمد قيمتها على كيفية عرضها وتحليلها للوقوف على النقائص أو الفجوات المحتملة والتي تعد نقطة انطلاق البحث العلمي.

II-6-3. المطلب الثاني: أهداف الدراسات السابقة في البحث العلمي

يعد الهدف الأساسي للدراسات السابقة هو إبراز الجوانب التي تمت دراستها مسبقا، مما يمكن الباحث من اكتشاف الثغرات المعرفية والميدانية التي لم تدرس بعد أو تحتاج إلى مزيد من البحث، من خلال الاطلاع على هذه الدراسات يستطيع الباحث الكشف عن جذور المشكلة وفهم ما تم إنجازه في الفترات السابقة، مما يوفر له رؤية شاملة لتطور الموضوع البحثي وتساعد الدراسات السابقة الباحث في تحديد العناصر والأبعاد التي سيتم تناولها في بحثه، كما تسهم في صياغة أهداف البحث بشكل دقيق ومحدد، وذلك من خلال توفير المعلومات الكافية حول سياق المشكلة البحثية، بالإضافة إلى ذلك تمكن الباحث من الاستفادة من خبرات وتجارب الباحثين السابقين، مما يوجهه لتجنب الصعوبات التي واجهها الآخرون، ويساعده في رسم خطة بحثية واضحة تبرز عناصر البحث ومحتوياته و تسهم الدراسات السابقة أيضا في تزويد الباحث بالمعرفة اللازمة وتثري معلوماته حول موضوع الدراسة كما تمد البحث باقتباسات مهمة من البحوث السابقة مما يعزز مصداقيته ويسهم في توضيح المناهج التي اتبعها الباحثون السابقون، مما يمنح الباحث أفكارا كاملة أو جزئية حول المنهج المناسب لدراسته، من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة، يستطيع الباحث تحديد حجم العينة البحثية وأسلوب اختيارها، بالإضافة إلى معرفة الأدوات البحثية والأساليب الإحصائية المناسبة لبحثه، كما تساعده في تفسير وتحليل ومناقشة نتائجه، وإجراء مقارنات بين نتائج بحثه ونتائج الدراسات السابقة، تسمح الدراسات السابقة بتوجيه الباحث إلى مصادر علمية قد لا يكون على علم بها مما يعزز من تراكمية البحث العلمي، حيث يصبح البحث الحالي مكملا وامتدادا للدراسات

السابقة، مما يسهم في تطوير المعرفة العلمية بشكل مستمر، (طواهر و ميدون، 2021، الصفحات 105-106) وتوفر المراجعة المنهجية للأدبيات السابقة العديد من الفوائد الرئيسية منها:

❖ **بناء أساس نظري للدراسة:** في أي دراسة اجتماعية (اقتصادية مثلا)، يعد وجود أساس نظري قوي أمرا ضروريا من خلال إجراء مراجعة منهجية للدراسات السابقة، لكي يتمكن الباحثون من الاطلاع على النظريات الأكثر صلة بموضوع دراستهم وفهم اختبار ونتائج هذه النظريات في الأبحاث السابقة.

❖ **تحديد الاتجاهات:** تسمح المراجعة الشاملة للأدبيات السابقة للباحثين بتحديد الاتجاهات الرئيسية، مثل النماذج الاقتصادية الناشئة مثلا أو النهج المتطورة لتحليل السياسات ويساعد فهم هذه الاتجاهات الباحثين على وضع عملهم الخاص في السياق الأوسع للمجال المدروس.

❖ **التعرف على الثغرات في الأدبيات السابقة:** تساعد المراجعات المنهجية للدراسات السابقة في الكشف عن المجالات التي يفتقر إليها البحث والتعمق، وهو أمر بالغ الأهمية لتحديد أسئلة بحثية جديدة وتبرير الحاجة إلى المزيد من الدراسة من خلال فهم ما تمت دراسته جيدا وما بقي دون حل، حيث يمكن للباحثين المساهمة في تقديم حلول ووجهات نظر جديدة لموضوع البحث. (Sanghro, 2025)

ومما سبق يمكن تلخيص أهداف الدراسات السابقة في البحث العلمي في النقاط التالية:

❖ اكتشاف الثغرات والفجوات البحثية: تحديد الجوانب التي لم تدرس بشكل كاف أو تحتاج إلى مزيد من البحث.

❖ فهم جذور المشكلة والغموض المطروح: الاطلاع على ما تم إنجازه سابقا لفهم تطور الموضوع البحثي.

❖ تحديد عناصر البحث: مساعدة الباحث في تحديد العناصر والأبعاد التي سيتم تناولها في دراسته.

❖ تجنب الصعوبات: الاستفادة من تجارب الباحثين السابقين لتجنب الأخطاء والصعوبات.

❖ بناء أساس نظري: توفير معلومات كافية لبناء إطار نظري قوي للدراسة.

❖ تحديد المنهجية المناسبة للدراسة: مساعدة الباحث في اختيار المنهجية والأدوات البحثية المناسبة.

❖ تفسير النتائج: تسهيل تفسير النتائج وإجراء مقارنات مع الدراسات السابقة.

❖ التنويه إلى مصادر جديدة: إرشاد الباحث إلى مصادر علمية قد تكون غير معروفة له.

❖ تحديد الاتجاهات: الكشف عن الاتجاهات الرئيسية في المجال البحثي.

هذه الأهداف تساعد الباحث في بناء بحثه بشكل منهجي ومتكامل، مع تعزيز مصداقية الدراسة وإسهامها في تطوير المعرفة العلمية.

II-6-3-1. مصادر الدراسات السابقة

تعتبر الدراسات السابقة من المصادر المهمة للبحث العلمي، يعود إليها الباحث في دراسته، لذلك فهي أهم أسس تقويمه وتحديد قيمته وجودته، تبعا لمدى حداثتها وتوثيقها واعتمادها وكلما تقدمنا مع الزمن وجدنا اهتمام الباحثين بالمصادر يزداد توثيقا لما يؤلفون، إن علماء البحث العلمي والدراسات المنهجية اليوم يقسمون المصادر وفروعها إلى مصادر رئيسية وإلى مصادر مشتقة.

❖ **مصادر أصلية:** أقدم الدراسات السابقة النظرية التي تناولت موضوع البحث، وهي الوثائق والدراسات الأولى عنه.

❖ **مصادر ثانوية:** وتسمى المراجع وتعتمد في مادتها العلمية على المصادر الأصلية الأولى.

وهناك من يرى أن كلمة المراجع تعني كل شيء رجع إليه الباحث أثناء بحثه، فأفاد منه فائدة ثانوية، ولا يمانع البعض بإطلاق كلمة مصدر على كلا النوعين، وعدم الميل إلى تلك التفرقة، والمهم أن البحث الأصيل هو الذي يعتمد على المصادر الأصلية. (دويدري، 2000، الصفحات 357-359)

تعتبر الدراسات السابقة ركيزة أساسية في أي بحث علمي، حيث يسهم الاطلاع الموسع والمتعمق على هذه الدراسات في تمكين الباحث من تحديد الإطار العام لدراسته وتوجيه مسارها، وبالرجوع إلى مفهوم الدراسات السابقة، نجد أنها تشمل جميع الجهود البحثية التي تناولت الموضوع ذاته، سواء كانت منشورة في كتب، أو واردة في رسائل جامعية مثل أطروحات الماجستير والدكتوراه، أو منشورات علمية كالمقالات والمداخلات الأكاديمية ذات القيمة العلمية، ويمكن تصنيف هذه المصادر على النحو التالي:

❖ **الكتب والمصادر الأكاديمية:** تعد الكتب والمصادر العلمية من أبرز عناصر الدراسات السابقة، حيث يتم في كثير من الأحيان تحويل رسائل الماجستير والدكتوراه إلى كتب أكاديمية بعد نشرها، مما يجعلها مراجعا معتمدا للباحثين. وتعتبر هذه الكتب دراسات سابقة إذا ارتبطت بشكل مباشر أو غير مباشر بموضوع البحث، كما يرى بعض المنهجيين أن التراث النظري السابق يندرج أيضا ضمن هذا الإطار، طالما أن الدراسة تتضمن جميع عناصر البحث من المقدمة إلى الخاتمة.

❖ **رسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراه:** تشمل هذه الفئة جميع البحوث التي حصلت على موافقة اللجان العلمية وتم اعتمادها من قبل الهيئات الأكاديمية، سواء كانت منشورة أو غير منشورة، وتعد هذه الأطروحات مصدرا غنيا للباحثين، حيث يمكن الاستفادة منها كدراسات سابقة إذا كانت مرتبطة بموضوع البحث أو أحد متغيراته.

❖ **المقالات والمداخلات العلمية:** تندرج تحت هذا البند جميع المداخلات التي تم تقديمها في المؤتمرات العلمية المحلية والدولية، بالإضافة إلى المقالات المنشورة في المجلات المحكمة. وتعتبر هذه المصادر دراسات سابقة إذا كانت مستوفية لشروط البحث العلمي وتحمل طابعا ميدانيا أو نظريا، ويمكن للباحث الاعتماد عليها والاستفادة منها في إثراء بحثه، حيث تؤدي الغرض نفسه لأي دراسة سابقة.

❖ **محركات البحث العلمية:** أصبح استخدام محركات البحث العلمية أمرا لا غنى عنه في العملية البحثية، حيث يعتمد عليها الباحثون في العثور على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوعاتهم، ومن أبرز هذه المحركات: Google Books، Google Scholar، ERIC، JURN، وغيرها من المنصات التي توفر وصولا سريعا إلى مصادر علمية موثوقة. (قاسمي، 2020، الصفحات 809-815)

II-6-3-2. مشكلة قلة المصادر ووفرتها في البحث العلمي

إن عملية اختيار موضوع البحث من قبل الباحثين دوما ما يدفعهم للتفكير في المواضيع التي لم تدرس حسب اعتقادهم بحثا عن اصالة الدراسة، وبمجرد البحث في المصادر عن الدراسات السابقة تظهر بحوث ودراسات حول الموضوع، وهذا ليس جهدا ضائعا، فإذا تمكن الباحث من إيجاد الفجوات البحثية في الدراسات السابقة تظهر جدية البحث من خلال حداثة إشكالية الدراسة مما يسمح بالمساهمة المعرفية للموضوع المدروس، ويمكن حل مشكلة قلة المصادر عادة من

خلال التفكير من حيث مستويين من الأدبيات، في المستوى الأول تهتم بالدراسات التي تتناول بشكل مباشر لسؤال البحث المقترح، في المستوى الثاني توسيع المراجعة والنظر في المنشورات ذات الصلة أو المتداخلة مع جزء من إشكالية الدراسة، حتى لو لم تكن مرتبطة بالموضوع نفسه، فإذا كان هناك مجموعة معقولة من الأعمال في المستوى الأول، ففي كثير من الحالات ستكون كافية في مراجعة الأدبيات، ويتم الاستعانة بأعمال اخرى في حالة اقترحها نظرية أو سياسة أو طريقة بحث يسعى الباحث تطبيقها في مشروع بحثه الخاص، وإذا لم يكن هناك أي شيء أو القليل جدا مما يتعلق مباشرة بنفس الموضوع قيد الدراسة، فستحتاج مراجعة الأدبيات السابقة إلى النظر في بعض العناصر في المستوى الثاني، والتي لها منظور نظري يسعى الباحث لاستكشافه، فمن المناسب مناقشة الأعمال الرئيسية التي طورت النظرية لشرح سبب قدرتها على توفير منظور جيد لموضوع الدراسة، وقد يكون من المفيد أيضا التفكير من منظور الدراسات التجريبية والقياسية على وجه الخصوص، بحيث قد تحتوي هذه الأبحاث على أفكار ذات صلة بالموضوع قيد الدراسة، فإذا كشفت مراجعة الأدبيات الخاصة بالبحث عن نتائج حول طرق تحليل موضوع ما، فيمكن بعد ذلك اقتراح بحث للنظر في ما إذا كان من الممكن تكييف هذه التقنيات مع المشكلة التي تهم الباحث، وبمجرد أن التفكير في الأدبيات في المستويين الاول والثاني، فمن المرجح أن يواجه الباحث مشكلة كثرة المصادر، وقد يكون عدد المنشورات ذات الصلة المحتملة وخاصة بمجرد أن يبدأ في التفكير في مجالات نظرية متطورة هائلا، ومن المهم ألا يختار ببساطة بضعة كتب أو مقالات تجدها عشوائيا وجعلها أساسا لدراسته، لأنه قد لا تعكس هذه المقالات الحالة الحالية للمعرفة والنقاش، بدلا من ذلك وجب التفكير في استخدام واحدة أو أكثر من القواعد العامة التالية:

❖ **التركيز على المصادر الرائدة:** الدراسات التي يتم الاستشهاد بها بشكل متكرر في الأدبيات، تعتبر هذه الأعمال أعمالا رئيسية، حتى لو كان ذلك يعني تجاهل بعض الدراسات الأقل تأثيرا.

❖ **التركيز على الدراسات الحديثة من مصادر مرموقة أو عالية الشهرة:** عادة ما يرغب الباحث في التأكيد على أحدث الأبحاث في المجال الذي يعيد النظر فيه، لذا وجب التركيز بشكل خاص عن تلك التي نشرت في فضاءات رفيعة المستوى، تشمل الكتب من مطبعة جامعة عالية التصنيف أو المقالات في المجلة الرائدة في المجال المعني، ومن المهم أيضا تقييم المصادر

التي تحظى بقدر كبير من الاهتمام، في بعض الحالات على سبيل المثال، قد يكون من المناسب تقييم كتاب موجود في قائمة أكثر الكتب مبيعا.

❖ **التركيز على الدراسات الأكثر صلة وفائدة لموضوع البحث:** فكلما كانت الدراسة مرتبطة مباشرة بموضوع البحث، كلما كانت مراجعة الأدبيات دقيقة، فليس من الضروري أن تكون المراجعة شاملة بل وجب التركيز بشكل أساسي على تلك الأجزاء من الأدبيات التي تتعلق باهتمام الباحث. (W. Knopf, 2006, pp. 130-131)

مما سبق يمكن اعتبار الدراسات السابقة ركيزة أساسية في البحث العلمي، حيث تساعد الباحث على تحديد الإطار العام لدراسته وتحسين جودتها من خلال الاطلاع على الجهود البحثية السابقة، وتنقسم مصادر هذه الدراسات إلى مصادر أصلية، وهي الأبحاث الأولى التي تناولت الموضوع، ومصادر ثانوية تعتمد على المصادر الأصلية، مثل الكتب والمقالات العلمية ومن بين المصادر الرئيسية للدراسات السابقة نجد الكتب والأطروحات الأكاديمية، مثل رسائل الماجستير والدكتوراه التي غالبا ما تتحول إلى مراجع معتمدة، بالإضافة إلى المقالات والمداخلات العلمية المنشورة في مجلات محكمة أو مقدمة في مؤتمرات علمية، كما أصبحت محركات البحث العلمية، مثل: Google Scholar وERIC، أدوات لا غنى عنها للوصول إلى مصادر موثوقة وحديثة، وفيما يتعلق بمشكلة قلة المصادر، يمكن للباحث التغلب عليها من خلال البحث عن الفجوات البحثية في الأدبيات السابقة أو توسيع نطاق البحث ليشمل دراسات ذات صلة غير مباشرة، أما في حالة كثرة المصادر، فينصح بالتركيز على الدراسات الرائدة والحديثة، خاصة تلك المنشورة في مجلات مرموقة أو من قبل دور نشر جامعية عالية التصنيف، مع إعطاء الأولوية للأبحاث الأكثر صلة بموضوع الدراسة. بهذه الطريقة يمكن للباحث بناء مراجعة أدبية دقيقة ومفيدة دون الحاجة إلى تغطية جميع المصادر المتاحة.

II-6-4. المطلب الثالث: الضوابط المنهجية لاختيار الدراسات السابقة

تعد الدراسات السابقة عنصرا محوريا في البحث العلمي، حيث تشكل جزءا لا يتجزأ من العملية البحثية ولضمان نجاح البحث، يجب على الباحث أن يولي اهتماما كبيرا لاختيار هذه الدراسات وفقا لمعايير منهجية دقيقة وفيما يلي أبرز الضوابط التي ينبغي مراعاتها عند انتقاء الدراسات السابقة:

❖ **ارتباط الدراسة السابقة بموضوع البحث الحالي:** يجب أن تتناول الدراسة السابقة متغيرات البحث الحالي أو أحد متغيراته، سواء أكان المتغير الرئيسي أو الثانوي أو كليهما.

❖ **توفر الدراسة السابقة:** ينبغي أن تكون الدراسة السابقة متاحة بشكل كامل، سواء في المكتبات أو عبر محركات البحث على الإنترنت، حتى يتمكن الباحث من الاطلاع عليها بشكل شامل.

❖ **وضوح الدراسة السابقة:** على الباحث أن يتأكد من أن الدراسة السابقة تسهم في توضيح موضوع البحث وتحويله من حالة الغموض إلى الوضوح فإذا حققت الدراسة هذا الهدف، يمكن اعتمادها كمصدر موثوق.

❖ **تفادي تكرار العناوين:** لا ينصح باختيار الدراسات السابقة التي تحمل العنوان نفسه للبحث الحالي، لأنها لن تضيف جديدا بدلا من ذلك، يجب التركيز على كيفية الاستفادة من الإطار النظري والإجراءات المنهجية والنتائج التي توصلت إليها الدراسة السابقة.

❖ **مصادر الدراسات السابقة:** كما سبق يفضل الاعتماد على الدراسات العلمية التي حصلت على تقييم أكاديمي، مثل أطروحات الدكتوراه والماجستير، أو الأبحاث المنشورة في مجلات علمية مرموقة ذات تصنيف دولي عال.

❖ **معالجة المتغيرات بشكل شامل:** إذا كانت الدراسة السابقة تتناول أحد متغيرات البحث الحالي، فيجب أن تكون قد خصصت له فصلا كاملا أو معالجة تفصيلية، أما إذا اقتصرت على تعريف المتغير أو ضبطه اصطلاحيا فقط، فلا يمكن اعتبارها دراسة سابقة كافية. (قاسمي، 2020، صفحة 816)

تعد مراجعة الأبحاث السابقة جانبا أساسيا في البحوث العلمية، حيث تلعب دورا محوريا في ضمان منهجية البحث ودقته لذا، من الضروري الالتزام بضوابط محددة لإجراء مراجعة شاملة للأدبيات السابقة وبشكل عام، تتميز المنهجية العلمية للبحوث بمراحل متتابعة تشمل: صياغة المشكلة، والبحث في الأدبيات، وجمع البيانات، وتقييمها، وتحليلها، وعرض النتائج، وتسهم المراجعة المتكاملة للأدبيات في الاستفادة القصوى من المصادر المتاحة، مع ضرورة توافقها مع معايير المنهجية، كما أن تحديد استراتيجيات بحثية واضحة لاستعراض الأدبيات السابقة يعد أمرا بالغ الأهمية لتجنب التحيز في الدراسة، والذي قد يؤدي إلى نتائج غير دقيقة لذلك، يجب أن تشمل المراجعة جميع الأدبيات النظرية ذات الصلة بموضوع البحث، ويجب

أن يضمن البحث الشامل في مراجعة الأدبيات السابقة توفر عدد كاف من الدراسات الأساسية التي تناولت موضوع البحث، مما يعزز من مصداقية النتائج ودقتها. (Whittemore & Knafl, 2005, p. 548)

تعتبر الدراسات السابقة ذات أهمية كبيرة للباحث، حيث تساعده في اختيار موضوع البحث بشكل مدروس، وتجنبه الوقوع في تكرار الجهود البحثية كما تتيح له فرصة الاطلاع على مختلف جوانب الموضوع بشكل شامل مما يجعله على دراية بالتحديات والعقبات التي واجهها الباحثون السابقون، والحلول التي توصلوا إليها لمعالجتها وبالتالي، يمكن للباحث الاستفادة من هذه التجارب لتجنب الصعوبات المحتملة بالإضافة إلى ذلك، توفر الدراسات السابقة للباحث مجموعة واسعة من المراجع والمصادر المتعلقة بموضوع بحثه، مما يساعده في تحديد المسار الصحيح لاختيار الأدوات والإجراءات المناسبة لمعالجة مشكلة البحث، كما تسهم هذه الدراسات في إثراء البحث وإبراز أصالته من خلال الاطلاع على النظريات والفروض التي اعتمدها الآخرون، والنتائج التي توصلوا إليها مما يمكن الباحث من تحديد أوجه القصور أو الاختلافات في تلك الدراسات. تعتبر نتائج الأبحاث السابقة ذات فائدة كبيرة للباحث في صياغة فروض بحثه، حيث تساعده في استكمال الجوانب التي توقف عندها الباحثون السابقون، كما تسهم في إبراز قيمة الدراسة الحالية من خلال تسليط الضوء على نقاط القوة والضعف في الدراسات السابقة سواء من الناحية النظرية أو المنهجية، مما يساعد الباحث في تحديد الإطار النظري لبحثه وفقا لأحدث التطورات العلمية، وتسهم الدراسات السابقة في تعزيز فهم الباحث للمصطلحات والمفاهيم العلمية المتعلقة ببحثه، وتحسين قدرته على التعبير والكتابة بدقة ووضوح ومن المهم أن يتم تلخيص هذه الدراسات بشكل منهجي، بحيث يتضمن الملخص المعلومات الأساسية المتعلقة بمشكلة البحث، مع مراعاة الترتيب المنطقي وتواريخ النشر وفيما يلي أهم المعايير المنهجية التي يجب مراعاتها عند إدراج ملخص لدراسة سابقة:

- ❖ عنوان الدراسة واسم الباحث وسنة النشر.
- ❖ المشكلة البحثية والمتغيرات التي تناولتها الدراسة.
- ❖ الحدود الجغرافية أو الزمنية للدراسة ومكان إجرائها.
- ❖ الطرق المستخدمة في جمع البيانات وتحليلها.

❖ النتائج التي توصلت إليها الدراسة بناء على البيانات المتاحة.

❖ ملخص شامل للنتائج النظرية والعملية التي تم التوصل إليها. (دشلي، 2016، الصفحات 83-84)

مما سبق نستنتج أن الدراسات السابقة تعتبر مكونا أساسيا في البحث العلمي، حيث تسهم في تعزيز منهجية البحث وضمان دقته، ولاختيار هذه الدراسات بشكل مناسب، يجب على الباحث اتباع معايير منهجية دقيقة منها:

❖ ارتباط الدراسة بموضوع البحث: يجب أن تتناول الدراسة السابقة متغيرات البحث الحالي أو أحد جوانبه الرئيسية.

❖ توفر الدراسة ووضوحها: ينبغي أن تكون الدراسة متاحة بالكامل وواضحة، مما يساعد في تحويل موضوع البحث من الغموض إلى الوضوح.

❖ تفادي التكرار: يجب تجنب الدراسات ذات العناوين المماثلة للبحث الحالي، والتركيز على الإطار النظري والمنهجي والنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.

❖ مصادر موثوقة: يُفضل الاعتماد على دراسات أكاديمية مثل الأطروحات أو الأبحاث المنشورة في مجلات علمية مرموقة.

❖ معالجة شاملة للمتغيرات: يجب أن تتناول الدراسة السابقة المتغيرات بشكل تفصيلي، وليس فقط تعريفها أو ضبطها اصطلاحيا، وتساعد الدراسات السابقة الباحث في تحديد الإطار النظري لبحثه، وتجنب تكرار الجهود البحثية، والاستفادة من تجارب الآخرين لتجاوز التحديات كما توفر له مصادر معلوماتية غنية، مما يعزز من أصالة البحث ودقة نتائجه، ويجب تلخيص الدراسات السابقة بشكل منهجي، مع تضمين المعلومات الأساسية مثل عنوان الدراسة، المشكلة البحثية، الحدود، طرق جمع البيانات، والنتائج التي تم التوصل إليها.

II-6-4-1. تصنيف الدراسات السابقة

يعتبر اعتماد تنسيق موحد لمقالات المراجعة كما هو الحال في الأعمال التجريبية امرا مهما وذلك حسب ما نص عليه دليل النشر (الجمعية الأمريكية لعلم النفس، 2001) من خلال التأكيد على مكونات مقالات المراجعة، على عكس أقسام تقارير الدراسات التجريبية، ترتب حسب العلاقة وليس حسب التسلسل الزمني وبالتالي، يجب على مؤلف أن يبدأ

باختيار الموضوع الذي يحتاج إلى مراجعة، وأن يكون لديه تصور عام لما هو معروف عنه، والمجالات المحتملة التي قد تتطلب بحث معمق جديد. (TORRACO, 2005, p. 359) ، وتعتبر عملية تصنيف الدراسات السابقة من الخطوات الأساسية في البحث العلمي، حيث توجد عدة طرق لتنظيم هذه الدراسات في الرسائل والأبحاث الأكاديمية، ومن أبرزها:

❖ **التصنيف الزمني**: يعتمد هذا الأسلوب على ترتيب الدراسات وفقًا لتسلسلها التاريخي، من الأقدم إلى الأحدث، مع التركيز على تاريخ نشرها أو إجرائها.

❖ **التصنيف الجغرافي**: يتم في هذا النهج ترتيب الدراسات بناءً على الموقع الجغرافي الذي أجريت فيه، سواء كانت محلية أو إقليمية أو دولية، مع ذكر أهداف كل دراسة وملخص مختصر عنها.

❖ **التصنيف حسب العناوين**: يعتمد هذا الأسلوب على تنظيم الدراسات وفقًا لعناوينها، حيث يتم عرض كل دراسة بجانب عنوانها مع تقديم ملخص موجز عنها، بالإضافة إلى تعليقات الباحث على كل دراسة.

❖ **التصنيف حسب الأهمية**: هنا يتم ترتيب الدراسات بناءً على مدى ارتباطها بموضوع البحث، حيث يتم البدء بالدراسات الأكثر أهمية وتأثيرا، وتهميش أو استبعاد تلك التي لا ترتبط بشكل مباشر بموضوع الدراسة.

❖ **التصنيف المنهجي**: يعتمد هذا التصنيف على طبيعة المنهجية المستخدمة في الدراسات، سواء كانت كمية أو نوعية، مما يساعد الباحث على فهم الاتجاهات المنهجية المختلفة في مجال بحثه. (ماقري، 2022، صفحة 13)

إليك إعادة صياغة للنص بأسلوب جديد مع الحفاظ على المعنى الأصلي:

❖ **تنظيم مراجعة البحوث السابقة**: في قسم المواد والطرق البحثية، يقدم الباحث شرحا تفصيليا لكل الجوانب المتعلقة بالدراسة، بما في ذلك:

- **تحديد المعلومات المطلوبة**: يقوم الباحث بتحديد البيانات والمعلومات التي يحتاج إلى جمعها لإتمام بحثه.
- **إعداد الكلمات المفتاحية**: يتم تحضير قائمة بالكلمات المفتاحية التي سيتم استخدامها للبحث في فهارس الموضوعات وقواعد البيانات الخاصة بالمستخلصات العلمية.

- **تسجيل الدوريات والمجلدات:** يتم توثيق المجلدات والأعداد التي تمت مراجعتها بشكل كامل، مع التأكد من تغطية جميع المصادر ذات الصلة.
- **استراتيجية البحث في الدوريات:** يبدأ الباحث بالبحث في أحدث أعداد الدوريات، ثم يتدرج إلى الأعداد الأقدم، مما يضمن تغطية شاملة للأبحاث الحديثة والقديمة.
- **الرجوع إلى البحوث الأصلية:** بعد تحديد المستخلصات ذات الصلة، يعود الباحث إلى الأبحاث الأصلية المنشورة في المجلات العلمية لاستخلاص المعلومات التفصيلية.
- **تفاصيل مكان وزمان الدراسة:** يتم توضيح الموقع الجغرافي والزمني الذي أجريت فيه الدراسة.
- **الأجهزة والمواد المستخدمة:** يقدم الباحث قائمة بالأجهزة والمواد التي استخدمها في إجراء البحث.
- **المعاملات التجريبية:** يتم شرح تفاصيل التجارب التي تم إجراؤها، بما في ذلك حجم العينات وعدد التكرارات المستخدمة.
- **الطرق المتبعة:** إذا كانت الدراسة تعتمد على طرق جديدة أو مبتكرة، يتم شرحها بشكل مفصل لتوضيح منهجية البحث. (يحياوي، 2021، الصفحات 334-335)

تصنيف الدراسات السابقة يعد خطوة أساسية في البحث العلمي، حيث يتم تنظيمها بعدة طرق مثل التصنيف الزمني (من الأقدم إلى الأحدث)، الجغرافي (حسب المنطقة)، أو حسب العناوين والأهمية والمنهجية المستخدمة. وفقا لدليل الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2001)، يجب أن تركز مراجعة الأدبيات على العلاقات بين الدراسات وليس التسلسل الزمني. يبدأ الباحث باختيار موضوع يحتاج إلى مراجعة، مع تحديد المعرفة الحالية والمجالات التي تتطلب بحثا أعمق. في قسم المواد والطرق، يتم توضيح تفاصيل الدراسة، بما في ذلك المعلومات المطلوبة، الكلمات المفتاحية، الدوريات المراجعة، والأجهزة والمواد المستخدمة، بالإضافة إلى شرح التجارب والطرق المتبعة.

II-6-4-2. استعراض الدراسات السابقة

يعد استعراض الدراسات السابقة خطوة حاسمة في البحث العلمي، حيث يؤدي عدة وظائف مهمة ولتحقيق ذلك، يجب وضع معايير واضحة لتحديد مكونات هذا الاستعراض وطريقة تنظيمه، بما يساعد على التمييز بين التمهيد والدراسات السابقة والفارق الرئيسي بينهما يكمن في مدى ارتباط الدراسات السابقة بموضوع البحث، فبعض الدراسات قد تكون وثيقة الصلة بالموضوع، بينما قد يتطلب الأمر اللجوء إلى دراسات أقل ارتباطا في حال عدم كفاية المصادر المتاحة، ولتنظيم هذه العملية، يمكن اتباع الخطوات التالية:

❖ **تحديد العناصر الأساسية للبحث:** بناء على عنوانه أو مشكلته البحثية، مع التركيز على النقطة المحورية للدراسة.

❖ **تحليل الدراسات السابقة:** واحدة تلو الأخرى لتقييم مدى اشتمالها على هذه العناصر.

ويمكن حصر وظائف استعراض الدراسات السابقة في النقاط التالية:

- تجنب التكرار: التأكد من أن البحث الحالي لا يعيد دراسة المشكلة نفسها بنفس المنهجية، مع تحديد أوجه القصور في الدراسات السابقة سواء في المضمون أو المنهج، مما يبرر أهمية البحث الجديد.
- تحديد موقع البحث: توضيح كيفية مساهمة الدراسة الحالية في تراكم المعرفة ضمن المجال البحثي.
- توضيح أبعاد المشكلة: إبراز التحديات المحتملة التي قد تواجه الباحث.
- توفير إرشادات منهجية: تقديم أفكار حول المناهج والأدوات المناسبة، مثل المقاييس أو الاستبانات أو البرامج التحليلية، مع تجنب سلبيات الدراسات السابقة.
- توسيع المصادر: إطلاع الباحث على مراجع علمية قد تكون خارج نطاق معرفته.
- توفير إطار نظري: تقديم خلفية عامة تساعد الباحث على بناء دراسته ومناقشة نتائجه.

تشمل الدراسات السابقة جميع الأبحاث المنشورة ذات القيمة العلمية، سواء كانت مطبوعة أو مسموعة أو مرئية، أو مقدمة كمشاريع بحثية، قد يتم استبعاد الكتب الدراسية وغيرها، لكن هذا يعتمد على طبيعة المجال البحثي ومدى توفر المصادر

العلمية الجادة، وتختلف مكونات الدراسات السابقة باختلاف طبيعة البحث ومنهجيته، خاصة في طريقة جمع البيانات، سواء كانت مباشرة من الميدان أو مستخلصة من نتائج أبحاث سابقة. (صيني، 1994، الصفحات 151-156)

يقوم الباحث بعرض الدراسات السابقة وتحليلها لتحديد موقع دراسته الحالية ضمن الإطار العام لهذه الدراسات وذلك بعد التأكد من تحقيق فهم شامل ودقيق لمحتواها، من خلال هذا العرض يثبت الباحث أن الجهود البحثية السابقة، رغم قيمتها، لم تغلق الباب أمام المزيد من الاستكشاف، وأن دراسته الحالية ستقدم إضافة نوعية للموضوع. هذه الإضافة قد تكون معلومات جديدة، أو منهجية مبتكرة لها ما يبررها، أو تأكيدا لنتائج سابقة، أو حتى تعديلا أو تصحيحا لبعض الثغرات، ويتم تنظيم الدراسات السابقة من خلال فقرات متسلسلة أو في جدول يسهل على الباحث عملية التحليل والمقارنة ويقدم نظرة شاملة وواضحة لمحتوى الدراسات، مما يمكن الباحث من تحديد نقاط التشابه والاختلاف بينها، واستخلاص الأفكار والروابط الفكرية المتعلقة بموضوع البحث. كما يساعده في اكتشاف الفجوات البحثية التي يمكن أن تشكل نقطة انطلاق لدراسته الحالية، ويتم تحليل الجدول وفقا للعناصر التالية:

- **سنة النشر**: يتم تحديد الفترة الزمنية التي تغطيها الدراسات، مع التركيز على تطور الموضوع عبر الزمن.
- **المشكلة البحثية**: يتم تحليل طبيعة المشكلات التي تناولتها الدراسات السابقة، وتحديد درجة أهميتها وتأثيرها.
- **العينة**: يتم مقارنة أحجام العينات المستخدمة في الدراسات المختلفة واستخلاص الدلالات الإحصائية أو المنهجية.
- **المنهجية**: يتم تقييم المناهج البحثية المستخدمة في الدراسات السابقة، مما يساهم في اختيار المنهج المناسب للدراسة.
- **أدوات الدراسة**: يتم تحليل الأدوات البحثية المستخدمة في الدراسات السابقة، وتقييم مدى فعاليتها.
- **بلد النشر**: يتم استخلاص مؤشرات حول تأثير السياق الجغرافي أو الثقافي على نتائج الدراسات.
- **نتائج الدراسة**: يتم تحليل النتائج الرئيسية للدراسات السابقة، واستخراج المؤشرات التي تساعد في تقديم قراءة نقدية، مثل العلاقات العكسية أو الارتباطية بين المتغيرات. هذه النتائج يمكن أن توجه الباحث في تحديد نقطة انطلاق بحثه الحالي.

من خلال هذه العملية، يتمكن الباحث من بناء أساس متين لدراسته، مع الاستفادة من الإنجازات السابقة وتجنب تكرارها، والتركيز على الإضافات الجديدة التي تسهم في تطور المعرفة في مجال البحث. (طواهر و ميدون، 2021، الصفحات 109-110)

❖ **نموذج عرض الدراسات السابقة على شكل جدول:**

عنوان الدراسة وسنة نشرها	الإشكالية المطروحة	العينة المستهدفة	المنهج المتبع	الأدوات التحليلية	البلد	اهم النتائج المتحصل عليها

❖ **نموذج عرض الدراسات السابقة على شكل نص:**

دراسة: اسماء الباحثين، (التاريخ) بعنوان "...، الإشارة إلى البلد.

هدفت الدراسة إلى .....، وقد تكون مجتمع الدراسة من ...، واشتملت عينة الدراسة على ...، واستخدم الباحث المنهج ...، كمنهج للدراسة، واستعان ب .... كأداة للدراسة، وقد توصل الباحث إلى العديد من النتائج أهمها:....، وقد أوصت الدراسة بالعديد من التوصيات أهمها: .....

يعد استعراض الدراسات السابقة خطوة جوهرية في البحث العلمي، حيث يساعد على تجنب التكرار، وتحديد الفجوات البحثية، وإبراز الإضافة التي ستقدمها الدراسة الحالية، ويتم ذلك من خلال تحليل الدراسات وفقا لعناصر مثل سنة النشر، المشكلة البحثية، العينة، المنهجية، أدوات الدراسة، بلد النشر، والنتائج، هذا التحليل يمكن الباحث من تحديد نقاط التشابه والاختلاف بين الدراسات، واستخلاص الفجوات التي يمكن أن تشكل نقطة انطلاق لبحثه بالإضافة إلى ذلك، يوفر استعراض الدراسات السابقة إطارا نظريا وإرشادات منهجية تساعد الباحث في بناء دراسته وتوجيهها بشكل فعال، مع التركيز على تقديم إضافات نوعية تسهم في تطور المعرفة في المجال.

II-6-4-3. تقييم ونقد الدراسات السابقة

تظهر كفاءة الباحث وقدراته البحثية بوضوح خلال مرحلة تقييم الدراسات السابقة، حيث يتطلب البحث العلمي مهارات تحليلية وتفسيرية دقيقة تختلف عن الكتابة التقليدية أو التأليف الاعتيادي، ويعتمد الباحث في تحليله على منهجيات متنوعة، منها:

- **التحليل النقدي الإنشائي:** حيث يعرض الباحث آراء مستنبطة من المصادر التي جمعها، مدعومة بأدلة وشواهد موثقة.
- **التحليل الإحصائي الكمي:** يتم فيه تنظيم البيانات في جداول واستخراج النسب المئوية أو المؤشرات الإحصائية، خاصة عند التعامل مع الاستبيانات أو استجابات العينات البحثية.

أما النتائج فهي المحصلة النهائية لعملية التحليل والنقد، ويتم عرضها عادة في نهاية البحث بشكل منظم ومرتب. (قنديلجي و السامرائي، 2009، الصفحات 121-122)

ويجب أن تخضع قائمة الدراسات السابقة المختارة لعملية تقييم دقيقة للتأكد من حداثة المصادر وملاءمتها لموضوع الدراسة بشكل عام، يفضل أن تشمل الأدبيات المرجعية الأبحاث والمقالات المنشورة خلال السنوات الخمس الأخيرة، مع إمكانية تضمين دراسات أقدم إذا كانت ذات تأثير كبير في تشكيل الاتجاهات الرئيسية للمجال البحثي ومع ذلك، إذا اعتمد الباحث على مراجع يعود تاريخها إلى ما قبل خمس سنوات ولم تكن ذات تأثير بارز، فيجب عليه تقديم مبررات واضحة تشرح سبب اختيارها ودورها في إثراء الإطار النظري أو المنهجي للدراسة. (عبيدو، 2014، صفحة 144)

ويتضمن التحليل النقدي للأدبيات السابقة دراسة متأنية للأفكار الرئيسية والعلاقات بين القضايا، وتقديم نقد للأدبيات المحددة، وتبرز أهمية عملية النقد على أنها تقييم لمدى جودة الأدبيات السابقة المختارة ومدى تناولها لموضوع الدراسة، وغالبا ما يتطلب التحليل النقدي من الباحث أولا تفكيك الموضوع إلى عناصره الأساسية، وتشمل هذه العناصر تاريخ الموضوع وأصوله، ومفاهيمه الرئيسية، والعلاقات الرئيسية التي تتفاعل من خلالها هذه المفاهيم، ومناهج البحث، وتطبيقات الموضوع، وما إلى ذلكن وغالبا ما يكشف التحليل الشامل عن معلومات قابلة للتساؤل كانت تعتبر من الاسس النظرية للبحث، فهو يمكن المؤلف من إعادة بناء الموضوع، لفهمه بشكل أوضح، وتقييم مدى تمثيله في الأدبيات السابقة، وهذا ما يؤسس

لمرحلة النقد، وهي نتاج التحليل النقدي الذي يحدد نقاط القوة والمساهمات الرئيسية في الأدبيات السابقة، بالإضافة إلى الإشارة إلى أي نواقص أو سهو أو عدم دقة في جوانب، وينبغي أن يحدد النقد جوانب الظاهرة المفقودة أو غير المكتملة أو التي لم تمثل تمثيلا كافيا في الأدبيات السابقة، بالإضافة إلى التناقضات بين وجهات النظر المنشورة حول الموضوع، كما يحدد المعرفة التي ينبغي تطويرها أو تحسينها في ضوء التطورات الحديثة في الموضوع وبالتالي، يعد التحليل النقدي من خلال تسليط الضوء على نقاط القوة وتحديد أوجه القصور في الأدبيات السابقة، خطوة ضرورية نحو تحسين قاعدة المعرفة وإثراءها في الموضوع قيد الدراسة. (TORRACO, 2005, pp. 361-362)

عند تحليل الدراسات السابقة، يجب على الباحث التركيز على خمسة جوانب رئيسية:

❖ **نقد المحتوى:** هنا يقيم الباحث مدى شمولية المحتوى وموضوعيته في الدراسات السابقة، يجب أن يوضح ما إذا كانت هذه الدراسات قد غطت الإطار النظري المطلوب أم أنها افتقرت إلى العمق والموضوعية في معالجة القضايا المطروحة.

❖ **نقد المنهجية:** يتعين على الباحث تحليل نقاط القوة والضعف في المناهج المستخدمة في الدراسات السابقة، هذا النقد يجب أن يكون مدعوما بأدلة مقنعة، مع مراعاة أن وجهات النظر قد تختلف من باحث لآخر بناء على تحليلاتهم الشخصية.

❖ **نقد عينة الدراسة:** يجب على الباحث تحديد أي قصور في عينة الدراسة السابقة، مثل حجم العينة غير الكافي أو عدم تمثيلها الإحصائي المناسب. هذه النقاط يمكن أن تؤثر على مصداقية النتائج وفعاليتها في معالجة مشكلة البحث.

❖ **نقد المصداقية:** يتطلب هذا الجانب تقييم مدى مصداقية الدراسات السابقة بناءً على المنهجية المتبعة. على سبيل المثال، قد تكون الدراسات التي تعتمد على المنهج التاريخي أكثر مصداقية مقارنة بغيرها. يجب أن يكون الباحث ملمًا بمناهج البحث المختلفة وقادرًا على تقييمها بدقة.

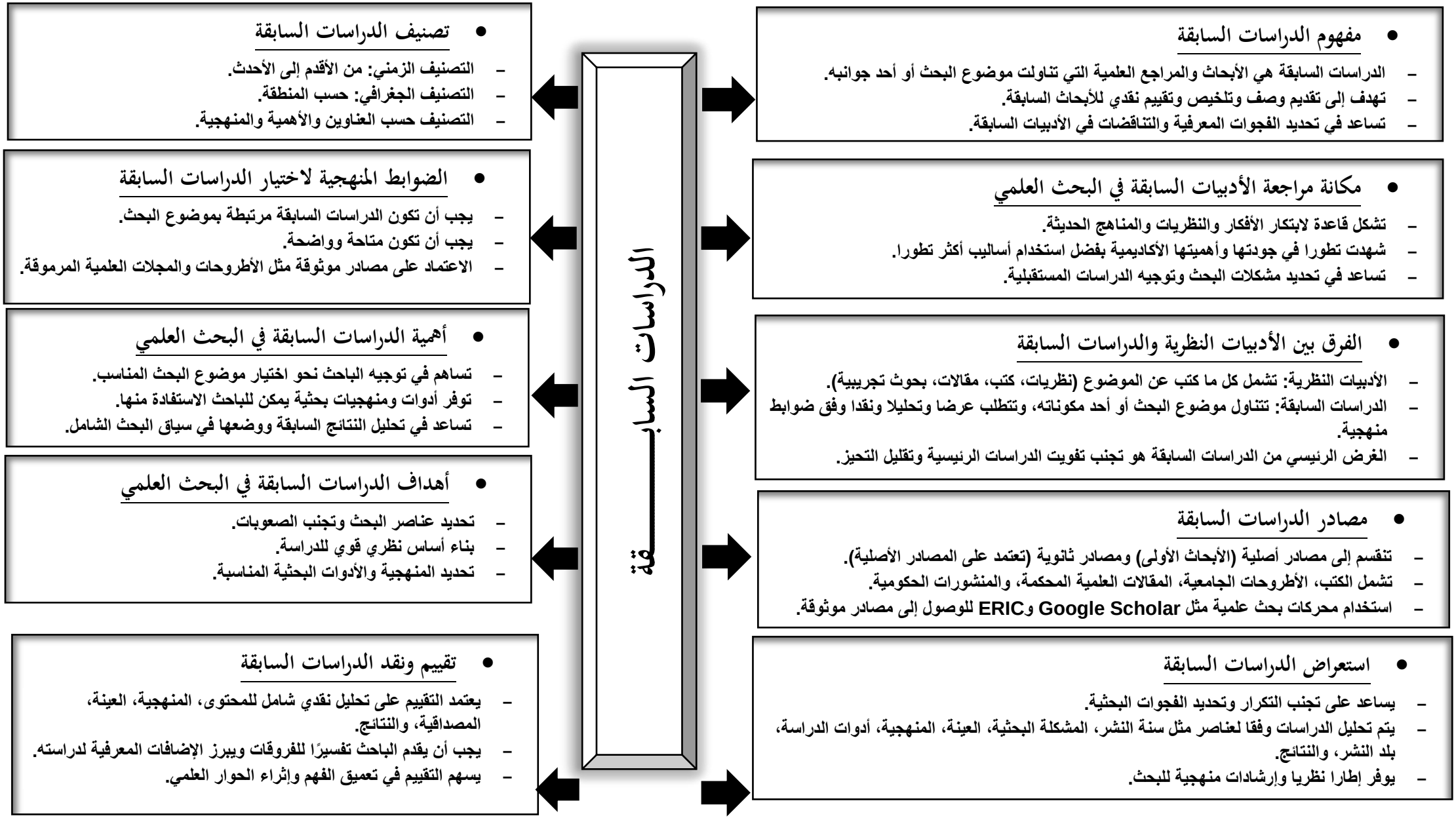
❖ **نقد النتائج:** قد يختلف الباحث مع النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة بسبب أخطاء في تحليل البيانات أو عرضها. هنا، يجب على الباحث إجراء مقارنة موضوعية بين نتائجه ونتائج الدراسات السابقة، مع التركيز على الدراسات ذات الصلة المباشرة ببحثه.

عند كتابة قسم الدراسات السابقة، لا ينبغي للباحث أن يقتصر على التلخيص فقط، بل يجب أن يركز على تحديد الفجوات البحثية بين دراسته والدراسات السابقة. هذه الخطوة ضرورية لتطوير أفكار البحث وإبراز الإضافة العلمية التي سيقدمها، ويجب أن يحدد الباحث العلاقة بين دراسته والدراسات السابقة، وكيف يمكن أن تؤثر هذه العلاقة على نتائج البحث. هذا يساعد في بناء إطار نظري متين وتوجيه عملية جمع البيانات بشكل فعال، بعد جمع البيانات يجب على الباحث توضيح الفروقات بين نتائجه ونتائج الدراسات السابقة، مع إبراز الإسهامات الجديدة التي تقدمها دراسته. يجب أن يركز على تفسير هذه الفروقات بدلا من الاكتفاء بالمقارنة، حيث إن التعليل والتفسير يعززان فهم القارئ ويثريان النقاش العلمي. (ماقري، 2022، الصفحات 16-17)

يظهر تقييم الدراسات السابقة مدى كفاءة الباحث من خلال تحليل نقدي يعتمد على كافة الجوانب، ويفضل أن تعتمد المراجع على أبحاث حديثة، مع إمكانية الاستعانة بدراسات أقدم إذا كانت ذات تأثير كبير في المجال، ويشمل هذا التحليل تقييما شاملا للمحتوى، والمنهجية المستخدمة، وخصائص العينة، ومستوى المصداقية، والنتائج المتحصل عليها، بهدف الكشف عن الثغرات البحثية، وعلى الباحث ألا يقتصر على تلخيص الدراسات السابقة، بل أن يقدم تفسيرا للفروقات ويبرز الإضافات المعرفية التي تقدمها دراسته، مما يسهم في تعميق الفهم وإثراء الحوار العلمي.

الشكل الموالي(31) يتناول ملخص لأهم العناصر التي تسمح بالفهم الجيد لجانب الدراسات السابقة ومدى أهميتها بالنسبة للبحث العلمي.

الشكل رقم:31 أهم العناصر المكونة لمفهوم الدراسات السابقة في البحث العلمي



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على أهم النقاط التي تناولها فصل الدراسات السابقة

II-6-5. المطلب الرابع: تصنيفات الدراسات السابقة حول أثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

تعد الدراسات السابقة حول أثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة من أهم المراجع التي تساعد في فهم العلاقة بين الجانب المالي للقطاع الصحي ومؤشرات التنمية الصحية، وقد تم تصنيف هذه الدراسات إلى ثلاثة أصناف رئيسية بناء على منهجياتها وأهدافها البحثية، وهي: الدراسات الوصفية والتي تناولت التحليل الوصفي لأهم المؤشرات الصحية ، الدراسات الميدانية وخصت بالتحديد واقع جودة الخدمات الصحية ميدانيا، والدراسات القياسية لمعرفة الاثر المتبادل بين مختلف المؤشرات الصحية والتنموية، وفيما يلي شرح مفصل لكل تصنيف:

❖ **الدراسات الوصفية(التحليلية)**: ركزت هذه الدراسات على تحليل ووصف المؤشرات الصحية والاقتصادية المتعلقة بالإنفاق الصحي، سواء كان عاما أو خاصا، واعتمدت هذه الأبحاث على البيانات الثانوية التي تم جمعها من تقارير منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) والبنك الدولي، بالإضافة إلى البيانات الحكومية والإحصاءات الرسمية، تميزت هذه الدراسات بتقديم نظرة شاملة حول تأثير الإنفاق الصحي على مؤشرات مثل معدل وفيات الأطفال، متوسط العمر المتوقع، وانتشار الأمراض المزمنة. على سبيل المثال، أظهرت بعض الدراسات أن زيادة الإنفاق الصحي العام ترتبط بتحسن مؤشرات الصحة العامة، خاصة في الدول النامية التي تعاني من نقص في البنية التحتية الصحية. كما أشارت دراسات أخرى إلى أن الإنفاق الصحي الخاص يمكن أن يلعب دورا مكملا للإنفاق العام، خاصة في تقديم خدمات صحية ذات نوعية ومع ذلك، فإن هذه الدراسات غالبا ما كانت محدودة في قدرتها على تحليل العلاقات السببية بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية، حيث اعتمدت بشكل كبير على الوصف الإحصائي دون التعمق في التحليل القياسي.

❖ **الدراسات الميدانية**: تميزت هذه الدراسات بالاعتماد على البيانات الأولية التي تم جمعها من خلال الاستبيانات والمقابلات مع العاملين في القطاع الصحي والمستفيدين من الخدمات الصحية، وهدفت هذه الأبحاث إلى تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية ومدى تأثير الإنفاق الصحي على تحسين هذه الجودة، على سبيل المثال قامت بعض الدراسات الميدانية بتحليل تجارب المرضى في المستشفيات العامة والخاصة، حيث أظهرت نتائجها أن زيادة

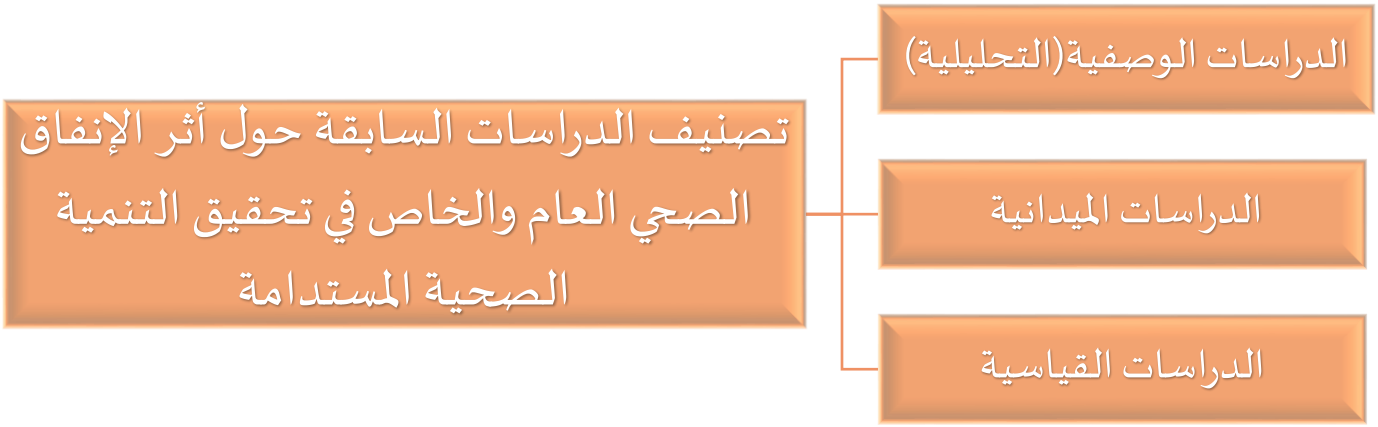
الإنفاق الصحي ترتبط بتحسين جودة الخدمات المقدمة، مثل تقليل أوقات الانتظار وتحسين كفاءة التشخيص والعلاج. كما أشارت دراسات أخرى إلى أن الإنفاق الصحي الخاص غالبا ما يرتبط بجودة أعلى في الخدمات مقارنة بالإنفاق العام، خاصة في الدول التي تعاني من ضعف في إدارة القطاع الصحي الحكومي وخصوصا الدول النامية، ومع ذلك فإن هذه الدراسات واجهت تحديات تتعلق بتمثيل العينات وصعوبة تعميم النتائج على نطاق واسع خاصة في الدول ذات التنوع الجغرافي والاجتماعي الكبير.

❖ **الدراسات القياسية:** اعتمدت هذه الدراسات على استخدام نماذج إحصائية واقتصادية متقدمة لقياس العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة، تميزت هذه الأبحاث باستخدام أدوات قياسية مثل تحليل الانحدار المتعدد، ونماذج البيانات الطولية (Panel Data)، وتحليل السلاسل الزمنية، على سبيل المثال استخدمت بعض الدراسات نماذج قياسية لتحليل تأثير الإنفاق الصحي على مؤشرات الصحية مثل معدل انتشار الأمراض المعدية ومستوى الرعاية الصحية الأولية، أظهرت نتائج هذه الدراسات أن زيادة الإنفاق الصحي العام ترتبط بشكل إيجابي بتحسين مؤشرات الصحة العامة، خاصة في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. كما أشارت دراسات أخرى إلى أن الإنفاق الصحي الخاص يمكن أن يكون أكثر فعالية في تحسين جودة الخدمات الصحية في الدول ذات الأنظمة الصحية المتعددة، ومع ذلك فإن هذه الدراسات واجهت تحديات تتعلق بجودة البيانات المتاحة ومدى ملاءمتها للنماذج القياسية المستخدمة، مما قد يؤثر على دقة النتائج التنبؤات المستقبلية.

من خلال هذا التصنيف، يتضح أن الدراسات السابقة قد ساهمت بشكل كبير في فهم العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة ومع ذلك، تبقى هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث التي تجمع بين المنهجيات الوصفية والميدانية والقياسية لتقديم رؤية شاملة ومتكاملة حول هذا الموضوع. كما أن هناك حاجة إلى دراسات تركز على التفاعل بين العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تؤثر في فعالية الإنفاق الصحي.

وتم تلخيص الدراسات السابقة في المخطط التالي حسب تصنيف المنهجية المعتمدة في الدراسات.

الشكل رقم:32 مخطط تصنيف الدراسات السابقة حسب المنهجية المعتمدة في التحليل



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على تصنيفات الدراسات السابقة

II-6-5-1. استعراض الدراسات السابقة حول أثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

يعد استعراض الدراسات السابقة خطوة أساسية في أي بحث علمي، حيث يوفر إطارا نظريا لفهم الموضوع المدروس وتحديد الفجوات المعرفية التي يمكن أن تسدها الدراسة الحالية من خلال تحليل الأبحاث السابقة، يمكن للباحثين تحديد النتائج المتوافقة والمتعارضة، مما يسهم في بناء فرضيات أكثر دقة وواقعية وهذا ما تم اعتماده في الدراسة الحالية حيث سيتم استعراض الدراسات السابقة حسب تصنيفها من خلال جدول يضم أهم المعلومات الأساسية للدراسات، وأيضا التنويه بالدراسات التي خصت الجزائر والتأكيد على فترة الدراسة الحالية.

II-6-5-2. الدراسات السابقة الوصفية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

❖ **موضحة في الجدول الموالي:**

الجدول رقم: 08 الدراسات السابقة ذات التحليل الوصفي لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

دراســــــــــــات أجنبية وتقارير منظمات عالمية						
عنوان الدراسة (المؤلف وسنة النشر)	الهدف من الدراسة (الإشكالية إن وجدت)	العينة المستهدفة (مصدر البيانات)	المنهج المتبع	الأدوات الإحصائية (طريقة التحليل)	البلد	أهم النتائج المتوصل إليها
Health and Development : Why investing in health is critical for achieving economic development goals ***International Monetary Fund 2004***	دراسة العلاقة بين الاستثمار في الصحة وتحقيق أهداف التنمية الاقتصادية	مجموعة مقالات من مجلة **Finance & Development**	التحليل الوصفي	تحليل البيانات الصحية المحلية للدول والمقارنات الدولية.	الجميع[42] (دول نامية ومتقدمة)	الصحة الجيدة تعزز التنمية الاقتصادية. تحسين الصحة يقلل من الفقر ويزيد الإنتاجية.
Addressing Financial Sustainability in Health Systems ***Sarah Thomson et al.2009***	تهدف هذه الدراسة إلى تحليل استدامة التمويل في القطاع الصحي في أوروبا، مع التركيز على التحديات المالية التي تواجهها هذه النظم واقتراح حلول لضمان استمراريتها.	دول الاتحاد الأوروبي	التحليل الوصفي	تحليل مقارن لمؤشرات الإنفاق الصحي وأداء النظم الصحية.	الجميع (27 دولة)	الاستدامة المالية للنظم الصحية الأوروبية تتطلب موازنة دقيقة بين عدة عوامل وتؤكد أن الحل ليس في خفض الإنفاق فحسب، بل في تحسين كفاءة استخدام الموارد مع الحفاظ على مبادئ الإنصاف والتغطية الشاملة.

[42] **الجميع**: يقصد بها ان الدراسة تناولت العديد من البلدان.

Sustainable Healthcare System in Nigeria : Vision, Strategies and Challenges ***Oyibocha, E.O. et al. 2014***	**تحليل تحديات النظام الصحي النيجيري واقتراح رؤى واستراتيجيات لتحقيق الاستدامة، تناولت إشكالية الدراسة: ضعف الأداء الصحي في نيجيريا**	**النظام الصحي النيجيري**	**التحليل الوصفي**	**تحليل البيانات المحلية، الاستشهاد بإحصائيات من منظمة الصحة العالمية، اليونيسف، والحكومة النيجيرية**	**نيجيريا**	**ارتفاع معدلات الوفيات (الأمهات، الرضع، والأطفال دون الخامسة).** **نقص الموارد البشرية والمادية وتفشي الفساد وعدم المساواة في توزيع الخدمات.**
Public-private partnerships (PPPs) in global health : the good, the bad and the ugly ***Arne Ruckert & Ronald Labonté 2014***	**تحليل تأثير الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الحوكمة العالمية للصحة، مع التركيز على إيجابياتها وسلبياتها وتأثيرها على العدالة الصحية**	**دراسات حالات لشراكات عالمية: الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز.**	**التحليل الوصفي**	**تحليل بيانات محلية، مراجعة نقدية للأدبيات السابقة.**	**الجميع (دول إفريقية)**	**زيادة التمويل للقاحات والأدوية، وتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، تهميش دور الحكومات، ضرورة تبني سياسات عامة تعالج المحددات الاجتماعية للصحة.**
Does intellectual capital promote the shift of healthcare organizations towards sustainable development ? Evidence from Italy ***Caterina Cavicchi, Emidia Vagnoni 2017***	**تحليل دور رأس المال الفكري[43] في تحول المنظمات الصحية نحو التنمية المستدامة في النظام الصحي الإيطالي، الإشكالية: ندرة الأبحاث حول ارتباط رأس المال الفكري بالاستراتيجيات المستدامة في القطاع الصحي.**	**شملت الدراسة 31 مديرا عاما لمستشفيات وهيئات صحية إيطالية.**	**التحليل الوصفي**	**تحليل وصفي (اختبارات غير بارامترية[44] لعدم التوزيع الطبيعي للبيانات).**	**ايطاليا**	**ساهم رأس المال الفكري في تطوير المشاريع الصحية، تعزيز التكامل بين التكنولوجيا والاستراتيجيات المستدامة، تحسين التدريب المستمر للكوادر الصحية لتعزيز الثقافة المستدامة، اعتماد هياكل تنظيمية رسمية (مثل فرق متعددة التخصصات) لإدارة الاستدامة.**

[43] **رأس المال الفكري**: هو مجموعة من الأفراد الذين تتوفر لديهم قدرات معرفية وتنظيمية تميزهم عن غيرهم من الأفراد ويمتلكون مجموعة من القدرات المعرفية والتنظيمية دون غيرهم، تمكنهم هذه القدرات من انتاج الأفكار الجديدة أو تطوير أفكار قديمة تمكن المؤسسة من توسيع حصتها السوقية وتعظيم نقاط قوتها ومعالجة نقاط ضعفها. (بن حمين ، 2016، صفحة 83)

[44] **الاختبارات اللامعلمية (اللابارامترية)**: هي اختبارات لا تتطلب وجود معلمات في البيانات أو المجتمع الذي سحبت منه البيانات، أو اختل شرط من شروط الاختبارات المعلمية، مثل عدم التجانس، عدم الاعتدال، عدم تساوي المفردات، قلة العينة أو المجتمع المدروس. (عالم و عجبنا، 2022، صفحة 42)

A Vision for Primary Health Care in the 21st Century ***World Health Organization and (UNICEF) 2018***	**تقديم رؤية حديثة للرعاية الصحية الأولية في القرن الحادي والعشرين من خلال تعزيز دور الرعاية الصحية الأولية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC)وأهداف التنمية المستدامة (SDGs)، خاصة الهدف الثالث (الصحة الجيدة والرفاه) .**	**بعض النماذج للدول الملتزمة بتحقيق الرعاية الصحية الأولية**	**التحليل الوصفي**	**مراجعة الأدبيات السابقة** **تحليل بيانات مؤشرات التغطية الصحية الشاملة**	**الجميع (86 دولة)**	**تعزيز الرعاية الصحية الأولية يسمح بتحسين النتائج الصحية، حيث سجل خفض وفيات الأطفال والأمهات في الدول الملتزمة بها، وتسمح بتحقيق أهداف التنمية المستدامة عبر تكامل الخدمات الصحية مع التعليم والإسكان، نقص التمويل: 40% من الدول تنفق أقل من 40 دولار على الفرد سنويا على الرعاية الأولية.**
Inequalities in healthcare resources and outcomes threatening sustainable health development in Ethiopia : panel data analysis ***Woldemichael A. et al. 2019***	**قياس التفاوتات في توزيع الموارد الصحية في إثيوبيا بين عامي 2000 و2015، ودراسة تأثيرها على التنمية الصحية المستدامة، تناولت الإشكالية التفاوت الكبير في توزيع الموارد الصحية بين المناطق.**	**بيانات من 11 منطقة في إثيوبيا (بما في ذلك المناطق الحضرية والريفية)**	**التحليل الوصفي**	**مؤشر جيني[45]** **مؤشر ثيل[46]** **تحليل النتائج الصحية (مثل وفيات الأطفال)، والإنفاق الحكومي على الصحة**	**إثيوبيا**	**تفاوتات عالية في توزيع الموارد الصحية (مثل الأطباء المتخصصين.** **تفاوتات كبيرة في النتائج الصحية (مثل وفيات الأطفال تحت 5 سنوات).** **تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة غير متوازن بين المناطق.**

[45]**مؤشر جيني**: يقيس مدى انحراف توزيع الدخل أو الإنفاق الاستهلاكي بين الأفراد والأسر المعيشية في اقتصاد ما عن التوزيع العادل التام (World Bank Group, 2025)

[46]**مؤشر ثيل**: هو إحصائية تستخدم لقياس التفاوت الاقتصادي. يقيس مؤشر ثيل المسافة التي يبتعد بها السكان عن حالة المساواة المثالية التي يتمتع فيها الجميع بنفس الدخل.(United States Census Bureau, 2021)

An Analysis of Public-Private Partnerships and Sustainable Health Care Provision in the Kingdom of Saudi Arabia ***Mohammed Khaled Al-Hanawi & Ameerah MN Qattan2019***	تحليل تحديات التمويل الصحي في السعودية ومدى جدوى الشراكة بين القطاعين كحل مستدام. تناولت إشكالية الدراسة الاعتماد الكلي على التمويل الحكومي في ظل التحديات الديموغرافية والاقتصادية.	تقارير وزارة الصحة السعودية، منظمة الصحة العالمية، ومنشورات أكاديمية دولية	التحليل الوصفي	مراجعة الأدبيات السابقة باستخدام قواعد بيانات مثل : Google Scholar، JSTOR،Scopus تحليل نوعي للمحتوى مع التركيز على المقارنات الدولية	السعودية	عدم كفاءة النظام الصحي الحالي بسبب المركزية والبيروقراطية. الحاجة إلى زيادة مشاركة القطاع الخاص (تهدف رؤية 2030 لرفع مساهمته إلى 35%. تحذير من مخاطر عدم المساواة في الوصول للخدمات وتركيز القطاع الخاص على الربح.
Sustainable Finance in Sustainable Health Care System ***Anastasios Sepetis2020***	التحديات المالية والتنظيمية التي تواجه النظم الصحية في تحقيق الاستدامة، مع التركيز على كيفية دمج معايير البيئة والاجتماعية والحوكمة (ESG[47]) في القرارات الاستثمارية والتمويلية.	البيانات الصحية والاقتصادية لدول الاتحاد الأوروبي	التحليل الوصفي	مؤشرات الأداء الرئيسية النمذجة المالية، تحليل المخاطر طرق التقييم النوعي، التحليل المقارن	الجميع (دول الاتحاد الأوروبي)	تقترح الدراسة إطارا لدمج معايير ESG في التحليل المالي للرعاية الصحية، مما يساعد متخذي القرار في تقييم المخاطر واتخاذ القرارات.
Health and sustainable development : progress in Georgia ***World Health Organization 2020***	تقييم وضع الصحة والرفاهية في جورجيا، وتقديم توصيات لتسريع تحقيق أهداف التنمية المستدامة.	المرافق الصحية والخدمية في جورجيا	التحليل الوصفي	مراجعة الأدبيات، وتحليل البيانات المحلية.	جورجيا	تحسن ملحوظ في صحة الأم والطفل، ومكافحة الأمراض المعدية، والتغطية الصحية الشاملة. ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية المباشرة، ونقص القوى العاملة، والتفاوتات الإقليمية.

[47]**نموذج معايير الاستثمار المستدام ESG:** يجمع بين اربعة ابعاد: الاستراتيجية، الإدارة، **الإنتاج والخدمات والتأثير المالي**. (بوطرفة و صالح، 2023، صفحة 218)

Public-private partnerships in the provision of healthcare services for sustainable development in Tanzania : A systematic literature review ***Kanti, A. K., et al. 2020***	**استعراض دور الشراكات بين القطاعين العام والخاص (PPP[48]) في تحسين تقديم الخدمات الصحية وتحقيق أهداف التنمية المستدامة في تنزانيا**	**50دراسة من قواعد بيانات مثل Google Scholar و Scopus ومنشورات منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي**	**التحليل الوصفي**	**تحليل نوعي لتقييم تأثير الشراكة بين القطاعين العام والخاص.**	**تنزانيا**	**تعزز الشراكة بين القطاعين إتاحة الخدمات الصحية وتحسن الجودة، خاصة في المناطق الريفية، نجاح النماذج المختلفة مثل العقود الخدمية وإدارة المرافق، التحديات تشمل نقص التمويل وعدم التزام الشركاء.**
Health sector spending and spending on HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria, and development assistance for health : progress towards Sustainable Development Goal 3 ***Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network 2020***	**تتبع الإنفاق الصحي العالمي لتحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بالصحة، وقياس التقدم في التمويل الصحي من أولويات الصحة العالمية مثل الإيدز والسل والملاريا، وتقييم العلاقة بين الإنفاق والنتائج الصحية.**	**(الإنفاق الصحي العام)، دول منخفضة ومتوسطة الدخل**	**التحليل الوصفي**	**استخدام نماذج رياضية وبيانات تاريخية لتقدير الإنفاق الحالي والمستقبلي.**	**الجميع (195 دولة)**	**بلغ الإنفاق الصحي العالمي 7.9 تريليون دولار في 2017، ومن المتوقع أن يصل إلى 11 تريليون دولار بحلول 2030 لكن النتائج متفاوتة حسب البلد .** **عدم كفاية الموارد في بعض الدول لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلق بالصحة بحلول 2030 بسبب قيود مثل سوء توزيع الموارد وضعف الأنظمة الصحية.**

[48] **PPP** : اختصار لعبارة Public-**private partnerships** (الشراكة بين القطاع العام والخاص).

Global Expenditure on Health : Public Spending on the Rise ? ***World Health Organization 2021***	**تحليل أنماط الإنفاق الصحي العالمي بين عامي 2000 و2019، مع التركيز على دور التمويل العام في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، خاصة في ظل التحديات مثل جائحة كوفيد 19، وتوجه الحكومات لتعزيز الإنفاق الصحي العادل والفعال، مع التركيز على الاستعداد للأزمات المستقبلية.**	**الدول ذات الدخل المرتفع والمنخفض**	**التحليل الوصفي**	**جمع بيانات الإنفاق الصحي العالمي للفترة 2000–2019**	**الجميع (194دولة)**	**يؤكد التقرير على أهمية الإنفاق العام في تمويل الصحة، والحاجة إلى الاستثمار المستمر في النظم الصحية، خاصة في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، كما يسلط الضوء على الدور الحاسم للمساعدات الخارجية والتحديات التي فرضتها جائحة كوفيد، والتي زادت من تفاقم عدم المساواة في الإنفاق الصحي عالميا.**
Role of Public-Private Partnerships in Primary Healthcare Services Worldwide : A Scoping Review ***Ghasemi et al. 2022***	**تحديد دور الشراكة بين القطاعين العام والخاص (PPP) في تقديم الرعاية الصحية الأولية عالميا، وتحسين الجودة والوصول والإنصاف في الخدمات.**	**16دراسة منشورة بين 2000–2020، مأخوذة من قواعد بيانات : Web of Science, Scopus, PubMed, ProQuest, Google Scholar.**	**التحليل الوصفي**	**تحليل وصفي للمحتوى، تصنيف النتائج حسب الموضوعات الرئيسية (مثل العدوى، التطعيم، الأمراض غير المعدية).**	**الجميع (مع تركيز على اقتصادات نامية)**	**تحسين تغطية الخدمات الصحية وجودتها عبر الشراكة بين القطاعين، تفاوت فعالية الشراكة حسب مستوى دخل البلدان، ضرورة التكامل بين القطاعين لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.**

The role of the private sector in delivering essential packages of health services : lessons from country experiences Sameen Siddiqi et al. 2023	دور القطاع الصحي الخاص في تقديم الخدمات الصحية الأساسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، مع تحديد التحديات تناولت الإشكالية صعوبات دمج القطاع الخاص المشاريع الصحية العامة.	بيانات ثانوية، تقارير منظمة الصحة العالمية، ومنشورات أكاديمية	التحليل الوصفي	مراجعة الأدبيات وتحليل تجارب الدول باستخدام قواعد بيانات مثل **Medline** و **Google Scholar** تحليل نوعي مع التركيز على المقارنات بين الدول.	الجميع (أفغانستان، إثيوبيا، باكستان، الصومال، السودان، زنجبار)	تباين كبير في مشاركة القطاع الخاص بين الدول (مثال: أفغانستان تعتمد على المنظمات غير الحكومية، بينما زنجبار لديها نظام مراقبة أقوى)، التحديات الرئيسية: نقص التنظيم، عدم المساواة في الوصول، ارتفاع التكاليف. الحاجة إلى تحسين الجودة والرقابة عبر آليات مثل: الاعتماد، العقود المبنية على النتائج.
Public Expenditure and Sustainable Health Care in India : Achieving 2030 Agenda *Richa Dwivedi, Dr. Shashikala Gurpur 2023*	تحليل واقع النظام الصحي الهندي وتحديد معوقات تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (الصحة الجيدة والرفاه) بحلول عام 2030، مع تقديم حلول عملية لتعزيز الاستدامة المالية للقطاع الصحي.	وزارة الصحة، وزارة المالية، ومؤسسات التخطيط المركزي، حكومات الولايات أنظمة الصحة المحلية وميزانيات، لمستشفيات والمراكز الصحية خاصة	التحليل الوصفي	تم جمع بيانات مالية وصحية من الفترة **1998–1999** إلى **2020–2021**. ركز التحليل على التغيرات بعد الإصلاحات المالية لعام **2014**.	الهند	خلصت الدراسة لتعزيز التمويل الصحي المستدام في الهند عبر إصلاح النظام المالي الفيدرالي وزيادة الشفافية في تخصيص الموارد، مع التركيز على الرعاية الأولية والوقائية كمدخل لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
Practices Pursuing the Sustainability of A Healthcare Organization : A Systematic Review *Alla Mostepaniuk, et al. 2023*	تحديد الطرق الفعالة لتعزيز الاستدامة الصحية في سياق تحقيق أهداف التنمية مع التركيز على الجوانب البيئية والاجتماعية والاقتصادية.	**67**دراسة منشورة في قواعد بيانات **Scopus**و **Web of Science** (**2018–2022**)	التحليل الوصفي	مراجعة منهجية، تحليل نوعي، تصنيف الدراسات بناء على التكرار والأهمية.	الجميع (**11** دولة)	تحسين الممارسات الإدارية والقيادية يزيد كفاءة المنظمات الصحية، إشراك الأطباء في الإدارة يحسن النتائج الطبية والمالية، استخدام التكنولوجيا الخضراء وإدارة النفايات يقلل من التلوث البيئي، التواصل الصحي الافتراضي يعزز الوصول العادل للخدمات.

Fiscal Sustainability of Health Systems *OECD Publishing 2024*	تتناول هذه الوثيقة الاستدامة المالية للأنظمة الصحية، مع التركيز على كيفية تمويل أنظمة صحية أكثر مرونة في ظل الميزانيات المحدودة، وتتناول التحديات قصيرة الأجل (مثل التضخم، وتراكمات ما بعد الجائحة) والضغوط طويلة الأجل (مثل شيخوخة السكان، وتكاليف التكنولوجيا).	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	التحليل الوصفي	جمع بيانات الإنفاق الصحي العالمي للفترة 2000–2021	الجميع (38 دولة)	يتطلب تمويل الأنظمة الصحية ذات مرونة الموازنة بين الضغوط المباشرة والاستدامة طويلة الأجل، يجب على الحكومات إعطاء الأولوية للاستثمارات الذكية، والكفاءة، والميزانيات القوية لضمان الاستقرار المالي مع الحفاظ على الوصول إلى الرعاية وجودتها.
دراســــــــــــــات محلية تخص الجزائر						
من أجل تنمية صحية مستدامة في " الجزائر" *أ.بومعراف إلياس وأ.د. عماي عمار جامعة سطيف، 2010*	تحليل واقع الصحة في الجزائر وعلاقتها بالتنمية المستدامة، وتحديد العوائق التي تعيق تحقيق تنمية صحية مستدامة، الإشكالية: ما هو واقع الصحة في الجزائر، وما سبل تطويرها؟	البيانات الوطنية الجزائرية (معدلات الوفيات، الأمراض، الإنفاق الصحي)، وزارة الصحة والمنظمة العالمية للصحة	التحليل الوصفي	تحليل مؤشرات الصحة (معدل الأمل في الحياة، انتشار الأمراض)، مقارنات دولية (نسبة الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي).	الجزائر	تحسن في معدل الأمل في الحياة، ارتفاع الأمراض المزمنة كالسكري وضغط الدم ضعف النظام الصحي، سوء توزيع الخدمات، نقص التمويل، تأثير العوامل البيئية (التلوث، ندرة المياه)، ترتيب الجزائر متدني عالميا في أداء النظام الصحي (المرتبة 81 حسب منظمة الصحة العالمية).

تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر بالنسبة على الموازنة العامة *محمد علي دحمان ومحمد بوقناديل* ***2016***	تقييم تطور الإنفاق العام على القطاع الصحي ومدى تحقيقه للأهداف المرسومة.	بيانات ميزانية الدولة، وزارة الصحة، والتقارير السنوية للبنك الدولي.	التحليل الوصفي	مقارنة النسب المئوية للنفقات	الجزائر	تزايد الإنفاق الصحي لكن بنسب غير كافية مقارنة بالاحتياجات، عدم عدالة التوزيع الجغرافي للموارد الصحية، ضعف العائد من البرامج التنموية رغم ضخامة الاستثمارات.
المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات *نور الدين عياشي* ***2017***	دراسة العوامل المسببة لنمو النفقات الصحية في الجزائر وآليات ترشيدها مع ضمان العدالة في الحصول على الخدمات.	بيانات من البنك الدولي، وزارة الصحة الجزائرية، منظمة الصحة العالمية.	التحليل الوصفي	تحليل اتجاهات النفقات، مؤشرات ديموغرافية وصحية، مقارنات إقليمية.	الجزائر	تزايد النفقات الصحية بسبب التحول الديموغرافي. ضعف كفاءة الإنفاق رغم ارتفاع المخصصات، اقتراح آليات مثل تعزيز الرعاية الصحية الأولية وترشيد استهلاك الأدوية.
الاتجاهات الحديثة لترشيد الإنفاق الصحي – دراسة حالة الجزائر *علي دحمان محمد، بوقناديل محمد* ***2018***	تهدف الدراسة إلى البحث في أساليب ترشيد الإنفاق الصحي في الجزائر باستخدام أدوات حديثة للحسابات الوطنية للصحة والميزانية حسب الأهداف.	بيانات ميزانية القطاع الصحي الجزائري، تقارير وزارة الصحة والمالية.	التحليل الوصفي	تحليل مالي كمي، مؤشرات الأداء، مقارنة بين الميزانيات التقليدية وحسب الأهداف.	الجزائر	أظهرت الدراسة أن الإنفاق الصحي في الجزائر شهد زيادة مستمرة ولكن لم يقابلها تحسن ملحوظ في جودة الخدمات الصحية.

نقطة التعادل كأداة للتحكم في الإنفاق الصحي بالمستشفيات العمومية الجزائرية: دراسة حالة *أ.د. الهام يحياوي، د. ليلى بوحديد2018*	**دراسة إمكانية تطبيق نقطة التعادل للتحكم في الإنفاق الصحي بمستشفى عمومي جزائري (مؤسسة الصحة الجوارية بباتنة)**	**بيانات ميزانية المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بباتنة لسنة 2014**	**التحليل الوصفي**	**حساب نقطة التعادل، والتمثيل البياني.**	**الجزائر**	**إمكانية تطبيق نقطة التعادل في المستشفيات العمومية، تحقيق التعادل في نوفمبر (متأخر زمنيا)، ضعف هامش الأمان النسبي (1%) مما يدل على ضعف المرونة المالية.**
تقييم فعالية سياسات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء معايير الكفاءة والكفاية والعدالة. *كرمين سميرة 2019*	**تحليل فعالية الإنفاق الصحي الحكومي وفق معايير الكفاية (حجم الإنفاق)، الكفاءة (التوزيع)، والعدالة (التغطية الجغرافية)**	**البيانات المالية للإنفاق الصحي في الجزائر (1990–2016) . الديوان الوطني للإحصاء، وزارة الصحة، البنك الدولي.**	**التحليل الوصفي**	**تحليل النسب المئوية للإنفاق من الناتج المحلي، ومقارنات دولية.**	**الجزائر**	**عدم كفاية الإنفاق (3.5% من الناتج المحلي عام 2016 مقابل 17% في الدول المتقدمة) انخفاض الكفاءة (70% من الإنفاق على الرواتب مقابل 30% للبنية التحتية).** **غياب العدالة في التوزيع (تركيز الخدمات في المناطق الشمالية).**
دور القطاع الوقفي في تمويل الإنفاق الصحي *أ. قريش محمد، د.كوديد سفيان 2019*	**تسليط الضوء على دور الوقف في تمويل الإنفاق الصحي، مع التركيز على الجزائر ومقارنتها بتجارب دولية (الكويت، الإمارات، وقف بيل غيتس).**	**بيانات منظمة الصحة العالمية، تقارير دولية، وتحليل تجارب الأوقاف الصحية في دول مختارة**	**التحليل الوصفي**	**تحليل إحصائي للنسب المئوية للإنفاق الصحي، تحليل مقارن للتجارب الوقفية.**	**الجزائر**	**دور الوقف في تخفيف العبء على القطاع العام، ضعف الاستثمار الوقفي في الجزائر مقارنة بدول أخرى، نجاح التجارب الدولية في دعم الصحة عبر الأوقاف.**

اقتصاد الصحة في الجزائر: تمويل وآفاق *د.تيلولت سامية 2020*	تقييم مدى تطابق الموارد المالية المخصصة للصحة مع الأهداف الصحية في ظل التحديات الاقتصادية للجزائر	بيانات قطاع الصحة 2004-2018	التحليل الوصفي	تحليل المعطيات المالية (الميزانيات السنوية وميزانيات قطاع الصحة).	الجزائر	ضعف نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي (أقل من 5%)، سوء توزيع الموارد المالية المتاحة، ضعف التسيير وغياب الرقابة الفعالة.
تقييم جودة الخدمات الصحية بالقطاع الصحي العمومي لولاية البليدة للفترة (2014-2017) من منظور التغطية الصحية *حمزة كواديك 2021*	تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال مؤشرات التغطية الصحية (الأسرة، الأطباء، شبه الطبيين) ومدى تأثيرها على أداء القطاع.	العينة: المؤسسات العمومية الصحية في ولاية البليدة (10 مؤسسات)، وزارة الصحة الجزائرية (تقارير 2014-2017).	التحليل الوصفي	تحليل الجداول الإحصائية لمؤشرات التغطية الصحية (عدد الأسرة، الأطباء، شبه الطبيين) ونسبتها إلى عدد السكان.	الجزائر	ضعف معدلات التغطية الصحية (2 سرير لكل 1000 نسمة، طبيب عام لكل 2000 نسمة)، انخفاض عدد الأطباء الأخصائيين وشبه الطبيين، تدهور جودة الخدمات وزيادة الإقبال على القطاع الخاص.

آليات ترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية بالجزائر: دراسة تحليلية تقييمية خلال الفترة (2008–2018) ***أ.سعداوي سامية و أ.د. خليل عبد القادر 2021***	**تحليل آليات ترشيد الإنفاق العام الصحي في الجزائر وتقييم فعاليتها خلال الفترة (2008–2018)**	**البيانات المالية والمؤشرات الصحية الرسمية من وزارة الصحة، البنك الدولي، ومجلس المحاسبة**	**التحليل الوصفي**	**تحليل تطور النفقات، مؤشرات الصحة، ومقارنة نسب الإنفاق.**	**الجزائر**	**ضعف مؤشرات الإنفاق الصحي مقارنة بالاحتياجات، ارتفاع الإنفاق على التسيير مقابل محدودية الإنفاق على التجهيز، تطبيق آليات الحوكمة والرقابة المالية ساهم في تحسين الشفافية لكن لم يحد من التزايد المستمر في الإنفاق**
إشكالية الإنفاق على الصحة ورهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2020 ***مشري محمد وبن عطة محمد 2023***	**دراسة العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها (الدولة، الضمان الاجتماعي، الأسر) خلال الفترة 1990–2020.**	**بيانات سنوية للجزائر 1990–2020**	**التحليل الوصفي**	**تحليل العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها (الدولة، الضمان الاجتماعي، الأسر) خلال الفترة 1990–2020.**	**الجزائر**	**تزايد الإنفاق الصحي مع اعتماد كبير على تمويل العام للدولة، ارتفاع نفقات الضمان الاجتماعي بسبب العلاج بالخارج وزيادة فاتورة الأدوية.**
دراسة مقارنة لمساهمة كل من القطاع العام والخاص في تحسين الخدمات الصحية في الجزائر ***شيخ محمد 2023***	**تقييم فعالية القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية وتأثيرهما على التنمية البشرية.**	**بيانات وزارة الصحة الجزائرية (2000–2018)، تقارير البنك الدولي، استطلاعات رضا المرضى.**	**التحليل الوصفي**	**مقارنة نسبية (عدد الأسرة، التجهيزات الطبية، التغطية البشرية).**	**الجزائر**	**هيمنة القطاع العام على الخدمات الاستشفائية (94% من الأسرة)، تفاوت في توزيع الخدمات بين المناطق، انخفاض رضا المرضى عن جودة الخدمات في القطاع العام.**

المصدر: من إعدادا الباحث

II-6-5-3. تحليل الدراسات السابقة الوصفية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

تعتبر الدراسات الوصفية أدوات أساسية في تحليل ديناميكيات الإنفاق الصحي، حيث تتيح للباحثين جمع وتحليل البيانات المتعلقة بالأنماط والسياسات الصحية، وتسهم هذه الدراسات في تقديم صورة شاملة عن كيفية توزيع الموارد الصحية، مما يسمح بتحديد العوامل المؤثرة في فعالية الإنفاق، وكذلك مدى ملاءمته لاحتياجات المجتمع، و من خلال دراسة أنماط الإنفاق وتأثيرها على النتائج الصحية، يمكن للباحثين الكشف عن نقاط الضعف والقوة داخل الأنظمة الصحية، مما يؤدي بدوره إلى تعزيز الشفافية والمساءلة في إدارة الموارد، علاوة على ذلك فإن الدراسات الوصفية تساهم في تشكيل واستراتيجيات تطوير سياسات الصحة العامة من خلال تزويد صانعي القرار بالمعلومات القيمة التي تزيد الحاجة إليها، وتتمكن هذه الدراسات من توجيه الجهود نحو تحقيق التنمية الصحية المستدامة، إذ تعكس البيانات المستمدة واقع المجتمع وكيفية تفاعله مع الأنظمة الصحية من خلال تسليط الضوء على العلاقة التي تجمع العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مما يسهم في تصميم برامج وسياسات صحية واقتصادية لذلك، فإن تعزيز البحث الوصفي يعد خطوة محورية نحو تطوير نهج مستدام في إدارة الإنفاق الصحي، وتوضح الدراسات الوصفية أيضا كيفية تعامل الدول مع التحديات الصحية، مما يسلط الضوء على الفجوات في المنظومة الصحية ويعزز من فاعلية خطط العمل المستقبلية، من خلال تحليل فعالية البرامج الصحية الموجهة يمكن للمشرفين أن يتخذوا التدابير اللازمة لتحسين النتائج وجودتها، وبالتالي تعزيز التنمية المستدامة للصحة، لذلك فإن التكامل بين الدراسات الوصفية والبيانات الكمية والكيفية يعد ذات أهمية كبيرة لتطوير فهم شامل يساعد على دفع تحول الأنظمة الصحية نحو التكامل والابتكار، مما يعكس سعي الدول لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في مجال تحقيق التغطية الصحية الشاملة، ومن خلال تحليل هذه الأدبيات الوصفية السابقة لموضوع الدراسة، يمكن تحديد العوامل المؤثرة في ديناميكيات الإنفاق الصحي، والتي تشمل العوامل الاقتصادية (نمو الناتج المحلي الإجمالي GDP، ومعدلات التضخم)، والعوامل الديموغرافية (نسبة المواليد)، والسياسات الحكومية (التأمين الصحي)، الأزمات الصحية الطارئة (كجائحة كوفيد-19). وتهدف هذه التحليلات إلى:

- معرفة المؤشرات الكمية والنوعية الرئيسية (كنسبة الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي).
- مقارنة النماذج الصحية بين الدول ومدى التزامها بتحقيق التنمية الصحية المستدامة.
- محاولة معرفة الثغرات المنهجية في الدراسات السابقة.

❖ تحليل الدراسات الوصفية الأجنبية وتقارير المنظمات العالمية

▪ الاتجاهات العامة في الدراسات الأجنبية

- **التركيز على الاستدامة المالية**: ناقشت معظم الدراسات والتقارير العالمية تمويل الأنظمة الصحية في ظل الضغوط الاقتصادية والاجتماعية المتزايدة (التضخم وزيادة معدل الشيخوخة)، مع اقتراح حلول، كتحسين كفاءة الإنفاق ودمج معايير الاستثمار المستدام، مثل دراسة *(Thomson et al. 2009)* أشارت إلى أن الاستدامة في أوروبا تتطلب موازنة بين الإنفاق والجودة، وليس مجرد زيادة ميزانيات قطاع الصحة.
- **الشراكة بين القطاعين العام والخاص**: للشراكة بين القطاع الصحي العام والخاص إيجابيات منها تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية (خاصة في الدول التي تعاني من ضعف التنمية، كما في دراسة Kanti *et a. 2020* عن تنزانيا)، ومن سلبيات هذه الشراكة تضارب المصالح وعدم المساواة كما حذرت دراسة(*Ruckert & Labonté 2014.*)
- **الربط بين الصحة والتنمية الاقتصادية**: أكدت تقارير *IMF 2004* و *WHO 2018* أن **الاستثمار في الصحة** يقلل الفقر ويزيد الإنتاجية، خاصة عبر الاهتمام ب**الرعاية الصحية الأولية** التي تعتبر أداة مهمة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

▪ المنهجيات المستخدمة

- **التحليل المقارن** :مثل دراسة *Global Burden of Disease 2020* التي قارنت الإنفاق الصحي في 195 دولة.
- **مراجعات منهجية** للأدبيات السابقة: كدراسة *Ghasemi et al. (2022)* التي حللت 16 دراسة عن الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الرعاية الصحية الأولية ودورها في تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

❖ **تحليل الدراسات المحلية (الجزائر)**

- **خصائص الدراسات الوصفية الجزائرية**

- **الاعتماد على التحليل الوصفي: المنهج المعتمد في كامل الدراسات هو المنهج الوصفي التحليلي** يعتمد على بيانات وزارة الصحة والبنك الدولي مثل دراسة (*دحمان وبوقناديل 2016*)، ايضا هناك دراسات اعتمدت على دراسات حالة مثل تطبيق نموذج **نقطة التعادل**[49] في مستشفى باتنة *(يحياوي وبوحديد 2018)*.

- **التركيز على تحليل المؤشرات:**

– **المؤشرات الاقتصادية:** نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي، توزيع الميزانية...

– **المؤشرات الصحية:** معدل الأمراض المتنقلة، عدد الأسرة، التغطية الطبية...

- **المقارنات المرجعية:** مقارنة البيانات الجزائرية حسب معايير دولية (منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي) ومع دول عربية وأفريقية.

II–6–5–4. أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات الوصفية

- **أوجه التشابه بين الدراسات:**

- **موضوع الدراسة:** جميع الدراسات تتناول الإنفاق الصحي وجودة الخدمات الصحية في الجزائر، مع التركيز على:

– كفاءة التمويل وعدالة التوزيع الجغرافي.

– تأثير الإنفاق على التنمية الصحية.

- **المنهجية المستخدمة:**

– الاعتماد على التحليل الوصفي للبيانات الرسمية (وزارة الصحة، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية).

– استخدام المقارنات الدولية أو الإقليمية لتقييم أداء النظام الصحي الجزائري.

[49] **نقطة التعادل:** يقصد بنقطة التعادل تساوي مجموع التكاليف الثابتة والمتغيرة التي تحملتها المؤسسة مع حجم مبيعاتها (نشاطها)، وهنا يتحقق التعادل أي أنه لا يوجد لا ربح ولا خسارة. وتسمى نقطة التعادل كذلك بعتبة المردودية، نقطة التوازن، نقطة الصفر، النقطة الميتة... (يحياوي و بوحديد، 2018، صفحة 279)

- **المصادر البيانات:** بيانات وزارة الصحة الجزائرية، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، الديوان الوطني للإحصاء.
- **النتائج المشتركة المتوصل إليها:**

- **ضعف كفاءة الإنفاق الصحي.**
- **سوء التوزيع الجغرافي** للخدمات (تركيز الخدمات في الشمال مقابل إهمال الجنوب).
- **ارتفاع نسبة الإنفاق الموجه للتسيير** مقابل ضعف الاستثمار في البنية التحتية والتجهيزات.
- **تزايد الأمراض المزمنة** وارتفاع كلفة العلاج خصوصا بالقطاع الخاص.
- **نقص التمويل** (الإنفاق الصحي أقل من 5% من الناتج المحلي مقابل 17% في الدول المتقدمة).
- **ضعف الرقابة والحوكمة** في إدارة الموارد الصحية.
- **الاعتماد الكبير على القطاع العام** مقابل ضعف مشاركة القطاع الخاص.

- **أوجه الاختلاف بين الدراسات:**

- **من حيث الفترة الزمنية محل الدراسة:**

➢ **دراسات طويلة الأمد** مثل الدراسات:

- *(كرمين سميرة 2019)*: غطت الفترة **1990–2016**.
- *(مشري محمد وبن عطة محمد 2023)*: حللت البيانات من **1990إلى 2020**.

➢ **دراسات قصيرة الأمد** مثل الدراسات:

- *(حمزة كواديك 2021)*: ركزت على الفترة **2014–2017**.
- *(الهام يحياوي وليلى بوحديد 2018)*: درست بيانات سنة **2014**فقط (مستشفى باتنة).

- **من حيث الموضوع:**

- التركيز على التمويل والإنفاق.
- التركيز على جودة الخدمات الصحية.
- التركيز على آليات بديلة للتمويل.

- **من حيث النتائج والتوصيات:**

❖ بعض الدراسات أشارت إلى زيادة الإنفاق المطلق.

❖ دراسات أخرى أكدت ضعف العائد منه.

ويمكن تلخيص أوجه التشابه الأكبر بين الدراسات الوصفية للجزائر هو انتقاد ضعف النظام الصحي الجزائري رغم زيادة الإنفاق، مع التركيز المشترك على عدم الكفاءة وغياب العدالة، والاختلافات الرئيسية تكمن في الفترات الزمنية للدراسات، ومقترحات الحلول المتباينة لترشيد الإنفاق، والتقييمات المختلفة لجودة الخدمات الصحية وطرق تحسينها، ويمكن تلخيص التحليل السابق من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم :09 أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات الوصفية

المعيار	الدراسات القياسية الأجنبية	الدراسات القياسية المحلية (الجزائر)
المنهجية	التحليل المقارن بين الدول. المراجعات المنهجية للأدبيات السابقة. دراسات حالة (خاصة في الدول النامية).	التحليل الوصفي للبيانات الرسمية (وزارة الصحة، البنك الدولي). دراسات حالة محدودة والاعتماد على المقارنات المرجعية مع معايير دولية مثل منظمة الصحة العالمية.
النتائج	ضرورة تحقيق الاستدامة المالية عبر كفاءة الإنفاق. التطرق إلى إيجابيات وسلبيات الشراكة بين القطاعين العام والخاص. الربط بين الاستثمار الصحي والتنمية الاقتصادية.	ضعف كفاءة الإنفاق الصحي. سوء التوزيع الجغرافي للخدمات. ارتفاع الإنفاق على التسيير مقابل ضعف الاستثمار في البنية التحتية. هيمنة القطاع العام وضعف مشاركة القطاع الخاص.
الفجوات البحثية	غياب تأثير العوامل السياسية على التمويل الصحي. نقص دراسات الجدوى طويلة الأمد للشراكات بين القطاعين العام والخاص.	غياب تأثير العوامل السياسية والاقتصادية على الإنفاق الصحي. عدم دراسة تأثير التكنولوجيا (الصحة الرقمية) على الكفاءة. ندرة المقارنات مع دول مماثلة.

المصدر: من إعداد الباحث

II-6-5-5. الدراسات السابقة الميدانية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

الجدول رقم: 10 الدراسات السابقة الميدانية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

دراســــــــــــات أجنبية						
عنوان الدراسة (المؤلف وسنة النشر)	الهدف من الدراسة (الإشكالية إن وجدت)	العينة المستهدفة (مصدر البيانات)	المنهج المتبع	الأدوات الإحصائية (طريقة التحليل)	البلد	أهم النتائج المتوصل إليها
Private healthcare quality : applying a SERVQUAL model ***Mohsin Muhammad Butt, Ernest Cyril de Run 2010***	استخدام نموذج SERVQUALلقياس جودة الخدمات الصحية في القطاع الخاص، وتحديد الفجوة بين توقعات المرضى وتصوراتهم	340مشاركا من مرتادي مرافق الرعاية الصحية الخاصة.	دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL	تحليل المتوسطات، الارتباط، باستخدام برنامجي SPSS وAMOS	ماليزيا	وجود فجوة سلبية معتدلة في جودة الخدمات الصحية الخاصة، أبعاد SERVQUAL أظهرت فجوات سلبية.
Using the SERVQUAL Model to Evaluate the Impact of Public Service Reforms in the Provision of Primary Health Care in Botswana ***Jaloni Pansiri, Rebana N. Mmereki 2010***	تقييم تأثير إصلاحات الخدمة العامة على جودة الرعاية الصحية الأولية في بوتسوانا باستخدام نموذج.SERVQUAL	151مريضا من المستشفيات والعيادات، تم جمع البيانات عبر استبيان.	دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL	تحليل المتوسطات، الانحراف المعياري، معامل ألفا كرونباخ، تحليل الارتباط.	بوتسوانا	وجود فجوة كبيرة بين توقعات المرضى وتصوراتهم لجميع أبعاد SERVQUAL. بعد الضمان سجل أعلى فجوة سلبية. الإصلاحات لم تحسن جودة الخدمة بشكل ملحوظ.

The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale ***Purcărea et al. 2013***	**تقييم جودة الخدمات الصحية العامة في رومانيا باستخدام مقياس SERVQUAL[50] وتحديد الفجوات بين التوقعات والتصورات.**	**183 امرأة من تلقوا خدمات الرعاية الصحية في القطاع العام.**	**دراسة ميدانية باستخدام مقياس SERVQUAL المعدل.**	**تحليل العوامل، تحليل الفجوات.**	**رومانيا**	**أكبر فجوة سلبية سجلت ببعد الملموسية (2.02–) تليها الفجوة الثانية بعد الاستجابة (1.26–)، تدني جودة الخدمات في الجوانب المادية (التجهيزات، المظهر).**
Assessing Patient's Satisfaction Using SERVQUAL Model : A Case of Sunyani Regional Hospital, Ghana ***Peprah & Atarah 2014***	**تقييم رضا المرضى في مستشفى عمومي إقليمي بغانا باستخدام نموذج SERVQUAL.**	**214مريضا (من أصل 298 استجابة)**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL**	**الإحصاء الوصفي، نموذج فجوات الجودة.**	**غانا**	**الرضا العام جيد، لكن وجود فجوات سلبية في 4 أبعاد "الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التواصل". أعلى فجوة سلبية في "الموثوقية." أبعاد "الملموسية" و"التعاطف" حصلت على تقييم إيجابي.**
Assessing Quality of Healthcare Service by the SERVQUAL Model : A Case Study of a Field Hospital ***Ajam et al. 2014***	**قياس جودة الخدمات في مستشفى ميداني إيراني وتحديد الفجوات بين توقعات المرضى وإدراكهم.**	**100مريض في مستشفى عمومي (إيران).**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL**	**الإحصاء الوصفي، تحليل التباين.**	**إيران**	**وجود فجوة إيجابية في الجودة "الإدراك أعلى من التوقعات". أعلى فجوة سلبية في "الاستجابة"، وأعلى فجوة إيجابية في "إمكانية الوصول".**

[50] **نموذج (Servqual)**: يعرف بمقياس جودة الخدمة، وهو ناتج عن دمج عبارتي (service) التي تعني الخدمة و(Qualité) التي تعني الجودة، وهو وسيلة من وسائل قياس جودة الخدمة. (سلطاني و يحياوي، 2015، صفحة 225)

Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale ***Min Li et al. 2015***	تقييم تصورات المرضى لجودة الخدمة في مستشفيات تسع مدن صينية وتحسينها	3071 مريضا من مستشفيات العمومية في 09 مدن صينية.	دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL	تحليل العوامل، تحليل التباين، تحليل الانحدار.	الصين	المرضى راضون بشكل عام عن جودة الخدمة، كبار السن (60+) أكثر رضا من الفئة العمرية 40–49.
Service quality assessment in health care sector : the case of Durres public hospital ***Kalaja et al. 2016***	تقييم جودة الخدمات في مستشفى عمومي في ألبانيا باستخدام نموذج SERVQUALلقياس الفجوة بين توقعات المرضى وتصوراتهم.	200 مريض تم استطلاع آرائهم عبر استبيان خلال الفترة من جوان إلى سبتمبر 2015.	دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL	تحليل الفجوات، تحليل الانحدار المتعدد.	ألبانيا	وجود فجوات إيجابية في جميع أبعاد الجودة (التعاطف، الملموسية، الاستجابة، الضمان، الموثوقية). أعلى فجوة إيجابية في بعد الموثوقية (0.54) يليه الاستجابة (0.51). 75% من المرضى راضون عن الخدمات.
Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals : Using SERVQUAL ***Al-Neyadi et al. 2016***	تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة والخاصة في الإمارات باستخدام أبعاد SERVQUALالخمسة.	127مريضا تم قبولهم في مستشفيات الإمارات خلال 6 أشهر قبل الدراسة.	دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL	الإحصاء الوصفي، تحليل التباين.	الإمارات العربية المتحدة	عدم وجود فرق معنوي في الرضا بين المستشفيات العامة والخاصة. أعلى تقييم لبعد "الضمان"، وأدنى تقييم لـ "الاستجابة." المرضى راضون عن رعاية التمريض، لكن عدم وجود فرق في رضا الأطباء أو بيئة المستشفى.

Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale : An application on a hospital ***Mehmet Pekkaya, Öznur Pulat İmamoğlu, Hayriye Koca 2017***	تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى تركيا باستخدام نموذج SERVQUAL، وتحليل تأثير العوامل الديموغرافية على رضا المرضى.	626 مريضا من مستشفى جامعة بولنت إسيفيت، تم جمع البيانات عبر استبيان	دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL	تحليل التباين، تحليل الموثوقية، تحليل الارتباط.	تركيا	بعد الملموسات سجل أعلى جودة خدمة، بينما سجلت الموثوقية أقل فجوة. المرضى ذوو الدخل المنخفض أعطوا تقييمات أعلى لجودة الخدمة. الموثوقية كانت البعد الأكثر تأثيرًا في رضا المرضى.
Assessing the quality of healthcare services : A SERVQUAL approach ***Tripathi & Siddiqui 2018***	قياس جودة الخدمات الصحية في الهند باستخدام نموذج SERVQUALوتحديد أولويات التحسين	338مريضا من مستشفيات حكومية وخاصة في الهند.	دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL	تحليل الفجوات، اختبار الموثوقية (Cronbach's Alpha)،	الهند	بعد الموثوقية كان الأكثر تأثيرا في جودة الخدمة (33%)، يليه بعد الضمان، وجود فجوة إيجابية في بعد الملموسية (1.13+) والضمان (0.95+)، مما يشير إلى تجاوز التوقعات، فجوة سلبية في التعاطف (1.07−)والاستجابة (1.16−) يدل على الحاجة لتحسين التفاعل مع المرضى.
Healthcare service quality-measurement models : a review ***Berhanu Endeshaw 2021***	مراجعة نماذج قياس جودة الخدمات الصحية وتقييم مدى ملاءمتها للبلدان النامية. 2015-1979	مراجعة 74 دراسة من قاعدة بيانات Emerald ABI/Inform ScienceDirect EBSCOhost	مراجعة منهجية للدراسات السابقة	تحليل محتوى النماذج مثل نموذج SERVQUAL	الجميع (البلدان النامية)	عدم وجود نموذج موحد لقياس جودة الخدمات الصحية، النماذج الغربية غير مناسبة للبلدان النامية بسبب الاختلافات الثقافية والاقتصادية.

SERVQUAL Method as an "Old New" Tool for Improving the Quality of Medical Services ***Jonkisz et al. 2021***	**مراجعة منهجية لاستخدام نموذج SERVQUALفي تحسين جودة الخدمات الطبية.**	**مراجعة الأدبيات السابقة من قواعد بياناتScopus PubMed Cochrane**	**مراجعة منهجية للدراسات السابقة.**	**تحليل محتوى الدراسات السابقة.**	**الجميع (أوروبا، آسيا).**	**أداة SERVQUAL فعالة لقياس جودة الخدمات الطبية، الفجوة بين توقعات المرضى وإدراكهم، وتطبيقاتها تشمل المستشفيات والعيادات والرعاية الأولية.**
تقييم دور إدارة الرعاية الطبية في إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية ***عطية عبد الواحد سالم2021***	**تقييم دور إدارة الرعاية الطبية في إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية**	**مقدمي الخدمات الصحية في مستشفى طرابلس الجامعي**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL**	**SPSS، تحليل إحصائي تحليل التباين، اختبار فرضيات**	**ليبيا**	**وجود صعوبات في تقديم خدمات صحية عالية الجودة بسبب غياب الوعي الصحي بين مقدمي الخدمة.**
قياس جودة الخدمات الصحية على وفق أنموذجSERVQUAL ***عماد عبد الجبار علي غناوي2021***	**قياس جودة الخدمات الصحية وفق نموذج SERVQUAL في مستشفى في العراق**	**مرضى في مستشفى عام بالعراق**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذجSERVQUAL**	**تحليل إحصائي تحليل التباين**	**العراق**	**وجود فجوات سلبية بين توقعات المرضى وأداء الخدمة الفعلي، خاصة في مجالات الاعتمادية والتعاطف والاستجابة.**
دور الالتزام بأخلاقيات المهنة في تحسين جودة الخدمة الصحية: دراسة حالة في مستشفى الشرفة العام بالسعودية ***الحسن ناصر محمد آل قريشة 2024***	**تحليل تأثير الالتزام بأخلاقيات المهنة على جودة الخدمات الصحية.**	**987موظفا (أطباء، تمريض، إداريون) في مستشفى عمومي.**	**دراسة ميدانية قياس الجودة.**	**تحليل الانحدار، اختبارات Mann Whitney[51] باستخدام برنامج SPSS**	**السعودية**	**وجود علاقة إيجابية قوية ($p < 0.01$) بين الالتزام بأخلاقيات المهنة وجودة الخدمات الصحية.**

[51]**اختبار Mann Whitney**: لاختبار الفرضيات حول الفرق بين متوسطي مجتمعين في حالة العينات المستقلة للنموذج الإحصائي اللابرامتري. (بن صديق ، 2023، صفحة 1861)

دراســــــــــــــات محلية تخص الجزائر						
The Quality of Health Services in Bechar Public Hospital Institution ***Belaid et al. 2015***	**دراسة تأثير جودة خدمات المستشفى على رضا المرضى**	**مرضى مستشفى بشار العام**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL**	**تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS ، تحليل الانحدار**	**الجزائر**	**نقص في الاستجابة من الطاقم الطبي وعدم وجود جميع التخصصات الطبية في المستشفى.**
استخدام نموذج SERVQUAL لتقييم مستوى الخدمات الصحية: دراسة ميدانية ***وفاء سلطاني وإلهام يحياوي 2015***	**دراسة تطبيق نموذج SERVQUAL في تقييم الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة**	**عينة من المرضى في مستشفى خاص في باتنة**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL**	**تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS ، تحليل الانحدار**	**الجزائر**	**تم تحديد أبعاد الخدمة الصحية التي تؤثر على رضا المرضى باستخدام نموذج SERVQUAL.**
تقييم جودة الخدمات الصحية في المخابر الطبية الخاصة (دراسة عينة من زبائن المخابر الطبية الخاصة في ولاية معسكر) ***فطيمة عبيد الله، 2017***	**تقييم جودة الخدمات الصحية في المخابر الخاصة**	**100مريض من زبائن المخابر في ولاية معسكر**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL**	**تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS.**	**الجزائر**	**المخابر الطبية الخاصة في ولاية معسكر تقدم خدمات ذات جودة متوسطة، خاصة في الأبعاد المتعلقة بالاستجابة والتعاطف**
أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز. (دراسة حالة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحميدة بن عجيلة بالأغواط) ***بن تربح بن تربح، عيسى معزوزي2018***	**دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية**	**عينة من المرضى في مستشفى أحميدة بن عجيلة بالأغواط**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL**	**تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS**	**الجزائر**	**تبين الدراسة أن جودة الخدمات الصحية تؤثر على سمعة المستشفى ونجاحه المؤسسي.**

مساهمة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من منظور المرضى : دراسة عينة من مرضى المؤسسة الاستشفائية العمومية قرين العياشي *رمزي العباسي، نعرورة بوبكر2019*	تحليل تأثير مؤشرات جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في مستشفى قرين العياشي	عينة من المرضى في مستشفى قرين العياشي في ولاية عنابة	دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS، اختبار تحليل التباين.	الجزائر	أظهرت الدراسة أن هناك ضرورة لتوسيع وتحسين البنية التحتية للمستشفى لتحسين جودة الخدمة.
تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية –دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية– *أوبختي نصيرة، مهديد يمينة 2020*	تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الجزائرية وتأثيرها على رضا المرضى	عينة من المرضى في مستشفى مغنية	دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS، اختبار تحليل التباين.	الجزائر	المرضى راضون عن الأبعاد المتعلقة بالاعتمادية، الأمان، والتعاطف؛ وتوصيات لتحسين الخدمات الصحية
أثر أبعاد جودة الخدمات الصحية على ولاء المرضى (دراسة حالة عيادة أمينة بولاية البليدة–الجزائر–) *الحاج مكي، مولود حواس2021*	معرفة تأثير أبعاد جودة الخدمات الصحية على ولاء المرضى	150مريضا في عيادة أمينة بولاية البليدة	دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS	الجزائر	التعاطف كان البعد الأكثر تأثيرا على ولاء المرضى.
دور أبعاد جودة الخدمات الصحية في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب –عين تموشنت– *إسماعيل مراد، هاجر بوزيان الرحماني 2021*	دراسة تأثير أبعاد جودة الخدمات الصحية على رضا الزبائن في مستشفى الدكتور بن زرجب	160مريضا في مستشفى الدكتور بن زرجب	دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS	الجزائر	جميع أبعاد الجودة الصحية كانت مرتبطة إيجابيًا مع رضا المرضى.

قياس جودة الخدمات الصحية وفق نموذج الأداء الفعلي SERVPERFدراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية أدرار ***بن زيدي عبد اللطيف، بلوافي عبد المالك 2021***	**دراسة قياس جودة الخدمات الصحية باستخدام نموذج SERVPERF[52] في مستشفى أدرار**	**مرضى مستشفى عمومي في ولاية أدرار**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVPERF**	**تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS، اختبار تحليل التباين، اختبار فرضيات.**	**الجزائر**	**تبين أن جودة الخدمات الصحية المقدمة لها تأثير إيجابي على المرضى، مع أهمية الأبعاد الخمسة للجودة.**
قياس مستوى جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية باستخدام مقياس SERVPERF دراسة عينة من مرضى المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية عنابة ***خروف منير، فريحة ليندة، بوعزيز ناصر 2021***	**قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفيات الجزائر باستخدام مقياسSERVPERF**	**255مريضا في مستشفيات عمومية بولاية عنابة**	**دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVPERF**	**تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS، اختبار تحليل التباين، اختبار فرضيات.**	**الجزائر**	**خلصت الدراسة إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفيات الجزائر منخفض.**

[52] **نموذج الأداء الفعلي SERVPREF:** يركز بشكل اساسي على الأداء الفعلي لنتائج خدمات الجودة، ويستند هذا النموذج إلى التقييم المباشر لتقنيات أبعاد الجودة الخمسة. (بن يمينة و بوزيان ، 2018، صفحة 03)

قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى :دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة *الطيب جمعة 2021*	دراسة علاقة مؤشرات جودة الخدمات الصحية على مستوى أداء الخدمة في المستشفى الجامعي في باتنة	عينة من المرضى في المستشفى الجامعي بمدينة باتنة	دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS، اختبار تحليل التباين.	الجزائر	وجدت الدراسة علاقة قوية بين مؤشرات جودة الخدمة الصحية ومستوى أدائها.
Measuring the Quality of Health Services in Algeria ***Benhamouda & Khelifa 2022***	مستفيدون من التأمين الصحي الوطني(CNAS)	قياس جودة خدمات الرعاية الصحية بالجزائر من خلال سبعة أبعاد	دراسة ميدانية تضمنت العديد من الأبعاد منها: ابعاد الجودة، التكلفة والإنصاف	تحليل إحصائي تحليل الانحدار	الجزائر	تباين في تقييم الخدمات الصحية بين المؤسسات العامة والخاصة. الحاجة إلى تحديث الخدمات.
أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء – دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري– *ريمة أوشن، إيمان بن زيان، همامة بن عمومة 2022*	دراسة أسباب تدني جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء	286طبيبا في المراكز الاستشفائية للشرق الجزائري	دراسة ميدانية ضمت العديد من الأبعاد منها: الإدارة والجودة	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS	الجزائر	العاملين والإدارة كانا أكثر الأبعاد المسببة لتدني مستوى الخدمات الصحية.

دور إدارة الأزمات في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المستشفى الجديد، ترابي بوجمعة، ولاية بشار *مازوزي محمد، مخلوفي عبد السلام2024*	دراسة دور إدارة الأزمات في تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفى ترابي بوجمعة	52موظفا في مستشفى ترابي بوجمعة	دراسة ميدانية باستخدام استبيان يضم ابعاد الجودة وإدارة الازمات	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS ، تحليل الانحدار	الجزائر	تم تحديد أثر إيجابي لإدارة الأزمات على تحسين جودة الخدمات الصحية.
آثار أبعاد جودة الرعاية الصحية على ثقة المرضى :دراسة حالة المرضى في عيادة صحية خاصة *كشكوش بومدين، بن أشنهو سيدي محمد 2024*	تحليل تأثير أبعاد جودة الرعاية الصحية على ثقة المرضى في عيادة صحية خاصة	مرضى في عيادة صحية خاصة في تلمسان	دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS ، تحليل الانحدار	الجزائر	تأثير قوي لأبعاد الجودة على ثقة المرضى.
تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر خلال الأزمات الطارئة : جائحة كورونا نموذجا *شفيقة درموشي، وليد لطيف 2024*	تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية الجزائرية خلال جائحة كورونا	160مريضا في مستشفى ابن باديس ومستشفى عبد الحفيظ بوجمعة في قسنطينة	دراسة ميدانية باستخدام نموذج SERVQUAL	تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS ، تحليل الانحدار	الجزائر	المستشفيات الجزائرية قدمت خدمات مقبولة خلال جائحة كورونا.

المصدر: من إعداد الباحث

II-6-5-6. تحليل الدراسات السابقة الميدانية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

يشار إلى الدراسات الميدانية بأنها منهجية بحثية تستخدم لجمع البيانات والمعلومات من الواقع الميداني، وهو ما يتطلب تفاعلا مباشرا مع أفراد العينة المستهدفة، ويتم استخدام تقنيات متنوعة مثل الاستبيانات، المقابلات، لتسهيل هذه العملية، وتهدف هذه الدراسات الميدانية إلى فهم الظواهر الاجتماعية أو الاقتصادي، من خلال التعامل المباشر في الميدان مع الأفراد، مما يسمح للباحثين الحصول على معلومات دقيقة وشاملة تعكس الواقع المعاش، وتتميز الدراسات الميدانية بأنها تركز على الآراء الفعلية للأفراد أتجاه الموضوع المدروس في اطار زمني وجغرافي محدد، مما يساعد في فهم متغيرات الظاهرة وفي ميدان الصحة على سبيل المثال، تساعد الدراسات الميدانية صناع القرار في تحليل آثار القرارات والسياسات المتعلقة بالإنفاق الصحي وواقع جودة الخدمات الصحية المقدمة وطرق تحسينها، كما تمكن الدراسات الميدانية الباحثين من الحصول على رؤى عميقة تتعلق بسلوك الأفراد وممارساتهم الصحية، مما يسهم في تطوير استراتيجيات فعالة لتحقيق التنمية الصحية المستدامة، علاوة على ذلك فإن الدراسات الميدانية تعتبر أداة حيوية لتقييم النجاح أو الفشل في البرامج والسياسات الصحية، من خلال مقارنة البيانات وآراء المستفيدين من الخدمة أو المقدمين لها، ويمكن للباحثين تحديد الأثر الواقعي لتلك البرامج على المستفيدين، ويسهم التقييم المباشر لهذه الخدمات بتعزيز النتائج العلمية المستخلصة وتوجيه الجهود نحو تحسين عمليات الإنفاق وتخصيص الموارد بشكل أكثر كفاءة، ودعم التحولات الإيجابية في النظام الصحي وتعزيز التنمية الصحية المستدامة، وتساهم الدراسات الميدانية أيضا في تحديد فجوات الجودة والرضا، مما يساعد في وضع استراتيجيات تحسين فعالة بناء على الواقع الفعلي الذي يعيشه المستفيدون ومقدمو الخدمات الصحية.

II-6-5-7. خصائص الدراسات الميدانية

❖ **الدراسات الأجنبية:** تمثل الدراسات الأجنبية تنوعا في المنهجيات المستخدمة، حيث تنوعت بين الدراسات الميدانية والتقارير المنهجية، واستخدمت أبعاد SERVQUAL في تقييم جودة الخدمات الصحية في عدة بلدان. بعض الدراسات تناولت جوانب اقتصادية أخرى وتأثير الإصلاحات الصحية مثل دراسة:

"Using the SERVQUAL Model to Evaluate the Impact of Public Service Reforms in the Provision of Primary Health Care in Botswana"

- **الدراسات المحلية:** الدراسات السابقة المحلية ركزت بشكل رئيسي على تقييم الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية باستخدام مقياسSERVQUAL ، مما يعزز الفهم المحلي لتأثير الإنفاق الصحي على مستوى الرعاية، هذا التنوع في تخصصات البحث يتيح بناء فهم شامل حول كيف يؤثر الإنفاق الصحي في جوانب مختلفة من تقديم الخدمة في السياقات المحلية والدولية.

- **الدراسات الأجنبية:** مثل الدراسة

"Healthcare service quality-measurement models : a review"

قدمت مراجعة منهجية لمجموعة من الدراسات السابقة، وسلطت الضوء على النماذج المختلفة لقياس جودة الخدمات الصحية. هذه المراجعات ساعدت في تحليل تطبيقات مقياس SERVQUAL في سياقات دولية مختلفة، مما يساهم في تقديم خلاصة شاملة ومقارنة بين الأساليب المتبعة في دول متعددة.

- **الدراسات المحلية:** لا تقتصر الدراسات المحلية على دراسة الحالات الفردية، بل تشمل أيضا تقارير تقييمية حول جودة الخدمات الصحية في الجزائر، كما هو الحال في "تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر خلال الأزمات الطارئة: جائحة كورونا نموذجا" (شفيقة درموشي، وليد لطيف، 2024)، هذه الدراسات توفر رؤى شاملة تساعد في فهم التحديات المحلية ومدى تأثير الإنفاق الصحي في تحسين الخدمات في الأوقات العصيبة.

- **أوجه التشابه** :الدراسات المحلية والدولية أظهرت تشابها في العديد من النتائج، مثل وجود فجوات سلبية في جوانب الجودة الأساسية مثل "الموثوقية" و"الاستجابة"، كما هو ملاحظ في الدراسات التي أجريت في الجزائر وماليزيا وغانا، وجميع الدراسات أكدت على أهمية تحسين تفاعل الطاقم الطبي مع المرضى من خلال التدريب وزيادة الوعي.

- **أوجه الاختلاف:** في الدراسات الأجنبية :تميل بعض الدراسات إلى تقييم أنظمة صحية قائمة على تمويل خاص إلى

جانب العام، كما هو الحال في الإمارات العربية المتحدة وتركيا. بعض الدراسات أظهرت أن القطاع الخاص يحقق رضا أكبر في جوانب معينة مثل "التعاطف" و"الملموسية."

في الدراسات المحلية :ركزت الدراسات الجزائرية على أهمية الإنفاق العام في دعم الرعاية الصحية، وركزت على تحديات مثل نقص المتخصصين في بعض المستشفيات، كما أظهرت الدراسات المحلية مثل "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفيات الجزائر" (خروف منير، فريحة ليندة، 2021) فجوات سلبية أكثر في "الاستجابة" و"الموثوقية."

❖ **الفجوات البحثية:**

- **الدراسات الأجنبية:** بعض الفجوات تشمل ضرورة التعمق في دراسة الفرق بين الدول النامية والدول المتقدمة من حيث كيفية تأثير القطاع الخاص في تحسين جودة الرعاية. كما أن بعض الدراسات لم تقدم تحليلات كافية حول تأثير العاملين في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام.
- **الدراسات المحلية** :هناك فجوات في تحليل تأثير الفجوات بين التوقعات والتصورات في السياقات المحلية المتعددة، مثل تقديم خدمات الصحة في المستشفيات الحكومية مقابل الخاصة في الجزائر. الدراسات لم تتناول بشكل موسع تأثير السياسات الحكومية المحلية في توجيه الإنفاق الصحي لمواجهة التحديات في المناطق النائية.

من خلال تحليل البيانات الميدانية، تم تسليط الضوء على التحديات التي يواجهها القطاع الصحي في مختلف البلدان، مع التركيز على تقييم الجودة في الخدمات المقدمة من وجهة نظر متلقي الخدمات وتشير النتائج إلى أن تحسين جودة الخدمات الصحية يتطلب تحسين استجابة الطاقم الطبي وتفاعله مع المرضى. إلا أن الفجوة البحثية تكمن في أن تقييم جودة الخدمات الصحية يتم غالبا من قبل الطاقم الطبي نفسه، الذي قد يكون أكثر دراية بحاجات المرضى ومتطلباتهم، مما قد يؤدي إلى تقييم غير موضوعي في بعض الأحيان. هذه الفجوة تتطلب مزيدا من البحث لدراسة تأثير تقييم المرضى في تحسين خدمات الرعاية الصحية وتحديد الفجوات بين تصورات المرضى وتوقعاتهم، تم تلخيص أهم نقاط تحليل الدراسات الميدانية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية المستدامة من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم: 11 أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات الميدانية

المعيار	الدراسات القياسية الأجنبية	الدراسات القياسية المحلية (الجزائر)
المنهجية	تنوع بين الدراسات التحليلية (SERVQUAL) بعضها قارن بين القطاعين العام والخاص استخدمت بيانات ميدانية (استبيانات، مقابلات) لتقييم جودة الخدمات. بعض الدراسات اعتمدت على مراجعات منهجية للأدبيات.	ركزت على المنهج الميداني باستخدام نموذج SERVQUAL. درست جودة الخدمات في المستشفيات الحكومية. بعضها تناول تقييم الخدمات خلال الأزمات (مثل جائحة كورونا) اعتمدت على استطلاعات آراء المرضى والعاملين الصحيين.
النتائج	وجود فجوات في جودة الخدمات (خاصة في "الموثوقية" و"الاستجابة") تفوق القطاع الخاص في جوانب مثل "التعاطف" و"الملموسية." أظهرت بعض الدراسات تحسنا في الجودة بعد زيادة الإنفاق الصحي. تأثير الإصلاحات الصحية على كفاءة الخدمات.	فجوات واضحة في "الاستجابة" و"الموثوقية." تحديات مثل نقص الكوادر الطبية في بعض المناطق. تأثير الإنفاق العام في تحسين البنية التحتية. انخفاض الرضا في بعض المؤسسات الحكومية.
الفجوات البحثية	قلة الدراسات التي تقارن بين دول نامية ومتقدمة في تأثير القطاع الخاص. ندرة التحليل المتعمق لأداء العاملين في القطاع العام مقابل الخاص. حاجة لمزيد من الدراسات حول تخصيص الموارد في الأنظمة الهجينة (عام/خاص)	عدم وجود دراسات موسعة تقارن بين القطاعين العام والخاص في الجزائر قلة الأبحاث حول تأثير الإنفاق الصحي في المناطق النائية. ندرة التحليلات الاقتصادية للسياسات الصحية الحكومية. نقص الدراسات التي تخص الطاقم الطبي والإداري للمؤسسات الصحية

المصدر: من إعداد الباحث

II-6-5-8. الدراسات السابقة القياسية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

الجدول رقم: 12 الدراسات السابقة القياسية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

دراســــــــــــات أجنبية						
عنوان الدراسة (المؤلف وسنة النشر)	الهدف من الدراسة (الإشكالية إن وجدت)	العينة المستهدفة (مصدر البيانات)	المنهج المتبع	الأدوات الإحصائية (طريقة التحليل)	البلد	أهم النتائج المتوصل إليها
The effectiveness of government spending on education and health care in developing and transition economies ***Gupta, Verhoeven, & Tiongson, 2002***	تقييم فعالية الإنفاق الحكومي على التعليم والرعاية الصحية في تحسين مؤشرات التعليم والصحة.	50دولة نامية (بيانات من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي).	تحليل وصفي وقياسي.	تحليل الانحدار الخطي، اختبارات التكامل المشترك.	الجميع	زيادة الإنفاق على التعليم يحسن معدلات التمدرس، الإنفاق الصحي يقلل معدلات وفيات الأطفال، لكن تأثيره أقل وضوحا مقارنة بالتعليم.
The Effect of Health on Economic Growth : A Production Function Approach ***Bloom, Canning, & Sevilla, 2004***	دراسة تأثير الصحة (ممثلة في متوسط العمر المتوقع) على النمو الاقتصادي باستخدام دالة إنتاج.	104دولة (بيانات من البنك الدولي ومنظمة العمل الدولية).	تحليل قياسي (دالة إنتاج).	تحليل النموذج غير الخطي، اختبارات التكامل المشترك.	الجميع	زيادة سنة واحدة في متوسط العمر المتوقع ترفع الإنتاج بنسبة 4%، الصحة تؤثر مباشرة على إنتاجية العمل، وليس فقط من خلال زيادة خبرة العمالة.

What Drives Health Care Expenditure ? Baumol's Model of 'Unbalanced Growth' Revisited ***Jochen Hartwig 2006***	**اختبار نموذج "بومول[53]" للنمو غير المتوازن لشرح ارتفاع الإنفاق الصحي في دول OECD، مع التركيز على دور الأجور والنمو.**	**19دولة بين : 1960–2004. بيانات من قاعدة OECD Health Data 2005.**	**تحليل وصفي وقياسي.**	**تحليل الانحدار للعلاقة بين نمو الإنفاق الصحي والفجوة بين نمو الأجور والإنتاجية، اختبارات جذر الوحدة**	**الجميع OECD**	**ارتفاع الأجور يزيد الإنتاجية وهو المحرك الرئيسي لزيادة الإنفاق الصحي، معامل تأثير "متغير بومول" قريب من 1، مما يدعم النظرية، النتائج ثابتة حتى مع إضافة متغيرات مثل الناتج المحلي الإجمالي.**
Economic Growth, Human Capital Investment, and Health Expenditure : A Study of OECD Countries ***Chang & Ying, 2006***	**دراسة العلاقة بين الاستثمار في رأس المال البشري[54] (الصحة) والنمو الاقتصادي في دول OECD.**	**15دولة للفترة : (1980–1998)، بيانات OECD Health Data ، OECD Main Economic Indicators.**	**تحليل وصفي وقياسي.**	**تحليل بانل بانحدار ذو تأثيرات ثابتة، تحليل التكامل المشترك، اختبارات استقراريه البيانات.**	**الجميع OECD**	**معظم الدول أنفقت أكثر من المستوى الأمثل على الصحة، بعض الدول نجحت في تقليل الفجوة بين الإنفاق الفعلي والمتوقع (كندا والدنمارك)، إسبانيا واليونان لم تظهرا تحكما في الإنفاق الصحي.**
Assessing the Capital Efficiency of Healthcare Information Technologies Investments : An Econometric Perspective ***Rodolphe Meyer & Patrice Degoulet, 2008***	**تقييم العائد على الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات الصحية باستخدام أدوات اقتصادية قياسية.**	**تحليل دراسات سابقة وبيانات من مستشفيات في الولايات المتحدة وأوروبا.**	**مراجعة منهجية للدراسات السابقة مع تحليل اقتصادي قياسي.**	**دالة إنتاج كوب– دوغلاس، تحليل الانحدار.**	**الجميع (التركيز على الدول المتقدمة).**	**الاستثمار في HIT يحسن الإنتاجية وجودة الرعاية ولكن بعد فترة زمنية، وجود "تناقص في إنتاجية" مؤقت قبل تحقيق العائد الإيجابي، أهمية التكامل بين HITوإعادة هندسة العمليات.**

[53] يقسم **بومول Baumol :** الاقتصاد إلى قطاعين: **تقدمي** مثل التصنيع حيث تزداد الإنتاجية باستمرار بسبب التكنولوجيا، و**غير تقدمي** مثل الإنفاق على التعليم والرعاية الصحية حيث تظل الإنتاجية راكدة بسبب اعتماده على العمالة المكثفة، مما يؤدي إلى تفاوت في النمو والتكاليف بين القطاعين. (Hartwig, 2006, p. 05)

[54] **مؤشر رأس المال البشري** يوضح دور الرعاية الصحية والتعليم في إنتاجية العامل ويتراوح المؤشر من صفر إلى واحد، ويقيس إنتاجية العامل إلى المقياس المرجعي للرعاية الصحية والتعليم.(The World Bank Groupe, 2025)

"Do fluctuations in health expenditure affect economic growth ?" *James Bukenya 2009*	استكشاف العلاقة الديناميكية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي على مستوى الولايات الأمريكية.	6ولايات أمريكية (1990–2004). بياناتCenter for Medicare and MedicaidServices	منهج قياسي (تحليل سلاسل زمنية).	اختبارات جذر الوحدة (ADF)، التكامل المشترك-Engle (Granger)، اختبارات السببية لغرانجر، نموذج VAR.	الولايات المتحدة	وجود علاقة ضعيفة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي، تكامل مشترك فقط في جورجيا، تأثير إيجابي للإنفاق الصحي على النمو في بعض الولايات
"The Causality Between Health Expenditure and Economic Growth in Iran" *Mohsen Mehrara et al. 2011*	فحص العلاقة السببية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في إيران مع مراعاة التغيرات الهيكلية.	بيانات سنوية من إيران (1970–2008). مصدر البيانات: البنك المركزي الإيراني.	منهج قياسي (سلاسل زمنية مع اختبارات استقرارية)	اختبارات للجذر الوحدة، تكامل مع فترات راحة هيكلية، نموذج تصحيح الخطأ(VECM)	إيران	وجود علاقة طويلة الأجل بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي، مرونة الدخل للإنفاق الصحي معتبرة، سببية أحادية الاتجاه من النمو الاقتصادي إلى الإنفاق الصحي.
"The effects of public and private health care expenditure on health status in sub-Saharan Africa" *Jacob Novignon et al. 2012*	تقييم تأثير الإنفاق الصحي العام والخاص على مؤشرات الصحة في دول أفريقيا جنوب الصحراء.	بيانات لـ 44 دولة أفريقية (1995–2010) من World Development Indicators.	تحليل وصفي وقياسي.	اختبارات التكامل والسببية، تحليل الانحدار.	الجميع (أفريقيا جنوب الصحراء)	للإنفاق الصحي (العام والخاص) تأثير إيجابي على متوسط العمر ومعدل الوفيات، الإنفاق العام له تأثير أكبر من الإنفاق الخاص، زيادة الإنفاق الصحي ضرورية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في المنطقة.

Health and Economic Growth ***Barro & Sala-i-Martin 2013***	استكشاف العلاقة الثنائية بين الصحة والنمو الاقتصادي، مع التركيز على دور رأس المال الصحي في الإنتاجية.	بيانات من 100 دولة (1960–1990)، مصادر مثل World Bank، OECD.	وصفي قياسي نمذجة ديناميكية.	تحليل الانحدار.	الجميع دول نامية ومتقدمة	الصحة (مقاسة بالعمر المتوقع) تؤثر إيجابا على النمو الاقتصادي، انخفاض معدل الخصوبة يحسن النمو، الاستثمار في الصحة يقلل من مثل الوفيات.
"The Effectiveness of Health Expenditure on the proximate and Healthcare Goals in Sub-Saharan Africa" ***Ssozi & Amlani 2015***	تحليل فعالية الإنفاق الصحي (حكومي، مساعدات، خاص) على الأهداف الصحية المباشرة (مثل التطعيم) والنهائية (مثل العمر المتوقع)	43دولة في أفريقيا جنوب الصحراء (1995–2011). بيانات من البنك الدولي	وصفي قياسي، نموذج GMM العام.	أسلوب GMM ثنائي الخطوات، معالجة مشاكل التغاير والارتباط الذاتي.	الجميع (أفريقيا جنوب الصحراء)	الإنفاق الصحي أكثر فعالية على الأهداف المباشرة (مثل التطعيم) مقارنة بالأهداف النهائية، المساعدات الخارجية للحكومات تزيد من فعالية الإنفاق إذا تحسنت جودة الخدمات، انتشار الإيدز يقلل العمر المتوقع بشكل كبير.
More Health Expenditure, Better Economic Performance ? Empirical Evidence From OECD Countries ***Wang, 2015***	تحديد المستوى الأمثل للإنفاق الصحي لتعزيز النمو الاقتصادي.	33دولة من OECD (1990–2009) ، بيانات من **World Development Indicators.**	وصفي قياسي، نموذج GMM العام.	نموذج GMM النظامي لمعالجة مشكلات الارتباط الذاتي والتغاير.	الجميع OECD	–النسبة المثلى للإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي هي 7.55%. – إذا زاد الإنفاق فوق هذا المستوى، لا يؤدي إلى تحسن اقتصادي. – متوسط الإنفاق الفعلي في OECD كان 5.48% من الناتج المحلي الإجمالي.

Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries ***Serap Bedir, 2016***	دراسة العلاقة السببية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في الدول الناشئة، وفحص الفروق الفردية بين هذه الدول.	بيانات سنوية (1995–2013) لـ 16 دولة في أوروبا والشرق الأوسط وآسيا. مصدر البيانات: البنك الدولي.	منهج قياسي (تحليل سببية جرانجر المعدل باستخدام TodaYamamoto	اختبار جذر الوحدة (ADF)، نموذج VAR الموسع.	الجميع (التشيك، روسيا،مصر، اليونان،الفلبين)	وجود سببية ثنائية الاتجاه في التشيك وروسيا، سببية من الإنفاق الصحي إلى النمو في مصر والمجر، سببية من النمو الاقتصادي إلى الإنفاق الصحي في اليونان وبولندا.
"Is income relevant for health expenditure and economic growth nexus?" ***Halıcı-Tülüce et al. 2016***	دراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في دول ذات دخل مرتفع ومنخفض، مع التركيز على الفرق بين الإنفاق العام والخاص.	25دولة ذات دخل مرتفع (1995–2012) و19 دولة ذات دخل منخفض (1997–2009). مؤشرات التنمية العالمية.	وصفي قياسي نمذجة ديناميكية.	نموذج GMM الديناميكي، اختبارات التكامل المشترك، تحليل السببية.	الجميع (دول ذات دخل مرتفع ومنخفض)	وجود علاقة عكسية بين الإنفاق الصحي الخاص والنمو الاقتصادي، الإنفاق العام له تأثير إيجابي على النمو الاقتصادي، سببية ثنائية الاتجاه بين الإنفاق الصحي والنمو في المدى القصير.
"The Effects of Health Expenditure on Health Outcomes in Sub-Saharan Africa" ***Arthur & Oaikhenan 2017***	تقييم تأثير الإنفاق الصحي (العام والخاص) على النتائج الصحية (مثل معدل الوفيات ومتوسط العمر) في دول أفريقيا جنوب الصحراء.	40دولة في أفريقيا جنوب الصحراء. بيانات من مؤشرات التنمية العالمية (البنك الدولي، 2014)	تحليل وصفي وقياسي. نموذج رأس المال البشري	تحليل الانحدار، تحليل التأثير الثابت، تصحيح معاملات الارتباط الذاتي.	دول أفريقيا جنوب الصحراء	الإنفاق الصحي له تأثير معنوي لكن غير مرن على النتائج الصحية، الإنفاق العام يقلل معدل الوفيات، بينما الإنفاق الخاص يحسن متوسط العمر، وجود تكامل بين الإنفاق العام والخاص.

"The Impact of Health Expenditure on the Economic Growth in Sub-Saharan Africa" ***Badamassi Aboubacar, Deyi Xu 2017***	**دراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في دول جنوب الصحراء الأفريقية خلال الفترة (2014–1995).**	**36دولة من جنوب الصحراء الأفريقية. بيانات من مؤشرات التنمية العالمية (البنك الدولي).**	**تحليل وصفي وقياسي.**	**نموذجGMM ، تحليل الانحدار**	**الجميع دول جنوب الصحراء الأفريقية**	**وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي، الاستثمار الأجنبي المباشر والقوة العاملة والادخار المحلي عوامل مؤثرة إيجابيا، المساعدات التنموية الرسمية غير مؤثرة.**
اتجاهات ومحددات الإنفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA) دراسة قياسية خلال الفترة (2014–1995) باستخدام أسلوب تحليل بيانات Panel. ***بومعراف الياس وصاولي مراد 2017***	**دراسة تطور الإنفاق الصحي ومحدداته في دولMENA ، وعلاقته بالنمو الاقتصادي والصحي.**	**18دولة من منطقة MENA (2014–1995) ، بيانات من البنك الدولي.**	**منهج قياسي (تحليل Panel Data).**	**Panel Dataباستخدام برنامج STATA 13 ، اختبارات استقرارية السلسلة الزمنية.**	**الجميع MENA الشرق الأوسط وشمال إفريقيا**	**ارتفاع الإنفاق الصحي بنسبة 340% خلال الفترة المدروسة، الدخل والإنفاق العام وفئة الشيخوخة من أهم المحددات، عدم ارتباط النمو الصحي بالدخل فقط بل بالحالة الصحية للسكان.**
Health expenditure and economic growth - a review of the literature and an analysis between the economic community for central African states (CEMAC) and selected African countries ***Plabuo & Tiequhong, 2017***	**تحليل تأثير الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي في دول CEMAC[55] مقارنة بدول أفريقية أخرى حققت (15% من الإنفاق الحكومي على الصحة).**	**6دول من CEMACو5 دول أفريقية أخرى (بيانات من مؤشرات التنمية العالمية 2016)**	**تحليل قياسي (Panel Data)**	**OLS، FMOLS اختبار التكامل المشترك، اختبار سببية جرانجر.**	**الجميع أفريقيا**	**للإنفاق الصحي تأثير إيجابي على النمو الاقتصادي في كلا المجموعتين، زيادة الإنفاق الصحي بنسبة 1% ترفع الناتج المحلي الإجمالي للفرد بمقدار 0.38 و0.3 وحدة في الدول الملتزمة باتفاق أبوجا ودول CEMAC على التوالي.**

[55] تتمثل مهمة **المجموعة الاقتصادية لدول وسط إفريقيا** (تاريخ التأسيس 1994) **CEMAC** في تعزيز السلام والتنمية الاقتصادية في دولها الست الأعضاء: الكاميرون، تشاد، الكونغو، غابون، غينيا الاستوائية، جمهورية أفريقيا الوسطى. (Interpol, 2024)

Health care expenditure and health outcome nexus : new evidence from the SAARC-ASEAN region ***Mohammad Mafizur Rahman et al. 2018***	**تحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي (العام والخاص) ونتائج الصحة في دولSAARC[56] ASEAN.**	**15دولة من SAARC[57]ASEAN ، (1995–2014) بيانات من البنك الدولي.**	**منهج قياسي (تحليل Panel Data).**	**GMMلمعالجة مشكلة الانحياز.** **تحليل الانحدار**	**الجميع** **جنوب وشرق آسيا**	**الإنفاق الصحي الخاص أكثر تأثيرا في خفض معدل وفيات الرضع من الإنفاق العام، تحسن المرافق الصحية والدخل الفردي النتائج الصحية. الإنفاق العام غير فعال بسبب سوء الإدارة والفساد.**
Health Expenditure, Human Capital, and Economic Growth : An Empirical Study of Developing Countries ***Xiaoxuan Yang, 2019***	**تحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي تحت مستويات مختلفة من رأس المال البشري في الدول النامية.**	**بيانات لـ 21 دولة نامية (2000–2016).** **مصدر البيانات: البنك الدولي وصندوق النقد الدولي.**	**منهج قياسي (تحليل Panel Data).**	**تحليل الانحدار**	**الجميع** **مثل الأرجنتين، الصين، الهند، المكسيك**	**الإنفاق الصحي يرتبط سلبا بالنمو عندما يكون رأس المال البشري منخفضا، التأثير يصبح إيجابيا مع ارتفاع رأس المال البشري، الشيخوخة السكانية تزيد من التأثير السلبي للإنفاق الصحي.**
Identifying the Causality Relationship between Health Expenditure and Economic Growth : An Application on E7 Countries ***Hasan Dinger & Serhat Yüksel 2019***	**تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في اقتصادات ناشئة (دولE7).**	**دول E7 (البرازيل، الصين، الهند، إندونيسيا، المكسيك، ...)، بيانات سنوية (1996–2016) من البنك الدولي.**	**تحليل وصفي وقياسي.**	**للتكامل المشترك، تحليل سببية.**	**الجميع** **دولE7**	**وجود علاقة طويلة الأجل بين النمو الاقتصادي والإنفاق الصحي العام (وليس الخاص)، النمو الاقتصادي يسبب زيادة الإنفاق الصحي (وليس العكس)، توصية بتحسين دور القطاع الخاص في الصحة.**

[56]تأسست **رابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي SAARC** في 8 ديسمبر 1985، وتضم ثماني دول أعضاء هي: أفغانستان، وبنغلاديش، وبوتان، والهند، وجزر المالديف، ونيبال، وباكستان، وسريلانكا، تهتم ب تعزيز رفاهة شعوب جنوب آسيا وتحسين نوعية حياتهم وتسريع النمو الاقتصادي والتقدم الاجتماعي والتنمية الثقافية في المنطقة. (South Asian Association for Regional Cooperation, 2020)

[57]تأسست **رابطة دول جنوب شرق آسيا ASEAN** في 8 أوت 1967 في تايلاند، من قبل الدول المؤسسين للرابطة: إندونيسيا، وماليزيا، والفلبين، وسنغافورة، وتايلاند، **بهدف التعاون بين الدول الأعضاء في الميادين الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتقنية والتعليمية، ولتعزيز السلام والاستقرار الإقليميين في المنطقة**(association of southeast asian nations, 2025)

"The short and long run causality relationship between public health spending and economic growth : evidence from Tunisia and Morocco" ***Adel Ifa and Imene Guetat, 2019***	**تحليل العلاقة قصيرة وطويلة الأجل بين الإنفاق الصحي العام والنمو الاقتصادي في تونس والمغرب.**	**بيانات سنوية (1980–2017) من البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية.**	**منهج ARDL واختبار حدود التكامل المشترك، ونموذج تصحيح الخطأ (VECM).**	**اختبارات التكامل المشترك، اختبار غرانجر للسببية.**	**تونس والمغرب**	**وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في الأجل الطويل، تأثير الإنفاق الصحي أكبر في تونس مقارنة بالمغرب، وجود علاقة سببية ثنائية الاتجاه بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي.**
"Health Expenditure, Health Outcomes and Economic Growth in Nigeria" ***Ogunjimi and Adebayo, 2019***	**دراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي، النتائج الصحية، والنمو الاقتصادي في نيجيريا.**	**بيانات سنوية (1981–2016) من البنك الدولي والبنك المركزي النيجيري.**	**اختبار ARDL واختبار Toda-Yamamoto للسببية.**	**اختبارات التكامل المشترك، تحليل السببية.**	**نيجيريا**	**وجود علاقة سببية من الإنفاق الصحي إلى تحسن النتائج الصحية (مثل انخفاض وفيات الرضع والأمهات)، لا توجد علاقة سببية بين النمو الاقتصادي ووفيات الرضع، النمو الاقتصادي يؤثر إيجابيا على الإنفاق الصحي.**
Health Expenditure and Economic Growth Nexus : Empirical Evidence from South Asian Countries ***Sethi et al. 2020***	**دراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي وجودة المؤسسات والاستثمارات على النمو الاقتصادي في جنوب آسيا.**	**8دول جنوب آسيا بيانات (1996–2018) من البنك الدولي.**	**تحليل وصفي وقياسي.**	**اختبارJohansen Fisher للتكامل المشترك، سببية Grangerنماذج FMOLS ،OLS**	**الجميع جنوب آسيا**	**سببية ثنائية الاتجاه بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي، جودة المؤسسات تؤثر إيجابا على الإنفاق الصحي (وليس العكس)، الإنفاق الصحي والاستثمار المحلي يعززان النمو.**

"Is health expenditure effective for achieving healthcare goals? Empirical evidence from South-East Asia Region" ***Behera & Dash 2020***	**تقييم فعالية الإنفاق الصحي في تحقيق الأهداف الصحية في دول جنوب شرق آسيا، مع التركيز على الفرق بين الإنفاق العام والخاص.**	**10دول في جنوب شرق آسيا (2000–2014) قاعدة بيانات الإنفاق الصحي لمنظمة الصحة العالمية.**	**تحليل وصفي وقياسي.**	**تحليل المرونة، اختبارات التكامل.**	**الجميع (دول جنوب شرق آسيا)**	**الإنفاق العام له تأثير إيجابي ضعيف على زيادة العمر المتوقع وتقليل وفيات الرضع، التعليم والدخل الفردي لهما تأثير أقوى من الإنفاق الصحي على النتائج الصحية، الإنفاق الخارجي يساهم في تحسين التغطية الصحية الشاملة.**
"Relationship between mortality and health care expenditure : Sustainable assessment of health care system" ***Owusu et al. 2021***	**دراسة تأثير الإنفاق الصحي على معدلات وفيات الرضع والأمهات في 177 دولة خلال الفترة (2000–2015).**	**177دولة من قارات مختلفة. بيانات من مؤشرات التنمية العالمية (البنك الدولي)**	**تحليل وصفي وقياسي.**	**تحليل الانحدار، اختبارات جذر الوحدة، والتكامل المشترك.**	**الجميع (177 دولة)**	**تأثير سلبي للإنفاق الصحي على وفيات الرضع والأمهات، انخفاض معدل وفيات الرضع 0.19% إلى 1.45%، ووفيات الأمهات 0.09% إلى 1.91%، في الدول النامية.**
"Economic Growth and Health Expenditure Analysis for Turkey : Evidence from Time Series" ***Ethem Esen, Merve Çelik Keçili 2022***	**تحليل تأثير الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي في تركيا باستخدام بيانات السلاسل الزمنية.**	**بيانات سنوية من تركيا (1975–2018) من OECD، World Bank**	**تحليل وصفي وقياسي.**	**اختبار جوهانسن للتكامل المشترك، اختبار غرانجر للسببية، نموذج تصحيح الخطأ.(VECM)**	**تركيا**	**وجود علاقة تكامل مشترك طويلة الأجل بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي، سببية أحادية الاتجاه من الإنفاق الصحي إلى النمو الاقتصادي قصير الأجل، زيادة الإنفاق الصحي تعزز النمو الاقتصادي.**

"The relationship between health expenditure indicators and economic growth in OECD countries : A Driscoll-Kraay approach" *Beylik et al. 2022*	تحليل تأثير مؤشرات الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي في دول OECD.	بيانات (2019–1990) من قاعدة بيانات OECDلـ 21 دولة.	تحليل وصفي وقياسي. تحليل بيانات بانل	اختبارات التكامل المشترك، تحليل السببية.	الجميع دولOECD	الإنفاق الصحي العام يرتبط إيجابيا بالنمو الاقتصادي، الإنفاق الفردي على الصحة يؤثر سلبيا على دخل الفرد، زيادة الإنفاق العام على الصحة تعزز النمو الاقتصادي.
"Healthcare expenditure, good governance and human development" *Banik et al. 2023*	تحليل تأثير جودة الحوكمة على فعالية الإنفاق الصحي في تحقيق التنمية البشرية، للفترة: (2019–2005)	161دولة مصنفة حسب الدخل والمنطقة الجغرافية. بيانات من البنك الدولي وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي.	تحليل وصفي وقياسي. نموذج GMM	تحليل المكونات الرئيسية (PCA)[58] لبناء مؤشر الحوكمة، نموذج GMM	الجميع (161 دولة)	الإنفاق الصحي وحده غير كاف لتحسين التنمية البشرية، الحوكمة تعزز من فعالية الإنفاق الصحي، التأثير يختلف حسب مستوى الدخل والمنطقة الجغرافية (أقوى في الدول المتوسطة الدخل).
Health Expenditures, Human Capital, and Sustainable Development : Panel Evidence from the New EU Member Countries *Senturk et al., 2023*	تحليل التفاعل بين الإنفاق الصحي، رأس المال البشري، والتنمية المستدامة في دول الاتحاد الأوروبي الجديدة.	11دولة من الاتحاد الأوروبي (2020–2000) بيانات من WHO UNCTADSTAT World Bank.	قياسي (اختبار سببية بانل)	اختبار سببية مع الأخذ في الاعتبار الاعتماد المتبادل والتغاير بين الدول.	الجميع دول الاتحاد الأوروبي (مثل رومانيا، بولندا)	وجود علاقة سببية بين الإنفاق الصحي والتنمية المستدامة في بعض الدول (مثل كرواتيا ورومانيا)، رأس المال البشري يؤثر إيجابا على التنمية المستدامة، تفاوت النتائج حسب خصائص كل دولة (مثل البنية التحتية والتعليم).

[58] **تحليل المكونات الرئيسية (PCA)** هو تقنية لتقليل عدد الأبعاد في مجموعات البيانات الكبيرة إلى مكونات رئيسية تحتفظ بمعظم المعلومات الأصلية. ويتم تحليل PCA ذلك عن طريق تحويل المتغيرات التي يحتمل أن تكون مترابطة إلى مجموعة أصغر من المتغيرات، تسمى المكونات الرئيسية(IBM, 2023) .

"The relationship between government health expenditure and economic growth : Evidence from western Balkan countries" *Selvete Shuleta Qehaja et al. 2023*	تحليل تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في دول البلقان الغربية (2000–2020)، مع التركيز على عوامل مثل التأمين الصحي ومتوسط العمر.	6دول (ألبانيا، البوسنة، كوسوفو، الجبل الأسود، مقدونيا الشمالية، صربيا). بيانات من البنك الدولي ويوروستات.	منهج قياسي (تحليل بانل)	نماذجOLS ، تحليل الارتباط والانحدار، اختبارات تحديد النموذج الأمثل.	الجميع (دول البلقان الغربية)	تأثير إيجابي للإنفاق الصحي على النمو (زيادة 1% في الإنفاق ترفع الدخل الفردي 638.72 دولار)، التأمين الصحي يزيد الدخل الفردي (1330.93 دولار)، ارتفاع متوسط العمر المتوقع يرتبط بزيادة النمو.
"Health and economic growth : new evidence from a panel threshold model" *Mohamed Chakroun 2024*	تحليل العلاقة غير الخطية بين الصحة والنمو الاقتصادي.	136دولة خلال الفترة 1965–2015. بيانات من: Penn World Tables، الأمم المتحدة.	تحليل وصفي وقياسي	اختبارات التكامل المشترك، تحليل التباين.	الجميع (مثل: تونس، عمان)	العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي غير خطية وتظهر تأثيرا إيجابيا فقط بعد تجاوز عتبة صحية محددة، الدول منخفضة الدخل تحتاج إلى سياسات شاملة تشمل التعليم والاستثمار في رأس المال المادي.
"Effects of healthcare spending on public health status : An empirical investigation from Bangladesh" *Sultana et al. 2024*	تقييم تأثير الإنفاق الصحي على مؤشرات الصحة العامة مثل معدلات الوفيات والأمراض المعدية.	بيانات سنوية (1990–2019). البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، الجهات الحكومية.	تحليل وصفي وقياسي	اختبارات استقرارية، نماذج لتحليل العلاقات الديناميكية.	بنغلاديش	الإنفاق الحكومي على الصحة زاد من متوسط العمر المتوقع وخفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال، زيادة عدد الأطباء والأسرّة ساهمت في خفض وفيات الأمراض المعدية مثل الكوليرا والملاريا.

دراســــــــــــــات محلية تخص الجزائر						
The Relationship between public spending on health and economic growth in Algeria : Testing for Co-integration and Causality ***Fatima Boussalem et al. 2014***	**دراسة العلاقة السببية والتكامل بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر (1974–2014).**	**البيانات السنوية للإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي**	**تحليل وصفي وقياسي**	**نموذج التكامل السببي والاختبار باستخدام إطار ECM**	**الجزائر**	**يوجد تأثير طويل الأجل من الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي، ولكن لا يوجد تأثير قصير الأجل.**
محددات الإنفاق الصحي في الجزائر : دراسة قياسية باستخدام نماذج ARDLواختبار الحدود ***مختار حميدة، مصطفى جاب الله،2017***	**دراسة تأثيرات مصادر الإنفاق الصحي في الجزائر واختبار العلاقة بين الإنفاق الصحي وعوامل أخرى باستخدام نماذج.ARDL**	**بيانات الإنفاق الصحي من العائلات، الضمان الاجتماعي، والحكومة**	**تحليل وصفي وقياسي**	**نموذج الانحدار الذاتي الموزعARDL ، اختبارات التكامل المتزامن، اختبار حدود**	**الجزائر**	**تأثير إيجابي للإنفاق الصحي من العائلات وصناديق الضمان الاجتماعي على التنمية، بينما يظل تأثير الإنفاق الحكومي غير مؤثر بسبب العجز.**
قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي في الجزائر – الإنفاق الصحي نموذجا خلال الفترة: (1990–2016) ***بوعزيز عمر،2018***	**دراسة التأثير المتبادل بين التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي في الجزائر باستخدام الإنفاق الصحي كنموذج.**	**بيانات الإنفاق الصحي والناتج المحلي الإجمالي**	**تحليل وصفي وقياسي**	**نموذجARDL ، اختبار السببية لغرانجر**	**الجزائر**	**الإنفاق الصحي يؤثر إيجابا على الناتج المحلي الإجمالي على المدى الطويل، ولكن لا يوجد تأثير على المدى القصير.**

Essai d'évaluation de la contribution de la santé à la croissance économique en Algérie ***Messaili Moussa, Kaid 2018،Tlilane Nouara***	**دراسة تأثير الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر(2013–1974)**	**بيانات الإنفاق الصحي، العمر المتوقع، وفيات الأطفال**	**تحليل وصفي وقياسي**	**اختبار ARDL للتكامل**	**الجزائر**	**الإنفاق العام على الصحة، العمر المتوقع، ومعدل الوفيات لهم تأثير إيجابي على الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي، بينما معدل وفيات الأطفال ليس له تأثير كبير.**
أثر الإنفاق الصحي على مخرجات السياسة الصحية في الجزائر ***كرمين سميرة،2021***	**دراسة تأثير الإنفاق الصحي على مخرجات السياسة الصحية في الجزائر–1990) 2017).**	**بيانات المؤشرات الصحية في الجزائر**	**تحليل وصفي وقياسي**	**نموذجARDL ، اختباراتCUSUM ، CUSUMQ**	**الجزائر**	**الإنفاق الصحي له علاقة سلبية مع وفيات الأطفال دون سن الخامسة، مما يشير إلى تأثير إيجابي إذا تم استغلاله بشكل فعال.**
المحددات الرئيسية للإنفاق الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه دراسة تطبيقية ***بومعراف الياس،2021***	**تحديد العوامل الرئيسية التي تؤثر في الإنفاق الصحي في الجزائر.(2010–2000)**	**بيانات الإنفاق الصحي في الجزائر**	**تحليل وصفي وقياسي**	**التحليل باستخدام الانحدار المتعدد**	**الجزائر**	**النمو الاقتصادي والعمر المتوقع لهما تأثير كبير على الإنفاق الصحي.**
Education, health and economic growth in Algeria : Econometric study using the ARDL model ***Issoolah Fatiha, DJEMACI Brahim, KERTOUS Mourad 2021***	**تحليل تأثير تطوير رأس المال البشري على النمو الاقتصادي في الجزائر (1986–2017).**	**بيانات عن التعليم والإنفاق الصحي**	**تحليل وصفي وقياسي**	**نموذجARDL**	**الجزائر**	**علاقة إيجابية بين التعليم والنمو الاقتصادي، ولكن علاقة سلبية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي.**

The impact of spending on health care economics in achieving sustainable development goals : An empirical evidence-case of Algeria during the period 1990-2018 ***Amroune Aziza & Dib Kamel 2021***	**قياس تأثير الإنفاق على الرعاية الصحية في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (الصحة الجيدة والرفاه) في الجزائر خلال الفترة 1990–2018**	**مصادر البيانات:** **وزارة الصحة الجزائرية.** **مؤشرات البنك الدولي.** **بيانات سنوية لمصادر التمويل (الدولة، الصندوق الضمان الاجتماعي، الأسر)**	**تحليل وصفي وقياسي**	**المربعات الصغرى العادية (OLS)** **تحليل الانحدار المتعدد.**	**الجزائر**	**تأثير إيجابي لإنفاق الدولة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على معدل الأمل في الحياة، تأثير سلبي لإنفاق الأسر على الصحة.**
Effect of health on economic growth in Algeria : An application of ARDL bounds **test to cointegration** ***Boumediene Mohamed،*** ***2022***	**دراسة أثر الصحة على النمو الاقتصادي في الجزائر (1970–2019).**	**بيانات مؤشرات الصحة والناتج المحلي الإجمالي**	**تحليل وصفي وقياسي**	**نموذجARDL** **اختبار حدود للتكامل**	**الجزائر**	**تحسن العمر المتوقع يؤثر إيجابًا على النمو الاقتصادي، بينما الإنفاق الصحي الحكومي له تأثير سلبي على الناتج المحلي الإجمالي للفرد.**

The Impact of Health Expenditure and Economic Growth on Human Development in Algeria : An Empirical Study **2003-2020** ***2023، Yousfi Imane***	**دراسة تأثير الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي على مؤشر التنمية البشرية في الجزائر.(2003–2020)**	**بيانات الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر**	**تحليل وصفي وقياسي**	**طريقة المربعات الصغرى العادية(OLS)** **برامج Eviews و SPSS**	**الجزائر**	**الإنفاق العام على الصحة له تأثير غير معنوي على التنمية البشرية، بينما يؤثر الإنفاق الخاص والنمو الاقتصادي بشكل إيجابي ومعنوي.**
تحليل تطور الإنفاق الصحي الحكومي في الجزائر خلال الفترة ما بين2018–1974 باستخدام نماذج ARDL ***بوزيان محمد،2023***	**دراسة تطور الإنفاق الصحي الحكومي وأثره على الاقتصاد الجزائري.**	**بيانات الإنفاق الحكومي**	**تحليل وصفي وقياسي**	**نموذجARDL ، اختباراتCUSUM**	**الجزائر**	**الإنفاق الصحي يرتبط بالنمو الاقتصادي من خلال عوامل مثل شيخوخة السكان والناتج المحلي الإجمالي.**
دور الإنفاق الصحي في تعزيز التنمية الصحية في الجزائر دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة (2019–2010) ***عبد الهادي داودي، شفيقة درموشي، أميرة حشيش، 2024***	**قياس دور الإنفاق الصحي في تعزيز التنمية الصحية المستدامة في الجزائر (2019–2010).**	**بيانات صحية وديموغرافية**	**تحليل وصفي وقياسي**	**التحليل باستخدام الانحدار البسيط**	**الجزائر**	**وجود علاقة معنوية بين الإنفاق الصحي ومؤشرات التنمية الصحية مثل العمر المتوقع ووفيات الأطفال.**

المصدر: من إعداد الباحث

II-6-5-9. تحليل الدراسات السابقة القياسية لأثر الإنفاق الصحي العام والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة

تهتم الدراسات القياسية بتطبيق نماذج إحصائية واقتصادية لاختبار الفرضيات، مثل تأثير زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة في خفض معدلات وفيات الأطفال، أو دور القطاع الخاص في تحسين كفاءة الخدمات الصحية ومن خلال التحليل الكمي، يمكن تحديد العوامل الأكثر تأثيرا في تحقيق الاستدامة الصحية، والتي تشمل التوازن بين التمويل العام والخاص، والإنصاف في توزيع الخدمات، والكفاءة في استخدام الموارد المتاحة، وتسهم هذه الدراسات في استعراض أهم النماذج القياسية المستخدمة في الأدبيات السابقة، مثل نماذج الانحدار المتعدد وتحليل السلاسل الزمنية ودراسات البيانات الطولية، بهدف تقييم مدى دقة النتائج التي توصلت إليها الأبحاث السابقة. كما تهدف إلى تحديد الثغرات المنهجية في تلك الدراسات، واقتراح تحسينات لبحوث مستقبلية أكثر دقة.

II-6-5-10. تحليل الدراسات القياسية الأجنبية وتقارير المنظمات العالمية

- **خصائص الدراسات القياسية الأجنبية**

- **تنوع المصادر والتخصصات**: تميزت الدراسات السابقة القياسية بتنوعها المنهجي والتخصصي، حيث شملت:

➢ دراسات اقتصادية قياسية ذات منهجية إحصائية مثل: *Bloom et al., 2004* ؛ *Wang, 2015* ركزت على قياس العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي باستخدام نماذج اقتصادية (ARDL، GMM).

➢ دراسات قياسية تناولت المؤشرات الصحية والتنموية مثل: *Owusu et al., 2021* حللت تأثير الإنفاق على مؤشرات الصحة (كوفيات الرضع والأمهات).

➢ دراسات متعددة التخصصات جمعت بين الاقتصاد والصحة العامة مثل *Banik et al., 2023* التي ربطت بين الحوكمة والإنفاق الصحي.

❖ **الدراسات المراجعة للأدبيات**

أظهرت بعض الدراسات مثل*Plabuo & Tiequhong, 2017* ؛ *Behera & Dash, 2020* قوة تحليلية عالية من خلال:

- شمولية العينات :تحليل بيانات من عشرات الدول (أفريقيا جنوب الصحراء، OECD، آسيا).
- تعدد المنهجيات :استخدام نماذج Panel Data و GMM لمعالجة مشاكل الارتباط الذاتي والتغاير.
- نتائج قابلة للتعميم :مثل تحديد النسبة المثلى للإنفاق الصحي (7.55% من GDP حسب *Wang, 2015*).

II-6-5-11. خصائص الدراسات القياسية المحلية

- ***الخصائص المنهجية العامة:***

اعتمدت معظم الدراسات على التحليل القياسي الكمي باستخدام نماذج اقتصادية متقدمة مثل:

- نماذج **ARDL** (Autoregressive Distributed Lag) لتحليل العلاقات الطويلة والقصيرة الأجل.
- اختبارات التكامل المشترك (Co-integration)والسببية (Granger Causality).
- المربعات الصغرى العادية (OLS) وتحليل الانحدار المتعدد.
- اختبارات استقرارية النماذج مثل: (**CUSUM**و**CUSUMQ.**).

- **العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي:**

- أظهرت معظم الدراسات مثل: *Boussalem et al. 2014* ، *بوعزيز 2018*) تأثيرا إيجابيا طويل الأجل للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي، لكن بدون تأثير قصير الأجل.
- بعض الدراسات مثل:*Issoolah et al. 2021* ، *Boumediene 2022* وجدت تأثيرا سلبيا أو غير معنوي للإنفاق الحكومي على النمو، مما يشير إلى عدم الكفاءة في استخدام الموارد.

- **تأثير الإنفاق الصحي على مؤشرات الصحة:**

- أظهرت دراسات مثل: كرمين 2021، بومعراف 2021 أن الإنفاق الصحي يقلل من وفيات الأطفال ويرفع العمر المتوقع، لكن بشرط تحسين الكفاءة.
- دراسة (*Amroune & Dib 2021*) وجدت أن إنفاق الضمان الاجتماعي كان أكثر فاعلية من الإنفاق الأسري في تحسين الصحة.

- **دور القطاع الخاص مقابل القطاع العام:**

➢ أشارت دراسات مثل مختار حميدة 2017، Yousfi 2023إلى أن الإنفاق الخاص والضمان الاجتماعي كان لهما تأثير إيجابي، بينما الإنفاق الحكومي كان أقل تأثيرا بسبب البيروقراطية والعجز المالي.

II-6-5-12. أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات القياسية الأجنبية والمحلية

تظهر الدراسات القياسية المحلية (الجزائرية) والأجنبية العديد من أوجه التشابه والاختلاف في تحليلها لأثر الإنفاق الصحي على التنمية الصحية المستدامة من حيث أوجه التشابه، نجد أن كلا النوعين من الدراسات يعتمدان بشكل أساسي على استخدام نماذج اقتصادية متشابهة مثل نماذج ARDL لتحليل العلاقات الطويلة والقصيرة الأجل، واختبارات التكامل المشترك والسببية، وانحدار المربعات الصغرى العادية، كما أن كلا النوعين يركزان على العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي، ويبحثان في تأثير الإنفاق العام والخاص على الناتج المحلي الإجمالي ودور الصحة في تحسين الإنتاجية، ومن حيث النتائج، نجد تشابها في تضارب النتائج حول فاعلية الإنفاق الحكومي، حيث توصلت بعض الدراسات المحلية والأجنبية إلى أن الإنفاق الحكومي غير كاف أو غير فعال بسبب سوء الإدارة والفساد وعدم كفاءة توزيع الموارد. كما أن كلا النوعين يعتمدان على البيانات الثانوية من مصادر متشابهة مثل البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والحسابات القومية.أما من حيث الاختلافات، فتتميز الدراسات الأجنبية بنطاق تحليل أوسع يشمل عدة دول متقدمة ونامية، بينما تقتصر الدراسات المحلية على السياق الجزائري فقط. كما أن الدراسات الأجنبية تستخدم بيانات أكثر تفصيلاً وتنوعاً (ربع سنوية أو شهرية) مقارنة بالدراسات المحلية التي تعتمد بشكل أساسي على البيانات السنوية.فيما يتعلق بالمتغيرات المدروسة، تميل الدراسات المحلية إلى التركيز على المؤشرات التقليدية مثل الناتج المحلي والعمر المتوقع ووفيات الأطفال، بينما تتوسع الدراسات الأجنبية في دراسة متغيرات أوسع مثل جودة الخدمات والإنفاق على التكنولوجيا الطبية وأنظمة التأمين الصحي.من الناحية المنهجية، تختلف الدراسات الأجنبية باستخدامها لنماذج أكثر تطورا مثل Dynamic Panel Data (GMM)ونماذج VAR وتطبيقات التعلم الآلي في بعض الدراسات الحديثة، بينما تعتمد الدراسات المحلية بشكل أساسي على نماذج ARDL و.OLSأما بالنسبة للنتائج، تميل الدراسات الأجنبية خاصة في دول OECD إلى إظهار أثر إيجابي

قوي للإنفاق العام، بينما تظهر الدراسات المحلية تأثيرا محدودا للإنفاق الحكومي مع تركيز أكبر على دور الإنفاق الخاص والضمان الاجتماعي. وفيما يتعلق بالتوصيات، تركز الدراسات المحلية على ضرورة إصلاح النظام الصحي الحكومي، بينما تميل الدراسات الأجنبية إلى التوصية بدمج القطاعين العام والخاص عبر شراكات فعالة، تم تلخيص أهم أوجه الإتفاق والإختلاف بين الدراسات القياسية المحلية والأجنبية في الجدول التالي:

الجدول رقم: 13 أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات القياسية

المعيار	الدراسات القياسية الأجنبية	الدراسات القياسية المحلية (الجزائر)
المنهجية	تنوع بين سلاسل زمنية، بيانات مقطعية، ونماذج ديناميكية GMM ، VAR	اعتماد كبير على نماذج ARDLلتحليل العلاقات قصيرة وطويلة الأجل
النتائج	تأثير إيجابي للإنفاق الصحي على النمو خاصة في الدول النامية. تفاوت التأثير حسب جودة الحوكمة	تأثير طويل الأجل للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي. ضعف تأثير الإنفاق الحكومي على التنمية الصحية المستدامة بسبب سوء التسيير.
الفجوات البحثية	ندرة الدراسات التي تربط بين الإنفاق الصحي والتنمية المستدامة بشمولية.	غياب تحليل للتكامل بين القطاعين العام والخاص في الجزائر. محدودية دراسات الجدوى الاقتصادية للإنفاق الصحي.

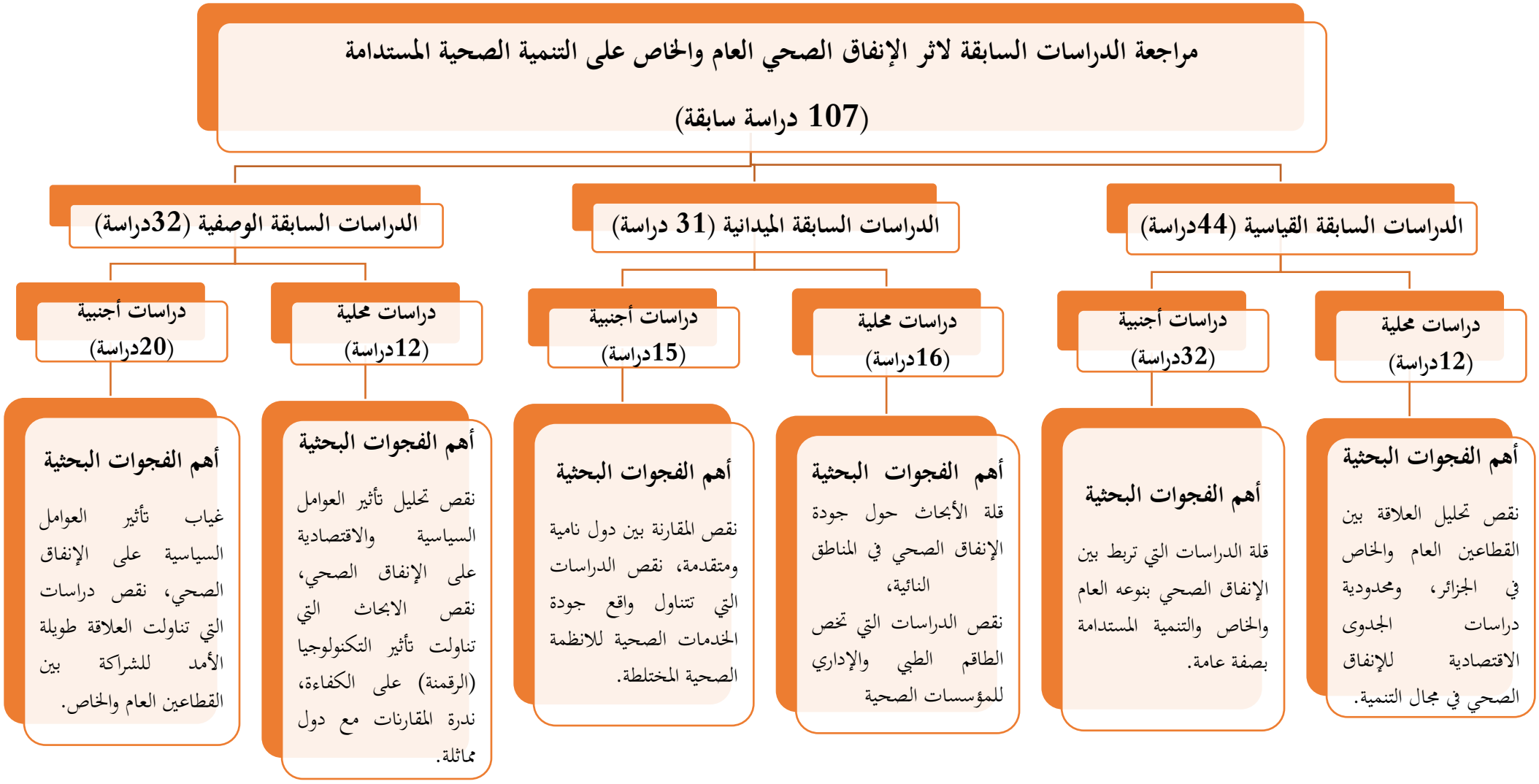
المصدر: من إعداد الباحث

يظهر جليا أن الدراسات السابقة تلعب دورا محوريا في فهم العلاقة بين الإنفاق الصحي بالقطاعين العام والخاص والتنمية الصحية المستدامة، إذ يعكس تحليل هذه الدراسات بمختلف أنواعه، التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر على نظام الرعاية الصحية، وما يمكن استنتاجه أن الاستثمار في القطاع الصحي لا يعتبر مجرد نفقات للصالح العام، بل هو قرار استراتيجي يؤثر على جميع جوانب التنمية، كما توضح الأدلة بأن الدول التي تركز على تخصيص موارد فعالة وبنية تحتية صحية قوية تحقق عوائد من حيث تحسين أداء الصحة العامة، وزيادة الإنتاجية الاقتصادية، علاوة على ذلك تؤكد

الدراسات السابقة أن العوامل المؤثرة في التنمية الصحية المستدامة لا تقتصر على الإنفاق فحسب، بل تشمل أيضا فعالية وكفاءة استراتيجيات الإنفاق، من خلال تطبيق مبادئ الحوكمة في التسيير الإداري للقطاع لضمان توجيه هذه الموارد لتحقيق الأهداف المستدامة وبالتالي، فإن هناك حاجة ملحة للتطوير المستمر في أساليب قياس الأداء الصحي واستراتيجيات الاستثمار، و يجب أن تشمل هذه الأساليب تبني الابتكار والتوجهات الحديثة في تكنولوجيا المعلومات، لضمان الوصول الشامل للخدمات الصحية وتحسين جودتها.

الشكل الموالي يوضح ملخص الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة وكيفية تقسيمها مع أهم النقاط التحليلية والفجوات البحثية المتوصل إليها.

الشكل رقم: 33 ملخص الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع أثر الإنفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة



المصدر: من إعداد الباحث

II-6-6. خاتمة الفصل الخامس

تعتبر الدراسات السابقة ركيزة أساسية في البحث العلمي، حيث تشكل الإطار المرجعي الذي يعتمد عليه الباحث لفهم تطور الموضوع الذي يدرسه، وتحديد الفجوات البحثية التي يمكن أن تشكل نقطة انطلاق لدراسته، من خلال استعراض هذه الدراسات، يتمكن الباحث من تجنب التكرار، وتحديد الإضافات الجديدة التي سيقدمها بحثه، مما يعزز من أصالة الدراسة وقيمتها العلمية، وتكمن أهمية الدراسات السابقة في كونها توفر للباحث رؤية شاملة عن الجهود البحثية السابقة، مما يساعده على فهم الجوانب المختلفة المتعلقة ببحثه، كما تسهم في بناء الإطار النظري للدراسة وتوجيه الباحث نحو اختيار المنهجية والأدوات البحثية المناسبة بالإضافة إلى ذلك، تمكن الدراسات السابقة الباحث من تحليل النتائج السابقة ومقارنتها مع نتائج بحثه، مما يسهم في تقديم تفسيرات جديدة أو حلول مبتكرة للمشكلات التي لم يتم معالجتها بشكل كامل من خلال التحليل النقدي للدراسات السابقة، يمكن للباحث تحديد نقاط القوة والضعف في الجهود البحثية السابقة، والكشف عن الثغرات المعرفية التي تحتاج إلى مزيد من البحث، هذا التحليل لا يقتصر على التلخيص، بل يتجاوزه إلى تفسير الفروقات وإبراز الإسهامات الجديدة التي تقدمها الدراسة الحالية. وبالتالي، فإن الدراسات السابقة ليست مجرد مراجع يستشهد بها، بل هي عملية معرفية تراكمية تسهم في تطوير المعرفة العلمية، يمكن القول إن الدراسات السابقة تشكل العمود الفقري للبحث العلمي، حيث توفر للباحث الأساس النظري والمنهجي اللازم لفهم موضوع الدراسة وتحديد الاتجاهات البحثية السابقة من خلال الاستفادة من هذه الدراسات، يتمكن الباحث من بناء بحث علمي متكامل وذو جودة عالية، يسهم في إثراء المعرفة وتطوير المجال البحثي.

تواجه الدراسات السابقة المتعلقة بالإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة مجموعة من التحديات التي تحد من قدرتها على توفير رؤى شاملة ودقيقة، حيث يلاحظ أن هناك تباينا كبيرا في منهجيات البحث المستخدمة في هذه الدراسات مما يؤدي إلى صعوبات في المقارنة بين النتائج، علاوة على ذلك يعد شح البيانات الدقيقة والموثوقة من أبرز العقبات التي تواجه الباحثين في هذا المجال، الأمر الذي يعوق القدرة على تقييم فعالية الاستثمارات الصحية في تعزيز التنمية الصحية

من ناحية أخرى، هناك أيضا تحديات مرتبطة بتوجه الدراسات السابقة، إذ أن معظمها تركز على جوانب معينة من الإنفاق الصحي دون أخذ البعد السلوكي أو العوامل الثقافية التي تلعب دورا محوريا في فهم ابعاد التنمية الصحية .هذه الفجوة قد تدفع إلى استنتاجات غير مكتملة أو انحيازيات في الفهم للعلاقة بين الإنفاق السنوي على الصحة والنتائج الصحية المحققة في النهاية، تتطلب معالجة هذه التحديات جهودا متعددة التخصصات، لتحسين جودة الدراسات السابقة وتعزيز قدرتها على توضيح العلاقة المعقدة بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة بشكل أعمق وأكثر شمول.

II-7. خاتمة الإطار النظري

من خلال الفصل السابق تم استعراض مختلف المباحث التي تناولت الأسس النظرية لموضوع الدراسة، ويتضح أن موضوع التنمية الصحية المستدامة يمثل مجالا يتقاطع مع عدة أبعاد اقتصادية واجتماعية وإدارية، وهو ما يفسر تنوع المقاربات التحليلية التي تناولت هذا الموضوع، فقد أظهر المبحث الأول أن الخدمات الصحية لم تعد مجرد نشاط خدماتي محدود بل أصبحت قطاعا قائما بذاته، يندرج ضمن اقتصاديات الخدمات ويعكس تأثيرات متبادلة بين العرض والطلب والموارد والتمويل، بما يجعله عاملا محددا في عملية التنمية، ويليه المبحث الثاني ليؤكد أن النمو الاقتصادي والتنمية الصحية المستدامة يرتبطان بشكل متبادل، حيث يشكل الاستثمار الصحي شرطا لرفع الإنتاجية وتحقيق النمو، في حين يمثل النمو الاقتصادي قاعدة لتوسيع قاعدة الإنفاق الصحي وتطوير التغطية الصحية الشاملة، وقد أبرز التحليل أن هذه العلاقة لا تنفصل عن متطلبات الاجتماعية والاعتبارات البيئية التي تفرضها استراتيجيات التنمية المستدامة، وركز المبحث الثالث على الإدارة الصحية باعتبارها العمود الفقري للنظم الصحية الحديثة حيث تبرز أهميتها في تحسين الكفاءة الداخلية للمؤسسات الصحية وتتعداها إلى إرساء مبادئ الحوكمة الرشيدة وتكريس الشفافية في استخدام الموارد، ومن جهة أخرى أوضح المبحث الرابع أن الجودة الصحية لم تعد خيارا تنظيميا بل أصبحت مطلبا استراتيجيا، حيث تربط مستوى رضا المستفيدين وثقتهم بمدى الالتزام بمعايير الجودة الشاملة وتحويلها إلى ثقافة مترسخة داخل المنظومة الصحية، بما يعزز الكفاءة ويخفض التكاليف ويرفع من سمعة المؤسسات الصحية، أما المبحث الخامس فقد تناول الجهود البحثية السابقة حول موضوع الدراسة، إذ تبين أن هذه الدراسات أسهمت في توسيع قاعدة المعرفة حول الإنفاق الصحي وعلاقته بالتنمية الصحية المستدامة، لكنها لم تخل من بعض نقائص أبرزها التباين الكبير في المناهج البحثية، وشح البيانات الدقيقة والموثوقة فضلا عن التركيز الجزئي على بعض الأبعاد (التمويل أو النمو الاقتصادي) مع إغفال جوانب سلوكية أو ثقافية لا تقل أهمية في تفسير طبيعة العلاقة بين النفقات الصحية والمخرجات التنموية، حيث أظهر التحليل النقدي وجود فجوة بحثية محورية ترتبط في الأساس بمنهجية التحليل، فقد لوحظ أن أغلب الدراسات السابقة اعتمدت على مقاربة أحادية الجانب، إما وصفية تقتصر على عرض المؤشرات دون التعمق في تفسيرها، أو ميدانية تركز على جمع آراء محدودة من الفاعلين دون دعمها بالتحليل الكمي، أو

قياسية تسعى لقياس العلاقات السببية لكنها تعاني أحيانا من ضعف المقاربة، هذه المحدودية انعكست على النتائج التي غالبا ما اتسمت بالجزئية، وأعاقت الوصول إلى استنتاجات شاملة تسمح بتحديد سياسات فعالة حول الإنفاق الصحي من أجل تحقيق التنمية الصحية المستدامة، ومن هذا المنطلق تظهر أهمية الدراسة الحالية التي سعت إلى تجاوز هذه الثغرة عبر الجمع بين المناهج الثلاثة: الوصفي، الميداني، والقياسي في إطار تكاملي، فالمنهج الوصفي يسمح تقديم صورة كمية دقيقة عن واقع الإنفاق الصحي ومؤشرات التنمية الصحية المستدامة، والمنهج الميداني يضيف بعدا نوعيا من خلال رصد تجارب المستفيدين والفاعلين على المستوى المحلي والقياس الفعلي لمدى توفر الخدمات وجودتها، بينما يسهم المنهج القياسي في اختبار العلاقات السببية بين المتغيرات، هذا التكامل المنهجي من شأنه أن يحقق قدرا أعلى من الشمولية والموضوعية، ويمنح نتائج البحث قيمة علمية وتطبيقية.

وبهذا التكامل المنهجي يقدم البحث إضافة منهجية عملية تتمثل في هذا النموذج الهجين الذي يسمح بفهم أعمق وأكثر شمولية للعلاقات المعقدة بين متغيرات الدراسة، مما يمكن صناع القرار من التشخيص الدقيق وفهم الواقع المعيش واستنباط علاقات قابلة للتعميم وبذلك، تساهم هذه الدراسة في سد الفجوة التي أبرزها تحليل الدراسات السابقة، وتضع أساسا لمنهجية متكاملة يمكن أن تكون نواة لدراسات مستقبلية في مجال تقييم السياسات الصحية وفعالية الإنفاق الصحي.

III. الفصل الثاني: الجانب التطبيقي للبحث

III–1. مقدمة الفصل التطبيقي

من خلال ما سبق في الأدبيات النظرية تبين أن مفهوم الصحة العامة من الركائز الأساسية للتنمية البشرية والاجتماعية، حيث تحظى بالاهتمام الأكبر لما لها من تأثيرات مباشرة على إنتاجية الأفراد واستقرارهم ورفع مستوى رفاهية المجتمع ومن هذا المنطلق، فإن الإنفاق الصحي الحكومي والخاص يعتبر أداة استراتيجية لتحقيق التنمية الصحية المستدامة، فالخدمات الصحية الجيدة والشاملة تعد من أبرز مؤشرات كفاءة النظام الصحي وقدرته على الاستجابة للتحديات الاقتصادية والاجتماعية، وفي هذا السياق يتبين أن النظام الصحي الجزائري من المجالات المهمة التي حظيت باهتمام الحكومة منذ الاستقلال، حيث تبنت الجزائر نموذجا قائما على الرعاية الصحية المجانية والشاملة، مع توسيع الشبكات الصحية في مختلف المناطق، حيث عرفت هذه الجهود تطورات متباينة تبعا للظروف الاقتصادية والسياسية والاجتماعية، خاصة خلال فترة الدراسة (2000–2021) التي تزامنت مع بروز رهانات جديدة مرتبطة بضرورة تحسين جودة الخدمات من خلال تبني رؤية استشرافية 2030، التي ساهمت في ضمان استدامة التمويل الصحي، وتوسيع التغطية الصحية الشاملة بما يتلاءم مع مبادئ التنمية المستدامة، من هذا المنطلق تم تناول النظام الصحي الجزائري في إطار مقاربة تاريخية وفنية كمدخل أساسي لفهم طبيعة مساراته وأبرز إنجازاته، والصعوبات التي اعترضته بما يوفر قاعدة مرجعية للتحليل الإحصائي اللاحق، الذي يضم محاولة التكامل بين التحليل الوصفي والميداني والقياسي وذلك من أجل الإحاطة الشاملة بالموضوع ومعالجة الفجوات البحثية التي لوحظت في الأدبيات السابقة، وتشمل الدراسات النماذج التالية:

❖ **التحليل الوصفي**: يهدف إلى تحليل مؤشرات التنمية الصحية المستدامة في الجزائر من خلال قراءة وصفية للبيانات المتاحة، بما يسمح بتشخيص واقع الإنفاق العام والخاص وأثره المباشر وغير المباشر على الصحة العامة، إلى جانب رصد التطورات في التغطية الصحية الشاملة ومؤشرات الكفاءة والجودة.

❖ **التحليل الميداني**: والذي ركز على مقدي الخدمات الصحية المتمثلين في الأطقم الطبية والإدارية العاملة في المؤسسات

الصحية، والهدف من هذا التحليل إلى الوقوف على تصورات هؤلاء الفاعلين حول واقع التنمية الصحية المستدامة وجودة الخدمات ونطاق التغطية الصحية الشاملة، وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تسمح بالتقييم المباشر للسياسات الصحية على أرض الواقع.

❖ **التحليل القياسي الكمي المقارن:** حيث اعتمد التحليل القياسي على مرحلتين أساسيتين:

- **المرحلة الأولى:** دراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي الحكومي والخاص من جهة، وبعض المؤشرات الدالة على التنمية الصحية المستدامة في الجزائر خلال فترة الدراسة، باستخدام أدوات الاقتصاد القياسي لاختبار طبيعة هذه العلاقة واتجاهها.
- **المرحلة الثانية:** توسيع نطاق التحليل نحو المقارنة لواقع التغطية الصحية الشاملة في الجزائر وبعض دول شمال إفريقيا وآسيا، قصد تحديد موقع الجزائر إقليميا ودوليا، ومعرفة مدى تجانس تجربتها مع تجارب الدول الأخرى أو تميزها عنها.

إن هذا البناء المنهجي يساهم من جهة في توضيح الأطر المفاهيمية ذات الصلة بموضوع الإنفاق الصحي والتنمية المستدامة، ويكشف من جهة أخرى عن الثغرات المنهجية في الدراسات السابقة التي غالبا ما اعتمدت على مقاربة أحادية النموذج وبذلك البحث اعتمد على مقاربة تكاملية متعددة الأدوات، ما يجعل نتائجها أكثر شمولا وواقعية، ويمنحها قيمة إضافية سواء على الصعيد الأكاديمي أو التطبيقي، ويتيح استخلاص مؤشرات ونتائج تدعم مسعى الجزائر نحو ترسيخ تغطية صحية شاملة ومتوازنة، قادرة على مواجهة تحديات المستقبل.

III-1-1. المطلب الأول: مقاربة تاريخية للمنظومة الصحية الجزائرية

تميزت المنظومة الصحية الجزائرية بتحولات كبيرة منذ الاستقلال، حيث انتقلت من نظام صحي موروث عن الحقبة الاستعمارية كان يتركز بشكل أساسي في المدن الكبرى ويخدم فئة محددة من المجتمع، إلى نظام صحي وطني يسعى لتغطية جميع البلاد، حيث كانت الأولوية لإعادة بناء البنية التحتية الصحية وتأطير القطاع بمبادئ التكافل والتضامن الوطني، ثم مر النظام بمراحل مختلفة شهدت توسعا في التغطية الصحية وتطوير الهياكل القاعدية، واعتماد التأمينات الاجتماعية، لمواجهة التحديات الصحية المعقدة مثل الأمراض المزمنة والأوبئة.

III-1-1-1. مقاربة تاريخية للنظام الصحي الجزائري

مر النظام الصحي الجزائري بالعديد من الفترات الهامة منذ نشأته حيث ساهمت في تكوينه، وأظهرت أهم الأسس التي قامت عليها المنظومة الصحية الجزائرية الحالية.

- **تكوين المنظومة الصحية 1962-1974**: كان النظام الصحي بعد الاستقلال متهالك ومتدهور وتركز أساسا في التجمعات السكانية الكبرى، وتمثل خصوصا في الطب العام وبعض العيادات وكان كادر الطبي قليل مقارنة بعدد السكان في ذلك الوقت وتميزت هاته الفترة بصدور عدة قوانين ومراسيم كان أخرها سنة 1973الذي يقضي بمجانية الخدمات الصحية (الطب المجاني) وسنة 1974 كانت سنة انطلاق النظام الصحي بالجزائر.
- **مجانية العلاج 1974 – 1980**: بعد إقرار الرعاية الطبية المجانية في عام 1973، تم تعزيز هذا الاتجاه من خلال الميثاق الوطني لعام 1976 وقانون الصحة الصادر في السنة نفسها، وبشكل عام تركزت أهداف هذه المرحلة على وضع خطة استراتيجية وطنية لضمان توزيع ووصول العلاج إلى جميع أفراد المجتمع، وتحقيق العدالة في الحصول على العلاج وقد تجلت نتائج هذه المرحلة من خلال تنمية الموارد البشرية (الأطباء، المساعدين الطبيين)، ومع ذلك فقد شهدت هاته الفترة أيضا بعض المشاكل والصعوبات.
- **السياسة الصحية الجديدة 1980-1995**: اتسمت هاته المرحلة بإصلاحات مست القطاع الصحي الجزائري أهمها استقلالية التسيير الإداري والميزانيات لمراكز الاستشفائية الجامعية سنة 1986 وإصدار قانون متعلق بحماية وترقية الصحة والذي سمح بفتح العيادات الخاصة وما ميز هاته الفترة أيضا الأوضاع الاقتصادية الصعبة والتي أدت إلى صعوبة في اقتناء الأدوية والمستلزمات الطبية مما مهد لإقرار مساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام.
- **إصلاحات النظام الصحي 1995-2005**: شهدت هاته الفترة تدهور الخدمات الصحية العمومية وعلى إثرها تم تبني عدة إصلاحات أبرزها اعتماد النظام التعاقدي بموجب قانون المالية لسنة 1995والذي سمح بظهور أداة تمويل جديدة للنظام الصحي تمثلت بربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة، إضافة إلى تعديلات مست تسيير صيدليات المستشفيات.
- **مواصلة إصلاح المؤسسات الصحية 2005-2014**: شهدت هاته الفترة تجسيد قرارات المخططين الخماسيين

الأول 2005-2009 والثاني 2010-2014 وكانت البداية من خلال التدرج في تنفيذ النظام التعاقدي والذي تم تطبيقه نهائيا في أواخر سنة 2009، وتم العمل على دعم أدوية الأمراض المزمنة وكذا تشجيع إنتاج الأدوية الجنسية وفيما يتعلق بالتجهيزات والمرافق فقد تم إنشاء هياكل جديدة ودعم المستشفيات الجهوية بالتجهيزات التي من شأنها أن تعزز من أدائها وتخفف الضغط عن المستشفيات الجامعية.

- **مستوى الخدمات المقدمة (الجودة الصحية)2015-2019**: وفيها تم السعي لإحداث تغيرات جذرية في تسيير المؤسسات الصحية والتي أضحت تستحوذ على نسب هامة من ميزانية الدولة، ورسم خطط استشرافية حتى بداية سنة 2030. (بن عطا الله ، 2020)

كما سبق الذكر، فإن المنظومة الصحية في الجزائر مرت بالعديد من المراحل وتأثرت بالوضع الاقتصادي السائد في كل فترة وما يلاحظ وجود سياسات إصلاحية من أجل النهوض بالقطاع الصحي من خلال تحسين الخدمة المقدمة في المؤسسات الاستشفائية سواء العامة أو الخاصة.

III-1-1-2. الصعوبات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية

سعت الحكومة الجزائرية من أجل توفير خدمات صحية ذات جودة في المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة، إلا أن هناك بعض الصعوبات التي تؤدي إلى اختلالات في النظام الصحي وتدني مستوى الرعاية الصحية نجد منها:

- **اختلالات في الجانب التنظيمي للنظام الصحي الجزائري:** رغم الإصلاحات العديدة التي مرت بها المنظومة الصحية الجزائرية منذ نشأتها سنة 1974 إلا أن الجانب التنظيمي داخل المؤسسات الاستشفائية مزال يعاني من القصور ويظهر ذلك جليا من خلال:

  - تداخل مهام المجالس للمؤسسات الاستشفائية.
  - غياب التحفيز للموظفين وهذا ما ينعكس سلبا على الأداء وإنتاجيتهم بصفة عامة.
  - غياب تقييم جودة الخدمات المقدمة خاصة في المؤسسات العامة.
  - التوزيع الغير المتكافئ للموارد البشرية والمالية بين مختلف مناطق الوطن وتركزهم في المناطق الشمالية للوطن.

- ظروف العمل الصعبة التي تولد بيئة عمل غير محفزة.
- تدني الأجور بالقطاع الصحي العمومي خاصة.
- نقص في التكوين المستمر للأطقم الطبية والإدارية.
- غياب الرقابة في التسيير يؤدي في بعض الأحيان للإهمال وما ينجر عنه عواقب وخيمة على صحة الأفراد.

▪ **النمو الديمغرافي وظاهرة تزايد النفقات الصحية:** في ظل تزايد النمو الديمغرافي الذي تشهده الجزائر خصوصا في الألفية الأخيرة، كان من اللازم التجاوب مع هذه الزيادة وزيادة المخصصات المالية للقطاع الصحي بشكل عام وأيضا دعم القطاع الصحي الخاص من اجل الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة كهدف منشود، ويرى بعض الباحثين أن مشكل تمويل القطاع الصحي الجزائري لا يتمثل في نقص الموارد المالية، بل المشكل الأساسي هو مشكل التسيير وترشيد النفقات العامة على مستوى المؤسسات الصحية وغياب الرقابة على الحسابات المالية للمؤسسات الاستشفائية، تجعل المؤسسات تسجل عجز مالي. (Touta & Meziane , 2022, p. 817)

III-1-1-3. إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية

إن الاختلالات التي مست المنظومة الصحية الجزائرية منذ ظهورها كانت سبب في ظهور مجموعه من الإصلاحات والبرامج التي مست أهم وظائف المؤسسة الصحية من تمويل وتسيير وإنتاج للعلاج، و تمثلت البرامج الإصلاحية في إصلاح نظام التمويل وذلك من خلال تعديل الأطر التنظيمية للتامين الصحي والحماية الاجتماعية وأيضا إصلاح النظم المسيرة للمؤسسة الاستشفائية حيث سمحت بتحديد دور كل الفاعلين بدقه ووضوح، حيث تميز إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية بالمرور عبر سلسله من الإجراءات ذا طابع تنظيمي وتسيري ومالي سمح بتحسين فعالية القطاع الصحي من خلال تحسين جوده الخدمات المقدمة وذلك من خلال الاعتماد على الإصلاح الصحي العالمي خصوصا في الدول النامية مثل تحسين و ترقية التغطية الصحية الشاملة، ووضع اطر للتكفل بالأشخاص المعوزين والمحرومين بالإضافة إلى تحسين الإدارة الصحية و التأكيد على سياسة التحكم في التكاليف وترشيد الإنفاق العام الصحي من خلال الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة في ظل تزايد نفقات الصحية بسبب النمو الديمغرافي المتزايد و محدودية الموارد. (بوشلاغم و شرفي ، 2017، صفحة 13)

إن التحسين المستمر للمنظومة الصحية الجزائرية أمر مهم، تسعى إليه الحكومة من خلال تبني برامج إصلاحية والعمل على رؤيا استشرافية مستقبلية وتبني مشاريع للأمد الطويل والمتوسط من أجل الرفع من مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة من جهة، و تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع أفراد المجتمع من جهة أخرى، مع مراعاة الوضع المادي للأفراد من خلال برامج الحماية الاجتماعية والتأمين في حالة العجز لتحقيق الكفاءة والعدالة والإنصاف في توزيع الخدمات الصحية وهذا ما دعت إليه منظمة الصحة العالمية من خلال برامجها المسطرة وأهداف الألفية الإنمائية التي دعت إليها المتمثلة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول سنة 2030.

III-1-2. المطلب الثاني: تطور مؤشرات التغطية الصحية الشاملة والتنمية الصحية المستدامة بالجزائر 2000-2021

تعتبر الجزائر من الدول التي تسعى إلى تحقيق نسب متقدمة في التنمية الصحية المستدامة من خلال تبني سياسات الصحية وخطط استشرافية لضمان استفادة جميع السكان من مستوى معين من الخدمات الصحية الأساسية، دون التسبب في عجز أو ضائقة مالية وهذا ما نلاحظه من خلال بيانات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بمؤشرات التغطية الصحية الشاملة بالجزائر والتي كما سبق الذكر تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والأمراض المعدية والأمراض غير السارية ووفرة الخدمة وإمكانية الوصول إليها ويشار إليها عند طريق نسبة مئوية، حيث يلاحظ زيادة التغطية الصحية الشاملة بالجزائر خلال سنوات الألفية الأخيرة بنسبة معتبرة حوالي 74%.(الجدول 14)

(World Health Organization, 2024)

الجدول رقم:14 يوضح مؤشر التغطية الصحية الشاملة بالجزائر

السنوات	2000	2005	2010	2015	2017	2019	2021
التغطية الصحية الشاملة	56	61	67	74	74	74	74

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات المنظمة الصحة العالمية

ويظهر ذلك جليا من خلال الموارد البشرية والمادية المتاحة لقطاع الصحة والتي تطورت بشكل ملحوظ خلال سنوات الألفية كمت هو موضح في الجدولين التاليين (15-16)، حسب تقرير الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2021.

(الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، الصفحات 22-23)

الجدول رقم:15 يوضح تعداد الطاقم الطبي وشبه الطبي بالجزائر

السلك الطبي والشبه الطبي				
السنوات		**2016**	**2017**	**2018**
عدد العمال في السلك الطبي		100572	105438	109589
الأطباء (عامون-أخصائيون – مقيمون)		74937	78838	81751
جراحو الاسنان		13747	14263	15008
صيادلة		11888	12337	12890
عدد العمال في السلك الشبه الطبي		127365	127624	139232
تقنيون سامون		87575	86695	91152
تقنيون		4070	3267	3260
مساعدون في السلك الشبه الطبي		35720	37662	44820
التغطية الصحية				
عدد السكان لكل	01 طبيب	545	529	521
	01 جراح اسنان	2971	2925	2837
	01 صيدلي	3435	3382	3303
	01 تقني سامي	466	481	467
	01 تقني	10033	12770	13061
	01 مساعد في الصحة	1143	1108	950
عدد الأطباء في القطاع العمومي				
الأطباء		55158	57227	58384
جراحو الاسنان		7014	6928	7072
صيادلة		1695	1796	2159
المجموع		63867	65951	67615
عدد الأطباء في القطاع الخاص				
الأطباء		19779	21611	23367
جراحو الاسنان		6733	7335	7936
صيادلة		10193	10541	10731
المجموع		36705	39487	42034

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نشرة رقم 49 سنة 2021 بعنوان الجزائر بالأرقام نتائج 2016-2018 للديوان الوطني للإحصائيات. الصفحة: 22

الجدول رقم:16 يوضح المنشآت الصحية بالجزائر

المنشآت القاعدية الصحية						
السنوات	2016		2017		2018	
التجهيز	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة
مراكز استشفائية عامة	200	38407	205	40322	206	40442
مؤسسة استشفائية	09	1324	09	1354	09	1533
مراكز استشفائية جامعية	15	12910	15	12799	15	12671
مؤسسة استشفائية جامعية	01	818	01	869	01	1087
مؤسسة استشفائية متخصصة	75	11725	77	11818	79	12426
دور الولادة الخاصة	123	.....	127	.....	135	.....

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نشرة رقم 49 سنة 2021 بعنوان الجزائر بالأرقام نتائج 2016-2018

للديوان الوطني للإحصائيات. الصفحة: 23

III-1-2-1. مؤشرات التغطية الخدمات الصحية الأساسية في الجزائر

الجدول رقم:17 يوضح بعض مؤشرات الخدمات الصحية الأساسية في الجزائر

المؤشـــــــــر	النسبة	سنة القياس
معدل وفيات المواليد حديثي الولادة (لكل 1000 مولود حي)	15.65	**2021**
معدل وافيات الرضع اقل من سنة (لكل 1000 رضيع حي)	19.16	**2021**
معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات (لكل 1000 طفل حي)	22.34	**2021**
نسبة الأطفال المحميون من داء الكزاز	98.00	**2020**
نسبة التغطية التقديرية بمضادات الفيروسات القهقرية للمصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة	82.00	**2021**
نسبة التطعيم ضد مرض السل	72.80	**2017**
الرعاية الصحية للحوامل (04 فحوصات قبل الولادة على الأقل)	69.80	**2016-2019**
متوسط الاستجابة للقدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية	75.29	**2017**
نسبة التلقيح بالجرعة الثانية لداء الحصبة	77.00	**2021**
نسبة التغطية لخدمات الصرف الصحي	85.97	**2020**
نسبة التحصين ضد داء المكورات الرئوية للأطفال البالغين سنة واحدة	91.00	**2021**
نسبة السكان الذين يستفيدون من الصرف الصحي المسير بأمان	17.61	**2020**
نسبة التحصين ضد داء التهاب السحايا للأطفال بعمر سنة واحدة	91.00	**2021**

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات منظمة الصحة العالمية

يتضح من الجدول أعلاه (17) هناك تحسن في مؤشرات الخدمات الصحية الأساسية في الجزائر حسب موقع منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2024) ، حيث يلاحظ تحقيق معدلات عالية نسبة التغطية لخدمات الصرف الصحي بغلت 85.97 بالمئة لسنة 2020 وتحسن الرعاية الصحية للحوامل (04 فحوصات قبل الولادة على الأقل) بمعدل يقارب 70 بالمئة خلال الفترة الممتدة ما بين 2016-2019 ، وتسجيل نسب منخفضة لمعدل وفيات الرضع حديثي الولادة والأطفال الأقل من 5 سنوات بنسبة بلغت أقل من 22.50 بالمئة لسنتي 2020و2021 ، كما سجل أيضا ارتفاع نسبة التحصين ضد الأمراض مثل داء السل ، الكزاز، مرض نقص المناعة المكتسبة ،الحصبة ،المكورات الرئوية ، التهاب السحايا حيث بلغت نسبة التحصين في مجمل الأمراض سالفة الذكر 85.16 بالمئة للفترة 2020-2021. وذلك راجع للاهتمام بإصلاح القطاع الصحي للفترة الألفية.

III-1-2-2. الإنفاق الصحي على الخدمات الصحية المقدمة

تعطي المتغيرات الاقتصادية نظرة شاملة حول مدى نجاعة الإنفاق الصحي من خلال المعطيات المتمثلة في نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي من جهة ونسبة الإنفاق الصحي من الدخل الإجمالي، حيث يعتبر التطور في الإنفاق الصحي نتيجة لتحسن الوضع الاقتصادي خلال فترة الألفية، ما ساهم في تعزيز المنشآت الصحية العامة والخاصة وقلل من تكاليف الحصول على الخدمات الصحية.

الجدول رقم:18 يوضح إجمالي الإنفاق الوطني والإنفاق الحكومي على الصحة حسب الموازنات السنوية بالإضافة إلى اعتمادات التسيير السنوية

السنوات	إجمالي الإنفاق الوطني (بالأسعار الجارية للعملة المحلية)	الإنفاق الحكومي على الصحة حسب الموازنات العامة (بالدينار الجزائري)	اعتماد التسيير العام (بالدينار الجزائري)	نسبة الإنفاق على الصحة في الجزائر
2000	32459,85	339,0074	9653,282	4%
2001	39585,17	383,248	8362,942	5%
2002	44270,02	491,1711	10501,66	5%
2003	49154,68	554,3057	10973,86	5%
2004	56015,09	637,7045	12000	5%
2005	61259,84	624,6095	12000	5%
2006	66514,31	703,1528	12834,47	5%
2007	77113	935,5297	15749,43	6%
2008	92887,82	1292,013	20179,69	6%
2009	108232,7	1783,228	25937,41	7%
2010	123670,6	1950,118	28380	7%
2011	143710,5	2278,595	34343,07	7%
2012	162014,7	4049,453	46082,5	9%
2013	177847,9	3069,256	43356,14	7%
2014	195781,1	3659,468	47144,52	8%
2015	211725,1	3819,721	49722,78	8%
2016	223131,6	3794,073	48073,32	8%
2017	230004,4	3890,737	45918,42	8%
2018	239518,6	3921,634	45844,62	9%
2019	244041,5	3989,704	49544,77	8%
2020	228500,7	4082,828	48934,39	8%
2021	250335,2	4106,722	53145,07	8%

الوحدة: 100 مليون دج

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات موقع البنك الدولي للإحصائيات وموقع وزارة المالية، صفحة الوثائق، النصوص الرسمية، قوانين المالية.

يظهر في الجدول السابق (18) أن إجمالي الإنفاق الوطني (World Bank Group, 2025)في زيادة مستمرة خلال فترة الألفية، حيث سجل سنة 2000 القيمة 32459,85 وسنة 2021 القيمة 250335,2 مرد ذلك للانتعاش الذي شهده الاقتصاد الجزائري في هذه الفترة وتبني برامج تنموية طويلة الأمد خصوصا في المناطق الداخلية والصحراوية حيث شهدت تحسن في البنى التحتية والمرافق العمومية ، وهذا ما ظهر جليا من خلال ميزانيات التسيير السنوية حيث سجل ارتفاع مضطرد للميزانيات السنوية وسجلت القيمة 9653,282 لسنة 2000 والقيمة 53145,07 لسنة 2021 ، من خلال جداول ب لقوانين المالية (وزارة المالية، 2025)، يظهر ان الاعتمادات السنوية الممنوحة لقطاع الصحة في تزايد ملحوظ حيث سجلت نسبة الإنفاق على الصحة 4% لسنة 2000 و 8% لسنة 2021 وذلك راجع للرؤية الاستشرافية 2030 للنهوض بالقطاع الصحي وتوفير الخدمات الصحية الاساسية لكل شرائح المجتمع وفي مختلف المناطق .

III-1-2-3. التأمين الصحي كأحد صور الحماية المالية

كما تم الإشارة سابقا فإن الحماية المالية من المؤشرات الأساسية التي تقوم عليها التغطية الصحية الشاملة، والجزائر كسائر بلدان العالم تسعى لتحقيق الرعاية الصحية الأساسية بشكل عادل لجميع أفراد المجتمع وهذا ما نلاحظه من خلال إقرار قوانين تضمن مجانية العلاج من جهة، وأيضا الحرص على ضرورة التأمين الصحي للجميع من جهة أخرى.

III-1-2-4. السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي

يوضح النظام الوطني للحماية الاجتماعية مدى تقدم التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلد، ويرتبط التطور التاريخي لأنظمة الحماية الاجتماعية، وخاصة فيما يتعلق بالضمان الاجتماعي، بتاريخ الحركات الاجتماعية المختلفة التي ميزت الإنسان واليوم، يلعب الضمان الاجتماعي دورا مهما في حماية العمال وأسرهم، وتتجلى أهمية هذا المفهوم من خلال أثره الإيجابي على توزيع الدخل القومي وأداء الاقتصاد الوطني، وكلاهما عاملان مهمان في تاريخ التنمية سواء في الداخل أو الخارج، ويعتبر الضمان الاجتماعي في الجزائر جزءا لا يتجزأ من البيئة المباشرة للعامل وأسرته، ونتيجة لذلك، تطور نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر، منذ تأسيسه إلى اليوم، بشكل كبير وواسع النطاق. وبشكل أكثر تحديثا، منذ حصول البلاد

على الاستقلال في عام 1962، تم إحراز تقدم كبير، خصوصا نحو تعميم الحماية الاجتماعية من خلال توسيع نطاقها ليشمل مجموعة أكبر من أنواع السكان مع تبسيط عمليات منح الحماية الاجتماعية لضمان الحق في الضمان الاجتماعي.

- **الفئات المعنية بالتغطية الاجتماعية:** تنشأ منظومة الضمان الاجتماعي الجزائرية على أسس مهنية، تشمل الأغلبية الكبيرة من السكان لضمان استفادة فئات عديدة من الأشخاص الذين لا يمارسون أي نشاط مأجور من حماية الضمان الاجتماعي وضمان تمتعهم بصفة المؤمن لهم اجتماعيا. وعليه تتم تغطية كالتالي:

- العمال الأجراء
- العمال غير الأجراء الذين يمارسون نشاطا خصوصيا
- الفئات الخاصة، والتي تضم:

➢ العمال المشبهين بالعمال الأجراء (مثال: العمال بالمنازل، المستخدمون من قبل الخواص، البحارة ورب العمل الصياد بالحصة، الفنانون، المتمهنون الذين يتقاضون أكثر من 50 % من الأجر الوطني الأدنى المضمون...إلخ)

➢ العمال الذين يمارسون نشاطات خاصة (مثال: حراس مواقف السيارات المجانية، الأشخاص اللذين يعملون في إطار أنشطة ذات منفعة عامة، حاملو الأمتعة المرخصون...إلخ).

➢ الأشخاص الذين لا يمارسون نشاطا مهنيا مثال: الطلبة، تلاميذ المؤسسات التعليمية التقنية والتكوين المهني، المجاهدون، المعاقون والمستفيدون من المنح الجزافية للتضامن، الأشخاص الذين يمارسون نشاطا رياضيا منظما من قبل المستخدم وكذا الأشخاص الذين يؤدون عملا تطوعيا للصالح العام أو لإنقاذ شخص في حالة خطر.

- **المستفيدون من أجهزة الإدماج الاجتماعي والمهني:** فيما يخص الفئات الخاصة، فتستفيد عموما من تغطية اجتماعية في التامين عن المرض والأمومة أما الفئات الخاصة المعرضة لخطر مهني تستفيد إضافة إلى ذلك من التعويض في مجال حوادث العمل والأمراض المهنية. من جهة أخرى، فإن كل الحائزين على دخل بديل مقدم مثل الحائزين على امتيازات التقاعد ومنحة العجز، حوادث العمل أو الأمراض المهنية والتي تفوق نسبتها 50 % والعمال الذين يتلقون تعويضا عن المرض أو عن البطالة، يستفيدون أيضا من تغطية تكاليف العلاج والأداءات العائلية وفي بعض الحالات من التأمين عن الوفاة. كما يستفيد من التغطية الاجتماعية ذوي حقوق المؤمن لهم اجتماعيا وهم:

- **الزوج**
- **الأطفال المكفولون**
- **ذوي الأصول المكفولون**

وعليه، تغطي المنظومة الجزائرية للضمان الاجتماعي أكثر من 80 % من السكان وتمنح تغطية في مجال العلاج للأشخاص المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا وتكون على عاتق الدولة، تشمل المنظومة الجزائرية للضمان الاجتماعي (وزارة العمل والتشغيل والضمان الإجتماعي، 2025)جميع الفروع المندرجة ضمن النظم الحديثة للضمان الاجتماعي لمنظمة العمل الدولية وهي:

- **التأمين على المرض**
- **التأمين على الوفاة**
- **التأمين على البطالة**
- **التامين على الأمومة**
- **حوادث العمل**
- **التقاعد**
- **التأمين على العجز**
- **الأمراض المهنية**
- **الأداءات العائلية**

قطع جهاز الضمان الاجتماعي أشواطا معتبرة في الحماية الاجتماعية للمجتمع من خلال عملية التحسيس الدورية لضرورة التأمين والتصريح بمختلف الأنشطة ويظهر ذلك جليا من خلال تطور أعداد المنخرطين والمأمنين اجتماعيا من مختلف شرائح المجتمع كما هو مبين في الجدول التالي(19): (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 20)

الجدول رقم:19 يوضح تطور المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية

السنوات	2014	2015	2016	2017
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي				
عدد المأمنين الاجتماعيين	11342779	11957202	12316569	12050005
الأجراء	6126302	6140078	5874042	6347433
بنسبة %	54.01	51.35	74.69	52.68
الصندوق الوطني للمتقاعدين				
عدد المتقاعدين	2773615	2978557	3166903	3216648
الصندوق الوطني للضمات الاجتماعي لغير الأجراء				
عدد المنخرطين الناشطين	1493629	1721756	1806124	1697463
عدد المشتركين	643997	893935	842483	827960
عدد المتقاعدين	243241	158559	266338	277222
الصندوق الوطني للعطل والبطالة ورداءة الأحوال الجوية للبناء الأشغال العمومية والمياه				
عدد المستخدمين المنخرطين	64112	64505	59322	58641
عدد العمال المصرح بهم	1102401	1162144	1063957	1025716
عدد الخدمات المقدمة	1256930	1247994	1153508	1155766

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نشرة رقم 49 سنة 2021 بعنوان الجزائر بالأرقام نتائج 2016-2018 للديوان الوطني للإحصائيات، الصفحة 20

تعتبر التغطية الصحية هدف أساسي من أهداف التنمية المستدامة، وتصنف العلاقة بينها على انها في الاتجاهين ومكسب لكلا الطرفين ، بحيث يمكن الاعتبار بأن الاستثمار في العامل البشري يكون في ذروته في الظروف الصحية الملائمة من جهة وأيضا الاستثمار في القطاع الصحي أصبح حاليا من القطاعات التي يمكن أن تخلق القيمة المضافة من خلال خلق مناصب شغل دائمة من جهة أخرى، لذا يكتسب القطاع الصحي أهمية بالغة في أهداف التنمية المستدامة التي تسطرها الدول في الأمد المتوسط والطويل وهذا ما لاحظناه في تحليل ودراسة بعض مؤشرات التنمية المستدامة و بيانات التغطية الصحية الشاملة للجزائر والتي تسير حسب مقترحات منظمة الصحة العالمية من خلال السعي لضمان الخدمات الصحية الأساسية بشكل عادل لكافة المواطنين ويظهر ذلك بتزايد عدد طواقم طبية وشبه طبية بالإضافة الى زيادة المنشآت القاعدية الصحية وتشجيع القطاع الصحي الخاص، وأيضا المضي قدما في الحماية الاجتماعية والتأمين الصحي للتقليل الالتزامات المالية التي قد تحول دون الحصول على الرعاية الصحية الأساسية.

III-1-3. المطلب الثالث: واقع التنمية الصحية المستدامة وجودة الخدمات المقدمة (دراسة ميدانية من وجهة نظر الطاقم الطبي والإداري للمؤسسات الصحية)

من اجل محاولة تحديد واقع التنمية الصحية المستدامة وتقييم جودة التغطية الصحية الشاملة في الجزائر سواء في المناطق الحضارية والداخلية، تم إجراء استطلاع راي خص مقدمو الخدمات الصحية، المتمثلون في الأطقم الطبية والإدارية لبعض المؤسسات الصحية العامة بولايتي تلمسان والنعامة (المركز الاستشفائي الجامعي تيجاني دمرجي-تلمسان-، المعهد الوطني لتكوين الشبه الطبي – تلمسان-، بعض المراكز الصحية-مغنية-، مستشفى محمد بوضياف-العين الصفراء-النعامة- بالإضافة لبعض العيادات الطبية الخاصة).

III-1-3-1. أداة جمع البيانات

تم الاعتماد في هذه الدراسة على توزيع استبيان (الملحق01) على عينة الدراسة وقد احتوى على مقدمة تشرح الهدف الرئيسي للبحث وفقرات تضم كافة العبارات، التي تم بناؤها حسب الدراسات السابقة وتوجيهات المحكمين من أساتذة جامعيين مختصين في مجال اقتصاديات الصحة وتقييم الإنفاق الصحي بالإضافة إلى أخذ آراء كل من مدراء

مؤسسات الصحية حاليين وأطباء مختصين، وضم الاستبيان المعلومات العامة ومحورين أساسين: المحور الأول ضم خمسة أسئلة مفتوحة وذات خيارات متعددة حول واقع التنمية الصحية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة، والمحور الثاني ضم الابعاد الخمسة لقياس جودة الخدمات الصحية المقدمة متمثلة في 23 عبارة ذات اختيار محدد ومغلوقه للتقييم، حسب نموذج SERVQUAL

III-1-3-2. أدوات تحليل البيانات

تم الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSSv27) لتحليل البيانات والمعلومات التي تم التحصيل عليها من خلال الاستبيان والاعتماد على نموذج SERVQUAL لقياس ابعاد المحور الثاني المتمثل في جودة الخدمات الصحية المقدمة.

III-1-3-3. نموذج SERVQUAL لقياس ابعاد جودة الخدمات المقدمة

نموذج SERVQUAL هو اختصار لكلمتي SERVICE QUALITY وقد تأسس من قبل الباحثين ZEITHAML، PARASURAMAN،BERRY سنة 1988 يهدف إلى قياس جودة الخدمات المقدمة في مختلف القطاعات، بما في ذلك القطاع الصحي ويعتمد هذا النموذج على تحديد الفجوات، الخدمة المتوقعة من قبل متلقي الخدمة والمتمثلة في توقعاتهم وتصوراتهم والخدمة الفعلية المقدمة (Parasuraman, A. Zeithaml, & L Berry, 1988, p. 64)

III-1-3-4. مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من الأطقم الطبية للمؤسسات الصحية سابقة الذكر، حيث تم توزيع الاستبيان على عينة عشوائية في حدود 150 استبيان وتم استرجاع 146 منها وبعد فحصها وجد ان 144 استبانة صالحة للدراسة، وامتدت فترة من توزيع الاستبيان لغاية استرجاعه حوالي خمسة أشهر (جانفي، ماي2025)

III-1-3-5. صدق أداة الدراسة وثباتها

تم عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة كما سبق الذكر للتحقق من مدى فعاليته ودقته لتحقيق الهدف المرجو منه.

III-1-3-6. اختبار الفا كرومباخ

يستخدم اختبار الفا كرومباخ لتقييم الاتساق الداخلي لمجموعة من العناصر في الاستبيان، ويشير الاتساق الداخلي إلى مدى قياس العناصر لنفس الصفة أو البعد.

الجدول رقم:20 اختبار الفا كرومباخ

البعد	قيمة الفا كرومباخ	تفسير نتيجة اختبار الفا كرومباخ
الملموسية	0,781	قيمة جيدة جدا، تدل على أن العناصر التي تقيس بعد الملموسية متسقة ومترابطة بشكل جيد.
الاعتمادية	0,773	قيمة جيدة جدا، تشير إلى أن العناصر التي تقيس بعد الاعتمادية متسقة ومترابطة بشكل جيد.
الاستجابة	0,84	قيمة ممتازة، تدل على أن العناصر التي تقيس بعد الاستجابة متسقة ومترابطة بشكل قوي.
الأمان	0,78	قيمة جيدة، تشير إلى أن العناصر التي تقيس بعد الأمان متسقة ومترابطة بشكل قوي.
التعاطف	0,824	قيمة ممتازة جدا، تدل على أن العناصر التي تقيس بعد التعاطف متسقة ومترابطة بشكل قوي جدا.
الكلي	**0,934**	**قيمة ممتازة جدا، تشير إلى أن جميع العناصر في المقياس بشكل عام متسقة ومترابطة بشكل قوي جدا.**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

تشير نتائج اختبار ألفا كرونباخ الموضحة في الجدول 20 إلى مستوى عال من الاتساق الداخلي والموثوقية في أبعاد المقياس المختلفة، حيث جاءت جميع القيم أعلى من 0.77، وهو ما يعكس جودة كبيرة في ترابط العبارات.

III-1-3-7. الإحصاءات الوصفية للبيانات الديموغرافية:

III-1-3-8. توزيع افراد العينة حسب مكان العمل:

الجدول رقم:21 توزيع أفراد العينة حسب مكان العمل

مكان العمل	التكرارات	النسبة المئوية (%)
المدن	109	**75,7**
المناطق الداخلية الريفية والحدودية	35	**24,3**
المجموع	**144**	**100,0**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

الجدول السابق 21 يوضح توزيع العينة وفق متغير مكان العمل، حيث تبين أن أغلبية المشاركين ينتمون إلى المدن بنسبة 75.7% أي ما يعادل 109 فردا، في حين أن نسبة أقل قدرها 24.3% أي 35 فردا فقط يقيمون في المناطق الداخلية الريفية والحدودية، حيث تشير هذه النتائج إلى أن العينة يغلب عليها الطابع الحضري.

III-1-3-9. توزيع افراد العينة حسب الجنس:

الجدول رقم:22 توزيع أفراد العينة حسب مكان الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية (%)
ذكر	43	**29,9**
انثى	101	**70,1**
المجموع	**144**	**100,0**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

الجدول 22 يبين توزيع العينة حسب الجنس، حيث يتضح أن نسبة الإناث هي الأعلى إذ بلغت 70.1% أي ما يعادل 101 مشاركة، مقابل نسبة 29.9% للذكور بما يعادل 43 مشاركا من مجموع العينة.

III-1-3-10. توزيع افراد العينة حسب السن:

الجدول رقم:23 توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من 25 سنة	76	52,8
25-35	29	20,1
35-44	26	18,1
45-54	12	8,3
أكثر من 55 سنة	1	0,7
المجموع	**144**	**100,0**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

بين الجدول 23 توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية، حيث تسيطر فئة أقل من 25 سنة بنسبة 52.8% بما يعادل 76 مشاركا، وهو ما يمثل الأغلبية المطلقة، تليها فئة 25–35 سنة بنسبة 20.1% أي 29 مشاركا، ثم فئة 35–44 سنة بنسبة 18.1% أي 26 مشاركا، في المقابل نجد أن فئة 45–54 سنة تشكل نسبة أقل بلغت 8.3% بما

يعادل 12 مشاركا، بينما كانت الفئة العمرية أكثر من 55 سنة شبه منعدمة، إذ لم تتجاوز 0.7% بمشارك واحد فقط، هذا التوزيع يعكس أن العينة يغلب عليها الطابع الشبابي.

III-1-3-11. توزيع افراد العينة حسب الوظيفة:

الجدول رقم:24 توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

الوظيفة	التكرارات	النسبة المئوية
طبيب: جميع الرتب والتخصصات	35	24,3
ممرض: جميع الرتب والتخصصات	53	36,8
بيولوجي في الصحة	11	7,6
أخصائي نفساني	1	0,7
إداري في الصحة	44	30,6
المجموع	**144**	**100,0**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

يبين الجدول 24 توزيع العينة حسب الوظيفة في قطاع الصحة، حيث يتضح أن أكبر نسبة تعود إلى فئة الممرضين بجميع رتبهم وتخصصاتهم بنسبة 36.8% أي ما يعادل 53 مشاركا، تليها مباشرة فئة الإداريين في الصحة بنسبة 30.6% أي 44 مشاركا، أما الأطباء بجميع رتبهم وتخصصاتهم فقد مثلوا نسبة 24.3% أي 35 مشاركا، في حين جاءت فئة البيولوجيين في الصحة بنسبة 7.6% أي 11 مشاركا وأخيرا، نجد أن فئة الأخصائيين النفسانيين كانت شبه منعدمة، إذ بلغت نسبتها 0.7% بمشارك واحد فقط.

III-1-3-12. توزيع افراد العينة حسب قطاع العمل:

الجدول رقم:25 توزيع أفراد العينة حسب قطاع العمل

قطاع العمل	التكرارات	النسبة المئوية
القطاع العام	127	88,2
القطاع الخاص	10	6,9
مختلط القطاعين معا	7	4,9
المجموع	**144**	**100,0**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

يبين الجدول 25 توزيع العينة حسب قطاع العمل، حيث يتضح أن الغالبية العظمى من المشاركين ينتمون إلى القطاع العام بنسبة 88.2% أي ما يعادل 127 مشاركا، في حين أن نسبة المشاركين العاملين في القطاع الخاص بلغت 6.9% أي 10 مشاركين فقط، أما الفئة التي تعمل في القطاعين معا (العام والخاص) فكانت محدودة جدا بنسبة 4.9% أي 7 مشاركين.

III-1-3-13. توزيع افراد العينة حسب الخبرة:

الجدول رقم:26 توزيع أفراد العينة حسب قطاع الخبرة

الخبرة	التكرارات	النسبة المئوية
اقل من 5 سنوات	96	66,7
5-10سنة	23	16,0
11-15سنة	18	12,5
أكثر من 15 سنة	7	4,9
المجموع	**144**	**100,0**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

يبين الجدول 26 توزيع المشاركين حسب سنوات الخبرة المهنية، حيث تمثل الفئة ذات أقل من 5 سنوات خبرة النسبة الأكبر بواقع 66.7% أي 96 مشاركا، مما يعكس سيطرة الكوادر حديثة العهد نسبياً بالعمل، تليها فئة من 5 إلى 10 سنوات خبرة بنسبة 16.0% أي 23 مشاركا، ثم فئة 11–15 سنة بنسبة 12.5% أي 18 مشاركا، أما الفئة الأكثر خبرة، أي أكثر من 15 سنة، فقد سجلت نسبة ضعيفة لم تتجاوز 4.9% أي 7 مشاركين فقط، هذا التوزيع يشير بوضوح إلى أن غالبية العينة يغلب عليها الطابع الشاب والحديث الخبرة

III-1-3-14. تحليل المحور الثاني المتعلق بالتغطية الصحية الشاملة

الجدول رقم:27 سعي الجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

تأكيد التغطية	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	65	45,1
غير متأكد	66	45,8
لا	13	9
المجموع	**144**	**100**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

يبين الجدول 27 آراء المشاركين حول سعي الجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، حيث جاءت النتائج متقاربة بين فئتي "نعم" و"غير متأكد"، فقد أكد 65 مشاركا بنسبة 45.1% أن الجزائر تسعى لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، في حين أعربت نسبة شبه مساوية بلغت 45.8% أي 66 مشاركا عن عدم التأكد من ذلك، وهو ما يعكس قدرا من التردد أو الغموض في تصور هذه الفئة لمدى تحقق هذا الهدف، أما فئة "لا" التي تنفي وجود هذا السعي فقد شكلت نسبة ضعيفة نسبيا بلغت 9% أي 13 مشاركا فقط، هذه النتائج تشير إلى أن الرأي العام داخل العينة منقسم بين التأكيد والتردد.

الجدول رقم:28 أبرز العوائق التي تحول دون 'تحقيق التغطية الصحية الشاملة

العائق	التكرارات	النسبة المئوية
ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية	39	27,9%
نقص الوعي الصحي	79	56,4%
عدم توفر الخدمات في المناطق النائية	59	42,1%
الفساد الإداري	69	49,3%
مجانية الخدمات واتساع المساحة	4	2,9%
نقص التنظيم والتمويل	10	7,1%
المجموع	**260**	**185,7%**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

يبين الجدول 28 أبرز العوائق التي تحول دون تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر من وجهة نظر المشاركين، حيث يظهر أن العائق الأكثر بروزا هو نقص الوعي الصحي بنسبة 56.4%، يليه الفساد الإداري بنسبة 49.3% ، ثم عدم توفر الخدمات الصحية في المناطق النائية بنسبة 42.1%، كما اعتبر 39مشاركا أي 27.9%أن ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية يمثل عائقا مهما في المقابل، جاءت بعض العوائق الأخرى بنسبة أقل مثل نقص التنظيم والتمويل بنسبة 7.1%، واعتبر 4مشاركين فقط (2.9%)أن مجانية الخدمات واتساع المساحة الجغرافية تعد من بين العوائق و من الملاحظ أن مجموع النسب المئوية يتجاوز (185.7%) 100%، مما يدل على أن المشاركين كان بإمكانهم اختيار أكثر من عائق واحد، وهو ما يعكس تعددية وتداخل المشكلات التي تحول دون تحقيق التغطية الصحية الشاملة، هذه النتائج

تؤكد أن التحديات الرئيسية تكمن في ضعف الوعي الصحي، الفساد الإداري، وصعوبة الوصول للخدمات في المناطق النائية، وهي عوامل تحتاج إلى استراتيجيات متكاملة لمعالجتها.

الجدول رقم:29 أهم الإجراءات التي تساعد في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر

الاجراء	التكرارات	النسبة المئوية
زيادة التمويل الصحي	70	48,6%
تحسين إدارة الخدمات الصحية	95	66,0%
تدريب الأطقم الطبية	43	29,9%
تعزيز الوعي الصحي	83	57,6%
تفعيل الرقابة والاهتمام بالطاقم الطبي	4	2,8%
المجموع	295	204,9%

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

يبين الجدول 29 أهم الإجراءات المقترحة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر من وجهة نظر المشاركين، وقد جاء في المرتبة الأولى تحسين إدارة الخدمات الصحية بنسبة 66.0% (95 تكرارا)، مما يعكس إدراكا واسعا لأهمية الحوكمة الفعالة في القطاع الصحي، يليه في الأهمية تعزيز الوعي الصحي بنسبة 57.6% (83 تكرارا)، وهو ما ينسجم مع النتائج السابقة التي أبرزت أن نقص الوعي الصحي من أبرز العوائق كما اعتبر 70 مشاركا (48.6%) أن زيادة التمويل الصحي يمثل إجراء أساسيا لتقوية النظام الصحي، بينما أشار 43 مشاركا (29.9%) إلى ضرورة تدريب الأطقم الطبية كعامل مهم في تحسين الخدمات في المقابل، جاء خيار تفعيل الرقابة والاهتمام بالطاقم الطبي في المرتبة الأخيرة بنسبة ضعيفة بلغت 2.8% . بناء على هذه النتائج، يتضح أن الأولويات تتمثل في الإصلاح الإداري، رفع مستوى الوعي، وضمان التمويل الكافي، مع دعم القدرات البشرية عبر التدريب، وهي جميعها إجراءات مترابطة يمكن أن تسهم بفعالية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الجدول رقم:30 أهم أبرز الإنجازات التي تم تحقيقها في مجال التنمية الصحية المستدامة في الجزائر

الاجراء	التكرارات	النسبة المئوية
زيادة المنشآت الصحية العمومية	82	58,2%
تشجيع القطاع الخاص	37	26,2%
تحسين صحة الأم والطفل	51	36,2%
تقليل الأمراض المعدية وتوفير اللقاحات	64	45,4%
التكوين الجيد للأطقم الطبية	1	0,7%
المجموع	**532**	**166,7%**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

يبين الجدول 30 أبرز الإنجازات التي تحققت في مجال التنمية الصحية المستدامة في الجزائر وفق آراء المشاركين، فقد جاء في الصدارة زيادة المنشآت الصحية العمومية بنسبة 58.2%، وهو ما يعكس جهود الدولة في توسيع البنية التحتية الصحية. يليه تقليل الأمراض المعدية وتوفير اللقاحات بنسبة 45.4%، مما يدل على نجاح برامج الوقاية والتحصين. كما اعتبر 51 مشاركا (36.2%) أن هناك تحسنا في مجال صحة الأم والطفل، وهو مؤشر مهم على الاهتمام بالفئات الهشة، في المقابل، أشار 37 مشاركا (26.2%) إلى تشجيع القطاع الخاص كأحد الإنجازات، بينما جاء خيار التكوين الجيد للأطقم الطبية في مرتبة متأخرة جدا بنسبة 0.7% (مشارك واحد فقط). وتظهر هذه النتائج أن الإنجازات الأكثر وضوحا تتعلق بالاستثمار في البنية التحتية والوقاية الصحية، بينما لا يزال مجال تأهيل الموارد البشرية الطبية يحتاج إلى اهتمام أكبر لتعزيز التنمية الصحية المستدامة.

الجدول رقم:31 أهم مميزات جهاز الضمان الاجتماعي

الميزة	التكرارات	النسبة المئوية
يضم مختلف شرائح المجتمع	68	54,8%
يستفيد المشترك من تأمين صحي شامل	45	36,3%
السرعة في العمليات الإدارية والتعويضات المالية	24	19,4%
التأمين وتسهيل العلاج خارج الوطن	18	14,5%
إعادة الهيكلة وتنظيم الجهاز	3	2,4%
نقص الشفافية والتكفل بجميع الحالات	10	8,1%
المجموع	**168**	**135,5%**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

يبين الجدول 31 أبرز مميزات نظام التأمين الصحي في الجزائر من وجهة نظر المشاركين، وقد اعتبر أكثر من نصفهم (54.8% أي 68 تكرارا) أن أهم ميزة تكمن في كونه يضم مختلف شرائح المجتمع، ما يعكس شمولية هذا النظام، كما أشار 45 مشاركا (36.3%) إلى أن المشترك يستفيد من تأمين صحي شامل يغطي معظم الخدمات، في حين رأى 24 مشاركا (19.4%) أن السرعة في العمليات الإدارية والتعويضات المالية تمثل إحدى المزايا، واعتبر 18 مشاركا (14.5%) أن من بين الإيجابيات وجود تأمين يسهل العلاج خارج الوطن عند الحاجة، أما إعادة الهيكلة وتنظيم الجهاز فقد أدرجت كميزة من طرف 3 مشاركين فقط (2.4%)، بينما لفت 10 مشاركين (8.1%) إلى أن النظام يعاني من نقص الشفافية والتكفل بجميع الحالات، وهو ما يظهر كملاحظة نقدية أكثر من كونه ميزة. وتظهر هذه النتائج أن نظام التأمين الصحي ينظر إليه على أنه شامل وعادل نسبيا، لكن هناك انطباعات بوجود قصور في الشفافية والتغطية الكاملة تحتاج إلى معالجة لضمان فعالية أكبر.

III-1-3-15. العلاقة بين البيانات الديموغرافية والصحة الشاملة

من أجل دراسة العلاقة بين الخصائص الديموغرافية للمشاركين ومستوى الشمولية الصحية، تم بناء مؤشر للشمولية الصحية اعتمادا على آراء المشاركين حول الإنجازات، مميزات جهاز الضمان الاجتماعي، ومدى سعي الجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتراوحت قيمة المؤشر بين 1 و2.1، وتم تقسيمه إلى ثلاث مستويات:

- من 1 إلى 1.37: مستوى شمولية صحي مرتفع جدا.
- من 1.38 إلى 1.74: مستوى شمولية صحي متوسط.
- أكبر من 1.74: مستوى شمولية صحي منخفض.

الجدول رقم:32 الإحصاءات الوصفية لمؤشر التغطية الصحية الشاملة

مؤشر التغطية	العدد الإجمالي	القيمة الدنيا	القيمة العليا	المتوسط	الانحراف المعياري
الصحية الشاملة	144	1.36	2.00	1.7203	0.12950

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

وبالاعتماد على هذا التصنيف (الملحق02)، بلغ متوسط المؤشر 1.72 بانحراف معياري قدره 0.13، مما يشير إلى أن مستوى الشمولية الصحية لدى العينة المدروسة يقع في المستوى المتوسط، وبما أن المؤشر لا يتبع التوزيع الطبيعي وفق اختبارات التحقق (الملحق03)، فقد تم الاعتماد على الاختبارات اللا-بارامترية بدلا من الاختبارات الكلاسيكية، إذ استخدم اختبار Mann-Whitney U للمقارنة بين عينتين مستقلتين بدلا من اختبار t لعينتين مستقلتين، كما استخدم اختبار Kruskal-Wallis بدلا من تحليل التباين الأحادي ANOVA للمقارنة بين أكثر من مجموعتين.

الجدول رقم:33 الدلالة الإحصائية بين البيانات الشخصية ومؤشرات التغطية الصحية الشاملة

الجنس			
Mann-Whitney U	**Wilcoxon W**	**Z**	**Asymp.Sig. (2-taied)**
1887.00	7038.00	-1.272	0.203
المهنة			
Total	**Test Statistic**	**Degree Of freedom**	**Asymptotic Sig. (2-sided test)**
144	0.521	4	0.971
مكان العمل			
Mann-Whitney U	**Wilcoxon W**	**Z**	**Asymp.Sig. (2-taied)**
1567.00	7562.00	-1.625	0.104
الخبرة			
Total	**Test Statistic**	**Degree Of freedom**	**Asymptotic Sig. (2-sided test)**
144	1.574	3	0.665
قطاع العمل			
Total	**Test Statistic**	**Degree Of freedom**	**Asymptotic Sig. (2-sided test)**
144	1.087	2	0.581
السن			
Total	**Test Statistic**	**Degree Of freedom**	**Asymptotic Sig. (2-sided test)**
144	5.768	4	0.217

التغطية الصحية الشاملة

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

أظهرت نتائج الاختبارات الإحصائية اللا-بارامترية Mann-Whitney و Kruskal-Wallis (الملاحق: 4-5-6-7-8-9)، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قيم مؤشر الشمولية الصحية تبعا للمتغيرات الديموغرافية المختلفة للمشاركين (الجنس، العمر، الوظيفة، القطاع، سنوات الخبرة ومكان العمل)، حيث جاءت جميع قيم الدلالة الإحصائية Sig أكبر من 0.05، وهذا يشير إلى أن مستوى شمولية التغطية الصحية الذي عبر عنه المشاركون لا يرتبط بشكل جوهري بخصائصهم الديموغرافية، مما يؤكد أن تقييم الشمولية الصحية يعد اتجاها عاما مشتركا بين مختلف الفئات دون تمييز يذكر.

III-1-3-16. تقييم جودة الخدمات الصحية

من أجل قياس جودة الخدمات الصحية تم الاعتماد على 5 أبعاد جودة الخدمات الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف).

وتم تصنيف كل بعد إلى ثلاثة مستويات على النحو الآتي:

- مستوى منخفض: من 1 إلى 2.5.
- مستوى متوسط: من 2.5 إلى 3.5.
- مستوى عالي: من 3.5 إلى 5.

يتيح هذا التصنيف التعرف على موقع كل بعد من أبعاد الجودة ضمن هذه المستويات الثلاثة، مما يساعد على إبراز الجوانب التي تتميز بجودة مرتفعة، وتلك التي ما تزال بحاجة إلى تحسين.

الجدول رقم:34 تقييم الجودة من حيث الملموسية

الرقم	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة			
1	يعد موقع المؤسسة استراتيجي وملائم ويسهل الوصول إليه بسرعة	41	75	15	9	4	3,97	0,946	عالية
2	تتوفر المؤسسة على غرف نظيفة ومريحة وعدد كاف من الأسرة	18	40	22	43	21	2,94	1,291	متوسطة
3	تتوفر المؤسسة على الأدوية والأجهزة الطبية الكافية	20	34	20	53	17	2,91	1,279	متوسطة
4	الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى حسنة ومتنوعة	13	28	52	33	18	2,9	1,133	متوسطة
5	توفر قاعات انتظار كافية بكل مصالح المؤسسة الاستشفائية	11	50	40	33	10	3,13	1,073	متوسطة
	بعد الملموسية						**3,17**		**متوسطة**

المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS 27

يبين الجدول نتائج تقييم بعد الملموسية ضمن جودة الخدمات الصحية، وقد حصل هذا البعد على متوسط عام قدره 3.17 بانحراف معياري معتدل، مما يضعه في مستوى متوسط ويتضح أن أعلى عنصر من حيث رضا المشاركين هو موقع المؤسسة الاستراتيجي والملائم وسهولة الوصول إليها، حيث بلغ متوسطه 3.97 بدرجة مرتفعة في المقابل، جاءت باقي العناصر بمستويات متوسطة، خاصة ما يتعلق بـ نظافة الغرف وراحة الأسرة (2.94) وتوفر الأدوية والأجهزة الطبية (2.91) وجودة وتنوع الوجبات الغذائية (2.90)، إضافة إلى توفر قاعات الانتظار(3.13)

هذه النتائج تعكس أن المؤسسات الصحية المدروسة تقيم إيجابيا من حيث الموقع وسهولة الوصول، غير أن هناك قصورا ملحوظا في الجوانب المرتبطة بالبيئة الداخلية (الغرف، الأسرة، الوجبات) وكذلك توفر الموارد الطبية، ما يشير إلى الحاجة إلى تحسين المؤشرات الملموسة لضمان جودة الخدمات المقدمة.

الجدول رقم:35 تقييم الجودة من حيث بعد الاعتمادية

الرقم	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة			
6	تقدم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة وبشكل دقيق	20	40	25	46	13	3,06	1,233	متوسطة
7	توفر التخصصات المختلفة بالمؤسسة	19	69	22	26	8	3,45	1,102	متوسطة
8	الخدمات الإدارية للمؤسسة مقبولة وسريعة	13	52	30	35	14	3,1	1,163	متوسطة
9	يوجد تنسيق متبادل ومتواصل بين الطاقم الطبي والإداري	18	55	30	33	8	3,29	1,121	متوسطة
10	الاحتفاظ بالسجلات والمعلومات الصحية الدقيقة للمرضى	31	69	24	16	4	3,74	1,009	عالية
بعد الاعتمادية							**3,328**		**متوسطة**

المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS 27

يبين الجدول نتائج تقييم بعد الاعتمادية ضمن جودة الخدمات الصحية، حيث بلغ متوسطه العام 3.33 بانحراف معياري معتدل، مما يضعه في مستوى متوسط وقد أظهرت النتائج أن العنصر الأكثر تميزا هو الاحتفاظ بالسجلات والمعلومات الصحية الدقيقة للمرضى بمتوسط 3.74 ودرجة مرتفعة، مما يعكس أهمية ودقة النظام المعلوماتي الصحي في المؤسسات الاستشفائية، أما باقي العناصر فجاءت جميعها في المستوى المتوسط، مثل: توفر التخصصات المختلفة بالمؤسسة (3.45) ووجود تنسيق متواصل بين الطاقم الطبي والإداري (3.29) والخدمات الإدارية للمؤسسة (3.10) في المقابل،

كان التقييم الأقل لعنصر تقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة وبشكل دقيق حيث بلغ متوسطه 3.06، ما يشير إلى تحديات مرتبطة بالالتزام بالمواعيد وتنظيم الخدمات. بشكل عام، يظهر هذا البعد أن المؤسسات الصحية تحظى بدرجة مقبولة من الاعتمادية، مع نقاط قوة بارزة في تدبير السجلات والمعلومات الطبية، مقابل جوانب تحتاج إلى تحسين خاصة في دقة الالتزام بالمواعيد وفعالية الخدمات الإدارية.

الجدول رقم 36 تقييم الجودة من حيث بعد الاستجابة

الرقم	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة			
11	السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة	17	59	27	35	6	3,32	1,095	متوسطة
12	الاستعداد الدائم للتعاون مع المريض	24	83	13	20	4	3,72	0,994	عالية
13	اعلام المريض عن ميعاد تقديم الخدمة الصحية مسبقا	9	75	28	27	5	3,39	0,976	متوسطة
14	الاستجابة الفورية لشكاوى المريض	14	46	42	31	11	3,15	1,103	متوسطة
15	الجاهزية للتكفل بالمريض	28	66	20	23	7	3,59	1,118	عالية
بعد الاستجابة							**3,434**		**متوسطة**

المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS 27

يبين الجدول نتائج تقييم بعد الاستجابة ضمن جودة الخدمات الصحية، حيث بلغ المتوسط العام 3.43 بانحراف معياري معتدل، ما يجعله في مستوى متوسط وقد تميز هذا البعد ببعض العناصر التي نالت تقديرا مرتفعا، مثل: الاستعداد الدائم للتعاون مع المريض والجاهزية للتكفل بالمريض (3.72 و3.59) بدرجة مرتفعة، مما يعكس اهتمام الطاقم الطبي بخدمة المرضى وتقديم الدعم لهم في المقابل، جاءت باقي العناصر في المستوى المتوسط، من بينها: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة (3.32)، وإعلام المريض عن ميعاد تقديم الخدمة مسبقا (3.39)، والاستجابة الفورية لشكاوى المريض

(3.15) وهو العنصر الأقل تقييما بشكل عام، يظهر أن بعد الاستجابة يتسم بوجود تعاون ملحوظ مع المرضى، لكنه ما يزال يعاني من قصور في سرعة الخدمات، وضبط المواعيد والتجاوب مع الشكاوى، مما يبرز الحاجة إلى تعزيز آليات التواصل والتسيير داخل المؤسسات الصحية.

الجدول رقم 37 تقييم الجودة من حيث بعد الامان

الرقم	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة			
16	تحسيس المريض بالأمان والراحة خلال تقديم الخدمة	34	73	20	13	4	3,83	0,982	عالية
17	الاستمرارية في متابعة حالة المريض	19	99	13	12	1	3,85	0,775	عالية
18	تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	46	60	21	12	5	3,9	1,053	عالية
19	اللباقة وحسن المعاملة في تقديم الخدمة للمرضى	28	52	37	18	9	3,5	1,128	عالية
بعد الامان							**3,77**	**عالية**	

المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS 27

يبين الجدول نتائج تقييم بعد الأمان ضمن جودة الخدمات الصحية، حيث بلغ متوسطه العام 3.77 وهو ما يضعه في مستوى عال، وتظهر النتائج أن أعلى عنصر قيم إيجابيا هو المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى بمتوسط (3.9)، يليه عنصر الاستمرارية في متابعة حالة المريض (3.85) ثم تحسيس المريض بالأمان والراحة خلال تقديم الخدمة (3.83). في حين جاء عنصر اللباقة وحسن المعاملة في تقديم الخدمة للمرضى في المرتبة الأخيرة نسبيا بمتوسط 3.5، لكنه ما يزال ضمن المستوى العالي.

بشكل عام، يعكس هذا البعد صورة إيجابية عن الخدمات الصحية، حيث أبدى المشاركون رضاهم المرتفع عن الإجراءات المرتبطة بالأمان، خصوصا ما يتعلق بسرية المعلومات والمتابعة المستمرة ومع ذلك، فإن تحسين جوانب المعاملة الإنسانية واللباقة قد يرفع هذا البعد إلى مستويات أعلى من الجودة.

الجدول رقم 38 تقييم الجودة من حيث بعد التعاطف

الرقم	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة			
20	تفهم احتياجات المريض وحالته النفسية عند قدومه للمؤسسة	25	51	36	23	9	3,42	1,137	متوسطة
21	تخصيص الوقت الكافي لعلاج كل حالة بالمؤسسة	19	65	27	26	7	3,44	1,082	متوسطة
22	التحلي بالروح المرحة والصداقة في تقديم الخدمة خصوصا الأطفال	44	51	30	11	8	3,78	1,131	عالية
23	العناية الشخصية بالمريض خصوصا ذوي الاحتياجات الخاصة	45	58	24	10	7	3,86	1,088	عالية
بعد التعاطف							**3,625**		**عالية**

المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS 27

يبين الجدول نتائج تقييم بعد التعاطف في جودة الخدمات الصحية، حيث بلغ المتوسط العام(3.63) وهو ما يضعه في مستوى عال وقد أظهرت النتائج أن أعلى عنصر تم تقييمه هو العناية الشخصية بالمريض خصوصا ذوي الاحتياجات الخاصة بمتوسط 3.86، يليه عنصر التحلي بالروح المرحة والصداقة في تقديم الخدمة خصوصا للأطفال (3.78) وهما عنصران يعكسان اهتماما إنسانيا ملحوظا داخل المؤسسات الصحية، في المقابل جاءت بعض العناصر في مستوى متوسط مثل: تفهم احتياجات المريض وحالته النفسية (3.42) وتخصيص الوقت الكافي لعلاج كل حالة (3.44)، مما يدل على وجود مجال لتحسين الاهتمام النفسي والإنصات الجيد للمرضى، وكذلك تكييف الوقت المخصص للخدمات.

بشكل عام، يعد بعد التعاطف من الأبعاد الإيجابية في تقييم الجودة، حيث يبرز دور العناية الإنسانية في تعزيز رضا المرضى، لكنه يحتاج إلى مزيد من الجهد فيما يتعلق بتفهم الاحتياجات النفسية وتوفير وقت كاف للعلاج.

III-1-3-17. العلاقة بين البيانات الديموغرافية وتقييم جودة الخدمات المقدمة

تم بناء مؤشر لجودة الخدمات الصحية بالاعتماد على الأبعاد الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف) بهدف قياس مستوى الجودة بشكل كلي وتحليل علاقته بالمتغيرات الديموغرافية للمشاركين. وقد بلغ المتوسط العام للمؤشر 3.445 بانحراف معياري قدره 0.698 (الملحق 10) وهو ما يضع مستوى الجودة في الفئة المتوسطة المائلة إلى العالية.

الجدول رقم:39 الإحصاءات الوصفية لمؤشر تقييم جودة الخدمات الصحية

تقييم جودة الخدمات الصحية	العدد الإجمالي	القيمة الدنيا	القيمة العليا	المتوسط	الانحراف المعياري
	144	**1.17**	**4.87**	**3.445**	**0.698**

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

وبما أن المؤشر لا يتبع التوزيع الطبيعي وفق اختبارات التحقق (الملحق 11)، فقد تم الاعتماد على الاختبارات اللا-بارامترية في التحليل إذ استخدم اختبار Mann-Whitney U للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين (مثل الجنس، القطاع)، بينما استخدم اختبار Kruskal-Wallis للمقارنة بين أكثر من مجموعتين (مثل الفئات العمرية، سنوات الخبرة، الوظيفة).

الجدول رقم:40 الدلالة الإحصائية بين البيانات الشخصية ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة

الجنس			
Mann-Whitney U	**Wilcoxon W**	**Z**	**Asymp.Sig. (2-taied)**
1825.50	6976.50	-1.511	0.131
المهنة			
Total	**Test Statistic**	**Degree Of freedom**	**Asymptotic Sig. (2-sided test)**
144	2.623	4	0.623
مكان العمل			
Mann-Whitney U	**Wilcoxon W**	**Z**	**Asymp.Sig. (2-taied)**
1607.00	7602.00	-1.400	0.161
الخبرة			
Total	**Test Statistic**	**Degree Of freedom**	**Asymptotic Sig. (2-sided test)**
144	4.882	3	0.181
قطاع العمل			
Total	**Test Statistic**	**Degree Of freedom**	**Asymptotic Sig. (2-sided test)**
144	5.714	2	0.057
السن			
Total	**Test Statistic**	**Degree Of freedom**	**Asymptotic Sig. (2-sided test)**
144	5.037	4	0.284

تقييم جودة الخدمات الصحية

المصدر من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات spss27

أظهرت نتائج الاختبارات الإحصائية اللا-بارامترية Mann-Whitney U و Kruskal-Wallis (الملاحق: 12-13-14-15-16-17)، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم مؤشر جودة الخدمات الصحية تبعا للمتغيرات الديموغرافية للمشاركين (الجنس، العمر، الوظيفة، القطاع، سنوات الخبرة ومكان العمل)، حيث كانت جميع قيم الدلالة الإحصائية Sig أكبر من 0.05، وتشير هذه النتيجة إلى أن إدراك المشاركين لمستوى جودة الخدمات الصحية يعد اتجاها عاما مشتركا لا يتأثر باختلاف خصائصهم الديموغرافية، مما يعكس صورة متجانسة نسبيا حول واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أنه عند اعتماد مستوى معنوية 10%، يظهر أن

متغير قطاع العمل قد يظهر بعض الفروق الهامشية في التقييم (الملحق 18)، حيث يميل العاملون في القطاع المختلط إلى منح تقديرات أعلى نسبيا مقارنة بزملائهم في القطاعين العام والخاص.

سعت الدراسة الميدانية إلى تشخيص واقع التنمية الصحية المستدامة وتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر، من خلال استطلاع آراء الطاقم الطبي والإداري العامل في عدد من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، بالاعتماد على نموذج SERVQUALوأدوات تحليل إحصائية مناسبة، حيث بينت الخصائص الديموغرافية للعينة أن القطاع الصحي يعتمد بدرجة كبيرة على فئة شابة وحديثة الخبرة، ويغلب عليه الطابع الحضري والقطاع العمومي، وهو ما يعكس من جهة توفر طاقات بشرية شابة، لكنه من جهة أخرى يطرح إشكالية نقص الخبرة المتراكمة داخل المؤسسات الصحية، وفيما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة كشفت النتائج عن وجود حالة من التردد والانقسام في آراء المشاركين حول مدى سعي الجزائر لتحقيق هذا الهدف، وهو ما يشير إلى غياب رؤية واضحة أو ضعف في تطبيق السياسات الصحية المعتمدة، كما أبرزت الدراسة أن أبرز العوائق التي تعرقل تحقيق التغطية الصحية الشاملة تتمثل في نقص الوعي الصحي، الفساد الإداري، وصعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية، وهي عوامل ذات طابع هيكلي وتنظيمي أكثر منها تقني، ما يستدعي تبني حلول تتميز بالشمولية تتجاوز مجرد زيادة الإنفاق الصحي، في المقابل أشار المشاركون إلى أن تحسين إدارة الخدمات الصحية، وتعزيز الوعي الصحي، وزيادة التمويل تمثل أهم الإجراءات الكفيلة بدعم التغطية الصحية الشاملة، وهو ما يؤكد أن الإشكال لا يكمن فقط في الموارد، بل في كيفية تسييرها وتوجيهها بكفاءة وعدالة، كما أظهرت النتائج وجود إنجازات ملموسة في مجال التنمية الصحية المستدامة، خاصة من حيث توسيع البنية التحتية الصحية وتقليص الأمراض المعدية وتحسين صحة الأم والطفل، غير أن ضعف الاهتمام بتكوين وتأهيل الموارد البشرية الصحية يظل من أبرز نقاط القصور التي قد تحد من استدامة هذه الإنجازات، أما على مستوى جودة الخدمات الصحية، فقد بينت نتائج نموذج SERVQUALأن مستوى الجودة الكلي يقع في فئة متوسطة مائلة إلى الارتفاع، حيث تميز بعدا الأمان والتعاطف بمستوى عال، مما يعكس التزاما أخلاقيا وإنسانيا ملحوظا من قبل الطواقم الصحية في المقابل، سجلت أبعاد الملموسية،

الاعتمادية، والاستجابة مستويات متوسطة، وهو ما يدل على وجود اختلالات تتعلق بالبيئة المادية، تنظيم الخدمات، سرعة الأداء، والالتزام بالمواعيد، كما أظهرت التحليلات الإحصائية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من مؤشر التغطية الصحية الشاملة ومؤشر جودة الخدمات تبعا للخصائص الديموغرافية للمشاركين، وهو ما يشير إلى أن تقييم واقع الصحة وجودة خدماتها يعد إدراكا عاما مشتركا بين مختلف الفئات المهنية والعمرية، وخلاصة القول فإن النتائج تؤكد أن تحقيق تنمية صحية مستدامة في الجزائر لا يرتبط فقط بتوسيع التغطية الصحية أو زيادة المنشآت، بل يتطلب إصلاحا عميقا للمنظومة الصحية، تعزيز الاستثمار في العنصر البشري، تحسين جودة الخدمات المقدمة، وتقليص الفوارق الجغرافية، بما يضمن عدالة واستدامة النظام الصحي على المدى الطويل.

III-1-4. المطلب الرابع: دراسة قياسية لمعرفة أثر الإنفاق الصحي الحكومي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة

III-1-5. قياس أثر الانفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة في الجزائر

لقياس أثر الانفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة في الجزائر، تم توظيف المؤشرين: الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة (% من الإنفاق الحكومي الحالي) والإنفاق المحلي الخاص على الصحة (% من الإنفاق الصحي الحالي) للتعبير على المتغيرين المستقلين على التوالي، أما المتغير التابع المتمثل في التنمية الصحية المستدامة، فتم الاستدلال عليه بمؤشر التأمين الصحي الاجتماعي كنسبة مئوية من النفقات الصحية الحالية سنويا، إضافة إلى المتغيرات المستقلة المساعدة التي تم استعمالها من أجل التحكم والتعبير عن أثر المتغيرات الأخرى التي تؤثر على التنمية الصحية، في الدراسة تم الاستعانة بالمؤشرين: الدخل الإجمالي وإجمالي الانفاق الوطني، حيث شملت الدراسة الفترة من 2000 إلى 2021 ، وتم استيراد بيانات الجزائر للمؤشرات السابقة من موقع البنك الدولي للإحصائيات(البيانات موضحة بقائمة الملاحق).

III-1-5-1. تعريف المتغيرات

الجدول الموالي يوضح متغيرات الدراسة:

الجدول رقم:41 متغيرات الدراسة

نوع المتغير	المتغير	الرمز	المصدر
متغير مستقل	الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة	XPDGHED	البنك الدولي
متغير مستقل	الإنفاق المحلي الخاص على الصحة	XPDPVTD	
متغير تابع	التأمين الصحي الاجتماعي	SHI	
متغير تابع (مساعد)	نمو إجمالي الناتج المحلي	GDP	
متغير تابع (مساعد)	إجمالي الإنفاق الوطني	DAB	

المصدر: من اعداد الباحث

III-1-5-2. الإحصاء الوصفي للمتغيرات

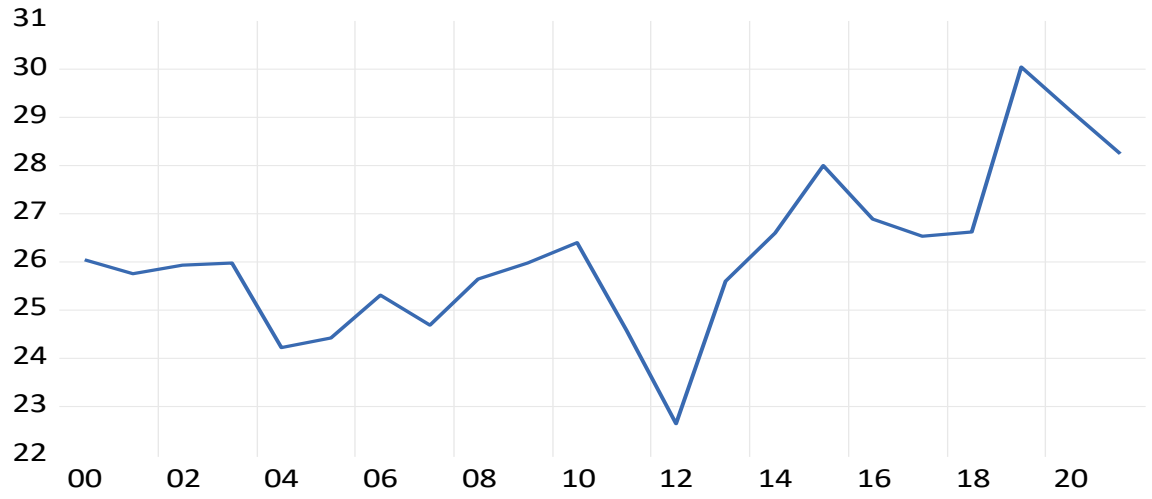
الجدول رقم 42: الإحصاء الوصفي للمتغيرات

المتغير	DAB	GDP	XPDPRTD	XPDGHED	SHI
المتوسط	93.86111	2.950000	30.26391	9.273018	26.15184
اقصى قيمة	112.7876	6.500000	40.25863	11.70107	30.03305
ادنى قيمة	74.38702	-5.000000	23.25557	7.630736	22.66286
الانحراف المعياري	12.16980	2.286555	4.369388	1.217620	1.658353

المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

التأمين الصحي الاجتماعي (SHI): وهو المتغير التابع، يظهر متوسطا قدره 26.15%، حيث تراوحت القيم بين 22.66% كأدنى قيمة تم تسجيلها في 2012 كما هو موضح في الشكل و30.03% كأقصى قيمة في 2019 مع انحراف معياري منخفض يبلغ 1.66، مما يعكس استقرارا نسبيا في نسبة التأمين الصحي الاجتماعي.

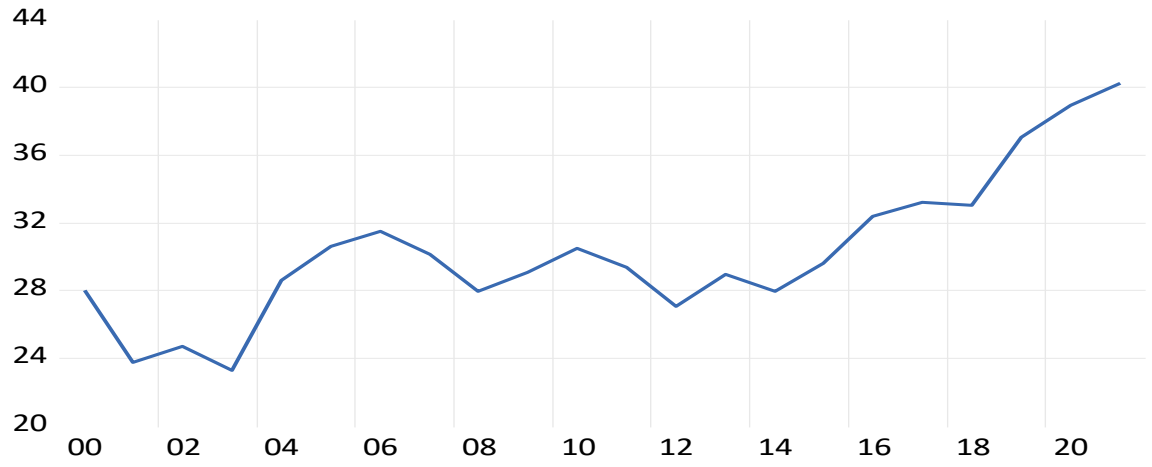
الشكل رقم:34 التأمين الصحي الاجتماعي 2000– 2021



المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12–13

الإنفاق المحلي الخاص على الصحة (XPDPVTD): المتمثل في المتغير المستقل الأساسي، بلغ متوسطه 30.26%، مع ارتفاع مستمر انطلاقا من 2014 كما هو موضح في تراوحت القيم بين 23.25% و40.26%، حيث تم تسجيل أعلى إنفاق خاص على الصحة في عام 2021 بنسبة 40.26٪، وأدنى إنفاق في عام 2003 بنسبة 23.25٪. وكان الانحراف المعياري 4.37، مشيرا الى معامل اختلاف مقبول ما يدل على استقرار نسبة الانفاق الخاص عبر الزمن وخاصة قبل 2014.

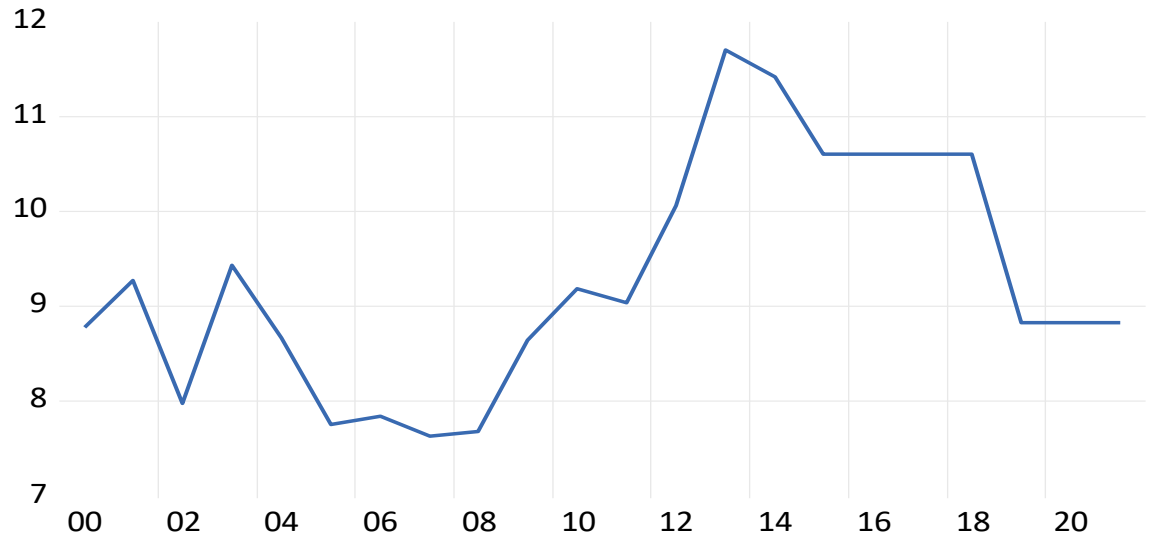
الشكل رقم:35 الإنفاق المحلي الخاص على الصحة 2000– 2021



المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12–13

الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة(XPDGHED) : متوسط الانفاق الحكومي على الصحة للفترة 2000-2021 قدره 9.27%، ويبدو مستقرا نسبيا مع تباين طفيف بين 7.63% كأدنى قيمة و11.70% كأقصى قيمة، وانحراف معياري منخفض يبلغ 1.22.

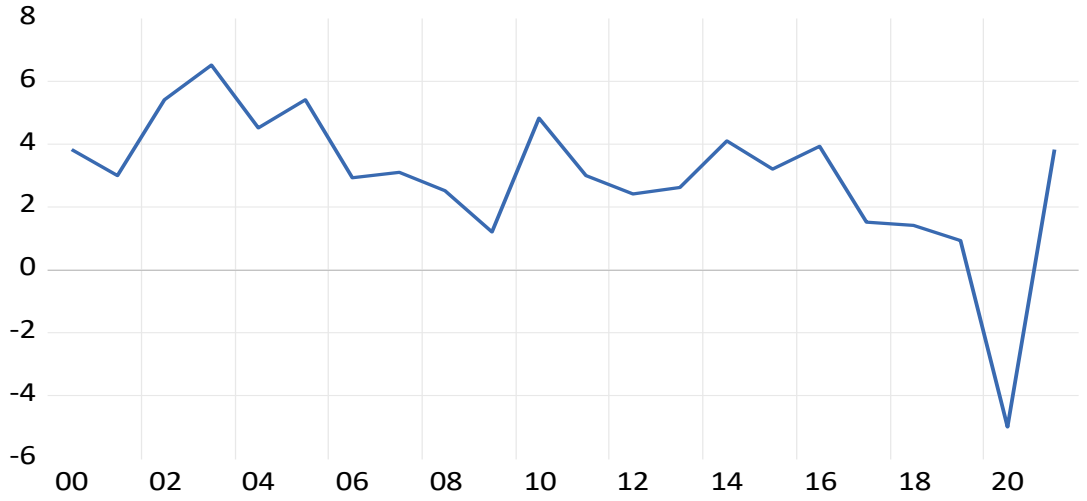
الشكل رقم:36 الإنفاق الحكومي على الصحة 2000- 2021



المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

النمو الاقتصادي (GDP): يظهر **نمو إجمالي الناتج المحلي (GDP)** متوسطا قدره 2.95% مع تباين كبير بين 5 - % و6.50%، مما يشير إلى تقلبات في النمو الاقتصادي خلال الفترة المدروسة. أدنى قيمة لنمو الناتج المحلي الإجمالي (GDP) كانت في عام 2020(5%-) ، وهو ما يعكس تأثير جائحة COVID-19 التي أثرت بشكل كبير على الاقتصادات العالمية، حيث تسببت في تقلص النمو الاقتصادي بشكل حاد نتيجة للإغلاقات والركود الاقتصادي.

الشكل رقم:37 النمو الاقتصادي 2000-2021



المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

إجمالي الإنفاق الوطني (DAB): إجمالي الإنفاق الوطني بلغ متوسطه 93.86%، حيث تراوحت القيم بين 74.39% و112.79%، مع انحراف معياري قدره 12.17. أدنى قيمة لإجمالي الإنفاق الوطني (DAB) كانت في عام 2006 اما أقصى قيمة تم تسجيلها في عام 2016.

الشكل رقم:38 إجمالي الإنفاق الوطني 2000-2021



المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

من الشكل أعلاه نلاحظ تحسن واضح في نسبة الانفاق منذ 2006 الى غاية 2016، حيث ارتفع الإنفاق الوطني بشكل مستمر خلال هذه الفترة. ومع ذلك، بعد عام 2016، يظهر الاتجاه انخفاضا طفيفا، لكنه ليس كبيرا. يمكن القول إن الإنفاق استقر إلى حد ما بعد عام 2016.

III-1-5-3. الارتباط الثنائي للمتغيرات:

يوضح الجدول التالي معاملات الارتباط بين المتغيرات

الجدول رقم:43 مصفوفة الارتباط

	SHI	XPDGHED	XPDPRTD	GDP	DAB
SHI	1.000000 -----				
XPDGHED	0.149158 0.5077	1.000000 -----			
XPDPRTD	0.635102 0.0015**	-0.015968 0.9438	1.000000 -----		
GDP	-0.440091 0.0404**	-0.057479 0.7994	-0.575988 0.0050**	1.000000 -----	
DAB	0.643921 0.0012**	0.672546 0.0006**	0.476895 0.0248**	-0.441147 0.0399**	1.000000 -----

** معنوية عند مستوى 5%

المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

بالنسبة للمتغير التابع SHI (التأمين الصحي الاجتماعي)، يظهر الجدول أن هناك علاقة ارتباط إيجابية قوية بينه وبين XPDPRTD (الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية) بقيمة 0.64، مما يعني أنه كلما زاد الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية، زاد معدل التغطية بالتأمين الصحي الاجتماعي، وهذه العلاقة ذات دلالة إحصائية (p-value 0.0015). أما بالنسبة للعلاقة مع XPDGHED (الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية)، فهي ليست ذات دلالة إحصائية(p-value 0.5077) ، مما يشير إلى أن الإنفاق الحكومي ليس له علاقة بالتأمين الصحي الاجتماعي.

بالإضافة إلى ذلك، هناك علاقة سلبية متوسطة بين SHI والنمو الاقتصادي (GDP)بقيمة -0.44 (p-value 0.0404)، مما يشير إلى أنه خلال فترات النمو الاقتصادي العالي، قد يكون هناك انخفاض في التغطية بالتأمين الصحي. أخيرا، يظهر SHI علاقة إيجابية قوية مع DAB(الإنفاق الوطني الإجمالي) بقيمة 0.64(p-value 0.0012) ، مما يعني أن ارتفاع الإنفاق الوطني يرتبط بزيادة في التغطية بالتأمين الصحي الاجتماعي.

يظهر من المصفوفة انه لا توجد علاقة ارتباط مهمة بين XPDGHED (الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية)، وXPDPRTD (الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية) بمعامل الارتباط غير دال إحصائيا p-value (0.9438). لكن هناك علاقة إيجابية قوية بين XPDGHED وDAB، مما يعني أن زيادة الإنفاق الوطني الإجمالي مرتبطة بزيادة الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية.

XPDPRTD (الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية) ، له علاقة سلبية قوية مع النمو الاقتصادي (GDP) بقيمة -0.58(p-value 0.0050) ، مما يشير إلى أنه خلال فترات النمو الاقتصادي المرتفع، ينخفض الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية، كما أن هناك علاقة إيجابية متوسطة بين XPDPRTDوDAB، مما يعني أن زيادة الإنفاق الوطني ترتبط بزيادة الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية.

أخيرا النمو الاقتصادي GDP، له علاقة سلبية متوسطة مع DAB، مما يعني أن زيادة الإنفاق الوطني الإجمالي ترتبط بانخفاض في النمو الاقتصادي

III-1-5-4. تحديد النموذج:

عند اختيار النموذج المناسب، تلعب طبيعة البيانات وحجم العينة دورا حاسما. نظرا لأن بياناتنا تتكون من سلسلة زمنية ذات حجم عينة صغير، يعتبر نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع ARDL مناسبا للدراسة، حيث يمكنه التعامل مع العينات الصغيرة. يمكن أيضا لنموذج ARDL التعامل مع المتغيرات التي تكون متكاملة عند المستوى I(0) ، الفرق

الأول(1)I ، أو مزيج من كليهما، لكنه غير مناسب في حال وجود أي لتغير متكامل عند الفرق الثاني(2)I . لذا رغم ان نموذج ARDL لا يفرض اختبار استقراريه السلاسل الزمنية بحد ذاته، الا انه يجب التأكد من عدم وجود متغيرات مستقرة عند الفرق الثاني(2)I. (Pesaran et al., 2001)[59]

للتحقق مما إذا كانت هناك أي متغيرات متكاملة من الدرجة الثانية (2)I، قمنا باستخدام اختبارين مختلفين للجذور الوحدوية: اختبار ديكي-فولر المعزز ADF واختبار فيليبس-بيرون PP . تُعتبر هذه الاختبارات أدوات مهمة لتحديد درجة التكامل لكل متغير في السلسلة الزمنية، حيث إن وجود أي متغير (2)Iقد يؤدي إلى نتائج غير موثوقة ويجعل استخدام نموذج ARDL غير مناسب. بناء على هذه الاختبارات.

بناءا على اختبارات جذر الوحدة التي أجريت والتي تظهر نتائجها في الجدول، تبين لنا انه لدينا مزيج بين سلال مستقرة عند المستوى وسلاسل مستقرة عند الفرق الأول. والاختبارات تشير الى عدم وجود أي متغير متكامل عند الفرق الثاني(2)I ،ما يؤكد ان ARDL مناسب.

نظرا للانكسار الهيكلي الذي حدث في سلسلة GDP في 2020 بسبب جائحة كورونا، تم التأكد من نتائج جذر الوحدة باستعمال اختبار بانكسارات هيكلية والنتيجة كانت نفسها مع الاختبارات التقليدية التي تظهر في الجدول

[59] Pesaran, M. H., Shin, Y., & Smith, R. J. (2001). Bounds testing approaches to the analysis of level relationships. *Journal of Applied Econometrics*, *16*(3), 289–326. https://doi.org/10.1002/jae.616

الجدول رقم:44 اختبار استقرارية السلاسل الزمنية

المتغير	المستوى	اختبار ADF			اختبار PP			مستوى الاستقرارية
		بدون	ثابت	ثابت و اتجاه	بدون	ثابت	ثابت و اتجاه	
SHI	I(0)	0.747	0.388	0.236	0.844	0.351	0.322	I(1)
	I(1)	0.000	0.005	0.007	0.000	0.000	0.000	
XPDGHED	I(0)	0.606	0.471	0.774	0.613	0.471	0.774	I(1)
	I(1)	0.000	0.002	0.009	0.000	0.002	0.009	
XPDPRTD	I(0)	0.933	0.945	0.605	0.933	0.945	0.605	I(1)
	I(1)	0.000	0.001	0.006	0.000	0.001	0.006	
GDP	I(0)	0.25	0.027	0.007	0.104	0.029	0.0070	I(0)
	I(1)	/	/	/	/	/	/	
DAB	I(0)	0.814	0.508	0.634	0.811	0.488	0.558	I(1)
	I(1)	0.000	0.008	0.04	0.000	0.008	0.04	

المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

III-1-5-5. تعريف نموذج ARDL

تم تطوير نموذجARDL [60]، وهو نموذج انحدار زمني يسمح بإدراج القيم المتأخرة للمتغير التابع والقيم المتأخرة للمتغيرات التفسيرية في النموذج. يعد هذا النموذج مفيدا بشكل خاص لتحليل العلاقات الديناميكية حيث قد يكون للمتغيرات هياكل تأخر مختلفة. على عكس الطرق التقليدية مثل نماذج الانحدار الذاتي المتجه(VAR) ، يتميز نموذج

[60] Pesaran, M. Hashem, and Yongcheol Shin. *An autoregressive distributed lag modelling approach to cointegration analysis*. Vol. 9514. Cambridge, UK: Department of Applied Economics, University of Cambridge, 1995.

ARDLبقدرته على التعامل مع مزيج من المتغيرات I(0) و I(1) دون الحاجة إلى أن تكون جميع المتغيرات من نفس درجة التكامل، المعادلة العامة للنموذج هي كالتالي:

$$ARDL(p,q): Y_t = \beta_0 + \sum_{i=1}^{P} \beta_y Y_{t-i} + \sum_{i=0}^{q} \delta_x X_{t-i} + \varepsilon_i$$

حيث:

Y_t هو المتغير التابع،

X_{t-i}هي المتغيرات التفسيرية

P و q طول الفجوة الأمثل لكل من X و Yعلى التوالي

β_0 هو الثابت

ε_iهو مصطلح الخطأ.

III-1-5-6. خطوات تقدير نموذجARDL

III-1-5-7. اختبار جذر الوحدة

على الرغم من أن نموذج ARDL يمكنه التعامل مع المتغيرات التي تكون I(0) وI(1) ، إلا أنه من الضروري إجراء اختبارات الجذور الوحدوية مثل اختبار ديكي-فولر المعزز (ADF) أو اختبار فيليبس-بيرون (PP) للتأكد من عدم وجود أي متغير من الدرجة الثانيةI(2) ، إذا كان هناك أي متغير متكامل من الدرجة الثانية فإن استخدام نموذج ARDLيصبح غير مناسب، حيث قد يؤدي ذلك إلى نتائج زائفة.

III-1-5-8. اختيار الفجوات الزمنية

يعد تحديد عدد الفجوات الزمنية المناسب أمرًا بالغ الأهمية. يتم ذلك عادة باستخدام معايير المعلومات مثل معيار Akaikeأو معيار Schwarz أو معيار .Hannan-Quinn الهدف هو تقليل هذه المعايير للعثور على طول الفجوة الأمثل الذي يضمن أن النموذج يلتقط الهيكل الديناميكي اللازم دون الإفراط في التقدير.

III-1-5-9. التقدير

بمجرد تحديد طول الفجوة الأمثل، يتم تقدير نموذجARDL .

III-1-5-10. اختبار الحدود للتكامل المشترك

إحدى أهم جوانب نموذج ARDL هو اختبار وجود علاقة طويلة الأجل بين المتغيرات باستخدام اختبار الحدود (Bounds test) معادلة اختبار الحدود تحتوي على جزء طويل الاجل وجزء قصير الاجل وهي كالاتي:

$$\Delta Y_i = \beta_0 + \sum_{i=1}^{p} \lambda_i \Delta Y_{t-i} + \sum_{i=0}^{q} \delta_i \Delta X_{t-i} + \varphi_1 Y_{t-1} + \varphi_2 X_{t-1} + v_t$$

يقوم اختبار الحدود بفحص الفرضية الصفرية بعدم وجود تكامل مشترك. يتم توفير حدين حرجين: أحدهما يفترض أن جميع المتغيرات هي I(0) والآخر يفترض أنها I(1) إذا كانت القيمة الإحصائية F المحسوبة أعلى من الحد العلوي، فهناك دليل على وجود تكامل مشترك، وإذا كانت أقل من الحد الأدنى، فلا يوجد تكامل مشترك. إذا كانت القيمة بين الحدين، تكون النتائج غير حاسمة.

III-1-5-11. نموذج تصحيح الخطأ(ECM)

إذا تم تأكيد وجود تكامل مشترك، يمكن تقدير نموذج ECM لالتقاط الديناميات قصيرة الأجل وسرعة التعديل نحو التوازن طويل الأجل. يأخذ نموذج ECM الشكل التالي:

$$Y_i = \beta_0 + \sum_{i=1}^{p} \lambda_i \Delta Y_{t-i} + \sum_{i=0}^{q} \delta_i \Delta X_{t-i} + \varphi EC_{i-1} + v_t$$

EC_{t-1}هو مصطلح تصحيح الخطأ، و φيمثل سرعة التعديل نحو التوازن طويل الأجل. يجب أن يكون هذا المصطلح سالبا ودالا إحصائيا إذا كانت هناك علاقة طويلة الأجل.

III-1-5-12. تطبيق النموذج على الدراسة

في هذه الدراسة، يكون استخدام نموذج ARDL مبررا نظرا لطبيعة السلاسل الزمنية للبيانات، وحجم العينة الصغير، وحقيقة أن المتغيرات متكاملة بدرجات مختلفة ولا يوجد أي متغير من الدرجة الثانية(2)I ، تجعل هذه المرونة إلى جانب القدرة على نمذجة العلاقات قصيرة الأجل وطويلة الأجل من نموذج ARDL الأداة الأكثر ملاءمة لتحليل تأثير الإنفاق على الرعاية الصحية (العامة والخاصة) إلى جانب المتغيرات الاقتصادية الأخرى مثل نمو الناتج المحلي الإجمالي وإجمالي الإنفاق الوطني على تغطية التأمين الصحي.

بعد التأكد من أن جميع المتغيرات متكاملة عند (0)Iو (1)I، يمكننا الانتقال إلى الخطوات الاخرى.

تتمثل الخطوة التالية في تحديد الطول الزمني للإبطاء باستخدام معيار أكايكي Akaike Criterion، وهو من الأساليب الشائعة لاختيار طول الإبطاء الأمثل. وأشارت نتائج هذا المعيار إلى أن النموذج الأمثل هو ARDL (2,2,1,2,0)

بعد تقدير نموذج ARDL وتأكيد صحة اختيار الإبطاء باستخدام معيار أكايكي، تأتي الخطوة التالية وهي إجراء اختبار الحدود (Bounds Test) للتحقق مما إذا كانت هناك علاقة توازنية طويلة الأجل بين المتغيرات في النموذج.

III-1-5-13. فرضيات اختبار الحدود

- فرضية العدم: لا توجد علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات.
- فرضية البديل: توجد علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات.

III-1-5-14. كيفية تفسير نتائج اختبار الحدود

- إذا كانت قيمة الإحصاء F أكبر من الحد العلوي للقيم الحرجة، نرفض فرضية العدم ونستنتج وجود علاقة طويلة الأجل بين المتغيرات.
- إذا كانت قيمة الإحصاء F أقل من الحد الأدنى للقيم الحرجة، لا نرفض فرضية العدم.

- إذا كانت قيمة الإحصاء F تقع بين القيمتين، يكون الاختبار غير حاسم.

تظهر نتائج الاختبار في الجدول الموالي:

الجدول رقم:45 عرض نتائج اختبار الحدود:(Bounds Test)

إحصائية الاختبار	القيمة المحسوبة	القيمة الحرجة عند %1	القيمة الحرجة عند %5	القيمة الحرجة عند %10	النتيجة
F-statistic	9.18	4.76 - 6.67	3.35 - 4.77	2.75 - 3.99	وجود تكامل مشترك
t-statistic	5.38	-3.43 - -4.60	-2.86 - -3.99	-2.57 - -3.66	وجود تكامل مشترك

المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

بما أن القيمة المحسوبة ل **F-statistic** و **t-statistic** 9.18 و 5.38 على التوالي، أعلى من القيم الحرجة عند جميع المستويات (10%، 5%، و1%)، نستنتج وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات.

بعد التأكد من وجود التكامل المشترك بناءً على اختبار الحدود Bounds Test، الخطوة التالية هي تقدير نموذج تصحيح الخطأ Error Correction Model – ECM . النموذج يساعد في تحليل العلاقة بين المتغيرات على المدى الطويل والمدى القصير، وتحديد مدى سرعة تعديل المتغيرات للتوازن بعد حدوث صدمة على المدى القصير.

يمثل الجدول التالي نتائج تقدير النموذج على المدى القصير

الجدول رقم:46 نتائج الأجل القصير ومعامل تصحيح الخطأ

المتغير	t-Statistic	الخطأ المعياري	p-Value	المعامل
ECT	-8.301	0.1704	0.0000	-1.414
D(SHI(-1))	2.8505	0.1288	0.0146	0.3673
D(XPDGHED)	-2.7371	0.2071	0.0180	-0.5669
D(XPDGHED(-1))	-3.9657	0.2236	0.0019	-0.8867
D(XPDPRTD)	3.3552	0.0874	0.0057	0.2931
D(GDP)	1.1917	0.0734	0.2564	0.0875
D(GDP(-1))	5.1098	0.1129	0.0003	0.5767
R2معامل التحديد		0.862		

المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

III-1-5-15. معامل تصحيح الخطأ

معامل تصحيح الخطأ (ECT) يجب أن يكون سالبًا ومعنوي إحصائيًا لكي يدل على وجود توازن طويل الأجل. في هذه الدراسة، معامل ECT هو 1.414- وله قيمة احتمالية أقل من 0.05، مما يعني أنه سالب ومعنوي، مما يشير إلى وجود علاقة توازن طويل الأجل.

يعني أن أي انحراف عن توازن التأمين الصحي يتم تصحيحه بسرعة 140 % في الفترة الأولى. بعبارة أخرى، عندما يحدث تغير في المتغيرات المستقلة، فإن التأمين الصحي يتجه بسرعة كبيرة نحو التوازن طويل الأجل. (هذا يعني أن التغييرات في الإنفاق على الصحة وتغييرات في الناتج المحلي الإجمالي والانفاق الاجمالي سيسبب خلل في توازن التأمين الصحي، لكن التأمين الصحي سيعود بسرعة كبيرة إلى مستوياته التوازنية على المدى الطويل)

ووفقا لـ Narayan و Smyth (2006)،[61] فإن معامل ECT أقل من 1- يشير إلى أن النظام لا يتجه مباشرة نحو التوازن بشكل أحادي الاتجاه. بدلاً من ذلك، يتذبذب المعامل حول قيمته طويلة الأجل بطريقة متناقصة. لكن، بمجرد

[61] Narayan, Paresh Kumar, and Russell Smyth. "What determines migration flows from low-income to high-income countries? An empirical investigation of Fiji–Us migration 1972–2001." Contemporary economic policy 24.2 (2006): 332-342.

انتهاء هذه التقلبات، يتجه النظام بسرعة نحو التوازن. في هذه الدراسة، قيمة ECT أقل من -1 تعني أن هناك تقلبات حول التوازن طويل الأجل، ولكن بعد هذه التقلبات، يتجه النظام بسرعة كبيرة نحو التوازن وهذا ما يفسر سرعة تصحيح أكبر من 100 %.

III-1-5-16. العلاقة على المدى القصير

- **D(SHI(-1))**: المعامل 0.3673 في فترة قصيرة الأجل يشير إلى أن زيادة ب 1 % في التأمين الصحي في الفترة السابقة ترتبط بزيادة قدرها 0.3673 % في التأمين الصحي في الفترة الحالية، وهو تأثير ذو دلالة إحصائية حيث القيمة الاحتمالية أقل من 0.05. اقتصاديا، هذا يشير إلى استمرارية تأثير التأمين الصحي من فترة سابقة إلى الفترة الحالية.
- **D(XPDGHED)**: المعامل -0.5669 يدل على أن زيادة 1% في الإنفاق الحكومي على الصحة في الفترة الحالية ترتبط بانخفاض قدره % 0.5669 في التأمين الصحي، ويعتبر التأثير ذو دلالة إحصائية كما هو مبين بالقيمة الاحتمالية أقل من 0.05. اقتصاديًا، هذا يعني أن تخصيص الموارد لقطاع الصحة قد يؤثر سلبًا على التأمين الصحي في الأجل القصير.
- **D(XPDGHED(-1))**: المعامل -0.8867 يظهر أن زيادة 1 % في الإنفاق الحكومي على الصحة في الفترة السابقة تؤدي إلى انخفاض قدره 0.8867 % في التأمين الصحي في الفترة الحالية، مع دلالة إحصائية حيث القيمة الاحتمالية أقل من 0.05. اقتصاديا، هذا يشير إلى أن تأثيرات التغيرات في الإنفاق الحكومي على الصحة تمتد إلى التأثيرات الحالية على التأمين الصحي، مما يعكس تأثيرا متأخرا على المدى القصير.
- **D(XPDPRTD)**: المعامل 0.2931 يعني أن زيادة 1 % في الإنفاق الخاص على الصحة في الفترة الحالية ترتبط بزيادة قدرها 0.2931 % في التأمين الصحي، وهذا التأثير ذو دلالة إحصائية كما هو موضح بالقيمة الاحتمالية أقل من 0.05. من الناحية الاقتصادية، يشير هذا إلى أن الانفاق الخاص على الصحة قد يعزز التأمين الصحي، مما يعكس تحسينات في الأجل القصير.

- **D(GDP)**: المعامل 0.0875 يشير إلى أن زيادة 1% في الناتج المحلي الإجمالي في الفترة الحالية ترتبط بزيادة قدرها 0.0875 % في التأمين الصحي، ولكن القيمة الاحتمالية أكبر من 0.05 مما يعني أن هذا التأثير ليس ذو دلالة إحصائية. اقتصاديًا، قد يكون تأثير الناتج المحلي الإجمالي على التأمين الصحي غير واضح في الأجل القصير.
- **D (GDP (–1))**: المعامل 0.5767 يدل على أن زيادة 1% في الناتج المحلي الإجمالي في الفترة السابقة ترتبط بزيادة قدرها 0.5767% في التأمين الصحي في الفترة الحالية، مع دلالة إحصائية حيث القيمة الاحتمالية أقل من 0.05. اقتصاديًا، هذا يشير إلى أن التحسن في الأداء الاقتصادي في الفترة السابقة يؤثر بشكل إيجابي على التأمين الصحي في الأجل القصير.
- **R–squared** : يعكس نسبة التباين في المتغير التابع (التأمين الصحي) التي يمكن تفسيرها بواسطة المتغيرات المستقلة في الأجل القصير. قيمة 0.862 تشير إلى أن النموذج يفسر حوالي 86.2 % من التباين في التأمين الصحي.

III–1–5–17. العلاقة على المدى الطويل:

يوضح الجدول التالي العلاقة طويلة المدى

الجدول رقم:47 نتائج الاجل الطويل

المتغير	الاحتمالية (P–Value)	المعامل
XPDGHED(-1)	0.9259	0.0308
XPDPRTD(-1)	0.8466	0.0176
GDP(-1)	0.0765	-0.5195
DAB	0.4399	0.0300

المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12–13

جميع المتغيرات المستقلة في النموذج تظهر غير معنوية في الأجل الطويل، مما يعني أنها لا تؤثر بشكل فردي على المتغير التابع (التأمين الصحي). وعلى الرغم من وجود توازن طويل الأجل كما يشير معامل التصحيح (1.4–) **ECT**، والذي يدل على سرعة العودة إلى التوازن بعد حدوث اختلالات قصيرة الأجل، إلا أن هذه المتغيرات بشكل فردي لا تؤثر

في المدى الطويل. هذا يشير إلى أن التوازن يتم تحقيقه بفضل العلاقة الجماعية بين المتغيرات، ولكن ليس لأي متغير تأثير معنوي بمفرده في الأجل الطويل.

III-1-5-18. اختبار صحة واستقراريه النموذج

بعد تقدير نموذج ARDL ، من الضروري التحقق من صحة النموذج من خلال اختبارات الفرضيات المعلقة بالبواقي ودراسة استقراريه النموذج.

أولا: اختبارات البواقي الجدول التالي يعرض نتائج اختبارات الارتباط الذاتي (Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test)، Breusch-Pagan لتجانس التباين وأخيرا اختبار Jarque-Bera لطبيعية توزيع الأخطاء.

الجدول رقم: 48نتائج اختبارات الفرضيات للنموذج

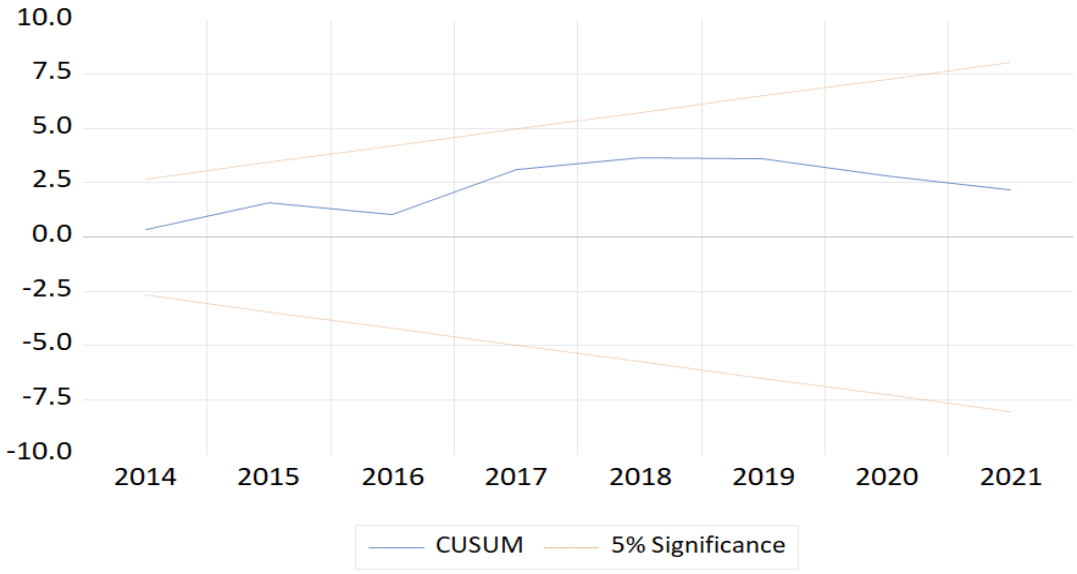
الاختبار	الاحتمالية-p (p-value)	تفسير النتيجة
Jarque-Bera	0.76	يشير إلى أن البقايا تتبع التوزيع الطبيعي، حيث أن p-value أكبر من 0.05.
اختبار LM (Breusch-Godfrey)	0.5169	لا يوجد ارتباط ذاتي في البقايا، حيث أن p-value أكبر من 0.05.
اختبار Breusch-Pagan	0.1206	هناك تجانس تباين الاخطاء في البقايا، حيث أن p-value أكبر من 0.05.

المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

تشير نتائج الاختبارات إلى أن النموذج لا يعاني من مشاكل الارتباط الذاتي أو التباين المتغاير، وأن البقايا تتبع التوزيع الطبيعي.

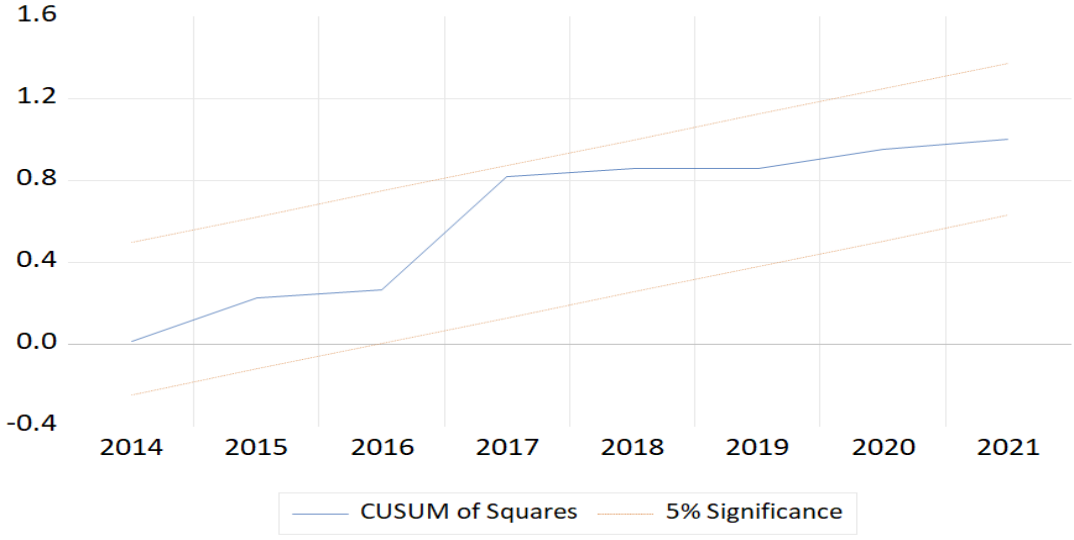
ثانيا: اختبار استقرار النموذج: للتأكد من استقرار النموذج وتقييم مدى دقته على المدى الطويل، من الضروري إجراء اختبارات الاستقرار. يعتبر اختبار CUSUM واختبار CUSUM of Squares من أهم الأدوات المستخدمة في هذا السياق، حيث يقدمان تقديرا لتغيرات معاملات النموذج بمرور الوقت.

الشكل رقم:39 اختبار المجموع التراكمي



المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

الشكل رقم:40 المجموع التراكمي لمربعات البواقي



المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

تشير النتائج الموضحة في الشكلان أعلاه إلى أن النموذج مستقر، حيث أن الخطوط في الرسم البياني تقع داخل النطاقات المحددة، مما يعني أن معاملات النموذج لا تتغير بشكل جوهري مع مرور الزمن.

بناء على نتائج اختبارات الاستقرار وتشخيص بواقي النموذج، يمكن القول ان النموذج يحقق جميع الشروط المطلوبة. اختبار Jarque-Bera يؤكد أن البواقي تتبع توزيعا طبيعيا، واختبار Breusch-Godfrey LM يظهر عدم وجود مشكلة الارتباط الذاتي، بينما أظهر اختبار Breusch-Pagan عدم وجود مشاكل في التباين المشروط. بالإضافة إلى ذلك، فإن اختبار CUSUM يشير إلى استقرار النموذج على المدى الطويل. مجمل هذه النتائج تدل على أن النموذج المقدر يتمتع بخصائص جيدة تجعله موثوقًا في تفسير العلاقات الاقتصادية.

تناولت الدراسة القياسية في شقها الأول تحليل وقياس أثر الإنفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2021، بالاعتماد على منهج الإحصائي، نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع(ARDL) ، وذلك بالنظر إلى خصائص السلاسل الزمنية وحجم العينة وطبيعة تكامل المتغيرات، حيث انطلق التحليل بالإحصاء الوصفي الذي أظهر استقرارا نسبيا في مؤشر التأمين الصحي الاجتماعي، مقابل تباين واضح في كل من الإنفاق الصحي الخاص والنمو الاقتصادي، في حين اتسم الإنفاق الصحي الحكومي بدرجة من الاستقرار المحدود، وقد بينت مصفوفة الارتباط وجود علاقة إيجابية قوية بين الإنفاق الصحي الخاص والتأمين الصحي الاجتماعي، في مقابل غياب علاقة معنوية بين هذا الأخير والإنفاق الصحي الحكومي، وهو ما يعكس اختلاف فعالية مصادر التمويل الصحي في دعم التغطية الصحية، وأكدت اختبارات جذر الوحدة عدم وجود أي متغير متكامل من الدرجة الثانية، مما يدعم ملاءمة نموذج ARDL للتقدير، كما أظهرت نتائج اختبار الحدود(Bounds Test) وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات، ما يشير إلى وجود علاقة متوازنة طويلة الأجل تربط بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة في الجزائر، على مستوى الأجل القصير، أوضحت نتائج نموذج تصحيح الخطأ (ECM) أن الإنفاق الصحي الخاص يسهم بشكل إيجابي ومعنوي في تعزيز التأمين الصحي الاجتماعي، في حين كان تأثير الإنفاق الصحي الحكومي سلبيا ومعنويا، سواء في الفترة الحالية أو المتأخرة، وهو ما قد يفسر لضعف التسيير أو إلى عدم ارتباط الزيادات في الإنفاق الحكومي بتحسين مباشر في آليات التغطية الصحية، كما أظهرت النتائج أن النمو الاقتصادي المتأخر يؤثر إيجابيا على التأمين الصحي، بينما لم يكن

تأثيره الآني ذا دلالة إحصائية، وأظهر معامل تصحيح الخطأ، الذي كان سالبا ومعنويا وبقيمة تفوق الواحد المطلق، وجود سرعة كبيرة في تصحيح الاختلالات قصيرة الأجل والعودة إلى التوازن طويل الأجل، رغم حدوث تقلبات مؤقتة حول هذا التوازن، أما في الأجل الطويل، فقد أظهرت النتائج غياب التأثير الفردي المعنوي للمتغيرات المستقلة على التأمين الصحي الاجتماعي، مما يدل على أن التوازن طويل الأجل يتحقق من خلال الأثر المشترك للمتغيرات الاقتصادية والمالية، وليس عبر تأثير منفرد لأي متغير على حدة، وأثبتت اختبارات تشخيص النموذج واستقراريته، بما في ذلك اختبارات الارتباط الذاتي، تجانس التباين، طبيعية البواقي، واختبارات الاستقرار CUSUM وCUSUMSQ، أن النموذج المقدر يتمتع بدرجة عالية من الموثوقية والاستقرار، مما يعزز صلاحية النتائج المتوصل إليها لأغراض التحليل والتفسير، وفي ضوء هذه النتائج، يظهر أن تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر لا يرتبط فقط بحجم الإنفاق الصحي، بل بكيفية توزيعه وفعاليته، وبدرجة التكامل بين الإنفاق العام والخاص، إلى جانب الإطار الاقتصادي الكلي.

III-1-6. تحليل مقارن بين الجزائر وبعض دول شمال إفريقيا وآسيا لمعرفة أثر الإنفاق الصحي على التنمية الصحية المستدامة

III-1-6-1. التعريف بمتغيرات الدراسة

في هذه الخطوة تم تحديد متغيرات الدراسة (البيانات موضحة بقائمة الملاحق)، وبناء معادلة النموذج القياسي الذي يتوافق مع الدراسة.

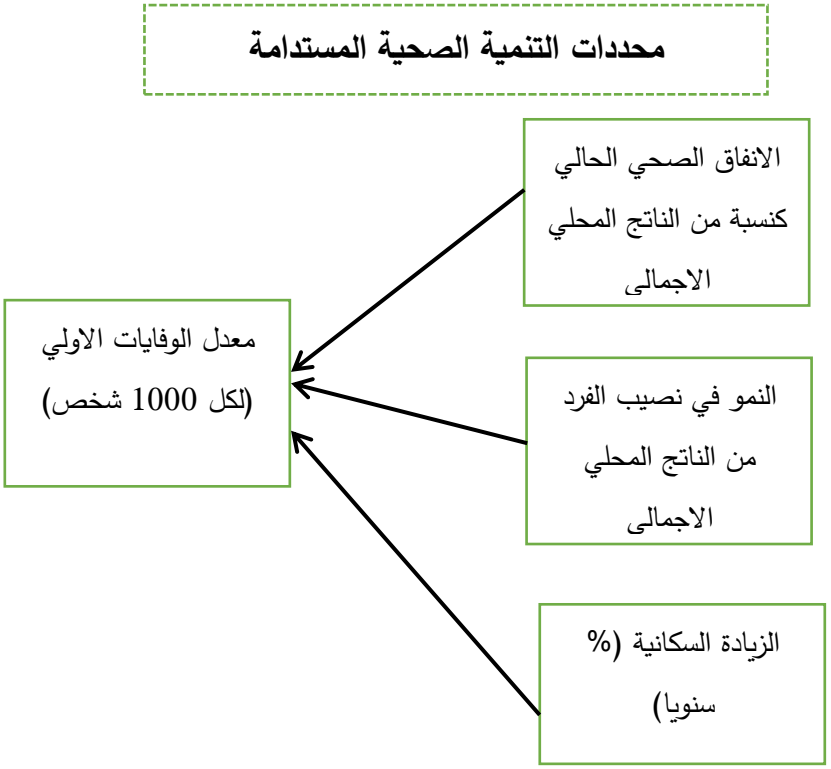
الجدول رقم:49 التعريف بمتغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	الترميز	اسم السلسلة (المتغير)	الوحدة	المصدر
المتغير التابع	DYN.CDRT	معدل الوفايات الاولي (لكل 1000 شخص)	نسبة إلى الألف (‰)	البنك الدولي للإحصائيات
المتغيرات المستقلة	XPD.CHEX	الانفاق الصحي الحالي كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي	نسبة مئوية (%)	
	GDP.PCA	النمو في نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي	نسبة مئوية (%)	
	POP.GROW	الزيادة السكانية (%سنويا)	نسبة مئوية (%)	

المصدر: من اعداد الباحث

III-1-6-2. النموذج المقترح للدراسة:

الشكل رقم:41 النموذج المقترح لدراسة محددات التنمية الصحية المستدامة



المصدر: من اعداد الباحث

بناءا على ما سبق، تكون صيغة النموذج المدروس في شكله الخطي على النحو التالي:

$$DYN_CDRT = \beta_0 + \beta_1 \ XPD_CHEX + \beta_2 \ GDP_PCA + \beta_3 \ POP_GROW + \varepsilon_t$$

$$DYN_CDRT = \beta_0 + \beta_1 \ XPD_CHEX + \beta_2 \ GDP_PCA + \beta_3 \ POP_GROW + \varepsilon_t$$

III-1-6-3. محددات التنمية الصحية المستدامة في الدول محل الدراسة

III-1-6-4. الخصائص الاحصائية للمتغيرات

بغية تقديم لمحة عامة عن الخصائص الاحصائية للبيانات قيد الدراسة سنقوم بعرض الاحصاءات الوصفية لكل من المتغير التابع والمتغيرات المستقلة على السواء، والتي سنعرضها في الجدول التالي:

الجدول رقم: 50 بعض الاحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة

	DYN_CDRT	XPD_CHEX	GDP_PCA	POP_GROW
Mean	4.802621	5.502602	1.572800	1.969747
Median	4.880000	5.224253	1.874864	1.587582
Maximum	8.348000	9.572364	9.177457	9.539209
Minimum	2.174000	2.971012	-9.764030	-2.553768
Std. Dev.	1.283581	1.407077	3.170706	1.534901
Skewness	-0.376731	0.738159	-0.817944	1.613654
Kurtosis	2.325567	3.301098	4.481320	8.483274
Jarque-Bera	6.859716	15.22909	32.67253	271.5654
Probability	0.032392	0.000493	0.000000	0.000000
Sum	773.2220	885.9189	253.2208	317.1293
Sum Sq. Dev.	263.6130	316.7785	1608.540	376.9475
Observations	161	161	161	161

المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 13-12

أظهرت النتائج الإحصائية أن متوسط متغير DYN_CDRT بلغ (4.80) مع انحراف معياري قدره (1.28)، حيث تراوحت قيمه بين حد أدنى (2.17) وحد أقصى (8.34)، مما يشير إلى تباين متوسط داخل السلسلة. أما متغير XPD_CHEX فقد بلغ متوسطه (5.50) بانحراف معياري (1.40)، مع قيم تراوحت بين (2.97) و(9.57)، وهو ما يعكس استقرارا نسبيا مقارنة ببقية المتغيرات. وبالنسبة لمتغيرGDP_PCA ، فقد بلغ متوسطه (1.57) مع انحراف معياري مرتفع نسبيا (3.17)، وتباين واسع بين أدنى قيمة (-9.76) وأقصى قيمة (9.17)، مما يكشف عن وجود تقلبات حادة. أما متغيرPOP_GROW ، فقد بلغ متوسطه (1.97) بانحراف معياري (1.53)، مع مدى واسع للقيم (من -2.55 إلى 9.53)، وهو ما يعكس درجة معتبرة من التباين.

من حيث الشكل التوزيعي، يبين معامل الالتواء أن متغيري XPD_CHEX و POP_GROW منحرفان إيجابيا نحو اليمين (0.73 و1.61 على التوالي)، بينما يظهر كل من DYN_CDRT و GDP_PCA

التواء سالبا نحو اليسار (-0.37 و-0.82). أما معامل التفرطح، فقد كان أقل من (3) بالنسبة لـDYN_CDRT (2.32) مما يشير إلى شكل مفلطح ، في حين اقترب XPD_CHEX من التوزيع الطبيعي (3.30)، بينما تجاوز كل من GDP_PCA (4.48) و POP_GROW (8.48)القيمة (3)، وهو ما يعكس توزيعات أكثر حدة. وأخيرا، فإن نتائج اختبار Jarque- Bera أوضحت أن جميع المتغيرات لها احتمالية أقل من 0.05، مما يعني رفض فرضية التوزيع الطبيعي، وبالتالي فإن السلاسل محل الدراسة لا تتبع التوزيع الطبيعي.

III-1-6-5. اختبار استقرار السلاسل الزمنية

في تحليل بيانات بانل (اللوحية)، يوسع اختبار جذر الوحدة ليأخذ بعين الاعتبار الهيكل المقطعي للبيانات. تتألف بيانات بانل، المعروفة أيضا بالبيانات الطولية أو العرضية الزمنية، من ملاحظات على كيانات متعددة (مثل الأفراد أو الشركات أو الدول) عبر فترات زمنية متعددة. يساعد اختبار جذر الوحدة للبيانات بانل في تحديد ما إذا كانت السلاسل الفردية أو المتغيرات ضمن المقطع تظهر جذورا للوحدة، مما يشير إلى عدم الاستقرار، أم ما إذا كانت مستقرة و يعني عدم وجود جذر الوحدة، وهناك عدة اختبارات جذر الوحدة مصممة خصيصا للبيانات بانل، بما في ذلك:

- **اختبار ليفن، لين، وتشو (Levin, Lin, and Chu – LLC)** : يوسع هذا الاختبار اختبار ديكي-فولر لجذور الوحدة إلى البيانات بانل من خلال إدماج التأثيرات الخاصة بالفرد والزمن.
- **اختبار مادالا وو (Maddala and Wu–MW)** : يُعد اختبار MW اختبار ADF (ديكي-فولر الموسع) للبيانات بانل من خلال مراعاة التأثيرات الخاصة بالفرد والزمن.
- **اختبار جذر فيليبس-بيررون (PP)**: في سياق البانل يهدف إلى اختبار وجود وحدة جذر في البيانات الزمنية المتعددة. يعتمد هذا الاختبار على فكرة مشابهة لاختبار ديكي-فولر الموسع (ADF)، حيث يُفترض وجود وحدة جذر ويتم اختبار إذا كانت السلسلة الزمنية قادرة على التحول إلى سلسلة مستقرة عبر التفاضل.

هذه الاختبارات ضرورية لتحليل ثبات بيانات بانل، حيث يمكن أن يؤدي عدم الاستقرار إلى تقديرات مُنحازة واستنتاجات غير موثوقة في النماذج الاقتصادية. ومن خلال تحديد ما إذا كانت المتغيرات في بيانات بانل مستقرة أم تظهر جذورًا للوحدة، يمكن للباحثين فهم الديناميكيات والعلاقات الأساسية في البيانات واختيار تقنيات اقتصادية مناسبة لتحليلها.

الجدول رقم: 51 نتائج اختبار استقرار السلاسل المقطعية

	في المستوى				بعد أخذ الفرق الأول			
Vabs / Tests	DYN_CDRT	XPD_CHEX	GDP_PCA	POP_GROW	D(DYN_CDRT)	D(XPD_CHEX)	D(GDP_PCA)	D(POP_GROW)
LLC	-3.52065	-1.38617	1.16947	-2.26673	-6.99187	-7.13861	-5.73885	-4.08958
	(0.0002)	(0.0828)	(0.7879)	(0.0117)	(0.0000)	(0.0000)	(0.0000)	(0.0000)
IPS	-0.51701	-0.08438	3.08138	-2.96540	-2.48407	-6.87667	-1.55678	-4.49022
	(0.3026)	(0.4664)	(0.9990)	(0.0015)	(0.0065)	(0.0000)	(0.0598)	(0.0000)
ADF-Fisher	18.3148	10.7484	11.0113	38.7703	36.5078	69.6468	27.3834	51.5381
	(0.3058)	(0.7057)	(0.8088)	(0.0004)	(0.0025)	(0.0000)	(0.0374)	(0.0000)
PP-Fisher	14.2455	8.92450	29.8920	18.0586	49.1878	71.1705	31.0488	184.129
	(0.5804)	(0.8359)	(0.0186)	(0.2041)	(0.0000)	(0.0000)	(0.0133)	(0.0000)

المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، أن السلاسل الزمنية للمتغيرات محل الدراسة هي سلاسل زمنية غير مستقرة في المستوى (I0) وهو ما أثبتته القيمة الاحتمالية الاكبر من 5% في جميع الاختبارات (LLC ,IPS,ADF-Ficher, PP-Ficher)، وحتى يستقر قمنا بأخذ الفرق الأول للسلسلة واستخدمنا نفس الاختبارات السابقة لرفض الفرضية الصفرية عند مستوى معنوي 5% وتأكيد عدم وجود جذر وحدة واستقرار المتغيرات.

وبالتالي فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي عدم وجود جذر وحدة؛ أي أن السلاسل الزمنية مستقرة عند الفرق الأول (I1).

III-1-6-6. تطبيق نموذج Panel ARDL

أوضحت اختبارات الاستقرارية وجذر الوحدة التي تم إجرائها، أن متغيرات الدراسة غير مستقرة عند نفس المستوى. فهناك متغيرات مثل معدل الوفايات الاولي والنمو في نصيب الفرد من الناتج الحلي الاجمالي، في حين أن الانفاق الصحي الحالي كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي XPD_CHE ونسبة الزيادة السكانية POP_GROW مستقر عند الفرق الأول. ونظراً لعدم تساوي هذه المتغيرات في درجة الاستقرار لا نستطيع تطبيق اختبارات التكامل المشترك المعتادة في البيانات من نوع بائل، حيث تحتاج الدراسات الاقتصادية والتحليلية إلى أدوات تحليلية ملائمة للتعامل مع المتغيرات التي قد تكون غير متوازنة في درجة الاستقرار. في حال عدم تكافؤ درجات الاستقرار بين المتغيرات، يُصبح من الصعب تطبيق الاختبارات التقليدية للتكامل المشترك أو نماذج تصحيح الأخطاء المتجهة نحو المتجه.(VECM)

لتجاوز هذه التحديات، يتم استخدام نموذج الانحدار الذاتي التوزيعي .(ARDL) يعتبر نموذج ARDL أداة اقتصادية معتمدة تم تطويرها من قبل باسكال بيساران وآخرين في عام 1999، وتم توظيفها بشكل واسع في الدراسات التطبيقية. يتيح نموذج ARDL اختبار وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات حتى عند عدم مساواة درجات الاستقرار بينها.

يعتمد نموذج ARDL على تضمين عدد متغيرات التباطؤ لكل متغير في النموذج، مما يسمح بتقدير العلاقات الطويلة الأجل بين المتغيرات بغض النظر عن اختلاف درجات استقرارها. هذا يمكن الباحثين من فحص العلاقات الاقتصادية بدقة وموضوعية، حتى في ظل الاختلافات في الاستقرار بين المتغيرات.

بشكل عام، يمثل نموذج ARDL أداة قوية وملائمة لتحليل العلاقات الاقتصادية في السياقات التي تتضمن تفاوتا في درجات الاستقرار بين المتغيرات، مما يساعد على فهم أفضل لديناميكيات السوق وتحديد العلاقات الطويلة الأجل بين المتغيرات الاقتصادية.

III-1-6-7. الكشف عن مشكلة الارتباط الخطي المتعدد

قبل تطبيق النموذجARDL ، يُعتبر من الضروري التأكد من عدم وجود مشكلة الارتباط الخطي المتعدد في البيانات، حيث يمكن أن يؤثر هذا الارتباط على دقة النتائج وتفسيرها. تقدير معامل تضخم التباين (VIF) يستخدم لاختبار وجود هذه المشكلة.

يعتبر نموذج ARDL أداة ديناميكية تسمح للمتغيرات المستقلة بأن تكون متغيرات داخلية متصلة بالنموذج، مما يقلل من تأثير مشكلة الارتباط الخطي المتعدد. ومع ذلك، من الضروري التحقق من عدم وجود ارتباط خطي متعدد عالٍ قبل استخدام هذا النموذج.

يعتمد الاختبار على قياس معامل تضخم التباين (VIF)، حيث يعتبر وجود مشكلة ارتباط خطي متعدد عالي إذا كانت قيمة معامل تضخم التباين تتجاوز الحد المقبول (5). يجرى هذا الاختبار لضمان توافر بيانات مستقرة وموثوقة قبل تطبيق النموذج ARDL، مما يسهم في دقة التحليل وتفسير النتائج بشكل أكثر صحة وموضوعية.

الجدول رقم:52 نتائج معامل تضخم التباين للمتغيرات المستقلة

Variance Inflation Factors
Date: 09/17/25 Time: 20:56
Sample: 2000 2022
Included observations: 161

Variable	Coefficient Variance	Uncentered VIF
XPD_CHEX	0.002039	3.164710
GDP_PCA	0.002149	1.289317
POP_GROW	0.009103	2.726408

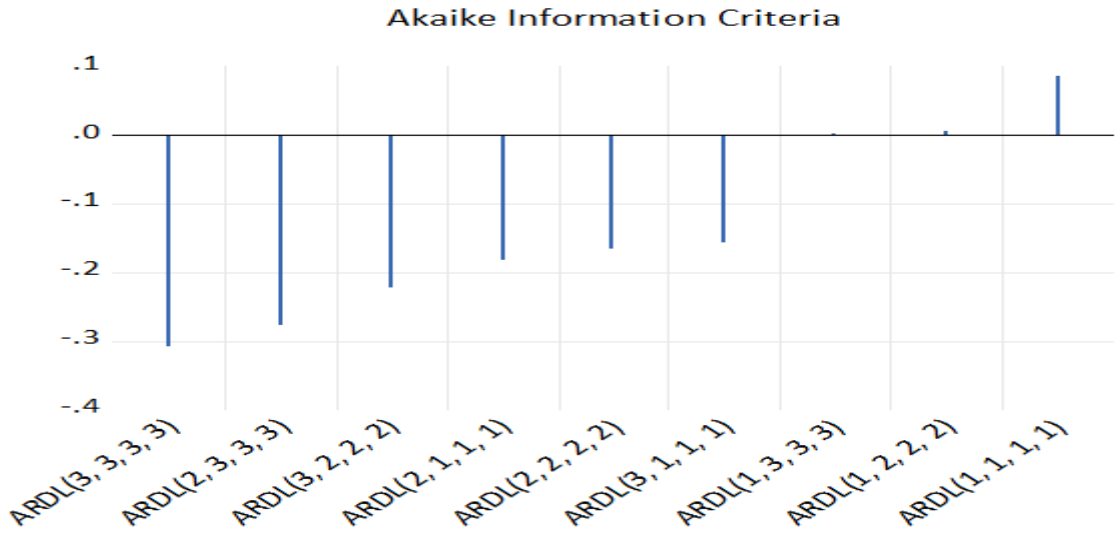
المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

تحليل معاملات تضخم التباين (VIF) يُظهر أن قيم VIF لكل من XPD_CHEX و GDP_PCA و POP_GROW تقع في نطاق مقبول (أقل من 10)، مما يشير إلى عدم وجود مشكلة بارتفاع الارتباط الخطي المتعدد بين المتغيرات في هذه البيانات. هذا يعني أنه يمكن استخدام النموذج Panel ARDL بثقة دون القلق بشأن مشاكل الارتباط الخطي المتعدد. و عليه سنعتمد على نفس المتغيرات دون حذف أي منها.

III-1-6-8. تحديد فترة الإبطاء المثلى

قبل القيام بأي اختبارات للتكامل المشترك، من الضروري تحديد فترة الإبطاء المثلى وهي الفترة الزمنية التي يستغرقها المتغير للعودة إلى التوازن بعد أي اضطراب، تحديد فترة الإبطاء المثلى يعتمد على البيانات والسياق، ويمكن استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب لتحديد فترة الإبطاء المثلى، بما في ذلك الاختبارات الإحصائية والتحليل الرسومي. بمجرد تحديد فترة الإبطاء المثلى، يمكننا القيام بالاختبارات للتكامل المشترك وفق نموذج ARDL. هذه الخطوة مهمة لضمان أن النتائج التي تحصل عليها من اختبارات التكامل المشترك دقيقة ومعتبرة. سوف يتم تحديد فرتة الإبطاء المثلي متغيرات الدراسة باستخدام معيار SCHWARZ.

الشكل رقم: 42 اختيار فترات الإبطاء الملائمة للنموذج



المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

من خلال الشكل الذي تم ملاحظته ووفقا لمعيار SIC ، يتضح أن النموذج ARDL (3,3,3,3) هو النموذج الأمثل لهذه الدراسة من بين أفضل 9 نماذج. نموذج ARDL (3,3,3,3) هو نموذج تحليل الانحدار الذي يستخدم لتقدير العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع في السياق الزمني. في هذا النموذج، يتم تضمين تأخير واحد للمتغير المستقل وتأخير واحد للمتغير التابع. هذا يعني أن النموذج يأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الحالية والماضية لكل من المتغيرين المستقل والتابع، مع النظر إلى التأخيرات المحتملة لكل منهما.

الجدول رقم: 44 نتائج تقدير نموذج ARDL (3,3,3,3)

Dependent Variable: D(DYN_CDRT, 2)
Method: ARDL
Date: 09/19/25 Time: 21:14
Sample: 2004 2022
Included observations: 133
Maximum dependent lags: 3 (Automatic selection)
Model selection method: Akaike info criterion (AIC)
Dynamic regressors (3 lags, automatic): D(XPD_CHEX) D(GDP_PCA) D(POP_GROW)
Fixed regressors: C
Number of models evalulated: 9
Selected Model: ARDL(3, 3, 3, 3)
Note: final equation sample is larger than selection sample

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.*
Long Run Equation				
D(XPD_CHEX)	-0.173779	1.233685	-4.820435	0.0000
D(GDP_PCA)	-0.010687	1.34E+09	-4.024751	0.0001
D(POP_GROW)	0.025124	0.014037	1.789781	0.0785
Short Run Equation				
COINTEQ01	-0.083093	0.866206	-7.445159	0.0000
D(DYN_CDRT(-1),2)	-0.136057	1.82E+13	-3.248029	0.0014
D(DYN_CDRT(-2),2)	-2.607669	1.073468	-2.429201	0.0181
D(XPD_CHEX,2)	-0.039614	0.156507	-0.253111	0.8010
D(XPD_CHEX(-1),2)	0.131542	0.083855	1.568674	0.1220
D(XPD_CHEX(-2),2)	0.101915	0.111234	0.916218	0.3632
D(GDP_PCA,2)	-0.030834	0.013302	-2.317991	0.0239
D(GDP_PCA(-1),2)	-0.047633	0.016485	-2.889567	0.0054
D(GDP_PCA(-2),2)	-0.043716	0.023665	-1.847275	0.0696
D(POP_GROW,2)	-0.497416	0.516321	-0.963386	0.3392
D(POP_GROW(-1),2)	0.180147	0.289522	0.622223	0.5362
D(POP_GROW(-2),2)	-1.025837	0.389549	-2.633399	0.0107
C	0.067122	0.032914	2.039300	0.0458

Mean dependent var	-0.055481	S.D. dependent var	0.572177
S.E. of regression	0.230883	Akaike info criterion	-0.264080
Sum squared resid	3.198427	Schwarz criterion	1.589644
Log likelihood	114.3341	Hannan-Quinn criter.	0.488898

المصدر : من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

III-1-6-9. ملاءمة النموذج

يتميز النموذج ARDL (3,3,3,3) المقدر بتحليل شامل لعلاقة معدل الوفايات الاولي لكل 1000 شخص مع متغيراته المختلفة عبر الزمن، حيث يقدم فهماً متوازناً للديناميات القصيرة والطويلة الأجل للسياسات الاقتصادية. يظهر النموذج دقة جيدة في توقع معدل الوفايات الاولي لكل 1000 شخص مع معاملات مهمة وإحصائياً معنوية. بالإضافة إلى ذلك، يوفر مقاييس جودة مقبولة مثل RMSE ومعايير المعلوماتية مثل معيار معلومات أكايكي(AIC) ، ومعيار شوارتز(SIC) ، ومعيار هانان-كوين (Hannan-Quinn) ، مما يعكس قدرته على التنبؤ بالتغيرات في معدل الوفايات الاولي لكل 1000 شخص بكفاءة. بشكل عام، يعتبر هذا النموذج أداة قيمة لفهم العلاقات الاقتصادية وتوجيه السياسات الاقتصادية على المدى الطويل والقصير

III-1-6-10. العلاقة طويلة الأجل

تشير نتائج معادلة المدى الطويل إلى وجود علاقة سالبة ومعنوية بين المتغير التابع (DYN_CDRT) وكل من النفقات الصحية (XPD_CHEX) والناتج المحلي الإجمالي للفرد (GDP_PCA) فقد أظهرت معاملات هذين المتغيرين (0.1737 و0.0107 على التوالي) دلالة إحصائية قوية عند مستوى 1%، مما يعكس الأثر السلبي لهذين العاملين في تعزيز ديناميكية المتغير التابع على المدى الطويل.

أما متغير نمو السكان (POP_GROW) فقد أظهر تأثيرا موجبا بمعامل قدره (0.0251)، إلا أن دلالته الإحصائية كانت ضعيفة نسبيا (p=0.0785) عند مستوى 10%، وهو ما يشير إلى أن تأثيره على المدى الطويل يبقى محدودا مقارنة بالمتغيرات الأخرى. وبناء على ذلك، يتضح أن كل من الإنفاق الصحي والناتج المحلي للفرد يمثلان محددات رئيسية في تفسير التغيرات طويلة الأجل، بينما يبقى تأثير النمو السكاني ثانويا.

III-1-6-11. العلاقة قصيرة الأجل

توضح نتائج المدى القصير أن متغير تصحيح الخطأ (COINTEQ01) جاء سالبا ومعنويا بدرجة عالية (-0.083، p=0.0000)، وهو ما يؤكد وجود آلية فعّالة لتصحيح الانحرافات عن مسار التوازن طويل الأجل، ويعكس استقرار النموذج. على صعيد المتغيرات الديناميكية، أظهرت الفروق الأولى لبعض المتغيرات المستقلة تأثيرات متفاوتة:

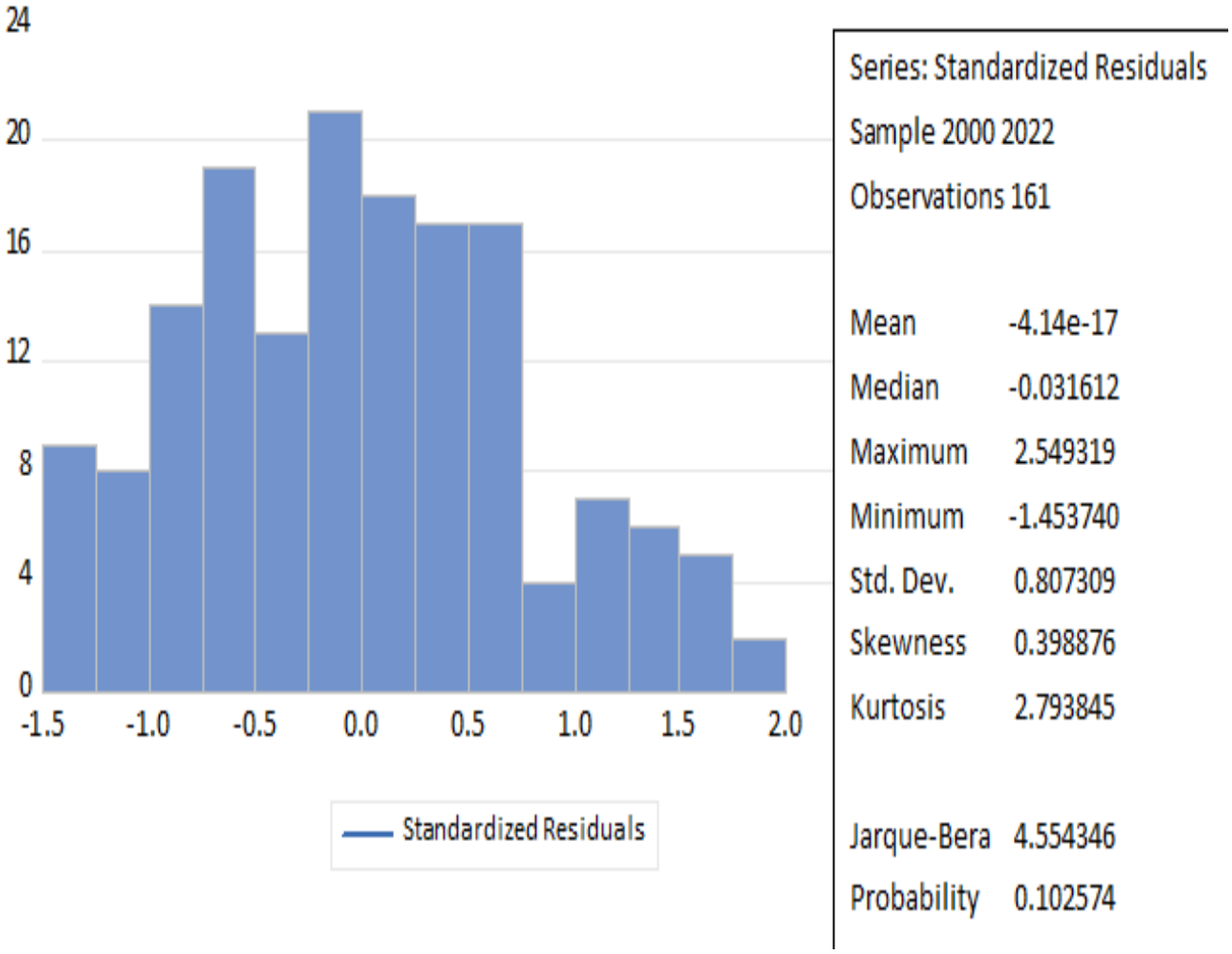
- بالنسبة إلى النفقات الصحية(XPD_CHEX) ، لم يكن معظمها ذا دلالة معنوية، باستثناء التأخير الثالث الذي جاء سالبا ومعنويا عند مستوى 5%، مما يشير إلى أن الزيادة المتأخرة في النفقات الصحية قد تؤدي إلى تراجع مؤقت في المتغير التابع.
- أما الناتج المحلي للفرد (GDP_PCA) فقد أظهر تأثيرا سالبا ومعنويا في الفترات المتأخرة (خاصة عند التأخير الأول والثاني)، وهو ما يوحي بأن تقلبات النمو الاقتصادي السابقة قد تترك آثاراً عكسية على المدى القصير.
- في المقابل، برز متغير نمو السكان (POP_GROW) كأحد المؤثرات السالبة والمهمة إحصائيا في الأجل القصير، حيث أظهرت فروقه الأولى والمتأخرة معاملات سالبة ومعنوية، ما يعكس التأثير الضاغط للنمو السكاني على المتغير التابع في الأجل القصير.
- إضافة إلى ذلك، كان الثابت C موجبا ومعنويا، وهو ما يدل على وجود مستوى أساسي للمتغير التابع حتى في غياب تأثير المتغيرات الأخرى.

تؤكد النتائج أن العلاقة بين المتغيرات المدروسة تتسم بازدواجية الأثر: إذ يبرز دور الإنفاق الصحي والناتج المحلي للفرد كعوامل محفزة على المدى الطويل، في حين تكشف ديناميكيات المدى القصير عن تأثيرات معاكسة مرتبطة بزيادة النفقات الصحية والنمو السكاني، إلى جانب الدور التصحيحي لمتغير الخطأ. وهو ما يعكس الطبيعة المعقدة للعلاقات الاقتصادية التي تجمع بين الأثر البنيوي طويل الأجل والتقلبات الظرفية قصيرة الأجل.

III-1-6-12. الاختبارات التشخيصية

قبل المرور إلى التحليلات الاقتصادية لهذه المعلمات المقدرة، يجب أولا فحص هذا النموذج والتحقق من مصداقيته من خلال إجراء عدة اختبارات لتقييم جودته.

الشكل رقم: 43 نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبواقي النموذج المقدر



المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

من خلال الشكل السابق نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لإحصائية JARQUE-BERRA تساوي 0,102574 وهي أكبر من 5 بالمئة، ومنه فإن البواقي تتبع توزيعا طبيعيا عند مستوى المعنوية 5 بالمئة.

الجدول رقم 54: نتائج اختبار استقرارية بواقي النموذج

Panel unit root test: Summary
Series: RESID02
Date: 09/17/25 Time: 19:46
Sample: 2000 2022
Exogenous variables: Individual effects
Automatic selection of maximum lags
Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 2
Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel

Method	Statistic	Prob.**	Cross-sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				
Levin, Lin & Chu t*	-10.4937	0.0000	7	121
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
Im, Pesaran and Shin W-stat	-10.2691	0.0000	7	121
ADF - Fisher Chi-square	102.695	0.0000	7	121
PP - Fisher Chi-square	221.349	0.0000	7	126

المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

- **اختبار الجذر الوحدة من ليفين، لين وتشو:(LLC)** يقيم هذا الاختبار الفرضية الصفرية لوجود جذر وحدة مشترك عبر جميع الأفراد (الدول محل الدراسة) المتقاطعة. نظرًا لأن الاحتمال يساوي الصفر (0.0000)، فإننا نرفض الفرضية الصفرية على مستوى الدلالة 5٪ (نظرًا لأن الاحتمال أقل من 0.05). وهذا يشير إلى أن السلسلة البواقي المقدرة ليست لديها جذر وحدة مشترك وبالتالي هي مستقرة.

- **اختبار الجذر الوحدة (Augmented Dickey-Fuller) ADF و(Phillips-Perron) PP :**

يقيم هذان الاختباران الفرضية الصفرية لوجود جذر وحدة فردي لكل فرد عبر الأفراد (الدول) المتقاطعة. تظهر النتائج أن الفرضية الصفرية مرفوضة في كلا الحالتين بالاحتمالات قريبة جدًا من الصفر. وهذا يشير إلى أنه على الرغم من أن السلسلة البواقي المقدرة قد تحتوي على جذور وحدة فردية، إلا أنها غير موجودة عند النظر إلى جميع البيانات وبالتالي هي مستقرة.باختصار، تشير هذه النتائج إلى أن سلسلة البيانات بواقي النموذج ليس لديها جذر وحدة مشترك عبر جميع الأفراد (الدول محل الدراسة) المتقاطعة ولا يوجد لديها جذر وحدة فردي عند النظر إلى جميع البيانات. وهذا يعني أن السلسلة البواقي المقدرة مستقرة.

الجدول رقم:55 نتائج اختبار الارتباط الفردي لبواقي النموذج

Cross-Section Dependence Test
Series: RESID02
Null hypothesis: No cross-section dependence (correlation)
Sample: 2000 2022
Periods included: 19
Cross-sections included: 7
Total panel observations: 133
Note: non-zero cross-section means detected in data
Cross-section means were removed during computation of correlations

Test	Statistic	d.f.	Prob.
Breusch-Pagan LM	27.42443	21	0.1572
Pesaran scaled LM	0.991311		0.3215
Bias-corrected scaled LM	0.796867		0.4255
Pesaran CD	0.897959		0.2345

المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

بناءا على النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، نجد أن احتمالية جميع الاختبارات غير معنوية (أكبر من مستوى معنوية 5%)، وبالتالي نقر بعدم وجود ارتباط ذاتي بين متغيرات النموذج المختار.

III-1-7. تفسير النتائج والتحقق من الفرضيات (المقارنة)

III-1-7-1. اختبار التكامل المشترك

بناءا على دراسة استقرارية السلاسل الزمنية والتي أظهرت أنها مستقرة عند فروقها الأولى، نقوم الآن باختبار التكامل المشترك للمتغيرات من اختبار Kao، وكانت نتائج هذا الاختبار وموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم:56 نتائج اختبار التكامل المشترك kao

Kao Residual Cointegration Test
Series: DYN_CDRT XPD_CHEX GDP_PCA POP_GROW
Date: 09/18/25 Time: 18:58
Sample: 2000 2022
Included observations: 161
Null Hypothesis: No cointegration
Trend assumption: No deterministic trend
Automatic lag length selection based on SIC with a max lag of 5
Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel

	t-Statistic	Prob.
ADF	2.296170	0.0108
Residual variance	0.148075	
HAC variance	0.049355	

المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

تبين لنا نتائج إحصائيات اختبار KAO وجود تكامل مشترك بين المتغير التابع والمتغيرات التفسيرية عند مستوى المعنوية 5%، وعليه يمكننا تقدير العلاقة طويلة الأجل ومن ثم المقارنة بين الدول محل الدراسة.

III-1-7-2. التقدير باستعمال DOLS

بعد التأكد من وجود علاقة تكامل مشترك بين متغيرات الدراسة، ننتقل إلى مرحلة تقدير نماذج مقدرات التكامل المتزامن للعلاقة في الأجل الطويل. بالاعتماد على التقدير باستعمال DOLS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم:57 نتائج مقارنة أثر محددات التنمية الصحية المستدامة في الدول محل الدراسة

	المغرب	الجزائر	تونس	مصر	السعودية	الاردن	ايران
XPD_CHEX	0.062846 (0.5930)	-0.079625 (0.0152)	-0.106711 (0.0065)	0.163711 (0.8691)	0.413157 (0.1350)	0.228770 (0.2548)	-0.526537 (0.0090)
GDP_PCA	0.165456 (0.0322)	-0.042541 (0.0343)	-0.009097 (0.5308)	0.080847 (0.4858)	-0.311500 (0.0381)	-0.105324 (0.0211)	-0.341453 (0.0286)
POP_GROW	-1.040022 (0.0395)	0.044867 (0.4816)	0.052631 (0.0231)	-0.286327 (0.9058)	-3.765346 (0.0012)	-1.434886 (0.1100)	3.099109 (0.0269)
C	5.733745 (0.0007)	2.752258 (0.0135)	0.052631 (0.0231)	5.631427 (0.0707)	7.902034 (0.0086)	6.363099 (0.0000)	5.446677 (0.0002)
R-squared	0.890570	0.796894	0.967787	0.783122	0.980776	0.876843	0.945520

المصدر: من اعداد الباحث من خلال برنامج EVIEWS 12-13

أكدت نتائج الجزء الثاني من الدراسة القياسية، المبنية على تحليل بيانات بانل لمجموعة من الدول المختارة، أن الإنفاق الصحي يعد في المتوسط عاملا أساسيا في تحسين المؤشرات الصحية الأساسية، حيث ثبت وجود علاقة سالبة ومعنوية بين الإنفاق الصحي ومعدل الوفيات الأولية في الأجل الطويل، ويبرز هذا الاختلاف أن الأثر الإيجابي للإنفاق الصحي، الذي يظهر بوضوح على المستوى المقارن، لا يتحقق بنفس الدرجة في حالة الجزائر، ما يدل على وجود فجوة بين حجم الإنفاق وفعاليته، كما أظهرت الدراسة المقارنة أن نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي يسهم بشكل معنوي في تحسين النتائج الصحية في معظم الدول محل الدراسة، وهو ما يتوافق جزئيا مع نتائج حالة الجزائر، حيث كان للنمو الاقتصادي المتأخر أثر إيجابي على التأمين الصحي الاجتماعي، وإن كان تأثيره الآني محدودا، ويشير هذا التقارب إلى أن النمو الاقتصادي يشكل شرطا داعما للتنمية الصحية، لكنه لا يعد كافيا بمفرده ما لم يترجم إلى سياسات اجتماعية وصحية فعالة، أما فيما يتعلق بالعامل الديمغرافي، فقد أظهرت نتائج الدراسة المقارنة أن النمو السكاني يمثل عامل ضغط على المنظومات الصحية في عدد من الدول، وهو ما يفسر جزئيا ضعف استجابة المؤشرات الصحية في الجزائر رغم الاستثمارات الصحية المتزايدة، خاصة في ظل التفاوتات الجغرافية والضغط المتزايد على الهياكل الصحية العمومية، وتكشف المقارنة بين نتائج أسلوبي ARDL(في حالة الجزائر) و Panel ARDL وDOLS(في الدراسة المقارنة) أن العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية الصحية المستدامة علاقة بنيوية طويلة الأجل في جميع الحالات، غير أن اختلاف اتجاه وقوة التأثير يعكس تباين مستوى الحوكمة الصحية، وكفاءة الإنفاق، ودرجة تكامل السياسات الصحية مع السياسات الاقتصادية، ففي حين أظهرت بعض الدول، مثل المغرب وإيران، قدرة أعلى على تحويل الإنفاق الصحي إلى مكاسب صحية ملموسة، ظل الأثر في الجزائر أقل وضوحا، ما يعزز فرضية أن التحدي الأساسي لا يكمن في نقص الموارد المالية، بل في كيفية إدارتها وتوجيهها، وتؤكد هذه المقارنة أن تجربة الجزائر في مجال التنمية الصحية المستدامة تشترك مع تجارب الدول الأخرى في وجود علاقة طويلة الأجل بين الإنفاق الصحي والمؤشرات الصحية، لكنها تختلف عنها في ضعف الأثر الفعلي للإنفاق العمومي، وهو ما يستدعي إعادة النظر في نمط تمويل القطاع الصحي، تعزيز كفاءة الإنفاق، تحسين الحوكمة الصحية، وربط السياسات

الصحية بأهداف واضحة وقابلة للقياس، بما يسمح بتحقيق تقارب فعلي بين نتائج الجزائر ومتوسط الأداء المسجل في الدول المقارنة.

III-1-8. تحليل النتائج السابقة

تناول الجانب التطبيقي للدراسة تحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي الحكومي والخاص ومؤشرات التنمية الصحية المستدامة في الجزائر خلال الفترة 2000–2021، مع تقييم واقع جودة الخدمات الصحية والتغطية الصحية الشاملة عبر منهجية تكاملية تجمع بين التحليل التاريخي والدراسة الميدانية والتحليل القياسي والمقارن، حيث أظهر التحليل التاريخي تطورا كميا ملحوظا في النظام الصحي الجزائري، فارتفعت التغطية الصحية الشاملة من 56% عام 2000 إلى 74% عام 2021، وتوسعت البنية التحتية الصحية ومع ذلك استمرت التحديات الهيكلية المتعلقة بالحوكمة والكفاءة الإدارية والتفاوت الجغرافي، وبخصوص الدراسة الميدانية التي شملت وجهات نظر الأطقم الطبية والإدارية بالقطاعين ، كشفت عن تردد في تقييم سعي الجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة (45.1% يؤكدون ذلك مقابل 45.8% غير متأكدين)، وحددت ثلاثة عوائق رئيسية: نقص الوعي الصحي (56.4%)، الفساد الإداري (49.3%)، وعدم توفر الخدمات في المناطق النائية (42.1%)، كما أظهر تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العامة والخاصة تفاوت بين الأبعاد الخمسة، حيث تميز بعدا الأمان والتعاطف بمستوى عال، بينما جاءت أبعاد الملموسية والاعتمادية والاستجابة في المستوى المتوسط، وعلى الصعيد التحليل القياسي، استخدمت الدراسة نموذج ARDL لتحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي والتأمين الصحي الاجتماعي كمؤشر للتنمية الصحية المستدامة، حيث أظهرت النتائج أن الإنفاق الخاص له أثر إيجابي ومعنوي في الأجل القصير (+0.2931)، بينما كان للإنفاق الحكومي أثر سلبي ومعنوي (-0.5669 حاليا و-0.8867 متأخرا)، كما أشار معامل تصحيح الخطأ (-1.414) إلى سرعة عالية في العودة إلى التوازن، في الأجل الطويل لم تظهر أي من المتغيرات المستقلة تأثيرا فرديا معنويا، مما يشير إلى أن التوازن يتحقق عبر التفاعل المشترك للمتغيرات، و أكدت الدراسة المقارنة باستخدام Panel ARDL وجود علاقة سلبية معنوية بين الإنفاق الصحي ومعدل الوفيات الأولي

كمؤشر للتنمية الصحية المستدامة في معظم الدول محل المقارنة، حيث سجلت الجزائر أثرا سلبيا أقل حدة من الدول مثل إيران، والشكل الموالي يلخص النتائج المتوصل إليها.

الشكل رقم: 44 ملخص النتائج المتوصل إليها في الجانب التطبيقي للدراسة

الدراسة المقارنة: مع دول شمال إفريقيا وآسيا

- نموذج :Panel ARDL لمقارنة 7 دول (الجزائر، المغرب، تونس، مصر، السعودية، الأردن، إيران).
- المتغير التابع :معدل الوفيات الأولي كمؤشر للتنمية الصحية المستدامة
- الإنفاق الصحي :تأثير سلبي معنوي على الوفيات في معظم الدول.
- النمو الاقتصادي :تأثير إيجابي على المؤشرات الصحية.
- إيران :أقوى تأثير سلبي للإنفاق الصحي – 0.53.
- السعودية والأردن :تأثيرات إيجابية غير معنوية.
- المغرب وتونس :تأثيرات سلبية معنوية متوسطة.

الدراسة القياسية: أثر الإنفاق الصحي بنوعيه على التنمية الصحية

- نموذج :ARDL لتحليل العلاقة طويلة وقصيرة الأجل.

أ. الأجل القصير:

- الإنفاق الخاص :تأثير إيجابي معنوي +0.29%.
- الإنفاق الحكومي :تأثير سلبي معنوي (-0.57% في الحالي، -0.89% في المتأخر).
- النمو الاقتصادي المتأخر :تأثير إيجابي +0.58%.
- معامل تصحيح الخطأ: 1.414– سرعة تصحيح عالية.

ب. الأجل الطويل:

- لا توجد تأثيرات فردية معنوية للمتغيرات المستقلة.
- التوازن يتحقق من خلال الأثر المشترك للمتغيرات.

ج. الاستنتاجات:

- الإنفاق الخاص أكثر فعالية من الإنفاق الحكومي في تحسين التغطية الصحية.
- ضعف في إدارة الإنفاق الحكومي رغم زيادته.
- وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات.

الدراسة الميدانية: واقع التنمية الصحية وجودة الخدمات

- 144مشاركا (أطباء، ممرضون، إداريون) من ولايتي تلمسان والنعامة.
- 88.2%من القطاع العام، 75.7% من المدن.
- 66.7%خبرة أقل من 5 سنوات (عينة شبابية).
- 45.1%يؤكدون سعي الجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- 45.8%غير متأكدين (يعكس غموض السياسات).
- العوائق الرئيسية :نقص الوعي الصحي 56.4%، الفساد الإداري 49.3%، عدم توفر الخدمات في المناطق النائية42.1%.
- الإجراءات المقترحة :تحسين الإدارة الصحية 66%، تعزيز الوعي الصحي 57.6%، زيادة التمويل 48.6%.
- المتوسط العام للجودة: 3.445/5 متوسط على العموم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية: للخصائص الديموغرافية مؤثرة في التقييم.

الدراسة الوصفية : تطور مؤشرات التغطية الصحية الشاملة والتنمية الصحية المستدامة بالجزائر

- التغطية الصحية الشاملة: ارتفعت من 56% عام 2000 إلى 74% عام 2021.
- الموارد البشرية: زيادة في عدد الأطباء والممرضين والتقنيين.
- البنية التحتية: توسع في المنشآت الصحية العمومية.
- المؤشرات الصحية: تحسن في صحة الأم والطفل، تقليل الأمراض المعدية، تحسين التحصين.
- الإنفاق الحكومي على الصحة: تضاعف أكثر من 10 مرات خلال الفترة.
- نظام الضمان الاجتماعي: يغطي أكثر من 80% من السكان.

المصدر: من إعداد الباحث

III–2. خاتمة الجانب التطبيقي

ركزت الدراسة التطبيقية على تحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي الحكومي والخاص والتنمية الصحية المستدامة في الجزائر خلال الفترة (2000–2021)، عبر مقاربة منهجية جمعت بين التحليل الوصفي، الدراسة الميدانية، التحليل القياسي، والدراسة المقارنة، حيث تكشف النتائج المتوصل إليها عن مفارقة أساسية في النظام الصحي الجزائري فمن جهة، هناك إنجازات كمية على مستوى التوسع الجغرافي والبنى التحتية والموارد المالية، ومن جهة أخرى هناك فجوة نوعية في الجودة والكفاءة في التسيير، فالإنفاق الحكومي المتزايد لم يترجم إلى تحسينات ملموسة في المؤشرات الصحية بنفس درجة فعاليته في دول مقارنة، بينما ظل الإنفاق الخاص أكثر فعالية رغم حجمه المحدود، كما أن تقييم العاملين الصحيين أنفسهم يكشف عن شكوك حول جدوى السياسات المعتمدة ووضوح الرؤية الاستشرافية 2030 وهذا يستلزم إصلاحا شاملا يقوم على تعزيز الشفافية ومكافحة الفساد وتحسين تكامل القطاعين العام والخاص، وتبني مقاربات تشاركية في تصميم وتقييم السياسات الصحية، فتحقيق التنمية الصحية المستدامة لا يرتبط فقط بزيادة الموارد المالية، بل بكيفية توظيف هذه الموارد، وفعالية إدارتها ودرجة تكاملها مع السياسات الاقتصادية والاجتماعية.

IV. الخاتمة العامة

لم يعد مفهوم الصحة يقتصر على الجانب العلاجي المحدود، بل تحول إلى ركيزة استراتيجية متعددة الأبعاد تتداخل فيها العوامل الاقتصادية والاجتماعية لتحقيق التنمية الشاملة والمستدامة، فالصحة لم تعد مجرد مؤشر على رفاهية الأفراد فحسب، بل مقياسا لقدرة المجتمعات على النهوض والتقدم ومن هذا المنطلق، يبرز الدور المهم للإنفاق على الرعاية الصحية كأداة جوهرية في ترجمة السياسات الصحية إلى إجراءات قابلة للتطبيق، تنطلق هذه الدراسة من الإشكالية الرئيسية التي تتمحور حول التساؤل التالي: ما هو أثر الإنفاق الصحي الحكومي والخاص في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر خلال الفترة 2000–2021، والتي تتفرع عنها أسئلة فرعية تتناول واقع التنمية الصحية المستدامة، جودة الخدمات الصحية، والعلاقة الإحصائية بين الإنفاق الصحي ومؤشرات التنمية الصحية، بالإضافة إلى المقارنة مع تجارب دولية مختارة، حيث سعت الدراسة إلى الاعتماد على نموذج متكامل جمع بين التحليل النظري والتطبيقي، حيث تناول الجانب النظري في فصوله الأربعة المفاهيم الأساسية لاقتصاديات الخدمات الصحية، العلاقة بين النمو الاقتصادي والتنمية الصحية المستدامة، النظم الإدارية الصحية الحديثة، وجودة الخدمات الصحية. كما قام بتحليل نقدي للدراسات السابقة التي صنفت حسب منهجياتها إلى دراسات وصفية، ميدانية، وقياسية.

أما الجانب التطبيقي، فقد اعتمد على منهجية ثلاثية الأبعاد سدت فجوة منهجية مهمة تمثلت في الجمع بين التحليلات الوصفية، الميدانية، والقياسية في إطار تكاملي واحد:

- ❖ التحليل الوصفي التاريخي: الذي رصد تطور المنظومة الصحية الجزائرية وتحليل مؤشرات التغطية الصحية الشاملة والإنفاق الصحي خلال فترة الدراسة.
- ❖ الدراسة الميدانية: التي استطلعت آراء 144 من مقدمي الخدمات الصحية (أطباء، ممرضين، إداريين) لتقييم واقع التنمية الصحية المستدامة وجودة الخدمات المقدمة.
- ❖ التحليل القياسي: الذي استخدم نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع (ARDL) لقياس أثر الإنفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة، إضافة إلى دراسة مقارنة باستخدام نماذج Panel ARDL وDOLS مع دول شمال إفريقيا وآسيا.

IV-1. الإجابة عن فرضيات الدراسة والنتائج الرئيسية

❖ بالنسبة للفرضية الأولى: تؤكد النتائج وجود تطور إيجابي متوسط في مستوى التنمية الصحية المستدامة في الجزائر حيث ارتفعت التغطية الصحية الشاملة من 56% عام 2000 إلى 74% عام 2021، مع تحسن ملحوظ في البنية التحتية الصحية والمؤشرات الصحية الأساسية.

❖ بالنسبة للفرضية الثانية: أكدت التحليلات الإحصائية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الخصائص الديمغرافية لمقدمي الخدمات الصحية ومؤشرات التغطية الصحية الشاملة، حيث جاءت قيم الدلالة الإحصائية Sig لجميع المتغيرات الديموغرافية أكبر من 0.05.

❖ بالنسبة للفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الخصائص الديمغرافية لمقدمي الخدمات الصحية ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة، مما يعكس تقييما متجانسا عبر مختلف الفئات.

❖ بالنسبة للفرضية الرابعة: كشفت نتائج نموذج ARDL عن وجود تأثير متبادل بين الإنفاق الصحي العام والخاص ومؤشرات التنمية الصحية المستدامة، لكن باختلاف في الأجلين القصير والطويل:

- في الأجل القصير: كان للإنفاق الخاص أثر إيجابي ومعنوي (+0.2931)، بينما كان للإنفاق الحكومي أثر سلبي ومعنوي (-0.5669 حاليا و-0.8867 متأخرا).

- في الأجل الطويل: لم يظهر أي من المتغيرات المستقلة تأثيرا فرديا معنويا، مما يشير إلى أن التوازن يتحقق عبر التفاعل المشترك للمتغيرات الاقتصادية والمالية.

❖ بالنسبة للفرضية الخامسة: أظهر التحليل المقارن مع دول شمال إفريقيا وآسيا اختلافا جزئيا في واقع التنمية الصحية المستدامة بالجزائر، حيث سجلت الجزائر أثرا سلبيا للإنفاق الصحي على معدل الوفيات الأولي أقل حدة من دول مثل إيران والمغرب، مما يدل على خصوصية التجربة الجزائرية.

IV-2. التحديات الرئيسية

❖ صعوبة التنظيم الإداري في القطاع الصحي: أبرزت الدراسة أن ضعف الحوكمة والفساد الإداري (49.3% من المستجيبين اعتبروه عائقا رئيسيا) يمثل تحديا بنيويا يعوق تحقيق الكفاءة في استخدام الموارد الصحية.

❖ التباين الجغرافي في توزيع الخدمات الصحية: لا تزال الفجوة بين المناطق الحضرية والنائية قائمة، حيث أشار 42.1% من المشاركين إلى عدم توفر الخدمات الكافية في المناطق النائية.

❖ ضعف الوعي الصحي: اعتبر 56.4% من مقدمي الخدمات أن نقص الوعي الصحي يمثل العائق الأكبر أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

❖ الفجوة بين حجم الإنفاق وفعاليته: رغم الزيادة المستمرة في المخصصات المالية للقطاع الصحي، إلا أن التحليل القياسي أظهر ضعف الأثر الفعلي للإنفاق الحكومي في تحسين مؤشرات التنمية الصحية.

IV-3. التوصيات المقترحة

❖ على مستوى السياسات التمويلية

دعم القطاع الصحي الخاص لما أظهره من أثر إيجابي في الأمد القصير على التنمية الصحية المستدامة، من خلال:

- الحوافز الضريبية والجمركية لاستيراد الأجهزة الطبية والتكنولوجيات الصحية.
- تسهيل إجراءات ترخيص المؤسسات الصحية الخاصة وخاصة في المناطق النائية.
- تطوير شراكات بين القطاعين العام والخاص في مجالات التكوين والبحث العلمي.

إصلاح آلية تمويل القطاع الصحي العام عبر:

- اعتماد ميزانية موجهة بالأداء ترتبط بمؤشرات قابلة للقياس.
- تعزيز الشفافية في صرف الاعتمادات المالية ومحاربة الفساد الإداري.
- تفعيل نظام التكفل بالتكاليف الصحية العالية للأمراض المزمنة والنادرة.

❖ على مستوى التنظيم والحوكمة

- تبسيط الهياكل التنظيمية وتفادي تداخل المهام بين المجالس الإدارية للمؤسسات الصحية.
- تعزيز اللامركزية في اتخاذ القرارات الصحية مع المحافظة على التنسيق الوطني.
- إنشاء هيئة مستقلة لمراقبة جودة الخدمات الصحية وتقييم أداء المؤسسات الصحية.

❖ على مستوى الخدمات والتغطية الصحية

توفير التخصصات الطبية الأساسية بالمناطق النائية من خلال:

- التحفيز المالي والمهني للأطقم الطبية الراغبين في العمل في المناطق النائية.
- تعزيز الطب عن بعد واستخدام التكنولوجيات الحديثة في التشخيص والعلاج.

التحسيس بضرورة التأمين الصحي وتعزيز ثقافة التكافل الاجتماعي عبر:

- تبسيط إجراءات الانخراط في نظام الضمان الاجتماعي.
- تطوير منتجات تأمينية متنوعة تلائم مختلف الفئات الاجتماعية.

❖ على مستوى الموارد البشرية

تحسين ظروف عمل الأطقم الطبية والإدارية من خلال:

- مراجعة نظام الأجور والحوافز المادية والمعنوية.
- توفير برامج التكوين المستمر.
- تعزيز الصحة النفسية للعاملين في القطاع الصحي.

❖ على مستوى البحث العلمي والابتكار

- دعم الدراسات المتخصصة في اقتصاديات الصحة وتقييم السياسات الصحية.
- تشجيع البحث التطبيقي في مجال التقنيات الطبية والأدوية.
- إنشاء مرصد وطني للمؤشرات الصحية يعتمد على نظم المعلومات المتكاملة.

❖ على مستوى التعاون الإقليمي والدولي

- تبادل الخبرات مع الدول ذات الأنظمة الصحية الناجحة في مجال التمويل والإدارة.
- تعزيز التعاون في مجال التكوين والبحث العلمي الصحي.
- الاستفادة من التمويلات الدولية الموجهة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

IV-4. حدود الدراسة وآفاق البحث المستقبلي

استندت الدراسة لعدد من الحدود المنهجية والعملية، أهمها اعتمادها على البيانات المتاحة رسميا، وصعوبة تعميم النتائج الميدانية على كل المؤسسات الصحية بسبب تنوع الواقع الصحي الجزائري. كما أن الفترة الزمنية المدروسة (2000-2021) شهدت تحولات اقتصادية وسياسية متسارعة أثرت على ديناميكية القطاع الصحي: مما يسمح بتبني المسارات للبحث المستقبلي:

- دراسة أثر الجائحات الصحية (كجائحة كوفيد-19) على استدامة النظم الصحية.
- تحليل تجارب الدول الناجحة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة واستخلاص الدروس للجزائر.
- بحث سبل دمج البعد البيئي في السياسات الصحية لتحقيق التنمية الصحية المستدامة الشاملة.
- دراسة تأثير التحول الرقمي على جودة الخدمات الصحية وعدالة توزيعها.

تشكل هذه الدراسة محاولة علمية جادة لفهم التعقيدات التي تحيط بعلاقة التمويل الصحي بالتنمية الصحية المستدامة في الجزائر، حيث أثبتت النتائج أن الطريق نحو تحقيق تنمية صحية مستدامة لا يمر فقط عبر زيادة الموارد المالية، بل عبر إصلاح دقيق يشمل الحوكمة، العدالة في التوزيع، الجودة في الأداء، والتكامل بين الفاعلين، فالنجاح في بناء نظام صحي كفء، عادل، ومستدام، لن يكون فقط انعكاسا لتقدم تقني أو مالي، بل سيكون ترجمة حقيقية لالتزام سياسي واجتماعي بحق المواطن في الصحة، واختبارا لمقدرة المجتمع على تحقيق التضامن والعدالة بين أجياله وأقاليمه

V. قائمة المراجع

V-1. قائمة المراجع والمصادر باللغة العربية

1. إبراهيم طلعت. (2009). *التحليل الإقتصادي والإستثمار في المجالات الطبية* (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، كلية التجارة، مصر: دار الكتاب الحديث. doi:ISBN 977-350-310-1

2. إبراهيم يحياوي. (28 03, 2021). الدراسات السابقة أهميتها وكيفية توظيفها في بحوث العلوم الاجتماعية. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع*، *10*(01)، 319-341. doi:EISSN: 2602-781X

3. أحمد رماضنية، و محمد صخري. (30 05, 2024). أهمية الدراسات السابقة، توظيفها ومكانتها في البحث. *جلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية*، *09*(01)، 452-462. EISSN: 2602-6368 --- doi:ISSN: 2507-7414

4. إدوارد ويليام ديمينغ. (2006). *الخروج من الأزمة* (الإصدار الطبعة الأولى 2000). (حمد بن ناصر القضيب، و صالح بن براهيم الخضير، المترجمون) الرياض، السعودية: معهد الإدارة العامة مكتبة ملك فهد الوطنية. 9960 - 14 - 147 - - :doi:ISBN

5. أمين محمد حسن القطوي . (2025). *إدارة المستشفيات والخدمات الصحية* (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، مصر: نشر خاص(المؤلف).

6. إيمان بوقصة. (03, 2018). الإصلاحات الإقتصادية في الجزائر ودورها في تحقيق التنمية. *مجلة شعاع للدراسات الإقتصادية*، *02*(01)، 82-89. doi:ISNN : 2543-3911

7. البنك الدولي. (2008). *التنمية الصحية استراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان*. واشنطن العاصمة: البنك الدولي للإنشاء والتعمير/البنك الدولي.

8. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (01 08, 2024). *موقع الأمم المتحدة*. تم الاسترداد من أهداف التنمية المستدامة: https://www.undp.org/ar/arab-states/%D8%A3%D9%87%D8%AF%D8%A7%D9%81-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%86%D9%85%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%AF%D8%A7%D9%85%D8%A9

9. البنك الدولي. (2019). *تمويل مرتفع الأداء من أجل تغطية صحية شاملة*. Washington,USA: البنك الدولي للإنشاء والتعمير. تم الاسترداد من www.worldbank.org

10. جامعة كربلاء. (2025). *Kaoru Ishikawa*. تاريخ الاسترداد 20 09, 2025، من جامعة كربلاء العراق: https://qauok.uokerbala.edu.iq/kaoru-ishikawa/

11. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. (06 01, 2010). المرسوم التنفيذي رقم 10-02 المؤرخ في 18 محرم عام 1431 الموافق ل 04 يناير 2010 ، يحدد الأحكام المتعلقة بإجبارية التعليم الأساسي. *إجبارية التعليم الأساسي*(01)، 05-06.

12. حازم ساسي. (2021). أهداف وابعاد التنمية المستدامة: التداخل والتأثير. *International Journal of Al-Turath In Islamic*، *02*(02)، 62-91. doi:E-ISSN: 2716-6856

13. حكيم شبوطي ، و أحلام خليفة . (01 06, 2017). تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية. *مجلة الاقتصاد الصناعي*، *07*(01)، 70-85. تم الاسترداد من https://asjp.cerist.dz/en/article/33118

14. الخادم خيثري ، و محمد لزرق . (31 12, 2020). مبادئ حوكمة المؤسسات و دورها في تفعيل المسؤولية الاجتماعية – دراسة ميدانية على عينة من المؤسسات الجزائرية. *مجلة أوراق إقتصادية*، *04*(02)، 122-141.

15. خالد شارع الرشيدي، سلطان عايد العنزي، جلال محمد النصار، عبيد سعود الرشيدي، عبيد سلطان الرشيدي، و جلال حمود النصار. (30 12, 2022). دور الحوافز المادية والمعنوية على كفاءة أداء الكوادر الصحية بمستشفيات مدينة الرياض. *المجلة العربية للعلوم ونشرالأبحاث ـ مجلة العلوم الاقتصاديةوالإدارية والقانونية*، *06*(28)، 121-139. doi:https://doi.org/10.26389/AJSRP.R140922

16. الديوان الوطني للإحصائيات. (2021). *نشرة رقم 49 سنة 2021 بعنوان الجزائر بالأرقام نتائج 2016-2018*. الجزائر: الديوان الوطني للإحصائيات.

17. رابح أوكيل. (25 12, 2019). التحفيز كسياسة داعمة لتحقيق التوازن بين العمل والحياة الشخصية. *REVUE MAGHREBINE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS*، *03*(01)، 125-134. doi:ISSN : 2437-0975

18. رتيبة لعرابي. (15 06, 2022). واقع التنمية المستدامة في الجزائر دراسة تحليلية خلال الفترة2000-2019. *Revue Economie et de Statistique Appliquée'd*، *19*(2)، 144-167. doi:ISSN: 1112-234X

19. رجاء وحيد دويدري. (2000). *البحث العلمي أساياته النظرية وممارسته العلمية* (الإصدار الطبعة الأولى سبتمبر 2000). دمشق، سوريا: دار الفكر . doi:ISBN:1-57547-796-3

20. زكرياء مسعودي، و خليفة عزي. (31 12, 2019). محددات النمو الإقتصادي في الجزائر بإستخدام نموذجي FMOLS و ECM -دراسة قياسية للفترة (1980-2017). *مجلة التنمية والإستشراف للبحوث والدراسات*، *04*(07)، 117-136.

21. سالم مفتاح بن نجمة. (07, 2011). التنظيم الإداري وتأثيره على المؤسسات. *مجلة كلية الآداب*، *02*(25)، 881-891. تم الاسترداد من http://search.mandumah.com/Record/434941

22. ستيفن موريس، نانسي ديفلن، و ديفد باركن. (2013). *التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية*. (بن صالح الحيدر عبد المحسن، المترجمون) السعودية، معهد الإدارة العامة، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية مركز البحوث.

23. سحر عبدالحفيظ موسى الشوابكه. (02 12, 2022). تعريف التنظيم الإداري وأهمية في المؤسسات. *المجلة العربية للنشر العلمي*، *05*(50)، 1469-1475. doi:ISSN: 2663-5798

24. سراج هاني. (2023). *حوكمة الصحة*. بيروت: شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية. تم الاسترداد من http://www.annd.org

25. سعيد إسماعيل صيني. (1994). *قواعد أساسية في البحث العلمي* (الإصدار الطبعة الأولى). بيروت: مؤسسة الرسالة.

26. سميرة مومن، و الطيب الوافي. (06 06, 2021). دور مشروعات الطاقات المتجددة في تعزيز إنتاج الطاقة الكهربائية بالجزائر. *مجلة دراسات في الإقتصاد وإدارة الأعمال*، 463-482. doi:ISSN : 2602-6570

27. شرف الدين زديرة. (01 12, 2017). آليات الرقابة الإدارية وانعكاساتها على كفاءة الأداء بالمؤسسات الاستشفائية في الجزائر. *حوليات جامعة بشار في العلوم الاقتصادية*، *04*(02)، 222-234. doi:ISSN 2676-1513

28. صونيا قاسمي. (2020). الضوابط المنهجية في توظيف الدراسات السابقة في البحث الأكاديمي. *مجلة المعيار*، *24*(51)، 806-822. doi:ISSN :1112-4377

29. طلعت إبراهيم الدمرداش. (2006). *إقتصاديات الخدمات الصحية* (الإصدار الطبعة الثانية). القاهرة، كلية التجارة، مصر: دار الكتب المصرية. doi:ISBN 977-04

30. عادل علي سلطان العرابي، تركي بن غازي العصيمي، و طلا بن منصور النمري. (03, 2025). اتخاذ القرارات الإدارية في المنظمات الصحية (دراسة ميدانية على مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بالرياض). *المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة التخصصات*(81)، 01-37. doi:ISSN: 2617-958X

31. عامر قنديلجي، و إيمان السامرائي. (2009). *البحث العلمي الكمي والنوعي* (الإصدار الطبعة العربية). عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

32. عبد المجيد قدي، و جميلة مديوني. (31 07, 2014). أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة "البرتقال" بمدينة الشلف. *مجلة الإستراتيجية والتنمية*، *04*(07)، 155-181. تم الاسترداد من https://asjp.cerist.dz/en/article/7901

33. عبدالرحمن المحمادي. (08 03, 2015). *الرئيسية-التقارير-التوجيه سلسلة (كيفية عمل الادارة الصحية)*. تاريخ الاسترداد 03 09, 2025، من مجلة الجودة الصحية: https://m-quality.net/?p=1807

34. عبدالقادر عيادي . (01 08, 2017). نشأة المحاسبة وتطورها في ظل تطبيق نظرية الوكالة. *دراسات اقتصادية*، *11*(02)، 207-220.

35. على إبراهيم علي عبيدو. (2014). *جودة الحث العلمي (الأخلاقيات-المنهجية-الإشراف) كتابة الرسائل والبحوث العلمية* (الإصدار الطبعة الأولى). الإسكندرية، كلية الزراعة سابا باشا، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

36. عميروش بوشلاغم ، و منصف شرفي . (24 12, 2017). واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر. *دراسات اقتصادية، 04*(03)، 09-30. تم الاسترداد من https://asjp.cerist.dz/en/article/31458

37. عيسى محمد الغزالي. (2003). *إقتصاديات الصحة*. الكويت: المعهد العربي للتخطيط.

38. فاتح غلاب . (31 12, 2021). الاقتصاد الدائري .. مفاهيم وتجارب مختارة. *مجلة ابحاث ودراسات التنمية، 08*(02)، 444-459.

39. فاطمة آل مفتاح، و سعد عبد الله إبراهيم الخريف. (04, 2024). أساليب اتخاذ القرارات أثناء الأزمات: دراسة ميدانية على عينة من القيادات الإدارية بجامعة الملك سعود في المملكة العربية السعودية. *المجلة العربية للإدارة، 44*(02)، 67-86. doi:10.21608/aja.2021.80700.1107

40. فرحان رافع الرويلي. (01 01, 2025). أثر سياسة التحفيز على مستوى أداء العاملين بالقطاع الصحي. *مجلة مستقبل العلوم الإجتماعية، 20*(02)، 03-42. doi:10.21608/fjssj.2025.394080

41. كمال دشلي. (2016). *منهجية البحث العلمي*. حماة، كلية الاقتصاد، سوريا: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية جامعة حماة

42. لحبيب بلية. (2019). *إدارة الجودة الشاملة المفهوم – الأساسيات – شروط التطبيق* (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، جامعة مستغام، الجزائر: الأكاديمية الحديثة للكتاب الجامعي. 2 - doi:ISBN 978-977-831-009

43. لخضر بن عطا الله . (31 12, 2020). انعكاس الإنفاق العام على المنظومة الصحية بالجزائر خلال الفترة (2009-2018). *مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، 06*(02)، 377-390. doi:ISSN: 2437-0525

44. مجيد الكرخي. (2014). *التخطيط الإستراتيجي المبني على النتائج*. قطر، وزارة الثقافة والفنون والتراث: دار الكتب القطرية – مطبعة الريان.

45. محمد الصيرفي. (2014). *مراقبة الجودة* (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع. doi:ISBN 978-977-358-304-0

46. محمد بن علي الحميميدي. (2014). *التنظيم والتخطيط* (الإصدار الطبعة الثانية). الرياض، السعودية : مكتبة الملك فهد الوطنية. doi:ISBN: 978-01-603-4033-6

47. محمد شاكر عصفور. (1987). *أصول التنظيم والأساليب* (الإصدار الطبعة السابعة). جدة، معهد الإدارة العامة بالرياض، السعودية : دار الشروق للنشر والتوزيع والطباعة.

48. محمد عبد العال النعيمي، راتب جليل صويص، و غالب جليل صويص. (2009). *إدارة الجودة المعاصرة مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات* (الإصدار الطبعة العربية). عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

49. محمد هيثم خياط. (2007). *الكتاب الطبي الجامعي الإدارة الصحية*. بيروت، لبنان: اكاديميا إنترناشيونال، منظمة الصحة العالمية. doi: ISBN: 978-9953-37-460-4

50. مدحت محمد العزب. (2023). *المفاهيم الأساسية في إدارة الخدمات الصحية* (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، مصر: نشر خاص (المؤلف). doi:(ISBN): 978-977-94-7468-7

51. مدحت محمد العزب. (2023). *المفاهيم الأساسية في إدارة الخدمات الصحية* (الإصدار الطبعة الأولى). مصر: نشر خاص (المؤلف). doi:(ISBN): 978-977-94-7468-7

52. مصطفى يوسف كافي. (2017). *إدارة الخدمات الصحية* (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع. doi:ISBN 978-9957-617-49-3

53. مليك محمودي، و يوسف بركان. (31 12, 2016). محددات النمو الإقتصادي في الجزائر دراسة قياسية تحليلية للفترة (1990-2014). *مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، 07*(01)، 259-274.

54. مليكة ماقري. (23 09, 2022). الأسس المنهجية لتوظيف الدراسات السابقة في البحث الإجتماعي. *مجلة الحكمة للدراسات الإجتماعية، 10*(03)، 06-20. doi:Eissn :2600-643x Issn : 2353-0529

55. منظمة الصحة العالمية. (1978). *المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية*. ألما ألتا، الإتحاد السوفيتي: منظمة الصحة العالمية. تم الاسترداد من https://iris.who.int/handle/10665/177477

56. منظمة الصحة العالمية. (2016). *إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس*. تقرير من الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية. تاريخ الاسترداد 23 05, 2025

57. منظمة الصحة العالمية. (2025). مسار تقدم حوكمة النظم الصحية المختلطة. (الصفحات 01-62). جنيف: منظمة الصحة العالمية، باولو بيتشيني. doi:ISBN 978-92-4-010025-1

58. مهند أحمد حلوش. (2004). *اقتصاديات الصحة* (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار رؤى للنشر والتوزيع.

59. ميلود سفاري. (1995). الأسس المنهجية في توظيف الدراسات السابقة. *مجلة جامعة قسنطينة للعلوم الإنسانية*(عدد خاص)، 38-45.

60. نجود حمري ، و كلثوم البز . (03 03, 2021). اقتصاديات الصحة للدول النامية في ظل متطلبات التنمية المستدامة (حالة بعض الدول العربية والإفريقية). *مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، 17*(01)، 383-400. doi:ISSN 1112-6132

61. نذير بوسهوة، و علي مكيد. (30 06, 2014). دور إدارة المعرفة في تعزيز أداء المؤسسة. *مجلة الدراسات الإقتصادية والمالية، 07*(01)، 146-162.

62. نسيمة عموري، و جمال تراكة. (05, 2021). البعد البيئي للتنمية المستدامة في الجزائر. *مجلة الراصد العلمي، 07*(01)، 170-183. doi:EISSN: 2335-1470

63. نوال عبد الكريم الأشهب. (2015). *إتخاذ القرارات الإدارية أنواعها ومراحلها* (الإصدار الطبعة العربية). عمان، إدارة الأعمال، الأردن: دار أمجد للنشر والتوزيع. doi:ISBN:978-9957-5847-19

64. نور الدين حاروش. (2012). *الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة* (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع. doi:ISBN 978-9957-16-751-6

65. نورة البركنو، و لعلى بوكميش. (14 06, 2018). مدخل (مفاهيمي- معرفي) لإدارة الجودة الشاملة. *الحوار الفكري، 13*(15)، 737-763. تم الاسترداد من https://asjp.cerist.dz/en/article/99803

66. هدى بن محمد. (يناير, 2020). عرض وتحليل البرامج التنموية في الجزائر خلال الفترة 2001-2019. *مجلة كلية السياسة والاقتصاد، 02*(05)، 35-68. doi:https://doi.org/10.21608/jocu.2020.91597

67. هشام فوزي العبادي، و إحسان أموري المؤمن. (2017). التخطيط الإستراتيجي للموسسات الصحية ودوره في تطوير راس المال البشري. *مجلة الغري للعلوم الإقتصادية والإدارية، 14*(02)، 137-158.

68. هيثم كمال عثمان كريشان. (02 08, 2022). أثر صنع قرار الهيئات الإدارية على أداء المرافق الصحية. *المجلة العربية للنشر العلمي، 05*(46)، 549-557. doi:ISSN: 2663-5798

69. وزارة العمل والتشغيل والضمان الإجتماعي. (2025). *موقع وزارة العمل والتشغيل والضمان الإجتماعي*. تاريخ الاسترداد 28 09, 2025، من السياسة الوطنية للضمان الإجتماعي:
https://www.mtess.gov.dz/ar/%d8%a7%d9%84%d8%b3%d9%8a%d8%a7%d8%b3%d8%a9-%d8%a7%d9%84%d9%88%d8%b7%d9%86%d9%8a%d8%a9-%d9%84%d9%84%d8%b6%d9%85%d8%a7%d9%86-/%d8%a7%d9%84%d8%a7%d8%ac%d8%aa%d9%85%d8%a7%d8%b9%d9%8a/2

70. وزارة المالية. (2025). *قوانين المالية التكميلية الجزائر*. تاريخ الاسترداد 28 09, 2025، من وزارة المالية:
https://www.mf.gov.dz/index.php/ar/documentation-ar/textes-officiels-ar/lois-de-finances-complementaires-ar

71. وسيلة زروالي . (15 09, 2021). أهمية الدراسات السابقة في البحث العلمي. *مجلة قبس للدراسات النفسية والإجتماعية، 01*(10)، 58-67. doi:ISSN: 2676-1998

72. درويش ,ت .(03 01, 2021) .الدراسات السابقة وكيفية توظيفها في البحوث الأكاديمية للعلوم الإجتماعية .*مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية* .*16*(04), 329-354 ,

73. طواهر ,ع & .,ميدون ,ع .(24 10 ,2021) .الدراسات السابقة في البحوث العلمية .*مجلة القبس للدراسات النفسية والاجتماعية*1998-2676 :ISSN. doi:104-115 ,(04)13 ,

74. بوحديد ,ل .(01 12 ,2014) .التخطيط الاستراتيجي كمدخل لتحسين أداء الموارد البشرية في المستشفيات العمومية الجزائرية -دراسة حالة .-*المجلة الجزائرية للتنمية الإقتصادية*.150-133 ,(01)01 ,

V-2. قائمة المراجع والمصادر باللغات الأجنبية

75. Bazaluk, O., Sheikh, A., Nurul, M. Z., Rupok , C., Md, Z. I., Nitsenko, V., & Bratus, H. (2025). Determinant on Economic Growth in Developing Country: A Special Case Regarding Turkey and Bangladesh. *Journal of the Knowledge Economy, 16*, 135-159. doi:https://doi.org/10.1007/s13132-024-01989-8

76. Buchbinder, S., & Shanks, N. (2017). *Introduction to Health Care Management* (éd. THIRD EDITION). Maryland,Colorado, United States of America: Jones & Bartlett Learning books. doi:ISBN 9781284081015

77. FAYOL, H. (1917). *ADMINISTRATION INDUSTRIELLE ET GÉNÉRALE* (éd. (3º livraison de 1916)). Paris, France: H. DUNOD ET E, PINAT, ÉDITEURS 17 et 19, quai des Grands-Augustins.

78. Hsiao , W., & Heller, P. (2007). *What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?* (Vol. 07). Harvard University, Fiscal Affairs Department of the, USA: Authorized for distribution by Teresa Ter-Minassian.

79. Iacocca, L. (2016). Economics of Health Care. *Economics and Financial Management for Nurses and Nurse Leaders, Third Edition*, 01-23. doi:DOI: 10.1891/9780826160027.0001

80. Kraus, S., Bouncken, R., & Yela Aránega, A. (2024, 01 30). The burgeoning role of literature review articles in management research: an introduction and outlook. *Review of Managerial Science*, 299-314. Récupéré sur https://doi.org/10.1007/s11846-024-00729-1

81. Kurniawan, R., & Managi, S. (2018, 03 15). Economic Growth and Sustainable Development in Indonesia: An Assessment. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 01-32. doi:https://doi.org/10.1080/00074918.2018.1450962

82. Laporte, A. (2015, 01 08). SHOULD THE GROSSMAN MODEL OF INVESTMENT IN HEALTH CAPITAL RETAIN ITS ICONIC STATUS? *Canadian Centre for Health Economics*(04), 01-27.

83. LEISERSON, A. (1942). *ADMINISTRATIVE REGULATION* (Vol. 13). CHICAGO, SCHOOL OF PUBLIC AND INTERNATIONAL AFFAIRS PRINCETON UNIVERSITY, USA: THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS CHICAGO ILLINOIS.

84. Light , D. (2021). *The Three Moral Hazards of Health Insurance*. (SOCIAL SCIENCE) Consulté le 06 08, 2025, sur Institute for Advanced Study: https://www.ias.edu/ideas/three-moral-hazards-health-insurance

85. Ming To, W., T. W. Yu, B., & K. C. Lee, P. (2018, 11 23). How Quality Management System Components Lead to Improvement in Service Organizations: A System Practitioner Perspective. *administrative sciences, 73*(08), 01-14. doi:10.3390/admsci8040073

86. MINTZBERG, H. (1980, 03). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science, 26*(03), 322-341. Récupéré sur http://links.jstor.org/sici?sici=0025-1909%28198003%2926%3A3%3C322%3ASI5ASO%3E2.0.CO%3B2-%23

87. Moore, M., Anthony, C., Lim, Y.-W., Jones, S., Overton, A., & Yoong, J. (2025, 06 06). Health Care Financing: Overview and Lessons. *RAND Corporation*, 43-65. Récupéré sur https://www.jstor.org/stable/10.7249/j.ctt6wq8bz.12

88. MUNIER, N. (2006). ECONOMIC GROWTH AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT: COULD MULTICRITERIA ANALYSIS BE USED TO SOLVE THIS DICHOTOMY? *Environment, Development and Sustainability, 08*, 425-443. doi: 10.1007/s10668-005-8505-6

89. Nadler-Moodie, M. (2012). Strategic Planning: Part I—APNA's Inclusionary Process. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 18*(02), 127-128. doi:10.1177/1078390312442959

90. Pereira, N., & Fernandes, C. (2025, 06 05). Knowledge Management in Health Organizations: A Systematic Literature Review. *Journal of the Knowledge Economy*, 01-73. doi:https://doi.org/10.1007/s13132-025-02760-3

91. Pitacco, E. (2005). *Health Insurance Basic Actuarial Models.* Trieste, University of Trieste, Italy: Library of Congress Control. doi:10.1007/978-3-319-12235-9

92. Sanghro, M. (2025). Conducting a Systematic Literature Review in Economics. MASEconomics. Consulté le 03 05, 2025, sur https://maseconomics.com/conducting-a-systematic-literature-review-in-economics/

93. Scott II, R., Solomon, S., & McGowan, Jr, J. (2001, 04). Applying Economic Principles to Health Care. *Emerging Infectious Diseases, 07*(02), 282-285.

94. Stone, D. (1993). The Struggle for the Soul of HealthInsurance. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 18*(02), 288-317.

95. Uzuegbu, C., & Nnadozie, C. (2015, 06 09). Henry Fayol's 14 Principles of Management: Implications for Libraries and Information Centres. *Journal of Information Science Theory and Practice, 02*(03), 58-72. doi:http://dx.doi.org/10.1633/JISTaP.2015.3.2.5

96. Venkatanarayana, M., & Amir Ullah, K. (2018, 02 15). Macro Economy and Health in India. *Munich Personal RePEc Archive*, 01-23. Récupéré sur https://mpra.ub.uni-muenchen.de/84512/

97. Wordsworth, S., Buchanan, J., & Towse, A. (2016). *Health Economic Perspectives of Genomics* (Vol. CHAPTER 5). London, Health Economics Research Centre, Nuffield Department of Population Health: Genomics and Societ Elsevier Inc. doi:http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-420195-8.00005-7

98. World Bank Group. (2024, 04 23). *School enrollment, primary (% gross) - Algeria*. Consulté le 07 15, 2025, sur Data: https://data.worldbank.org/indicator/SE.PRM.ENRR?locations=DZ

99. World Bank Group. (2025, 03 25). *Alternative and nuclear energy (% of total energy use) - Algeria*. Consulté le 07 15, 2025, sur Data: https://data.worldbank.org/indicator/EG.USE.COMM.CL.ZS?locations=DZ

100. Abdeen , M. O. (2007, 05 30). Energy, environment and sustainable development. *Renewable and Sustainable Energy Reviews, 12*, 2265-2300. doi:https://doi.org/10.1016/j.rser.2007.05.001

101. Achinivu , G., Okwu E, H., Wey A, A., Akpan , E., & Fasan , O. (2017, 10 18). Application of the Henri Fayol Principles of Management in Startup Organizations. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM), 19*(10), 78-85. doi:10.9790/487X-1910047885

102. ALAYOUBI, M., AREKAT, Z., Al SHOBAKI, M., & ABU-NASER, S. (2021, 10 14). The Effect of Administrative Control on Improving the Quality of Health Services: An Empirical Study on Al Awda Hospital. *GENERAL MANAGEMENT, 22*(184), 217-231. doi:10.47750/QAS/22.184.28

103. Ali Ahmady, G., Mehrpour, M., & Nikooravesh, A. (2016). Organizational Structure. *3rd International Conference on New Challenges in Management and Organization: Organization and Leadership. 230*, pp. 455-462. Dubai: Procedia - Social and Behavioral Sciences. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.09.057

104. American National Standards Institute. (2025). *ANSI MissionANSI Affiliates & History*. Consulté le 09 2025, 2025, sur American National Standards Institute: https://www.ansi.org/about/introduction

105. American Society for Quality. (2025). *About ASQ*. Consulté le 09 20, 2025, sur American Society for Quality: https://asq.org/about-asq

106. Andrew S, D., & Richard , T. (2014, 06 12). How to Write a Literature Review. *Journal of Criminal Justice Education, 24*(02), 218-234. doi:10.1080/10511253.2012.730617

107. ANGERS, M. (1996). *INITIATION PRATIQUE A LA METHODOLOGIE DES SCIENCES HUMANES.* alger, loi said hamdine, algérie: CAEBAH Université.

108. ANGUS , D. (2013). *THE GREAT ESCAPE Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Oxfordshire, United Kingdom: Princeton University Press Princeton and Oxford. doi:ISBN 978-0-691-16562-2

109. anthony j, c., & oseph p, n. (2000). *handbook of health economics* (éd. First edition, Vol. 01A). Netherlands, Harvard University Medical School: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. doi:ISBN: 0-444-50470-2 (vol. 1A)

110. ARROW, K. (1963, 12). UNCERTAINTY AND THE WELFARE ECONOMICS OF MEDICAL CARE. *H1EAMERICAN ECONOMIC REVIEW, 53*(05), 941-973.

111. ASQ. (2025). *Learn About Quality ISO 9001*. Consulté le 09 24, 2025, sur American Society for Quality(ASQ): https://asq.org/quality-resources/iso-9001?srsltid=AfmBOoozxmD08E9ODqm_T-z3pKnWwQNoBpARt_wRUIeuLUBSE1Fshco3

112. Bank Of Algeria. (2022). *Statistiques de la Dette extérieure*. Consulté le 07 14, 2025, sur Statistiques: https://www.bank-of-algeria.dz/statistiques/statistique-de-la-dette-exterieure/

113. Barro, R. (2003). Determinants of Economic Growth in a Panel of Countries. *ANNALS OF ECONOMICS AND FINANCE, 4*, 231-274.

114. Berman, P. (1995, 01 24). Health sector reform: making health development sustainable. *Health Policy, 32*, 13-28.

115. Bert van, W., & David, B. (2015, 07 10). How to Write a Literature Review. *Transport Reviews*, 01-11. doi:10.1080/01441647.2015.1065456

116. Bhuda, A. N., & Harmse, C. (2025, 06 05). Motivation Levels of Administrative Employees at a Selected Government Department. *African Journal of Inter/Multidisciplinary Studies, 07*(02), 01-12. doi:https://doi.org/10.51415/ajims.v7i1.1556

117. Bimrose, J., & Wilden, S. (1994). Supervision in careers guidance: empowerment or control? *British Journal of Guidance and Counselling, 22*(03), 373-383. doi:10.1080/03069889408253682

118. Blomqvist, A. (2015). Health Economics. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 10*(2nd edition), 614-619. doi:http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.71050-6

119. Bloom, D., Kuhn, M., & Prettner, K. (2018, 11). Health and Economic Growth. *Institute of Labor Economics*(11939), 01-28. Récupéré sur www.iza.org

120. Boland, T., & Silbergh, D. (1996). Managing for quality: the impact of quality management initiatives on administrative structure and resource management processes in public-sector organizations. *International Review of Administrative Sciences, 62*, 351-367. Récupéré sur ras.sagepub.com

121. Carrión, T., Vicente, P., González, G., & Soledad, C. (17-20/04/2018). Methodology for Systematic Literature Review applied to Engineering and Education. *Global Engineering Education Conference (EDUCON) IEEE*, (pp. 1364-1373). Santa Cruz de Tenerife, Canary Islands, Spain. doi:978-1-5386-2957-4/18

122. CFI Team. (2025). *Marginal Social Benefit*. Consulté le 07 02, 2025, sur corporate finance institute: https://corporatefinanceinstitute.com/resources/economics/marginal-social-benefit/

123. CFI Team. (2025). *Marginal Social Cost*. Consulté le 07 02, 2025, sur corporate finance institute: https://corporatefinanceinstitute.com/resources/economics/marginal-social-cost-msc/

124. Chhotray , V., & Stoker, G. (2009). Governance: From Theory to Practice. Dans *Governance Theory and Practice* (pp. 214-247). London, London: Palgrave Macmillan. doi:https://doi.org/10.1057/9780230583344_10

125. ComplianceHelp. (2025, 07 04). *Learn the Purpose of Quality Management in Healthcare*. Consulté le 09 23, 2025, sur ComplianceHelp iso consulting: https://www.quality-assurance.com/blog/learn-the-purpose-of-quality-management-in-healthcare.html

126. Cooper, C., Booth, A., Campbell, J., Britten, N., & Garside, R. (2018). Defining the process to literature searching in systematic reviews: a literature review of guidance and supporting studies. *BMC Medical Research Methodology*, 01-14. Récupéré sur https://doi.org/10.1186/s12874-018-0545-3

127. Creighton, S. (2022, 10 10). *Kaoru Ishikawa: The man who invented the fishbone diagram*. Consulté le 09 20, 2025, sur Life QI: https://blog.lifeqisystem.com/kaoru-ishikawa

128. CURRIE, J., & MADRIAN, B. (1999). *HEALTH, HEALTH INSURANCE AND THE LABOR MARKET* (Vol. 03). Chicago, University of Chicago (Madrian) , USA: Elsevier Science B.V.

129. CUTLER, D., & ZECKHAUSER, R. (2000). *THE ANATOMY OF HEALTH INSURANCE* (éd. Chapter11, Vol. 01). HarvardUniversityandNationalBureau ofEconomic Research: ElsevierScience B. V.

130. Denise S , C., & Daniel , B.-M. (2020). Health Services and Service Restructuring. *International Encyclopedia of Human Geography, 06*(02), 335-345. doi:doi.org/10.1016/B978-0-08-102295-5.10390-7

131. Donabedian , H. (2025). *Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet*. doi:ISSN: 2044-5423

132. Drucker, P., & Maciariello, J. (1999). *Management* (éd. Revised Edition). California, Claremont Graduate University, USA: HarperCollins e-books. doi:ISBN 978-0-06-168687-0

133. DUIT, A., & GALAZ, V. (2008, 07). Governance and Complexity—Emerging Issues for Governance Theory. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions, 21*(03), 311-335. doi:ISSN 0952-1895

134. Dunton, R. (2021). Discussion Section for Research Papers. *San José State University Writing Center*, 01-05. Récupéré sur www.sjsu.edu/writingcenter

135. Ebiegberi, D. A. (2022, 06). An Introduction to Management Concepts. *International Journal of Academic Management Science Research, 06*(06), 01-16. doi:ISSN: 2643-900X

136. encyclopedia. (2025, 09 17). *European Commission*. Consulté le 09 22, 2025, sur Wikipedia, the free encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/European_Commission

137. encyclopedia. (2025, 08 22). *National Academy of Medicine*. Consulté le 09 22, 2025, sur the free encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/National_Academy_of_Medicine

138. Farris, G. (1973). *Leadership and Supervision in the Informal Organization.* MASSACHUSETTS, Massachusetts Institute of Technology, USA: WORKING PAPER ALFRED P. SLOAN SCHOOL OF MANAGEMENT.

139. FERGUÈNE , A., & BAGHDADI , I. (2023, 07 10). ECONOMIC GROWTH AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT: RECONCILING ECONOMY AND ECOLOGY IN THE DEVELOPING COUNTRIES. *TADAMSA D- UNEGMU, 03*(02), 05-28. doi:ISSN : 2773 – 3289

140. Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2017). *The Economics of Health and Health Care* (éd. 8th Edition). New York: Taylor & Francis Group. Routledge. Récupéré sur www.routledge.com/cw/folland

141. Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2013). *The Economics of Health and Health Care* (éd. S e v e n t h E d i t i o n). New Jersey, Oakland University, Wayne State University, USA: PEARSON. doi:ISBN-13: 978-0-13-277369-0

142. GHANBARI, M. K., GORJI, A. H., BEHZADIFAR, M., SHOGHLI, A., & MARTINI, M. (2021, 09 24). Strategic planning, components and evolution in zoonotic diseases frameworks: one health approach and public health ethics. *History of Medicine and Ethics*, 981-987. doi:https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.4.2323

143. Gilligan, C., & Wilson, R. (2009). *Strategic Marketing Planning* (éd. Second edition). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann is an imprint of Elsevier. doi:ISBN: 978-1-85617-617-0

144. GINTER, P., DUNCAN, W., & SWAYNE, L. (2013). CHAPTER 1 THE NATURE OF STRATEGIC MANAGEMENT. Dans P. M. GINTER, W. J. DUNCAN, & L. SWAYNE, *STRATEGIC MANAGEMENT OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS* (éd. SEVENTH EDITION, p. 30). San Francisco, USA: Jossey-Bass imprint. doi:ISBN 978-1-118-46646-9

145. Goranov, Z. (2024, 10). THE ROLE OF MOTIVATION FOR WORK IN THE ADMINISTRATION IN REPUBLIC OF BULGARIA. *International Journal of Economics, Commerce and Management, 12*(10), 99-122. doi:ISSN 2348 0386

146. Hannah, S. (2019, 07 29). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research, 104*, 333-339. doi:https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039

147. healthcare management degree. (2025, 08 15). *What is Healthcare Management?* Consulté le 08 29, 2025, sur Frequently Asked Questions about Healthcare Management Degrees and Careers: https://www.healthcare-management-degree.net/faq/what-is-healthcare-management/

148. Holmes, A., Acker, L., & Boettcher, M. (2021). Supervision, leadership, and management: Distinct, yet complementary. *New Directions for Student Services*, 19-30. doi:https://doi.org/10.1002/ss.20393

149. Howell, D., Hamilton, W., & Jordan, M. (2025). *The Fundamentals of Healthcare Administration -Navigating Challenges and Coordinating Care-*. Dahlonega, Georgia: University System of Georgia. doi:ISBN: 978-1-940771-88-5

150. IFC. (2025). *Who We Are*. Consulté le 09 19, 2025, sur https://www.ifc.org/en/about

151. *Improving healthcare quality in Europe.* (2019). UN City, European: European Observatory on Health Systems and Policies.

152. Indunil, K., Sau, B., Asoka, J., Kapila, D., P Gunasena, T Hapuarachchi, . . . S Gunathilake. (2024, 08). Critical Approaches to Writing Literature Reviews: Guidelines for Success. *UVA CLINICAL RESEARCH / RESEARCH METHADOLOGY / LITERATURE REVIEW*, 01-06. Récupéré sur https://www.researchgate.net/publication/383148823

153. International Monetary Fund. (2025, 04). *THE IMF AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS*. Consulté le 07 12, 2025, sur https://www.imf.org/en/About/Factsheets/Sheets/2023/IMF-Sustainable-development-goals-SDGs

154. ISO. (2025). *About ISO*. Consulté le 09 24, 2025, sur ISO: the International Organization for Standardization: https://www-iso-org.translate.goog/about?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=ar&_x_tr_hl=ar&_x_tr_pto=tc

155. Jafari, F., Hajinabi, K., Jahangiri, K., & Riahi, L. (2018, 12 31). An Analysis of Good Governance in the Health System. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences, 07*(02), 01-08. doi:10.5812/jcrps.88233

156. Jennifer, R., & Frances, S. (2015, 05 02). Conducting a Literature Review. *Management Research News, 27*(06), 31-39. Récupéré sur http://dx.doi.org/10.1108/01409170410784185

157. johns hopkins university. (2025). *What is Health Economics*. Consulté le 05 24, 2025, sur johns hopkins bloomberg school of public health: https://publichealth.jhu.edu/academics/academic-program-finder/masters-degrees/master-of-health-science-in-global-health-economics/what-is-health-economics

158. Katsamunska, P. (2016). The Concept of Governance and Public Governance Theories. *Economic Alternatives, 02*, 133-141.

159. KAUL, K. (2020). Administrative Theories: Comparison between Classical and Scientific Management Theory. *International Journal of Law Management & Humanities, 03*(03), 1498-1509. doi:ISSN 2581-5369

160. Kenneth J, A. (1963, 12). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review, 53*(05), 941-973. Récupéré sur http://www.jstor.org/stable/1812044

161. Kenton, W. (2025, 09 06). *What Is Technocracy? Definition, How It Works, and Critiques*. Consulté le 09 18, 2025, sur Investopedia: https://www.investopedia.com/terms/t/technocracy.asp

162. Ligia , d., Jackson, S., Shiell, A., & Rice, M. (2007). *Guide to Economic Evaluation in Health Promotion.* Washington: PAHO HQ Library Cataloguing-in-Publication. doi:ISBN 978 92 7 512832 9

163. Luwaji , L., & Godwin Ikhide, I. (2024, 05 04). Literature Review in Scientific Research: An Overview. *East African Journal of Education Studies, 07*(02), 211-2018. doi:https://doi.org/10.37284/eajes.7.2.1909

164. M R Palani, P., Abdulrahman Ahmed, Y., Qader Yaqub, K., Salih, A., & Ali Mohammed, B. (2025, 03 05). Rethinking Economic Growth: Integrating Environmental Constraints into Growth Theories. *International Journal of Scientific Research and Modern Technology (IJSRMT), 04*(02), 49-55. doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.14959442

165. Majeed, A. R., Yamani, F. H., AlSharif, H. M., Sindi, S. S., Aljohani, R. Y., Kalkatawi, M. H., . . . Noori, A. A. (2024). The Impact of Health Administration on Healthcare Quality: A Systematic Review of

Effective Management Practices. *Journal of Ecohumanism, 03*(07), 2909-2917. doi:https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4687

166. Mathauer, I., Torres, L., Kutzin, J., Jakab, M., & Hanson, K. (2019, 11 29). Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform. *Policy & practice Bull World Health Organ*(98), 132-139. doi:http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.234153

167. Mintzberg, H. (1994, 01-02). *The Fall and Rise of Strategic Planning*. Consulté le 08 18, 2025, sur Harvard Business Review: https://hbr.org/1994/01/the-fall-and-rise-of-strategic-planning?utm_source=chatgpt.com

168. Mitlin, D. (2012, 04). Sustainable development: a Guide to the Literature. *Environment and Urbanization, 04*(01), 111-124.

169. N. Hess, P. (2016). *Economic Growth and Sustainable Development* (éd. Second edition). New York, USA: Routledge. doi:ISBN 9781138853928

170. Nicholson, D., Yates, R., Warburton, W., & Fontana, G. (2015). *DELIVERING UNIVERSAL HEALTH COVERAGE A GUIDE FOR POLICYMAKERS.* QATAR: Qatar Foundation, World Innovation Summit for Health.

171. OECD. (2025). *Governance*. Consulté le 09 18, 2025, sur Organisation for Economic Co-operation and Development: https://www.oecd.org/en/topics/governance.html

172. OECD. (2025). *Sustainable Development Goals (SDGs)*. Consulté le 07 12, 2025, sur https://www.oecd.org/en/topics/sustainable-development-goals-sdgs.html

173. Organization Pan American Health, WHO. (2013). *Health, Environment and Sustainable Development: Towards the Future We Want.* Washington: PAHO HQ Library Cataloguing-in-Publication Data. doi:ISBN 978-92-75-11761-3

174. Oxford Advanced American Dictionary. (2025). *Oxford Advanced American Dictionary*. Consulté le 09 20, 2025, sur Oxford University Press: https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/

175. Parasuraman, A., A. Zeithaml, V., & L Berry, L. (1988). SERVQUAL A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Spring, 64*(01), 12-40. Récupéré sur https://www.researchgate.net/publication/200827786_SERVQUAL_A_Multiple-item_Scale_for_Measuring_Consumer_Perceptions_of_Service_Quality

176. Patrícia , H. L., & Antonio , C. M. (2022, 11 04). The evolution of the environmental Kuznets curve hypothesis assessment: A literature review under a critical analysis perspective. *Heliyon, 08*(11521), 01-18. doi:https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11521

177. Penka D, G., & Mariana , A. (2011, 03 30). Public health: the science of promoting health. *Public Health*, 205-206. doi: 10.1007/s10389-011-0412-8

178. Puyt, R., Birger Lie , F., & Wilderom , C. (2023, 02 22). The origins of SWOT analysis. *Long Range Planning, 56*, 01-24. doi:https://doi.org/10.1016/j.lrp.2023.102304

179. Puyt, R., Birger Lie, F., & Madsen, D. (2024, 04 20). From SOFT approach to SWOT analysis, a historical reconstruction. *Journal of Management History*, 01-42. doi:10.1108/JMH-05-2023-0047

180. Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017, 03 03). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health Policy and Planning*(32), 710-722. doi:10.1093/heapol/czx007

181. Rahmi, A., Neviyarni, & Riska, A. (2024, 07 01). Urgency of management and supervision guidance and counseling in an effort to create responsive and quality services. *Indonesian Journal of Counseling and Development, 06*(01), 01-09. doi:https://doi.org/10.32939/ijcd.v6i1.2752 ISSN Print 2685-7375

182. REMILA, C. (2000, 06 26). *Henri FAYOL "ADMINISTRATION INDUSTRIELLE ET GÉNÉRALE"*. Consulté le 08 08, 2025, sur LES FICHES DE LECTURE de la Chaire D.S.O. Cours d'organisation et systèmes d'information C1: https://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/fayolhtml__1263311218529.html

183. Reserve Bank of Australia. (2025). *Economic Growth*. Consulté le 07 19, 2025, sur Education: https://www.rba.gov.au/education/resources/explainers/economic-growth.html

184. Rothschild, M., & Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics, 90*, 629-650.

185. RUMELT, R. (2011). *GOOD STRATEGY/BAD STRATEGY THE DIFFERENCE AND WHY IT MATTERS*. London: PROFILE BOOKS LTD 3A Exmouth House Pine Street. doi:ISBN 978 1 84668 480 7

186. Scialom, L., & Amar, C. (2022, 04 06). *L'économiste recherche-t-il une aiguille dans un botte de foin ? L'apport d'Herbert Simon*. Consulté le 09 06, 2025, sur Radio France: https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-pourquoi-du-comment-economie-et-social/le-pourquoi-du-comment-economie-social-du-mercredi-06-avril-2022-4909119

187. Solow, R. (1956, 02). A Contribution to the Theory of Economic Growth. *The Quarterly Journal of Economics, 70*(01), 65-94. Récupéré sur http://www.jstor.org/stable/1884513

188. Stoker, G. (1998). Governance as theory: five propositions. *UNESCO*, 17-28.

189. Sun, Z., Liu, L., Pan, R., Wang, Y., & Zhang, B. (2025, 01 22). Tourism and economic growth: The role of institutional quality. *International Review of Economics and Finance, 98*(103913), 01-13. doi:https://doi.org/10.1016/j.iref.2025.103913

190. Sustainable Development Solutions Network. (2014). *Health is Central to Sustainable Development.* JSTOR . Consulté le 07 2025, 28, sur http://www.jstor.com/stable/resrep15878.5

191. SWEDBERC, R. (1998). Max Weber's Vision of Economic Sociology. *Journal of Socio-Economics, 27*(04), 535-555. doi:ISSN: 1053-5357

192. Syed , S. (2024, 08 13). *What is Public Health, and Why is it Important?* Consulté le 05 22, 2025, sur news-medical: https://www.news-medical.net/health/What-is-Public-Health-and-Why-is-it-Important.aspx

193. Terrell, E. (2024, 07 29). *Frederick Winslow Taylor and the Birth of Scientific Management*. doi:ISSN 2691-3690

194. The Deming Institute. (2025). *Dr. W. Edwards Deming*. Consulté le 09 19, 2025, sur Deming The Man: https://deming.org/deming-the-man/

195. the free encyclopedia. (2025, 03 14). *Charles-Edward Amory Winslow*. Consulté le 05 22, 2025, sur Wikipedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Charles-Edward_Amory_Winslow

196. the free encyclopedia. (2025, 03 03). *Preston curve*. Consulté le 06 06, 2025, sur Wikipedia : https://en.wikipedia.org/wiki/Preston_curve

197. THE INVESTOPEDIA TEAM. (2025, 04 23). *Economic Growth: What It Is and How It Is Measured*. Consulté le 07 19, 2025, sur THE INVESTOPEDIA: https://www.investopedia.com/terms/e/economicgrowth.asp

198. the United Nations. (2012, 06 13). *United Nations Conference on Sustainable Development, 20-22 June 2012, Rio de Janeiro*. Consulté le 07 12, 2025, sur Conferences | Environment and sustainable development: https://www.un.org/en/conferences/environment/rio2012

199. The United Nations. (2025). *sustainable development goals*. Consulté le 07 11, 2025, sur 17 Goals to Transform Our World: https://www.un.org/sustainabledevelopment/

200. TORRACO, R. (2005, 09). Writing IntegrativeLiterature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review*, 356-367. doi: 10.1177/1534484305278283

201. Tošić, B., Ruso, J., & Filipović, J. (2018). QUALITY MANAGEMENT IN HEALTHCARE: CONCEPTS, PRINCIPLES AND STANDARDS. *3rd International Conference on Quality of Life* (pp. 201-207). Kragujevac: Center for Quality, Faculty of Engineering, University of Kragujevac.

202. Touta , N., & Meziane , T. (2022, 05 16). The Algerian health system and its indicators: Reforms at the crossroads and their Challenges during the post-Corona covid19 pandemic period. *17*(01), 812-834. Récupéré sur https://asjp.cerist.dz/en/article/188888

203. Townsend, P., & Davidson, N. (1983, 04). Inequalities in Health: the Black Report. (M. Blaxter, Éd.) *Journal of Social Policy*, *12*(02), 284-285. doi:10.1017/S0047279400012812

204. Tulane University. (2021, 10 21). *Celia Scott Weatherhead School of Public Health and Tropical Medicine*. Consulté le 09 07, 2025, sur The Role of a Healthcare Manager: https://publichealth.tulane.edu/blog/healthcare-manager/

205. Tulchinsky, T., & Varavikova, E. (2014). Planning and Managing Health Systems. Dans *The New Public Health* (éd. Third Edition, pp. 613-641). Academic Press. doi:http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00012-4

206. UAB. (2025). *UAB Team*. Consulté le 09 18, 2025, sur https://uabonline.org/

207. UNDP. (2025). *The Sustainable Development Goals (SDGs)*. Consulté le 07 13, 2025, sur SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS: https://www.undp.org/arab-states/sustainable-development-goals

208. UNESCO,World Bank Group. (2024, 04 23). *School enrollment, primary*. Consulté le 07 15, 2025, sur Details: https://data.worldbank.org/indicator/SE.PRM.ENRR

209. United Nations. (2025). *International Universal Health Coverage Day, 12 December*. Consulté le 07 31, 2025, sur https://www.un.org/en/observances/universal-health-coverage-day

210. United Nations Development Programme. (2025). *THE SDGS IN ACTION*. Consulté le 07 13, 2025, sur What are the Sustainable Development Goals?: https://www.undp.org/arab-states/sustainable-development-goals

211. United Nations Environment Programme. (2025). *Why does green economy matter?* Consulté le 07 27, 2025, sur Green economy: https://www.unep.org/explore-topics/green-economy/why-does-green-economy-matter

212. Valiotis, G., Buttigieg, S., Cicchetti, A., Dang, R., Jamshed, N., Jevtic, M., . . . Margheri, F. (2024, 12 19). Defining Health Management: A Conceptual Foundation for Excellence Through Efficiency, Sustainability and Equity. *The International Journal of Health Planning and Management*, 788-793. doi:https://doi.org/10.1002/hpm.3903

213. Vankar, P. (2025, 04 30). *National Health Service (NHS) UK - Statistics & Facts*. Consulté le 09 19, 2025, sur Statista: https://www.statista.com/topics/3128/national-health-service-nhs-uk/?srsltid=AfmBOool5C36Y6KDIew2wZWUeFjc-DFZTa6r-ig4mXU76iyy2Rux6Ahk

214. VASSALL, A., MANGHAM-JEFFERIES, L., GOMEZ, G., PITT, C., & FOSTER, N. (2016). INCORPORATING DEMAND AND SUPPLY CONSTRAINTS INTO ECONOMIC EVALUATIONS IN LOW-INCOME AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES. *HEALTH ECONOMICS, 25*(01), 95-115. doi:10.1002/hec.3306

215. Victor R, F. (1996, 03). Economics, Values, and Health Care Reform. *The American Economic Review, 86*(01), 01-24.

216. W. Knopf, J. (2006, 01). Doing a Literature Review. *Naval Postgraduate School*, 127-132. Récupéré sur PSOnline www.apsanet.org

217. Walshe, K., & Smith, J. (2006). *Healthcare Management* (éd. First published). England, london: Open University Press. doi:ISBN13: 978 0 335 22119 6 (pb)

218. Wang, H. (2008). Comparative Health Systems. *Yale University School of Public Health*, 799-806.

219. Whittemore, R., & Knafl, K. (2005, 02 16). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546-553.

220. World Bank Group. (2024, 09 24). *Annual Report 2024*. (A. Conor , Éditeur) Consulté le 07 12, 2025, sur PROVIDING SUSTAINABLE DEVELOPMENT SOLUTIONS: https://www.worldbank.org/en/about/annual-report/supporting-clients

221. World Bank Group. (2024). *Carbon dioxide (CO2) emissions from Industrial Combustion (Energy) (Mt CO2e) - Algeria*. Consulté le 07 15, 2025, sur Data: https://data.albankaldawli.org/indicator/EN.GHG.CO2.IC.MT.CE.AR5?locations=DZ

222. World Bank Group. (2024, 08 08). *Governance*. Consulté le 09 18, 2025, sur Overview: https://www.worldbank.org/en/topic/governance/overview

223. World Bank Group. (2025, 03 25). *Fossil fuel energy consumption (% of total) - Algeria*. Récupéré sur Data: https://data.worldbank.org/indicator/EG.USE.COMM.FO.ZS

224. World Bank Group. (2025). *GDP growth (annual %) - Algeria*. Consulté le 07 23, 2025, sur Data: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2024&locations=DZ&start=2000&view=chart

225. World Bank Group. (2025). *GDP per capita*. Consulté le 07 22, 2025, sur Data: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD

226. World Bank Group. (2025, 07 01). *Gross national expenditure (current LCU) - Algeria*. Consulté le 09 28, 2025, sur data: https://data.worldbank.org/indicator/NE.DAB.TOTL.CN?locations=DZ

227. World Bank Group. (2025, 07 10). *Universal health coverage (UHC)*. Consulté le 07 31, 2025, sur https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage

228. World Health Organization. (2007). *STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES WHO'S FRAMEWORK FOR ACT ION*. WHO Document Production Services. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. doi:ISBN 978 92 4 159607 7

229. World Health Organization. (2010). *HEALTH SYSTEMS FINANCING The path to universal coverage*. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. doi:ISBN 978 92 4 068480 5

230. World Health Organization. (2017, 08 03). *Sustainable Development Goals*. Consulté le 07 11, 2025, sur Questions and answers: https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/sustainable-development-goals

231. World Health Organization. (2024, 01 08). *Data*. Consulté le 09 27, 2025, sur UHC Service Coverage Index: https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD?m49=012

232. World Health Organization. (2024, 08 12). *Health data overview for the People's Democratic Republic of Algeria*. Récupéré sur Data: https://data.who.int/countries/012

233. World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024 Monitoring health for the SDGs,Sustainable Development Goals.* Switzerland: World Health Organization. doi:ISBN 978-92-4-009470-3

234. World Health Organization. (2025). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. Consulté le 05 23, 2025, sur World Health Organization: https://www.who.int/about/governance/constitution

235. World Health Organization. (2025). *Financial hardship: population with household expenditures on health greater than 25% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2) (%, national, rural, urban)*. Consulté le 07 31, 2025, sur THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-with-household-expenditures-on-health-greater-than-25-of-total-household-expenditure-or-income-(-sdg-indicator-3-8-2)-(-)

236. World Health Organization. (2025). *SDG 3.8.2 Catastrophic health spending (and related indicators)*. Consulté le 07 31, 2025, sur THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection

237. World Health Organization. (2025). *SDG Target 3.8 | Achieve universal health coverage (UHC)*. Consulté le 07 31, 2025, sur THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage

238. World Health Organization. (2025). *UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)*. Consulté le 07 31, 2025, sur THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage

239. World Health Organization. (2025, 03 25). *Universal health coverage (UHC)*. Consulté le 07 31, 2025, sur https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

VI. قائمة الملاحق

الملحق رقم: 01 استـبيان حول جودة التغطية الصحية الشاملة في الجزائر

نسعى من خلال هذا الاستبيان إلى تقييم مدى التقدم المحرز في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر من وجهة نظر الطاقم الطبي والشبه طبي. ستساهم إجاباتكم في فهم التحديات والفرص المتاحة لضمان تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر، وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العامة والخاصة.

شكرا مسبقا لتعاونكم.

❖ **المحور الأول: المعلومات الشخصية** *(يرجى وضع العلامة ✖ على الاقتراح المناسب).*

• الجنس	• العمر	• المهنة	• قطاع العمل	• مكان العمل	• الخبرة
☐ ذكر	☐ أقل من 25 سنة	☐ طبيب: *(جميع الرتب والتخصصات)*	☐ القطاع العام	☐ المدن	☐ أقل من 10سنوات
☐ أنثى	☐ 25–35 (سنة)		☐ القطاع الخاص	☐ المناطق الداخلية *(الريفية، الحدودية)*	☐ 5–10 (سنة)
	☐ 35–44 (سنة)	☐ ممرض: *(جميع الرتب والتخصصات)*	☐ مختلط *(القطاعين معا)*		☐ 11–15 (سنة)
	☐ 45–54 (سنة)				☐ أكثر من 15 سنة
	☐ أكثر من 55 سنة	☐ بيولوجي في الصحة			
		☐ أخصائي نفساني			
		☐ إداري في الصحة			

❖ **المحور الثاني: التغطية الصحية الشاملة والتنمية الصحية المستدامة في الجزائر** *(يرجى وضع العلامة ✖ على المقترحات المناسبة).*

"حسب منظمة الصحة العالمية يشير مفهوم التغطية الصحية الشاملة إلى ضرورة حصول الجميع في أي مكان كانوا على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون ان تتسبب لهم بضائقة مالية."

- هل تعتقد أن الجزائر تسعى لتحقيق التغطية الصحية الشاملة؟

☐ نعم ☐ غير متأكد ☐ لا

- ما هي أبرز العوائق التي تحول دون تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر؟

☐ ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية ☐ نقص الوعي الصحي ☐ عدم توفر الخدمات في المناطق النائية ☐ الفساد الإداري

رأيي آخر: .....

- ما هي أهم الإجراءات التي تساعد في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر؟

☐ زيادة التمويل الصحي ☐ تحسين إدارة الخدمات الصحية ☐ تدريب الأطقم الطبية ☐ تعزيز الوعي الصحي

رأيي آخر: .....

- أهم أبرز الإنجازات التي تم تحقيقها في مجال التنمية الصحية المستدامة في الجزائر

☐ زيادة المنشآت الصحية العمومية والجوارية ☐ تشجيع القطاع الخاص ☐ تحسين صحة الأم والطفل ☐ تقليل الأمراض المعدية وتوفير اللقاحات

رأيي آخر: .....

- يعتبر جهاز الضمان الاجتماعي من أهم صور الحماية الاجتماعية في الجزائر ومن أهم مميزاته

☐ يضم مختلف شرائح المجتمع ☐ يستفيد المشترك من تأمين صحي شامل ☐ السرعة في العمليات الإدارية والتعويضات المالية ☐ التأمين ضد الأمراض المستعصية وتسهيل العلاج خارج الوطن

رأيي آخر: .....

❖ **المحور الثالث: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة بمؤسسة العمل من وجهة مقدمي الخدمة (الأطقم الطبية والإدارية)**

(يرجى وضع العلامة ✖ على الاقتراح المناسب).

الرقم	العبـــــــــارة	درجة الموافقـة				
	❖ بعد الملمـوسية	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
01	يعد موقع المؤسسة استراتيجي وملائم ويسهل الوصول إليه بسرعة					
02	تتوفر المؤسسة على غرف نظيفة ومريحة وعدد كاف من الأسرة					
03	تتوفر المؤسسة على الأدوية والأجهزة الطبية الكافية					
04	الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى حسنة ومتنوعة					
05	توفر قاعات انتظار كافية بكل مصالح المؤسسة الاستشفائية					
	❖ بعد الاعتمادية	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
06	تقدم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة وبشكل دقيق					
07	توفر التخصصات المختلفة بالمؤسسة					
08	الخدمات الإدارية للمؤسسة مقبولة وسريعة					
09	يوجد تنسيق متبادل ومتواصل بين الطاقم الطبي والإداري					
10	الاحتفاظ بالسجلات والمعلومات الصحية الدقيقة للمرضى					
	❖ بعد الإستجـابة	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
11	السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة					
12	الاستعداد الدائم للتعاون مع المريض					
13	اعلام المريض عن ميعاد تقديم الخدمة الصحية مسبقا					
14	الاستجابة الفورية لشكاوى المريض					
15	الجاهزية للتكفل بالمريض					
	❖ بعد الأمـــان	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
16	تحسيس المريض بالأمان والراحة خلال تقديم الخدمة					
17	الاستمرارية في متابعة حالة المريض					
18	تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى					
19	اللباقة وحسن المعاملة في تقديم الخدمة للمرضى					
	❖ بعد التعاطـف	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
20	تفهم احتياجات المريض وحالته النفسية عند قدومه للمؤسسة					
21	تخصيص الوقت الكافي لعلاج كل حالة بالمؤسسة					
22	التحلي بالروح المرحة والصداقة في تقديم الخدمة خصوصا الأطفال					
23	العناية الشخصية بالمريض خصوصا ذوي الاحتياجات الخاصة					

"نهاية الاستبيان نشكركم على إبداء وجهات نظركم وصبركم."

الملحق رقم: 02 الإحصاءات الوصفية لمؤشر التغطية الصحية الشاملة

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
التغطية الصحية الشاملة	144	1,36	2,00	1,7203	,12950
Valid N (listwise)	144				

الملحق رقم: 03 اختبار التوزيع الطبيعي لمؤشر التغطية الصحية الشاملة

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التغطية الصحية الشاملة	,181	144	<,001	,943	144	<,001

a. Lilliefors Significance Correction

الملحق رقم: 04 الدلالة الإحصائية بين مؤشر الجنس والتغطية الصحية الشاملة

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
التغطية الصحية الشاملة	ذكر	43	79,12	3402,00
	أنثى	101	69,68	7038,00
	Total	144		

Test Statistics[a]

	التغطية الصحية الشاملة
Mann-Whitney U	1887,000
Wilcoxon W	7038,000
Z	-1,272
Asymp. Sig. (2-tailed)	,203

a. Grouping Variable: الجنس

الملحق رقم: 05 الدلالة الإحصائية بين مؤشر المهنة والتغطية الصحية الشاملة

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of التغطيه الصحيه الشامله is the same across categories of المهنه.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,971	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	144
Test Statistic	,521[a,b]
Degree Of Freedom	4
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,971

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

الملحق رقم: 06 الدلالة الإحصائية بين مؤشر مكان العمل والتغطية الصحية الشاملة

Ranks

	مكان_العمل	N	Mean Rank	Sum of Ranks
التغطيه الصحيه الشامله	المدن	109	69,38	7562,00
	المناطق الداخليه الريفيه والحدوديه	35	82,23	2878,00
	Total	144		

Test Statistics[a]

	التغطيه الصحيه الشامله
Mann-Whitney U	1567,000
Wilcoxon W	7562,000
Z	-1,625
Asymp. Sig. (2-tailed)	,104

a. Grouping Variable: مكان_العمل

الملحق رقم: 07الدلالة الإحصائية بين مؤشر الخبرة والتغطية الصحية الشاملة

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of التغطيه الصحيه الشامله is the same across categories of الخبره.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,665	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	144
Test Statistic	1,574[a,b]
Degree Of Freedom	3
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,665

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

الملحق رقم: 08 الدلالة الإحصائية بين مؤشر قطاع العمل والتغطية الصحية الشاملة

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of التغطيه الصحيه الشامله is the same across categories of قطاع_العمل.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,581	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	144
Test Statistic	1,087[a,b]
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,581

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

الملحق رقم: 09 الدلالة الإحصائية بين مؤشر السن والتغطية الصحية الشاملة

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of التغطيه الصحيه is the same across الشامله categories of العمر.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,217	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	144
Test Statistic	5,768[a,b]
Degree Of Freedom	4
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,217

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

الملحق رقم: 10 الإحصاءات الوصفية لمؤشر تقييم جودة الخدمات المقدمة

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
جوده التغطيه الصحيه	144	1,17	4,87	3,4450	,69817
Valid N (listwise)	144				

الملحق رقم: 11اختبار التوزيع الطبيعي لمؤشر جودة الخدمات الصحية المقدمة

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
جوده التغطيه الصحيه	,085	144	,013	,977	144	,016

a. Lilliefors Significance Correction

الملحق رقم: 12 الدلالة الإحصائية بين مؤشر الجنس وجودة الخدمات الصحية المقدمة

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
جوده التغطيه الصحيه	ذكر	43	80,55	3463,50
	أنثى	101	69,07	6976,50
	Total	144		

Test Statistics[a]

	جوده التغطيه الصحيه
Mann-Whitney U	1825,500
Wilcoxon W	6976,500
Z	-1,511
Asymp. Sig. (2-tailed)	,131

a. Grouping Variable: الجنس

الملحق رقم: 13 الدلالة الإحصائية بين مؤشر المهنة وجودة الخدمات الصحية المقدمة

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of جوده التغطيه الصحيه is the same across categories of المهنه.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,623	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	144
Test Statistic	2,623[a,b]
Degree Of Freedom	4
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,623

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

الملحق رقم: 14 الدلالة الإحصائية بين مؤشر مكان العمل وجودة الخدمات الصحية المقدمة

Ranks

	مكان_العمل	N	Mean Rank	Sum of Ranks
جوده الخطيه الصحيه	المدن	109	69,74	7602,00
	المناطق الداخليه الريفيه والحدوديه	35	81,09	2838,00
	Total	144		

Test Statistics[a]

	جوده الخطيه الصحيه
Mann-Whitney U	1607,000
Wilcoxon W	7602,000
Z	-1,400
Asymp. Sig. (2-tailed)	,161

a. Grouping Variable: مكان_العمل

الملحق رقم: 15 الدلالة الإحصائية بين مؤشر الخبرة وجودة الخدمات الصحية المقدمة

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of جوده الخطيه الصحيه is the same across categories of الخبره.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,181	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	144
Test Statistic	4,882[a,b]
Degree Of Freedom	3
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,181

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

الملحق رقم: 16 الدلالة الإحصائية بين مؤشر قطاع العمل وجودة الخدمات الصحية المقدمة

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of جوده الخطيه الصحيه is the same across categories of قطاع_العمل.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,057	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	144
Test Statistic	5,714[a,b]
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,057

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

الملحق رقم: 17 الدلالة الإحصائية بين مؤشر السن وجودة الخدمات الصحية المقدمة

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of جوده الخطيه الصحيه is the same across categories of العمر.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,284	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

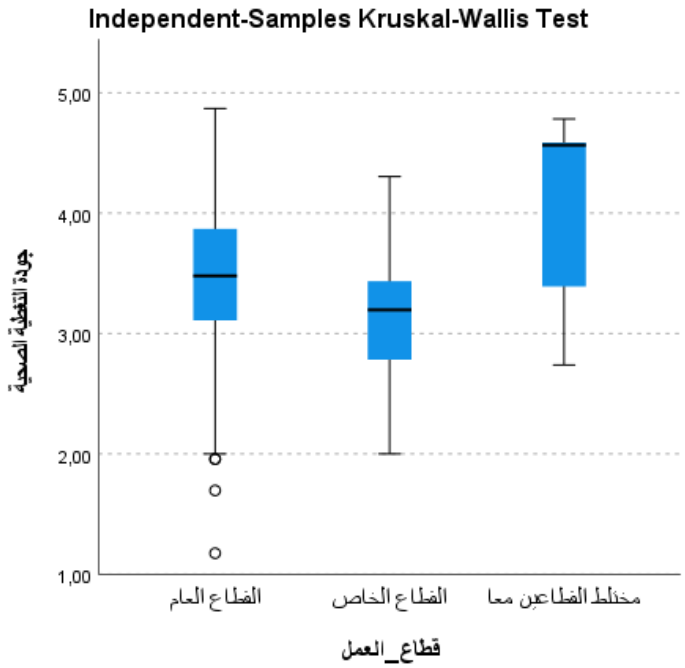
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	144
Test Statistic	5,037[a,b]
Degree Of Freedom	4
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,284

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

الملحق رقم: 18 الفروق الهامشية لمؤشر قطاع العمل عند اعتماد مستوى معنوية 10%



الملحق رقم: 19 ملحق اختبار جذر الوحدة بانكسارات هيكلية

Null Hypothesis: GDP has a unit root
Trend Specification: Trend and intercept
Break Specification: Intercept only
Break Type: Innovational outlier

Break Date: 2020
Break Selection: User-specified break
Lag Length: 0 (Automatic - based on Schwarz information criterion, maxlag=4)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-3.427868	< 0.05
Test critical values:	1% level	-3.800909	
	5% level	-3.238182	

*Perron (1989, 1993) asymptotic one-sided p-values (lambda=0.954545).

الملحق رقم: 20 ملحق نموذج تصحيح الخطأ (معاملات العلاقة على المدى القصير)

Dependent Variable: D(SHI)
Method: ARDL
Date: 09/12/24 Time: 23:19
Sample: 2002 2021
Included observations: 20
Dependent lags: 2 (Automatic)
Automatic-lag linear regressors (2 max. lags): XPDGHED XPDPRTD GDP DAB
Deterministics: Unrestricted constant and no trend (Case 3)
Model selection method: Akaike info criterion (AIC)
Number of models evaluated: 162
Selected model: ARDL(2,2,1,2,0)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
COINTEQ*	-1.414855	0.170443	-8.301049	0.0000
D(SHI(-1))	0.367262	0.128842	2.850488	0.0146
D(XPDGHED)	-0.566852	0.207102	-2.737071	0.0180
D(XPDGHED(-1))	-0.886743	0.223603	-3.965711	0.0019
D(XPDPRTD)	0.293127	0.087364	3.355228	0.0057
D(GDP)	0.087501	0.073424	1.191718	0.2564
D(GDP(-1))	0.576739	0.112869	5.109811	0.0003
C	33.84736	4.071497	8.313248	0.0000

R-squared	0.862417	Mean dependent var	0.124405
Adjusted R-squared	0.782160	S.D. dependent var	1.419741
S.E. of regression	0.662640	Akaike info criterion	2.304004
Sum squared resid	5.269097	Schwarz criterion	2.702297
Log likelihood	-15.04004	Hannan-Quinn criter.	2.381755
F-statistic	10.74573	Durbin-Watson stat	1.501308
Prob(F-statistic)	0.000247		

* p-values are incompatible with t-Bounds distribution.

الملحق رقم: 21 معاملات العلاقة على المدى الطويل

Cointegrating Specification

Deterministics: Unrest. constant (Case 3)

CE = SHI(-1) - (0.030773*XPDGHED(-1) + 0.017575*XPDPRTD(-1) - 0.519476*GDP(-1) + 0.030020*DAB)

Cointegrating Coefficients

Variable *	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
XPDGHED(-1)	0.030773	0.325824	0.094447	0.9259
XPDPRTD(-1)	0.017575	0.089362	0.196673	0.8466
GDP(-1)	-0.519476	0.274344	-1.893520	0.0765
DAB	0.030020	0.037902	0.792055	0.4399

Note: * Coefficients derived from the CEC regression.

الملحق رقم: 22 اختبار تجانس التباين

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey
Null hypothesis: Homoskedasticity

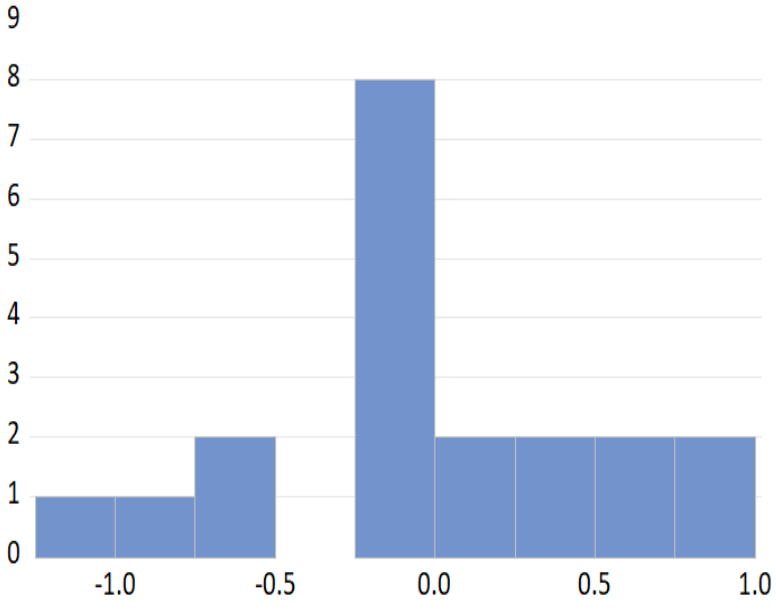
F-statistic	2.323344	Prob. F(11,8)	0.1206
Obs*R-squared	15.23196	Prob. Chi-Square(11)	0.1721
Scaled explained SS	1.967090	Prob. Chi-Square(11)	0.9986

الملحق رقم: 23 اختبار الارتباط الذاتي

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:
Null hypothesis: No serial correlation at up to 2 lags

F-statistic	0.737919	Prob. F(2,6)	0.5170
Obs*R-squared	3.948289	Prob. Chi-Square(2)	0.1389

الملحق رقم:24 اختبار التوزيع الطبيعي للأخطاء



Series: Residuals
Sample 2002 2021
Observations 20

Mean	0.000000
Median	-0.042307
Maximum	0.791609
Minimum	-1.115766
Std. Dev.	0.526613
Skewness	-0.355477
Kurtosis	2.614278
Jarque-Bera	0.545198
Probability	0.761398

الملحق رقم: 25 المؤشرات الإحصائية للدول المختارة

المغرب

Dependent Variable: DYN_CDRT
Method: Dynamic Least Squares (DOLS)
Date: 09/19/25 Time: 18:12
Sample (adjusted): 2002 2021
Included observations: 20 after adjustments
Cointegrating equation deterministics: C
Fixed leads and lags specification (lead=1, lag=1)
Long-run variance estimate (Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth = 3.0000)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
XPD_CHEX	0.062846	0.112234	0.559955	0.5930
GDP_PCA	0.165456	0.062078	2.665280	0.0322
POP_GROW	-1.040022	0.411809	-2.525492	0.0395
C	5.733745	0.986950	5.809558	0.0007

R-squared	0.890570	Mean dependent var	4.862400
Adjusted R-squared	0.702976	S.D. dependent var	0.549381
S.E. of regression	0.299412	Sum squared resid	0.627533
Long-run variance	0.006473		

الجزائر

Dependent Variable: DYN_CDRT
Method: Dynamic Least Squares (DOLS)
Date: 09/20/25 Time: 17:06
Sample (adjusted): 2002 2021
Included observations: 20 after adjustments
Cointegrating equation deterministics: C
Fixed leads and lags specification (lead=1, lag=1)
Long-run variance estimate (Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth = 3.0000)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
XPD_CHEX	-0.079625	0.134901	-0.614331	0.0152
GDP_PCA	-0.042541	0.044893	-1.661327	0.0343
POP_GROW	0.044867	0.042996	0.957641	0.4816
C	2.752258	0.838613	3.281917	0.0135

R-squared	0.796894	Mean dependent var	3.519050
Adjusted R-squared	0.448713	S.D. dependent var	0.280284
S.E. of regression	0.208107	Sum squared resid	0.303160
Long-run variance	0.030307		

تونس

Dependent Variable: DYN_CDRT
Method: Dynamic Least Squares (DOLS)
Date: 09/19/25 Time: 18:23
Sample (adjusted): 2002 2021
Included observations: 20 after adjustments
Cointegrating equation deterministics: C
Fixed leads and lags specification (lead=1, lag=1)
Long-run variance estimate (Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth = 3.0000)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
XPD_CHEX	-0.106711	0.027941	-3.819125	0.0065
GDP_PCA	-0.009097	0.013799	-0.659223	0.5308
POP_GROW	0.052631	0.018168	2.896957	0.0231
C	2.919185	0.183870	15.87635	0.0000

R-squared	0.967787	Mean dependent var	2.568400
Adjusted R-squared	0.912565	S.D. dependent var	0.244972
S.E. of regression	0.072437	Sum squared resid	0.036730
Long-run variance	0.003355		

الاردن

Dependent Variable: DYN_CDRT
Method: Dynamic Least Squares (DOLS)
Date: 09/19/25 Time: 18:46
Sample (adjusted): 2002 2021
Included observations: 20 after adjustments
Cointegrating equation deterministics: C
Fixed leads and lags specification (lead=1, lag=1)
Long-run variance estimate (Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth = 3.0000)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
XPD_CHEX	0.228770	0.184426	1.240443	0.2548
GDP_PCA	-0.105324	0.035568	-2.961222	0.0211
POP_GROW	-1.434886	0.784306	-1.829497	0.1100
C	6.363099	0.596587	10.66583	0.0000

R-squared	0.876843	Mean dependent var	4.781800
Adjusted R-squared	0.665716	S.D. dependent var	0.297359
S.E. of regression	0.171925	Sum squared resid	0.206908
Long-run variance	0.013512		

إيران

Dependent Variable: DYN_CDRT
Method: Dynamic Least Squares (DOLS)
Date: 09/19/25 Time: 18:50
Sample (adjusted): 2002 2021
Included observations: 20 after adjustments
Cointegrating equation deterministics: C
Fixed leads and lags specification (lead=1, lag=1)
Long-run variance estimate (Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth = 3.0000)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
XPD_CHEX	-0.526537	0.147248	-3.575854	0.0090
GDP_PCA	-0.341453	0.124237	-2.748400	0.0286
POP_GROW	3.099109	1.110456	2.790845	0.0269
C	5.446677	0.758054	7.185076	0.0002

R-squared	0.945520	Mean dependent var	5.986900
Adjusted R-squared	0.852127	S.D. dependent var	0.283375
S.E. of regression	0.108970	Sum squared resid	0.083121
Long-run variance	0.009476		

مصر

Dependent Variable: DYN_CDRT
Method: Dynamic Least Squares (DOLS)
Date: 09/19/25 Time: 19:21
Sample (adjusted): 2002 2021
Included observations: 20 after adjustments
Cointegrating equation deterministics: C
Fixed leads and lags specification (lead=1, lag=1)
Long-run variance estimate (Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth = 3.0000)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
XPD_CHEX	0.163711	0.957710	0.170940	0.8691
GDP_PCA	0.080847	0.109875	0.735807	0.4858
POP_GROW	-0.286327	2.334817	-0.122634	0.9058
C	5.631427	2.643855	2.130006	0.0707

R-squared	0.783122	Mean dependent var	6.021650
Adjusted R-squared	0.411332	S.D. dependent var	0.332553
S.E. of regression	0.255150	Sum squared resid	0.455712
Long-run variance	0.075382		

السعودية

Dependent Variable: DYN_CDRT
Method: Dynamic Least Squares (DOLS)
Date: 09/19/25 Time: 19:24
Sample (adjusted): 2002 2021
Included observations: 20 after adjustments
Cointegrating equation deterministics: C
Fixed leads and lags specification (lead=1, lag=1)
Long-run variance estimate (Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth = 3.0000)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
XPD_CHEX	0.413157	0.244531	1.689588	0.1350
GDP_PCA	-0.311500	0.122126	-2.550643	0.0381
POP_GROW	-3.765346	0.721504	-5.218746	0.0012
C	7.902034	2.187861	3.611762	0.0086

R-squared	0.980776	Mean dependent var	5.826300
Adjusted R-squared	0.947821	S.D. dependent var	0.719827
S.E. of regression	0.164428	Sum squared resid	0.189255
Long-run variance	0.022571		

بيانات مؤشرات قياس أثر الانفاق الصحي العام والخاص على التنمية الصحية المستدامة في الجزائر

السنوات	التأمين الصحي الاجتماعي (%من النفقات الصحية الحالية	نمو إجمالي الناتج المحلي (% سنويا)	إجمالي الإنفاق الوطني (% من إجمالي الناتج المحلي)	الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة (% من الإنفاق الحكومي الحالي)	الإنفاق المحلي الخاص على الصحة (% من الإنفاق الصحي الحالي)
2000	26,1	3,80	78,71	8,77	27,98
2001	25,8	2,99	86,28	9,26	23,72
2002	25,9	5,4	90,31	7,97	24,67
2003	26,0	6,5	86,43	9,43	23,25
2004	24,2	4,5	84,57	8,66	28,59
2005	24,4	5,4	78,09	7,76	30,62
2006	25,3	2,9	74,38	7,84	31,48
2007	24,7	3,1	78,10	7,63	30,14
2008	25,6	2,5	79,73	7,68	27,96
2009	26,0	1,2	99,11	8,64	29,06
2010	26,4	4,8	93,51	9,18	30,48
2011	24,6	3	90,24	9,03	29,36
2012	22,7	2,4	91,99	10,06	27,03
2013	25,6	2,6	97,55	11,70	28,93
2014	26,6	4,1	101,68	11,41	27,95
2015	28,0	3,2	112,14	10,60	29,57
2016	26,9	3,9	112,78	10,60	32,38
2017	26,5	1,5	109,15	10,60	33,21
2018	26,6	1,4	105,58	10,60	33,02
2019	30,0	0,9	105,69	8,83	37,06
2020	29,1	-5	109,31	8,83	38,96
2021	28,2	3,8	99,50	8,82	40,25

- البنك الدولي للإحصائيات سنة الإسترداد 2024

بيانات مؤشرات التحليل المقارن بين الجزائر وبعض دول شمال إفريقيا

السنوات	معدل الوفيات الأولي (لكل 1000 شخص)							الإنفاق الصحي الحالي (% من الناتج المحلي الإجمالي)							النمو في نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي (% سنويا)							الزيادة السكانية (% سنويا)						
	المغرب	الجزائر	تونس	مصر	السعودية	الأردن	إيران	المغرب	الجزائر	تونس	مصر	السعودية	الأردن	إيران	المغرب	الجزائر	تونس	مصر	السعودية	الأردن	إيران	المغرب	الجزائر	تونس	مصر	السعودية	الأردن	إيران
2000	6,46	5,11	5,03	6,32	3,23	3,73	4,96	3,69	3,21	4,81	4,92	4,21	9,34	4,72	1,12	2,36	3,54	4,10	0,15	2,11	4,29	1,40	1,40	1,12	2,16	4,46	2,07	1,48
2001	6,38	5,02	5,07	6,24	3,10	3,70	4,91	3,82	3,54	4,86	5,40	4,46	9,57	5,16	6,22	1,60	2,69	1,36	-4,74	3,13	0,82	1,37	1,37	1,07	2,12	5,20	2,06	1,54
2002	6,32	4,88	5,10	6,18	2,99	3,68	4,89	4,06	3,44	5,12	5,51	4,25	9,28	4,65	2,33	4,01	0,29	0,26	-5,51	3,58	7,19	1,32	1,33	1,03	2,10	4,98	2,11	0,83
2003	6,28	4,87	5,14	6,13	2,90	3,67	5,23	4,08	3,33	5,21	5,22	3,98	8,79	4,96	4,80	5,09	3,66	1,05	3,70	1,88	7,44	1,27	1,33	1,00	2,10	4,77	2,21	1,11
2004	6,27	4,74	5,19	6,10	2,83	3,64	4,77	4,23	3,29	5,20	4,86	3,58	8,75	5,13	3,21	3,05	5,25	1,97	3,76	5,98	2,13	1,28	1,40	0,93	2,06	4,59	2,41	2,14
2005	6,20	4,73	5,25	6,09	2,78	3,64	4,73	4,37	3,12	5,15	4,92	3,42	8,49	5,30	1,78	3,87	2,59	2,38	1,36	5,50	0,93	1,34	1,46	0,87	2,02	4,43	2,48	2,21
2006	6,16	4,72	5,31	6,09	2,74	3,49	4,67	4,57	3,19	5,13	4,84	3,62	7,68	5,16	6,31	1,33	4,32	4,78	-1,02	1,40	2,76	1,35	1,54	0,88	1,95	4,28	6,39	2,15
2007	6,10	4,73	5,38	6,09	2,72	3,64	4,65	4,81	3,62	5,18	4,44	3,56	7,91	4,91	2,03	1,39	5,74	5,09	-1,94	1,84	6,40	1,34	1,67	0,92	1,89	4,15	6,04	1,64
2008	6,05	4,72	5,45	6,10	2,70	3,66	4,63	4,84	3,98	5,16	4,47	2,97	8,49	5,04	4,25	0,65	3,24	5,17	2,04	4,73	-0,96	1,34	1,82	0,96	1,87	4,03	2,35	1,21
2009	6,01	4,71	5,52	6,09	2,69	3,69	4,62	5,27	4,89	5,41	4,38	4,29	9,22	6,11	2,34	-0,72	2,00	2,72	-4,87	2,79	-0,24	1,33	1,92	1,02	1,89	3,91	2,15	1,24
2010	5,98	4,68	5,60	6,08	2,67	3,71	4,61	5,42	4,64	5,61	4,15	3,65	8,17	6,29	2,08	2,78	1,87	3,15	6,09	0,14	4,48	1,35	1,95	1,08	1,92	-0,99	2,15	1,25
2011	5,91	4,66	5,72	6,05	2,64	3,73	4,61	5,37	4,83	6,12	4,36	3,68	8,15	6,10	4,07	1,00	-3,13	-0,35	6,80	0,22	1,38	1,36	1,96	1,11	2,10	4,54	2,48	1,24
2012	5,85	4,65	5,79	6,00	2,59	3,77	4,61	5,40	5,64	6,29	4,46	3,99	7,82	6,12	1,66	0,38	3,05	-0,04	1,41	0,99	-4,94	1,34	1,99	1,13	2,24	4,20	1,42	1,25
2013	5,77	4,64	5,87	5,97	2,51	3,60	4,61	5,26	5,65	6,51	4,67	4,42	7,17	5,55	2,76	0,55	1,22	-0,14	-2,48	-2,59	-2,80	1,29	2,02	1,19	2,31	5,41	5,20	1,31
2014	5,72	4,65	5,93	5,88	2,39	3,38	4,61	5,42	6,01	6,45	4,77	5,16	7,21	6,35	1,44	2,00	1,87	0,60	1,51	-6,02	3,58	1,23	2,04	1,19	2,28	2,45	9,54	1,34
2015	5,69	4,65	6,00	5,82	2,27	3,17	4,62	5,10	6,33	6,21	5,06	5,86	7,46	7,53	3,11	1,10	-0,17	2,20	-0,63	-5,59	-2,76	1,17	2,06	1,13	2,10	5,19	8,22	1,36
2016	5,67	4,65	6,04	5,71	2,18	3,17	4,63	5,09	6,00	6,25	5,07	6,24	6,98	7,99	-0,69	1,79	0,01	2,24	-2,03	-2,71	7,27	1,19	2,06	1,10	2,03	3,75	4,72	1,43
2017	5,63	4,66	6,07	5,63	2,17	3,10	4,63	4,99	5,95	6,19	5,35	6,03	7,11	7,83	3,78	-0,54	1,17	2,12	1,11	0,19	1,29	1,20	2,03	1,05	2,00	0,07	2,25	1,44
2018	5,62	4,67	6,09	5,53	2,23	3,05	4,65	4,95	5,93	5,94	4,75	5,34	6,98	7,74	1,91	-0,55	1,62	3,35	5,90	-0,30	-3,08	1,10	1,94	0,98	1,90	-2,55	2,20	1,28
2019	5,63	4,68	6,10	5,48	2,30	3,03	4,66	5,00	5,42	6,02	4,60	5,47	7,07	6,27	1,82	-0,94	0,65	3,72	2,10	-0,25	-4,11	1,03	1,84	0,93	1,75	-0,44	1,98	1,08
2020	6,48	5,99	6,65	6,41	2,46	3,49	6,44	5,59	5,64	7,05	4,15	6,65	7,12	5,40	-8,14	-6,61	-9,76	1,88	-8,34	-2,86	2,54	1,03	1,71	0,83	1,62	4,83	1,80	0,77
2021	6,42	4,96	8,35	7,04	2,62	4,07	6,39	5,52	5,01	6,98	4,61	5,93	7,20	5,77	7,06	2,13	4,09	1,76	9,18	1,77	3,85	1,01	1,62	0,62	1,49	-2,46	1,83	0,83
2022	5,57	4,60	6,16	5,68	2,57	3,16	4,90	5,68	3,62	6,96	4,70	4,62	6,83	5,35	0,50	1,97	2,07	5,02	7,16	0,92	2,54	1,01	1,59	0,59	1,49	4,42	1,70	1,20

• البنك الدولي للإحصائيات سنة الإسترداد 2025