

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث في العلوم الاقتصادية

تخصص: اقتصاد المالية العامة

بعنوان

العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990 - 2018)

إشراف الأستاذ الدكتور:

باركة محمد الزين

من إعداد الطالب:

خلاصي عبد الإله

- السادة أعضاء لجنة المناقشة -

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر أ	د. بومدين حسين
مشرفا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د باركة محمد الزين
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر أ	د. بوقناديل محمد
ممتحنا	جامعة وهران 2	أستاذ محاضر أ	د. بن لحسن الهواري
ممتحنا	المركز الجامعي مغنية	أستاذ محاضر أ	د. داودي محمد
ممتحنة	المركز الجامعي عين تموشنت	أستاذة محاضرة أ	د. قديد ياقوت

السنة الجامعية: 2019 - 2020

شكر وتقدير

الشكر لله عز وجل الذي أنار دربي، وفتح لي أبواب العلم

وأمدني بالصبر والإرادة.

ثم الشكر للأستاذ المشرف: الأستاذ الدكتور باركة محمد الزين على قبوله الإشراف على هذا

العمل، على سعة صدره وعلى توجيهاته السديدة.

الشكر موصول أيضا لجميع أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه الأطروحة.

وأشكر كذلك كل الإداريين في مديرية المالية بوزارة الصحة والأنسة موساوي ليلية على كل ما قدموه لي من تسهيلات ومعلومات قيمة كان لها الدور الفعال في إنجاز هذه الأطروحة، كما أشكر الأستاذة مرصالي حورية والأستاذ جليل زين العابدين على دعمهما ومساعدتهما.

لكم مني جميعا كل الشكر والامتنان

عبد الإله خلاصي

إهداء

إلى من أحببت كل حياتي إلى شجرة أنارت دربي وكانت رفيقة حياتي حفظك الله وأطال في عمرك

إلى أمي العزيزة فطيمة.

إلى أغلى الناس من كان سنداً ودعماً لي ولم يبخل علينا بأي شيء حفظك الله ورعاك دوماً

إلى أبي العزيز عبد القادر.

إلى أخي الوحيد والعزيز محمد السعيد وزوجته وبناته رعاهم الله.

إلى إخوتي البنات العزيزات وإلى كل أفراد عائلة خلاصي.

محمد الإله خلاصي

فهرس المحتويات

الصفحة	البیان
	شكر وتقدير
	الإهداء
ا	قائمة المحتويات
أ	مقدمة عامة
	الفصل الأول: مقارنة نظرية لاقتصاد الصحة والتمويل الصحي
02	تمهيد الفصل
03	ا المقاربة بين الصحة والاقتصاد
03	1.ا مفاهيم حول الصحة والخدمات الصحية
03	1.1.ا مفهوم الصحة
05	1.1.1.ا مستويات الصحة
06	2.1.1.ا إنتاج الصحة
07	2.1.ا مفهوم الخدمات الصحية
09	1.2.1.ا الخصائص المميزة للخدمات الصحية
10	2.2.1.ا الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية
12	2.ا مفاهيم وخصوصيات اقتصاد الصحة
12	1.2.ا مفهوم اقتصاد الصحة
12	1.1.2.ا تعريف اقتصاد الصحة
13	2.1.2.ا ظهور اقتصاد الصحة
15	3.1.2.ا أسباب ظهور اقتصاد الصحة
16	2.2.ا خصوصيات اقتصاد الصحة
16	1.2.2.ا التدخل الحكومي (Government Intervention)
16	2.2.2.ا الالايقين (Uncertainty)
17	3.2.2.ا عدم تماثل المعرفة (Asymmetric Knowledge)
18	4.2.2.ا الوفرات الخارجية (Externalities)

18	مقاربات وأسس اقتصاد الصحة	3.1
18	مقاربات اقتصاد الصحة	1.3.1
18	مقاربة اقتصاد السوق	1.1.3.1
20	مقاربة الاقتصاد المخطط	2.1.3.1
21	أسس اقتصاد الصحة	2.3.1
21	أسس اقتصاد الصحة على المستوى الجزئي	1.2.3.1
24	أسس اقتصاد الصحة على المستوى الكلي	2.2.3.1
26	مناهج الأنظمة الصحية	II
27	مفهوم النظام الصحي (التعريف، الوظائف، الأهداف)	1.11
27	تعريف النظام الصحي	1.1.11
28	وظائف النظام الصحي	2.1.11
29	أهداف النظام الصحي	3.1.11
30	نشأة الأنظمة الصحية العالمية (بيفردج، بسمارك، النظام الحر)	2.11
31	نظام بيفردج Beveridge (النظام الشمولي)	1.2.11
32	نظام بسمارك Bismarck (النظام المهني)	2.2.11
33	النظام الحر (الليبرالي)	3.2.11
34	مكونات النظام الصحي ونشاطاته	3.11
35	مكونات النظام الصحي	1.3.11
37	التمويل الصحي	III
37	تمويل نفقات الأنظمة الصحية	1.111
38	مفهوم وأنواع نفقات الصحة	1.1.111
38	تعريف النفقات الصحية	1.1.1.111
38	أنواع النفقات الصحية	2.1.1.111
39	نماذج عن تمويل نفقات الأنظمة الصحية	2.1.111
40	الآليات الرئيسية لتمويل نفقات الأنظمة الصحية (المصادر)	3.1.111
40	التمويل الحكومي (العمومي)	1.3.1.111
41	التمويل الخاص	2.3.1.111
41	التمويل من خلال التأمينات	3.3.1.111

42	التمويل الخارجي	4.3.1.III
43	الأنظمة العالمية لتمويل نفقات الصحة من التجربة الدولية	2.III
43	تنظيم وتمويل نظام الصحة الألماني	1.2.III
47	تنظيم وتمويل نظام الصحة الإنجليزي	2.2.III
51	تنظيم وتمويل النظام الصحي الأمريكي	3.2.III
53	تنظيم وتمويل النظام الصحي الفرنسي	4.2.III
58	معايير تقييم تمويل نفقات الأنظمة الصحية	3.III
58	الجدوى (Feasibility)	1.3.III
58	الإنصاف (Equity)	2.3.III
58	الكفاءة (Efficiency)	3.3.III
59	الاستدامة (Sustainability)	4.3.III
60	خلاصة الفصل	
الفصل الثاني: تقديم النظام الصحي في الجزائر		
62	تمهيد الفصل	
63	تطور النظام الصحي في الجزائر	I
63	مرحلة البناء التدريجي للنظام الصحي (1962-1973)	1.1
69	مرحلة تطوير و تنمية النظام الصحي (1974 – 1989)	2.1
74	مرحلة الأزمة (1990 – 2000)	3.1
76	مرحلة إعادة التنمية من جديد (2000 – ليومنا هذا)	4.1
80	تنظيم وهيكل النظام الصحي في الجزائر	II
80	تنظيم النظام الصحي في الجزائر	1.II
81	المستوى المركزي	1.1.II
83	المستوى الجهوي	2.1.II
83	المستوى الولائي	3.1.II
84	المستوى المحلي (الدائرة والبلدية)	4.1.II
85	الهياكل والمؤسسات بالنظام الصحي الجزائري	2.II
85	المؤسسات الصحية العمومية	1.2.II
90	المؤسسات الصحية الخاصة	2.2.II

93	مستويات الخدمة الصحية التي يقدمها النظام الصحي في الجزائر	3.II
93	الرعاية الصحية الأولية	1.3.II
94	الرعاية الصحية الثانوية	2.3.II
95	الرعاية الصحية المتخصصة	3.3.II
97	إصلاح النظام الصحي في الجزائر	III
98	تخطيط عملية إصلاح النظام الصحي في الجزائر	1.III
98	مخططات قصيرة المدى من 2000 إلى 2003	1.1.III
99	مخططات متوسطة المدى إلى غاية 2005	2.1.III
100	مخططات طويلة المدى إلى غاية 2009	3.1.III
100	المخططات التكميلية من 2010 إلى 2014	4.1.III
101	أهداف مشروع الإصلاح وملفاته	2.III
101	أهداف مشروع الإصلاح	1.2.III
105	ملفات الإصلاح	2.2.III
106	إختلالات النظام الصحي والتدابير المقترحة	3.III
107	الإختلالات والتدابير المتعلقة بالتنظيم والوسائل المادية والبشرية	1.3.III
109	الإختلالات والتدابير المتعلقة بالتمويل	2.3.III
111	الإختلالات والتدابير المتعلقة بالإعلام	3.3.III
112	الإختلالات والتدابير المتعلقة بالتكوين	4.3.III
114	الإختلالات والتدابير المتعلقة بالقطاع الخاص والقطاع الشبه عمومي	5.3.III
116	خلاصة الفصل	
الفصل الثالث: تحليل وقياس العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر خلال الفترة (1990-2018)		
118	تمهيد الفصل	
119	الإنتفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر	I
119	تحليل وتقييم تطور نفقات الصحة في الجزائر	1.I
119	تقييم نفقات الصحة بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية	1.1.I
121	نصيب نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام	1.1.1.I
125	نصيب الفرد من النفقات الصحية	2.1.1.I

127	تحليل نفقات الصحة بالنسبة إلى الموازنة العامة	2.1.1
129	نفقات التسيير لقطاع الصحة	1.2.1.1
131	نفقات التجهيز لقطاع الصحة	2.2.1.1
133	تحليل أسباب زيادة نفقات الصحة في الجزائر	2.1
133	التغير في خريطة المرض	1.2.1
133	تطور المنشآت القاعدية الصحية وعدد الممارسين في المجال الصحي	2.2.1
136	النمو الديمغرافي	3.2.1
137	ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية	4.2.1
138	أسباب أخرى	5.2.1
139	مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر	3.1
140	التمويل عن طريق الدولة	1.3.1
141	التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي	2.3.1
143	التمويل عن طريق الأسر	3.3.1
144	النمط التعاقدي كبديل لتمويل نفقات الصحة في الجزائر	II
145	أساسيات حول النمط التعاقدي في المجال الصحي	1.II
145	مفهوم النمط التعاقدي	1.1.II
146	أنواع النمط التعاقدي	2.1.II
146	أهداف النمط التعاقدي	3.1.II
148	دور الدولة والجماعات المحلية في النمط التعاقدي	2.II
148	دور الدولة في النمط التعاقدي	1.2.II
150	الجماعات المحلية كمنظم لتقديم خدمات الصحة	2.2.II
151	التعاقد كآلية جديدة للتمويل الصحي في الجزائر	3.II
152	أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر	1.3.II
152	أسباب التعاقد	1.1.3.II
154	الشروط الأولية لنجاح التعاقد	2.1.3.II
155	الصعوبات والمشاكل التي حالت دون تطبيق النمط التعاقدي في الجزائر	2.3.II
157	التحليل القياسي للعلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر باستخدام منهجية (ARDL)	III
157	أساسيات النمذجة القياسية بواسطة نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع (ARDL)	1.III

157	استقرارية السلاسل الزمنية	1.1.III
161	اختبارات التكامل المشترك	2.1.III
162	اختبار التكامل المشترك باستعمال منهج (ARDL)	3.1.III
166	التعريف بمتغيرات ونموذج الدراسة	2.III
166	متغيرات الدراسة	1.2.III
167	صياغة نموذج الدراسة	2.2.III
167	دراسة استقرارية السلاسل الزمنية (اختبار جذر الوحدة) لمتغيرات الدراسة	3.III
168	دراسة استقرارية السلسلة <i>Lndns</i>	1.3.III
170	دراسة استقرارية السلسلة <i>Lngov</i>	2.3.III
171	دراسة استقرارية السلسلة <i>Lncas</i>	3.3.III
172	دراسة استقرارية السلسلة <i>Lnmen</i>	4.3.III
173	تقدير نموذج (ARDL) والعلاقة قصيرة الأجل وشكل العلاقة طويلة الأجل للنموذج	4.III
173	تحديد فترات الإبطاء الزمني المثلى للمتغيرات واختبار الحدود للنموذج	1.4.III
174	نموذج تصحيح الخطأ والعلاقة قصيرة الأجل وشكل العلاقة طويلة الأجل للنموذج	2.4.III
176	اختبارات تشخيص النموذج	3.4.III
178	اختبار استقرار النموذج (stabilité test)	4.4.III
180	خلاصة الفصل	
182	الخاتمة العامة	
191	قائمة الملاحق	
204	قائمة المراجع	

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
13	ما يندرج ولا يندرج في اقتصاد الصحة	1
24	أنواع التسعير في المستشفيات	2
52	الهيئات الرئيسية ذات السلطة التنظيمية في النظام الصحي الأمريكي.	3
53	العناصر التنظيمية الرئيسية التي تمول الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية	4
66	تطور المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة 1973-1966	5
67	تطور عدد المستخدمين الطبيين خلال الفترة 1973-1963	6
68	تطور الهياكل الصحية في الجزائر للفترة 1972-1962	7
72	تطور المستخدمين في السلك الطبي خلال الفترة 1989-1974	8
73	تطور الهياكل الصحية في الجزائر خلال الفترة 1989-1974	9
79	تطور عدد الممارسين الطبيين حسب القطاع خلال الفترة 2014-2000	10
79	تطور العمالة الشبه طبيون في الجزائر خلال الفترة 2014-2001	11
92	الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة في النظام الصحي الجزائري لسنة 2016	12
122	الإنفاق على الصحة بالنسبة للنتائج الداخلي الخام في الجزائر 2017-1995	13
124	نسبة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام لبعض دول المغرب العربي للفترة 2014-2005	14
125	نصيب الفرد من نفقات الصحة في الجزائر بالدولار الأمريكي للفترة 2017-1995	15
127	نصيب الفرد من نفقات الصحة في دول المغرب العربي بالدولار الأمريكي للفترة 2014-2005	16
128	ميزانيتي التسيير والتجهيز لقطاع الصحة خلال الفترة 2018-2000	17
129	تطور نفقات التسيير حسب المصالح خلال الفترة 2018-2009	18
130	تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعة الاعتمادات 2018-2009	19
134	تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر 2016-2013	20

135	تطور عمال السلك الطبي والشبه طبي في الجزائر 2013-2016	21
136	تطور بعض المؤشرات الديمغرافية في الجزائر 2012-2015	22
138	تطور حجم سوق الأدوية في الجزائر 2012-2016	23
166	تعريف المتغيرات المستخدمة في الدراسة	24
169	نتائج اختبار كل من (ADF) و (PP) للسلسلة Lndns	25
170	نتائج اختبار كل من (ADF) و (PP) للسلسلة Lngov	26
171	نتائج اختبار كل من (ADF) و (PP) للسلسلة Lncas	27
172	نتائج اختبار كل من (ADF) و (PP) للسلسلة Lnmen	28
173	اختيار فترات الإبطاء المثلى للنموذج	29
174	نتائج اختبار التكامل المشترك باستخدام اختبار الحدود (Bondes test) للنموذج	30
175	تقدير نموذج تصحيح الخطأ حسب منهجية ARDL للنموذج	31
177	نتائج اختبار ARCH	32
177	نتائج اختبار Breusch-GodFrey Serial Corrélation LM	33

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
06	مستويات الصحة	1
23	التكلفة في اقتصاد الصحة	2
32	نموذج نظام بيفردج	3
33	نموذج نظام بيسمارك	4
34	نموذج النظام الليبرالي	5
35	عناصر النظام الصحي وتربطها مع أدوارها ووظائفها	6
37	العناصر المكونة للنظام الصحي	7
43	أهداف التغطية الصحية الشاملة وأغراضها الوسيطة المتأثرة بسياسة التمويل الصحي	8
45	تنظيم النظام الصحي في ألمانيا	9
46	اختيار التأمين حسب الدخل الشخصي للفرد	10
47	مصادر التمويل الرئيسية في ألمانيا كنسبة من إجمالي الإنفاق على الصحة لسنة 2012	11
49	تنظيم النظام الصحي في إنجلترا	12
51	توزيع الموارد التمويلية للمنظومة الصحية الإنجليزية	13
57	الهيكل التنظيمي للنظام الصحي الفرنسي	14
81	سلمية الخدمات الصحية العمومية في الجزائر	15
96	مستويات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر	16
121	تطور نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة (1990-2018)	17
141	تطور حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر	18
142	نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي (1990-2018)	19
153	منطق التعاقد في الجزائر	20
178	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للأخطاء العشوائية	21
179	اختبار المجموع التراكمي للبواقي المعادة و المجموع التراكمي لمربعات البواقي المعادة	22

مقدمة عامة

تعتبر الصحة من بين أهم المسائل التي توليها الدول أهمية كبرى، حيث أنه لا يمكن الحديث عن التنمية بشقيها الاقتصادي أو الاجتماعي ما لم يتمتع منطلق التنمية والذي هو المورد البشري بالصحة الجيدة والسليمة، لذلك تعد الخدمات الصحية التي تقدمها النظم الصحية ضرورة إنسانية وأيضاً ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على العطاء وعلى تقديم أفضل الأداء في مختلف المجالات التنموية الاقتصادية منها والاجتماعية.

وبما أن النظم الصحية من مؤسسات ومستشفيات ومراكز صحية ومصحات هي الوساطة في تقديم الخدمات الصحية وتعزيز الصحة لأفراد المجتمع، فقد سعت مختلف الدول على اختلاف مستوياتها إلى إصلاح أنظمتها الصحية بما يكفل لها تقديم خدمات صحية بجودة وكفاءة عالية، كما يؤكد العديد من خبراء النظم الصحية في العالم على أن النظام الصحي هو الأداة التي تتعرف على احتياجات ومطالب الأفراد من الخدمات الصحية وتعمل على توفيرها، ذلك من خلال توفير الموارد اللازمة وحسن تسييرها للوصول إلى تحقيق الصحة الشاملة لكل أفراد المجتمع.

لكن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفتها مختلف دول العالم أدت إلى زيادة في عدد السكان وتغيرات في أنماط الاستهلاك، وظهور أمراض جديدة مستعصية، الأمر الذي أدى إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية وبالتالي تطور وتنامي الإنفاق الصحي لتغطية هذا الطلب المتزايد، حيث كشف تقرير لمنظمة الصحة العالمية مؤخراً أن الإنفاق على الصحة يشهد نمواً بشكل متسارع مقارنة بباقي قطاعات الاقتصاد العالمي، إذ يمثل 10% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي وهو ما يتضح بشكل خاص في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض حيث يتزايد الإنفاق على الصحة بـ 6% في المتوسط سنوياً مقارنة بـ 4% في البلدان مرتفعة الدخل، لذا أصبحت الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل إلى الاستخدام الأمثل للموارد بطريقة ليس فيها هدر وتجاوز، والعمل على إيجاد الموارد المالية والآليات التمويلية اللازمة لتغطية هذا الإنفاق المتزايد على الصحة.

الجزائر بدورها شهدت نفاقاتها الصحية تطوراً وتنامياً واسعاً، حيث أن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري طرحت مشكل نمو احتياجات الأفراد للخدمات الصحية والإنفاق عليها، فالزيادة الكبيرة لحجم النفقات الصحية على مستوى الناتج الداخلي الخام بلغت نسبة

9,12 % سنة 2017، الأمر الذي جعل أرقام القطاع الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن القطاعات المساهمة في تمويله، وأصبح تمويل نفقات الصحة يشكل رهان حقيقي هذا ما جعل الدولة الجزائرية تواجهها مشاكل في عدم قدرتها على تمويل نفقات هذا القطاع المتزايدة، وأيضا عجز الحماية الاجتماعية، إضافة إلى التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفتتها الحماية الاجتماعية، وأيضا التحولات التي عرفتتها الاقتصاد الجزائري، على هذا الأساس فان النظام الصحي الجزائري يحتاج إلى آليات تمويلية تضمن تغطية نفقاته على المدى الطويل.

إشكالية الدراسة:

على ضوء ما سبق، ونظرا للنمو المتزايد والمستمر للنفقات الصحية من سنة لأخرى أصبح الاهتمام بتوفير المصادر المالية لتغطية هذه النفقات من الأولويات التي يسعى المشرفون على نظام الصحة في الجزائر إلى معرفتها وتحليلها، من هذا المنطلق يمكننا صياغة إشكالية الدراسة على النحو التالي:

ما طبيعة العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها خلال الفترة 1990-2018؟ وما هو المصدر

المالي الأكثر أهمية والذي من خلاله تتحدد سياسة الإنفاق الصحي في الجزائر؟

من خلال هذه الإشكالية بالإمكان طرح التساؤلات التالية:

- ما هي النماذج والآليات الرئيسية لتمويل نفقات الأنظمة العالمية للصحة؟
- ما هي الإصلاحات الصحية التي اعتمدها الجزائر لتحقيق الفعالية في تسيير النظام الصحي؟
- فيما تتمثل الأسباب التي أدت إلى تنامي نفقات الصحة بشكل متسارع خلال السنوات الأخيرة في الجزائر وما هي المصادر المعتمدة لتمويلها؟
- هل يمكن للنمط التعاقدي أن يكون بديلا للتمويل الصحي؟ وما هي المشاكل التي حالت دون وضعه حيز التنفيذ في الجزائر؟

فرضيات الدراسة:

وفقا لطبيعة المشكل المطروح في الدراسة، ارتأينا تبني الفرضيات التالية:

- الاختلالات والمشاكل التي يعاني منها نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر ليست مرتبطة بشح الموارد التمويلية، بل بسوء التنظيم والتسيير، وعدم التخصيص الأمثل للموارد.

- توجد علاقة طردية ذات أثر كبير بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها في الجزائر في الأجلين القصير والطويل وتعد النفقات الصحية المدفوعة من الحكومة المصدر الأهم في تحديد سياسة الإنفاق الصحي خلال الفترة 1990-2018.

أهمية الدراسة:

إن موضوع تمويل نفقات الصحة يستحق الاهتمام نظرا لأهمية صحة أفراد المجتمع والنظام الصحي ككل في تنمية اقتصاد البلد، والجزائر كغيرها من الدول تسعى جاهدة للإلمام بمشاكل ومعوقات نظام تمويل نفقاتها الصحية، ورغم أهمية الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع إلا أننا حاولنا من خلال هذه الدراسة معرفة شكل العلاقة بين الإنفاق الصحي ومصادر تمويله في الجزائر في الأجلين القصير والطويل من خلال بناء نموذج قياسي يساعد على تحليل هذه العلاقة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

- الإحاطة بالجانب النظري لاقتصاد الصحة والتمويل الصحي.
- عرض التجارب الدولية الرائدة في تمويل نفقات أنظمتها الصحية من أجل الاستفادة منها.
- التعرف على الأسباب المؤدية إلى ارتفاع الإنفاق الصحي بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة في الجزائر.
- قياس شكل العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها خلال الفترة 1990-2018، ومعرفة المصدر المالي الأكثر فعالية.
- التوصل إلى بعض الاقتراحات التي من شأنها المساهمة في زيادة فعالية وكفاءة نظام تمويل الصحة في الجزائر.

حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة في:

الإطار المكاني:

- تم استعراض تجارب بعض الدول في تنظيم وتمويل نفقات أنظمتها الصحية وهي: إنجلترا، ألمانيا، الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا.
- تم إجراء الدراسة التحليلية القياسية على الجزائر.

الإطار الزمني:

- في استعراضنا لتطور النظام الصحي في الجزائر اقتصرنا على الفترة (1962- ليومنا هذا).
- البيانات السنوية المستخدمة في التحليل والقياس تغطي الفترة (1990-2018).

منهج الدراسة ومصادر البيانات:

بغرض الوصول لأهداف الدراسة تم الاعتماد على المناهج المستخدمة في الدراسات الاقتصادية، تم تطبيق المنهج الوصفي التحليلي من خلال المقاربة النظرية لاقتصاد الصحة والتمويل الصحي، وماهية الأنظمة الصحية، وأيضا تقديم النظام الصحي في الجزائر، تم يكون المنهج تحليليا عند الحديث على الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل، كما تم الاعتماد على المنهج الإحصائي للفترة محل الدراسة، وفي الأخير تم اعتماد الأسلوب القياسي الكمي لدراسة العلاقة بين النفقات ومصادر التمويل، ذلك من خلال منهجية حديثة وهي نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع (ARDL).

ولإنجاز الدراسة تم الاعتماد على العديد من المصادر والمراجع المختلفة باللغتين العربية والأجنبية وتمثل في: الكتب، المقالات العلمية المحلية والأجنبية، التقارير، الرسائل والأطروحات الجامعية، الأوراق البحثية التي نوقشت في المؤتمرات والملتقيات، القوانين والمراسيم، مواقع الانترنت.

فيما يخص البيانات الإحصائية المعتمدة في الدراسة، تم الحصول عليها من عدة مصادر ذات ثقة وهي: الديوان الوطني للإحصائيات، قاعدة بيانات البنك الدولي، وزارة المالية (قسم ميزانية الصحة)، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الجزائر (مديرية المالية).

الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات المحلية والأجنبية التي تناولت موضوع الصحة والأنظمة الصحية بصفة عامة وتمويل نفقات الأنظمة الصحية بصفة خاصة، من بين هذه الدراسات نعرض ما يلي:

الدراسات السابقة المحلية:

➤ دراسة M.Kaddar سنة 1988 بعنوان "Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie": عالجت الدراسة مشكل تمويل النفقات الصحية في الجزائر، و كيف انه لا تزال الدولة بعيدة عن تقديم حسابات دقيقة لكيفية تمويل قطاع الصحة، كما تطرقت لأهم الأسباب التي أدت إلى توسع نفقات الصحة في الجزائر، وتوصلت إلى أن نموذج تمويل الرعاية الصحية خلال تلك الفترة تسبب في آثار سلبية للاقتصاد الجزائري و بينت أن الحلول لا تكمن فقط في إيجاد موارد جديدة إنما يجب إعادة النظر في المنظومة القانونية التي تؤثر قطاع الصحة وإعادة النظر كذلك في كيفية توزيع الدخل¹.

➤ دراسة Fatima zohra oufriha سنة 1991 بعنوان "Financement de la dépense national de santé et autonomie du système de soins": تناولت هذه الدراسة موضوع تمويل النفقات الوطنية للصحة واستقلالية التسيير في قطاع الرعاية الصحية، حيث خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج والإجراءات التي من شأنها أن تتحكم في نفقات الصحة، من بينها إنشاء نظام للمعلومات مع وضع برنامج سنوي لمختلف النشاطات و ميزانية للصحة متعددة السنوات مع ترك الفائض المالي للقطاع الصحي².

➤ دراسة عدمان مريزق سنة 2006 بعنوان "إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه": هدفت الدراسة إلى تحليل التغيرات الحاصلة لنظام التمويل، ودراسة إمكانية توسيع مصادره أو تطوير طرق جديدة لذلك، انطلاقاً من تجارب على المستوى الدولي، وقد خلصت الدراسة بجملة من الدروس المستفادة فيما يتعلق بتمويل النظام الصحي في الجزائر مع التفكير في تطبيق الإصلاحات المقترحة من أجل تحديد وتوسيع وسائل التمويل وطرقها³.

1 - M.Kaddar, **Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie**, cahiers du CREAD N°13, 1^{er} trimestre 1988, pp 41-59.

2 - Fatima zohra oufriha, **Financement de la dépense national de santé et autonomie du système de soins**, cahiers du CREAD N°27-28, 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1991, pp 15-32.

3- عدمان مريزق، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي المجلد 01، العدد 01، 2006، ص 67-86.

➤ دراسة N. Mahfoud و B. Brahamia سنة 2014 بعنوان "The Problems of Funding The Health System In Algeria" : تطرقت الدراسة إلى المشاكل والاختلالات التي يواجهها النظام الصحي في الجزائر، كما بينت أن النظام الصحي الجزائري لا يزال يتسم بمجانبة الصحة المقدمة من طرف المرافق الصحية، وهي مدعومة بثلاث جهات تمويلية رئيسية ممثلة في الدولة والضمان الاجتماعي والأسر، وتوصلت الدراسة إلى أنه رغم كل الإجراءات الإصلاحية التي اتخذتها الدولة لا تزال نفقات الصحة في تزايد، وهذا راجع لاستمرار التنقل الوبائي والتطور الديمغرافي، وأوصت الدراسة على مراجعة الإصلاحات لتلبية احتياجات الأفراد وضرورة البحث عن مصادر تمويل جديدة للنظام الصحي¹.

➤ دراسة M. Boulahrik سنة 2016 بعنوان "Le Financement de système de sante algérien" : أوضحت الدراسة أن النفقات الصحية الوطنية تشمل نفقات التشغيل والاستثمار في القطاع الصحي والتي تقع على عاتق الدولة ومنظمات الضمان الاجتماعي والمستخدمين والشركات الخاصة، وقد توصلت الدراسة إلا أن حجم الإنفاق الصحي الوطني سيتزايد في السنوات القادمة نظرا للتحول الصحي ووزن تكنولوجيا الرعاية الصحية الجديدة والاحتياجات الصحية الجديدة للسكان، وبالإضافة إلى وكلاء التمويل الحاليين من الضروري أن يساهم ممولون آخرون مثل السلطات المحلية والشركات الملوثة والتأمينات الاقتصادية².

➤ دراسة مختار حميدة ومصطفى جاب الله سنة 2017 بعنوان "محددات الإنفاق الصحي في الجزائر - دراسة قياسية باستعمال نماذج ARDL واختبار الحدود-" : هدفت الدراسة إلى تحليل السياسة العامة الصحية في الجزائر ومكانة الإنفاق الصحي ضمن الإنفاق العام، وتم استعمال الدراسة القياسية من خلال نماذج ARDL للفترة (1990-2015)، من أجل اختبار الارتباط بين الإنفاق الصحي ومصادره، وتوصلت الدراسة إلا أن قطاع العائلات مصدر مهم في الآونة الأخيرة ويمكنه أن يؤثر على الإنفاق الصحي، هذا إلى جانب الضمان الاجتماعي الذي تراجع دوره بسبب العجز الذي يعاني منه³.

1 - Nacera Mahfoud, Brahim Brahamia, **The Problems of Funding The Health System In Algeria**, International Journal of Medicine and Pharmaceutical Science , Vol 4. Issue 2, Apr 2014,pp 119-126.

2 - Mohand Boulahrik, **Le Financement de système de santé algérien**, Revue de l'institut des sciences économiques, Vol 20, N°01,2016,pp9-32.

3- مختار حميدة، مصطفى جاب الله، محددات الإنفاق الصحي في الجزائر - دراسة قياسية باستعمال نماذج ARDL واختبار الحدود، مجلة

دراسات العدد الاقتصادي، المجلد 08، العدد 03، 2017، ص: 205-220.

➤ دراسة F. Kherbach و L.El aAlami سنة 2007 بعنوان " Etude sur le Financement des soins de santé au Maroc": هذه الدراسة هي عبارة عن تقرير تناول موضوع تمويل الرعاية الصحية في المغرب، وقد تبين أن المغرب بلد يتعايش فيه عرض للصحة العامة مع عرض خاص للصحة كذلك، ويعتمد على نظام تمويل متعدد يتضمن خطط للتأمين الإجباري وكذا شركات التأمين الخاصة تكفل التغطية الصحية الأساسية أو التكميلية، وقد توصلت الدراسة إلى إن النفقات الصحية الإجمالية منخفضة 59 دولارا للفرد في السنة و5% من الناتج المحلي الإجمالي، مع العلم أن تكاليف السلع والخدمات الطبية مرتفعة، والمصدر الأساسي لتمويل الصحي هو الدفع المباشر للأسر 52% مقارنة بنسبة 44% للتمويل العمومي (الضرائب)، التأمين الصحي 16%¹.

➤ دراسة Amadou Monzon Samaka سنة 2009 بعنوان " Financement de la santé Au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé " : غطت الدراسة سنة واحدة من 01 يناير إلى 31 ديسمبر 2007، وهدفت إلى تحديد أنواع الخدمات الصحية المجانية للأربعة عشر برنامجا للمديرية الوطنية للصحة، وتحديد عدد الأشخاص المستفيدين من هذه البرامج وحسب نوعية الرعاية، وكذا قياس تأثير الرعاية الصحية المجانية على استخدام الخدمات الصحية بهذه البرامج، وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة استخدام هذه الخدمات المجانية للبرامج بلغ 70% لكل 100 نسمة².

➤ دراسة Pierre-Yves Cusset سنة 2017 بعنوان " Les Déterminants de long terme des dépenses de santé en France " : سعت الدراسة لمعرفة محددات الإنفاق الصحي في فرنسا على المدى الطويل، فقد كرس فرنسا حصة متزايدة من مواردها لفائدة نفقات الصحة إذ ارتفع استهلاك الرعاية الطبية من 2,6 إلى 8,9 نقطة من PIB ما بين عامي 1950 و2015، وتوصلت الدراسة أن تطور الإنفاق الصحي يعتمد على ثلاثة عوامل: عامل مستوى المعيشة، وعامل الديموغرافية الصحية (الشيخوخة والحالة الصحية)، والعوامل التكنولوجية والمؤسسية (التقدم التقني، سعر الخدمات الصحية، تنظيم وتمويل نظام الرعاية الصحية)³.

1 - Fatiha Khernach, L.asma El Alami El Fellousse, **Etude sur le Financement des soins de santé au Maroc**, Rapport Final,(OMS), Novembre 2007.

2 - Amadou Monzon Samaka, **Financement de la santé Au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé**, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Bamako, Année Universitaire 2008-2009.

3 - Pierre-Yves Cusset, **Les Déterminants de long terme des dépenses de santé en France**, Document de Travail N° 2017-07, Juin 2017.

➤ دراسة Ali A Rawabdeh و Anis S Khassawneh سنة 2018 بعنوان " Health Financing Policies in Jordan: The Allocation of Public Expenditures in Global Context " : هدفت الدراسة إلى توضيح مدى كفاية الموارد المالية الحكومية في توفير رعاية صحية فعالة لمواجهة التحديات الصحية في ضوء السيناريو الاقتصادي الأسوأ في الأردن، وقد توصلت الدراسة أنه في أي حال فالحكومة الأردنية ليست مستعدة لمتابعة تقديم الخدمات الصحية نظراً للطلب السريع والمتزايد على الخدمات الصحية الممولة من القطاع العام، ولكي يكون نظام الرعاية الصحية فعالاً ومنصفاً لا بد من مساهمة المستفيدين من الخدمة الصحية في تحمل العبء النقدي لأجل الحفاظ على الاستدامة طويلة الأجل¹.

➤ دراسة Ahmen ben Abdelaziz et Autres سنة 2018 بعنوان " Le financement des soins de santé en Tunisie. Etat actuel des dépenses de soins et perspectives de socialisation, sur le chemin de la Couverture Santé Universelle " : تناولت هذه الدراسة تمويل الرعاية الصحية في تونس وركزت على الحالة الراهنة لنفقات الرعاية الصحية وآفاق التنشئة الاجتماعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، فتونس بعد الثورة وكجزء من استراتيجياتها لتحقيق التغطية الصحية الشاملة قامت بحساب حساباتها الصحية بطريقة موحدة ومشاركة بين الإدارات، والهدف من هذه الدراسة هو وصف الهيكل الحالي لتمويل الرعاية الصحية من خلال التقارير من سنة 2012 إلى 2014، وتقييم مدى امتثالها لمبادئ التنشئة الاجتماعية للتأمين الصحي، وتوصلت الدراسة أنه خلال الفترة 2012-2014 بلغ إجمالي الإنفاق الصحي 7% من PIB ولم يتجاوز الإنفاق العام على الرعاية الصحية 57% من إجمالي الإنفاق الصحي، كما أن الأسر تتحمل نسبة 39% من نفقات الرعاية الصحية، فقد اتسم نظام تمويل الرعاية الصحية في تونس بعد الثورة بـ: الإنفاق المفرط مقارنة بنمو البلد، المساهمة الكبيرة من طرف الأسر، والتحول الملحوظ في السياسة الاجتماعية لصالح القطاع الخاص².

الفجوة العلمية:

لقد تعدد الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الصحة والأنظمة الصحية بصفة عامة والدراسات التي تناولت موضوع تمويل نفقات الصحة بصفة خاصة، ورغم أهمية هذه الدراسات إلا أن دراستنا هذه جاءت لتقدير شكل العلاقة بين نفقات الصحة والموارد التي تمولها في الأجلين القصير والطويل وكذا معرفة المصدر

1 - Ali A Rawabdeh, Anis S Khassawneh, **Health Financing Policies in Jordan: The Allocation of Public Expenditures in Global Context**, Makara J. Health Res, December 2018, Vol 22. N° 03, pp 153-166.

2 - Ahmen ben Abdelaziz et Autres, **Le financement des soins de santé en Tunisie. Etat actuel des dépenses de soins et perspectives de socialisation, sur le chemin de la Couverture Santé Universelle**, journal de société tunisienne des sciences médicales-2018 ; Vol 96 (n°010),pp 789 – 807.

المالي الأكثر فعالية، كل هذا من خلال بناء نموذج قياسي يساعدنا على تحليل هذه العلاقة ومعرفة هذا المصدر المهم، هذا وقد تم الاعتماد على فترة حديثة في الدراسة 1990-2018.

هيكل الدراسة:

تحتوي الدراسة على ثلاثة فصول موزعة على الشكل التالي:

الفصل الأول يتضمن مقارنة نظرية لاقتصاد الصحة والتمويل الصحي مقسم إلى ثلاثة أجزاء، حيث يتناول الجزء الأول مقارنة بين الصحة والاقتصاد بما فيها من مفاهيم حول الصحة والخدمات الصحية، مفاهيم وخصوصيات اقتصاد الصحة، مقاربات وأسس اقتصاد الصحة على المستوى الجزئي والكلّي، أما الجزء الثاني فيتضمن ماهية الأنظمة الصحية من خلال المفهوم، النشأة والمكونات، أما الجزء الثالث في هذا الفصل فقد تناول التمويل الصحي.

الفصل الثاني خصص لتقديم النظام الصحي في الجزائر وقد تم تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء، الجزء الأول تناول تطور نظام الصحي في الجزائر من 1962 إلى يومنا هذا، أما الجزء الثاني فتضمن تنظيم وهيكل النظام الصحي بما فيه من هياكل ومؤسسات ومستويات الخدمة الصحية المقدمة في النظام الصحي، والجزء الثالث والأخير في هذا الفصل تطرقنا فيه إلى إصلاح النظام الصحي من خلال مخطط الإصلاح، أهداف وملفات الإصلاح، الاختلالات والتدابير المقترحة.

الفصل الثالث خصص لتحليل وقياس العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر خلال الفترة (1990-2018) وبدوره قسم لثلاثة أجزاء، الجزء الأول تناول دراسة تحليلية لتطور الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، أما الجزء الثاني خصص للنمط التعاقد في التمويل فتم التعرف على أساسياته ودور الدولة والجماعات المحلية فيه، والتعاقد كآلية جديدة للتمويل الصحي في الجزائر، الجزء الثالث تضمن التحليل القياسي للعلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر باستخدام منهجية (ARDL).

الفصل الأول

مقاربة نظرية لاقتصاد الصحة

والتمويل الصحي

تمهيد:

تعتبر الصحة والخدمات الصحية بصفة عامة من بين أهم الاهتمامات التي توليها الدول مكانة خاصة وتضع لها الاعتمادات المالية اللازمة، ذلك لأن صحة الإنسان تعتبر من أهم المتغيرات التي تؤثر في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، هذا ما أدى إلى ظهور فرع حديث من فروع علم الاقتصاد ألا وهو علم اقتصاد الصحة والذي يبحث في كيفية تطبيق أدوات الاقتصاد على قضايا الصحة، وتوضيح مختلف جوانبها بحث تصبح أكثر قابلية للتحليل.

إن اقتصاد الصحة يعمل على تحديد حجم التدخلات الصحية المطلوبة وحل المشكلات التي تواجه الأنظمة الصحية والمتعلقة بالكفاءة والفعالية في استخدام الموارد المتاحة، كما يلقي الضوء على قضية التمويل الصحي وتوفير الموارد المالية اللازمة لتغطية الإنفاق، وهذا ما يعتبر عنصر أساسي في قدرة الأنظمة الصحية على الحفاظ وتعزيز الصحة لأفراد المجتمع، وهذا ما يؤثر على التنمية بوجه عام.

على هذا الأساس سنحاول من خلال هذا الفصل التعرف على المفاهيم الأولية للصحة والخدمات الصحية، مفاهيم وخصوصيات علم اقتصاد الصحة وأساسه على المستوى الجزئي والكلبي، كما سنتطرق إلى ماهية الأنظمة الصحية من خلال مفهومها ووظائفها ومكوناتها، وسنلقي الضوء على موضوع التمويل الصحي ونماذج التمويل المعتمدة في العالم، والآليات الرئيسية للتمويل وأيضا المعايير المعتمدة لتقييم تمويل نفقات الصحة.

من خلال ما سبق ومن أجل الإلمام بكل هذا، قسم هذا الفصل إلى ثلاثة أجزاء وهي تحت العناوين التالية:

- I. المقاربة بين الصحة والاقتصاد.
- II. ماهية الأنظمة الصحية.
- III. التمويل الصحي.

I المقاربة بين الصحة والاقتصاد

على الرغم من أن اقتصاد الصحة من العلوم الحديثة النشأة، حيث ظهر في النصف الثاني من القرن العشرين كفرع مستقل ليتطور بعد ذلك في الربع الأخير من هذا القرن، إلا أن هذا لم يأتي صدفة لأن الصحة تعتبر مؤشر من مؤشرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية وحتى البشرية وأصبح من الضروري ربط الصحة بالاقتصاد من أجل استخدام أمثل وأفضل للموارد المتاحة، فالعلاقة بين الصحة والاقتصاد علاقة تبادلية، إذ لن يتسنى تحقيق اقتصاد معافى دون تحسن مستدام في صحة الإنسان، وبالعكس فإن الوصول إلى درجة مقبولة من الحالة الصحية يعتمد على تحسين المخرجات الاقتصادية، وسنحاول من خلال هذه المساحة البحثية في الجزء الأول من هذا الفصل التعرف على أهم المفاهيم المتعلقة بالصحة والخدمات الصحية، مفاهيم وخصوصيات اقتصاد الصحة، كذلك مقاربات وأسس اقتصاد الصحة على المستوى الجزئي والكلّي.

1.1 مفاهيم حول الصحة والخدمات الصحية:

إن الصحة الجيدة من دون شك تعتبر رأس مال الإنسان، فالحياة في حد ذاتها تعتبر من أكثر السلع نفاسة، لذا أصبحت الخدمات الصحية من أبرز الخدمات التي تزايدت عليها حاجة الإنسان عبر العصور، وعليه سنستعرض في هذا الإطار من الدراسة أهم المفاهيم الأولية حول الصحة، مستوياتها، وإنتاج الصحة، وبعدها نستعرض مفهوم الخدمات الصحية، طبيعة وخصائص الخدمات الصحية.

1.1.1 مفهوم الصحة:

أثار مفهوم الصحة اهتمام العديد من المفكرين الاقتصاديين والاجتماعيين، ذلك باعتبارها هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي، كما أنها وسيلة مهمة لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات، انطلاقاً من هذا جرت محاولات عديدة لتعريفها حيث:

✚ عرفها (Alfred Marshal) سنة 1980 في كتابه "مبادئ الاقتصاد" على أنها القوة الجسدية والقوة العقلية والقوة المعنوية أو النفسية للفرد، وينصرف مفهوم الصحة إلى حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد، ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحالة المسكن ومستوى التعليم، ومستوى الغذاء وتنوعه، ومستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة ومدى إمكانية الحصول عليها، فإذا كان

المرض الانتقاص من حالة السلامة الصحية للفرد يرجع إلى العناصر الأربعة الأولى المتعلقة بالمسكن والغذاء والبيئة والتعليم، فإن الخدمات الصحية إنما تهدف إلى تخليص الفرد من المرض وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية¹.

✚ والتعريف البسيط والمتداول حالياً للصحة هو تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS) ومفاده أن: "الصحة هي حالة كاملة من الرفاهية الجسمية، العقلية والاجتماعية للفرد، وليس فقط غياب المرض أو الإعاقة"².

✚ كما أن البنك الدولي (World Bank) عرف الصحة بأنها: "القدرة على تحقيق الصحة في داخل المجتمع وأنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه ازدياد الدخل والتعليم في سلوك الأفراد، ومقدار النفقات وكفاءة استخدامها في النظام الصحي للدول مع النظر لمدى انتشار الأمراض في داخل المجتمع ملتزماً مع ظروف المناخ والبيئة"³.

والصحة العمومية هي "علم الوقاية من المرض وإطالة العمر، وذلك من خلال مجهودات منظمة للمجتمع من أجل تعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض وتطوير الحياة الاجتماعية، ليتمكن الفرد من الحصول على حقه المشروع في الحياة"⁴، فهي كل شيء خارج عن الممارسة الطبية الفردية كالتلقيح والصحة في المدارس، ومكافحة الأمراض المعدية...، وهذا هو كل ما يؤثر على صحة المجتمع على أساس جماعي، فالوظيفة المركزية للصحة العمومية هي القدرة على التعرف على المشاكل وقياسها ومحاولة التدخل⁵.

يمكن القول أن الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان، ولقد حاول الكثير من المفكرين تعريفها كما أوضحنا آنفاً، لكن من غير الممكن وضع تعريف للصحة يمكن اعتباره ملائماً ومتفق عليه بالإجماع، لكنه من خلال التعاريف السابقة وإذا نظرنا إلى مفهوم الصحة فإننا نجد أن:

✓ الصحة هي حالة كاملة من الرفاهية الجسمية والعقلية والاجتماعية للفرد.

1- طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة 02، دار الكتب المصرية، مصر 2006، ص: 17-18.

2- Didier Castiel, **Le calcul Économique en santé**, Méthodes et Analyses critiques, Ed. ENSEP, France, 2004, P154.

3- تقرير البنك الدولي، تعزيز التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، 1993، ص: 71.

4- أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة 01، بيروت 2000، ص: 42.

5- Fournier Pierre, **L'art et la Science de la santé publique In** : Environnement et santé publique – Fondement et pratiques, 2003, P. 40

- ✓ الصحة ليست غياب المرض أو الإعاقة.
- ✓ المستوى الصحي للفرد يرتبط بحالة المسكن ومستوى التعليم والغذاء ونوعيته ونظافة المحيط.
- ✓ الصحة الجماعية يصعب تحديدها وقياسها وهي مجال للعمل تلتقي به العديد من التخصصات.

1.1.1.I مستويات الصحة:

في ظل تعدد أبعاد مفهوم الصحة، يمكن وضع عدة مستويات للصحة، وهذه المستويات تتسم بالنسبية المطلقة حيث يصعب تحديدها وقياسها قياسا دقيقا ومحددا وهي¹:

- **المستوى الأول (الصحة المثالية):** هي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية،... الخ، أي الحالة التي يكون فيها الفرد خالي من أمراض ظاهرية أو باطنية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية تسعى إلى تحقيقه وان كان صعب المنال.
- **المستوى الثاني (الصحة الايجابية النسبية):** حيث أن الفرد يستطيع مواجهة المشاكل الصحية والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير، دون ظهور أي أعراض مرضية.
- **المستوى الثالث (المتوسطة):** في هذا المستوى لا يظهر المرض بصورة مباشرة، ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض، حيث لا يشكو الفرد بصورة مباشرة من مرض معين ولكن بصفة عامة لا تظهر الطاقة الايجابية في الحالة الصحية.
- **المستوى الرابع (المرض الغير ظاهر):** تتميز الصحة في هذا المستوى بوجود قصور صحي غير ظاهر، أي اختفاء الأعراض المرضية، لكن عند القيام بالتحليلات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضا ولكن غير ظاهر بشكل سطحي.
- **المستوى الخامس (المرض الظاهر):** تتميز الصحة في هذا المستوى بظهور أعراض مرضية يشعر بها الفرد أو ظهور علامات تتم عن إصابة الفرد بمرض معين، ويشعر الفرد من جرائها بالألم والقلق الظاهرين.

1- عبد الكريم منصوي، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان متوسطة والمرتفعة الدخل - نموذج قياسية -، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد، تخصص: تحليل اقتصادي، جامعة تلمسان، 2013-2014، ص: 4-5.

- المستوى السادس (الاحتضار): المستوى الذي يفتقد الإنسان معه القدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية، وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة عافيته وحالته الصحية.

والشكل (01) الموالي يوضح مستويات الصحة¹:

الشكل رقم (01): مستويات الصحة

الموت	يقارب الموت (الاحتضار)	مرض ظاهر	مرض غير ظاهر	متوسط السلامة	يقارب المثالية (صحة إيجابية)	المثالية
-------	---------------------------	----------	--------------	---------------	---------------------------------	----------

المصدر: إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سبق ذكره، ص: 49

2.1.1.I إنتاج الصحة:

المقصود بإنتاج الصحة هو استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة مستوى التغذية، ونوعية البيئة، ونوعية الإسكان ومستوى التحضر، ومستوى التعليم، وطبيعة المهنة وساعات العمل، ومستوى الدخل، والعادات الصحية الشخصية، وأخيراً مستوى الخدمات الصحية (العلاجية والوقائية) وتحسين مستوى الوصول إليها، وعند تخصيص الموارد بهدف إنتاج الصحة الجيدة، ستتنافس عدة برامج بديلة على تلك الموارد، وهي كالاتي:

- برامج التعليم.
- برامج تحسين التغذية.
- برامج تحسين البيئة وخفض مستويات التلوث البيئي.
- برامج نشر الوعي الصحي لتحسين العادات الصحية الشخصية.
- برامج تحسين نوعية الإسكان، ورفع مستويات التحضر بما يشمل من تحسين مستويات التهوية والإضاءة المنزلية وتوازن مساحة السكن مع عدد أفراد الأسرة، وكذلك تحسين مستويات الصرف الصحي والمياه النقية، والشوارع الواسعة، والمساحات الخضراء... الخ.

1- إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991، ص: 49.

- برامج رعاية الشباب والتحفيز على ممارسة الرياضة الفردية والجماعية.
- برامج الخدمات الصحية¹.

ويضيف (Filner Deon) أن هناك مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعالية مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وطبية²، وبناء على ذلك يمكن استنتاج أن هناك جهات عديدة تساهم في رفع مستوى الصحة، بالإضافة إلى الخدمات الصحية، وقد قام (Grossman) بإعداد نموذج يربط بين نتيجة الصحة ومدخلات الصحة، مثل السكن، التعليم، البيئة العمل، والتغذية كمدخلات بالإضافة إلى الخدمات الصحية، ويفترض أن الفرد يحاول تعظيم منفعة طوال حياته التي تعتبر دالة في عدد الأيام التي قضاها بصحة جيدة خلال حياة الفرد حتى الممات، وقد عرض لذلك نموذج استخدم فيه الإنتاجية الحدية في التحليل³.

نشير إلى أنه لا توجد علاقة بسيطة ومباشرة بين الوسائل المكرسة (النفقات المسخرة) وما بين النتائج المحصل عليها (مقاسه بطريقة أو بأخرى بالرغاهية)، وهذا يتعلق بحساسية كل مؤثر على الصحة، ونلمح إلى أن دالة الإنتاج الصحي ليست ثابتة عبر الزمن، وتختلف من مكان إلى آخر وبالتالي لا توجد علاقة اقتصادية ثابتة بشكل فيني، وهو ما يجعل البعض يرى أن دور الطب والخدمات الصحية في تحسين الحالة الصحية للسكان مبالغ فيه، وأن عناصر أخرى مثل السكن والتعليم والغذاء ومستوى المعيشة لها تأثير أكبر على مستويات الصحة، بالمقارنة مع ما نعتقده بالنسبة لأثر الخدمات الصحية⁴.

2.1.1 مفهوم الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية واحدة من أبرز وأهم الخدمات التي تزايد الطلب عليها من طرف أفراد المجتمع، وأصبحوا يريدونها بدرجة كبيرة من الإتقان والتميز، نظرا لحاجتهم الماسة لها، وهذا يعود لعدة

1- طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص: 19 - 20.

2 - Filner Deon, Health Policy In Poor Countries: **Weak Links In the chain** (Washington DC: World Bank, Policy Research Working Papers, 1989), p. 08

3- طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص: 21.

4- عبد الكريم منصوي، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان متوسطة والمرتفعة الدخل - نموذج قياسية -، مرجع سابق، ص: 07.

عوامل ترتبط أساسا بكثرة وتنوع الأمراض التي أصبح يعاني منها الكثير من أفراد المجتمع في الوقت المعاصر.

وقبل التعرض لمفهوم الخدمات الصحية نود تقديم مفاهيم خاصة بالخدمة عموما، وفي هذا السياق نجد:

✚ الخدمة هي كل نشاط يخلق قيمة ويعطي إضافة ايجابية للعميل في وقت ومكان محددين ويحدث تغيير ايجابي مرغوب لهذا العميل، كما يمكن تعريفها أيضا على أنها كل نشاط أو منفعة مقدمة من طرف إلى آخر وعادة ما تتعلق مراحل إنتاج الخدمة بمنتجات مادية، لكن النتيجة النهائية للخدمة تكون غير ملموسة¹.

✚ هناك تعريف آخر يقول بأن الخدمة تتمثل في جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ، فهذا التعريف يبين عامل خلو الخدمة المقدمة من أي عيوب وأخطاء، لما لها من تأثير على مقدم الخدمة والمستفيد منها على حد سواء².

تعددت أيضا التعريفات المقدمة من قبل الباحثين للخدمات الصحية، وأغلبها لا يخرج عن مضمون الخدمة الواردة سابقا، ومن بين هذه التعريفات ما يلي:

✚ تعرف الخدمات الصحية بأنها: "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستفيد (المريض) مقابل ثمن دون أن يتضمن تقديمها أي خطأ"³.

✚ هناك تعريف آخر للخدمات الصحية: "تشمل الخدمات الصحية كافة الخدمات التي تعنى بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها وهي تشمل كل الخدمات الصحية الشخصية والمركزة على السكان"⁴.

✚ ويمكن تعريفها أيضا على أنها: "جميع الأنشطة الموجهة للحفاظ على صحة الإنسان وسلامته من خلال معالجته من الأمراض والوقاية منها"⁵.

1- Jochen Wirtz et Autre : **Marketing de Services**, 6 em édition, Pearson éducation, France, 2009, P12

2- بديسي فهيمه، زويوش بلال، جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 07، 2011، ص:137.

3- آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2012، ص: 281.

4- تقرير منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس (تقرير من الأمانة)، 15 أبريل 2016، ص: 01.

5- مصطفى يوسف كافي، إدارة الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص: 99.

وفي الأخير يمكن إدراج التعريف التالي للخدمات الصحية: "هي جميع الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة"¹.

1.2.1.I الخصائص المميزة للخدمات الصحية:

هناك مجموعة من الخصائص تميز الخدمات عن السلع، يمكن حصرها فيما يلي²:

- الخدمات أشياء غير ملموسة، أي عدم إمكانية لمس الخدمة كما يحدث في حالة المنتج المادي الملموس، ومن ثم يصعب على العميل التعرف على جودة هذه الخدمة باستخدام حواسه المختلفة (اللمس والتذوق، النظر والسمع والشم).
 - التلازم الكامل بين تقديم الخدمة واستخدامها، بمعنى عدم القدرة على الفصل بين وقت إنتاج الخدمة ووقت استهلاكها.
 - صعوبة تخطيط الخدمة، أي عدم إمكانية تقديم خدمات متجانسة لكل العملاء، حيث يختلف أداء مقدم الخدمة من فرد إلى آخر، ومن وقت إلى آخر.
 - فنائية الخدمة، أي تلاشي الخدمة بعد تقديمها، ومن ثم عدم إمكانية تخزينها للاستفادة من نتائجها مرة أخرى.
 - الخدمة لا تحتاج إلى الاستخدام الكثيف لقنوات التوزيع المادية، كما هو الحال مع السلع المادية، وهو ما يؤكد على أهمية الاتصال المباشر بين شركات الخدمات وعملائها.
- الخصائص السابقة تشترك فيها الخدمات الصحية مع باقي الخدمات، لكن هنا خصائص تميز الخدمات الصحية لوحدها عن باقي الخدمات، نوجز أهمها فيما يلي:
- الخدمات الصحية تقدم لكل أفراد المجتمع، بغض النظر عن مستوياتهم الاجتماعية، الثقافية، التعليمية أو المادية.

1- بن تريح بن تريح، عيسى معزوزي، أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز (دراسة حالة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أمحمد بن عجيل بالأغواط)، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، الجزائر، المجلد 02، العدد 01، جوان 2018، ص:77.

2- وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص:46.

- الخدمات الصحية تهدف إلى تقديم منفعة عامة لمختلف الأطراف المستفيدة منها، أفراد، هيئات، منظمات،...، الخ.
- الخدمات الصحية تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد، من أجل الفحص والتشخيص، إجراء التحاليل والمعالجة¹.
- تتميز الخدمات الصحية بارتباطها بحياة الإنسان وشفاءه، وليس بشيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، لذا فإن معيارية الأداء للخدمات الصحية يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة وخاضعة إلى رقابة إدارية وطبية.
- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية، وعلى وجه الخصوص الجهة التابعة لها الدولة أو القطاع الخاص، وهذا يتعلق بتحديد منهج عمل المؤسسات الصحية والخدمات الصحية التي تقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك.
- تكون عملية اتخاذ القرار في المؤسسات الصحية موزعة ما بين الإدارة ومجموعة من الأطباء، عكس ذلك على مستوى مؤسسات الأعمال بحيث اتخاذ القرار يكون لصالح شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون قمة الإدارة.
- الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان، لذا يكون من الصعب تطبيق المعايير والمفاهيم الاقتصادية في المؤسسات الصحية كما تطبق في خدمات أخرى على عملها².

2.2.1.I الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية:

تتسم الخدمات الصحية بخصائص اقتصادية، بعضها ينصرف إلى جانب الطلب والبعض الآخر إلى جانب العرض وتتمثل في الآتي³:

✚ جانب الطلب وتتمثل في:

- طلب الخدمات الصحية يعد طلب مشتق: يكون الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة، إذ أن الزيارات المنتظمة إلى طبيب الأسنان قد تتم من أجل الحصول على أسنان

1- بديسي فهيمه، زويوش بلال، جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)، مرجع سابق، ص: 140.

2- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص: 59 - 60.

3- طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص: 31 - 36.

سليمة في المستقبل، وبهذا المعنى فإن المريض يستثمر في رعاية الفم والأسنان في الحاضر من أجل الحصول على أسنان سليمة في المستقبل.

- الخدمات الصحية تعد إنفاقاً استهلاكياً: فالسلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل الإشباع (المنفعة) التي تقدمها إما مباشرة في نفس اللحظة الزمنية لاستهلاكها أو في صورة تدفق الخدمات، حيث أن شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعطي إشباعاً مباشراً عادة، بينما شراء جهاز لقياس السكر أو الضغط الشخصي يقدم خدمات على مدى فترة زمنية ممتدة.

- يتسم الطلب على الخدمات الصحية بأنه طلب قليل المرونة: مثل جميع السلع الضرورية، وقد يصل أن يكون الطلب على بعض الخدمات الصحية عديم المرونة، وهذا يعني تضاًؤل أثر أسعار الخدمات الصحية على طلب تلك الخدمات.

🚩 جانب العرض وتتمثل في:

- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي: تبدأ بالتدخل الحكومي التقليدي المتمثل في وضع القواعد المهنية، وتنظيمها، والقواعد التي تحدد دفع مقابل الخدمات الصحية، ويتسع التدخل الحكومي في مجال الإنتاج المباشر للخدمات الصحية من خلال وحدات الإنتاج المملوكة للحكومة، وفي مختلف دول العالم ينتج النصيب الأكبر من الخدمات الصحية من طرف الحكومة، ونادراً ما تترك أسواق الخدمات الصحية إلى قواعد السوق الحر بصورتها المطلقة.

- يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير: مثله في ذلك مثل السلع والخدمات الأخرى، وذلك لأن بناء المستشفيات وتجهيزها وتدريب الأطباء والفنيين يحتاج لسنوات ومن ثم فإن العرض غير المرن لبعض مدخلات الإنتاج للخدمات الصحية في الأجل القصير يجعل عرض الخدمات الصحية كمنتج نهائي غير مرن كذلك في الأجل القصير.

- يتسم إنتاج الخدمات الصحية بكثافة استخدام عنصر العمل: كما أن إنتاجيتها تنمو ببطء بالمقارنة مع المجالات الأخرى في الاقتصاد القومي.

2.I مفاهيم وخصوصيات اقتصاد الصحة:

1.2.I مفهوم اقتصاد الصحة:

شهدت النفقات الصحية في العالم نموا بشكل متزايد الأمر الذي نجم عنه سوء في التسيير للخدمات الصحية وعدم قدرة التحكم في التكاليف، لدى ظهر علم اقتصاد الصحة كعلم منفصل من أجل ترشيد أكثر للنفقات الصحية، وستناول فيما يلي أهم التعاريف لاقتصاد الصحة، وكيف ظهر كعلم مستقل، والأسباب التي أدت إلى ظهوره.

1.1.2.I تعريف اقتصاد الصحة:

يعرف اقتصاد الصحة على أنه: العلم الذي يسعى للحصول على أحسن حالة صحية سواء كانت فردية أو جماعية، وذلك باستخدام وسائل مالية وبشرية وتقنية مع أقصى ترشيد للتكلفة¹.

اقتصاد الصحة هو كذلك: تطبيق النظريات والتقنيات الاقتصادية على قطاع الصحة، فالصحة ليست في حد ذاتها شيئا يمكن شراؤه أو بيعه، ففي بعض الحالات لا يمكن لأي مبلغ من المال ينفق على العلاج إعادة الحياة أو الصحة، لدى فان اقتصاديات الصحة هي تطبيق النظريات والتقنيات لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الوقائية أو العلاجية².

كما عرفها كل من "P. bonamour" و "F.Guyot" في كتابهم الاقتصاد الطبي: اقتصاد الصحة هو فرع المعرفة الذي يهدف إلى عقلنة النشاط الطبي والذي يدرس الحالة المثلى لتوزيع الموارد المتاحة لضمان أحسن علاج وأحسن حالة صحية للسكان، أخذا بعين الاعتبار قيود الموارد والوسائل المتاحة³.

هناك تعريف آخر لـ "Charles Phelps" يتكون الاقتصاد الصحي من دراسة السلوك البشري وبشكل أكثر تحديدا في تحليل آثار حوافز الأسعار والتكلفة والدخل على هذه السلوكيات⁴.

1 - Béatric Manjoni d'Intignono, **Economie de la santé**. Presses universitaire de France, Paris, 2001, P04

2 - Economie de la santé, **Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales**, OMS, ViH/SiDA, tuberculose et paludisme Faire reculer le paludisme, JUILLET 2003, P. 05

3 - P. Bonamour et F. Guyot : **Economie Médicale**, Editions Médicale et Universitaires, Paris 1979.

4 - brahim brahmia, **la santé entre économie et médecine**, Revue de sciences humaines, Vol :09, N° 02, P 22

ومن أجل تعريف اقتصاد الصحة وجب الموازنة بين ما يندرج فعلا في اقتصاد الصحة وبين ما هو ليس كذلك، وهذا ما يوضحه لنا الجدول الموالي¹.

الجدول رقم (01): ما يندرج ولا يندرج في اقتصاد الصحة

اقتصاد الصحة ليس	اقتصاد الصحة هو
- محاسبة للتكاليف	- تحضير معطيات ملائمة (تكلفة - ربح)
- الوسيلة التي أوجدها الضمان الاجتماعي للقيام بالاقتصاديات	- إيضاح للقرارات بشكل جماعي من أجل خفض التكاليف
- وسيلة حصرية في خدمة الإدارة	- نتائج مستعملة وجمع معلومات لتحسين نظام الصحة
- ممارسات متعارضة مع أخلاق مهنة الطب	- أخذ في الحسبان الآداب الطبية

المصدر: العلواني عديلة، مرجع سبق ذكره، ص: 17.

2.1.2.I ظهور اقتصاد الصحة:

يتعلق اقتصاد الصحة بالحصول على الصحة واستخدامها من خلال الوقاية والرعاية، فإقتصاد الصحة يبحث عن كيفية الحصول على أفضل صحة فردية وجماعية باستخدام الموارد المالية والتقنية والبشرية المتاحة، أو كيفية تقليل تكلفة الحصول على حالة صحية محددة، وينطبق هذا النهج على تحليل العمليات الطبية والتقنيات مثل اختيار العلاج الثقيل، أو تنظيم المستشفى أو تصنيع الأدوية، ولكن أيضا الاختيار الأفضل لبرامج الوقاية².

تطور تطبيق الاقتصاد في مجال الصحة منذ الستينات، وأول من كتب في هذا الفرع من العلوم هم الأمريكيون والانجليز، إلا أن بروزه كعلم مستقل أثار جدلا واسعا بين الاقتصاديين والأطباء، إذ يرى الاقتصاديون ضرورة تطبيق مبادئ الاقتصاد في مجال الصحة لهدف الاستغلال الأمثل للموارد وتقليل التكلفة، في حين يرى الأطباء أن مبادئ الاقتصاد تتناقض مع مهنة الطب وأهدافها، وظهر اقتصاد الصحة في النصف الثاني من القرن العشرين لم يكن صدفة بل كان نتيجة لأفكار وأبحاث اقتصاديين من بينهم "F.quesney" والذي يعد من الأوائل الذين تمكنوا من الفرعين العلميين (الاقتصاد

1 - العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، الجزء الأول، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر 2014، ص: 17.

2 - Abdoulaye BALDE, **Influence de la santé sur la croissance Economique: Le Cas du Sénégal, spécialité Macro Economie Appliquée**, université de Dakar, année universitaire 2003-2004, P 28.

والطب) فالرغم من أنه اقتصادي وهو الواضع للوحة الاقتصادية إلا أنه طبيب في تكوينه، فإكتشافه للدائرة الاقتصادية كان من خلال تأثير إكتشاف الطبيب الإنجليزي "W.harvey" للدورة الدموية، وتعتبر هذه أول نقطة مشتركة بين الفرعين العلميين تم إكتشافها وهي التركيبة البيولوجية والتركيبة الاجتماعية¹، إذا يمكن القول أن فلسفة اقتصاد الصحة تجمع بين مفهومين متباعين وهما الاقتصاد والطب، فالتفكير الاقتصادي يعتمد على قيد الموارد الإجمالية المتاحة، ويتخذ الاقتصادي الصفة التقنية الذي عليه تخصيصها بطريقة عقلانية، أما الطبيب فليست له قيود في مجال نشاطه إذ يتجاوز فكرة محدودية الأموال فبالنسبة له " الصحة ليس لها ثمن"²، وفي سنة 1963 ألفت "Arrow" إلى ضرورة الانتباه إلى حالة عدم اليقين المزدوجة في مجال الصحة حيث أثبت على أن السوق لا يستطيع تلبية الاحتياجات، وأن التأمين الصحي على الرغم من أنه ضروري لزيادة الرفاهية الفردية إلا أنه لا يستطيع تغطية جميع السكان لذلك يجب أن تتدخل الدولة بدورها لزيادة الرفاهية الجماعية، كما يحلل التباين المزدوج بين المرضى وأطبائهم من جهة وبين الأطباء والتأمين الصحي من ناحية أخرى³.

اقتصاد الصحة علم مفترق ذلك ما جعله يتطور بسرعة وهذا ما أشار إليه العديد من الاقتصاديين من بينهم "J.De bovrbon.Busset" أكد على أهمية تطوير وخلق علاقات بين مجالات البحث المختلفة، ويجب ملاحظة أنه غالباً عند التقاء فرعي معرفة مختلفين تحدث نتائج هامة، فليس من العشوائي أن العلوم المركبة من فرعين تتطور بسرعة، أضاف أنه يجب الحد من الاحتكار العلمي ويقصد هنا أنه لا يجب أن يبقى كل فرع علمي منغلق على أفكاره بل يجب التفتح على العلوم الأخرى للوصول إلى نتائج هامة لم يحققها الفرع الأحادي لوحده⁴.

على الرغم من الاختلاف بين الصحة والاقتصاد من حيث الموضوع والمنهج، إلا أن هناك نقاط جوهرية تجمعهم، نسردها في التالي:

✓ الاقتصاد والصحة يهتمان بالإنسان، إما على مستوى الفرد أو على مستوى المجتمع.

1 - Guy Delande, **Introduction a l'economie de la santé**, Edition John Libbey, Paris 1991, P03.

2- تاتي نافع، تجربة العيادات الخاصة بالجزائر، مذكرة نهاية الدراسة، المدرسة الوطنية للإدارة، فرع إدارة الصحة، 2004، ص22.

3- Kenneth J. Arrow, **Uncertainty and the welfare Economics of Medical Care**, The American Economic Review, Volume 53, Issue 5, (Dec.,1963), p 941- 973.

4 - J. bovrbon Busset, **la prospective de la prospective**, cahiers de sociologie et de la démographie médicales, Prs 1983, N° 02

- ✓ كلاهما يحتويان على ميكرتومات التعديل الذاتي، السوق كموضوع للاقتصاد، وجسم الإنسان كموضوع للصحة.
- ✓ التعقيد في الظواهر موضوع الصحة، فهي نظام معقد يحتوي على متغيرات دائرية، تأثيرها على عضو ما ينجر عنه الأثر على التركيبة الكلية وذلك لمدى علاقة مكونات النظام فيما بينها.

3.1.2.I أسباب ظهور اقتصاد الصحة:

هناك عدة عوامل ساعدت على ظهور اقتصاد الصحة، منها ما هو اقتصادي ومنها ما هو اجتماعي، وبصفتنا كإقتصاديين سنركز على العوامل الاقتصادية التي عجلت بتطبيق مبادئ الاقتصاد على الصحة.

✚ الثقل الاقتصادي للنفقات الصحية:

بعد الحرب العالمية الثانية ظهر الترابط بين الصحة والاقتصاد بشكل كبير ذلك من خلال بروز الثقل الاقتصادي الذي أصبح يشكله الإنفاق الصحي، لذا أصبح من الضروري التفكير في الطرق العقلانية لتسيير الموارد والوسائل في المجال الصحي، حيث عرف الاستهلاك الطبي نموا متزايد في مختلف الدول، فرنسا على سبيل المثال قدرت نفقاتها الصحية بـ 3 مليار دولار سنة 1965، لتصل إلى 100 مليار دولار سنة 1975، ثم بلغت 550 مليار دولار عام 1990، فمنذ الحرب العالمية الثانية والإنفاق الصحي أكبر من الناتج المحلي الخام في أغلب البلدان¹، لهذا كان الرجال الإقتصاديون مجبرون على إدخال التطبيقات الاقتصادية في الصحة لهدف تقليل التكلفة وترشيد النفقات الصحية.

✚ البحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي:

بعد الركود الاقتصادي ومحدودية الموارد المالية والذي تزامن مع تزايد نفقات الصحة كان من الضروري تطبيق معايير اقتصادية في ميدان الصحة في منتصف السبعينات ومنه التفكير في تسيير جديد

1- سنوسي علي، نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة معارف الصادرة عن جامعة

البويرة، العدد 12، جوان 2012، ص: 09.

وأكثر عقلانية للوسائل والموارد المقدمة للصحة من جهة، ومن جهة أخرى ترشيد النفقات لغرض إشباع أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع¹.

2.2.1 خصوصيات اقتصاد الصحة:

تتمثل خصوصيات اقتصاد الصحة في التدخل الحكومي، اللابيين، عدم تماثل المعرفة، الوفرة الخارجية، وستتطرق إليها بشيء من التفصيل فيما يلي²:

1.2.2.1 التدخل الحكومي (Gouvernement Intervention):

دور الحكومة في ميدان الصحة لا يقتصر على التوجيه أو التعديل فقط، بل يتعدى ذلك لتصبح الدولة المسؤولة الأول عن القطاع، إذ تتدخل عنوة في أسواق الرعاية الصحية من خلال المساعدات الاجتماعية وبرامج التأمينات، هذا ما نجده حتى في الدول التي تتبع المنهج الليبرالي مثل (و.م.أ.)، تتحكم الحكومة أيضا في السلوك الاقتصادي المباشر لمزودي الرعاية الصحية مثل المستشفيات، العيادات، الأطباء، حيث تعمل على مراقبة هؤلاء المزودين من خلال مراقبة أسعار الخدمات الصحية المقدمة، على الرغم من أن معظم الدول تخلت عن مراقبة أسعار الخدمات الصحية من خلال إخضاعها لقواعد السوق (الطلب والعرض) إلا أنها لم تستطع التخلي عن عملية تسعير الخدمات الصحية. التدخل الحكومي يمس أيضا التعليم الطبي، يظهر ذلك من خلال المخصصات المالية التي تنفقها الدولة على مجالات التعليم والبحث الطبي، والهدف من هذا التدخل الحكومي في ميدان الصحة هو تنظيم هذا الميدان والسهر على السير الحسن له.

2.2.2.1 اللابيين (Uncertainty):

اللابيين لا ينحصر فقط على المستهلك (المريض في الرعاية الصحية)، بل مزودو الرعاية الصحية يواجهون أيضا لايقينا كبيرا، فالأطباء غالبا ما يوصون بالمعالجة عند أسعار شديدة التفاوت وغالبا ما

1- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير مالية عامة، جامعة تلمسان، 2015-2016، ص: 23.

2- تشارلز فيليبس: نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، ترجمة بلال البنا، الطبعة الأولى، حقوق النشر محفوظة للمجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2003، ص: 12-20. (بتصرف).

يتباعدون كثيرا عن أي معالجات يوصفون بها، وان التناقض بين مدخلنا إلى اللايقين في بعض نواحي العناية الطبية (مثل أدوية جديدة)، وإلى لايقين مماثل أكبر في نواحي أخرى (مثل كفاءة الأسلوب) ليستوجب أيضا الانتباه فأحيانا تنظم السوق بكثافة وفي أخرى ترخص لمزودي الرعاية الصحية، ومن ثم نضع ثقتنا فيهم لاتخاذ القرارات الملائمة، فبذلك قد تنشر مداواة جديدة خلال الدولة بدون الكثير من الجهد كما في دراسة حالة تحكيمية وحيدة، مع ترك جانب لتجربة تحكيمية عشوائية حقيقية مثل ما يجب أن يتطلبه دواء جديد، فلماذا نسلك بهذا الاختلاف بتلك النواحي من اللايقين.

3.2.2.1 عدم تماثل المعرفة (Asymmetric Knowledge):

يتواجد التماثل عندما يتطابق شيئين في الحجم، الشكل أو القوة، وعندما يساوم شخصان في تبادل اقتصادي، وأحدهما لديه الكثير من المعلومات عن الآخر فتظهر قضايا المعلومات الغير المتماثلة (المعرفة قوة)، فهكذا يقول المثل وهذا ما يتضح في مفاوضات نزع السلاح عالميا، وفي المناقشات بين الطبيب والمريض إلا أنه في الحالة السابقة كلا الجانبين لهما الفرصة و(بفرضية) نفس المهارات في تقييم الأوضاع وادعاءات الآخر، وفي الرعاية الصحية العكس صحيح: طرف الطبيب عموما لديه مستوى من المعلومات أعلى عن الطرف الآخر بخصوص القضايا المطروحة المسماة التشخيص ومعالجة المرضى، ففي حالة نزع السلاح فالطرفان لهما نفس الحوافز لإظهار المعلومات أما في حالة الطبيب والمريض، فالمريض يرغب وبوضوح في إظهار المعلومات للطبيب لكن الطبيب قد يكون في موقف مختلف، فالواجب المهني، الأخلاقيات والمسؤولية الشخصية تدفع الطبيب ليكون صريحا وأمينًا، ومع ذلك هناك تعارض للدافع البسيط للربح يمكن أن يقود الطبيب إلى اختيارات مختلفة ببساطة إذا رغب الطبيب في ذلك قد يمكنه أن يكون قادرا على خداع المريض ويتحصل على نقود أكثر، وبالمثل كما هو في العديد من أوجه اقتصاديات الرعاية الصحية، فهذا الموقف ليس فريدا للرعاية الصحية، فلقد استنبطنا تنوعا من آليات الحماية المرضى - المستهلكين الغير مثقفين، من ممارسات مماثلة، بعضها مطبق بقوة أكثر في الرعاية الصحية عن أخرى.

4.2.2.I الوفرات الخارجية (Externalités):

من ناحية أخرى، تفصل بأهمية ما بين الرعاية الصحية والكثير من الأنشطة الاقتصادية هو الحضور الشائع للـ"وفورات الخارجية"، الموجبة والسالبة فالمنافع والتكاليف الخارجية تتواجد عندما تخلق أفعال شخص منافع أو تفرض تكاليف على الآخرين، وحينما تلك المنافع والتكاليف لا تحسب كخصوصية لقرارات الأفراد، فالعديد من النجاح المبكر في الطب تعامل مع أمراض معدية، أكثر أشكال الحدث نقاء بالنسبة للوفورات الخارجية فعندما يصبح الناس مرضى بمرض معدي، فهم لا يتحملون فقط مرضهم ولكن أيضا يزيدون من مخاطرة نقل العدوى إلى آخرين، وعندما يتخذون الخطوات لتجنب هذه الأمراض فهم يمنحون منفعة ليس لذاتهم فقط بل أيضا لمن حولهم.

فالكثير من الأنشطة للرعاية الصحية لديها القليل أو لا منافع خارجية ولكن للدهشة فالكثير من هذه الأنشطة لها تلك الوفرات الخارجية الجوهرية أصبحت تكون جزء كبير من مجتمعنا لدرجة أنه غالبا ما نعتزف على وجودها أو عواقبها، فمراقبة الصرف الصحي، ومقاومة الناموس وقواعد الحجر الصحي لأمراض معينة وبرامج التطعيم الضخمة للأمراض المعدية، غالبا ما تمر دون أن يلاحظها الشخص العادي والبعض الآخر من الأنشطة الخاصة تخلق أيضا تكاليف خارجية.

3.I مقاربات وأسس اقتصاد الصحة:

من خلال هذه المساحة البحثية سنتناول مقاربات اقتصاد الصحة، كما سنتطرق إلى أسس اقتصاد الصحة على المستوى الجزئي وعلى المستوى الكلي.

1.3.I مقاربات اقتصاد الصحة:

يوجد مقاربتين أساسيتين للاقتصاد الصحي، الأولى خاصة باقتصاد السوق، أما الثانية فهي تخص الاقتصاد المخطط.

1.1.3.I مقارنة اقتصاد السوق:

أصبحت العديد من الدول تعمل على تهيئة السوق للتكيف مع سياسة التحرر الاقتصادي سعيا لتحقيق المزيد من المنافسة وعدم سيطرة القوى الاحتكارية، واقتصاد السوق هو نظام اقتصادي يتم فيه

إنتاج وتوزيع السلع والخدمات من خلال آليات السوق الحر في ظل نظام حر للأسعار بدلا من قيام الحكومة بذلك في الاقتصاد المخطط¹، وعند الحديث عن مقاربات اقتصاد السوق باقتصاد الصحة تبرز لنا عدة إشكاليات:

أولاً: تخضع السلع والخدمات لمنطق الطلب والعرض في اقتصاد السوق، فهل يبقى هذا المنطق صالح في مجال الصحة؟

هناك عدة ميزات تجعل سوق الخدمات الصحية يختلف عن باقي أسواق الخدمات الأخرى، فهناك ميزة طالب وعارض للخدمات الصحية، فالمستهلك لا يستطيع الاختيار في سوق الخدمات الصحية وذلك لجهله لنوعية المرض، ومن جانب العارضين للخدمات الصحية، فالطبيب لا يعتبر موزع للعلاجات فقط بل صاحب القرار، يعني أن المستهلك لا يمكنه مناقشة الطبيب من ناحية نوعية العلاج المقدم، إضافة إلى هذه الميزة هناك ميزات أخرى لا نجدها في اقتصاد السوق مثل تدخل الدولة في تحديد أسعار المنتجات الطبية فهي هنا لا تخضع لقانون السوق².

ثانياً: الإشكال الثاني الذي يطرح نفسه عند مقارنة الصحة باقتصاد السوق يتمثل في اعتبار الصحة استثمار أم استهلاك؟

فكرة الصحة كسلعة استهلاكية تطرق إليها "Phelps" و "Neuhovse" سنة 1974، وقد انطلقا من تقسيم الأعباء التي يتحملها المريض إلى:

جزء أول: يمثل "p" سعر الوحدة الواحدة من الخدمة العلاجية المقدمة، وتمثل "c" وحدات الخدمة الغير المعوضة من طرف ميكترمات التحصيل، و "cp" يمثل العبيء الناتج من المبلغ الغير معوض.

جزء ثاني: ساعات العلاج ويرمز لها "T" و "W" تمثل قيمة الساعة الواحدة إذا قام المريض بأداء عمله اليومي دون علة، أما قيمة الوقت في العلاج فيرمز له "WT".

1- منصورى الزين، دور الدولة في تنظيم المنافسة ومنع الممارسات الاحتكارية في ظل اقتصاد السوق -حالة الجزائر-، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 11، جوان 2012، ص: 302-303.

2- نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص: اقتصاد مالي، جامعة قسنطينة، 2004-2005، ص: 21.

نتيجة ذلك الأعباء التي يتحملها المريض: $c=cp+wt$.

إذا كان الوقت المستغرق في العلاج قصير فإن تكلفة الوقت المستعمل سوف تتدن وتبقى النسبة الكبيرة من العبء الكلي مكونة من المبلغ النقدي غير المعوض، ومنه إذا كانت هناك تغطية اجتماعية واسعة للسكان فإن المبلغ المالي المدفوع والغير معوض يكون قليل، ويبقى المؤثر الكبير هو تكلفة الوقت المستعمل، وان ما يدفع المستهلك لتجمل هذه الأعباء هي الحاجة للصحة والتي ستولد طلب على الخدمات الصحية لأجل تحسين حالة المريض¹.

أما فيما يخص الصحة كسلعة استثمارية فمن أجل القدرة على العمل وتحسين الإنتاجية الفردية، حيث تصبح الصحة سلعة وسيطة يستعملها الإنسان من أجل تحسين أداءه فالنفقات الناتجة من استهلاك السلع والخدمات الصحية تعتبر استثمار يهدف إلى الرفع من الرأسمال البشري، فنظرية الرأسمال البشري مرت بعدة مراحل لتصل لكون الصحة سلعة استثمارية، كما أن مصطلح الرأس مال البشري يعتبر جديد نسبيا وقد أستعمل بعد الحرب العالمية الثانية، لكن أول من لاحظ وجود استثمار في صحة الإنسان هو "E.Chdwick" عن طريق تقرير حول الحالة الصحية للعاملين في بريطانيا سنة 1842، حيث كانت أول محاولة لربط الصحة بالاقتصاد².

2.1.3.I مقاربة الاقتصاد المخطط:

الأساس في هذه المقاربة هو أنه عوض أن يكون السوق هو المنظم في تقديم الخدمات الصحية، يصبح المنظم لها في الاقتصاد المخطط أجهزة الدولة، وما يميز هذه المقاربة أنها ترى في التخطيط الصحي شئ أساسي من أجل تلبية الحاجيات الصحية لأفراد المجتمع، والخدمات الصحية المقدمة في هذا النوع من الأنظمة مجانية في أغلبها، هذا ما يجعل هناك طلب كبير على الخدمات الصحية في الدول التي تتبع هذا النظام، وهناك ميزة أخرى في هذه المقاربة، هي فكرة أن مصدر المرض هو اجتماعي ناتج عن

1 - André LABOUR DETTE, *Economie de la santé*, Presse universitaire de France, Prais 1998, P30.

2 - M.Riboud, *étude de l'accumulation du capital humain en France*, Revue Economique, Mars 1975, P222.

اختلالات تنتج عن احتياجات حيوية للجسم، وبما أن الدولة هي المسؤولة عن تنظيم المجتمع فهي المسؤولة أيضا عن تعديل هذه الاختلالات الناتجة في داخله¹.

2.3.I أسس اقتصاد الصحة:

إن التحليل الاقتصادي على المستوى الجزئي والكلّي المطبق على الصحة يوضح المشكلات المتعلقة بقضايا الصحة والتكاليف المتزايدة والبدائل التمويلية لمختلف الأنظمة الصحية، ويوضح الاختيارات الأفضل للمجتمع من أجل تكييف موارده مع احتياجاته، لذا سنحاول التعرض في هذا العنوان إلى أسس الاقتصاد الصحي على المستويين الجزئي والكلّي.

1.2.3.I أسس اقتصاد الصحة على المستوى الجزئي:

الطلب والعرض:

يمكن النظر إلى سوق الخدمات الصحية من جانب الطلب والعرض مثل كل الأسواق:

الطلب: في الاقتصاد لا يشير الطلب إلى الرغبة في الشراء أو الاستهلاك فقط، بل أيضا القدرة على شراء السلع والخدمات وهذا يعني أن المستهلكين يجب أن تكون لديهم الرغبة والقدرة على الدفع مقابل منتج أو خدمة والاستعداد لدفع ثمنها²، وكما هي العادة في أدبيات النظرية الاقتصادية فإن الطلب على الخدمات الصحية يتم من خلال استكشاف محددات الطلب لهذه الخدمات في إطار نموذج مستهلك نمطي يتميز سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت مجموعة من الافتراضات:

- المستهلك النمطي يكون له دخل ثابت وقدر معين من التعليم والمعرفة.
- المستهلك النمطي لا بد أن يتمكن من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية، ويكون ذلك من خلال دالة للمنفعة تكون معرفة لحالته الصحية، كما تتميز هذه الدالة بالخصائص المعروفة لهذه الدوال فيما يخص المنفعة الحدية.
- الحالة الصحية للمستهلك النمطي تنتج بواسطة دالة للإنتاج تستخدم فيها مدخلات لإنتاج الصحة كصحة البيئة ومستوى التغذية وتتأثر هذه المدخلات بالمستوى المعرفي للمستهلك.

1- نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة، مرجع سابق، ص 28.

2 - Demand And Supply In Health Care, Online: <http://www.sgrrits.org/pdf/e-content/management/demand-and-supply-in-health-care.pdf>, P 03, visited : 18/11/2019.

- لا بد أن تسود أسعار تنافسية للسلع الاستهلاكية ولمدخلات إنتاج الصحة، ويأخذها المستهلك كمعطيات ولا يستطيع أن يؤثر عليها، ويمكن اعتبار سعر السلعة الاستهلاكية كمعيار للأسعار ومن ثم يمكن التعامل مع سعر السلعة يساوي الواحد. يقوم المستهلك النمطي باتخاذ القرارات الاستهلاكية على أساس هذه الافتراضات، ذلك بتعظيم دالة المنفعة باختبار كمية السلعة المستهلكة وكمية مدخلات إنتاج الصحة وذلك في ضوء القيود المفروضة من طرف الموارد المتاحة له في شكل دخل ثابت ودالة إنتاج الصحة¹.

ـ العرض: فيما يخص عرض الخدمات الصحية فإن تقنيات الإنتاج تشمل مدخلات العمل من أطباء وكوادر طبية متخصصة ومساعدة، إضافة إلى عوامل إنتاج وسيطة ورأس المال، كما تلعب الإمدادات الطبية كالأدوية والمعدات دور مهم في إنتاج الخدمات الصحية، وفي إطار إنتاج الخدمات الصحية يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال التعرض للحوافز الاقتصادية والاجتماعية التي تدفع مختلف الأطراف إلى القيام بأعمالهم وأدوارهم في هذا المجال، حيث يمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمالة ماهرة تحفزهم تركيبة الأجور في الاقتصاد وتسعى لتعظيم دالة منفعة تقليدية معرفة على الدخل وعلى الوقت المتاح للراحة، من جانب آخر ولأنهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول تقنيات إنتاج الخدمة الصحية، يمكن النظر إليهم كمنظمين أو إداريين للعملية الإنتاجية².

يسبق كل هذه الأدوار والقرارات المتخذة من الأطباء، القرار الابتدائي حول دراسة الطب ليصبح الفرد طبيبا، وهو قرار يعرف بالاستثمار في الرأس المال البشري، إذ تركز نماذج رأس المال البشري على قرارات الاستثمار في رأس المال البشري بواسطة الأفراد وذلك بالاستناد على الافتراضات التالية:

- الأفراد وعند اتخاذهم قرار التدريب يتوقعون الحصول على دخل أعلى في المستقبل يعوض تكلفة التدريب.
- يفترض أن تقتصر تكلفة التدريب على التكلفة البديلة.
- يفترض ثبات سعر الفائدة الذي يستخدمه الأفراد في حسم التدفقات المستقبلية.

1- علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22، أكتوبر 2003، السنة الثانية، ص: 05.

2- نفس المرجع، ص: 06.

على أساس هذه الافتراضات، وفي إطار التوازن التنافسي، سيكون توزيع دخول العمال بحيث تتوازن القيمة الحاضرة للتدفقات المستقبلية، ذلك لخيارى الانخراط في التدريب أو عدم الانخراط، بعد حسم التدفقات المستقبلية يسعر الفائدة التنافسي، ويترتب على مثل هذا التحليل أن عرض الأطباء يعتمد هيكل التكلفة البديلة للدراسة وعلى أسعار الفائدة السائدة في الاقتصاد¹.

التكلفة في اقتصاد الصحة:

تعتبر تكلفة المرض من بين أهم أنواع التكاليف التي يهتم بها اقتصاد الصحة وذلك لغرض ترشيد استخدام الموارد وتخفيض التكاليف، فالتكلفة الاقتصادية للمرض هي تجميع كل أنواع التكاليف التي تسبب بها المريض والاقتصاديون لا يرون التكلفة المالية على أنها مجموع النفود المقدمة من طرف المريض للطبيب فقط، بل يأخذ في الحسبان التكاليف المشغلة في المستشفى المعالج فيه، وضياح الدخل الافتراضي للمريض ومن حوله وهذه التكاليف هي ما تسمى بـ "التكلفة الاقتصادية للمريض"²، وبدورها تنقسم إلى تكاليف مباشرة وتكاليف غير مباشرة كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (02): التكلفة في اقتصاد الصحة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على: العلواني عديلة، مرجع سبق ذكره، ص: 38.

1- علي عبد القادر علي، مرجع سابق، ص: 06-07.

2- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، مرجع سابق، ص: 37.

التسعير في اقتصاد الصحة:

يعرف السعر على أنه القيمة المحددة للمنافع التي يحصل عليها الفرد من السلع أو الخدمات¹، ويعرف أيضا على أنه القيمة النقدية التي يدفعها المشتري نتيجة الحصول على سلعة أو خدمة طبية²، وفي المجال الصحي فإن الخدمات الطبية والعلاجية تكون على مستوى المستشفيات، لذا فإن تسعير هذه الخدمات تختلف حسب المستشفيات فمنها ما هو عام ومنها ما هو خاص، والجدول الموالي يوضح أهم أنواع التسعير المتبعة في المستشفيات:

الجدول رقم (02): أنواع التسعير في المستشفيات

التسعير حسب اليوم	يتم حسابه للسنة الموالية من خلال حاصل قسمة النفقات الإجمالية للسنة الفارطة على العدد الإجمالي لأيام الاستشفاء حسب الحالات وسعر اليوم.
التسعير حسب المرض	يقوم على أساس التنبؤ ويعتمد على تسعيرة مرجعية إذ يكون المبلغ محدد سلفا قبل فترة إنتاج الخدمة من طرف المستشفى أو السلطة الصحية.
التسعير حسب الميزانية العامة	يكون من خلال منح كل مؤسسة علاج في بداية كل سنة ميزانية محددة بدلالة نفقات السنة الفارطة مع تطبيق نسبة نمو محددة من السلطة الصحية كل سنة.
الدفع حسب النشاط	يعتمد على التمويل حسب النشاط الفعلي إذ تقوم المؤسسة بالتعويض حسب النشاط الفعلي وتقوم المؤسسة الاستشفائية بتعويض كل مريض بشكل فردي.
الدفع حسب الرؤوس	يرتبط بشكل كبير بحجم النشاط الاستشفائي ولا يأخذ في الاعتبار النشاطات الأخرى المتعلقة بالوقاية والعلاج ويعتمد على العقود ونمط الدفع الخاص بالضريبة على الرؤوس.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على: العلواني عديلة، مرجع سبق ذكره، ص 41-44.

I.2.3.2 أسس اقتصاد الصحة على المستوى الكلي:

إن الأنظمة الصحية تختلف من بلد لآخر، ذلك بفعل تغير مكونات معادلة الاقتصاد الكلي وأيضا باختلاف نسب متغيراتها، وهذا ما يعطي معادلات مختلفة على المستوى الكلي وبالتالي تنوع في النظم

1- عقون شرف، تسعير المياه ودوره في تحقيق كفاءة استخدامها بالجزائر، مجلة اقتصاد المال والأعمال، مجلد 01، العدد 02، 2017، ص 292.

2- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص: 261.

الصحية، هذا ويعد التوازن في معادلة الاقتصاد الكلي أمر ضروري لتغطية نفقات الصحة من خلال المصادر المختلفة للتمويل حسب كل نظام صحي، وان تمويل نفقات الصحة يعد من المواضيع الهامة في المجال الصحي، فإحداث التوازن على المستوى الكلي بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها يؤدي إلى تحسين ورفع من الكفاءة الصحية، والمقصود بمعادلة التكافؤ هنا هو وصف التبادلات المالية القائمة بين الفاعلين الرئيسيين في نظام الصحة وهي مستلهمة من معادلة الاقتصاد الكلي التي تساوي بين الإنتاج، التوزيع، ونفقات الفاعلين الاقتصاديين¹.

ـ التوازن في معادلة التكافؤ لاقتصاد الصحة: توفر هذه الأداة التحليلية إمكانية ظهور تكافؤ آخر يقوم على مستوى اقتصاد الصحة ويكون بين عرض العلاج والطلب عليه، والنفقات المخصصة للدفع للفئة الأولى ومواجهة نفقات الفئة الثانية وهذا ما يسمى بالتكافؤ المزدوج في اقتصاد الصحة والمعبر عنه بالمعادلة التالية²:

$$(I+C)+M+A = P.Q = (H+S).N$$

حيث أن معادلة التكافؤ في اقتصاد الصحة تتشكل من ثلاثة أطراف:

$(I+C)+M+A$: هي وسائل التمويل ويعبر عنها بمصادر الإنفاق على الصحة.

$P.Q$: هو الطلب على الخدمة الصحية ويعبر عنه بعدد الوحدات المستهلكة في السعر.

$(H+S).N$: هو عرض الخدمة الصحية ويعبر عنه بمدخيل عمال الصحة.

كما أن:

$(H+S)$ = الأتعاب والأجور، (N) = مقدمين العلاج، (P) = سعر وحدة العلاج، (A) = قسط التأمين

(Q) = حجم استهلاك العلاج، $(I+C)$ = ضرائب واشتراكات، (M) = التكلفة المتحملة من المريض.

ـ اللاتوازن التلقائي في معادلة التكافؤ: إن التغير في أحد عناصر المعادلة أو التغير في نسبة مساهمة كل عنصر سيؤثر على التوازن وعلى شكل ونوع نظام التمويل المتبع، وهذا التغير يكون في أحد النقاط التالية:

1- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، مرجع سابق، ص: 47.

2- نفس المرجع السابق، ص: 49.

✓ الارتباط بين حدود المعادلة: حيث أن تغيير أي حد من حدود المعادلة سيؤثر حتما على الحدين الآخرين، إذ أن ارتفاع في النفقات بسبب ارتفاع الأسعار أو عدد المعالجين أو بسبب الاثنين معا سيتطلب وسائل تمويل جديدة.

✓ تغيرات الحالة حسب الدول: تتغير أجزاء المعادلة حسب كل نظام صحي، فهناك أنظمة تعتمد على الضرائب في تمويل الصحة، وأنظمة أخرى تعتمد على الاشتراكات الاجتماعية المقتطعة من الأجور، في حين الأنظمة الحرة تعتمد على الضرائب وعلى التأمينات الصحية الخاصة، وبالتالي فإن حدود المعادلة تتغير من بلد لآخر حسب طبيعة النظام.

✓ من يدفع من يستهلك من ينظم: السكان في أي دولة يتكونون من صنفين أو ثلاثة حسب تركيب كل دولة، فالطبقة العاملة هي التي تسهم بشكل كبير في تمويل الصحة عن طريق الاقتطاعات من الضمان الاجتماعي، أما فئة المتقاعدين والغير قادرين على العمل تكون نسب اشتراكهم ضعيفة في حين استهلاكهم للعلاج كبير، وبالتالي تسهم طبقة العمال بتمويل الدفع للطبقة الغير عاملة بالنسبة للعلاجات المعوضة.

✓ اختلاف وتطابق المصالح: يسعى المرضى دائما في الاستفادة من خدمات صحية ذات جودة عالية وبطلب مستمر ومتزايد مما يؤدي إلى ارتفاع مستمر في النفقات الصحية هذا من جهة، ومن جهة أخرى يرغب الأطباء والعمال الصحيين في ارتفاع أجورهم وعددهم، وبهذا فإن المعادلة تتجه بشكل تلقائي إلى زيادة حجم الإنفاق، وهذه الإستراتيجية من العارضين والطلابين للصحة لزيادة النفقات قد تؤدي إلى إستراتيجية دفاعية من طرف الممولين للصحة للقيام بتعديلات لغرض التحكم في الارتفاع المتزايد للنفقات¹.

II ماهية الأنظمة الصحية:

يؤكد الكثير من خبراء الأنظمة الصحية في العالم على أن النظام الصحي هو الأداة التي من خلالها يتم التعرف على احتياجات الأفراد من الخدمات الصحية والعمل على توفيرها، ذلك من خلال توفير الموارد والوسائل اللازمة وتسييرها وفق أسس صحية مما يؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة الفرد وتعزيزها.

1- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، مرجع سابق، ص: 51-53.

سنحاول من خلال هذا الجزء التعرف على ماهية الأنظمة الصحية من خلال التطرق إلى مفهوم النظام الصحي (تعريفه، وظائفه وأهدافه)، نشأة الأنظمة الصحية العالمية (نظام بيفردج، نظام بيسمارك، والنظام الحر)، وفي الأخير سنتعرف على مكونات النظام الصحي ونشاطاته.

1.II مفهوم النظام الصحي (التعريف، الوظائف، الأهداف):

1.1.II تعريف النظام الصحي:

يمكن فهم "النظام" على أنه ترتيب للأجزاء وترابطها لغرض معين، وما يميز النظام الصحي هو أن الغرض منه يتعلق بصحة الأفراد ويحتوي النظام الصحي على العديد من الأجزاء، بالإضافة إلى المرضى والأسر والمجتمعات تلعب وزارات الصحة ومقدمو الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية وهيئات التمويل الصحي وغيرها من المنظمات أدوار مهمة¹.

كما عرف (Roemer) النظام الصحي على أنه "مجموعة من الموارد والتنظيم والتمويل والإدارة التي تتوج بتقديم الخدمات الصحية للسكان"².

أعدت منظمة الصحة العالمية سنة 2000 تحديد الغرض الرئيسي في تعريفها للنظام الصحي على أنه "جميع الأنشطة التي يتمثل هدفها الرئيسي في تعزيز الصحة واستعادتها والحفاظ عليها"³.

كما يعرف النظام الصحي بأنه كل الجهود المبذولة والتي تهدف إلى تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالاهتمام الصحي للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة⁴.

مما سبق يمكن تعريف النظام الصحي أيضا بأنه جميع المؤسسات والموارد التي تدخل في إنتاج

التدخلات الصحية بهدف تحقيق أفضل مستوى صحي للأفراد، مراعيًا في ذلك عدة أمور وهي¹:

1 - Healthy development, **The World Bank strategy for HNP Result** Annex L- April 24, 2007, report, P 01.

2 - Roemer MI, **National Health systems of the world**, Vol 01, New York, Oxford University Press, 1991.

3 - The world Health Report 2000 Health Systems: **improving performance**, Geneva World Health Organization, 2000, p04.

4- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة

الدكتوراه علوم، علوم التسيير، قسم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2009 - 2010، ص: 15.

- لا بد أن تكون التغطية الصحية شاملة وعادلة.
- هذه التغطية الصحية عليها أن تكون معقولة وغير مكلفة للدولة والمواطن.

2.1.II وظائف النظام الصحي:

للنظام الصحي أربع وظائف أساسية، ويحدد طلب الأفراد للخدمات الصحية والإدارة العامة للقطاع الصحي إلى حد كبير أداء هذه الوظائف، والمتمثلة أساسا في²:

➤ **الإشراف:** الإشراف الشامل على النظام في إطار السياسة العامة، وهذه الوظيفة عادة وليس دائما ما تكون من مسؤولية الحكومة من خلال تحديد الأولويات الصحية التي يجب أن تستهدفها الموارد العامة، الإطار المؤسسي الذي يجب أن يعمل فيه النظام والعديد من الجهات الفاعلة، الأنشطة التي يجب تنسيقها مع الأنظمة الأخرى، المعلومات المطلوبة ومن يجب عليه ضمان اتخاذ قرارات فعالة بشأن المسألة الصحية بما في ذلك الوقاية من الأوبئة وتخفيفها.

➤ **توفير الخدمات الصحية العامة والخاصة:** وهو المنتج الأكثر وضوحا لنظام الرعاية الصحية، حيث تعمل أفضل النظم على تعزيز الصحة ومحاولة تجنب المرض من خلال التعليم والتدابير الوقائية.

➤ **مدخلات الخدمات الصحية:** تمثل مدخلات الخدمات الصحية (إدارة الموارد) تجميعا للموارد الأساسية لتقديم الخدمات الصحية، ولكن عادة ما تكون هذه المدخلات موجهة على حدود النظام الصحي، وتشمل هذه المدخلات الموارد البشرية، الأدوية، المعدات الطبية، وغالبا ما يستغرق إنتاج هذه الموارد وقتا طويلا.

➤ **التمويل:** يشمل تمويل النظام الصحي جمع الإيرادات وتجميع المخاطر المالية وتخصيص الإيرادات (الشراء الاستراتيجي للخدمات)، ويستلزم تحصيل الإيرادات جمع الأموال لدفع تكاليف الرعاية الصحية. وتتمثل آليات تحصيل الإيرادات في الضرائب العامة، المساعدات الإنمائية للصحة، الإسهامات الإلزامية في كشوف المرتبات، أقساط التأمين، النفقات المباشرة للأسر، ولكل نظام صحي طريقة محددة لتحصيل الإيرادات وتجميع الأموال.

1- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية - دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص: 105.

2 - Healthy Development, **The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results**, World Bank Publications, 24 april2007, report, p 174 – 175.

3.1.II أهداف النظام الصحي:

النظام الصحي عبارة عن مجموعة من المؤسسات والموارد التي تعمل على تحسين صحة السكان وهناك عنصرين رئيسيين في هذا النظام هما إنتاج الرعاية الصحية، وتمويل الرعاية الصحية، إذ يحدد إنتاج الرعاية الطريقة التي تقدم بها الرعاية، أما تمويل الرعاية الصحية فيحدد الطريقة التي تدار بها النفقات الصحية¹، لذا لا يجب على الأنظمة الصحية أن تكتفي بتحسين مستوى صحة السكان فقط بل أيضا حمايتهم من التكاليف المالية التي تترتب عليها الأمراض، وعلى الرغم من اختلاف الأنظمة الصحية من بلد إلى آخر حسب المتطلبات الاقتصادية والاجتماعية لكل بلد، إلا أن منظمة الصحة العالمية حددت في تقريرها أهدافا ثلاثة للنظام الصحي في أي دولة كالاتي²:

- تحسين مستوى صحة أفراد المجتمع.
 - الاستجابة لتوقعات المجتمع.
 - ضمان العدالة في التمويل للتكاليف المترتبة عن الصحة.
- وإن هدف تحسين مستوى صحة أفراد المجتمع لا يكون إلا بالارتقاء بالأوضاع الصحية إلى أعلى المستويات ويكون ذلك بالتقييم المستمر للبرامج وتطويرها، وقد وضع (Henrick Blwm) أهداف تفصيلية لهذا الهدف الرئيسي نوجز أهمها في النقاط التالية:

- العمل على خفض معدل وفيات الأفراد، وخفض مستوى القلق الناجم عن الأمراض.
- تحصين أفراد المجتمع ضد الأمراض التي لها لقاح.
- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.
- العمل على التنسيق والتكامل بين الخدمات الصحية وبرامج الرعاية الصحية على المستوى الوطني³.

أما هدف الاستجابة لتوقعات المجتمع فيكون من خلال:

- مراقبة الحالات الصحية لأفراد المجتمع والتعرف على المشكلات الصحية.

1 - Ioana Marinescu, **Quel système de santé pour Quels objectifs ?**, ALTERNATIVES

ECONOMIQUES N° 229, Novembre 2004, sur le Site : <https://www.alternatives-economiques.fr/systeme-de-sante-objectifs/00029626> le 26/08 / 2019.

2- منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2000، جنيف، سويسرا، 2000، ص08.

3- طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004، ص: 20 - 21.

- تحري وتشخيص المخاطر الصحية في المجتمع.
 - تفعيل آليات شراكة مع أفراد المجتمع ليتمكنوا من التعرف على المخاطر والمشكلات الصحية وحلها.
 - ربط أفراد المجتمع بالخدمات الصحية على المستوى الشخصي والتأكد من حصولهم على الخدمات¹.
- يجب على النظام الصحي أن يحقق أقصى قدر من الكفاءة الإنتاجية بأقل تكلفة، وذلك لتجنب إهدار الموارد والعمل على كفاءة الإنفاق مع مراعاة كرامة الفرد وتفضيلاته، فالاستخدام الأمثل للموارد يكون له أثر إيجابي في تأمين الموارد المالية لتغطية نفقات إنشاء مرافق صحية جديدة وتجهيزها وبالتالي الزيادة في كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع.

إضافة إلى الأهداف سابقة الذكر هناك أهداف أخرى تسعى الأنظمة الصحية بصفة عامة والمؤسسات الصحية بصفة خاصة على العمل عليها وتمثل في:

- التعليم والتدريب: يهدف هذا النشاط إلى تعليم وتدريب مستخدمي الأنظمة الصحية والمؤسسات الصحية من أطباء وممرضين وحتى إداريين من أجل العمل على تنمية قدراتهم، وأيضا التعليم من أجل تطوير البحوث في المجال الصحي².
- وقاية المجتمع من الأمراض: يعد هذا الهدف من بين أهم أهداف الأنظمة الصحية والمؤسسات الصحية، ذلك أن الوقاية من المرض تكون بتكلفة أقل مقارنة بالعلاج³.

II.2 نشأة الأنظمة الصحية العالمية (بيفردج، بسمارك، النظام الحر):

تشكلت أهم الفلسفات العالمية للنظم الصحية من خلال تطوير المجتمعات الغربية التي كانت تسمى "بدولة الرفاهية" للمبادئ والأخلاقيات التي تميز السياسات والنظم الصحية، والتي رغم أنها تتقاسم أهداف مشتركة على المستوى الصحي إلا أنها تختلف من بلد إلى آخر في الأصل والأولويات

1- صلاح محمود ذباب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر، 2009، ص: 53.

2- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 64.

3- محمد ريجان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، مداخلة مقدمة في فعاليات المؤتمر العربي الثالث حول: الاتجاهات التطبيقية الحديثة

في إدارة المستشفيات، تقنيات نظم المعلومات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر 2004، ص: 36.

للنظام الصحي، هذا الاختلاف في الأولويات لكل نظام نتج عنه ثلاث أنظمة صحية أساسية عالمية وهي:

1.2.II نظام بيفرديج (النظام الشمولي):

ظهر هذا النظام في إنجلترا في نهاية الحرب العالمية الثانية (1939-1945)، حيث اقترحه اللورد بيفرديج عام 1948، وأدى هذا النظام إلى وجود دولة تحتكر الصحة العامة وكان الهدف منه جعل النظام الصحي نظاما عاما وموحدا للاستحقاقات الاجتماعية¹. يسمى في بعض الأحيان أيضا بالأنظمة الوطنية للصحة وقد تبنته العديد من الدول من بينها المملكة المتحدة، السويد، النرويج، إسبانيا، إيطاليا، أستراليا، كندا...²، ويعتمد هذا النظام المقترح من بيفرديج على ثلاثة مبادئ أساسية³:

- الشمولية: يغطي جميع السكان أيا كان وضعها مع الإدارة حسب المنطقة.
 - الوحدة: لأن هذا النظام يدمج جميع المخاطر في خطة واحدة.
 - التوحيد: لأنه يخدم نفس الفوائد للجميع، مع منظمة الرعاية العامة..
- وتمويل هذا النظام يعتمد على تضامن وطني بين الأصحاء والمرضى والأغنياء والفقراء، وبالنسبة للوسائل الأساسية فهي ممولة من دافعي الضرائب والاشتراكات، تطبيقا للميزانية المتفاوض عليها من وزارة المالية ووزارة الصحة، وتكون هذه الضرائب مقررة من طرف البرلمان، وعليه فالهدف الأسمى لهذه الفلسفة هو التساوي في الحصول على العلاج وضمان الشمولية⁴. والشكل الموالي يوضح نموذج نظام بيفرديج

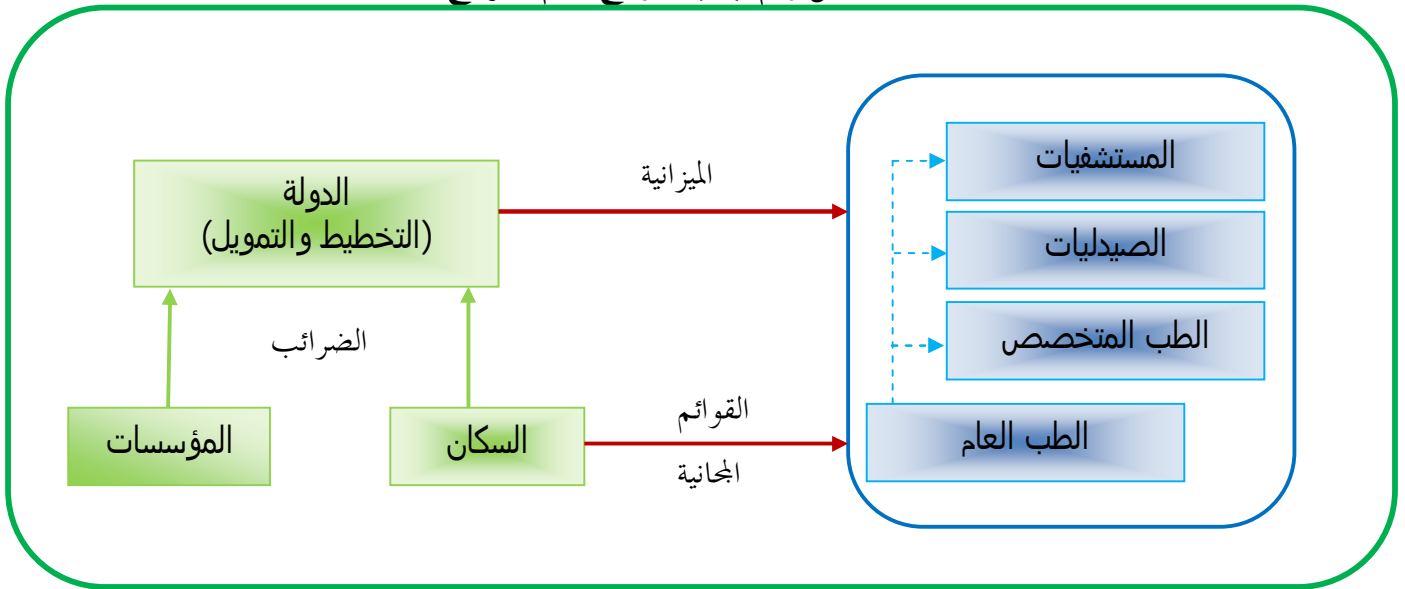
1- Analyse comparative des systèmes de santé : **Trois grands modèles de protection sociale**, sur le site : <http://ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/AnaComSysSan/co/Trois%20grands%20modeles%20de%20protection%20sociale.html> visite le : 23/09/2019.

2- عبد الكريم منصوي، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان متوسطة والمرتفعة الدخل - نموذج قياسية -، مرجع سابق، ص: 34.

3 - **Les systèmes de santé comparés**, sur le site : <https://gdlyon.pagesperso-orange.fr/SanteSystemes.htm>, visite le : 23/09/2019.

4- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، مرجع سابق، ص: 86.

الشكل رقم (03): نموذج نظام بيفردج



Source : Patrice François, organisation des systèmes de soins, Partie1 : introduction et variations internationales, université Joseph fourier de grenoble, 2011/2012, sur le site : http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/francois_patrice/francois_patrice_p03/francois_patrice_p03.pdf

II.2.2 نظام بسمارك (النظام المهني):

ظهر هذا النظام في قانون 1883 بألمانيا، حيث أجبر العمال ذوي الأجور المنخفضة على التأمين على المرض، وهذا النظام يسمى أيضا في بعض الأحيان بالأنظمة المهنية "الاقتصاد الاجتماعي للسوق"¹، ويتم تطبيق نظام بيسمارك في ألمانيا وأوروبا الوسطى، حيث يعتمد على سداد الاستحقاقات التي يقدمها الممارسون الذين تم اختيارهم بحرية²، ويضمن هذا النظام الحصول على دخل تعويضي في حالة فقدان الدخل المتعلق بتحقيق خطر اجتماعي كالمريض، أو حوادث العمل أو الشيخوخة، ويتم تمويله عن طريق مساهمات تتناسب مع الراتب ويتم تقاسمها بين الموظفين وأصحاب العمل، وفي هذا النظام تعتبر مشاركة المرضى في تكاليف حصولهم على الخدمة الصحية ذات أهمية بحيث تتراوح مساهمتهم ما بين 10% إلى 15% وفي بعض الأحيان أكثر من هذا بكثير³.

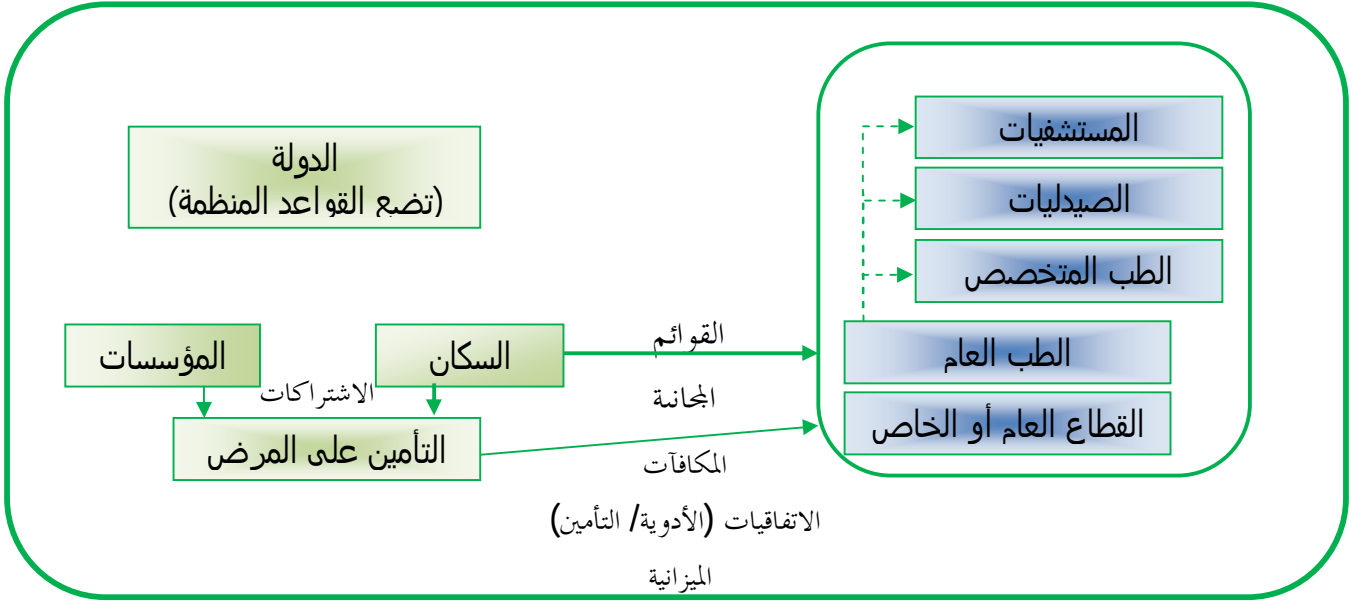
1- نفس المرجع، ص: 88.

2- Walid Merouani, Nacer-Eddine Hammouda, **Le système Algérien de Protection Social : Entre Bismarckien et Beveridgien**, Les Cahiers du Cread n° 107 -108, 2014, P 111.

3- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، مرجع سابق، ص: 88.

وفيما يلي شكل موضح لنموذج نظام بيسمارك.

الشكل رقم (04): نموذج نظام بيسمارك



Source : Patrice François, **organisation des systèmes de soins**, Partie1 : introduction et variations internationales, université Joseph fourier de grenoble, 2011/2012, sur le site : http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/francois_patrice/francois_patrice_p03/francois_patrice_p03.pdf

3.2.II النظام الحر (الليبرالي):

يسمى أيضا بالأنظمة الصحية الليبرالية موجود خصوصا في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض دول أمريكا اللاتينية، وبعض دول أوروبا الشرقية، ويقوم أساسا على قوى السوق في عرض وتمويل العلاج، حيث يتم تنظيم النظام الصحي الليبرالي الأمريكي لا حد كبير حول التأمين الخاص وهو اختياري ويقدمه معظم أصحاب العمل لموظفيهم وقد تختلف المزايا المقدمة من صاحب عمل إلى آخر حيث أصحاب الشركات الكبيرة يقدمون تغطية¹ أفضل، إذن النظام الأمريكي يتيح حرية التعاقد مع التأمين وهذا ما جعل العديد من السكان غير مؤمن عليهم، وللتغلب على هذا العجز تم وضع أنظمة فيدرالية:

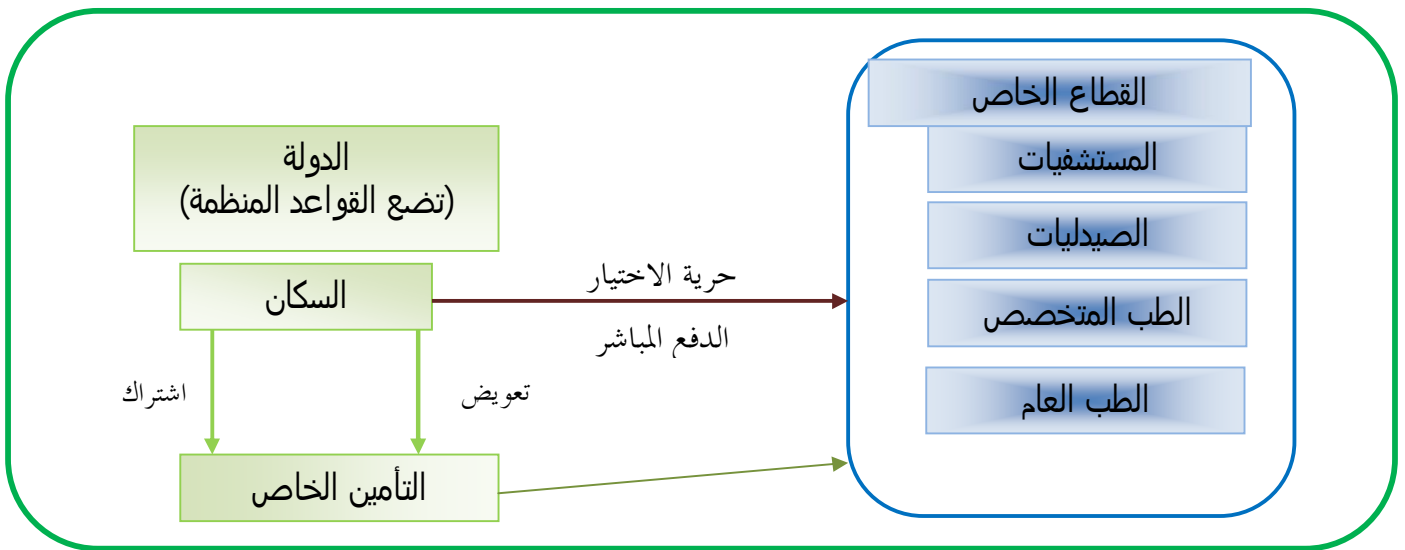
- الرعاية الطبية للمسنين والمعوقين (13% من السكان).
- المعونة الطبية للفقراء (6% من السكان).

1- F.Galvis-Narinos et A Montélimard, **Le Système de santé des état unis**, CNAMTS « pratiques et organisation des soins», 2009/4 Vol.40, P 310.

ويتم توزيع بقية السكان على النحو التالي:

- يستفيد 29% من السكان من تأمين جماعي لشركاتهم.
 - 28% من التأمين الجماعي للشركة يشمل أحد أفراد أسرهم.
 - 9% للإدارات الفيدرالية.
 - 15% من الرعاية المجانية للجيش لأن ليس لهم تأمين¹.
- إذا يمكن القول أن النظام الصحي الأمريكي مكون من ثلاثة أنواع للحماية من المرض: مساعدات طبية للأكثر فقرا، تأمين ضد المرض للمسنين والمعوزين، وتأمين خاص للطبقة المتوسطة².

• الشكل رقم (05): نموذج النظام الليبرالي



Source : Patrice François, **organisation des systèmes de soins**, Partie1 : introduction et variations internationales, université Joseph fourier de grenoble, 2011/2012, sur le site : http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/francois_patrice/francois_patrice_p03/francois_patrice_p03.pdf

3.II مكونات النظام الصحي ونشاطاته:

يحتوي النظام الصحي على مجموعة من المكونات، ولكي تكون فعالة لا بد من أن تكون متناسقة ومترابطة فيما بينها، ذلك لغرض أداء مجموعة من النشاطات التي تعمل على تعزيز الصحة والحفاظ عليها.

1- **Les systèmes de santé comparés**, sur le site : <https://gdlyon.pagesperso-orange.fr/SanteSystemes.htm>, visite le : 24/09/2019.

2- عبد الكريم منصوي، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان متوسطة والمرتفعة الدخل - نموذج قياسية -، مرجع سابق، ص:35.

1.3.ii مكونات النظام الصحي:

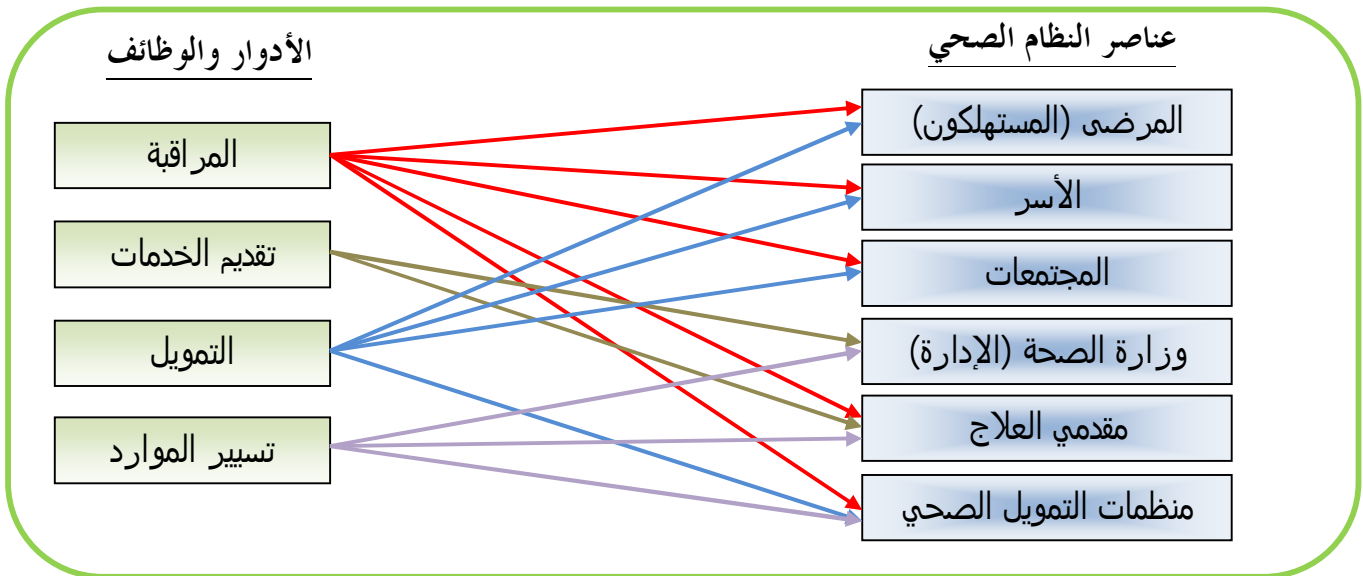
يتكون النظام الصحي من عدة جهات فاعلة، بالخصوص هي:

__ المرضى (المستهلكون). __ وزارة الصحة (الإدارة). __ الأسر.

__ مقدمي العلاج (المستخدمين). __ المجتمعات. __ منظمات التمويل الصحي.

كل من هذه الجهات لها أدوارا ووظائف مترابطة مع بعضها البعض، لهذا يعتبر النظام الصحي عبارة عن نظام وليس عنصرا معزولا¹، والشكل الموالي يوضح العلاقة بين الوظائف والأدوار المترابطة مع العناصر المكونة للنظام الصحي.

الشكل رقم (06): عناصر النظام الصحي وترابطها مع أدوارها ووظائفها



Source : quels sont les éléments d'un système de santé ?, Sur le site :

http://hssfactsheets.weebly.com/uploads/4/8/1/1/48110245/gavi_cso_fiche_dinformation_no_5_elements_cl%C3%A9s.pdf

هذا وقد أوضحت منظمة الصحة العالمية أن النظام الصحي هو مجموعة من المؤسسات والموارد

والأشخاص الذين يمثل هدفهم الأساسي في تحسين الصحة، ولتحقيق هذا الهدف لا بد من توفير إطار

عمل واحد يتكون من ستة عناصر أساسية²:

1 - **Quels sont Les éléments d'un système de santé ?**, Projet GAVI OCS Fiche d'information N° 5, 1 December, 2013, sur le site :

http://hssfactsheets.weebly.com/uploads/4/8/1/1/48110245/gavi_cso_fiche_dinformation_no_5_elements_cl%C3%A9s.pdf visite le : 23/09/2019.

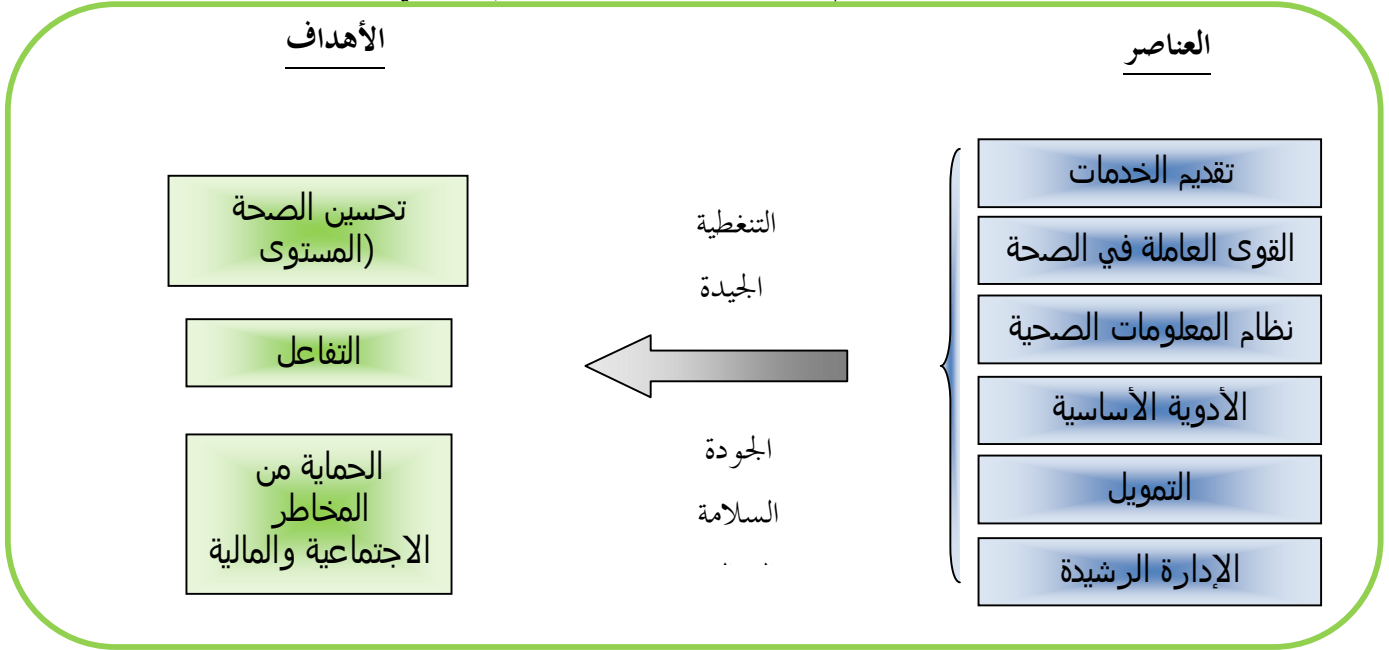
2 - **Stratégie de L'OMS en faveur des systèmes de santé**, sur le site :

<https://www.who.int/healthsystems/strategy/fr/> visite Le : 22/09/2019.

- تقديم الخدمات: تنظيم الخدمات الصحية والعلاجية، وتنفيذها وفق نماذج الرعاية الصحية التي تعزز تقديم خدمات عالية الجودة لغرض الوصول إلى الأمن والتغطية الجيدة.
 - القوى العاملة في الصحة: تعتبر القوى العاملة في المجال الصحي من الأساسيات المهمة في تحقيق الرعاية الصحية، حيث تعتبر من أهم الأسباب التي تحقق أفضل النتائج في الاستجابة لمتطلبات السكان الصحية.
 - نظام المعلومات الصحية: يجب على هذا النظام أن يضمن إنتاج المعلومات وتحليلها ونشرها واستخدامها بطريقة عادلة وموثوقة.
 - الأدوية الأساسية: يجب أن تضمن برامج المشتريات ذلك بتوفير الأدوية والسلع المناسبة، وضمان جودتها، وأيضاً الاستخدام الفعال من حيث التكلفة.
 - التمويل: يجب على نظام التمويل تأمين الأموال الكافية، وتخصيص الموارد والمنتجات والخدمات بطريقة تحسن الجودة والإنصاف والكفاءة.
 - الإدارة الرشيدة: تكون القيادة الإدارية فعالة عندما تضمن وجود أطر سياسية وإستراتيجية تحفظ الصحة العامة، وتعزز الرقابة وتهتم بتصميم النظام، وتعمل على المساءلة وتوفر المكافآت المناسبة.
- الحالة السيئة للأنظمة الصحية في العديد من الدول النامية، تشكل إحدى العقبات الرئيسية أمام الحصول على الرعاية الأساسية، والدول النامية ليست الوحيدة التي تعاني من مشاكل في أنظمتها الصحية، بل هناك بعض الدول الغنية أيضاً لا يتحصل عدد كبير من سكانها على خدمات الرعاية الصحية لأن أنظمة الحماية الاجتماعية بها غير منصفة¹، لهذا توصي منظمة الصحة العالمية باستخدام الإطار أدناه الموضح في الشكل رقم (07)، لدعم وتعزيز النظام الصحي، حيث أن زيادة التفاعلات وتحسين الترابط بين العناصر الست المكونة للنظام الصحي والتي ذكرناها سابقاً، يحقق نتائج أكثر أنصافاً واستدامة، والشكل التالي موضح لعناصر المكونة للنظام الصحي.

1 - **Systèmes de santé : domaines d'activités**, sur le site : <https://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>,
visite Le : 22/09/2019.

الشكل رقم (07): العناصر المكونة للنظام الصحي



Source : organisation nationale de la santé, 2007

III التمويل الصحي:

تعتبر منظمة الصحة العالمية عملية تمويل الإنفاق الصحي عنصر أساسي في قدرة الأنظمة الصحية على الحفاظ وتعزيز الصحة لأفراد المجتمع، حيث أن التمويل الصحي حسب منظمة الصحة العالمية لا يقتصر على تجميع الموارد فقط، بل يجب أن يحقق الهدف الأساسي وهو تمكين الأفراد من الاستفادة والحصول على الرعاية الصحية اللازمة دون التعرض لمخاطر الصعوبات المالية، ومن خلال هذا الجزء سنحاول الإلمام بموضوع التمويل الصحي من خلال العناوين الرئيسية التالية:

- ✓ تمويل نفقات الأنظمة الصحية.
- ✓ الأنظمة العالمية لتمويل نفقات الصحة من التجربة الدولية.
- ✓ معايير تقييم تمويل نفقات الأنظمة الصحية.

1.III تمويل نفقات الأنظمة الصحية:

من خلال هذه المساحة، سنحاول التعرف على عملية تمويل نفقات الأنظمة الصحية من خلال إبراز أهم النماذج الأساسية العالمية في تمويل نفقات الصحة، وكذا الآليات الرئيسية المعتمدة في تمويل نفقات الأنظمة الصحية، لكن قبل كل هذا وجب علينا أولاً التعريف بالنفقات الصحية وأنواعها.

1.1.III مفهوم وأنواع نفقات الصحة:

1.1.1.III تعريف النفقات الصحية:

_ النفقة الصحية هي المبالغ المالية المنفقة من طرف السلطات العمومية أو الجماعات المحلية (نفقة صحية عامة) من أجل تقديم خدمات علاجية أو وقائية أو إنتاجية لأفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض، ويشكل الإنفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاهة ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والأفراد¹.

_ أما LEVY يرى أن "النفقة الحقيقية للصحة مرتبطة بسلوك المرضى، مقدمي الخدمات العلاجية، وموارد تمويل النظام الصحي"². إذ يرى أن التمويل العمومي يؤدي حتما إلى الارتفاع بنفقات الصحة، مادام سعر الاستهلاك المطلوب من طرف المستعمل سينخفض دون أن تنخفض أتعاب الطبيب وذلك عن طريق الزيادة في العرض، وهم مجبرون على تلبية الطلب.

2.1.1.III أنواع النفقات الصحية:

_ **النفقات المباشرة والغير مباشرة:** المباشرة هي كافة النفقات ذات الصلة المباشرة بالمنتج أو الخدمات وتشمل التكاليف المباشرة للمواد والعمال، و بالنسبة للقطاع الصحي فالنفقات المباشرة هي تلك النفقات التي تصرف مباشرة على نشاطات المنشآت الصحية كالأجور والرواتب والمواد والمصاريف الأخرى. أما النفقات الغير المباشرة هي التكاليف التي تم تسديدها والتي لا ترتبط مباشرة بالمنتج نفسه، وهي النفقات التي يشار إليها على أنها مصاريف غير مباشرة أو مصاريف تشغيل وقد تشمل بنودا كالإيجار والكهرباء والهاتف... الخ، أما بالنسبة للقطاع الصحي هي جزء من مصاريف قسم آخر تحمل لمصاريف القسم المعني نتيجة لاشتراكه في تأدية الخدمات الصحية³.

1- سهام حرفوش، علي بايزيد، أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2012)، مداخلة في إطار الملتقى

الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة المسيلة، 25/24 نوفمبر 2015، ص: 08.

2 - Emil. Levy, G Du Menil, M. bangener, **La Croissance Des Dépenses De Santé**, Pris.1982 ,p : 45 .

3- مالكي هبة الرحمان، نفقات قطاع الصحة في الجزائر، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجم وإدارة الصحة،

الجزائر، 2015، ص: 19.

__ **النفقات الثابتة والغير الثابتة:** تمثل النفقات الثابتة تلك النفقات التي لا تتغير مطلقا مع تغير مستوى نشاط المشروع خلال الأجل القصير كتكاليف المباني، التكاليف الرأسمالية للآلات والمعدات، وتشمل كذلك تكاليف مرتبات العاملين أصحاب العقود طويلة الأجل مثل الأطباء الاستشاريين. أما النفقات الغير ثابتة (المتغيرة) فهي التي تتغير باستمرار مع مستوى نشاط المشروع مثل تكاليف طعام المرضى، مفروشات الأسرة، المواد المستهلكة في غرفة العمليات مثل قفازات المطاط، والقطن الطبي والمطهرات الطبية والخيوط الطبية...، أيضا مرتبات العاملين بالعقود قصيرة الأجل أو المؤقتة¹.

__ **النفقات الكلية:** وهي مجموع النفقات المباشرة والغير المباشرة.

III. 2.1 نماذج عن تمويل نفقات الأنظمة الصحية:

يعتمد تمويل نفقات الأنظمة الصحية في العالم على ثلاثة نماذج رئيسية للتمويل وهي الخدمات الصحية الوطنية (NHS)، والتأمين الصحي الاجتماعي (SHI)، والتأمين الصحي الخاص (PHI). نموذج الخدمات الصحية الوطنية يعتمد في تمويله على الضرائب، وهو نظام وطني يعمل على تغطية الاحتياجات الصحية لجميع سكان البلاد، أما نموذج التأمين الصحي الاجتماعي فيتم تمويله من خلال خطط التأمين التي تعتمد عادة على مهنة أو وظيفة الشخص وتعمل على تغطية الحاجيات الصحية للموظف وعائلته²، وفيما يخص نموذج التأمين الصحي الخاص فهو يعتمد في المقام الأول على ضرائب الرواتب كمصدر أساسي لتمويل خدمات الرعاية الصحية³.

يمكن القول بأن هذه النماذج الثلاثة الأساسية للتمويل تمثل إيديولوجيات سياسية مختلفة، إذ أن نموذج التأمين الصحي الخاص يعتمد إلى أقصى حد على مقارنة السوق في تقديم الخدمات الصحية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية التي تعتمد في تمويل نفقاتها الصحية⁴، على العكس من ذلك في بعض دول أوروبا كالدنمرك وإنجلترا وغيرها، والتي تعتمد نموذج الخدمة الصحية الوطنية الذي يقلل من

1- إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص: 169.

2- R. Blank and V. Burau, **Comparative Health Policy**. England: Palgrave Macmillan, Apr 2010, P12.

3- S. Glied and P. Smith, **The Oxford Handbook of Health Economics**. Oxford: Oxford University Press, 2011, P10.

4- S. Reichard, **Ideology drives health Care Reforms in Chile**, Journal of Public Health Policy, Vol 17, N° 01, 1996, P 80.

دور السوق في الطلب على الخدمة الصحية بل هو يعتمد على اقتصاد السوق الاجتماعي¹، والذي يهدف إلى التغطية الصحية الشاملة والموحدة من غير الخراط في التأمين الصحي، وستتطرق فيما بعد بشئ من التفصيل في كيفية عمل هذه النماذج التمويلية من خلال دراسة تمويل النفقات الصحية في بعض البلدان التي يصنفها البنك الدولي للإنشاء والتعمير ضمن البلدان ذات الدخل المرتفع.

3.1.III الآليات الرئيسية لتمويل نفقات الأنظمة الصحية (المصادر):

تختلف المصادر التمويلية لنفقات الأنظمة الصحية من بلد لآخر، وذلك تبعاً للنموذج التمويلي المتبع في كل بلد، إلا أنه في العموم يمكن تقسيم المصادر الأساسية التي تمول نفقات الأنظمة الصحية إلى أربعة مصادر أساسية وهي:

1.3.1.III التمويل الحكومي (العمومي):

يتم تحصيل الأموال الحكومية الموجهة للإففاق على النظام الصحي عموماً من الضرائب، بما في ذلك الضرائب المباشرة المفروضة على الدخل الشخصي والشركات، وأيضاً الضرائب الغير مباشرة مثل ضريبة القيمة المضافة والرسوم الجمركية، وقد يتم تحصيل الأموال الحكومية أيضاً من تمويل العجز، حيث يتم تأمين القروض المحلية أو الدولية لتمويل الأنشطة الحكومية في مجال الصحة علاوة على تلك الممولة من إيرادات الضرائب العامة لوحدها²، وتغطي هذه الأموال نفقات جميع المؤسسات الصحية الموجودة على مستوى النظام الصحي وليست لها أهداف ربحية، ويعتبر هذا المصدر التمويلي هام جداً، لذا نجد أن مختلف الحكومات تلتزم بالمساهمة في تمويل أنظمتها الصحية، إلا أن نسبة التمويل تختلف من دولة لأخرى.

1- J. Pontusson, **Inequality and Prosperity**. Cornell: Cornell University Press, 2005, P 81.

2- Diane McIntyre, **Learning from Experience: Health care Financing in low-and middle-income countries**, Published by Global Forum for Health Research, Geneva, June 2007, P 03.

III.3.1.2.3.1 التمويل الخاص:

مصادر التمويل الخاصة تأخذ شكلين:

— مصادر التمويل الخاصة التي مصدرها الأجرور التي يدفعها المستفيدون: يعد هذا الأسلوب من التمويل من أكثر الطرق المعروفة خصوصا في الدول المتطورة، إذ يقوم المريض بالدفع مباشرة نتيجة تحمله على الخدمة الصحية، إذ أنه تفرض تكاليف معية نتيجة على مختلف عناصر الخدمة الصحية المقدمة كالأدوية والزيارات الأولية للطبيب لتشخيص المرض وتكاليف المبيت في المستشفيات¹.

— مصادر التمويل التي مصدرها مؤسسات عامة أو خاصة: يقصد بها المؤسسات سواء كانت عمومية أو خاصة والتي تسعى إلى إقامة مراكز صحية لخدمة عمال هذه المؤسسات وهذا سعيا منها للتحكم في الإنفاق الصحي بالدرجة الأولى².

III.3.1.3.3.1 التمويل من خلال التأمينات:

يتحدد التأمين الصحي الموجود في مختلف المنظومات الصحية في العالم في نوعين أساسيين:

— التمويل عن طريق التأمين الصحي الاجتماعي مثل التأمين المعمول به في ألمانيا أو الضمان الاجتماعي في الجزائر، وهذا النوع من التأمينات غير هادف للربح.

— التمويل عن طريق التأمين الصحي الخاص وهي أنظمة تأمين تهدف للربح مثل شركات التأمين الخاصة المعمول بها في الولايات المتحدة الأمريكية.

وبالنسبة للأشخاص المؤمن عليهم، فمنهم من يؤمن بشكل إجباري. بمجرد تحمله على عمل في مؤسسة عامة، ومنهم من يكون تأمينه بشكل اختياري كحالة الولايات المتحدة الأمريكية.

1- صباح صاحب المستوفي، تمويل الخدمات الصحية العامة في العراق (دراسة تحليلية للسنوات 2002-2014)، مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية، العدد 63، ص: 168.

2- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 133.

III.1.3.1 التمويل الخارجي:

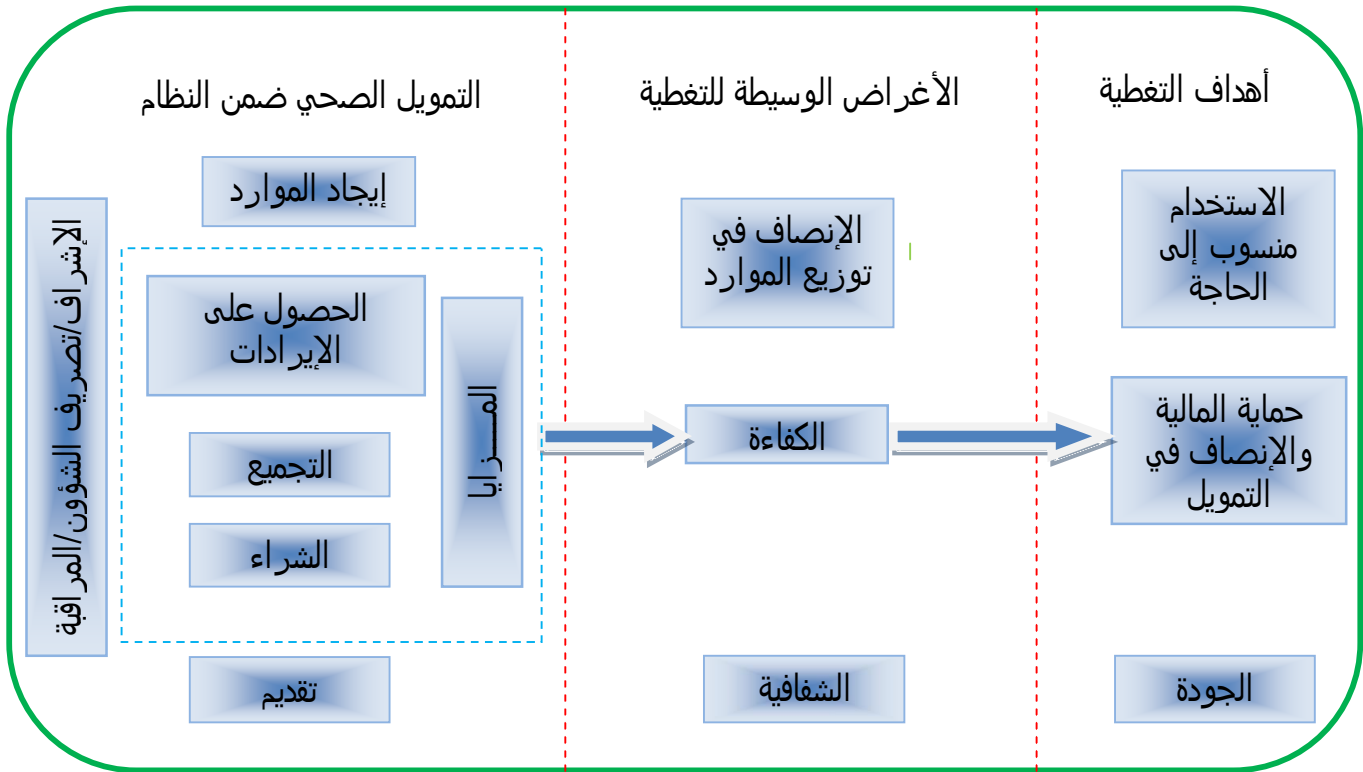
هي عبارة عن مساعدات خارجية مثل ما تقدمه منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي من هبات أو قروض للقطاعات الصحية، ونجد هذا النوع من التمويل يطبق في دول أوروبا الشرقية والوسطى من خلال منظمات جماعية كالبنك الأوروبي للتنمية وإعادة التعمير والمنظمة الاقتصادية الأوروبية¹.

يمكن القول أن سياسة التمويل الصحي وخططها وإستراتيجيتها وحتى المصطلحات المستخدمة فيها تختلف من بلد إلى آخر، ويوجد أيضا تباين كبير من حيث درجة التفصيل الواردة في كل سياسة، وحسب التقرير المتعلق بالصحة في العالم لسنة 2010، فإن دول كثيرة التزمت بالتغطية الصحية الشاملة وأجرت نتيجة لذلك استعراضا لترتيبات التمويل الصحي وتعديلها وتحليلها، وتفيد التجربة أن التقدم المحرز في تحقيق التغطية الشاملة يحتاج إلى إستراتيجية تكفل التماسك والتنسيق بين مختلف جوانب النظام الصحي، كما أنه يمكن لإستراتيجية إصلاح التمويل أن تلعب دور رئيسي في هذه العملية، كما أن فكر المنظمة العالمية للصحة المتعلق بوضع استراتيجيات التمويل الصحي مرتبط بالنهج الذي تتبعه في سياسة التمويل الصحي، مثلما هو مبين في الشكل أدناه².

1 Fatima-Zohra Oufriha, **Financement de la dépenses nationale de santé et autonomie du système de soins**, Cahiers du CREAD, N° 27-28, 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1991, p 15-32.

2- D. McIntyre and J. Kutzin, **Health Financing Country diagnostic : a foundation for national strategy** (development. Geneva: World Health Organization 2016). Health Financing Guidance N°1,P1-2.

الشكل رقم (08): أهداف التغطية الصحية الشاملة وأغراضها الوسيطة المتأثرة بسياسة التمويل الصحي



Source : Developing a national health financing: a reference guide (Health Financing Guidance N°3), Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthw Joweet, Dorjsuren Bayarsaikhan, P 02.

2.III الأنظمة العالمية لتمويل نفقات الصحة من التجربة الدولية:

سنقوم بدراسة تنظيم وتمويل بعض الأنظمة الصحية العالمية والتي يعتبرها البنك الدولي للإنشاء والتعمير ضمن الدول ذات الدخل المرتفع.

1.2.III تنظيم وتمويل نظام الصحة الألماني:

ألمانيا من الدول الفيدرالية التي تتميز بميزة خاصة في تنظيم الصحة، حيث أن التنظيم والتخطيط الصحي فيها هو من اختصاص الدولة الفيدرالية، وتملك ألمانيا أقدم نظام رعاية صحية في العالم¹، حيث يعتمد نظام

1- E. Armstrong, M. Fischer, R. Parsa-Parsi and M. Wetzel, **The health care dilemma: A comparison of health care systems in three European countries and the Us**, publisher: world scientific publishing Co Pte Ltd, Singapore, 2011, P 143

الرعاية الصحية فيها على ثلاثة مبادئ متمثلة في التضامن، الفوائد العينية، والإدارة الذاتية، ويحق لجميع المقيمين في ألمانيا الوصول إلى أي شكل من أشكال الرعاية الصحية على اختلاف سنهم وجنسهم أو دخلهم¹.

يشمل النظام الصحي الألماني المؤسسات العامة والمنظمات الخاصة والعاملين في مجال الصحة، وبالمقارنة مع بقية الدول فإن ألمانيا لها العديد من الممارسين العاملين في التمريض والمختصين حيث أن عدد العمال في القطاع الصحي هو 4،26 مليون من أصل 80 مليون نسمة، والمؤسسات المشاركة في النظام الصحي هي السلطات العامة ممثلة في الدولة الفيدرالية والولايات والسلطات المحلية (البلديات)، أما المنظمات الخاصة فهي تتمثل في صناديق التأمين الصحي الاجتماعي، وشركات التأمين الصحي الخاص².

هذا وتمثل كل من الجمعية الفيدرالية، المجلس الفيدرالي ووزارة الصحة الفيدرالية الجهات الفاعلة في تنظيم الرعاية الصحية على المستوى الفيدرالي (الاتحادي)، ومنذ عام 2014 تم تنظيم وزارة الصحة في ستة أقسام:

- قسم الإدارة المركزية.
- قسم تقديم الرعاية الصحية.
- قسم قضايا السياسة الصحية الأساسية.
- قسم المستحضرات الصيدلانية والأجهزة الطبية والتقنية الحيوية.
- قسم تأمين الرعاية طويلة الأجل والوقاية.
- قسم حماية الصحة، السيطرة على الأمراض والطب الحيوي³.

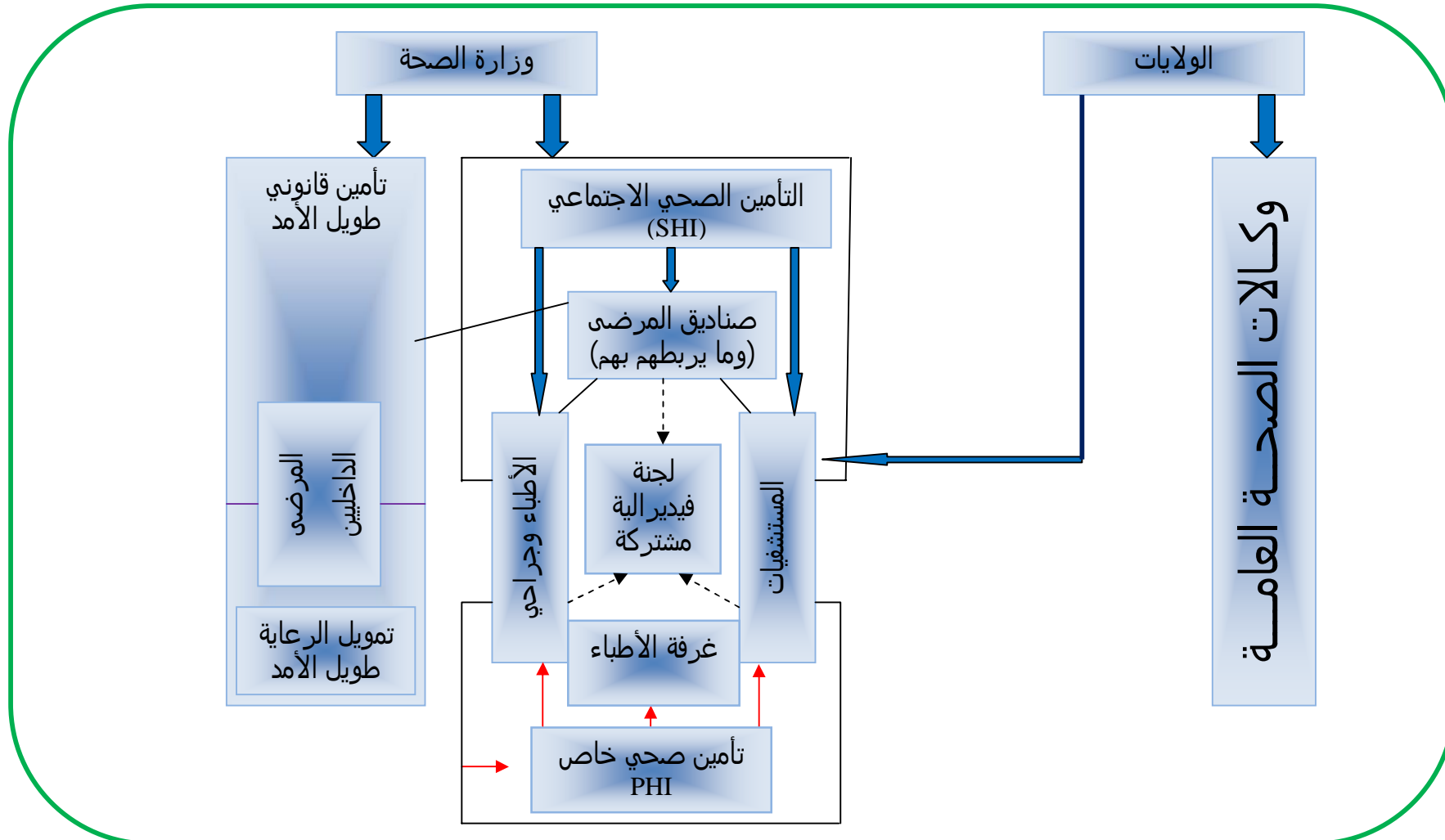
والشكل الموالي يوضح كيفية تنظيم المنظومة الصحية الألمانية.

1 - Ferdinand RAY, **Présentation du cas Allemand**, « Conference On European Casemix – Based Hospital Prospective Payment Systems », organiser par : la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la mission tarification a l'activité, le 10 et le 11 février 2005, P 06.

2 - **Le système de santé en France et en Allemagne**, Documentation, Responsable de rédaction : Pr.Dr. Ewal Eisenberg, chef de projet Kehl, Septembre 2007, P 09.

3- B. Reinhard, B. Miriam, **Health System in Transition**, Germany: Health System Review, Vol 16, N° 02, 2014, P 41.

الشكل رقم (09): تنظيم النظام الصحي في ألمانيا

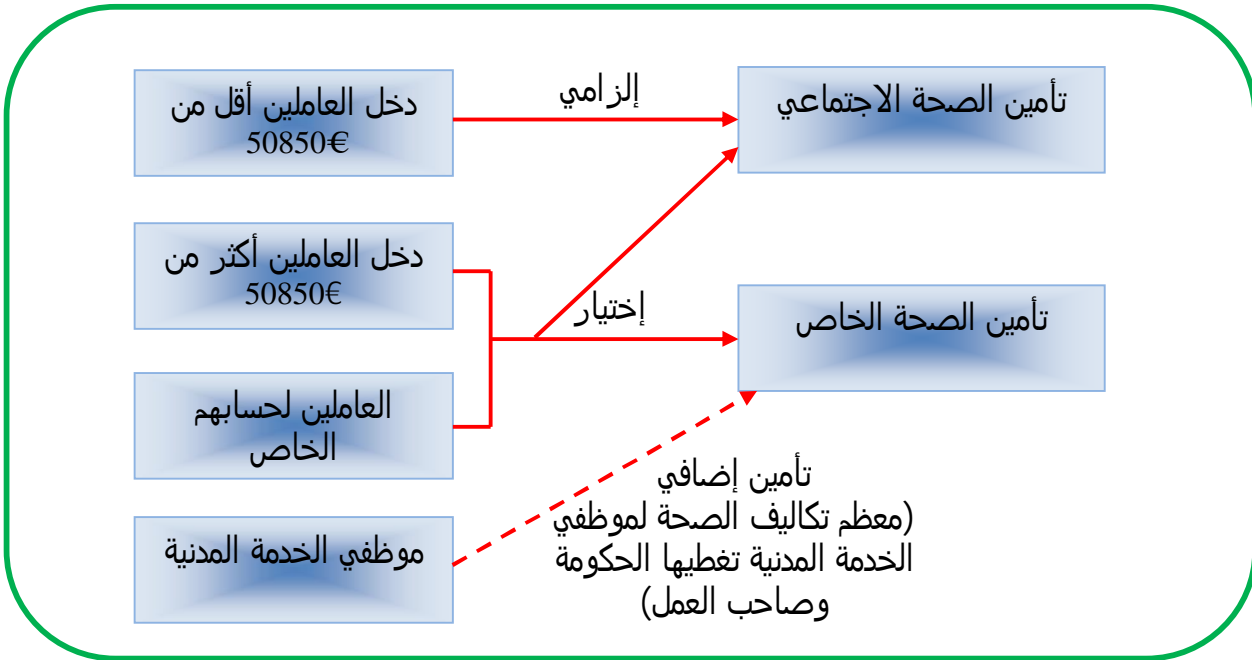


Source: Adapted from R. Busse and M. Blümel, "Germany: Health System Review," Health Systems in Transition, vol. 16, N°. 2, 2014, p.20

فيما يخص تمويل نظام الصحة الألماني، فهو يعتمد بالكامل تقريبا على مساهمات المؤمنين باستثناء بعض الحالات الخاصة وتأتي هذه المساهمات بالتساوي بين الموظفين وأرباب العمل، فالمساهمات الاستثنائية التي يدفعها المؤمن لهم تشكل حوالي 90% من تأمين السكان الألمان وذلك من خطط التأمين الصحي القانونية، وهذه المساهمات تتوافق مع نسب مئوية معينة من الراتب، وأفراد أسرة المؤمن له عادة ما تكون مغطاة بالتأمين، ويتم تأمين حوالي 9% من الألمان من قبل شركة التأمين الصحي الخاصة حيث تكون أقساط التأمين تدريجية اعتمادا على الفوائد المؤمنة وتقييم المخاطر مع الأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية العامة للشخص والعمر والجنس¹.

والشكل التالي يبين كيف يمكن للموظف اختيار التأمين حسب مستوى الدخل الشخصي:

الشكل رقم (10): اختيار التأمين حسب الدخل الشخصي للفرد



Source : Konrad Oberman, and al, understanding, German, health care system, P 147.

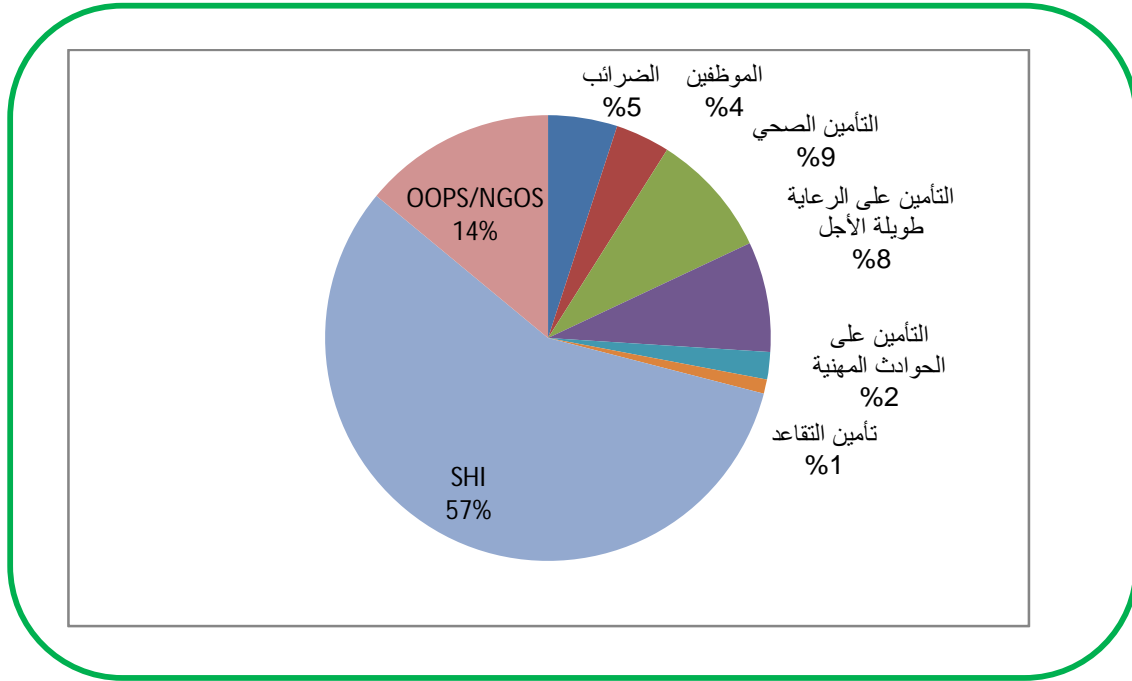
على الرغم من أن التأمين الصحي (SHI) يسيطر على تمويل الرعاية الصحية، حيث بلغت مساهمته الفعلية في الإنفاق الصحي الإجمالي لسنة 2012، 57,4% إلا أنه هناك ثلاث ركائز أخرى للتأمين الاجتماعي ساهمت بنسبة 10,7% وهي²:

1- Le système de santé en France et en Allemagne, Documentation, Op Cit, P 09-10.

2 - B. Reinhard, B. Miriam, Health System in Transition, Reference Previously Mentioned, P 115.

- ✓ تأمين التقاعد القانوني 1,4%.
 - ✓ التأمين القانوني للحوادث المهنية والمرض 1,6%.
 - ✓ التأمين على الرعاية طويلة الأجل 7,7%.
 - ✓ كما ساهمت مصادر أخرى بـ 4,8%.
- شكلت المصادر العامة 72,9% من إجمالي الإنفاق على الصحة، وشكلت المصادر الخاصة 27,1% من مجموع النفقات. الشكل رقم (11) يوضح مصادر التمويل الرئيسية كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي لسنة 2012.

الشكل رقم (11): مصادر التمويل الرئيسية في ألمانيا كنسبة من إجمالي الإنفاق على الصحة لسنة 2012



Source : Acinhard Duss, Miriam Blumel, Health system in transition, P 117.

2.2.III تنظيم وتمويل نظام الصحة الانجليزي:

إن نشأة النظام الصحي الانجليزي بشكل عام هو انعكاس لفكر وتوجه حزب العمال في الأربعينيات من القرن الماضي، ذلك من خلال صدور تقرير (William Beveridge) سنة 1942،

والذي انبثقت منه المبادئ الأساسية للأنظمة الصحية الوطنية والمتمثلة في مجانية العلاج، الشمولية، وتوفير الحماية للأفراد، وتبنت هذا النهج في التسيير والتنظيم العديد من الدول الأوروبية.¹

يتم تنظيم نظام الصحة الوطني (NHS) في إنجلترا على أساس إقليمي، والذي يتكون من ثمانية مكاتب إقليمية تشرف على إدارة خدمات المستشفيات والعيادات الخارجية وتعمل على ضمان أن السياسة المحلية التي وضعتها إدارات الصحة في المقاطعات تتوافق مع التوجه الوطني.² وعلى المستوى الوطني إدارة الوزارة لها وظيفتان للإشراف العام: - تحديد المعايير الوطنية وتخصيص الموارد للهيئات المحلية. - تضمن مراقبة المناطق الصحية المحلية عبر شبكة من 28 إستراتيجية للصحة.

في حين تغطي هذه الهيئات الصحية المحلية منطقة جغرافية يبلغ عدد سكانها حوالي مليوني نسمة، وهي المسؤولة على ضمان أداء السوق للرعاية الصحية المقدمة، كما أنها تضمن أن مجموع النفقات داخل كل منطقة لا يجب أن يتجاوز الحد الأقصى المسموح به، لذلك تقوم بعملية المراقبة نيابة عن الوزارة.

الهيئات الصحية المحلية مكونة بدورها من 304 سلطة محلية رئيسية و هي المسؤولة على تنظيم وتوفير الرعاية الصحية على المستوى المحلي وتمثل مهامهم الرئيسة في:

- توفير الرعاية الصحية الأولية بشكل رئيسي في شكل استشارات الطب العام.
- يشتركون الرعاية الصحية الثانوية من مقدمي الخدمات المحليين.
- يتحملون مسؤولية الصحة العامة على المستوى المحلي.³

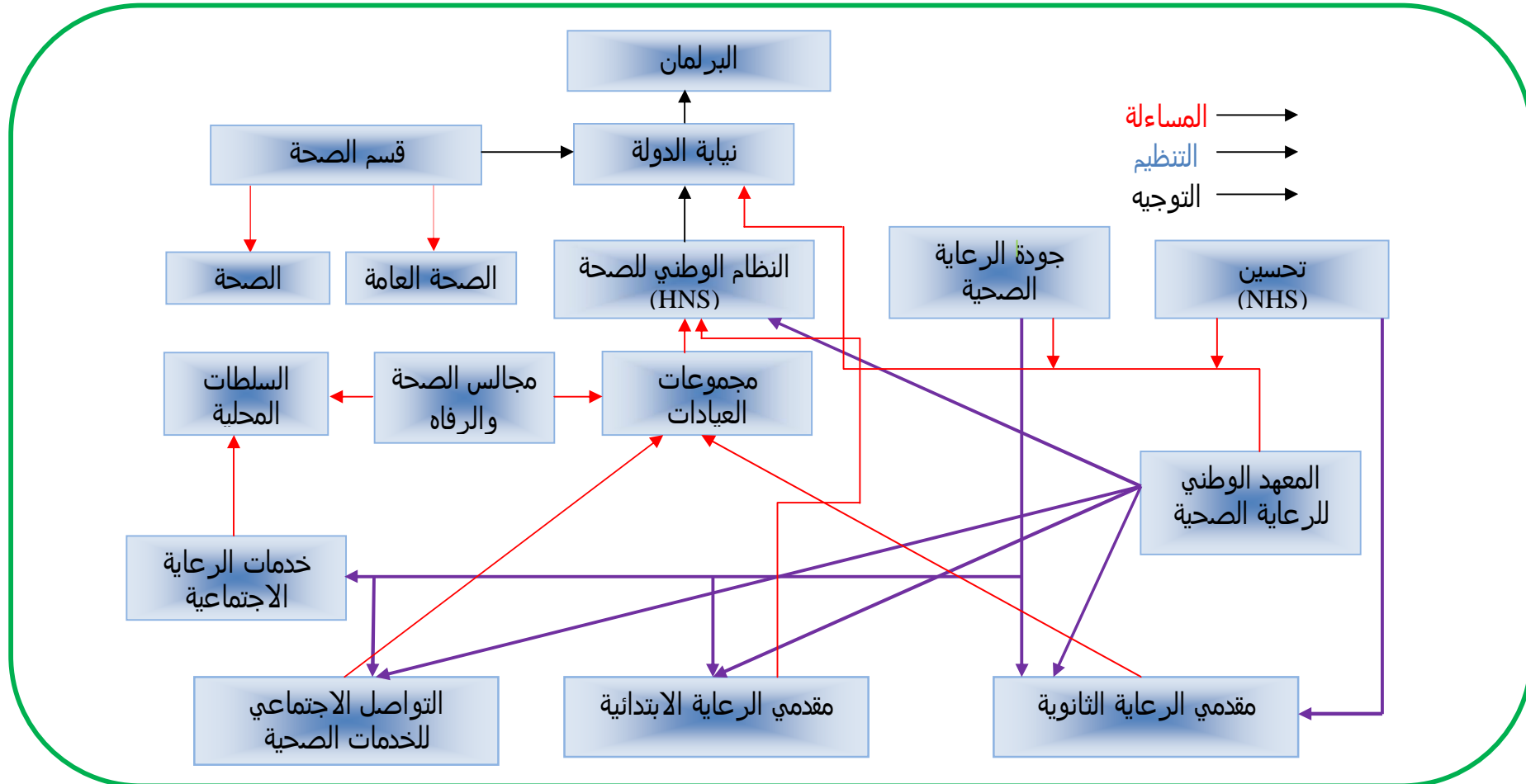
والشكل الموالي يبين هيكله وتنظيم النظام الصحي في إنجلترا:

1- عياشي نور الدين، المنظومات الصحية المغاربية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة قسنطينة، 2009- 2010، ص: 41.

2 - L. Laplace, B. Kamendje, J. Nizard, J.M Coz et Jacques Chaperon, **Les systèmes de santé Français et Anglais : Evolution Comparée depuis Le Milieu des Années 90**, Revue de santé publique, Vol.14,N° 01, 2002, P 49.

3- Anne Mason et Peter.G Smith, **Le système de santé Anglais : Régulation et rapport entre les différents acteurs**, Revue Français des Affaires Sociales, 2006, N° 2-3, P 267-268.

الشكل رقم (12): تنظيم النظام الصحي في إنجلترا



Source : Elias Mossialos and al, International Profiles of Health Care Systems, P 54, online:

https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2016_jan_1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf

يتم تمويل النظام الصحي في إنجلترا (NHS) بميزانية متاحة للإففاق لجميع السكان، إيرادات هذه الميزانية محصلة عن طريق فرض الضرائب، ويتمثل التحدي الذي يواجه النظام الصحي الوطني الإنجليزي هو في كيفية إنفاق هذه الميزانية بطريقة تؤدي إلى أفضل النتائج الممكنة للأفراد، ويتم التخطيط وشراء الخدمات الصحية بواسطة المنظمات، فهم مسؤولون عن تقييم الاحتياجات الصحية لسكانهم، واستخدام قوتهم الشرائية لتأمين الخدمات الصحية بأسعار معقولة وبجودة عالية، ويمكنهم شراء هذه الخدمات من أي مزود يفي بالمعايير التي وضعتها المنظمة الوطنية للصحة.¹

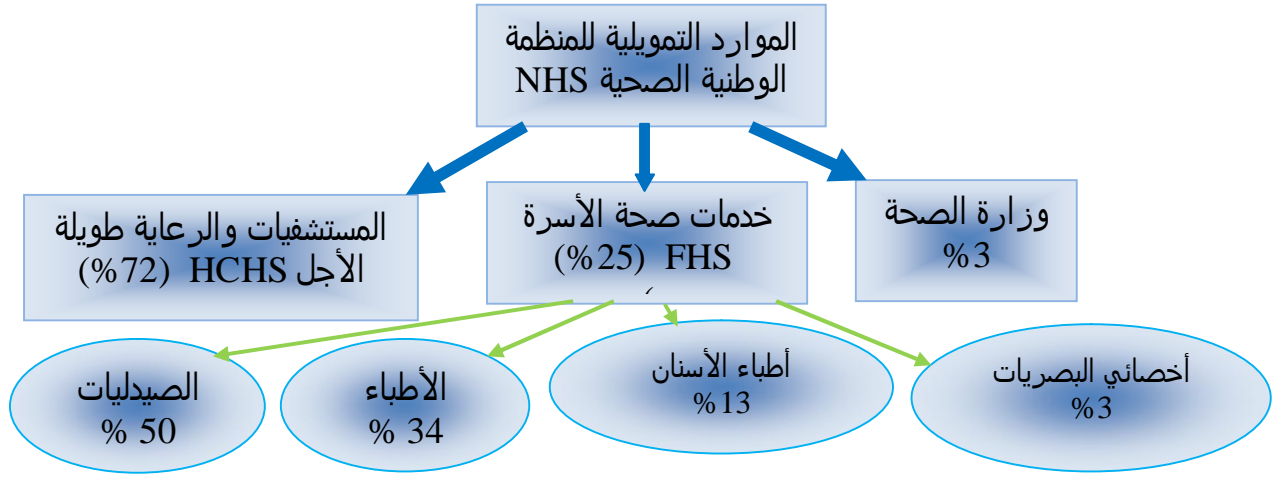
الإصلاح الذي عرفه النظام الصحي ابتداء من سنة 1997 هدف إلى ضرورة زيادة الميزانية الصحية، حيث أعلن في ملف الإصلاح إلى ضرورة الزيادة في الميزانية بأكثر من 30% من القيمة الحقيقية لها بحلول سنة 2004، ويعتمد تمويل هذه الميزانية بالدرجة الأولى على الضريبة إذ تمثل 80% من موارده وأيضاً على مساهمات التأمين التي تصل إلى 12% من الميزانية الإجمالية، وتوجه أغلب نفقات الميزانية 72% إلى المستشفيات والرعاية طويلة الأجل والتي تتمثل في الرعاية التي تقدمها خدمات المستشفيات وعيادات الأمومة والمعاهد النفسية، أما 25% من نفقات الميزانية تخصص إلى خدمات صحة الأسرة وهي الخدمات التي يقدمها الأطباء العامين وأطباء الأسنان وأخصائيي البصريات والصيدلة، في حين توجه 3% من ميزانية الصحة إلى وزارة الصحة²، والشكل الموالي يوضح كيف تتوزع موارد التمويل:

1- NHS, **Guide to the health care system in england Including the statement of NHS Accountability**, for England May 2013, P 07. On the site:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF visited: 28/09/2019.

2- Rapport, **Le Système de Santé en Angleterre : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire**, Rapports présenté par : Mme carine CHEVRIER-FATOMA avec le concours de Mme CHRISTINE DANIEL, Rapport N° 2002 105, juin 2002, P 9-10.

الشكل رقم (13): توزيع الموارد التمويلية للمنظومة الصحية الإنجليزية



Source : Rapport, Le système de santé en Angleterre, op cit, P 10.

3.2.III تنظيم وتمويل النظام الصحي الأمريكي:

الولايات المتحدة الأمريكية لديها أكبر نظام للرعاية الصحية في العالم، وهو ما يمثل أكثر من 3.2 تريليون دولار في الإنفاق العام سنة 2015، هذا ترجم إلى أكثر من 9,990 دولار لكل شخص أي حوالي 18% في الاقتصاد الكلي، هذا الكبر والتعقيد في النظام الصحي الأمريكي هو ما جعل الجهاز التنظيمي الذي يشرف عليه يكون كبير ومعقد بشكل يتناسب معه، وهذا التعقيد في الجهاز التنظيمي هو ناتج عن البنية الفيدرالية للحكومة الأمريكية والتي تفصل بين السلطات، والشيء الأكثر أهمية من التعقيد التنظيمي للنظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية هو الهيكل الفيدرالي للحكومة، فالدستور الأمريكي يقسم القدرة على سن وفرض القوانين الصحية التنظيمية بين الحكومة الفدرالية والولايات¹، والجدول الموالي يوضح الهيئات الرئيسية ذات السلطة التنظيمية على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة.

1- Robert I. Field, **Regulation of health care in united states: complexity, confrontation, and compromise**, An Int Med Trop 2017; 16 (Supl.3): P 62.

الجدول رقم (03): الهيئات الرئيسية ذات السلطة التنظيمية في النظام الصحي الأمريكي.

الخاص	الخلي	الولاية	الفيدرالية
المنظمات التي تراقب الصناعة/المهنة _ لجنة الاتصال والتعليم الطبي _ مجالس الطب المتخصص _ اللجنة المشتركة _ اللجنة الوطنية لتأمين الجودة	البلدية ومقاطعة الإدارات الصحية	مجالس الطب	وزارة الصحة _ مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية المساعدة _ إدارة الأدوية والغذاء الصحي _ مراكز الرقابة على الأمراض والوقاية _ الموارد الصحية وإدارة الخدمات _ المعاهد الوطنية للصحة _ وكالات الرعاية الصحية(البحوث والجودة)
شركات التأمين (قواعد الدفع والسداد)		إدارات الصحة	النظام الصحي لقدماء المحاربين
المستشفيات (التوظيف والإجراءات)		إدارات التأمين	قسم الزراعة
		إدارات الرفاهية	وكالة حماية البيئة
		أقسام الشيخوخة	السلامة المهنية والإدارة الصحية
			لجنة التجارة الفيدرالية

Source : Robert I. Field, **Regulation of health care in united states: complexity, confrontation, and compromise**, Reference Previously Mentioned, P 62

فيما يخص تمويل النظام الصحي الأمريكي فهو منقسم إلى حد ما بالتساوي بين المصادر العامة والخاصة، المصادر العامة تمس الرعاية الصحية والطبية التي تديرها الحكومة الفدرالية وتغطي أكثر من 55 مليون شخص وتشمل المواطنين الذين تجاوزت أعمارهم 65 سنة أو أكثر، المعاقين تماماً، المحاربين القدامى والعسكريين وأسرهم، وتوفر الحكومة الفدرالية الرعاية الصحية المباشرة لهم من خلال المستشفيات والعيادات العامة¹، وتغطي الرعاية الطبية المساعدة أكثر من 74 مليون شخص وتمس

1-web site: <http://www.kff.org/medicare/state-indicator/total-medicare-beneficiaries/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>. visited 21/01/2018.

الفقراء للغاية وتدار بشكل منفصل من قبل كل ولاية¹، تضع الحكومة الفيدرالية معايير الأهلية والتغطية وتدفع ما بين 50% و80% من تكلفة كل ولاية اعتمادا على متوسط دخل الدولة.

أكبر مصدر تمويلي للتغطية الصحية للأمريكيين هو التأمين الخاص المقدم من قبل أرباب العمل والذي يغطي حوالي نصف السكان، وتكون الأموال المدفوعة لشركات التأمين من قبل أرباب العمل نيابة عن العمال، أما الذين لا يتوفرون على تأمين من أرباب العمل بإمكانهم شراء تغطية مباشرة من شركة التأمين وذلك تحت القواعد التي وضعتها الهيئة التنظيمية وهم يمثلون حوالي 7% من الأمريكيين²، والجدول الآتي يوضح العناصر التنظيمية الرئيسية لتمويل الرعاية الصحية في الولاية.

الجدول رقم (04): العناصر التنظيمية الرئيسية التي تمول الرعاية الصحية في الولايات المتحدة

الأمريكية

الخاص	الولاية	الفيدرالية
قطاع التأمين _ اللجنة الوطنية لضمان الجودة	قسم التأمين _ أعمال التأمين (التغطية، الاحتياطات)	مركز الرعاية الطبية وخدمات المساعدة الطبية _ إدارة الرعاية الطبية
	قسم الرفاهية _ الرعاية الطبية	الوزارة الفيدرالية للعمل _ الخطة الصحية لصاحب العمل المؤمن عليه ذاتيا _ تغطية صاحب العمل (استمرار القواعد)
	قسم الشيخوخة _ المساعدة الصيدلانية (برامج المسنين)	
	قسم الصحة (خطط الرعاية المدارة) (جوانب الرعاية الصحية)	

Source : Robert I. Field, Regulation of health care in united states: complexity, confrontation, and compromise, Reference Previously Mentioned, P 67

4.2.III تنظيم وتمويل النظام الصحي الفرنسي:

النظام الصحي الفرنسي هو عبارة عن نظام مزيج بين نموذج بسمارك ونموذج بيفريدج، ويعتمد في تسييره وتنظيمه على عدة هيئات مختلفة تتوزع وفق عدة مستويات وهي كالتالي:

1- web site : <http://www.kff.org/health-reform/state-indicator/totalmonthly-medicaid-and-chip-enrollment/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>. visited 21/01/2018.

2- web site : <http://www.kff.org/other/stateindicator/totalpopulation/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>. visited 19/01/2018.

على المستوى الوطني:

يلعب البرلمان والحكومة دورا رئيسا في تنظيم النظام الصحي على المستوى الوطني، حيث يقوم البرلمان بالمصادقة كل سنة على قانون تمويل الضمان الاجتماعي والذي يهدف إلى تحديد نفقات التأمين الصحي للسنة الموالية، وتحديد الإجراءات الخاصة بضبط النظام الصحي وتوجيهات السياسة الصحية، أما الحكومة فتلعب دورا مهما في تنظيم وضبط المنظومة الصحية من خلال وزارتين معنيتين بهذا الأمر وهما وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتضامن، ووزارة الصحة والأسرة وذوي الإعاقة، هذين الوزارتين تنطوي تحتها عدة مديريات تلعب دور أساسي في تنظيم النظام الصحي الفرنسي وهذه المديريات تتمثل في¹:

- المديرية العامة للصحة (DGS).
- مديرية الاستشفاء وتنظيم العلاج (DHOS).
- المديرية العامة للعلاج الاستشفائي (DGAS).
- مديرية الضمان الاجتماعي (DSS).

على المستوى الجهوي:

- يتشكل المستوى الجهوي من عدة هيئات تقوم بتنظيم وتسيير منظومة الصحة، وهي ممثلة في:
- المديريات الجهوية للشؤون الصحية والاجتماعية (DRASS): تتشكل من (22) مديرية، يتمثل دورها في تنفيذ السياسة الوطنية في المجال الصحي والاجتماعي من خلال إعداد وتنفيذ السياسة الجهوية، مسيرة من قبل المدير الجهوي للشؤون الصحية والاجتماعية.
 - الوكالات الجهوية للصحة (ARS): تتحمل مسؤولية:
 - تنفيذ السياسة العامة الصحية على المستوى الجهوي بالتنسيق مع السلطات المختصة في مجالات الصحة المهنية والصحة المدرسية والجامعية، وصحة الأم والطفل.
 - تقوم بالتشاور مع المهنيين الصحيين من أجل تنظيم وتسيير الخدمات الصحية لتلبية احتياجات الرعاية الطبية وضمان فعالية النظام الصحي.

1- Emilie Sauvigent, **Le Financement de système de santé en France : Rôle et Organisation de l'assurances maladie obligatoire**, OMS, Geneva, 2004, P 14 – 15.

• **اللجان الجهوية للصحة (CRS):** تقوم بتحليل تطور الاحتياجات الصحية، وتقديم الاقتراحات والحلول التي تهدف إلى تحسين المستوى الصحي للسكان، وتتكون من خمسة لجان:

- اللجنة الدائمة.

- لجنة الوقاية المتخصصة.

- اللجنة المتخصصة لعرض الرعاية.

- اللجنة المتخصصة للرعاية ومرافقة الطب الاجتماعي.

- اللجنة المتخصصة في مجال حقوق المستخدمين¹.

على المستوى المحلي (المحافظات):

تملك فرنسا 36551 بلدية تسير من طرف مجالس بلدية منتخبة لمدة 6 سنوات ويترأسها رئيس

البلدية، وتتوفر على ثلاثة أنواع من الخدمات في المجال الصحي والاجتماعي:

• **خدمات النظافة الصحية:** في البلديات التي يزيد عدد سكانها عن 10000 نسمة تقوم بالإشراف على عمليات التطعيم والتطهير والنظافة الصحية، مصلحة هذه الخدمة تابعة لرئيس البلدية لكن تحت المسؤولية التقنية لمدير طبي لكي يقوم بالرقابة على قواعد النظافة.

• **المركز البلدي للنشاط الاجتماعي:** وهو الحلقة الأولى في المعونة الطبية ويعمل على التحقق من ملفات التطبيق ويصدر الدعم بعد أن تمنحه لجنة الرعاية الاجتماعية.

• **المراكز الصحية البلدية:** يمارسون إجراءات الصحة الأولية والوقاية، وتجبر البلديات على تحديد ميزانياتهم بانتظام نظراً لعجزهم المالي².

وفيما يخص تمويل النظام الصحي الفرنسي فهو يعتمد في تمويله على أربعة مصادر رئيسية متمثلة

في التأمين الصحي الإلزامي، والتأمين الصحي التكميلي، التمويل العمومي (الدولة)، والتمويل الصادر من العائلات.

التأمين الصحي الإلزامي (الإجباري): يعتبر التأمين الصحي الإلزامي المصدر الرئيسي في تمويل

المنظومة الصحية الفرنسية، حيث يتميز بالتزام العضوية والمساهمة فهو يستند إلى تضامن واسع على

1- **L'organisation Régionale et Territoriale de notre système de santé**, Santé Info Droit Pratique B.7, Démocratie sanitaire, sur le site :

<https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2019/01/Organisation-regionale-territoriale-du-systeme-de-sante.pdf>, visite Le : 22/08/2019.

2- C. SAGNES – RAFFY, **Organisation Générale du système de santé en France**, Sur le site :

http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module01/Organisation%20_CSR_sept2009.pdf, viste le 10/10/2019. P 12-13.

أساس المساهمات حسب الدخول الشخصية، والحصول على الرعاية وفقاً للاحتياجات الصحية، وإدارة التأمين الصحي مؤمنة في ثلاث مستويات وطنية، جهوية، ومحلية، وهي:

- الصندوق الوطني للتأمين الصحي للعمال الأجراء (CANAMTS).
- الصناديق الجهوية للتأمين الصحي (CRAM).
- الصناديق المحلية للتأمين الصحي (CPAM).

وترتكز خطط التأمين الصحي الإجباري تدخلها على المخاطر الصحية التي لها أكبر تأثير على دخل المؤمن عليهم، أو اللذين تتطلب أمراضهم رعاية صحية طويلة الأجل.

التأمين الصحي التكميلي: تستند خطط التأمين الصحي التكميلي إلى تضامن يقتصر على مجال الأعضاء ودعمهم، فإذا لم يستفيد المؤمن عليه من غطاء تكميلي جماعي فيما يتعلق بنشاطه، فيمكنه الحصول على تأمين إضافي من شركة تأمين أو صندوق ادخار، ويعمل التأمين التكميلي على تغطية حصة نفقات الرعاية الصحية التي لا تغطيها الخطط التأمينية الإلزامية¹.

التأمين العمومي (الدولة): تقوم الدولة والجماعات المحلية في المساهمة في تمويل النظام الصحي بمساهمة محتشمة في ظل الدور الكبير الذي يقوم به التأمين الصحي في تمويل نفقات المنظومة الصحية الفرنسية، حيث يقتصر تمويل الدولة في المساعدات الطبية، وجزء من التغطية الصحية الشاملة التكميلية².

العائلات: تتمثل مساهمة العائلات في تمويل نفقات الصحة في السداد المباشر عند الطلب على الخدمة الصحية، وحسب تقرير مجلس المحاسبة عن الضمان الاجتماعي الذي نشر في 20 سبتمبر 2016، والذي يبحث في مشاركة الأشخاص المؤمن عليهم في تمويل النفقات الصحية، فقد أشار إلى أن حصة الإنفاق الصحي الممولة مباشرة من قبل العائلات، فإن فرنسا واحدة من الأضعف في أوروبا، هذا نتيجة لتغطية التأمين الصحي لهذه النفقات خاصة وأن نسبة المرضى الذين يستفيدون من رعاية صحية طويلة الأجل عالية جداً، وفي هذه الحالة فإنه يتم تعويضهم بنسبة 100%³.

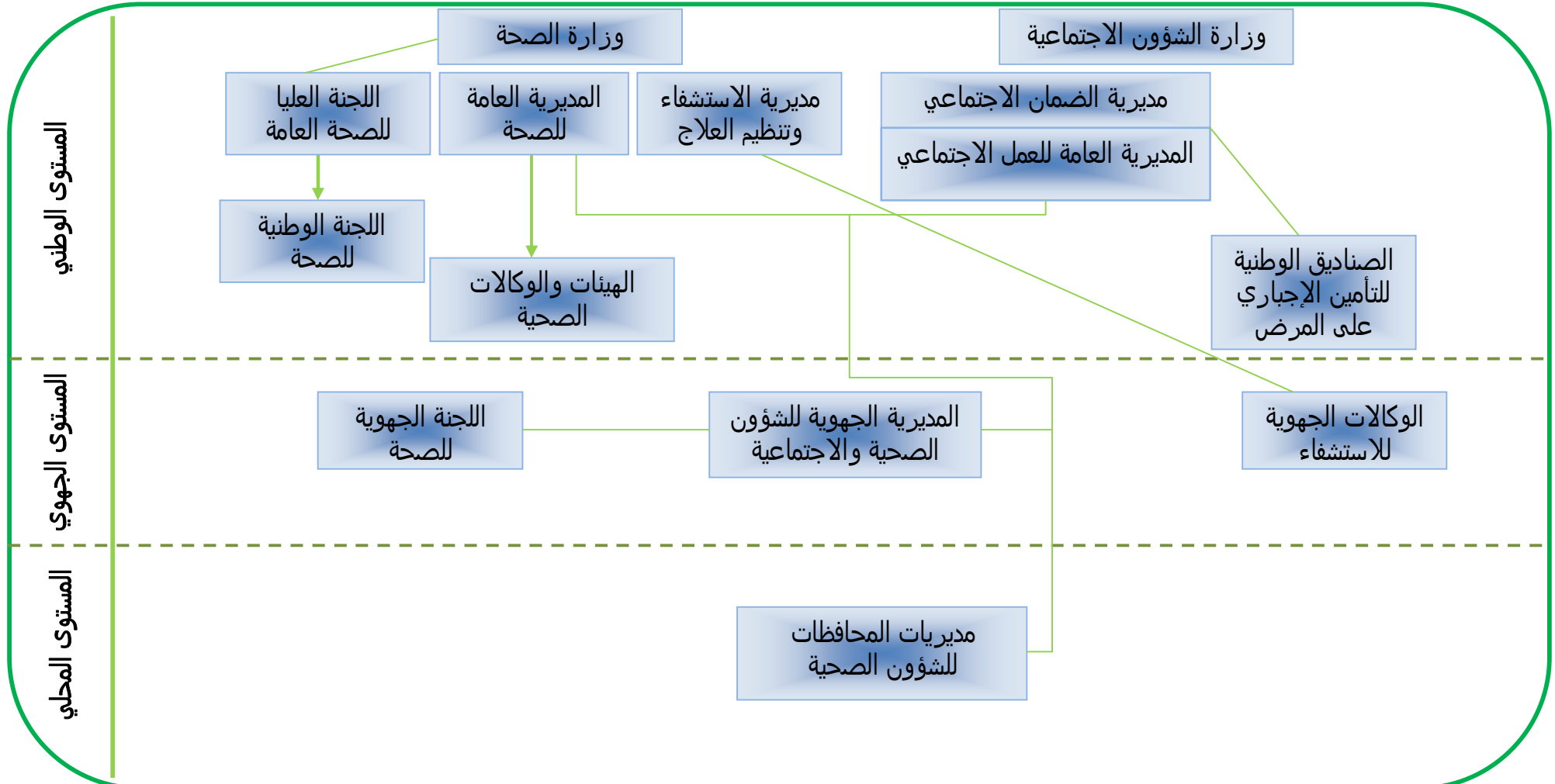
وفيما يلي شكل يوضح الهيكل التنظيمي للنظام الصحي الفرنسي:

1- **Le Système de santé en France**, sur le site : <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>, viste Le 23/08/2019.

2- Emilie Sauvignat, **Le Financement de système de santé en France : Rôle et Organisation de l'assurances maladie obligatoire**, Op cit, P 36.

3- François Ecalle, **Le Financement de Dépenses de santé par les ménages**, Rapport, FIPECO le 26.09.2016, P 01.

الشكل رقم (14): الهيكل التنظيمي للنظام الصحي الفرنسي



Source : Emilie Sauvigent, **Le Financement de système de santé en France : Rôle et Organisation de l'assurances maladie obligatoire**, Op cit, P 18.

3.III معايير تقييم تمويل نفقات الأنظمة الصحية:

آليات تمويل نفقات الصحة لها آثار على الأداء العام للنظام الصحي، وغالبا ما يتم تقييم هذه الآليات على أساس مدى قابليتها للتنفيذ والإنصاف والفعالية والاستدامة، وتستخدم هذه المعايير لتحديد آليات التمويل التي تجسد أفضل الممارسات، وسنقوم بشرح هذه المعايير بشيء من الإيجاز في الفقرات التالية.

1.3.III الجدوى (Feasibility):

تعتبر الجدوى منهج وأسلوب يعتمد عليه في ترشيد واختيار القرارات التمويلية، وتشمل الجدوى مجموعة من الدراسات المتخصصة التي تتم بشكل متسلسل ومرابط لهدف الحكم على صلاحية تنفيذ هذه القرارات من عدمها، وبالتالي فإن دراسات الجدوى للقرارات التمويلية لها أهمية بالغة في تحقيق الاطمئنان على فرص نجاح القرار التمويلي ومستوى النتائج المتوقعة منه.¹

2.3.III الإنصاف (Equity):

هذا المعيار يعتمد على مفهوم العدالة الاجتماعية، حيث أن الحصول على الخدمات الصحية يكون حسب الحاجة والدفع يكون حسب مستوى الدخل للمستفيد من الخدمة الصحية، لذا وجب أن تكون مصادر التمويل وطرق تنفيذها تساعد على تحقيق هذا المبدأ وتميز بالإنصاف، حيث أن مصادر التمويل التي ينتج عنها الحد من حصول الفقراء على الخدمات الصحية سواء بشكل مباشر أو غير مباشر تكون غير عادلة وغير منصفة.²

3.3.III الكفاءة (Efficiency):

مصدر التمويل الكفاء أو الفعال هو الآلية التي تولد مبلغا كبيرا نسبيا من التمويل وبالتالي يعطي إمكانية لإلغاء مصادر تمويل أخرى متعددة، وستكون تكاليف عملية جمع الأموال وإدارتها منخفضة مع وجود هذا المصدر الفعال مما يترك أكبر قدر ممكن من الإيرادات لفائدة توفير خدمات صحية

1- حمودة نصيرة، دور دراسة الجدوى الاقتصادية في ترشيد القرار الاستثماري والتمويلي دراسة حالة الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب (عناية)، مجلة دفاتر بوادكس، المجلد 04، العدد 05، 2016، ص: 311-315.

2- Yves-Antoine Flori, **Financement des Politiques de santé**, adsp N° 30, mars 2000, P 32.

فعلية¹، والمقصود بالكفاءة في تعزيز آليات التمويل هو استخدام الموارد بالطريقة الصحيحة وهذا ما يعني توفير الموارد لأكثر عدد ممكن من الخدمات القابلة للتمويل وتقليل تكلفة كل خدمة دون المساس بجودة الخدمة المقدمة².

III.4.3 الاستدامة (Sustainability):

المقصود باستدامة مصدر التمويل هو استقراره على المدى الطويل وإمكانية توليده للإيرادات، فإذا كانت الإيرادات المحصلة من هذا المصدر التمويلي عرضة لتقلبات كبيرة وعديدة فلا يمكن اعتباره مصدرا موثوقا فيه ومن المرجح استبداله بمصدر تمويل آخر أكثر قابلية للتنبؤ على المدى المتوسط والطويل، وتتعلق الاستدامة أيضا بقدرة مصدر التمويل على الحفاظ على مستوى التحصيل المالي في المدى البعيد وتوسيع مستوى التمويل مع مرور الوقت وتزايد الحاجة إلى توفير الرعاية الصحية³.

1- G. Hoare and A. Mills, **Paying for the health sector: A review and annotated bibliography of the literature on developing countries**. Evaluation and planning centre for health care Publication N°12.London: EPC, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

2- C. Donaldson and K. Gerard, **Economics of health care Financing – The visible hand**. Basingstoke: Macmillan, Volume 2, Issue 3, October 1993, P 198.

3- B. Mpcake and J. Kutzin, **Methods for Evaluating Effects of health Reforms**, Geneva: Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organization, Current Concerns, ARA Paper N° 13, 1997, P40

خلاصة:

إن لاقتصاديات الصحة دور مهم في خدمة المجتمع، واتضح ذلك جليا عندما تمكن الأفراد من إشباع حاجياتهم المادية إلى حد ما، وانتقلهم إلى إشباع حاجياتهم الغير مادية، حيث أصبح بالفعل يمكن القول بأننا نعيش في عالم الخدمات، هذا ما أدى إلى بروز الاقتصاد الصحي أو اقتصاد الخدمات الصحية كفرع علمي يبحث في كيفية تطبيق أدوات الاقتصاد على قضايا الصحة والخدمات الصحية لهدف إشباع حاجيات الأفراد من هذه الخدمات والحصول على الرعاية الصحية اللازمة.

فالصحة والخدمات الصحية تعتبر من أهم النشاطات الاقتصادية لكل الدول لما لها من آثار عميقة على بقية القطاعات الاقتصادية الأخرى، فهي تعتبر أهم الركائز الأساسية في الاقتصاد القومي لجميع البلدان النامية منها والمتقدمة، فهي تساهم مع غيرها من القطاعات الاقتصادية في تنمية الدخل القومي ورفع المستوى المعيشي في الدول.

وتعتبر الأنظمة الصحية القائم الأول على الوضعية الصحية في البلدان ذلك من خلال مساهمتها في تحسين صحة أفراد المجتمع، والاستجابة لمتطلباتهم وحمايتهم من الأزمات المالية، وهي أهداف كل نظام صحي في كل الدول سواء كان قائم على فكرة الأنظمة الصحية الوطنية (NHS) أو التأمين الاجتماعي أو التأمين لدى المؤسسات الخاصة، ولكل نظام إيجابياته وسلبياته، كما أنه يختلف النطاق والمضمون المحددان لسياسة التمويل الصحي أو إستراتيجيتها أو خطتها وأيضا المصطلحات المستخدمة فيها باختلاف البلد وباختلاف النموذج التمويلي والتنظيمي المتبع فيها.

وفي الفصل الموالي سيتم التطرق إلى عرض وتقديم النظام الصحي في الجزائر، من خلال تطوره التاريخي منذ الاستقلال وإلى كيفية تنظيمه وهيكلته، وأيضا التعرف على الإصلاحات التي مر بها.

الفصل الثاني

تقديم النظام الصحي في الجزائر

تمهيد:

سعت الجزائر منذ الاستقلال إلى تحسين الوضعية الصحية للمواطنين، ذلك من خلال تبني سياسة صحية تضمن إيصال العلاج والخدمة الصحية إلى كافة شرائح المجتمع على اختلاف مكانتهم ودخلهم المادي، فاهتمت بضرورة إنشاء الطب المجاني والذي جسده مختلف الدساتير وأكدت على ضرورته واعتباره حق مشروع تكفله الدولة لمواطنيها.

ولقد عرف النظام الصحي في الجزائر اختلاف من فترة لأخرى، فالدارس لمختلف الفترات الزمنية التي مر بها النظام الصحي منذ الاستقلال لوقتنا الراهن يلاحظ التطور والتحسين الذي مس المجال الصحي من فترة إلى أخرى، هذا ما أشارت إليه مؤشرات الصحة من انخفاض لمعدل الوفيات وارتفاع متوسط العمر عند الولادة وأيضا ارتفاع عدد الهياكل والمنشآت الصحية وزيادة المستخدمين الصحيين، لكن رغم كل الجهود المبذولة للارتقاء بالصحة في الجزائر إلا أن النظام الصحي لم يخلو من مشاكل واختلالات هذا ما استدعى إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة عن طريق تبني مشروع إصلاح واتخاذ تدابير متعلقة بمختلف المجالات التي تتعلق بالصحة.

في هذا الفصل حاولنا تقديم النظام الصحي في الجزائر من خلال عرض تطوره عبر مختلف المراحل التي مر بها منذ الاستقلال ليومنا هذا، وكذا تنظيمه وهيكلته والتعرف على مختلف مستويات الخدمة الصحية التي يقدمها، مشروع إصلاحه والتدابير التي اتخذت لمعالجة اختلالاته، من أجل الإلمام بكل هذا تم تقسيم الفصل إلى العناوين الرئيسية التالية:

- I. تطور النظام الصحي في الجزائر.
- II. تنظيم وهيكله النظام الصحي في الجزائر.
- III. إصلاح النظام الصحي في الجزائر.

1 تطور النظام الصحي في الجزائر:

ورثت الجزائر عن الاستعمار الفرنسي وضعية صحية كارثية ومدنية جدا يمكن أن تلخص في تفشي الأمراض والأوبئة المعدية، وهذه الأمراض إنما كانت نتيجة للظروف المعيشية السيئة للجزائريين والمسلطة عليهم من طرف المستعمر، ضف إلى ذلك أن القليل من المواطنين كان لهم الحق في العلاج، حيث كان الأطباء والمستشفيات متركزون في المدن أين الكثافة السكانية الاستعمارية أما المناطق الريفية ذات الأغلبية الجزائرية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لأنها تفتقد لأدنى المراكز الصحية.¹

من هنا فإن الدولة الجزائرية غداة الاستقلال كانت أمام تحديات كبرى على جميع الأصعدة ومن جعلتها المشكلات الصحية، فمنذ الاستقلال حاولت الجزائر توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً كاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يمثل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة، وذلك من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها. سنحاول من خلال هذا، تقديم تطور النظام الصحي في الجزائر من خلال التطرق إلى أهم التطورات التي عرفها منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، وعليه يمكن تقسيم هذه الفترة التي مرّ بها النظام الصحي في الجزائر إلى عدة مراحل أساسية، حيث سعت الحكومة الجزائرية خلال هذه الفترة على العمل على تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان.

1.1 مرحلة البناء التدريجي للنظام الصحي (1962-1973):

بعد سنة 1962 عرفت الجزائر حالة صحية متردية ومتدهورة، حيث كان الشعب الجزائري يعاني الفقر والحرمان وانتشار الأمراض المعدية والمنتقلة كالسل والكوليرا والتيفوئيد والملاريا..... إلخ، وهذا راجع للأوضاع السيئة المعاشة والمسلطة من طرف المستعمر، وقد كان النظام الصحي الموجود متركز أساساً في المدن الكبيرة كالجزائر، وهران، قسنطينة ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي

1- وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2015 - 2016، ص 138.

النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، كما كان هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه (600) طبيب ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا أجنب.¹

فحسب تقرير أعدته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الجزائر في شهر ديسمبر من سنة 2015، فإنه وفي سنة 1962 كانت المعطيات الصحية كالتالي:²

- الأمل في الحياة لم يتعدى 51 سنة .
- نسبة وفيات الأطفال 181 من 1000.
- نسبة الولادات خارج المستشفى 70٪.
- 342 طبيب و 70 صيدلي من أجل تعداد يقدر بعشرة ملايين نسمة.
- 143 مؤسسة عمومية للصحة عبارة عن هياكل صغيرة بالإضافة إلى 13 عيادة خاصة موزعة في المدن الكبرى الشمالية.

خلال هذه المرحلة عملت الجزائر على بناء اقتصاد منتج، نظام تعليمي، نظام صحي، وذلك في ظروف اقتصادية واجتماعية صعبة أين 80 ٪ من السكان أميون³، ومن أجل بناء نظام صحي يتلاءم مع متطلبات الوضع تم تحديد مجموعة من الأهداف والوسائل والتي نوجزها فيما يلي:⁴

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية العامة والخاصة، وكذا الأطباء عبر مختلف جهات الوطن وذلك للسماح للسكان من العلاج بشكل متساوي.

- مكافحة الوفيات والقضاء على مختلف الأمراض والأوبئة المتنقلة.
- إلزامية الإبلاغ عن الأمراض المعدية وذلك ابتداء من سنة 1962.
- مجانية الاستفادة من خدمات مراكز الأمومة والطفولة.
- إنتشار التطعيم ومجانيته لخمس أمراض وهي (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال والجدري)، ابتداء من سنة 1969.

1- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص 132.

2 - تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الإصلاحات في الصحة التطور والآفاق، ديسمبر 2015.

3 - Les Réformes en santé évolution et perspectives, Alger, 2015, sur le site : www.santé.dz/Rencontre-évaluation-2015/Reformes-sante.pdf, p12 تاريخ الإطلاع : 2019/01/31

4- علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 92.

ومن أجل تحقيق الأهداف والتخلص من المشاكل الصحية رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم إستراتيجية مع كل تحفظ، وتمثلت هذه الإستراتيجية في المحاور التالية:¹

الوقاية: حيث أن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره.

علاج الأمراض: لتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاقات الضرورية إبتداء من المراكز الصحية القاعدية ، تم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.

التوزيع العقلاني للأطباء: ذلك من أجل تحقيق الأهداف المرسومة في الخريطة الصحية أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية.

هذه الفترة تميزت أيضا بما يلي:

- امتازت من جهة بطب الدولة من خلال المؤسسات الإستشفائية التي تضمن العلاج والإستشفاء والتي تدير من طرف وزارة الصحة، والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية في المدن والبلديات، والتي تدير من طرف البلديات وأخيرا مراكز النظافة المدرسية التي تدير من طرف وزارة التعليم، من جهة أخرى هناك قطاع طبي خاص يقدم العلاج ذو طابع ليبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقدية.²
- عرفت هذه الفترة أيضا إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية (مؤسسة عمومية ذات طابع إداري) سنة 1964 بمقتضى المرسوم التنفيذي 64-110 بتاريخ 10 أفريل 1964.³ وكان الهدف من إنشائها إنجاز الأعمال الخاصة بالدراسات والبحث في الصحة العمومية لتطوير برامج العمل الصحية وترقية الصحة.
- صدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدلة في سنة 1966. وإنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها سنة 1965 ، حيث قبل هذا التاريخ كانت مندجحة ضمن وزارات أخرى.
- اعتماد سياسة التأميم ابتداء من الاستقلال التي توجت بتأميم المحروقات في 24 فيفري 1971 وهو ما سمح بتوفير سيولة مالية معتبرة للدولة من أجل برمجة عدة خطوات لصالح الصحة في البلاد وكذلك

1- علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 93 .

2- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، مرجع سابق، ص 117 .

3- République Algérienne Démocratique et populaire, Décret N 64 -110. Du 10 Avril 1964 , portant création et statut de l'institut National de santé publique , journal officiel , N 035 , Du 28 avril 1964 , p509 .

اعتماد سياسة التخطيط وهو ما سمح بإنشاء مؤسسات صحية وهياكل قاعدة وأيضا زيادة عدد المستخدمين من أطباء وصيدالة (المخطط الثلاثي 1967 - 1969 والمخطط الرباعي الأول 1970 - 1973).

- عرفت سنة 1971 إصلاح التعليم الجامعي (إعادة الهيكلة)¹ للأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان وفق التطورات العلمية الحاصلة في مجال الوقاية والعلاج وذلك بوضع برنامج يهدف لتكوين أطباء والوصول إلى تغطية صحية جيدة.

- من حيث التغطية الصحية لم يكن هناك عدل وإنصاف من حيث تمرکز الأطباء والمرضى والهياكل الصحية بين المناطق إذ أن جلها كان متمركز في المدن الكبرى ومنعدم في المناطق الريفية، والمؤشرات الصحية لخير دليل على تدهور الحالة الصحية في هذه الفترة، إذ أن نسبة وفيات الأطفال كانت من أعلى النسب في العالم، والجدول التالي يوضح لنا بعض المؤشرات الصحية لهذه الفترة.

الجدول رقم (05): تطور المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة 1966 - 1973.

1973 - 1972	1970 - 1966	1966	
16.3 من الألف	16.3 من الألف	15.9 من الألف	الوفيات العامة
-	141.5 من الألف	180 - 150 من الألف	وفيات الأطفال
٪ 47.6	٪ 49	٪ 42	نسبة الولادات
-	53 سنة	-	متوسط الحياة
-	٪ 70	-	نسبة التلقيح
-	٪ 12	-	الولادة في وسط صحي

المصدر: سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، مرجع سابق، ص 117.

من حيث الموارد البشرية عرف النظام الصحي تطورات كبيرة من حيث المستخدمين لكل بمستوى تمييز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني وهذا ما سنوضحه في الجدول التالي:

1- les Réformes en santé évolution et perspectives, op . cit, p12.

الجدول رقم (06): تطور عدد المستخدمين الطبيين خلال الفترة 1963 – 1973 بالجزائر.

السنة		1963	1965	1967	1969	1973
الأطباء	الجزائريون	285	304	417	519	1241
	الأجانب	1034	1115	1036	1179	1226
	المجموع	1319	1419	1453	1698	2467
	عدد السكان لكل الطبيب	7922	8007	8649	7861	5938
الصيدالة	الجزائريون	70	-	160	206	332
	الأجانب	194	-	84	59	64
	المجموع	264	186	244	265	396
	عدد السكان لكل صيدلي	51225	61091	51504	50369	36992
جراحي الأسنان	الجزائريون	36	-	86	132	279
	الأجانب	115	-	78	80	93
	المجموع	151	127	164	212	372
	عدد السكان لكل جراح أسنان	69205	89472	76628	62692	39379

ملاحظة: تم حساب عدد السكان لكل طبيب وصيدلي وجراح أسنان على أساس السكان في منتصف السنة.

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 – 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

من خلال الجدول تبين لنا أن هناك زيادة مستمرة في عدد الأطباء الجزائريون وقابله أيضا ارتفاع في عدد الأطباء الأجانب، حيث ارتفع عدد الأطباء الجزائريون من 285 طبيبا في سنة 1963 ليصل إلى

1241 طبيب سنة 1973، أما الأطباء الأجانب فارتفع عددهم من 1034 طبيبا سنة 1963 إلى 1226 طبيبا سنة 1973، حيث كان مجموع الأطباء في الجزائر عام 1973، 2467 طبيب وقابله عدد السكان لكل طبيب في نفس السنة 5938 ساكن، وبالنسبة للصيادلة فقد عرف عدد الصيادلة الجزائريون ارتفاع بعد ما كان عددهم 70 صيدلي سنة 1963 أصبح 332 صيدلي سنة 1973 وقابله انخفاض عدد الصيادلة الأجانب بحيث أصبح عددهم 64 صيدليا سنة 1973 بعدما كان 194 صيدلي سنة 1963، وأما فيما يخص جراحي الأسنان الجزائريون فقد ارتفع عددهم إلى 279 جراح أسنان عام 1973 بعدما كانوا 36 جراحا للأسنان سنة 1963 وبدورهم جراحي الأسنان الأجانب عرفوا انخفاض في عددهم خلال هذه الفترة حيث كان عددهم 115 جراحا للأسنان لينخفض إلى 93 جراحا سنة 1973.

من حيث الهياكل القاعدية أبرز ما يميز هذه الفترة هو الزيادة النسبية في قاعات العلاج ومراكز حماية الأمومة والطفولة، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (07): تطور الهياكل الصحية في الجزائر للفترة 1962 - 1972 .

السنة	1962	1966	1969	1972	الهياكل
عدد الأسرة	377787	39418	38978	-	
المؤسسات العمومية	156	148	148	148	
المؤسسات الخاصة	-	15	15	15	
العيادات المتعددة الخدمات	0	0	0	16	
المراكز الصحية	188	256	308	307	
قاعات العلاج	734	1081	1005	1266	
مراكز مكافحة السل	-	29	44	45	
مراكز حماية الأمومة والطفولة	-	0	77	133	
مراكز مكافحة التسمم	-	0	19	-	

المصدر: - سنة 1962: سنوسي علي، مرجع سبق ذكره، ص 120.

- سنوات 1966، 1969، 1972: أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع التخطيط، جامعة الجزائر، سنة 2001، ص 114.

ما يمكن قوله من خلال ما يبينه الجدول هو أن الهياكل عرفت زيادة معتبرة خاصة مراكز حماية الطفولة والأمومة وقاعات العلاج، حيث عرفت هياكلهم ارتفاعا وذلك راجع لإعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك من خلال توفير المراكز الصحية وقاعات العلاج على مستوى كل بلدية وفيما يخص مراكز حماية الأمومة والطفولة فارتفاعها راجع لهدف التقليل من وفيات الأطفال والذي كان من أكبر النسب في العالم.

إذن الشيء الملاحظ خلال هذه الفترة هو أن المنظومة الصحية كانت محدودة في خياراتها بسبب ضعف الوسائل المعنوية والمادية المتوفرة لديها وعلى هذا الأساس قد كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش الهياكل التي خلفها الاستعمار، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الخدمات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة¹، وضمان الوقاية من الأمراض المعدية، كما فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال، وعملت الدولة على تخفيض اللامساواة في توزيع الأطباء من أجل تسهيل الحصول على العلاج.

2.1 مرحلة تطوير وتنمية النظام الصحي (1974 – 1989):

تميزت هذه الفترة بما يلي :

— التأسيس لمبدأ مجانية العلاج وذلك بواسطة الأمر رقم 73 - 65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973²، المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، حيث تتكفل الدولة بضمان التغطية الصحية لجميع فئات الشعب، ويكون ذلك على حساب خزينة الدولة وبصفة مباشرة وهو الذي سمح بإحداث فرق كبير في استفادة المواطنين من الخدمة الصحية لتصبح متوفرة ومجانية.

كان هذا القرار (مجانية العلاج) كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد³، وأصبح العلاج مجانيا إبتداء من تاريخ 1974/01/01.

134- علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الاتفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 94 .

2- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 1 الأمر 73 / 65 المؤرخ في 1973/12/28 و المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادر بتاريخ 1974/01/01، ص 02.

3- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 137 .

في هذا الصدد أكد الميثاق الوطني 1976، حق المواطن في الطب المجاني "الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسم حق المواطن في العلاج".¹

أيضا دعم دستور 1976 هذا الحق في العلاج المجاني و ذلك في المادة 67 منه "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة و مجانية و بتوسيع الطب الوقائي".²

القانون 83 - 11 المؤرخ في 02 جويلية 1983، من خلاله سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية من خلال صناديق الضمان الاجتماعي، حيث نصت المادة 65 من هذا القانون على أنه يتم تحديد مبلغ المشاركة الثابتة لمؤسسات الضمان الاجتماعي في نفقات القطاعات الصحية بمرسوم ويتم تحديدها وفقا لتكلفة الصحة وعدد الأشخاص المؤمن عليهم اجتماعيا.³

وتم توجيه الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي لعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارات، وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي التعاضديات إلى وزارة الصحة، وهكذا أصبح النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها أو مجال نشاطها.⁴

قد شهدت هذه الفترة أيضا زيادة انتشار المراكز الصحية الاجتماعية في الشركات الوطنية، وأصبح بالإمكان التمييز بين عدة أنواع من الهياكل الصحية:⁵

- شبكة عمومية مشكلة من الهياكل الإستشفائية والهيآت الصحية للعلاج الابتدائي.
- شبكة عمومية تظم:

✓ هياكل للعلاج تابعة للضمان الاجتماعي.

✓ المراكز الصحية الاجتماعية.

✓ الطب الخاص (عيادات، مخابر تحليل...).

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، 1976، ص179.

2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، 1976، ص30.

3- Groupe de d'experts , les systèmes de santé en Algérie , Maroc et et Tunisie M Défis et enjeux , May les note (Ipemed) N°13 , avril 2012 , p50 .

4- ريمه أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الإستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 01، 2017 / 2018، ص 205 .

5- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010 ، مرجع سابق، ص106.

وفي سنة 1984 تم إعادة تنظيم الشبكة العمومية للعلاج و أصبحت مكونة من:

- القطاع الصحي.
- القطاع الصحي الفرعي.
- المستشفيات المتخصصة.
- المراكز الإستشفائية الجامعية.

تأتي هذه الهيكلية استجابة لخمس مبادئ أساسية هي:¹

- تطبيق مبدأ ثلاثي الأبعاد: القطاعية، الجهوية وتدرج العلاج.
- مقارنة بين القطاعات تستلزم إعادة تعريف دور وظائف وزارة الصحة وجميع الوزارات التي تدخل في قطاع الصحة.
- إدماج جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية وإقحامها في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.
- خضوع كل توسع للشبكة الصحية إلى شكل مدار ومخطط (الخريطة الصحية الوطنية).
- إدخال النشاطات الوقائية والعلاجية في جميع مستويات توزيع العلاج.

— مرسوم تنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، والذي يحدد المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) كهيكل مستقل ويعطيها الاستقلالية التامة، بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية.²

— كما تميزت هذه المرحلة بإنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية سنة 1989 ذلك بموجب المرسوم التنفيذي 89 - 11 المؤرخ في 07 فيفري 1989، حيث أوكلت للمدرسة مهمة إدخال المفاهيم والتقنيات الحديثة في إدارة الخدمات الصحية من خلال تدريب الموظفين والمسيرين على مستوى المؤسسات الصحية.³

1- سنوسي علي، مرجع نفسه، ص 107 .

143- Groupe de d'expertes , Les Systèmes De Santé En Algérie , Maroc et Tunisie , Défis et enjeux , op.cit ,p50 .

3- علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 97 .

فيما يخص الموارد البشرية خلال هذه الفترة تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحي نتيجة للإصلاحات التي مست مجال العلوم الطبية من خلال تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما أدى إلى وجود عدد كبير من العمالة الطبية وفي كل التخصصات، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (08): تطور المستخدمين في السلك الطبي خلال الفترة 1974 – 1989.

1989	1986	1979	1974	السنة	
				المستخدمين	
20436	13396	4561	1425	الجزائريون	الأطباء
1031	1965	1785	1247	الأجانب	
21467	15361	6346	2672	المجموع	
1836	1576	1001	441	الجزائريون	الصيدالة
3	8	50	101	الأجانب	
1839	1584	1051	542	المجموع	
6884	3735	1305	410	الجزائريون	جراحي الأسنان
8	19	121	84		
6892	3754	1426	494		
72972	62100	32387	14373	الشبه طبيون	

المصدر: من إعداد الباحث اعتماد على الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 - 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

من خلال الجدول يظهر لنا التطور الهائل الذي عرفه عدد مستخدمي الصحة في هذه الفترة بحيث ارتفع عدد الأطباء بشكل ملحوظ خصوصا الجزائريون من 1425 طبيب سنة 1974 إلى 20436 سنة 1989، كذلك الصيدالة وجراحي الأسنان شهدوا ارتفاعا كبيرا مقابل انخفاض للصيدالة وجراحي الأسنان الأجانب، نفس الملاحظة بالنسبة لعمال السلك الشبه طبي بحيث عرفوا ارتفاع هائل في عددهم

خلال هذه الفترة وذلك من 14373 عاملا في السلك شبه طبي. بمختلف التخصصات سنة 1974، ليرتفعوا إلى 72972 عامل سنة 1989، من خلال هذه الأرقام يتضح لنا مدى التحسن الملحوظ على مستوى التغطية بالخدمات الصحية وذلك راجع إلى السياسة الصحية المتحدة في مجال التكوين والتطوير في مجال العلوم الطبية.

بالنسبة للهياكل الصحية هي بدورها عرفت تضاعف كبير خلال هذه المرحلة والجدول الموالي يبين ذلك.

الجدول رقم (09): تطور الهياكل الصحية في الجزائر خلال الفترة 1974 - 1989 .

السنة	1974	1979	1986	1989	الهياكل
المستشفيات	143	182	238	275	
مراكز صحية	558	747	1025	1238	
عيادات متعددة الخدمات	106	175	359	485	
قاعات العلاج	1402	1422	2574	-	
عدد الأسرة في المستشفيات	43404	44347	52898	58605	

المصدر: حوصلة إحصائية للصحة 1962 - 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

ما يلفت الانتباه هو ظهور هياكل جديدة ممثلة في العيادات متعددة الخدمات وتطور عددها خلال هذه الفترة حيث وصلت إلى 485 عيادة سنة 1989 بعدما كانت 106 سنة 1974 والتي جاءت لإيصال العلاج لكل المواطنين عبر التراب الوطني وإلغاء التفرقة بين المناطق، والمراكز الصحية هي بدورها عرفت ارتفاع في العدد بحيث تم تسجيل 1238 مركز صحي سنة 1989، أما فيما يخص المستشفيات ارتفعت من 143 مستشفى سنة 1974 إلى 275 مستشفى سنة 1989 بطاقة 58605 سرير إستشفائي.

كما ميز هذه المرحلة إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الإستشفائية الجامعية والمراكز الإستشفائية المتخصصة، كما سمح بفتح عيادات طبية وجراحية خاصة لإعطاء فعالية لهذا

القطاع من أجل التدخل السريع لمعالجة الأمراض وتغطية الاحتياجات الطبية كما ونوعا والمدمن اللجوء إلى العلاج بالخارج.

3.1 مرحلة الأزمة (1990 – 2000) :

تميزت هذه الفترة الممتدة خلال العشرية 1990 – 2000 بظروف خاصة وإستثنائية:

- عرفت هذه الفترة انهيار أسعار البترول منذ سنة 1986 وما نتج عنه من أزمات مالية ضربت البلاد في الصميم نتيجة اعتمادها الكلي على مداخل البترول، مما أدى إلى عدم قدرت الدولة على تمويل وتسيير قطاع الصحة بحيث توقفت مشاريع التنمية والمخططات التي بدأت فيها الحكومة ومن بينها المشاريع في المجال الصحي بل أن البلاد لجأت إلى الإستدانة من الخارج منذ سنة 1994.¹

- الأزمة الأمنية الخطيرة التي عرفتھا البلاد خلال هذه العشرية والتي أدت إلى هجرة كفاءات عديدة في الصحة وأيضا ما صاحبه من غلق لكثير من المياكل الصحية الجوارية في الأرياف والمناطق البعيدة التي مستها الأزمة الأمنية.

- خلال هذه الفترة ذكر التعاقد كنظام تمويل يجب أن يكون بديلا للتمويل السائد من قبل، ويقصد به تعاقد هيئات الضمان الاجتماعي مع المؤسسات الصحية من أجل تغطية تكاليف العلاج بالنسبة للمؤمنين اجتماعيا وهو ما نص عليه قانون المالية لسنة 1992.² وستتطرق بالتفصيل إلى نظام التعاقد كبديل لتمويل نفقات الصحة من خلال الفصل الثالث.

عرفت هذه الفترة إصدار مجموعة من المراسيم المتعلقة بتنظيم قطاع الصحة من أجل إضفاء نجاعة أكبر وتسيير أكثر حداثة للقطاع، وتمثلت هذه المراسيم فيما يلي:³

- المرسوم التنفيذي رقم 93 - 05 المؤرخ في 12 جانفي 1993، المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية.

1- عياش نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد 31، جوان 2009، جامعة قسنطينة، ص295.

2- Groupe de d'experts, Les Systèmes De Santé En Algérie , Maroc et Tunisie, Défis et enjeux ,op.cit, 51.

3- علي دهمان محمد ، مرجع سابق ، ص : 96

- المرسوم التنفيذي 93-140 المؤرخ في 30 مارس 1994، المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية (LNCPP) وذلك قبل إدخاله في السوق.
 - المرسوم التنفيذي رقم 94 - 47 المؤرخ في 09 فيفري 1994، المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء.
 - المرسوم التنفيذي رقم 94 - 47 المؤرخ في 30 مارس 1994، المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري.
 - المرسوم التنفيذي رقم 94 - 293 المؤرخ في 25 فيفري 1994، المتعلق بالصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) والتي هي مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية.
 - المرسوم التنفيذي رقم 95 - 108 المؤرخ في 09 أبريل 1995، المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم (ANS) والتي هي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم.
 - المرسوم التنفيذي رقم 96 - 68 المؤرخ في 27 جانفي 1996، المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان (DSP).
 - المرسوم التنفيذي رقم 96 - 355 المؤرخ في 19 أكتوبر 1996، المتعلق بإنشاء شبكة المخابر.
 - إستفادة القطاع الصحي خلال هذه الفترة أيضا بوكالة وطنية للتوثيق الصحي (ANDS) التي تعني بتطوير التوثيق والمعلومات والاتصال، وأيضا مركز وطني لليقظة الصيدلانية، وبقظة العتاد (CNPM) والمكلفة بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.¹
- فيما يخص الموارد البشرية خلال هذه الفترة فإن الجهود المبذولة في مجال التكوين سمحت بتسجيل زيادات معتبرة في تعداد الإطارات الطبية الجزائرية والشبه طبية حيث تم إحصاء 28274 طبيبا جزائريا و7966 جراحي أسنان و4022 صيدليا في سنة 1997، وقدرت نسبة التغطية بطبيب لكل 1123 نسمة وجراح أسنان واحد لكل 4033 نسمة وصيدي واحد لكل 7818 نسمة، إذا يمكن القول أن نسبة التغطية لحاجات السكان بمستخدمي القطاع كانت مرضية خلال هذه الفترة. أما فيما يخص المستخدمين الشبه طبيين تم إحصاء عددهم في نفس السنة 1997 بـ 41657 تقني سامي و30048 تقني في الصحة، أما أعوان الصحة فبلغ عددهم 14206 عوناً.
- بالنسبة للهياكل الصحية فإن ما يمكن ملاحظته ليس الزيادة في عدد الهياكل والمنشآت القاعدية ذلك أن هذه المرحلة تميزت بوضعية أمنية جد مزرية عرفتها البلاد في بداية التسعينات مما أثر سلبا على

1- علي دهمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 101.

مردودية الوحدات القاعدية حيث أن بعضها تعرض للإتلاف والإغلاق خصوصا في المناطق الريفية، ويمكن مقارنة التغطية الصحية من حيث الهياكل الصحية لسنة 1997 بالنسبة لسنة 1996 حيث تم إحصاء:

- عيادة لكل 70441 نسمة في 1997 حيث كانت عيادة لكل 66264 نسمة في 1996.
 - بالنسبة للمراكز الصحية كانت التغطية الصحية سنة 1997 مركز صحي لكل 28599 نسمة وكانت مركز صحي لكل 26378 نسمة في 1996.
 - بالنسبة لقاعات العلاج لكل 9433 نسمة في 1997 وقاعة علاج لكل 7038 نسمة في 1996.¹
- هذه الأرقام والمؤشرات تبقى بعيدة عن الأهداف التي كانت مسطرة حيث تم تسجيل في سنة 1998:²
- نسبة الزيادة في الولادات 25.3 من الألف.
 - نسبة الوفيات من الأطفال 44 من الألف.
 - نسبة الوفيات العامة 604 من الألف.
 - متوسط مدى الحياة 68 سنة.

4.1 مرحلة إعادة التنمية من جديد (2000 - ليومنا هذا):

عرفت هذه الفترة وضع أممي وسياسي هادئ مقارنة بالفترة التي سبقتها بحيث تميزت هذه الفترة بمعدلات نمو مرتفعة ومتسارعة ويرجع ذلك في الأساس إلى ارتفاع أسعار المحروقات مما سمح لقطاعات عديدة بالنهوض من بينها قطاع الصحة ذلك بفضل الأموال الكبيرة التي تم ضخها من طرف الحكومة. ومن أهم مميزات هذه الفترة ما يلي:

- تغيير اسم الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من جوان 2002 إلى اسم "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات".³

1- أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: تخطيط، جامعة الجزائر، 2000-2001، ص 120.

2- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، مرجع سابق، ص 131.

3- عياد ليلي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015 / 2016، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، 2015 - 2016، ص 127.

• تم في بداية هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق. ويهدف البرنامج الحكومي في هذا المجال إلى تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والمستمر من أجل ترقية القطاع والرفع من أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات الصحية المقدمة، ولتحسين جودة هذه الخدمات، عملت الحكومة على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية، تهدف إلى تشجيع الأدوية المماثلة وتقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة الخطيرة.¹

• ضخ أموال كبيرة في إطار برامج دعم النمو الاقتصادي كما يلي:²

► برنامج دعم النمو الاقتصادي 2001 - 2005، إنجاز 14 مستشفى بمبلغ 12.878.462.000.00 دج .

► البرنامج التكميلي لدعم النمو 2005 - 2009 إنجاز 156 مستشفى و 25 هيكل صحي جوارى بمبلغ 258.666.171.000.00 دج .

► برنامج النمو الاقتصادي 2010 - 2014، إنجاز 120 مستشفى و 171 هيكل صحي جوارى بمبلغ 95.891.715.000.00 دج .

• صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهادف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، والتي تضمن تغييرا لقطاعات الصحية إلى: مؤسسات عمومية إستشفائية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، مؤسسات إستشفائية متخصصة، وقد ألغى المراكز الصحية لتتحول إلى عيادات متعددة الخدمات، أو إلى قاعات للعلاج حسب وضعيتها المالية.³

1- خروبي بزرارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999 - 2009) دراسة حالة : المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية ، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 03، 2010 / 2011، ص 50.

2- تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الإصلاحات في الصحة التطور والآفاق، ديسمبر 2015 .

3- عياد ليلي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015 / 2016، مرجع سابق، ص 128 .

• البداية التدريجية في تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات وتطبيقه بصورة نهائية خلال سنة 2009.

• وضع برنامج "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" المقدر بتكلفة 2000 مليار (دج) والمخطط للفترة من 2009 إلى 2025.¹

• أيضا من أجل تنظيم هذا القطاع عرفت هذه الفترة صدور مجموعة من التعليمات الوزارية والمراسيم التنفيذية:

- التعليمات الوزارية رقم 15 المتعلقة بوضع محاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية.

- المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتعلق بفصل العلاج عن الإستشفاء.²

- إنشاء اللجنة الوطنية متعددة القطاعات للحماية من الأمراض الغير منتقلة في 2013.

• فيما يتعلق بالقطاع الصحي الخاص وبعدها كان مهما طيلة المراحل السابقة فقد أصبح يشهد تطورا ملحوظا هذا من خلال الدور الفعال الذي أصبح يؤديه عبر الطب الوقائي والإستشفائي، وأيضا استكمال النقائص بالقطاع العمومي من خلال توفير عدد معتبر من الهياكل الصحية الخاصة والتي بلغت حسب إحصائيات 2014 ما يقارب 7742 عيادة طبية متخصصة، 6654 عيادة طبية عامة و5928 عيادة طب الأسنان.

• بالنسبة للموارد البشرية والتي بدورها تنقسم إلى الممارسين الطبيين والطاقم الشبه طبي، فقد عرفت تطورات ملحوظة، ويمكن إيجاز هذه التطورات الحاصلة على مستوى الموارد البشرية خلال هذه الفترة في الجدولين الآتيين.

- الممارسين الطبيين: يمكن عرض تطور عدد الممارسين الطبيين في الجزائر حسب القطاع كالاتي:

1- وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، مرجع سابق، ص142.

2- علي دهمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص106.

الجدول رقم (10): تطور عدد الممارسين الطبيين حسب القطاع خلال الفترة (2000 - 2014).

2014	2006	2000	السنة	
			الممارسين الطبيين	
52306	13325	11275	عام	أطباء
			خاص	
16770	6575	5803	عام	صيادلة
			خاص	
7240	4845	4647	عام	جراحي
			خاص	
5928	4728	3346	عام	الأسنان
			خاص	

المصدر: - الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 - 2011 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

- الجزائر بالأرقام - نتائج 2013 - 2015، النشرة رقم 46، 2016، الديوان الوطني

للإحصائيات.

من خلال الجدول رقم (10): أعلاه يتجلى لنا أن عدد الممارسين الطبيين خلال هذه الفترة عرف تطورا كبيرا من سنة لأخرى وهذا نتيجة للتكوين الذي أولته الدولة الجزائرية لتكوينهم، بحيث ارتفع عدد الأطباء من 17078 طبيبا بين عام وخاص سنة 2000 إلى 69076 طبيبا في سنة 2014، حيث أن أغليبتهم ينتمون إلى القطاع العام، أما فيما يتعلق بالصيادلة، فبدورهم عرف عددهم تطورا ملحوظا خلال هذه الفترة، إلا أن الصيادلة الخواص هم يشكلون الأغلبية الساحقة، في حين جراحي الأسنان عددهم في القطاع العام أكثر بقليل عنه في القطاع الخاص.

- الممارسين الشبه طبيين: يمكن عرض تطور العمالة الشبه طبية في الجدول التالي:

الجدول رقم (11): تطور العمالة الشبه طبيون في الجزائر خلال الفترة (2001 - 2014).

2014	2006	2001	السنة
			النوع
88478	57510	48755	تقنيون ساميون
8275	22640	26655	تقنيون
25050	9810	10433	مساعدون في السلك شبه طبي
121803	89968	85843	المجموع

المصدر: الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 - 2011، الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات.

- الجزائر بالأرقام - نتائج 2013 - 2015، النشرة رقم 46، 2016، الديوان الوطني للإحصائيات. يتجلى لنا من الجدول أن هناك ارتفاع مستمر في صنف الحاصلين على شهادة دولة (تقنيون ساميون) حيث تم تسجيل 8847 تقني سامي في الصحة سنة 2014 بعد ما كان عددهم لا يتجاوز 48755 سنة 2001، في حين هناك انخفاض في عدد المرضى من الأصناف الأخرى (التقنيون والمساعدون)، وخاصة بالنسبة للمساعدين الشبه الطبيين، هذا راجع لسياسة التكوين التي انتهجها الحكومة سعياً منها للقضاء على هذا الصنف من التكوين، ولكن لضرورة هذا النوع "مساعدون شبه طبيون" أعادت الحكومة فتح هذا التخصص من جديد على مستوى مختلف مدارس التكوين الشبه الطبية وهذا ما يترجمه ارتفاع عددهم سنة 2014، حيث تم تسجيل 25050 مساعد شبه طبي في الجزائر. فيما يتعلق بالهياكل الصحية خلال هذه الفترة، فإنه قد ارتفع بشكل لافت للنظر في الفترة 2011 - 2016 حيث بلغ مجموع المستشفيات المنجزة 205 مستشفى، بينما بلغ عدد العيادات متعددة الخدمات، 528 عيادة بعدما كان عددها 50 عيادة خلال الفترة 1999 - 2004، كما تم إنجاز خلال الفترة 2001 - 2016، 1000 قاعة علاج بزيادة قدرها 306 قاعة مقارنة بالفترة 1999 - 2004.¹

II تنظيم وهيكل النظام الصحي في الجزائر:

بعد استعراضنا لتطور النظام الصحي الجزائري من خلال مختلف المراحل التي مرّ بها، سوف نتناول تنظيمه العام ومختلف هياكله.

1.11 تنظيم النظام الصحي في الجزائر:

عرف المشرع الجزائري النظام الصحي من خلال المادة 04 من قانون 05/85: "المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها."² إن النظام الصحي الجزائري مسير من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)، والتي تقوم بدورها بإدارة مؤسسات العلاج الإستشفائي والقطاع الصحي العمومي.³

1- عمر بوعزيز، قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي في الجزائر، الإنفاق الصحي نموذجاً خلال الفترة:

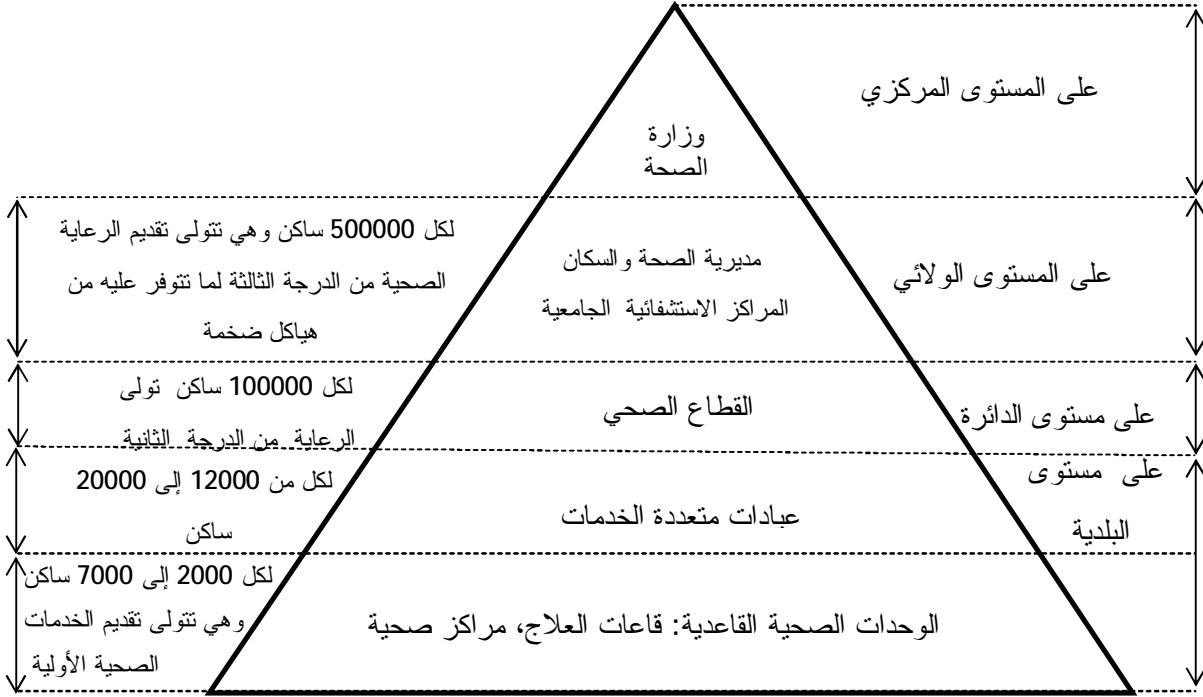
1990 / 2016، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد الخامس، العدد 01، جوان 2018، ص 820.

2- المادة 04 من القانون رقم 85 / 05 المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

تاريخ الإطلاع: 2018/02/13. www. Andi .dz/index .php / ar / secteur .de . sante . 3

وتعتبر وزارة الصحة والسكان هي المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية ورفع المستوى الصحي للمواطنين، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها¹، ويوضح الشكل التالي الصورة السليمة لنظام الخدمات الصحية في الجزائر.

الشكل رقم (15): سلمية الخدمات الصحية العمومية في الجزائر.



المصدر: بوزناد دليبية، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر)، مرجع سبق ذكره، ص 133.

1.1.11 المستوى المركزي:

يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من:

- الوزير: يقوم وزير الصحة والسكان بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال:²

✓ وقاية صحة السكان ورعايتها.

✓ التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي.

1- بوزناد دليبية، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2011 / 2012، ص 132.

2- شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الإستشفائية)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، تخصص مناجمت المنظمات، جامعة بسكرة، 2016-2017، ص 120.

- ✓ التنظيم الصحي والخريطة الصحية.
- ✓ العلاج الطبي في الهياكل الصحية.
- ✓ تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه الطبيين.
- ✓ العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات.
- ✓ ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان إختصاصه والسهر على تطبيقها.
- ✓ دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة.
- ✓ التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها.
- ✓ الحماية الصحية في الوسط العائلي والعملي.
- وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الأتية:⁽¹⁾
 - ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة وملحقون بالديوان وعددهم أربعة، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.
 - الأمانة العامة: تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده إثنان من مديري الدراسات ويلحق بها مكتب البريد والإتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها .
 - المفتشية العامة: يشرف عليها ستة مفتشين يقومون بالمهام التالية:
 - ✓ الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية .
 - ✓ توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية.
 - ✓ العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد.
 - ✓ ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.
 - المديرية المركزية: تشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:
 - ✓ مديرية الوقاية.

1- شرف الدين زديرة، المرجع نفسه ، ص121.

- ✓ مديرية الصيدلة و الدواء.
- ✓ مديرية السكان.
- ✓ مديرية التكوين.
- ✓ مديرية التخطيط.
- ✓ مديرية التقنين والتراعات.
- ✓ مديرية المصالح الصحية.

2.1.11 المستوى الجهوي:

بغية تحقيق العدالة وضمان مبدأ المساواة في الحصول على العلاج، ومن أجل الموازنة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، أسست الجهوية الصحية سنة 1995.¹

وتعتبر هذه الجهوية هيئة فاحصة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالأهداف الإستراتيجية، اتخاذ القرارات، وتخصيص الموارد. شكلت هذه الجهوية لخمس مناطق صحية وهي:

- ✓ منطقة الوسط وتضم 11 ولاية.
- ✓ منطقة الشرق وتضم 14 ولاية.
- ✓ منطقة الغرب وتضم 11 ولاية.
- ✓ منطقة الجنوب الشرقي وتضم 07 ولايات.
- ✓ منطقة الجنوب الغربي ويضم 05 ولايات.

وما هو ملاحظ أن هذه المؤسسات الجهوية تبقى افتراضية حيث ليست لديها أي استقلالية مالية على مستوى كل جهة، وهي غير محددة بشكل دقيق على مستوى الهيكل القانوني.

3.1.11 المستوى الولائي:

على مستوى كل ولاية تتواجد مديرية الصحة والسكان، حسب المرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 14 جويلية 1997، والتي تسير وتحدد القواعد التنظيمية وتشغيل هذه المديرية، حسب ما ورد في الجريدة الرسمية رقم 47 وتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومة الصحية، وتنسيق مهام ونشاطات

1- عيادة ليلي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015 / 2016، مرجع سابق، ص 128 - 129.

المنشآت والهياكل الصحية، وتمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدلية، مخابر، عيادات خاصة.... إلخ) وهي مكلفة بمختلف المنشآت الصحية المتخصصة، والقطاع الصحي والمراكز الإستشفائية الجامعية، ويبلغ عدد القطاعات الصحية 185 قطاعا صحيا، ويختلف عددها من ولاية من أخرى، ويشمل كل قطاع صحي مصلحة وبائية، وطب وقائي، مكلفة بجمع المعلومات الوبائية، وتقديم البرامج الوطنية على مستوى القطاع الصحي.¹

4.1.11 المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الإستشفائية، وحدات إستشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية) تتولى هذه المنشآت تحديد إحتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية وللحد على الضغط على المراكز الإستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة إنتفاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو مستشفى ورعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب اسمها في الحملات الوقائية والتطعيم للسكان في منطقة معينة وهي تتكون على:⁽²⁾

✓ عيادات متعددة الخدمات.

✓ المركز الصحي.

✓ قاعات العلاج.

لكل في سنة 2007 تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية.

✓ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

✓ المؤسسة الإستشفائية المتخصصة.

كما ألغيت المراكز الصحية لتتحول إلى عيادات متعددة الخدمات أو قاعات علاج حسب حالتها

المادية.

1- عياد ليلي، المرجع نفسه، ص 129.

2- شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الإستشفائية)، مرجع سابق، ص 123.

وستتطرق إلى هذه الهياكل والمؤسسات بالتفصيل من خلال العنوان الموالي.

2.11 الهياكل والمؤسسات بالنظام الصحي الجزائري:

تنقسم المؤسسات الصحية الإستشفائية في النظام الصحي الجزائري إلى قسمين، المؤسسات الصحية العمومية وهي خاضعة للقانون العام ولا تهدف إلى تحقيق أرباح، والمؤسسات الصحية الخاصة وتخضع للمراقبة وشروط الممارسة التي تفرضها الوزارة الوصية، مع الإشارة إلى هيمنة المؤسسات الصحية العمومية على الخدمات الصحية في الجزائر.

1.2.II المؤسسات الصحية العمومية:

سنتعرض من خلال هذا الفرع المؤسسات الصحية العمومية التي يجمعها نظامها القانوني المشترك، والمعاد هيكلتها من خلال المرسوم التنفيذي رقم 07 / 140 المؤرخ في 19 ماي 2007. حيث قسم الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر إلى ما يلي:

❖ المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU):

تعرفه المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 467 كما يلي: "المركز الإستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي ... " (1)، حيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على المركز الإستشفائي الجامعي، ويمارس وزير التعليم العالي والبحث العلمي الوصاية البيداغوجية وإنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية يجب توفر شروط تتمثل في:

- يجب توفر موارد مالية وطاقت بشرية بعدد كاف تثبت الكفاءة المطلوبة لضمان نشاط العلاج، لاسيما المستوى العالي والتكوين في مرحلتي التدرج وما بعد التدرج والبحث حتى تستطيع القيام بأعمال العلاج والتكوين والبحث.

1- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 و الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.

- وجود هياكل أساسية وتجهيزات علمية وتربوية وتقنية صالحة لاستقبال الأساتذة والطلبة وتضمن لهم الحد الأدنى لشروط العمل.¹

- يجب توفير حد أدناه تسعة تخصصات وذلك حسب ما أقرته المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 25/86 وهذه الإختصاصات هي كالآتي:

✓ الطب الداخلي.

✓ الجراحة العامة.

✓ طب الأطفال.

✓ أمراض النساء والتوليد.

✓ أمراض الأنف والأذن والحنجرة.

✓ أمراض العيون.

✓ الراديو الإشعاعي.

✓ البيولوجيا.

✓ التحذير و الإنعاش.²

فيما يخص مهام المركز الإستشفائي الجامعي فهي عديدة ومنها ما هو متعلق بميدان الصحة والعلاج وأيضا له مهام أخرى تخص مجال التكوين والبحث ويمكن توضيح هذه المهام فيما يلي:

- في ميدان الصحة والعلاج:³

✓ يتضمن المركز الإستشفائي الجامعي نشاط التشخيص والعلاج والإستشفاء والإستعجالات

الطبية الجراحية والوقائية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان.

✓ يتولى تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.

✓ يقوم بالمساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية والعلمية والتربوية للمؤسسة الصحية.

1- سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الحقوق،

تخصص دولة ومؤسسات عمومية، جامعة الجزائر 01، 2016/2017، ص 19.

2- المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 25/86 المؤرخ في 11 فيفري 1986 والذي يتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية.

3- سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مرجع سابق، ص 21.

- ✓ يقوم بالمساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية النظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ✓ يضمن المركز الإستشفائي الجامعي للسكان القاطنين بالقرب منه والذين لا تغطيهم القطاعات الصحية المجاورة، المهام المسندة إلى القطاع الصحي والتي تتمثل أساسا في تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها والوقاية والتشخيص والعلاج والإستشفاء والتخطيط العائلي وإعادة تأهيل مستخدمي الصحة والمصالح الصحية بصفة عامة وكذا تحسين مستواهم.

- في مجال التكوين والبحث:¹

- ✓ ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي في علوم الطب.
- ✓ المشاركة في تكوين المستخدمين الشبه طبيين والمستخدمين الإداريين والتقنيين التابعين للصحة العمومية والمشاركة في دورات التكوين المتواصل، الذي يجبر العمال مهما كان مستواهم ومررتهم بمتابعة دورات التكوين المتواصل التي تنظمها المؤسسة أو المؤسسات والمراكز المتخصصة الأخرى.
- ✓ القيام في إطار تنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان العلوم الصحية.
- ✓ تنظيم مؤتمرات وأيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين البحث في علوم الصحة.
- ✓ كما يمكن للمركز الإستشفائي الجامعي أن يبرم في إطار التنظيم المعمول به إتفاقيات مع المؤسسات الصحية أو أي هيئة أخرى بعد إستشارة المجلس العلمي للمؤسسة من أجل القيام بمهامه الخاصة بالتكوين والبحث في علوم الصحة.

❖ المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)

عرفت المؤسسة الإستشفائية المتخصصة مقتضيات المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 465 على أنها مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي²، على غرار باقي

1- سعودي علي، نفس المرجع السابق، ص 22.

2- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

المؤسسات العمومية الإستشفائية ويتم إنشائها بمرسوم تنفيذي بناء على إقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد إستشارة الوالي وتوضع تحت وصاية الوالي في الولاية الموجود بها مقر المؤسسة.

إن أهم ميزة أو خاصية تميز المؤسسة الإستشفائية المتخصصة عن باقي الهيئات الإستشفائية، هي كونها مكلفة بالإعتناء والتخصص بمرض معين أو بداء أصاب جهازا عضويا معيناً في جسم الإنسان أو مجموعة من الأشخاص الذين لهم سن معين، كما إقتضت ذلك المادة 03 من نفس المرسوم التنفيذي، لذلك فإن التسمية لمثل هذه الهيئات الإستشفائية تتضمن دائما الإختصاص الخاص بالنشاط المكلف به.¹ فيما يتعلق بالمهام الموكلة لهذه المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، فقد نصت عليها المادة 05 من

المرسوم التنفيذي السابق الذكر، كما يلي:

- ✓ تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والإستشفاء.
- ✓ تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.
- ✓ المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.²

هذا، ويمكن إستخدام المؤسسات الإستشفائية المتخصصة كميدان لتقديم تكوين في مجالي شبه الطبي والتسيير الإستشفائي في إطار إتفاقيات تبرم مع المؤسسات المكلفة بهذا التكوين وهذا بموجب المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 465 /97.³

❖ المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH):

عرفت المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤسسات العمومية الإستشفائية على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي.⁴

1- عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، تخصص القانون العام، جامعة الجزائر 01، 2012/2013، ص 154.

2- المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

3- المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

4- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

وتتكون المؤسسات العمومية الإستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والإستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، وتحدد المشتلات المادية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.¹

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية حسب المادة 04 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجيات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام الآتية:

✓ ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والإستشفاء.

✓ تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

✓ ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة حديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الإستشفائية ميدانا للتكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس إتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.²

❖ المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):

نصت المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 على أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي.³

تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان وبرغم من طابع الإدارية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، إلا أن هذا لا يعني أن وظيفتها هي وظيفة إدارية، حيث أن وصفها بأنها ذات طابع إداري يرجع لكون الموظفين والأعوان المنتمون إليها هم خاضعون لقانون الوظيفة العمومية وللنصوص التنظيمية المتعلقة بتطبيقه، كما يرجع لقواعد المالية العامة التي يخضع لها تسييرها المالي.⁴

وتتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة فيما يأتي:

1- سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مرجع سابق، ص 26.

2- المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

3- المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

4- سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مرجع سابق، ص 26.

- ✓ الوقاية والعلاج القاعدي.
- ✓ تشخيص المرض.
- ✓ العلاج الجوارحي.
- ✓ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- ✓ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان ، وتكلف على الخصوص بما يأتي:¹
- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدان لتكوين الشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس إتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.
- أما العيادات متعددة الخدمات فتتمثل المهام الأساسية لها في²: تقديم مختلف الخدمات الصحية والإستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة، الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية، تقوم بالوساطة بين مركز الصحي والمستشفى، مع الإشارة أنه منذ سنة 2007 تم إلغاء المراكز الصحية وتحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات.

2.2.11 المؤسسات الصحية الخاصة:

- المؤسسات الإستشفائية الخاصة تعرف على أنها: "جميع المستشفيات بإستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية، وهذه المستشفيات تقدم الخدمات مقابل رسوم، وذلك عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجاناً.
- و يمكن تقسيم المستشفيات الخاصة إلى قسمين وهما:
- مستشفيات ذات طابع ربحي: وهي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة وذلك بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

1- سعودي علي، المرجع نفسه، ص 27.

2- وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، مرجع سابق، ص 146.

- مستشفيات ذات طابع غير ربحي: هي المستشفيات التي تتوفر فيها نفس خصائص ومميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالبا بهدف المساهمة في تقديم خدمة إجتماعية عامة لأفراد المجتمع، والعلاج في هذا النوع من المستشفيات ليس مجانا، حيث أن الأموال المتحصلة من المرضى تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى.¹

وفي الجزائر فإن المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 321/07 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 تعرف المؤسسات الإستشفائية الخاصة بما يلي: "المؤسسة الإستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج وإستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الإستكشاف. ويجب عليها بالنسبة للتخصص أو التخصصات التي تمارسها، القيام على الأقل بالأنشطة التالية:

✓ الفحص الطبي.

✓ الإستكشاف والتشخيص.

✓ الإستعجالات الطبية و/أو الطبية الجراحية بما فيها إزالة الصدمات والإنعاش والمراقبة.

✓ الإستشفاء.²

و يمكن إستغلال المؤسسات الإستشفائية الخاصة من قبل:

✓ المؤسسات ذات الشخص الوحيد وذات المسؤولية المحدودة.

✓ الشركات ذات المسؤولية المحدودة.

✓ شركات المساهمة.

✓ التعااضديات والجمعيات.

وفي كل الحالات يجب أن تتوفر المؤسسة الإستشفائية الخاصة على مدير تقني طبيب.³

إذا بعدما كان النشاط الصحي الخاص سابقا مقتصر على عيادات الفحص والتشخيص، تم إضافة هيكل جديد هو العيادات الإستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية والجراحية بما فيها أمراض النساء والولادة وكذا الإستكشاف، وإشترط المشرع أن تشغل هذه العيادات إما عن طريق جمعيات أو

1- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 36.

2- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 321 / 07 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 المتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة.

3- عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، مرجع سابق، ص 185.

تعاضديات لا تهدف للربح أو عن طريق طبيب أو تجمع أطباء، بحيث لا يقل عدد أسرهما عن سبعة أسرة، تاركا الحد الأقصى مفتوح على حسب إمكانيات المستثمر.¹

وبالرغم من أن القانون الجزائري يسمح لأي مستثمر له المؤهل والقدرة على القيام بإنشاء مستشفيات ضخمة خاصة في شكل المراكز الإستشفائية الجامعية، إلا أنه لحد يومنا هذا الجزائر لا تتوفر على هذا النوع من المستشفيات الخاصة رغم عدم وجود ما يمنع ذلك.

والجدول الموالي يبين أهم الهياكل و المؤسسات العمومية والخاصة بالمنظومة الصحية الجزائرية.

الجدول رقم (12): الهياكل و المؤسسات العمومية والخاصة في النظام الصحي الجزائري لسنة 2016.

عدد الأسرة	العدد	النوع	
12910	15	مركز إستشفائي جامعي (CHU)	
818	01	مؤسسة إستشفائية جامعية (EHU)	
11725	75	مؤسسة إستشفائية متخصصة (EHS)	
37041	200	مؤسسة عمومية إستشفائية (EPH)	
1324	9	مؤسسة إستشفائية (EH)	
7217	273	مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSH)	
2185	1283	عيادات متعددة الخدمات	
-	5875	قاعات العلاج	
-	28	عيادات طبية	Cliniques PRIVES
-	249	عيادات جراحية	
-	36	عيادات تشخيصية	
-	9042	متخصصة	CABINETS PRIVES
-	7298	عامة	
-	6514	جراحة أسنان	
-	10260	الصيدليات	
-	709	مخابر تحليل	
-	151	مراكز غسل الكلى	

من إعداد الباحث اعتمادا على:

- Office National les Statistiques (ONS), Santé en chiffres, Année 2016, édition octobre 2017, pp ; 9 – 16.

1 - حبيبة قشي ، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية ، دراسة حالة مصحة الرازي للطب و الجراحة ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير قسم العلوم الاقتصادية ، جامعة بسكرة ، 2006 / 2007 ، ص : 125 .

3.11 مستويات الخدمة الصحية التي يقدمها النظام الصحي في الجزائر:

تختلف الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الأنظمة الصحية من حيث التطور والتميز، فكلما كان النظام الصحي متطورا ومميزا تكون الخدمة الصحية متطورة ومميزة والعكس صحيح، لكن المستويات الصحية المقدمة تبقى ثابتة رغم اختلاف الأنظمة الصحية وهي تتمثل في ثلاثة مستويات وهي:

✓ الرعاية الصحية الأولية.

✓ الرعاية الصحية الثانوية.

✓ الرعاية الصحية المتخصصة.

1.3.11 الرعاية الصحية الأولية:

عرفت منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية على أنها: "الرعاية الصحية الأساسية أو الهامة ميسرة لكافة أفراد المجتمع ومعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيا وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره وبروح من الاعتماد على النفس".¹، كما عرفت الرعاية الصحية الأولية على أنها تلك الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية وتقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية والوقاية الصحية وصحة البيئة والتثقيف الصحي.

إذا هي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي إذ تقدم الرعاية الصحية المتكاملة بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعملون.

وتم تحديد عناصر للرعاية الصحية الأولية وتتمثل في:

✓ التوعية والتثقيف الصحي.

1- Talbot.L, Verrinder.G, PromotingHealth; **The priuary Health care Approach**, Elsevier Australia, 4rh edition, 2010, p 03.

- ✓ خدمات الأمومة والطفولة متكاملة.
- ✓ تحصين الأطفال ضد الأمراض الشائعة.
- ✓ مكافحة الأمراض المتوطنة وعلاج الأمراض الشائعة.
- ✓ توفير الأدوية الأساسية.
- ✓ الإصحاح البيئي وتوفير مياه الشرب والتغذية الجيدة.

وفي النظام الصحي الجزائري يتواجد هذا المستوى الأول من مستويات الخدمة الصحية في المناطق الحضرية والأحياء من خلال الهياكل خارج المستشفيات كالعيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، العيادات الطبية الخاصة وعيادات طب الأسنان والتي تتوفر على خدمات الرعاية الصحية الأساسية التالية: الاستشارات الطبية ورعاية الأسنان، رعاية الأم والطفل، التمريض والإستكشاف، التثقيف الصحي وأنشطة الوقاية، وحالات الطوارئ الأولية.¹

2.3.11 الرعاية الصحية الثانوية:

يمكن تعريف المستوى الثاني من الخدمات الصحية المقدمة، أي رعاية الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته بالمستشفى (أثناء تنويمه) في مجالات الطب الرئيسية، كالباطني والجراحة العامة والأطفال والنسائية والتوليد ويشمل هذا المستوى التخصصات الطبية الرئيسية، وتقدم هذه الخدمات في المستشفى مع اشتغالها على أقسام الإسعاف والطوارئ والعيادات الداخلية والخارجية وكذلك خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمداخلات الجراحية.²

وفي الجزائر فإن هذا المستوى من الخدمة الصحية يتعلق بالرعاية المقدمة على مستوى المؤسسات الإستشفائية العمومية (EPH) وتشمل مستويين:

1- L.ABID, **organisation actuelle du système de santé et perspectives**, intervention du colloque international sur les politique de santé, Ecole National supérieure en science politiques, Alger 18 – 19 janvier, 2014, p : 14.

2- مجددة بجا، تحديد الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية لغنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، 2012/2011، ص38.

المستوى الأول: المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) على مستوى الدائرة أو بين الدوائر والتي تتوفر على التخصصات المتاحة التالية: الطب الباطني، طب الأطفال، الاستعجالات الطبية، والتصوير الطبي، وحدة طب الأسنان، جراحة العامة، التوليد، بيولوجيا المختبرات، الصيدلية.

المستوى الثاني: المؤسسة العمومية الإستشفائية على مستوى الولاية والتي تتوفر على التخصصات المتاحة التالية: التخدير، أمراض القلب، أمراض الدم، جراحة العظام، جراحة الأعصاب، أمراض النساء والتوليد، أمراض الكلى، طب الأنف والأذن والحنجرة، طب العيون، الطب النفسي، طب الرئة، طب حديثي الولادة، الطب الشرعي، طب الأورام، علم الأوبئة، والغدد الصماء.¹

3.3.II الرعاية الصحية المتخصصة:

إن هذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية سوى أن هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية، بمعنى كل التخصصات الطبية عدا التخصصات الرئيسية، مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى، ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات الصحية هو استخدامه لتكنولوجيا أكثر تعقيدا وكفاءات بشرية عالية، ضف إلى هذا التكلفة العالية وطول مدة الإقامة وكذا الحاجة إلى عناية خاصة ومركزة.²

في النظام الصحي الجزائري تكون الرعاية الصحية المتخصصة على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH)، وهي خدمة صحية على درجة عالية من التخصص وضعت بالولاية وتشمل التخصصات التالية:

- ✓ جراحة القلب، الجراحة التجميلية، الجراحة الصدرية، جراحة الأوعية الدموية، جراحة المسالك البولية، الطب النووي.
- ✓ الحروق من الدرجة الثالثة، أمراض المناعة ، أمراض الجهاز الهضمي.
- ✓ مراكز مكافحة السرطان، العلاج بالأشعة.

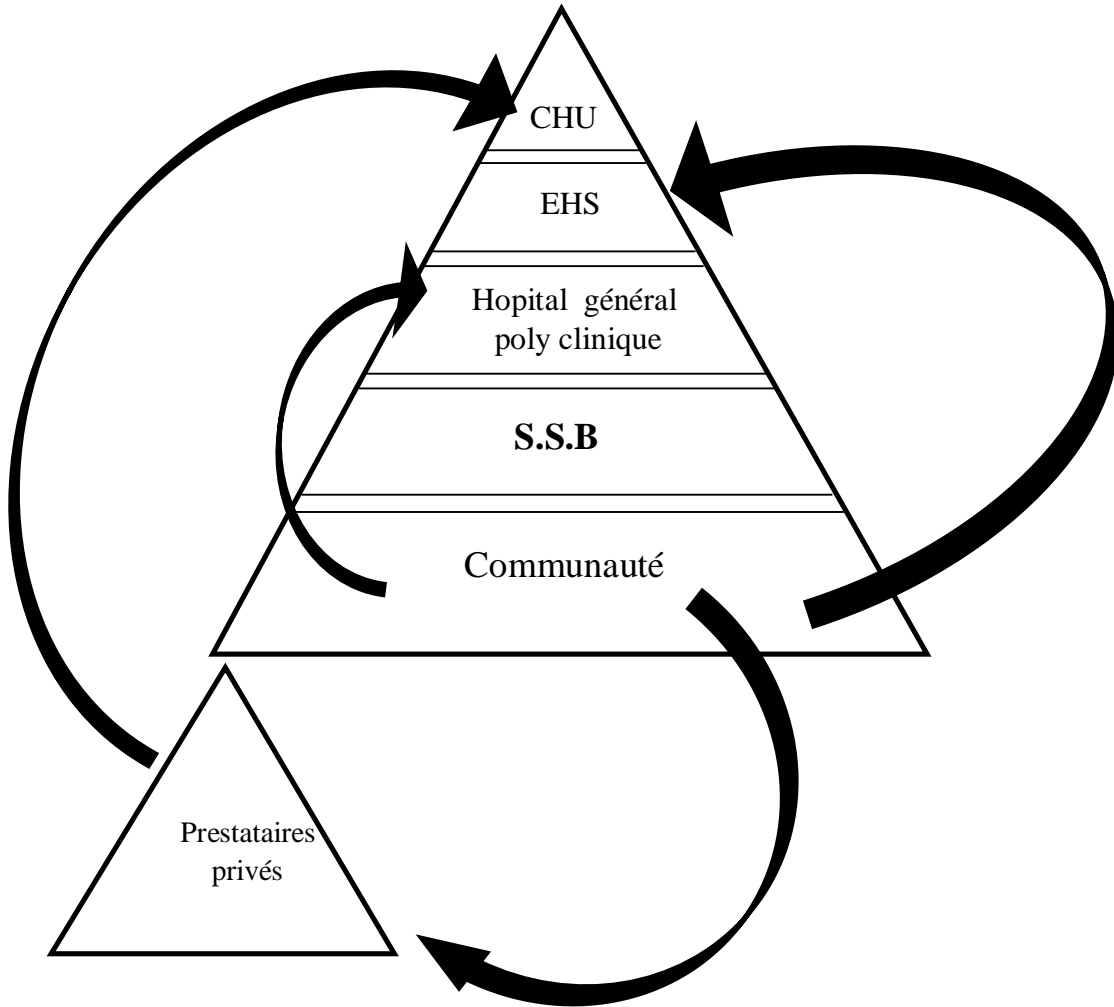
1- LABID, Organisation Actuelle Du Système De Santé , op .cit , p 15.

2- بحادة نجاة، تحديد الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية لمغنية، مرجع سابق، ص 39.

إن تنفيذ هذه الرعاية المتخصصة يتطلب الموارد البشرية الكفأة، بحيث تحتاج تكوين ميدانيا من طرف فرق خارجية أجنبية، إضافة إلى توفير التجهيزات والمعدات الطبية الحديثة والمتطورة والتي يتطلب استيرادها وتوفيرها، وقد تكون هناك أنشطة تم تطويرها من قبل مؤسسة واحدة فقط في منطقة ما، وبالتالي تتخذ طابعا وطنيا.¹

ويمكن توضيح مستويات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (16) : مستويات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر .



Source : Brahim Bralrunia, **trausitionsarutare en algérie et défis de fiuancement de_l'assurance maladie** , intervention du colloque international sur les politiques de santé Alger , 18 – 19 janvier 2014 , p 25 .

1- L.ABID, op .cit , p : 16 .

III إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

إن إصلاح النظام الصحي يعني إحداث تغيير شامل وعميق يعتمد على التغيير المجتمعي الديمقراطي والدولة المدنية الحديثة، ويمكن أن يقصد بعملية إصلاح النظام الصحي بأنها: "عملية تغيير إستراتيجي مستمرة بعيدة المدى ذات أهداف محددة ترمي إلى جعل النظام الصحي قادر على تقديم خدمات صحية ذات كفاءة، فاعلية، وعدالة متيسر الحصول عليها محتملة التكاليف وذات جودة عالية."¹

وهناك إتفاق نسبي على المحاور الأساسية لأي إصلاح للنظام الصحي، وهي كالتالي:²

- ✓ يجب أن يكون التغيير الحادث هيكلي وليس سطحي.
- ✓ يجب أن يصاحب أهداف التغيير، تغيير في المؤسسات، وليس إعادة تحديد بسيط للأهداف.
- ✓ لا بد أن يكون التغيير طويل المدى وله أثر دائم عبر الزمن.
- ✓ يجب أن يشمل عدد كبير من المقاييس المتناسقة.
- ✓ يجب أن يكون المسار موجهها من طرف سلطات وطنية أو جهوية.
- ✓ تكييف خصائص البلد مع التغييرات التي سوف تحدث.

وكما هو معروف فإن الجزائر قد شهدت في العقد الأخير مجموعة من الإصلاحات مست مختلف القطاعات الإقتصادية والاجتماعية، من بينها قطاع الصحة، حيث أن وضعية الهياكل الصحية العمومية قد أثارت إهتمام متخذي القرار الجزائريين، مما دفعهم إلى دراسة وتشخيص حال الصحة وهياكلها ومؤسساتها وذلك قصد إصلاح شامل للمنظومة الصحية في الجزائر، وقد عرفت سنة 2002 تغيير واضح في المنظومة الصحية حيث اتضح هذا التغيير جليا في تغيير اسم وزارة الصحة والسكان لتصبح وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وستتطرق من خلال هذه المساحة العلمية إلى تخطيط عملية إصلاح النظام الصحي في الجزائر أهداف مشروع الإصلاح وملفاته، إختلالات النظام الصحي والتدابير المقترحة من طرف مجلس الإصلاح.

1 - جمعية التنمية الصحية والبيئة وبرامج السياسات الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، مصر، النشر جمعية

التنمية الصحية والبيئية وبرامج السياسات الصحية، سنة 2005، ص 22.

2 - عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سابق، ص 100.

1.111 تخطيط عملية إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

إن عملية إصلاح النظام الصحي كانت من خلال المخططات التي رسمتها واعتمدها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وذلك ابتداء من سنة 2000، وكانت وفق فترات زمنية محددة كالتالي:

✓ مخططات قصيرة المدى من 2000 إلى 2003.

✓ مخططات متوسطة المدى إلى غاية 2005.

✓ مخططات طويلة المدى إلى غاية 2009.

✓ المخططات التكميلية من 2010 إلى 2014.

1.1.111 مخططات قصيرة المدى من 2000 إلى 2003:

خلال هذه المرحلة تم تحديد عدة نقاط، حيث تعتبر هذه النقاط المحاور الأساسية الواجب إعدادها وتنفيذها، وقد اشتملت على ما يلي:¹

- التشاور مع مختلف الفاعلين في قطاع الصحة بشأن مشروع الإصلاح.
- إعداد ومباشرة العمل في برامج الاتصال الاجتماعي، والمتعلقة بإشراك السكان في المباحثات والمناقشات حول السياسة الصحية، ودعم وتوطيد المشاركة في حل مشاكل الصحة في الجزائر.
- مراجعة القانون رقم 05/85 المتعلق بحماية وترقية الصحة.
- مراجعة الاتفاقيات المبرمة مع صناديق الضمان على المرض وتحسين مدونة العقود الطبية والشبه الطبية.
- دراسة وإعداد الحسابات الوطنية للصحة.
- القيام بمباحثات مع وزير التعليم العالي والبحث العلمي بخصوص إصلاح الدراسات الطبية وشبه طبية، والتحكم في مناهج التكوين، وإعطاء الأولوية في التكوين إلى الطب المتخصص من أجل الاستجابة إلى الاحتياجات الوطنية.
- إعداد البطاقة الصحية، ودراسة المخططات الصحية الوطنية والجهوية.
- التفاوض من أجل إلغاء ديون المؤسسات الصحية العمومية.

1- خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999 - 2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مرجع سابق، ص 77-78.

- إعداد دراسات موحدة حول القطاعات الصحية بعد القيام بعملية تغطية الاحتياجات الصحية وتحديد طبيعة ومستوى مصادر التعبئة، وكذا تعيين المناطق ذات الأولوية.
- مراجعة القوانين الأساسية للمستخدمين في قطاع الصحة، حتى يتم جذب واسترجاع المتخصصين المؤهلين في القطاع العمومي، ومن جهة أخرى تشجيع الأطباء وشبه الطبيين على العمل في المناطق المعزولة والنائية.
- إعادة تهيئة وتأهيل الهياكل الصحية وتجهيزها، والبداية تكون بالقطاعات الصحية من الدرجة الأولى والمناطق الأكثر حرمانا، وربط ذلك بعملية التنمية وتدعيم الأنشطة ذات الصيغة الطبية والصحية، كبناء هياكل إستشفائية جديدة.
- وضع ميكائزمات لتقييم الأنشطة في المؤسسات الصحية وتعميم نظام الإعلام الآلي في التسيير.
- إعداد برامج وطنية لمحاربة الأمراض المزمنة (السكري، الربو، القلب والشرابين، السرطان، الأمراض العقلية) وذلك بتفعيل برامج الوقاية من الأمراض.
- تدعيم برامج النظافة في الوسط الإستشفائي.
- إعداد وتوزيع المخططات والرسوم البيانية وتبسيطها والتي تبين مجموع الأمراض المتفشية عبر الوطن.

2.1.III مخططات متوسطة المدى إلى غاية 2005 :

- ركزت هذه المخططات في مضمونها على مجموعة من النقاط وتمثلت فيما يلي:¹
- اختيار أسلوب العمل والوسائل الواجب توفيرها من أجل تحقيق التوازن بين التغطية الصحية الشاملة ومستوى التمويل.
 - وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة، مع تنظيم الطرق الكفيلة للتكفل بالمرضى.
 - تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية والتي تركز أكثر إستقلالية في التسيير.

1- خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مرجع سابق، ص 79.

- تطبيق القواعد الضرورية للوصول إلى تحقيق 45٪ على الأقل من الاحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية.
- وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم استعمال تكنولوجيات الإعلام الآلي.
- إعداد وتطبيق البرامج المحلية للمخططات الصحية.
- وضع ميكانيزمات محددة لمنح المواد واستغلالها.
- لامركزية الميزانيات الخاصة بالتسيير على مستوى الولاية، ووضع لجنة تكفل بتقييم النشاطات الطبية والتسيير على مستوى كل مديريات الصحة عبر الوطن.
- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات واقتراح التعديلات والبدائل لذلك.

3.1.III مخططات طويلة المدى إلى غاية 2009:

يتضمن هذا المخطط ما يلي¹:

- توفير الوسائل الضرورية لسير المراكز الجهوية من أجل تقديم نوعية خدمات صحية عالية التخصص (الأمراض السرطانية، أمراض القلب، نقل الأعضاء، الأمراض العصبية).
- تقييم هذه الأنشطة من خلال تحديد المعوقات ووضع الأولويات في التنفيذ.
- تكييف بعض المصالح الصحية من أجل ضمان التكفل بالأمراض المتعلقة بشيخوخة السكان.
- تدعيم مخططات المالية والوقاية من الأمراض المستعصية كأمراض الإيدز....إلخ.

4.1.III المخططات التكميلية من 2010 إلى 2014:

أهم المحاور الكبرى التي ركز عليها هذا النوع من المخططات ما يلي²:

- إنشاء وهيئة المنشآت الصحية لضمان التغطية الصحية الشاملة.
- فتح برامج للإستكشاف والمعالجة وهذه البرامج ذات مستوى عالي.
- إنشاء الوكالة الوطنية لزراعة الأعضاء.
- إعادة النظر في تنظيم المؤسسات الصحية العمومية.

1- R.A.D.P,M.S.P, Bilan du système national de santé et programme d'action_2005 – 2009, Alger , novembre 2004 , p 72 .

2- les Réforme en santé évolution et perspectives, op. cit, pp 35 – 37.

- العمل على تأهيل الموارد البشرية وإعادة النظر وتأسيس الخدمة المدنية.
- إنشاء وكالة لتسيير الإنجازات والعتاد الطبي.
- إنشاء شهادات للدراسات المتخصصة والدعوة إلى الشراكة في بعض الاختصاصات.
- إنشاء لجنة وطنية متعددة القطاعات المحاربة والوقاية من الأمراض غير المتنتقلة.
- إنشاء مصالح جامعية جديدة على مستوى المؤسسات الإستشفائية العامة والمتخصصة.

2.III أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

نتيجة للوضع المزري الذي وصلت إليه مؤسسات المنظومة الصحية وسوء تقديم الخدمات وتدني مستواها، كان لا بد على السلطات البحث عن الحلول المناسبة لتسوية الوضع والتكيف مع الأوضاع الراهنة حيث يعرف مجال الصحة تطورات هائلة في المعدات والأدوات وحتى في مجال التسيير والتنظيم. لأجل هذا سعت الحكومة إلى تبني سياسة إصلاحية جديدة، فقد تناول المجلس الوطني للإصلاح في 15 أوت 2002 مشروع الإصلاح وملفاته والأهداف التي يسعى هذا الإصلاح إلى تحقيقها، وقد تم إثارة كل هذا في تقريره السنوي آخذاً بعين الاعتبار المعطيات المحصلة من المديرية المركزية لوزارة الصحة.

1.2.III أهداف مشروع الإصلاح:

وضع المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وقد وردت هذه الأهداف في تقرير المجلس، وتمثلت فيما يلي¹:

- إعادة تركيز نظام الرعاية والاستشفاء وتكليفه مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام معلومات (إعلام آلي) قوي وفعال.
- توفير الوسائل اللازمة لمهنيين الصحة، بغض النظر عن وضعهم ومسؤولياتهم، وهذا لغرض الاستجابة بفعالية للاحتياجات الصحية.
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لجميع أصحاب المصلحة في الحفاظ على صحة المواطنين.

1- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière : **Les préalables et les actions urgentes**, Alger, 2003, sur le site : www.Sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm. تاريخ الإطلاع: 2019/02/17.

- التأكيد على حقوق وواجبات المستخدمين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
- توفير الموارد المالية اللازمة لسير عمل المرافق الصحية.
- تحسين فعالية الإنفاق المجتمعي بأي شكل من الأشكال على المرافق الصحية.
من بين الأهداف التي سعى الإصلاح إلى تحقيقها أيضا:
- تقريب الهياكل خارج الإستشفائية التي تهتم بالوقاية ولعلاج القاعدي للمواطنين.
- تحقيق أفضل تغطية للهياكل الصحية في المناطق الداخلية والجنوبية بالوطن.
- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المختصة ذات المستوى العالي.
- تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.¹
- تحسين قدرات المنظومة من خلال تحديث الخريطة الصحية بهدف التوزيع العقلاني والعاقل للموارد، إعادة تأهيل وتعزيز المنشآت الصحية الجوارية والفرق الطبية المتنقلة، وتحسين الرعاية في الوسط المدرسي.²

كما أن السياسة الجديدة لسنة 2008 ارتكزت على الأهداف التالية:

❖ الرفع من كفاءة تشغيل المستشفى أي بمعنى استعداد المستشفى للقيام بمهامه وذلك من خلال تحسين إدارة المستشفى، وتحقيق مبدأ التدرج في العلاج إذ أن المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النظام الوطني للصحة في الجزائر مبدأ تدرج العلاج وذلك انطلاقا من الهياكل غير الإستشفائية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الإستشفائية التي تقوم على تخصصات أكثر كذلك العمل على إعداد وتطوير القوى العاملة ويظهر ذلك من خلال تكفل الدولة بتكوين مهنيين في الصحة وتحملها لنفقات تدريب الأطباء والمختصين وإقامة كليات ومعاهد صحية، وبالتالي تضمن سياسة الإصلاح الجديدة.

❖ تحقيق الجودة والتحكم في التكاليف وذلك من خلال التنسيق والتكامل بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات الإستشفائية للصحة الجوارية، كذلك العمل على ترشيد

1- علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص 110.
2- دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004 - 2013)، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، العدد 06، 2015، ص 148.

الإنفاق واحتواء التكاليف إذ أن من أهم أهداف سياسة إصلاح المستشفيات تحقيق ترشيد الإنفاق والتسيير الجيد للموارد بما يقلص من التكاليف.¹

ومن أجل تحقيق أهداف الإصلاح المستمرة وتكييف القطاع مع الاحتياجات الصحية الجديدة والمستقبلية، جاء في السياسة الحكومية في مجال الصحة سنة 2015 مجموعة من التدابير القانونية والتنظيمية التي تعمل على ذلك، وتمثلت أهم هذه التدابير في:

▪ تدابير الوقاية: يبذل القطاع جهودا لتعزيز مكافحة الأمراض المعدية والقيام بشكل حاسم

بعملية مكافحة الأمراض والوقاية منها، في هذا السياق جاء ما يلي:²

- تدعيم وتعزيز برامج الوقاية الوطنية التي تشكل جزءا من هدف القضاء على الأمراض المعدية، ووضع برامج وخطط وقائية جديدة، ونظام ترصدي للأوبئة.

- إنشاء إطار للتنسيق وطني متعدد القطاعات لمحاربة الأمراض غير المعدية، ذلك بموجب مرسوم تنفيذي، والشروع في تنفيذ الخطة الوطنية للحد من عوامل الخطر الشائعة (التدخين، نمط الحياة غير المستقر والنظام الغذائي غير الصحي) المتعلق بالأمراض غير المعدية، إضافة إلى تطوير نظام مراقبة لعوامل الخطر هذه.

- إحياء وتنفيذ برامج الوقاية والكشف عن الإصابة بالسرطان والأمراض المزمنة الأخرى.

- تطوير وتعزيز برامج الوقاية المحددة في ولايات الجنوب.

▪ تدابير لحماية صحة الأم و الطفل: يعمل القطاع على خفض معدل وفيات الأمهات والأطفال

من خلال:³

- إطلاق خطة وطنية لتخفيض وفيات الأمومة للفترة 2015 - 2019، ذلك من خلال

حصول الجميع على رعاية جيدة طول فترة الحمل والولادة.

- تعزيز ومراقبة حالات الحمل وتحسين خدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة.

- تعزيز الحماية اللقاحية والتحصينية.

- تطوير الرعاية المتكاملة للطفل، من خلال تقديم رعاية شاملة والأخذ بالتدابير الوقائية.

1- ريمة أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص220-221 (بتصرف).

2- Ministère de la santé, et de la population et de la réforme Hospitalière, **politique gouvernement a le dans la dorucun de la santé**, septembre 2015, p 02.

3- IBId, op.cit, p 03.

- اعتماد وتنفيذ آليات للرقابة و التحكم في أسباب الوفاة لدى الطفل و الأمهات.
- التدابير المتعلقة بتوفير الرعاية وتنظيم وسير النظام الصحي: إن تطوير الرعاية المتخصصة في جميع أنحاء البلاد، وتحسين إدارة حالات أمراض الطوارئ الخاصة بالقلب والطببة الجراحية هي مجالات ذات أولوية في هذا القطاع، ولهذا الغاية يعمل القطاع على¹
- تنفيذ الخطة الوطنية لمكافحة السرطان 2015 - 2019 في محاورها المتعلقة بالتشخيص والعلاج لاسيما عن طريق العلاج الإشعاعي وتخفيف داء المريض.
- تطوير زراعة الأنسجة والأعضاء.
- تحسين الحالات الإستعجالية المتعلقة بالأمراض القلبية والطببة الجراحية، ذلك من خلال تحسين وتطوير الموارد البشرية والمادية.
- تعزيز آلية التوأمة بين المرافق الصحية في الجنوب والهضاب والشمال لتوفير الرعاية المتخصصة.
- تدعيم وتعزيز القدرات الإستيعابية للمنشآت الصحية.
- تطوير وتنظيم الرعاية الصحية المترتبة.
- تحديث نظام المعلومات الصحي وتعميم الطب عن بعد.
- تحسين توزيع الممارسين المتخصصين على المستوى الوطني.
- إعادة تنشيط ملف التعاقد مع منظمات الضمان الاجتماعي.
- التقييم والتوحيد القياسي لنشاط القطاع الخاص.

1- Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière, **politique gouvernement dans la domaine de la santé**, op.cit, p 03.

2.2.III ملفات الإصلاح:

ركز المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في تقريره التمهيدي على ستة (06) ملفات أساسية للإصلاح، تمثلت في:¹

- ملف "الإحتياجات الصحية والطلب على الرعاية" برز كأولوية من هذا الملف واقع دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائية الفرعية وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي، وتم التعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من ناحية وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات الجهوية أو الوطنية من ناحية أخرى.
- ملف "الهياكل الإستشفائية" يتمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، ويضم هذا الملف العديد من الأهداف مثل:
 - تعزيز رقابة الدولة على مرافق الصحة العمومية والخاصة.
 - المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها.
 - التنظيم والتسيير المحكم للمرافق الصحية من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي.
 - استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعتبر النواة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.
- ملف "الموارد البشرية" يتعامل هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي ألا وهو المستخدمين، وذلك من خلال دراسة ومراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، أجورهم، ترقيتهم في المسار المهني وتكوينهم، بحيث يعد التكوين ضرورة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين والشبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا العمل لا يتم إلا بالاشتراك مع قطاعات أخرى وهي التعليم العالي والتكوين المهني.
- ملف "الموارد المادية" في هذا تم التركيز بشكل كبير على دمج الموارد المادية في تنظيم الرعاية مما يعني توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين التسلسل الهرمي للرعاية وتوحيد الوسائل،

1- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière, **les prêtables et les actions**

urgentes, Alger, 2003, sur le site : www.sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-liminaire. تاريخ الإطلاع: 2019/02/20.

والهدف هو توفير شبكة من الرعاية بكافة الوسائل الضرورية ولكن توزيعها يكون بطريقة عقلانية. وتشكل الجوانب المتعلقة بالصيانة والمعايير الفنية والسلامة والجودة، وتنفيذ التقنية والتدريب مكتملة لهذا الملف. كما يدعم هذا الملف التفكير في العناصر التي يمكن أن تسهم في تطوير سياسة وطنية لمكافحة المخدرات.

- ملف "التمويل" ركز هذا الملف على دراسة طرق وكيفيات توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر من ناحية التسيير المالي، كما عالج هذا الملف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في تمويل النشاطات الطبية وحول الشروط اللازمة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تعمل على تحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

- ملف "إشترك القطاعات" برز هذا الملف أن نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ترتبط إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى لقطاع المالية العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

وإن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجال على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، وقد تم التأكيد على وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب عدة مرات، بغض النظر عن المسافات والظروف المناخية والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين المتخصصين القادرين على تلبية جميع الاحتياجات الصحية، من ناحية أخرى تتطلب حالات الاستعجال إتباع نهج أكثر توثيقا من شأنه أن يبنى على التحقيقات الجارية بناء على طلب الإدارة.

وتستحق هاتان النقطتان أن تكون موضوع تفكير متعمق من أجل اقتراح حلول ذات صلة.

3.111 إختلالات النظام الصحي والتدابير المقترحة:

لقد إنبتق من أشغال التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات خلاصة حول العقبات والإختلالات الأكثر وضوحا التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، وخصوصا المستشفيات.

وفيما يلي سنتناول الاختلالات المتعلقة بالنظام الصحي والتدابير المتخذة لمعالجتها والتي أبرزها المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في تقريره.

1.3.III الإختلالات والتدابير المتعلقة بالتنظيم والوسائل المادية والبشرية:

يظهر من خلال عمل مجلس الإصلاح، والمقابلات التي أجريت والحلقات الدراسية، نتيجتين مشتركتين، من ناحية تبيين أن الطريقة الحالية لتنظيم المستشفيات قديمة ومن ناحية أخرى هناك حاجة الآن إلى تغييرات ضرورية، ويبرر قدم أدوات التنظيم الحالي بالقيود الجديدة المفروضة على المؤسسات والتي ترتبط باحترام توازن الميزانية على مستوى الاقتصاد الكلي والتمكين الاقتصادي لجميع الجهات الفاعلة في المستشفيات وكان موقف الكثير مع النظرة التي مفادها أن إهمال الإدارة المركزية يؤدي إلى إختلالات في التوازن المالي حسب المناطق أو القطاعات أو الأنشطة. وتمثل الإختلالات المرتبطة بالتنظيم والوسائل المادية والبشرية كما أوردها المجلس الوطني للإصلاح فيما يلي¹:

- تعدد هيئات التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية مرهقة وغير فعالة.
- عدم تكامل النظام الأساسي للمنشآت.
- الإجراءات الإدارية والتسيرية ناقصة وغير كافية.
- التوزيع غير المتكافئ للموارد المادية والبشرية بين المناطق وداخلها.
- عدم كفاية التجهيزات والمعدات أو قدمها.
- عدم تجانس حظيرة العتاد والمعدات ونقص الصيانة.
- غياب مراجعة مدونة الأعمال والتسعير.
- عدم وجود توافق في الآراء وقواعد الممارسة الطبية الجيدة المعممة.
- صعوبة الوصول إلى رعاية المستخدمين.
- قلة الكفاءة والجودة في توفير الرعاية.
- تقييم غير كاف للأنشطة الطبية.

1- Rapport préliminaire du conseil national de la reforme hospitalière : **les preables et les actions urgents**, Alger, 2003, sur le site : www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapporte-preliminaire.htm
تاريخ الإطلاع : 20/ 02/ 2019.

- غياب الدعم المؤسسي للمرضى خلال فترة الإستشفاء على المدى الطويل.
- ولقد وضعت بعض الحلول والتدابير المقترحة لهذه الاختلالات من طرف المجلس الوطني للإصلاح وتمثلت في:
- إعطاء المزيد من الاستقلالية في إدارة المستشفى.
- الحد من تدخلات الوصاية من خلال إعادة تركيز مهام الإدارة المركزية وأجهزتها غير المركزية.
- إعادة تعريف مهام المستشفيات وتكييف قوانينها مع هذه المهام من خلال تسهيل إجراءات الإدارة والرقابة الإدارية والمالية.
- مراجعة الهيكل التنظيمي لإدارات المؤسسات الصحية وفق الأهداف الموصوفة خاصة الاقتصادية والمالية.
- مراجعة الوضع المالي للموظفين بهدف تحسين ظروف الممارسة والتقدم الوظيفي وإدخال نظام محفز في انتظار نتائج إصلاح الخدمة المدنية.
- توحيد الموارد المادية والبشرية، وكذا وضع خريطة صحية لتوزيع الموارد البشرية.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى الوزارة، تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- إحصاء شامل لحظيرة العتاد الطبي وغير الطبي بغية تحديثها وإعداد قائمة التجهيزات والأدوات.
- إنشاء لجنة على مستوى الوزارة لتحسين مدونة الأعمال والتسعير المعمول بها.
- وضع تدريجيا لتوافق الآراء وقواعد الممارسة الطبية الجيدة.
- استعادة وترتيب التسلسل الهرمي للرعاية عن طريق إعلام المستخدمين وإقامة شبكات الرعاية مع الاهتمام الخاص بالحالات الاستعجالية.
- تحسين شروط الاستقبال، الإقامة والنظافة في المستشفيات.
- إنشاء هياكل مسؤول عن التقييم الخارجي للأنشطة الطبية ونوعية الرعاية.
- إنشاء أدوات التقييم الداخلي داخل المستشفيات والهياكل.

III.2.3 الإختلالات والتدابير المتعلقة بالتمويل:⁽¹⁾

يعاني القطاع الصحي من العديد من الإختلالات المتعلقة بالتمويل بسبب الافتقار إلى الوسائل اللازمة لمواجهة الطلب المتزايد على الرعاية الصحية، كما أن التغطية الصحية من حيث البنية التحتية والموارد البشرية والمادية غير متكافئة بحيث غالبا ما يتم حرمان المستشفيات العامة من الوسائل اللازمة لتولي مسؤولية بعض الأمراض. ويعد الافتقار إلى الموارد المالية عاملا أساسيا في تفاقم وضعية القطاع العام إذ أنه لم تتوقف ميزانيات مؤسسات الصحة العامة من الانخفاض منذ عام 1987 وقد أدى هذا الانخفاض الكبير في الموارد إلى تدهور كبير في ظروف تشغيل الهياكل الصحية.

إن إعادة هيكلة النظام الصحي أصبحت اليوم أمر ضروري، بحيث يمكن من إنشاء نموذج تنظيم قادر على تلبية الطلب على الرعاية من خلال ضمان جودة الخدمات المتاحة لجميع السكان، ويجب أن يستند تمويل هذا النظام إلى مبادئ التضامن والإنصاف.

يمكن تلخيص الإختلالات والقيود المتعلقة بالتمويل على النحو التالي:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.
- ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض عليها.
- مديونية كبيرة.
- لا تحكم في التكاليف ولا في النفقات الصحية.
- عدم توازن ميزانيات القطاعات الصحية وذلك لصالح المستشفى على حساب الهياكل غير الإستشفائية، وهذه الإجراءات تعطل النظام وتشكك في تحديد أولويات الرعاية. والتدابير العاجلة المقترحة عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات نعرضها فيما يلي:
- البحث عن مصادر جديدة لتمويل النظام الصحي، من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية (على التلوث والتبغ، إلخ) ومساهمة التأمينات الاقتصادية.
- تعيين محتوى واقعي للتعاقد من خلال تحديث تسميات الأعمال الطبية والتسعير.

1- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : **les preables et les actions urgents**, Alger, 2003, sur le site : www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire .htm
تاريخ الاطلاع : 20/02/2019

- قيام وزارة التضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين، بحيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كيفيات التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- التأكد من أن جميع المرافق الصحية خاضعة للمراقبة البعدية الوحيدة وفقا للأنظمة المعمول بها.
- مبادرات مجانية لجمع الأموال لبعثات المستشفيات (التدريب غير الجامعي والاستثمارات والاستعانة بمصادر خارجية للخدمات الاقتصادية والعامة).
- إدراج الإيرادات في الميزانية.
- وضع مخطط حسابات للمستشفيات.
- السماح للمستشفيات للتعاقد على تقديم الخدمات مع المؤسسات والشركات الوطنية والدولية.
- إعادة تنشيط آليات النقل للميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي للمستشفيات.
- تبرئة المستشفيات العمومية من الرسوم الجمركية على المعدات.
- الانتقال من نظام يتميز بهياكل التمويل إلى نظام تمويل الأنشطة، سيستمر تمويل المهمات الأساسية للمستشفى (الحالات الاستعجالية، التدريب، البحوث، الوقاية) من خلال التخصيص الشامل.
- تعزيز إجراءات تحديد التكاليف الحالية.
- جعل الموارد المادية والبشرية مبرجة (تجميع المنصات التقنية، إعادة توزيع الموارد البشرية... الخ).
- تعزيز شبكات تحديد الأولويات والرعاية كوسيلة للتحكم في التكاليف.
- إنشاء الهياكل الضافية للمستشفى بميزانية إضافية مستقلة عن ميزانية مستشفى قطاع الصحة.
- مواصلة عملية التخلص من ديون المستشفيات.

3.3.III الاختلالات والتدابير المتعلقة بالإعلام :

يعاني الإعلام الصحي من عواقب الانتقال من النمط التقليدي لجمع الاستغلال وتحليل المعلومات إلى أسلوب يقدم تقنيات جديدة ويعتمد على إدخال التكنولوجيات الجديدة للإعلام وهذا ما أدى أساسا إلى ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المخترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة، ولا يخبرنا نظام الإعلام المالي إلا جزئيا عن مدى حقيقة الطلب على الرعاية وعن جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان، ولذلك من الضروري تحديد وتصميم نظام إعلام موثوق به وتحديد أهدافه، بهدف توفير الأدوات اللازمة لصنع القرار، ويتم شرح الحاجة الملحة لإنشاء هذا النظام بشكل أكبر من خلال أنه يغطي جميع مجالات النظام الصحي بما في ذلك¹:

- التسيير الإداري والمالي.
- تسيير الأنشطة الطبية والغير الطبية.
- تسيير الأدوية و المواد الاستهلاكية.
- تسيير المعدات الطبية والغير الطبية.
- تسيير وإدارة شؤون الموظفين.
- تسيير دائرة وشؤون المرضى.
- والاختلالات المتعلقة بالإعلام تتمثل في:
- مكاتب الدخول لم يتم تشغيلها بالكامل بعد.
- سجلات وأدوات تسجيل غير كاملة.
- المستخدمون لديهم نقص في التدريب على الترميز والتصنيف الدولي للأمراض.
- سوء حفظ السجلات والتقارير الطبية.
- عدم تكامل وملائمة بعض السجلات الإدارية.
- وتمثلت التدابير المقترحة من طرف المجلس الوطني للإصلاح في:

1- Rapport préliminaire du conseil national de la reforme hospitalière : les preables et les actions urgents , Alger , 2003 , sur le site : www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm تاريخ الاطلاع : 2019/02/20.

- إعادة العمل بالمناهج المعروفة والآلية في التقييد الإلزامي للمهام المنجزة طبية كانت أو غير طبية، ويدخل ضمن ذلك بصفة خاصة الحفاظ على ملف المريض، ومراقبة المريض داخل المستشفى، وأن هذه التدابير تسعى إلى تفادي النشر عن المسؤولية البشرية وتعويضها بمسؤولية الآلة.
- تحديد المجالات التي سيتم إدراج فيها الإعلام الآلي، ووتيرة هذه العملية ومصاحبتها على تطوير التكوين الضروري لذلك.
- إنشاء هيكل وطنية وإقليمية مسؤولة عن إنشاء نظام الإعلام وتوفير جميع الوسائل اللازمة لإنجاز مهامها.
- إنشاء وسائل لضمان الربط بين المرافق الصحية في نفس المنطقة وبين المناطق الصحية.

4.3.III الاختلالات والتدابير المتعلقة بالتكوين:

وقد تم تحديد هذه العراقيل والاختلالات على النحو التالي:¹

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بعين الاعتبار الاحتياجات التي يعبر عنها القطاع الصحي.
- نظرا لعدم كفاية المعرفة بالمتطلبات الحقيقية لرعاية السكان فإن القطاع نفسه في بعض الحالات غير قادر على التعبير وتقديم طلب دقيق عن نوعية التكوين الذي يحتاجه.
- لم يعد التكوين الأكاديمي قادرا على تلبية المؤهلات المطلوبة بممارسة المهنة أو متطلبات تنوع المجال.
- عدم الكفاءة في بعض الحالات بين المؤهلات الأكاديمية والكفاءة المهنية يؤدي إلى نقص كبير إن لم يكن اختفاء لبعض التخصصات الطبية والشبه الطبية.
- لا يتم تضمين بعض التخصصات مثل الفزيائيين الطبيين ومديري مراكز البيانات ووكلاء الصحة والنظافة في خطة إدارة الموارد البشرية.
- مدارس تكوين الشبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.

1 - Rapport preliminaire du consiel national de la réform hospitaliere : les preables et les actions urgents , Alger , 2003 , sur le site : www.santé.dz/reforme.hospitaliere/Rapport-preliminaire.htm تاريخ الاطلاع : 20/02/ 2019

- تكوين المديرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي، لا يستجيب إلى مواصفات التسيير الاستشفائي.
- التدابير التي أقرها المجلس تخص عدة مستويات إذ يجب أن تسعى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى:
- تحديد الضرورة الملحة للإحتياجات من حيث المهنيين الصحيين وملفات التكوين (إنشاء قوائم مرجعية لمهن صحية).
- إعادة النظر في الديمغرافيا الطبية، وملفات التكوين والمحتويات التعليمية، وذلك مع قطاع التعليم العالي وفقا للإحتياجات التي أعربت عنها وزارة الصحة.
- دراسة الإحتياجات اللازمة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من مهندسي الطب الحيوي والتكوين التقني غير الطبي مع وزارة التكوين المهني.
- إعادة فتح عند الاقتضاء، ملاحق مدارس تكوين شبه الطبية على مستوى المستشفيات، كجزء من تكوين الموظفين على العمل (إعادة تكوين، ترقية).
- تقديم دورات تدريبية خارج المستشفيات الجامعية لوضع الأطباء في المستقبل في وضع مهني ملموس.
- التفكير مع القطاعات المعنية في التكوين المؤهل والمعدل الذي يتألف على سبيل المثال من الحصول على شهادة ثانية دون الحاجة إلى اجتياز المنهج الأكاديمي بالكامل للمتخصصين.
- إنشاء بوابات من خلال التكوين الأكاديمي أو التأهيل للمهارات المكتسبة للسماح بتنقل الموظفين.
- وضع خطة لإعادة إدماج المهنيين الصحيين المكونين أو العاملين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والمؤسسات المسؤولة عن التعاون الدولي.
- إعادة تنظيم هياكل التكوين الطبي والإداري وفقا للإحتياجات القطاع.
- مراجعة ملفات التكوين، ومحتوى الدروس وفقا للإحتياجات التي يعبر عنها القطاع الصحي.

- إنشاء على المستوى المركزي لجنة مشتركة بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، مع سلطات صنع القرار.
- إنشاء على المستوى الجامعي وإقامة مؤتمرات للعمداء لتحديد الأدوات والهياكل للتحقق من صحة الوظائف والكفاءات والمؤهلات.

5.3.III الاختلالات والتدابير المتعلقة بالقطاع الخاص والقطاع الشبه عمومي:

بعد انضمام السلطات العمومية إلى مسعى التحرر الاقتصادي والاجتماعي والذي أعلن عنه منذ بداية الإصلاحات، ونتيجة للضغوطات الكبيرة التي كان يعاني منها القطاع الصحي العام كان لابد على الحكومة من استحداث قطاعين لتخفيف من العبء الذي تتحمله الدولة، وبذلك فقد تم إنشاء القطاع الشبه عمومي سنة 1975 تم القطاع الخاص والذي تم إضفاء الطابع المؤسسي عليه ابتداء من دستور سنة 1989، لكن حقيقة الأمر هي أن استحداث هذا القطاع طرح مشكل عدم التوازن الناتج عن منظومة صحية مزدوجة، وبالتالي البحث عن ضرورة انسجام وتماسك هاذين النظامين وفي الواقع فإن تطور القطاع الخاص كان نتيجة لرقابة السيئة ما نتج عنه ارتفاع كبير في التراخيص لافتتاح عيادات استشفائية خاصة وبالتالي امتصاص القدرات البشرية والكفاءات الطبية وعدم تحكم السلطات العامة في هذا القطاع.¹

إن العيادات الاستشفائية الخاصة بالرغم من كون هدفها تجاري إلا أنها تخلق نوع من المساواة في العلاج من خلال استقبالها للزبائن القادرين على الدفع لها، ومن ثم فسمح المجال للقطاع العمومي للقيام بدوره وتلبية الحاجات الصحية لبقية المواطنين إلا أنه يجب أن نضيف أن هذه العيادات الخاصة تتطور بشكل رئيسي في تخصصات مربحة تجاريا مثل الجراحة والأمومة، وتتطور أيضا في بعض المناطق ذات الكثافة السكانية العالية وتجذب أيضا المديرين التنفيذيين من القطاع العام. لذلك من الأمور الضرورية في سياق إصلاح النظام الصحي يجب تحديد بدقة مكان القطاع الخاص في نظام الرعاية الصحية الكلي ويجب أيضا قياس ومعرفة العواقب المترتبة من ازدواجية النظام الصحي.

1- Rapport preliminaire du consiel national de la réforme hospitaliere : les preables et les actions urgents , Alger , 2003 , sur le site : www.santé.dz/reforme.hospitaliere/Rapport-preliminaire.htm تاريخ الاطلاع : 20/02/ 2019

وتتمثل الاختلالات المتعلقة بتسيير القطاع الاستشفائي الخاص في:

- عدم وجود قوانين أساسية واضحة تنظم المؤسسات الاستشفائية الخاصة والشبه عمومية.
- غياب دفاتر الشروط لهذه المؤسسات.
- عدم وجود معايير تنطبق على قطاع المستشفيات الخاصة من حيث تنظيم الأنشطة الطبية.
- وجود تصنيفات ورسوم غير مخفضة للعامة.
- نقص التعاون المؤسسي بين القطاعين العام والخاص.
- تحديد تكاليف الأتعاب بطريقة عشوائية ودون رقابة.
- مشكل حصول الفئات الفقيرة على الرعاية الصحية اللازمة.
- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي.
- انعدام المشاركة الفعالة في أنشطة الوقاية.
- إشكالية النشاط التكميلي.

وتمثلت التدابير المقترحة من طرف مجلس الإصلاح في:

- تحديد وتعريف القوانين الأساسية التي تنظم المؤسسات الاستشفائية الخاصة والشبه عمومية.
- إعداد دفاتر الشروط لهذه المؤسسات وفقا لمواصفات البطاقة الصحية.
- تحديد قواعد تنظيم الأنشطة الطبية ومكان القطاع الخاص في النظام الصحي الوطني.
- توحيد معايير إنشاء المؤسسات الاستشفائية الخاصة والشبه عمومية.
- دمج القطاع الخاص في شبكات الرعاية الصحية والخريطة الصحية الوطنية والجهوية.
- إلزام هذه المؤسسات بالتكفل بالنشاط الاستعجالي في حال غياب الهياكل والتخصصات أو الوسائل العمومية التي تتضمن هذه النشاطات الاستعجالية، ووضع آليات تمويل مناسبة لهذا الغرض.
- التفكير مع المؤسسات المعنية (التأمين الصحي) على طريقة لتمويل القطاع الخاص مما يجعل من الممكن الحفاظ على مبدأ وصول جميع المواطنين إلى الصحة دون تحمل كامل التكاليف.
- دمج أنشطة القطاع الخاص في نظام الإعلام الصحي.
- تشجيع القطاع الخاص على اعتماد الشفافية في تقدير رسوم وتكاليف الأعمال.

خلاصة:

تبين من خلال المراحل التي مر بها النظام الصحي منذ الاستقلال لومنا هذا أن الحكومة الجزائرية سعت جاهدة إلى تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان، هذا المسعى الحكومي لتطوير النظام الصحي ظهر من خلال زيادة عدد المرافق والمؤسسات الصحية وتضاعف عدد المستخدمين في المجال الصحي سواء أطباء أو ممرضين وإداريين، كذلك من خلال برامج الوقاية من الأمراض المتنقلة والتلقيح الإجباري، وأيضا إرساء مبدأ الطب المجاني.

رغم كل هذا ظل النظام الصحي في الجزائر يعاني من عدة نقائص مما استوجب تبني مشروع إصلاح سنة 2002 يهدف إلى دراسة وتشخيص الحالة الصحية ومؤسساتها وهيكلها ويسعى للتوزيع العادل للطبقة الطبية لتمكين المواطنين من الوصول للعلاج، كما عمل مشروع الإصلاح على معالجة العديد من النقائص المتعلقة بالتمويل وتسيير الموارد البشرية والمالية والتكوين والإعلام.

في الأخير يمكن القول أنه رغم التقدم المحرز في المجال الصحي لا يزال النظام الصحي الجزائري يواجه عدت قيود حالت دون تطويره ووصوله لتحقيق تنمية صحية مستدامة، هذه القيود تربط بمشاكل عدة، من بينها مشكلة التنامي المتزايد للنفقات الصحية وإشكالية توفير المصادر المالية اللازمة لتغطية هذا التنامي المستمر للنفقات الصحية.

لذا سيتم في الفصل الموالي تسليط الضوء على الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، ومحاولة تحليل العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها.

الفصل الثالث

تحليل وقياس العلاقة بين نفقات الصحة

ومصادر التمويل في الجزائر

خلال الفترة (1990-2018)

تمهيد:

تعاني العديد من الحكومات من ظاهرة التزايد المستمر للإنفاق على الصحة لذا أصبح الشغل الشاغل لها هو عملية ترشيد النفقات وتوفير المصادر المالية اللازمة لتغطيتها والتحكم فيها، وتختلف هذه المصادر المالية من منظومة صحية لأخرى حسب السياسة التمويلية المنتهجة، فمنها من يعتمد على مصدر مالي تمويلي مفرد في حين بعضها الآخر تتعدد المصادر التمويلية المخصصة لتغطية نفقاته الصحية.

الجزائر بدورها تعاني من مشكلة التطور الكبير والتنامي الواسع للنفقات الصحية، حيث أصبحت أرقام النظام الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن القطاعات المساهمة في تمويله، لذا أصبحت عملية تمويل نفقات الصحة في الجزائر تشكل رهان حقيقي للدولة ولأصحاب القرار في هذا النظام.

سنحاول في هذا الفصل تحليل وتقييم تطور نفقات الصحة في الجزائر نسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية ونسبة إلى الموازنة، ومعرفة وتحليل الأسباب التي أدت بالنفقات الصحية إلى التزايد، أيضا معرفة المصادر التمويلية المعتمدة في الجزائر لتغطية النفقات الصحية، والنمط التعاقدية الذي رشح كآلية بديلة لتمويل هذه النفقات، وفي الأخير سنحاول التعرف على شكل العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها في الأجلين القصير والطويل من خلال بناء نموذج رياضي قياسي يساعدنا في تحليل هذه العلاقة.

لغرض الإلمام بكل ما سبق قسمنا هذا الفصل إلى:

- I. الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر.
- II. النمط التعاقدية كبديل لتمويل نفقات الصحة في الجزائر.
- III. التحليل القياسي للعلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر باستخدام منهجية

(ARDL).

I | الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر

إن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري تطرح مشكل نمو احتياجات الأفراد للخدمات الصحية والإنفاق عليها، وإن الهدف من النفقات الصحية هو الوقاية من الأمراض والشفاء منها من أجل الحفاظ على الموارد البشرية وتنميتها وبالتالي زيادة إنتاجية الأفراد ومنه زيادة الناتج الداخلي الخام، لذا فإن الإنفاق على الصحة لا يعد ضرورة إنسانية فقط بل ضرورة اقتصادية أيضا،¹ ولقد شهد الإنفاق الصحي في الجزائر تطور كبيرا وتناميا واسعا بحيث أصبحت أرقام القطاع الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة، ونظرا لهذا التزايد والتطور في النفقات الصحية أضحت الاهتمام بالإنفاق على الصحة من الأولويات التي يسعى المشرفين على قطاع الصحة إلى معرفتها وتحليلها. لذا سنسلط الضوء من خلال محتوى هذا الجزء على العناوين الرئيسية التالية:

- ✓ تحليل وتقييم تطور نفقات الصحة في الجزائر.
- ✓ تحليل أسباب زيادة نفقات الصحة في الجزائر
- ✓ مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر.

1.I تحليل وتقييم تطور نفقات الصحة في الجزائر:

لتقييم و تحليل حجم الإنفاق على الصحة يمكن الاعتماد على مؤشرات كتقييم النفقات الصحية نسبة إلى المؤشرات الاقتصادية الكلية أي حصة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام وأيضا متوسط نصيب الفرد من النفقات الصحية، ومؤشر آخر هو ما يخصص للصحة من الميزانية العامة للدولة.

1.1.I تقييم نفقات الصحة بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية الكلية:

يمثل احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصاديات المتقدمة ، وقد نما هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية ، ويمثل نحو

1- سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي، الجزائر، العدد 7، 2016، ص: 372.

نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات، وخلال نفس الفترة ارتفع أيضا الإنفاق الخاص على الصحة الذي يمثل في المتوسط نحو ربع النفقات الكلية على الصحة في الاقتصاديات المتقدمة، وفي حين تزامن تزايد الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد أوجد أيضا ضغوطا كبيرة على الميزانيات، وخصوصا في الوقت الحالي، حين بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات غير مسبوقة في الاقتصاديات المتقدمة¹. ويشكل الإنفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه، ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والأفراد²، وتغطي هذه النفقات، الخدمات الصحية، الوقائية والعلاجية، التخطيط الأسري، وحملات التغذية والمساعدات الطبية المستعجلة ويستثنى من هذه النفقات خدمات توفير المياه والصرف الصحي³.

وفي الجزائر فإن ارتفاع عدد السكان وزيادة حجم الاستثمارات في قطاع الصحة سواء كانت بنية تحتية أو تجهيزات طبية دفع بوتيرة الإنفاق الصحي إلى الأعلى، لذا سيكون مطلب التحكم في النفقات الصحية أمرا حاسما لضمان قدرة الجزائر لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان، هذا ما جعل مسألة احتواء النفقات الصحية الوطنية من أهم التحديات التي تواجهها السلطات العمومية في الجزائر⁴.
والملاحق رقم (01) والشكل البياني الموالي يوضحان تطور نفقات الصحة في الجزائر:

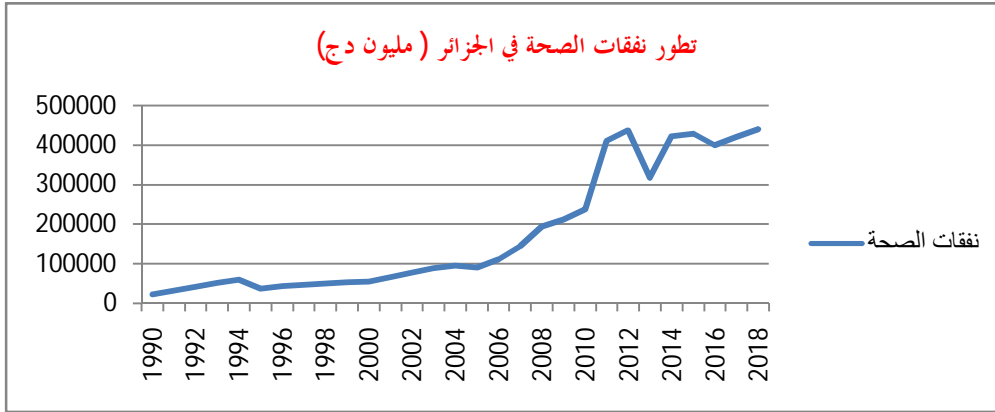
1 - benedict clements , david coady , and sanjeev gupta , **the economies of public health care reform in advanced enring economies**, waslington : international monetary fund , eds,april 2012,P :03 .

2- الإنفاق الحكومي على الصحة في الوطن العربي ، على الموقع : [https://www.aljateera.net/news/health medicine](https://www.aljateera.net/news/health%20medicine) تاريخ الاطلاع : 26/02/2019.

3- عبد الكرم منصوري، قياس و تحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبنانا، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية ، العدد 08 ، 2015 ، ص : 117 .

4- نشيدة معزوز، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر ، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، العدد01، 2017، ص:398 .

الشكل رقم (17): تطور نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة (1990-2018)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات الملحق رقم (01).

من خلال المنحنى البياني الموضح في الشكل السابق ومعطيات الجدول في الملحق (01) يتضح أن الإنفاق على الصحة في الجزائر هو في تطور وتزايد هائل من سنة إلى أخرى خلال الفترة (1990-2018)، وذلك بمتوسط نسبة تطور تجاوزت 12,7%، ومن خلال معطيات الملحق يتضح أيضا أن تطور نفقات الصحة سجل نسبة زيادة سالبة في سنتين هما 1995 و2013 وهذا راجع إلى انخفاض عوائد البترول في الجزائر لكن سرعان ما يعود الإنفاق على الصحة إلى الزيادة في السنة الموالية لكل سنة سجل فيها الانخفاض، وبلغت اعلي نسبة تطور سنة 2011 بـ 72,3% وسجلت أدنى نسبة تطور بـ -38,8% سنة 1995. وتعد مسألة التحكم في هذا التطور الهائل في النفقات الصحية من أهم تحديات السياسة الوطنية وذلك عن طريق معرفة أسباب هذا التطور والتزايد والتي عادة ما تكون معقدة ومتعددة نظرا لارتباط الصحة بالعديد من المتغيرات الديمغرافية والاقتصادية والسياسية وحتى الثقافية.

1.1.1.1 نصيب نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام:

هذا المؤشر يمثل الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة، كما يعتبر من ضروريات التخطيط والتنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية والاجتماعية¹، والنفقات الصحية هي مجموع النفقات للقطاعين العام والخاص ويشمل ذلك الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وأيضا تنظيم الأسرة والتغذية، فضلا عن المساعدات الصحية الطارئة، والجدول الموالي يبين تقييم إجمالي النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج الداخلي الخام في الجزائر، وذلك للفترة (1995-2017).

1- سعيد نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مرجع سابق، ص: 374.

الجدول رقم (13): الإنفاق على الصحة بالنسبة للنتائج الداخلي الخام في الجزائر (1995-2017)

السنة	نفقات الصحة (العامة) بالنسبة للنتائج الداخلي الخام	نفقات الصحة (الخاصة) بالنسبة للنتائج الداخلي الخام	نفقات الصحة (الكلية) بالنسبة للنتائج الداخلي الخام
1995	2,67	1,03	3,7
1996	2,50	0,85	3,35
1997	2,55	1,04	3,59
1998	3	1,07	3,59
1999	2,38	1,05	3,49
2000	2,56	0,93	3,49
2001	2,97	0,87	3,84
2002	2,85	0,88	3,73
2003	2,80	0,80	3,6
2004	2,57	0,98	3,54
2005	2,28	0,95	3,24
2006	2,33	1,02	3,36
2007	2,71	1,12	3,83
2008	3,06	1,14	4,2
2009	3,65	1,52	5,18
2010	3,30	1,52	4,82
2011	3,62	1,52	5,14
2012	4,41	1,59	6,01
2013	4,92	1,71	6,64
2014	5,46	1,75	7,23
2015	6,04	1,81	7,86
2016	6,61	1,88	8,49
2017	7,17	1,94	9,12

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية في العالم على الموقع:

[-https://jonnés.banque mondiale.org/fr/contry/algeria,consulté le :20/02/2018 .](https://jonnés.banque mondiale.org/fr/contry/algeria,consulté le :20/02/2018 .)

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن:

- نفقات الصحة العمومية في الناتج الداخلي الخام هي في تزايد مستمر خلال الفترة (1995-2017) حيث سجل متوسط سنوي قدره 3,58% ، وأعلى مستوى سنة 2017 قدره 7,17% ، وأدنى مستوى سنة 1995 قدره 2,67% .

أما عن التغير المسجل بين السنة الأولى و السنة الأخيرة هو 168% حيث:

$$(y_{17} - y_{95}) / y_{95} \times 100 = 168$$

وأن هذه النفقات الصحية للقطاع العام تشمل مجموع النفقات الموحدة المباشرة وغير المباشرة بما في ذلك النفقات الرأسمالية لمختلف المستويات الإدارية لمنظمات الضمان الاجتماعي والوكالات المستقلة وغيرها من الأموال الخارجة من ميزانية الدولة لقطاع الصحة، وتشمل أيضا مخصصات لتحسين الحالة الصحية للسكان وتوفير السلع والخدمات والرعاية الطبية للسكان.

- بالنسبة للنفقات الصحية الخاصة في الناتج الداخلي الخام وخلال نفس الفترة (1995-2017) قد سجلت متوسط سنوي بلغ 1,67%، وأعلى نسبة سجلت سنة 2017 قدرت 1,94%، وأدنى نسبة كانت سنة 2003 بـ 0,80%.

أما عن التغير المسجل بين السنتين الأولى والأخيرة لفترة الدراسة كان 88% حيث:

$$(y_{17} - y_{95}) y_{95} \times y_{100} = 88$$

ويمكن القول أن عجز القطاع الصحي العام في بعض الحالات عن توفير الرعاية الطبية اللازمة للسكان أدى إلى تطور القطاع الصحي الخاص، حيث انه هناك عدة أسباب حالت دون حصول السكان على الخدمات الصحية العمومية، مثلا كسوء الاستقبال في المؤسسات الصحية العامة أو بعدها عن مقر سكن الطالبين لهذه الخدمة، وأيضا سوء توزيع هذه المؤسسات الصحية العمومية عبر التراب الوطني، هذه كلها أسباب كانت وراء انتشار العيادات والمصحات الخاصة ولكن هذا التطور في القطاع الصحي الخاص لم يكن منظم ولم تعرف أهدافه بشكل واضح، وأيضا عدم تكامل علاقته بالقطاع الصحي العمومي.

- فيما يتعلق بالنفقات الصحية الكلية في الناتج الداخلي الخام، قد شهدت تطور مستمر من سنة إلى أخرى خلال فترة الدراسة، كما يمكن تسجيل متوسط سنوي قدره 4,67%، وأعلى نسبة مساهمة في الناتج الداخلي الخام كانت سنة 2017 بـ 9,12% وأدناها كانت سنة 2005 قدرت بـ 3,24%، أما التغير المسجل بين السنة الأولى والسنة الأخيرة كان 146% حيث:

$$(y_{17} - y_{95}) / y_{95} \times 100 = 146$$

يمكن القول أن نسبة النفقات الصحية في الناتج الداخلي الخام بالجزائر قدرت في المتوسط بـ 4,6% سنويا، وهي نسبة ضئيلة إذا ما قدرناها مع الوفورات المالية الناجمة عن ارتفاع أسعار البترول، مع العلم أن منظمة الصحة العالمية تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل في الناتج الداخلي

الخام¹، وتجدر الإشارة إلى أن مصدر الأموال المخصصة للقطاع الصحي من الناتج الداخلي الخام في الجزائر أغلبها من القطاع العمومي حيث كانت تمثل 72% سنة 1995 و78% سنة 2017. والجدول الموالي يوضح لنا نسبة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام للجزائر مقارنة مع بعض الدول العربية المغاربية والتي تشترك معها في نفس الخصائص.

الجدول رقم (14): نسبة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام لبعض دول المغرب العربي للفترة (2005-2014).

السنة	الدول	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
الجزائر		7,23	6,64	6,01	5,14	4,82	5,18	4,2	3,82	3,36	3,24
المغرب		5,91	5,94	6,15	5,99	5,86	5,67	5,41	5,48	5,23	5,06
تونس		7	7,26	7,18	7,15	6,54	6,18	5,63	5,64	5,64	5,57
ليبيا		4,97	4,33	4,30	4,77	3,05	3,16	2,04	2,63	2,51	2,71

المصدر: الجزائر من الموقع: <https://donnees.banque mondiale.org/fr/contry/algeria>

بقية الدول: شرف الدين زديرة، مرجع سابق ذكره، ص: 147.

من خلال الجدول يتضح أن نسبة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام في الجزائر منخفضة وضعيف في السنوات الأولى مقارنة مع تونس والمغرب، وهذا لا يعكس مكانتها وإمكاناتها حيث أن الفارق يقارب 2%، وهذا رغم أن عدد السكان في هذه الدول هو أقل من عدد سكان الجزائر، ويلاحظ من الجدول أيضا أن نسبة الإنفاق الصحي في الناتج الداخلي الخام في الجزائر تزايدت بصفة مستمرة خلال السنوات العشر وهو ما جعلها ترتقي إلى المرتبة الأولى سنة 2014 بنسبة بلغت 7,23%..

1- عياشي نورالدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مرجع سابق، ص: 300.

2.1.1.1 نصيب الفرد من النفقات الصحية:

إن نصيب الفرد من النفقات الصحية في الناتج الداخلي الخام يعكس مدى اهتمام الدولة بسكانها في المجال الصحي لكنه لا يعطي مدلولاً على عدالة توزيع الإنفاق الصحي على السكان، لذا سنقوم بدراسة نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، حيث أن نصيب الفرد من النفقات الصحية هو مجموع النفقات الصحية في العلاقة مع مجموع السكان، كما يعبر لنا هذا المؤشر عن درجة الرفاه الاقتصادي وعن درجة اهتمام الدولة بالعنصر البشري وبمجالته الصحية، ويؤكد الاقتصاديون مسالة نمو الإنفاق على الصحة مع نمو البلدان اقتصادياً وبذلك يتقارب اثنان من الاتجاهات العامة المهمة في سياق التحول في تمويل الرعاية الصحية، وهو زيادة نصيب الفرد من نفقات الصحة وانخفاض النفقات التي يتحملها في الخدمات الصحية.¹

والجدول الآتي يوضح تطور النفقات الصحية للفرد في الجزائر بالدولار الأمريكي للفترة (1995-2017).

الجدول رقم (15): نصيب الفرد من نفقات الصحة في الجزائر بالدولار الأمريكي (1995-2017)

السنة	نصيب الفرد من نفقات الصحة
1995	53,12
1996	52,68
1997	57,07
1998	53,40
1999	65,35
2000	65
2001	74,05
2002	90,38
2003	98,31
2004	113,78
2005	146,97
2006	201,13

1- فيكتور يافان، التحول إلى المحلية، مجلة التمويل والتنمية الصادرة عن صندوق النقد الدولي، العدد 51، ديسمبر 2013، ص: 12.

140,85	2007
201,13	2008
195,21	2009
209,83	2010
270,77	2011
318,98	2012
313,52	2013
368,09	2014
404,02	2015
439,94	2016
475,87	2017

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية في العالم على

الموقع: <https://donnees.banque mondiale.org/fr/contry/algeria>, consulté : 22/02/2018.

إن نصيب الفرد من النفقات الصحية في الجزائر في تزايد خلال الفترة (1995-2017)، كما يمكن تسجيل متوسط سنوي قدره 179,94 دولار أمريكي، وأعلى مستوى سنة 2017 قدره 475,87 دولار أمريكي وأدنى مستوى سنة 1996 قدره 52,68 دولار أمريكي، أما عن التغير المسجل بين السنة الأولى والسنة الأخيرة لفترة الدراسة هو 795% حيث:

$$(y_{17} - y_{95}) / y_{95} \times 100 = 795 .$$

والجدول الموالي يبين نصيب الفرد من الإنفاق الصحي لبعض دول المغرب العربي للفترة (2005-

(2014

الجدول رقم (16): نصيب الفرد من نفقات الصحة في دول المغرب العربي بالدولار الأمريكي
(2014-2005)

2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
368,09	313,52	318,98	270,77	209,83	195,21	201,13	140,85	201,13	146,97	الجزائر
190,05	184,23	178,72	182,64	165,63	162,40	153,51	132,81	111,94	99,08	العرب
305,31	309,47	279,74	305,08	270,94	255,40	242,57	213,16	190,30	177,84	تونس
371,72	516,07	655,43	307,86	394,34	350,64	317,77	273,51	233,94	211,95	ليبيا

المصدر: الجزائر من الموقع: <https://dnnés banque mondiale.org/fr/cotry/algeria>

بقية دول: شرف الدين زديرة، مرجع سبق ذكره، ص: 149.

من خلال الجدول رقم (16) يتبين أن هناك تفاوت في نصيب الفرد من نفقات الصحة بين الدول العربية المغاربية في حد ذاتها، وباستثناء لدولة المغرب التي شهدت ضعف في هذا المؤشر بالنسبة لبقية الدول الأخرى والتي عرفت ارتفاع مستمر خلال سنوات الدراسة، يتبين من الجدول أيضا أن الجزائر وليبيا تتصدران الترتيب وتليهما تونس بفارق ضعيف، وهذا راجع للإنفاق الحكومي الكبير على قطاع الصحة في هذه البلدان والذي هو في تزايد من سنة إلى أخرى خلال فترة الدراسة، ويمكن إرجاع هذا التطور إلى العوامل التالية:¹

✓ تغطية جيدة من قبل صناديق الضمان الاجتماعي.

✓ تحسين نظام الدفع الخاص بطرف ثالث والذي سمح بوصول أفضل إلى الاستهلاك الطبي،

وخاصة بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة.

2.1.1 تحليل نفقات الصحة بالنسبة إلى الموازنة العامة:

هذا المؤشر يبين كيف تتنافس الصحة كل سنة مع مختلف القطاعات التي تتطلب إنفاق عمومي، حيث تظهر تنمية هذا القطاع من خلال المخصصات المالية من الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع في التنمية وارتفاع الإنفاق على القطاع الصحي وما تبذله الدولة في سبيل الرفع

1 - malfoud nacera, **impact du vieillissement futur de la population algerienne sur les dépenses de sante** : projection al horizon 2060, revue d économie et de statistique, volume 13, N : 01, P : 147.

من مستوى الخدمات الصحية، والجدول الموالي يبين لنا تطور ميزانيتي التسيير والتجهيز المخصصة لقطاع الصحة.

الجدول رقم (17): ميزانيتي التسيير والتجهيز لقطاع الصحة خلال الفترة (2000 - 2018)

الوحدة مليون دينار

السنة	ميزانية التسيير	ميزانية التجهيز	المجموع	ميزانية التسيير %	ميزانية التجهيز %
2000	33900	21134	55034	61,6	38,4
2001	38324	27499	65823	58,3	41,7
2002	49117	28540	77657	63,3	36,7
2003	55430	33538	88968	62,4	37,6
2004	63770	31986	95756	66,6	33,4
2005	62460	27858	90318	69,2	30,8
2006	70337	41024	111361	63,2	36,8
2007	93552	50386	143938	64,9	35,1
2008	129201	64689	193890	66,7	33,3
2009	178323	34141	212464	83,9	16,1
2010	195012	41934	236946	82,4	17,6
2011	227859	180631	408490	55,8	44,2
2012	404945	31324	436269	92,9	7,1
2013	306926	9982	316908	96,9	3,1
2014	365946	55340	421286	86,9	13,1
2015	381972	46691	428663	89,2	10,8
2016	379407	19747	399154	95	5
2017	389073	30236	419309	92,8	7,2
2018	392163	47239	439402	89,3	10,7

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

من خلال الجدول نلاحظ أن ميزانيتي التسيير والتجهيز لوزارة الصحة في ارتفاع مستمر وهذا راجع لارتفاع المخصصات المالية المرصودة لهذا القطاع في إطار الإصلاحات المتتالية التي عرفها هذا الأخير، إذ نلاحظ من خلال الجدول أن ميزانية التسيير بلغت ذروتها سنة 2012، أما ميزانية التجهيز بلغت أعلى قيمة مخصصة لها سنة 2011، وذلك خلال الانطلاق الفعلي للمخطط الخماسي.

1.2.1.1 نفقات التسيير لقطاع الصحة:

تطرقنا سابقا إلى نصيب نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام إلا أن هذا لم يعكس لنا بشكل واضح طريقة توزيع الاعتمادات المالية على القطاع الصحي خاصة ما يتعلق بجانب التسيير، ذلك باعتبار أن الهيئات العمومية أكثر استهلاكاً من حيث المخصصات المالية المقدمة للنفقات الصحية، ويتضح هذا من خلال الاعتمادات الضخمة التي زادت من شدة الأعباء الملقاة على ميزانية الدولة.¹

من خلال بيانات الجدول رقم (17) توضح لنا التطور الملحوظ الذي شهدته نفقات التسيير في الجزائر، فبعدما كانت الاعتمادات المالية لا تتعدى 33900 مليون دينار سنة 2000 أصبحت تتجاوز 195012 مليون دينار في سنة 2010، لتستمر في الزيادة من سنة لأخرى لتسجل 392163 مليون دينار خلال سنة 2018.

كما أن نسبة ميزانية التسيير من الميزانية الكلية للصحة تشكل نسب كبيرة جدا وتجدد الإشارة إلى أن أكبر نسبة شهدتها كانت سنة 2013 بنسبة 96,9% مقارنة بنسبة 3,1% لميزانية التجهيز، ذلك أن ميزانية التسيير تشمل الاعتمادات المخصصة للقطاعات الصحية والمصالح المركزية واللامركزية والجدول التالي يوضح ذلك بشيء من التفصيل.

الجدول رقم (18): تطور نفقات التسيير حسب المصالح خلال الفترة (2009-2018) بالمليون

السنة	المصالح المركزية	القطاعات الصحية	المصالح اللامركزية
2009	1167	216278	4076
2010	2914	236946	5070
2011	3046	408490	7963
2012	33263	436269	8293
2013	41666	373800	6063
2014	50473	416386	7550
2015	60447	423763	7139
2016	64752	394254	7163
2017	61566	414409	8177
2018	69561	433994	9066

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

1- محمد علي دهمان، محمد بوقناديل، تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 02، 2016، ص: 81.

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المصالح المركزية عرفت زيادة معتبرة في حجم الاعتمادات المالية المخصصة لها خلال الفترة الممتدة من 2009 إلى 2018، إذ ارتفعت من 1167 مليون دينار سنة 2009 إلى 50473 مليون سنة 2014، لتواصل الارتفاع إلى غاية سنة 2018 لتبلغ قيمة 69561 مليون دينار.

إن سبب هذه الزيادة في الاعتمادات المالية المخصصة للمصالح المركزية راجع إلى عدة عوامل كزيادة نفقات المستخدمين، زيادة نفقات الأدوات واللوازم وتسيير المصالح، ارتفاع حجم تكاليف أشغال الصيانة، أيضا زيادة الاعتمادات المخصصة لتكوين المستخدمين الطبيين والشبه الطبيين وحتى الإداريين.

فيما يخص المصالح اللامركزية فإن بيانات الجدول توضح أيضا ارتفاع الاعتمادات المالية المخصصة لها من سنة إلى أخرى، إذ ارتفعت من 4076 مليون دينار سنة 2009 إلى 9066 مليون دينار سنة 2018، إما النفقات الموجهة للقطاعات الصحية والتي تستحوذ على الجزء الأكبر من نفقات التسيير حسب المصالح فهي بدورها شهدت ارتفاع خلال الفترة (2009-2018)، حيث سجلت أعلى قيمة لها سنة 2018 بمبلغ 433994 مليون دينار جزائري، ولإعطاء صورة أوضح على زيادة الإنفاق على مستوى تسيير القطاعات والمؤسسات الصحية فإن الجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (19): تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعة الاعتمادات (2009 -

2018) الوحدة (مليون د ج)

السنة	الموظفون	التكوين	التغذية	الأدوية	الوقاية	العناد الطبي	صيانة الهياكل	خدمات اجتماعية	التسيير الإداري	البحث الطبي
2009	115068	8000	6530	44498	8000	10000	8900	1808	12824	50000
2010	118350	8550	7104	49268	8200	10500	8925	2356	13750	50000
2011	147518	8628	7500	52768	8600	11000	9372	2564	14662	50000
2012	326480	21468	7475	38780	4400	10500	8900	2700	15516	50000
2013	209153	11714	8100	35000	9800	12500	10290	5000	15300	50000
2014	301485	350000	9001	58210	5611	12941	10911	5350	9132	50000
2015	295950	380769	9462	67496	5392	14305	11886	4787	10208	50000
2016	295274	350000	9323	50000	4900	13500	5400	4550	8511	50000
2017	313599	350000	9323	53134	4900	13303	4851	4568	8177	50000
2018	318771	375149	9709	62991	6617	14064	5323	5754	8357	51511

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

يتضح من خلال الجدول رقم (19) أن نفقات الموظفين تستحوذ على الجزء الكبير من المخصصات المالية للمؤسسات الصحية إذ لا تقل عن 45% وهذا راجع إلى إصدار عدة مراسيم رئاسية مفادها زيادة رواتب المستخدمين، وأيضا زيادة معدلات التوظيف في القطاع لتغطية النقائص في المؤسسات الصحية التي تم بنائها خلال هذه الفترة، إضافة إلى نفقات التكوين والأدوية التي عرفت تزايد كبير إذ يخصص لها نسبة معتبرة لا تقل عن 30% ويفسر هذا التزايد في نفقات كل من التكوين والأدوية إلى التكفل بالأثر المالي الناجم عن مصاريف التكوين الطبي والشبه الطبي والإداريين، وكذلك التوسع في شبكات وكميات توزيع العلاج والأدوية، وبهذا تكون جوانب الإنفاق الأخرى (التغذية، الوقاية، صيانة، التسيير الإداري، خدمات اجتماعية، بحث طبي) قد حظيت بنسبة ضئيلة لا تتعدى 25% من مجموع النفقات المخصصة لتسيير الهياكل الصحية.

2.2.1.1 نفقات التجهيز لقطاع الصحة:

عرفت عملية التجهيز بالقطاع الصحي تطورا كبيرا خلال الفترة (2000-2018) وهذا ما أوضحته البيانات المتعلقة بميزانية التجهيز في الجدول رقم (17)، وهذا راجع بالأساس إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية وبالتالي الزيادة في المخصصات المالية التي تسمح بإقامة الهياكل الصحية لمواجهة هذا الطلب المتزايد.

سعت الحكومة الجزائرية إلى النهوض بقطاع الصحة، وذلك من خلال الجهود المحسدة في مختلف المخططات والبرامج الاستعجالية التي بادرت بها بداية من المخطط الثلاثي (1967-1969)، وصولا إلى المخطط الخماسي الأول (1980-1984)، إلا أنه هناك بعض النقائص، وحب على الدولة تجاوزها وذلك من خلال انتهاجها لخطة جديدة تتضمن مجموعة من البرامج خلال الفترة (2001-2014) وكانت موزعة على ثلاثة مراحل أساسية وهي:

- البرامج المخصصة للقطاع الصحي 2001-2004: عرفت هذه الفترة تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي من أجل إعطاء دفع جديد لاقتصاد الوطني، ومن جهة أخرى فهو يعبر بوضوح عن رغبة الدولة في انتهاج سياسية توسعية التي من شأنها تنشيط الطلب الكلي عبر تحفيز الاستثمارات العمومية الكبرى وهذا راجع إلى التجربة المريرة التي مرت بها الجزائر خلال فترة التعديل الهيكلي وعلى هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة كغيره من القطاعات بحصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج بـ 14.7

مليار دج أي بنسبة % 16.28 من الحصة الإجمالية للنشاطات الموجهة لتنمية الموارد البشرية البالغ قيمتها بـ 90.3 مليار دج، ولقد ساهم التطبيق الفعلي لهذه البرامج من تعزيز القطاع الصحي بـ 545 مشروع من أصل 16063 مشروع موزعة على أربعة سنوات أي بمعدل 136 مشروع في كل سنة.¹

- **البرامج المخصصة للقطاع الصحي 2005-2009**: بادرت الحكومة إلى اعتماد مخطط آخر يتعلق الأمر بمخطط دعم النمو الاقتصادي ليتم النقائص التي نتجت عن برنامج الإنعاش الاقتصادي وقد خصص له مبلغ ضخيم يقارب 2202.7 مليار دج لإعادة الإنعاش الاقتصادي خلال الفترة بين 2005-2009، وباعتبار أن قطاع الصحة من القطاعات الواعدة والإستراتيجية فقد حظي بحصة معتبرة من هذا البرنامج وصلت إلى 85 مليار دج أي بنسبة %4 من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج ككل،² وقطاع الصحة بدوره قد استغل هذه الاعتمادات المالية الكبيرة، في تنمية القطاع في مناطق الجنوب والهضاب العليا، ويظهر ذلك من خلال توجيه استثمارات وأغلفة مالية هامة قدرت بـ 6 مليار دينار جزائري ووجهت لتنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب و10.56 مليار دج لمنطقة الهضاب العليا وذلك في سنة 2007. أما في سنة 2009، فقد تم منح مبلغ 5.8 مليار دينار جزائري لمنطقة الجنوب ومبلغ 7.88 مليار دينار بالنسبة لترقية القطاع الصحي بمنطقة الهضاب العليا.³

- **البرامج المخصصة للقطاع الصحي 2010-2014**: استكمالا لمسار التنمية قامت الجزائر بتطبيق البرنامج الخماسي للتنمية (2010-2014)، والذي رصد له غلاف مالي قدر بـ 286 مليار دولار، وقدرت حصة قطاع الصحة منه بـ 619 مليار دينار توزع على مدار خمس سنوات وذلك بهدف التكفل بإنشاء⁴: 172 مستشفى، 45 مركزا صحيا متخصصا، 337 عيادة متعددة الخدمات، 1000 قاعة للعلاج، 17 مدرسة للتكوين شبه الطبي.

1- بن البار أحمد، بن السيلت أحمد، تحليل تطور نفقات القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2000-2014)، مداخلة مقدمة في إطار المنتدى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، 24-25 نوفمبر 2015 بجامعة المسيلة، ص: 15.

2- بن البار أحمد، بن السيلت أحمد، تحليل تطور نفقات القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2000-2014)، مرجع سابق، ص: 15.

3- عمر عبو، هدى عبو، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق التنمية المستدامة، مداخلة مقدمة في إطار المنتدى الوطني حول: التحولات السياسية وإشكاليات التنمية في الجزائر، 3-4 ماي 2010، بجامعة الشلف ص: 09.

4- فاطمة بوسالم، إنتاجية الإنفاق العام على الصحة في الجزائر بين الواقع والتحديات، مداخلة مقدمة في إطار المنتدى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، 24-25 نوفمبر 2015 بجامعة المسيلة، ص: 09.

2.1 تحليل أسباب زيادة نفقات الصحة في الجزائر :

كما تمت الإشارة إليه، فقد عرف الإنفاق الصحي في الجزائر تطور وتزايد متسارع، ويجد هذا التزايد المتسارع للنفقات الصحية عدة أسباب، ولعل أهمها ما سيتم ذكره في النقاط الآتية:

1.2.1 التغير في خريطة المرض:

عرفت الجزائر منذ فترة التسعينيات تحول في الخريطة الصحية تميز باستمرار المشاكل المترتبة عن الأمراض المتقلة وتزايد أعباء الأمراض غير المتقلة كالسرطان، السكري، أمراض القلب والأمراض التنفسية الحادة، مما شكل أعباء إضافية على النظام الصحي¹. ولعل أهم الأسباب المفسرة لهذا التحول في الخريطة الصحية يمكن في التحسن المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وتغير في أسلوب الحياة وزيادة نسبة السكان في المناطق الحضرية، وتغير العادات الغذائية ونقص النشاط البدني، بحيث أشار تقرير منظمة الصحة العالمية سنة 2015 أن نسبة 13 % من الأطفال أقل من خمسة سنوات ونسبة 10 % من الأشخاص البالغين و24.3 % من النساء يعانون من زيادة الوزن². وفي الفترة 2012-2013 وحسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الذي أجري من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، فقد تباينت النتائج أين كانت الإصابة بالأمراض المزمنة مرتفعة لدى سكان المناطق الحضرية 15% مقابل 12% في المناطق الريفية، وأبرز المسح أن حالات الإصابة تتزايد مع تقدم السن، ما يقارب 61% من الأشخاص البالغين 70 سنة فأكثر، ومن ناحية المستوى التعليمي فقد أبرزت النتائج أن المصابين بهذه الأمراض دون مستوى تعليمي 34%، و17% من ذوي المستوى الابتدائي، وتشكل هاذين الفئتين ثلثي المصابين بالأمراض المزمنة³.

2.2.1 تطور المنشآت القاعدية الصحية وعدد الممارسين في المجال الصحي :

إن تطور المنشآت القاعدية الصحية وعدد الممارسين في المجال الصحي يمكن اعتباره من بين أسباب تزايد الإنفاق الصحي.

1 - MSPRH, plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée les facteurs de risque des maladies non transmissibles, 2015-2019, p 12 .

2 - nations unies, commission économique pour l'Afrique, profil de pays 2016 – Algérie, p 25 .

3 - MPRH, Unicef, UNFPA, suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête, par Grappes à Indicateurs Multiples ' Mics, 2012-2013', Algérie 2015, p 230.

- شهدت المنشآت القاعدية الصحية نموا بسبب الإجراءات الجديدة في إطار إصلاحات 2007 والتي أقرت إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية حيث جاءت هذه الإجراءات كمحاولة لتقريب الخدمات القاعدية الصحية من المواطن، والجدول الموالي يبين تطور المنشآت الصحية القاعدية في الجزائر للفترة 2013-2016.

الجدول رقم (20): المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر (2013-2016)

2016		2015		2014		2013		التعيين
الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	
38407	200	38305	200	38015	196	37769	194	مؤسسة استشفائية عامة
1324	09	960	09	926	05	876	05	مؤسسة استشفائية
12910	15	13050	15	12862	14	12500	14	مراكز استشفائية جامعية
818	01	810	01	806	01	764	01	مؤسسة استشفائية جامعية
11725	75	11637	75	11499	71	11298	68	مؤسسة استشفائية متخصصة
-	273	-	271	-	271	-	271	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
4075	1684	3889	1659	3735	1637	3539	1615	-عيادات متخصصة
-	5875	-	5762	-	5726	-	5634	-قاعات علاج
3142	416	3175	415	3209	416	3167	412	-مصالح التوليد العمومية
-	630	-	627	-	622	-	619	مركز طبي اجتماعي

Source : (ONS, L'Algérie en quelques chiffres,2016, p 26)

بالنسبة للأسرة فيقصد بها الأسرة التقنية للمؤسسات العمومية الاستشفائية فقط، أما الباقي فيتعلق بالأسرة المنظمة، وتوضح الأرقام الواردة في الجدول أعلاه التحسن المسجل في المنشآت القاعدية الصحية، حيث سجلنا سنة 2016، 200 مؤسسة استشفائية عامة بعدد أسرة بلغ 38407 سرير، و15 مركز استشفائي جامعي بعدد أسرة 12910، أما المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بلغت 75 مؤسسة. مجموع عدد أسرة 11725 سرير، وفيما يخص المنشآت القاعدية خارج المستشفيات، ففي 2016 أصبح عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية 273 مؤسسة و630 مركز طبي اجتماعي، ويعود هذا الارتفاع في عدد الهياكل الصحية إلى سعي الدولة في تقليل التفاوت في مستويات التغطية الصحية، وبالتالي ارتفاع الإنفاق على القطاع.

- فيما يخص تطور عدد الممارسين في المجال الصحي فهو بدوره يعتبر من بين أسباب تزايد نفقات الصحة، حيث عرف عدد عمال السلك الطبي والشبه الطبي في الجزائر في السنوات الأخيرة زيادة بوتيرة متسارعة. ذلك ما يوضحه الجدول الموالي.

الجدول رقم (21): تطور عمال السلك الطبي والشبه الطبي في الجزائر (2013-2016)

التعيين / السنة	2013	2014	2015	2016
عدد العمال في السلك الطبي	89556	93322	98551	100572
- أطباء	66236	69076	73431	74937
- جراحو أسنان	12782	13168	13645	13747
- صيادلة	10538	11078	11475	11888
عدد العمال في السلك الشبه الطبي	123344	121803	123458	127365
- تقنيون ساميون	83503	88478	90939	87575
- تقنيون	15917	8275	6698	4070
- مساعدون في السلك الشبه الطبي	23924	25050	25821	35720
التغطية الصحية:				
- عدد السكان لكل طبيب	578	566	544	545
- عدد السكان لكل جراح أسنان	2996	2970	2929	2971
- عدد السكان لكل صيدلي	3634	3531	3483	3435

Source : (ONS, L'Algérie en quelques chiffres, 2016, p 25)

تشير معطيات الجدول المتعلقة بعدد عمال السلك الطبي والشبه الطبي، أنه في سنة 2016 تم تسجيل 100572 عامل في السلك الطبي ممثلة في: 74937 طبيب و 13747 جراح أسنان و 11888 صيدلي، وفيما يخص عمال السلك الشبه طبي وفي نفس السنة 2016، تم إحصاء 127365 عاملا في الشبه الطبي وهذا ما سمح بتحسين كبير في معظم مؤشرات التغطية الصحية كما وضحتها الجدول، حيث سجلت سنة 2016: طبيب لكل 545 ساكن وجراح أسنان لكل 2971 ساكن و 3435 ساكن لكل صيدلي.

وكما هو معلوم فإن المستخدمين في المجال الصحي يتقاضون رواتب وأجور، ونظرا لتطور وتزايد عددهم من سنة لأخرى فإن هذا ما يزيد من تطور نفقات المستخدمين وبالتالي الزيادة في ميزانية القطاع والإنفاق الصحي عامة.

3.2.1 النمو الديمغرافي:

إن من أهم الأسباب التي أدت إلى تزايد الإنفاق العام على الصحة هو التزايد المستمر لعدد السكان، حيث بلغ عدد السكان المقيمين في الجزائر خلال سنة 2017، 41721000 نسمة أي ما يعادل معدل نمو طبيعي 2,09%، وفيما يلي جدول يوضح تطور بعض المؤشرات الديمغرافية في الجزائر للفترة 2012-2015.

الجدول رقم (22): تطور بعض المؤشرات الديمغرافية في الجزائر (2012-2015)

السنة	2012	2013	2014	2015
عدد السكان في وسط السنة (بالآلاف)	37495	38297	39114	39963
النمو الطبيعي (بالآلاف)	808	795	840	858
معدل النمو الطبيعي (%)	2,16	2,07	2,15	2,15
معدل الإعالة الديمغرافية إجمالي (%)	56,2	57,3	58,5	60,1
معدل الإعالة الديمغرافية للأشخاص الأقل من 15 سنة	43,5	44,2	45,0	46,1
معدل الإعالة الديمغرافية للأشخاص 60 سنة فأكثر	12,7	13,1	13,5	14,0

Source : (ONS, démographie algérienne, 2015, p14)

يتبين من خلال الجدول أن النمو الطبيعي للسكان انتقل من 808000 نسمة سنة 2012 إلى 858000 نسمة سنة 2015، وبمعدل نمو طبيعي بلغ 2,15% سنة 2015، أما بالنسبة لمعدل الإعالة الديمغرافية المعرف كحاصل القسمة لمجموع فئتي الأشخاص الذي تقل أعمارهم عن 15 سنة والبالغين 60 سنة فأكثر على الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة)، فقد بلغ سنة 2015، 60,1% مقابل 56,2% سنة 2012. يعود هذا الارتفاع إلى الزيادة في نسبة فئة السكان دون 15 سنة من العمر وفئة المسنين 60 سنة فأكثر، وكما هو معلوم فإن هاتين الفئتين هما الأكثر استهلاكاً للخدمات العلاجية وبالتالي فإن تزايد الحالات المرضية المرتبطة بكبار السن وصغار السن سيؤدي حتماً إلى تزايد نفقات الصحة لتلبية احتياجاتهم العلاجية.

4.2.1 ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية:

عرفت عملية استهلاك الأدوية بالجزائر نموا متصاعدا بسبب تسارع طلبات الاستفادة من العلاج وتغطية الضمان الاجتماعي للأفراد، ولعل من أهم العوامل التي ساهمت في ارتفاع نسبة استهلاك الأدوية بالجزائر نذكر ما يلي¹:

- زيادة نمو السكان.
- الأسعار الممارسة (المستوى المنخفض لسعر الأدوية).
- ارتفاع نسبة التغطية الاجتماعية بنسبة أكثر من 3/4 من عدد السكان الذين يستفيدون من تغطية الضمان الاجتماعي.

ويعتبر السوق الجزائري هو ثالث أهم الأسواق في إفريقيا بعد كل من إفريقيا الجنوبية ومصر، ويفوق حجمه 3,2 مليار دولار في سنة 2016 وهو في نمو مستمر، وان الاستهلاك الدوائي في الجزائر ارتفع بشكل مهم منذ نهاية العشرية الماضية، حيث ارتفع من 568 مليون دولار سنة 2000 إلى 3206 مليون دولار سنة 2016، هذا الارتفاع راجع للنمو الديمغرافي المتزايد عبر السنوات وكذا ظهور الأمراض المختلفة والتي سميت بأمراض العصر كأمراض القلب والسرطان والسكر، مع استمرار ظهور الأمراض القديمة كالأمراض الوبائية والطفيلية².

إن السوق الوطني للأدوية يشهد تطور من سنة لأخرى غير أن الأدوية تظل مرتبطة في تبعية الاستيراد الذي يمثل 63% من قيمة السوق الوطنية سنة 2016 في حين أن الإنتاج المحلي للأدوية لم يتجاوز 37% ، حسب ما يبينه الجدول التالي:

1- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 246.

2- لزه بن عبد الرزاق، جمال خنشور، دور السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في الجزائر، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد الخامس، العدد 01، ص: 660.

الجدول رقم (23): تطور حجم سوق الأدوية في الجزائر (2012-2016)

الوحدة (مليون دولار)

السنة	الإنتاج المحلي	الاستيراد	قيمة السوق الوطنية	الحصة من الإنتاج المحلي %	الحصة من الواردات %
2012	1150.00	2324.84	3474.84	33	67
2013	1340.00	2366.79	3706.79	36	64
2014	1173.00	2179.00	3352.30	35	65
2015	1201.29	1960.00	3161.29	38	62
2016	1186.35	2020.00	3206.35	37	63

المصدر: لزهرة بن عبد الرواق، جمال خنشور، دور السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في

الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص: 661

يخصص النظام الصحي الجزائري جزء كبير من موارده لنفقات الأدوية، ولهذه النفقات وزن كبير من إجمالي الإنفاق الصحي، حيث قدرت النفقات المخصصة للأدوية بـ 10,73 مليار دينار جزائري سنة 2004، لتبلغ 64,01 مليار دينار سنة 2018، وعن هذه الزيادة المستمرة في نفقات الأدوية فإن ذلك راجع لعدة أسباب كزيادة عرض العلاج، وتحسن المستوى المعيشي وزيادة العمر المتوسط عند الولادة، أيضا التحول الوبائي الذي نجم عنه أمراض مزمنة تكاليف علاجها وأدويتها جد باهضة كالسرطان.¹

5.2.1 أسباب أخرى:

يمكن أيضا أن يعود سبب ارتفاع النفقات الصحية إلى عدة عوامل أخرى، يمكن إدراجها في

النقاط التالية:

- توسع مجالات التغطية الاجتماعية، فقد كان لتوسيع مستويات التغطية في مجال التأمين على المرض، نمو عرض العلاج، إضافة إلى تزايد الاحتياجات الصحية والعلاجية للسكان الأثر الكبير في نمو نفقات

1- أسماء رجبل، تأثير التحول الوبائي على زيادة تكاليف الصحة في الجزائر - دراسة حالة ولاية الجزائر العاصمة-، مجلة اقتصاديات المال والأعمال، العدد 06، جوان 2018 JFBE، ص: 627.

صناديق الضمان الاجتماعي في مجال التأمين على المرض، خاصة تعريض الأدوية التي تحتل المرتبة الأولى في جدول نفقاتها، ويوجد في الجزائر صندوقين للتأمين على المرض هما الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء، و الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، حيث بلغ عدد المؤمنين على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء لوحده 11 مليون مؤمن سنة 2015 وبلغ عدد الأجراء منهم 6126302 مؤمن، لهذا فان صناديق التأمين على المرض في الجزائر تعرف أعباء متزايدة، إضافة إلى ضعف مستويات التصريح بالعمال على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، وأيضا تزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم، وهذا ما يكون له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر¹.

• زيادة نفقات التهيئة والترميم بالمؤسسات الاستشفائية، وأيضا التقلبات المسجلة في أسعار المواد واللوازم المختلفة التي من المعتاد أن تقتنيها المؤسسات الاستشفائية أدى بدوره إلى ارتفاع النفقات من سنة لأخرى.

• التقدم العالمي في المجال الطبي والذي أدى إلى استعمال مجموعة من التجهيزات والمواد الطبية ذات مبالغ باهضة، كما أن هذا التقدم والتطور في المجال الطبي فتح الطريق لتوفير خيارات أكثر للعلاج والتشخيص دفعت بالطلب على الرعاية الصحية للارتفاع ومنه ارتفاع النفقات الصحية.

• تقنيات التسيير المعتمدة في المؤسسات الصحية والتي لا تقوم على أساليب الإدارة الحديثة المتمثلة في التخطيط والتنظيم والرقابة والتقييم، كما أنها لا تسمح للمسيرين بمعرفة التكاليف الحقيقية والتحكم فيها وهذا ما أدى إلى سوء التسيير وعدم الرشاد في الإنفاق².

3.1 مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر

إن موضوع تمويل نفقات الصحة يعتبر بمثابة أهم الأركان الأساسية لأي نظام صحي، وفي الجزائر فان نظام التمويل الصحي عرف عدة تحولات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، كما أنه يعرف حاليا محدودية في تسخير موارد مالية إضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد والنتائج أساسا عن التحولات الديمغرافية والمرضية التي تعرفها البلاد، كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر

1- عياشي نور الدين، الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات، مجلة منتدى الأستاذ، العدد 20، 2017، ص: 109-110.

2- ولد محمد نسيم، آليات التحكم في الإنفاق الصحي الوطني، مرجع سابق، ص: 19-20.

لتطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي وتدفق المعلومات كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج وتحسين نوعيته¹، ويعتمد تمويل نفقات الصحة في الجزائر على ثلاثة مصادر أساسية وهي الدولة والضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات، كما أنه في الآونة الأخيرة ظهر نمط جديد لتمويل الصحة ألا وهو النمط التعاقدية إلا أنه ولحد يومنا هذا لم يكتمل ولم يدخل حيز التنفيذ بشكل نهائي.

1.3.1 التمويل عن طريق الدولة :

كان النظام المعمول به لتمويل نفقات الصحة بعد الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية للدولة والجماعات المحلية حيث كانت تقدر بنسبة 60% من إجمالي النفقات الصحية، وتخصص لتمويل تكاليف الفقراء والمعوزين ذوي الدخل الضعيف، وكانت تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا، حيث هذه النفقات المخصصة لمعالجة هذه الفئات تمول من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85% ومن طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية بنسبة 15²، هذه الأخيرة بدورها تنقسم إلى 8% على حساب الدوائر و 7% لحساب البلديات³.

إلا أن إحداث الدولة للطب المجاني سنة 1974 وإلغاء نظام التسعيرة الجرافية جعل الدولة والضمان الاجتماعي يساهمون في التمويل بنسب مهمة⁴، حيث يتم تغطية الجزء الأكبر من نفقات الصحة من خلال اعتمادات الميزانية العامة للدولة وتنقسم هذه الاعتمادات إلى قسمين:

- الاعتمادات التي تغطي نفقات التسيير وتمثل الجزء الأكبر من نفقات الصحة، وتتكون بدرجة كبيرة من نفقات المستخدمين ونفقات الأدوية.

- الاعتمادات التي تغطي نفقات التجهيز والتي تتحملها الدولة بالكامل⁵.

والشكل الموالي يوضح تطور مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر:

1- علي محمد دحمان، تكلفة العلاج في الجزائر، مجلة الدراسات القانونية، العدد 02، 2016، ص: 11.

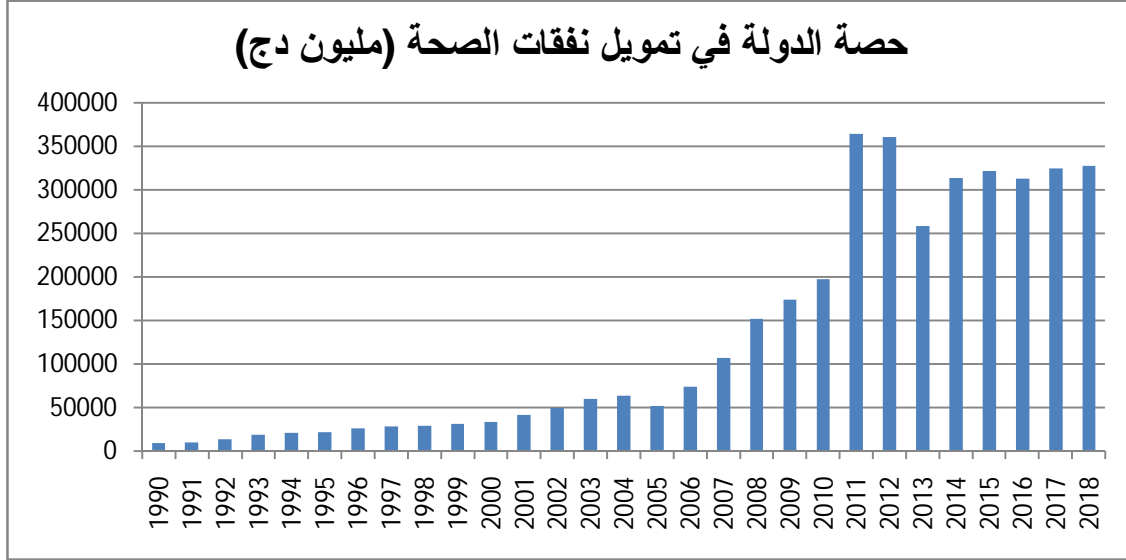
2 - Lamri Larbi, **dossier de la contractualisation, le gestionnaire**, revue semestrielle de l'école nationale de santé Publique, N°28, juillet 1998, p 24 .

3- المرسوم التنفيذي رقم 01-74 المؤرخ في 16 جانفي 1974، المتضمن: مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.

4 - Ali Dahmene Mohammed, **the financing health system problem in Algeria**, international research journal of management, IT& social sciences (IRJMIS), Vol.3, Issue 7, July 2016, p. 49

5- سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مرجع سابق، ص: 376.

الشكل رقم (18): تطور حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة (2018-1990)



المصدر: من إعداد الباحث اعتماد على بيانات الملحق رقم (01).

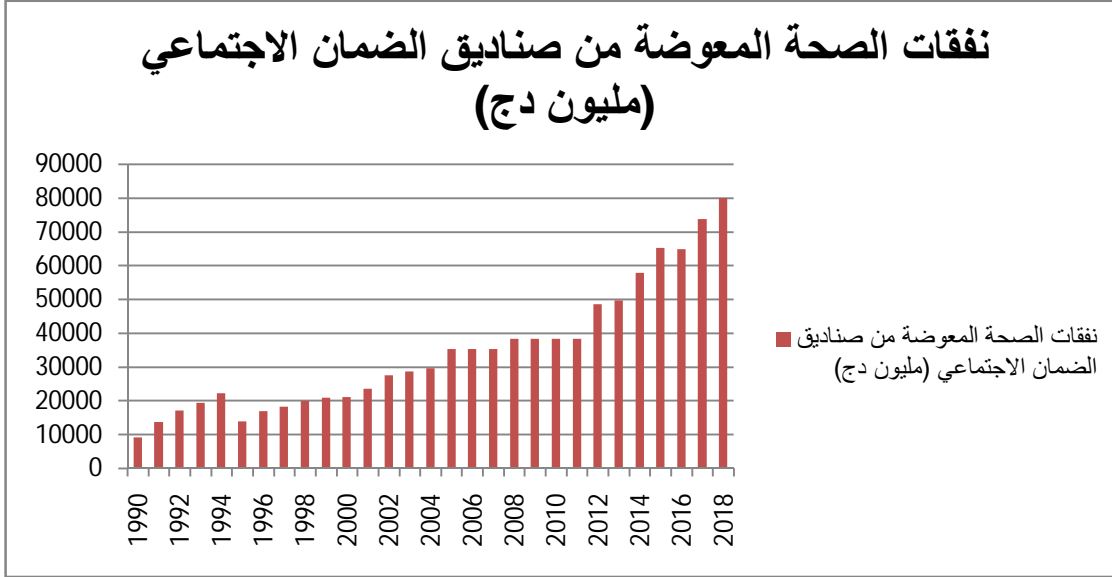
من خلال الشكل رقم (18) والملحق رقم (01) يتبين أن حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة يشكل نسب كبيرة جدا، إذ بلغ متوسط نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية حوالي 63,8%، وأعلى نسبة تمويل كانت سنة 2011 بـ 89% حيث كان نصيب الدولة من التمويل 363948093 (10³دج)، وادني نسبة كانت 29,64% سنة 1991 بمبلغ 9581000 (10³دج)، من خلال الجدول يتبين أيضا أن حصة الدولة في نفقات الصحة هي في تزايد مستمر من سنة لأخرى خلال فترة الدراسة وهذا ما يؤكد الاهتمام الكبير من طرف الدولة بقطاع الصحة في الجزائر.

2.3.1 التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي :

يعتبر الضمان الاجتماعي المساهم الثاني بعد الدولة في تمويل نفقات الصحة حيث يمول الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص عن طريق التعويض الجزافي للنفقات العلاجية والطبية للمؤمنين، مع

العلم أن تعويض نفقات العلاج يتم بناء على تعريفه حددت من طرف وزارة الصحة سنة 1987 لم تتغير لحد اليوم¹، والشكل التالي يوضح مساهمة الضمان الاجتماعي في نفقات الصحة:

الشكل رقم (19): نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي (1990-2018)



المصدر: من إعداد الباحث اعتماد على بيانات الملحق رقم (1).

من خلال الشكل يمكن ملاحظة التطور المتسارع للمبلغ الجزافي لتمويل المستشفيات لاسيما بعد سنة 2011، فبعدها كان المبلغ لا يتعدى 38300000000 (دج) ارتفع إلى 48429410000 (دج) سنة 2012 ليصل إلى 80000000000 (دج) سنة 2018، إن هذه المبالغ تمثل الدور الايجابي الذي يلعبه الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات القطاع الصحي، إلا أن هذه الصناديق تعرف صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر لنفقات الصحة الناتج عن تغير بنية الهرم السكاني وارتفاع الأسعار، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع وصل لحدود 14,4، 16,6 خلال الفترة 2006 - 2015، والذي يؤدي إلى انخفاض الأجور وبالتالي انخفاض الاقتطاعات الاجتماعية²، كما أن التحويلات من أجل العلاج في الخارج وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية كان لها دور في ارتفاع نفقات صناديق الضمان الاجتماعي حيث عرفت عملية استهلاك الأدوية بالجزائر نموا متصاعدا بسبب تسارع طلبات الاستفادة

1 - Chaouche Ali, le financement de système de santé, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier, 2014.

2- سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000 - 2015، مرجع سابق، ص: 377.

من العلاج وتغطية الضمان الاجتماعي للأفراد، ولعل من بين أهم العوامل التي ساهمت في ارتفاع نسبة استهلاك الأدوية بالجزائر نذكر ما يلي¹:

- زيادة نمو السكان.
- الأسعار الممارسة (المستوى المنخفض لسعر الأدوية).
- ارتفاع نسبة التغطية الاجتماعية بنسبة أكثر من 3/4 من عدد السكان الذين يستفيدون من تغطية الضمان الاجتماعي.

3.3.1 التمويل عن طريق الأسر:

- التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة: تسعى إلى إنشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، ومن جهة أخرى التحكم في النفقات التي تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة من أجل تسييرها (مؤسسات التأمين مثلا)².

- التمويل الذي مصدره الأفراد: بعد الاستقلال وإثناء مرحلة التمويل المختلط كانت هذه المساهمة من بعض فئات من المرضى وهم الأشخاص ذوي المهن الحرة، الحرفيون، المزارعون، والتجار الذين يدفعون نفقاتهم الصحية مباشرة بعد حصولهم على الخدمة الصحية، مساهمتهم تمثل 10% فقط من إجمالي نفقات الصحة³. على الرغم من أن الأمر 65-74 المؤرخ في 28 ديسمبر 1974 المتضمن مجانية العلاج لم يستثنى بشكل صريح مشاركة العائلات في بعض النفقات الصحية، إلا أنه لم يصدر أي نص قانوني لرفع الغموض في هذا المجال قبل سنوات الثمانينات، بحيث أن العلاجات الطبية كانت تقدم كلها مجاناً وحتى للأجانب، إلا أنه في سنة 1984 صدرت تعليمة لوضع حد لهذه الفوضى تفرض على المواطنين المساهمة في تكاليف الفحوصات والعلاجات الطبية ورغم ضعف هذه المسألة إلا أنها واجهت صعوبات في التطبيق سببها العراقيل ذات الطابع الإداري⁴، و تمثل النفقة الصحية التي تتحملها الأسر في المتوسط 22% سنوياً وهي أكبر مما تتحمله الأسر في البلدان المتقدمة والتي تتميز بالدخل الفردي

1- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 246.

2 - Ali dahmene Mohammed, *the financing health system problem in Algeria*, op.cit, p. 50.

3 - NOUARA KAID, *Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaia*, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, P56.

4- علي محمد دحمان، تكلفة العلاج في الجزائر، مرجع سابق، ص: 14.

المرتفع، مثلا مساهمة الأسر في فرنسا سنة 2011 كان 20 %، وتفسر مساهمة الأسر في تمويل نفقات الصحة بالتجاوزات في قيمة التعريفية الطبية في القطاع الخاص والتي لا تخضع للمراقبة من طرف أي جهاز، ضف إلى هذا فان بعض المؤمنين لا يطالبون بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي وكذلك ظاهرة العلاج دون اللجوء إلى طبيب حيث يتجه المريض إلى الصيدليات مباشرة ويقتني ما يعتقد أنه بحاجة إليه دون وصفة طبية¹.

II النمط التعاقدى كبديل لتمويل نفقات الصحة في الجزائر

يعتبر تمويل نفقات الأنظمة الصحية رهان حقيقي بالنسبة للدول خاصة في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي تعرفها العديد من البلدان وخاصة النامية منها، وهذا ما يستدعي ضرورة تكييف الأنظمة الصحية من ناحيتي الإطار التنظيمي والتمويلي، ويعد استخدام التعاقد في النظم الصحية للبلدان النامية حديثا نسبيا، ولكنه أصبح أكثر شيوعا في السنوات الأخيرة وبشكل تدريجي، فالإصلاحات الصحية التي عرفتها العديد من البلدان ومن بينها الجزائر دعت إلى تطبيق نظام التعاقد في تسيير وتمويل المؤسسات الصحية، حيث أن المؤسسات الصحية الجزائرية أصبحت تواجه مشاكل كبيرة من ناحية التمويل والتسيير المالي ويرجع ذلك لعدم قدرتها على تغطية جميع النفقات الصحية اللازمة وهذا ما أدى إلى ضرورة اعتماد النمط التعاقدى كنمط جديد لتمويل النظام الصحي والذي بدوره يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها رفع الكفاءة للقطاع الصحي، وهذا ما تجسد من خلال قانون المالية لسنة 1992 بتبني النمط التعاقدى كبديل لتمويل مؤسسات الصحة.

من أجل مساعدة البلدان على إتقان أداة "التعاقد" وضعت منظمة الصحة العالمية إطارا معياريا من خلال تطوير العديد من الوثائق الأساسية التي تشرح كيفية تنفيذها بشكل صحيح للعلاقات التعاقدية، وتدعو منظمة الصحة العالمية البلدان الأعضاء إلى إدخال التعاقدات في إصلاحاتها، وتصر على احترام شروط نموذجها المرجعي، وقد أشرفت على العديد من تجارب التعاقد في العديد من البلدان النامية كمالي، وبوركينافاسو².

1 - سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000 - 2015، مرجع سابق، ص: 377.

2 - Foudi Brahim, la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : état des lieux, mémoire de magister en sciences économiques, université de bedjia, 2011, p 04.

وفي ما يلي سنتطرق إلى أساسيات النمط التعاقدية من خلال مفهومه وأنواعه والأهداف المحققة منه، كذلك الدور الذي تلعبه الدولة والجماعات المحلية في هذا النمط التعاقدية.

1.11 أساسيات حول النمط التعاقدية في المجال الصحي:

1.1.11 مفهوم النمط التعاقدية:

يعرف العقد الإداري على أنه: "العقد أو الاتفاق الذي يبرمه شخص معنوي عام، قصد تسيير مرفق عام وفقا لأساليب القانون العام بتضمينه شروط استثنائية غير مألوفة في القانون الخاص"¹، وفي القانون المدني الجزائري فان المادة 54 منه عرفت العقد على أنه: "اتفاق يلتزم بموجبه شخص أو عدة أشخاص آخريين بمنح، أو فعل، أو عدم فعل شيء ما"².

كما تعرف المنظمة العالمية للصحة النمط التعاقدية على أنه: "عقد بين كيانين اقتصاديين أو أكثر، يجبرون من خلاله على ترك، أو حيازة أو القيام أولا ببعض الأشياء" فهو اتفاق بين شركاء مستقبليين³، إذا على هذا الأساس فان النمط التعاقدية هو اتفاق يربط كل من وزارة الصحة والهياكل تحت الوصاية بهيئات الضمان الاجتماعي، حيث يلتزم الأول بتقديم الخدمات الصحية للمؤمنين ويلتزم الطرف الآخر بتمويل الخدمات الصحية. وبهذا نجد النمط التعاقدية في الأنظمة الصحية يختلف تماما عن التعاقد العادي من خلال ثلاث جوانب أساسية هي:⁴

- النمط التعاقدية في قطاع الصحة هو البحث عن تنمية شراكة حقيقية ودائمة بين القطاع الصحي والضمان الاجتماعي.
- النمط التعاقدية هو خدمة لإعادة تحديد دور الدولة في القطاع الصحي من خلال تنظيم القطاع وضمان نظام صحي عادل دون التدخل بطريقة مباشرة.
- النمط التعاقدية هو أداة إستراتيجية في تنمية النظام الصحي وبالتالي السياسة الصحية الوطنية لتوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات على كل الأطراف والجهات الفاعلة.

1- محمد الصغير بعلي، العقود الإدارية، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة 2005، ص: 10.

2- الأمر 75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن القانون المدني، المعدل والمتمم، ج، ر، صادرة في 30 سبتمبر 1975.

3- علوان عديلة، أهمية النمط التعاقدية في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 43، 2016 ص: 448.

4- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الاتفاقيات العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 169.

2.1.11 أنواع النمط التعاقدي:

هناك نوعين من النمط التعاقدي، تعاقد داخلي وتعاقد خارجي:¹

التعاقد الداخلي: منح المدير تفويض لرؤساء المصالح، أي بمعنى وجود عقد تفاوضي بين رئيس المصلحة والمدير، كما تحدد في هذا الأخير الأهداف ووسائل المتابعة، وكيفية حشدها واستخدامها والاهتمام بنتائج تسييرها ودراسة الآثار المترتبة عن عدم الالتزام وتنفيذ هذا العقد. كما أن نجاح النمط التعاقدي هنا يجب أن يهتم حتما بالإرادة المشتركة في تطوير وسائل تحليل الأنشطة (المحاسبة التحليلية...) وعناصر التكليف، كما أنه في حالة تطبيق هذا النوع من التعاقد فإنه يمكنه تغيير وتوزيع السلطات والمسؤوليات على مستوى المصالح، وأيضاً يمكنه الذهاب إلى حد إمكانية القيام بعقود مباشرة ما بين المصالح وصندوق الضمان الاجتماعي على حساب استقلالية المؤسسات العمومية.

التعاقد الخارجي: هو أسلوب تسيير مؤسس على نظام (مقدم، دفع) إذ أنه من شأنه إلغاء النظام التقليدي السابق الذي يعتمد على المساهمة السنوية المحددة في المؤسسات الصحية، وعلية تصبح الخدمات العلاجية تغطي على أساس النشاطات، أي المستشفى يتحصل على اعتمادات أكبر كلما قدم خدمات علاجية أكبر للمرضى، وهذا من شأنه خلق نوع من المنافسة ما بين المؤسسات الصحية وبالتالي تحسين نوعية الخدمة وخفض سعرها. وعليه يصبح النظام الصحي خاضع لمعايير السوق المبنية على العلاقات التعاقدية ما بين المؤسسات الصحية (منتج للعلاج) وصناديق الضمان الاجتماعي (مشتري للعلاج).

3.1.11 أهداف النمط التعاقدي:

اعتماد التعاقد كنمط جديد للتمويل يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها أن ترفع من فعالية القطاع الصحي ويمكن حصر هذه الأهداف فيما يلي:

➤ **التحكم في النفقات:** تطبيق النمط التعاقدي يمكن المؤسسات الصحية من تحقيق الفعالية ذلك من خلال:²

1- علوان عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزء 02، الجزائر، 2014، ص: 16-17.

2- محمد علي دهمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 171.

- الدقة في التمويل: إذ تتم عملية التمويل على أساس حسابات دقيقة تشمل جميع الخدمات المقدمة.
- حرية المبادرة والمنافسة: يسمح هذا النمط من التمويل بتحفيز المؤسسات الصحية وتدفعها إلى التفكير في تحسين نوعية الخدمات المقدمة.
- إمكانية وضع نسب مرجعية للمقارنة، ولمعرفة أحسن للهياكل المنفقة أكثر وبالتالي اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.

➤ عقلانية الإنفاق وتحقيق النجاعة:¹

- عقلانية الإنفاق وذلك باستغلال أمثل للموارد المتاحة، كالتعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتكفل بها المستشفى من الفعالية والنجاعة في تقديم الخدمات.
- النجاعة وتعني تحقيق الأهداف بأقل التكاليف الممكنة، ذلك يكون من خلال تعاقد المؤسسة الصحية مع مؤسسات متخصصة مثلا في النظافة، الصيانة، الإطعام... وغيرها، مما يؤدي إلى القيام بالخدمة على أحسن وجه ذلك من خلال تخفيض الأعباء كالأجور والتجهيزات اللازمة.

➤ تحسين نوعية العلاج: ذلك من خلال:

- الاهتمام بتحسين سلوك المعاملة من خلال حسن الاستقبال والمعاملة.
- التركيز على تحقيق أفضل نوعية بأقل تكلفة ممكنة قصد الحفاظ على النجاعة وذلك من خلال التركيز على الجانب النوعي وليس الكمي.
- إعادة ربط العلاقة مع المجتمع من أجل الإقناع وكسب ثقة الزبائن.

➤ تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسة الصحية مع مموليها: وهذا عكس النظام الجزائري الذي يتميز

بغموض هذه العلاقة وعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمي الخدمات الصحية ومموليها.²

1- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، مرجع سابق، ص: 360.

2- ولد محمد نسيم، آليات التحكم في الإنفاق الصحي الوطني، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة، الجزائر، 2017، ص: 39.

2.II دور الدولة والجماعات المحلية في النمط التعاقدى:

1.2.II دور الدولة في النمط التعاقدى:

في مواجهة تطور التعاقد يمكن للدولة أن تتبنى إستراتيجية "التخلي" حيث تترك عملية التعاقد تعتمد على قوانين السوق، لكن يمكن للدولة أن تفكر في أن الأصح والأمثل لا يكون ولا يتحقق إلا من خلال تدخلها، إذ أن التعاقد يعطيها الفرصة لتطوير التدخل الذي يتبع مسارات أخرى غير تلك الخاصة بتوفير الخدمات الصحية مباشرة، ووفقا لهذا المنطق، تكون الدولة في قلب العلاقات التعاقدية التي يتم تشكيلها بين جميع الجهات الفاعلة في النظام، فالتعاقد ليس خصخصة ولا فك التزام من طرف الدولة بل هو أداة في خدمة النظم الصحية، والأمر متروك للدولة لضمان استخدام هذه الأداة بشكل فعال ومناسب. لذا فان دور الدولة يتمركز في مستويين¹:

🚩 **الدولة كفاعل في العلاقات التعاقدية:** الدولة لا ترغب في أن تكون الجهة الفاعلة والحصريّة في الصحة، لكن في الوقت نفسه لا ترغب في الانسحاب من تقديم الخدمات الصحية وتمويلها، والتعاقد في هذه الحالة هو وسيلة للتوفيق بحيث تصبح الدولة موقعة على العقد الذي أبرمته مع الجهات الفاعلة الأخرى.

➤ **توفير الخدمات الصحية:** ترغب الدولة في الحفاظ على سيطرتها للتغطية الصحية للبلد دون تحمل كامل ثقل تمويل وإدارة المرافق الصحية مع الحفاظ على ملكية مرافقها الصحية، لهذا تفوض الدولة مسؤولية إدارتها وتسعى لجلب مقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص وأصحاب الخدمات الصحية للانضمام إلى الخدمة العامة، وبهذا لن تكون الدولة مشغل الخدمة الصحية لكن من خلال الأداة التعاقدية تظل صاحبة التغطية الصحية.

➤ شراء الخدمات الصحية من الخارج ومن الداخل:

✓ **من الخارج:** بدلا من القيام بأنشطة معينة في حد ذاتها، تقرر الدولة شراء الخدمات من ممثل آخر، وعادة من القطاع الخاص، والعقود الناتجة هي من نوع "عقد الخدمة"، وتنطبق إستراتيجية الشراء هنا على مستويين على حسب الغرض من الشراء:

1 - OMS, Rapport sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, Genève, 2004, pp 40-47.

- يتعلق الشراء بمنتج نهائي يقصد به خدمة صحية يتم توفيرها من قبل موفر يعمل أو لا يعمل في مرفق صحي.

- الشراء الذي يتعلق بعوامل الإنتاج كالغسيل، الترميم، المرضى، الصيانة، الحراسة... الخ.
 ✓ من الداخِل: لتجنب عيوب تركيز جميع الوظائف داخل نفس الكيان، يكمن للدولة أن تفصل في وظائف التمويل عن طريق إنشاء كيانات محددة، هذا الفصل حتى لو كان مصطنعا جزئيا، سيكون له الفضل في جلب كل من أصحاب المصالح والممولين للتفاوض مع أصحاب المصلحة الآخرين، يجب أن تؤدي هذه المفاوضات إلى ترتيب تعاقدي يضمن كفاءة أفضل للنظام الصحي، من خلال إنشاء وكالات متخصصة ذات ميزانيات عامة، تمنح الدولة نفسها وسائل التنافس مع مقدمي الرعاية الصحية.

🚩 **الدولة كمنظم للعلاقات التعاقدية:** يجب على الدولة تنظيم العلاقات التعاقدية بحيث تسهم في تحقيق المصلحة العامة وتحسين أداء النظام الصحي ويكون ذلك من خلال عدة طرق، وتمثل هذه الطرق التي يمكن للدولة من خلالها تنظيم العلاقات التعاقدية فيما يلي:

➤ **مرافقة العلاقات التعاقدية:** ذلك من خلال:

- **الإطار القانوني:** يجب على الدولة أن تضمن بأن النصوص القانونية للبلد تسمح بالتعاقد، ويجب عليها أيضا اتخاذ التدابير التي من شأنها تسهيل العلاقات التعاقدية.

- **المنافسة:** يتجلى دور الدولة هنا في ضمان التنافس وتنظيم المنافسة أمام الجهات الفاعلة التي تريد الدخول في منافسة لأجل إقامة العلاقة التعاقدية.

- **المراقبة:** يمكن للدولة ممارسة الرقابة على العلاقات التعاقدية القائمة بين الجهات الفاعلة.

- **نظام المعلومات:** تقع على عاتق الدولة مسؤولية وضع نظام فعال للمعلومات حول العلاقات التعاقدية.

- **التدريب:** يجب على الدولة ضمان أن يكون لكل الفاعلين التدريب اللازم بكل أشكاله، لأن التعاقد يتضمن العديد من المفاهيم التي تأتي من تخصصات مختلفة (القانون، الاقتصاد، الصحة العامة، العلوم السياسية والإدارية، وما إلى ذلك).

➤ **الحوافز:** يمكن للدولة العمل على العلاقات التعاقدية من خلال الحوافز، بحيث يمكنها أن تؤثر في صنع القرار على الفاعلين من خلال تشجيعهم على إعادة النظر في مصلحتهم للدخول في علاقات

تعاقدية، كما يمكن لوزارة الصحة مثلاً أن تقرر جائزة منحة أو إعفاء ضريبي لتوقيع الترتيبات التعاقدية، لذلك فإن الحوافز لا تتعارض مع التعاقد طالما أنها لا تتباعد في العلاقات مع الجهات الفاعلة.

➤ **السياسات التعاقدية:** تقع مسؤولية وضع وتنفيذ وتقييم السياسات التعاقدية على عاتق الدولة وبشكل أكثر تحديدا وزارة الصحة بحيث تكون هي المحرض الرئيسي للسياسة التعاقدية، ويشير هذا الدور إلى إحدى الوظائف الأساسية للنظام الصحي (الإدارة العامة)، فالدولة من خلال هذه الوظيفة توكل لها مشروعية توجيه السياسة الوطنية للصحة حتى وإن كانت ممارسة هذه الوظيفة تستلزم مشاركة جميع الجهات الفاعلة، لذلك فإن تطوير وتنفيذ وتقييم السياسات التعاقدية يعد وسيلة فعالة لتنظيم الممارسات التعاقدية، لأنه يمنح وزارة الصحة الوسائل اللازمة لتنظيم وتوجيه ما سيتم إنشائه مع الجهات الفاعلة، وبذلك تقوم الوزارة بتخفيض تكاليف مراقبة الممارسات التعاقدية والحد من الانحراف.

II.2.2 الجماعات المحلية كمنظم لتقديم خدمات الصحة:

تقديم الخدمات الصحية يتم من خلال مؤسسات الصحة العامة والخاصة إلى جانب الممارسين الخواص من أطباء وممرضين وصيادلة وكذا العيادات الخاصة إضافة إلى هياكل أخرى، وبالتالي تحدد اللامركزية المهام الموكلة للجماعات المحلية، وللقيام بالتزاماتها هناك إستراتيجيتين¹:

🚦 **المقاربة عن طريق الهياكل:** تقوم الجماعات المحلية بمهامها في مجال الصحة من خلال الهياكل والمؤسسات والبنى التحتية التي تقوم بنشاطات متعلقة بالصحة، وللقيام بهذا فإن للجماعات المحلية اختيارين:

✓ **الهياكل العمومية:** تكون إما عن طريق تسيير مباشر أو مستقل، أو تسيير بتفويض.

• **تسيير مباشر:** يكون التسيير المالي والإداري لهذه الهياكل العمومية مؤمن مباشرة من طرف الجماعات المحلية في إطار تسيير مصلحة عامة.

• **تسيير مستقل:** في هذه الحالة تمنح الجماعات المحلية للهياكل العمومية الشخصية المعنوية، ولكن لا يكون الهيكل العمومي مستقل تماماً بل تمارس عليه الجماعات المحلية وصايتها، ويبقى الهيكل العمومي تابع للجماعات المحلية في المجال المالي والموارد البشرية، وهذا يكون من خلال علاقة تعاقدية بين الهيكل والجماعات المحلية.

1- علوان عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، مرجع سابق، ص: 42-44.

• **تسيير بتفويض:** تفوض الجماعات المحلية هيكل خارجي مسؤولية تسيير أحسن لنشاطات الصالح العام من خلال علاقة تعاقدية، وإذا كان المستخدم غير قادر أو عاجز في بعض الحالات، تقوم الجماعات المحلية بإيقافه بسياسة " رفع اليد " .

✓ **الهياكل الخاصة:** من خلال العلاقة التعاقدية يمكن للجماعات المحلية أيضا أن تقوم بإشراك هذه الهياكل لتحسين تقديم النشاطات التي لها علاقة بالصحة، كما قد يكون ذلك مع الهياكل الخاصة المنصبة لنشاطات لها علاقة مع الصحة كمراكز إعادة التأهيل الاجتماعي، أو مستشفى خاص، بان تتعاقد الجماعات المحلية معه من أجل تكوين مستمر لعمال الصحة في مراكز الصحة التابعة له.

🏠 **المقاربة عن طريق النشاطات:** تركز هنا العلاقة التعاقدية على شراء الخدمات من الموارد المالية التي تملكها الجماعات المحلية، حيث يكون أداء هذا النشاط عن طريق الممثل الذي التزم بهذا النشاط في الآجال المحددة، ومثال ذلك كأن تبرم الجماعات المحلية عقد مع جمعية بهدف غير ربحي من أجل أن يصحبها في عملية التحسس بمرض السيدا.

3.11 التعاقد كآلية جديدة للتمويل الصحي في الجزائر:

تواجه المؤسسات الصحية في الجزائر جملة من الاختلالات المتعلقة بالتمويل، لعل السبب الرئيسي ورائها هو نظام التمويل الجزافي الذي لا يخضع لأي منطق اقتصادي، حيث من خلال هذا النظام التمويلي تم تبني منطق الإنفاق دون الاهتمام بنوعية الخدمة الصحية المقدمة، إذ أن الغموض الذي يسود العملية التمويلية بين مؤسسات الصحة والدولة والضمان الاجتماعي أدى إلى حدوث اختلال في التوازن بين عرض الخدمة الصحية والطلب عليها، لهذا كان لابد من هيكلة العملية التمويلية بين الأطراف الثلاثة (الدولة، الضمان الاجتماعي، المؤسسات الصحية) ذلك من خلال تبني النمط التعاقدية كآلية جديدة للتمويل والتحكم في الإنفاق الصحي المتزايد.

وبموجب قانون المالية لسنة 1992 تم ذكر العلاقات التعاقدية لأول مرة كمنظ يتبع في تمويل نفقات المؤسسات الصحية مع وضع أحكام التسعيرة والفوترة للخدمات الصحية، حيث نص هذا القانون على أن مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات الصحية العمومية يكون بصفة تعاقدية بدلا من الدفع الجزافي، إذ نصت المادة 175 من قانون المالية لسنة 1992 على ما يلي: " تحدد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية والمؤسسات المتخصصة (بما فيها المراكز

الاستشفائية الجامعية) وبصفة تقديرية (9500000000 دج). يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كفاءته عن طريق التنظيم¹، كما تم التأكيد على هذا الاختيار والتذكير بالنهج التعاقدية في تمويل ميزانية المؤسسات الصحية من خلال نص المادة 128 من قانون المالية لسنة 1993²، وبموجب نص المادة 147 من قانون المالية لسنة 1994³، كما بينت هذه القوانين السالفة الذكر في نصوصها أن نفقات الوقاية، التكوين، البحوث العلمية، والخدمات الصحية التي يستفيد منها المعوزين الغير مؤمنين اجتماعيا تبقى على عاتق الدولة.

إلا أنه على الرغم من القوانين السابقة والمراسلات التي أصدرتها وزارة الصحة في سبيل تطبيق التعاقد والتخلي عن النظام القديم في التمويل لا يزال النمط التعاقدية في بدايته وأصبح عبارة عن برنامج لم يكتمل بعد، لدي سنتطرق فيما يلي إلى أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر، والصعوبات والمشاكل التي حالت دون تطبيقه.

1.3.11 أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر:

1.1.3.11 أسباب التعاقد:

بالنسبة للأسباب العامة:

- ✓ الإلهام والتأثر بالأنظمة الأجنبية الناجحة في تمويل نفقاتها الصحية.
- ✓ توصيات بعض المنظمات الدولية كمنظمة الصحة العالمية والتي دعت البلدان الأعضاء إلى تبني نمط التعاقد في إصلاحاتها، وتصر على احترام شروط نموذجها المرجعي.
- ✓ إدخال مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية.⁴

1- المادة 175 من القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991، يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65.

2- المادة 128 من المرسوم التشريعي رقم 93-01 المؤرخ في 19 يناير 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1993، الجريدة الرسمية، العدد 04.

3- المادة 147 من المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في 29 ديسمبر 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1994، الجريدة الرسمية، العدد 88.

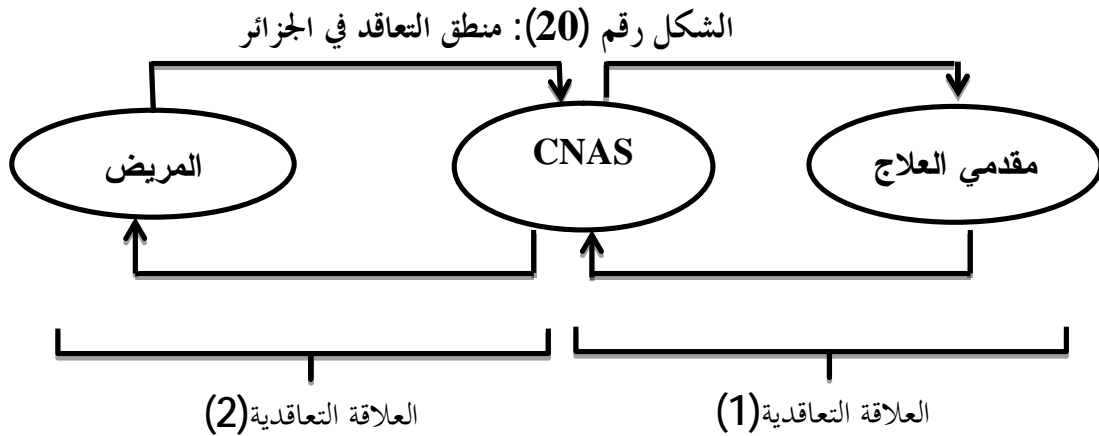
4- أمال بغيث، إيمان بن قصير، التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، 24-25 نوفمبر 2015 بجامعة المسيلة، ص: 11.

بالنسبة لاختيار الضمان الاجتماعي للتعاقد معه:

ينظر إلى التعاقد من خلال الضمان الاجتماعي كوسيلة للحصول على البيانات والأدوات اللازمة لإجراء عمليات ذات جودة عالية ورعاية تنافسية، فالضمان الاجتماعي سيعطي فقط الأشخاص المؤمن عليهم اجتماعيا، وفي عمل اللجنة المشتركة بين الوزارات المسؤولة عن مراقبة وتنفيذ هذا التعاقد من المفترض أن يتيح هذا التعاقد مزيدا من:

- ✓ الشفافية في العلاقات بين المانحين ومقدمي الرعاية الصحية.
- ✓ مراقبة أفضل للنفقات وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية.
- ✓ زيادة الكفاءة في أداء مؤسسات الرعاية الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي مما يتيح الاستخدام الرشيد والأفضل للموارد¹.

والتعاقد لم يعمم في الجزائر بعد، فهو مطبق فقط بين الممولين ومقدمي العلاجات العمومية، ويتركز بشكل حصري على التمويل، فهو في الواقع فكرة للانتقال من الاستشفاء المجاني إلى الدفع بالسعر المتوسط لليوم الاستشفائي، ويبقى إجراء الدفع كخطوة أخيرة²، والشكل الموالي يوضح منطق التعاقد في الجزائر:



Source : GUETTAF LILA ET FOU DI BRAHIM, La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain, op.cit, p : 35

1 - rapport d'étape, Comité interministériel de suivi et mise en œuvre de la contractualisation,, Alger, mai 2002.

2 - GUETTAF LILA ET FOU DI BRAHIM, La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain, Revue des Sciences Humaines – Université Mohamed Khider Biskra No : 23, Novembre 2011, P : 35.

2.1.3.11 الشروط الأولية لنجاح التعاقد:

إن العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الصحية ومموليها تستلزم إنشاء مؤسستين هامتين:¹

➤ **الوكالة الإستشفائية (A.R.H):** يسيرها مجلس إدارة متكون من: ممثل الإدارة الوصية، ممثل الجماعات المحلية التي تتواجد بها القطاعات الصحية، ممثل صندوق التأمينات الاجتماعية الجهوية، ممثل مستخدمي الصحة.

➤ **الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي (A.N.A.E.S):** تنصيب الوكالة ضرورة يمكن

بفضلها التحكم في النفقات العلاجية وأهم المهام المنوطة بها هي :

✓ مراقبة وتقييم فرعية الخدمة الصحية وكذا مراقبة تدرج العلاج.

✓ توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الإستشفائية.

✓ تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات تشخيصية متجانسة (G.H.M).

✓ أعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها.

✓ وضع مؤشرات توفيقية بين الهياكل وأيضاً وضع سياق للإنتاج.

كما إن وضع التعاقد حيز التطبيق يستدعي توفير شروط والتي بدورها تتطلب تدعيماً بوسائل مكيّفة بدء من التشاور والتفاوض مع عملاء الصحة، ويمكننا سرد بعض هذه الشروط كالآتي:²

✓ **مكتب الدخول:** نظراً للأهمية المركزية لمكتب الدخول في عملية التعاقد لابد من إعادة تنظيمه

وفق المهام المخولة له قانونياً، وكذا عصرنته وتدعيمه بوسائل مادية وبشرية مكيّفة، وفي هذا

السياق، لابد من مطالبة جميع مسؤولي المؤسسات الصحية العمومية لتحديد الهيكل التنظيمي

لمكتب الدخول الذي يفترض أن يتسم بالانسجام والتناسق.

✓ **المتابعة بواسطة الإعلام الآلي:** ذلك من خلال تثبيت واختيار دعائم مساعدة على الإعلام

وتدعيمها، علماً أن هذه الركائز تتمثل أساساً في:

• استمارة العلاج.

1 - .أمال بعيط، إيمان بن قصير، التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، مرجع سابق، ص: 11.

2- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، مرجع سابق، ص: 366-

- استمارة القبول.
- طلب التكفل بالمريض.
- تحيين مدونة أعمال محترفي الصحة مع تعويد مستخدمي الصحة على استعمال التقنين الوارد فيها.
- السهر على التكوين المتواصل لمستخدمي الصحة لأجل حثهم على إيفاء المعلومات وتبيان الغاية المستهدفة من ذلك.
- الحرص على تحسين مدى الاعتناء باستمارة العلاج بصورة تدريجية وإدراج الفوترة.

✓ وضع وسائل تسيير فعالة حيز التنفيذ تتمثل في:

- طريقة حساب التكلفة.
- السهر على مردودية العامل البشري بتحفيزه وحثه على النتائج.
- ✓ إطلاع جميع مستخدمي الصحة على مشروع النمط التعاقدي: من خلال برجة أيام دراسية تستهدف توضيحات حول مغزى هذا النمط التسييري الجديد لمؤسسات الصحة وكيفية وضعه حيز التنفيذ، ونخص بالذكر على وجه الخصوص كل من الأطباء، المرافقون الطبيون، أعوان مكتب الدخول.

2.3.11 الصعوبات والمشاكل التي حالت دون تطبيق النمط التعاقدي في الجزائر:

سعت الجزائر من خلال النمط التعاقدي إلى الانتقال من النظام الجزائي لتمويل نفقات المؤسسات الصحية والتخلي عن مجانية العلاج إلى نظام تمويل حقيقي في إطار العلاقات التعاقدية بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي وهذا بهدف توفير الموارد المالية وتسهيل عملية المتابعة والمراقبة على الأموال الممنوحة للقطاع الصحي، لكن رغم القوانين والإجراءات التي اتخذتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سبيل تطبيق هذا النمط التعاقدي والتخلي عن النظام القديم إلا أنه اعترضته العديد من الصعوبات والمشاكل والتي حالت دون تطبيقه بالكامل وجعله لا يزال في بدايته رغم أن القوانين التي نصت على تطبيقه كانت منذ التسعينيات، وتتمثل هذه الصعوبات والمشاكل بالأساس فيما يلي:

__ يتطلب التعاقد وجود جهات فاعلة مستقلة وتوافر نظام معلومات قوي وموثوق وشفافية في تقييم الأداء الكمي والنوعي وانسجام الأدوار وتكاملها، لكن الطبيعة الغير شفافة لقرارات تخصيص الموارد الحالية تتناقض مع أي عملية تعاقد ناجحة.

__ تتطلب العملية التعاقدية قيادة سياسية ومهارات تقنية واتصالات فعالة، ولم يتم تلبية وتوفير أي من هذه الشروط¹.

__ غموض تحديد هوية المستفيدين من الخدمات الصحية، إذ وجد أن 30% يمثلون المؤمن اجتماعيا 10% معوزين، في حين تبقى 60% غامضة².

__ أحد أهم أسباب تأخر تطبيق النمط التعاقد في تمويل نفقات الصحة هو عدم تهيئة أرضية المؤسسات الصحية للمشروع، لاسيما وأن نظامها الأساسي كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري تعتمد على المحاسبة العمومية ولا يتلاءم هذا النوع مع الأشكال التعاقدية.

__ تقييد مديري المؤسسات الصحية بمجموعة من القواعد القانونية والإجراءات الروتينية في تنفيذ الميزانية على مستوى مؤسساتهم الصحية مما يجعل منهم مجرد منفقين لا مسيرين، أي أنهم بعيدون كل البعد عن الإبداع والتسيير الحديث.

__ التخلي في معظم الأحيان عن المهمات الأساسية لمكتب الدخول إضافة إلى غياب وعدم ملائمة دعائم التسيير في المؤسسات الصحية العمومية وهيئات الضمان الاجتماعي.

__ صعوبات تقنية تتعلق بتحديد النظام الأساسي للمريض، حيث يواجه مكتب الدخول عدة عراقيل وصعوبات في تحديد فئة المريض التي ينتمي إليها³.

__ إهمال ممارسي القطاع للعديد من البيانات الخاصة بالمريض.

__ نقص الاعتمادات ذات الطابع الوقائي.

__ غياب الوثائق المحاسبية.

__ عدم الأخذ بعين الاعتبار الطلبات في الميزانية.

__ قيود التمويل التي أصبح يعاني منها نظام الضمان الاجتماعي خلال العشرية الأخيرة¹.

1 -SAADA CHOUGRANI et MILOUD KADDAR, **Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie**, journal d'économie Médical 2010, vol.28.n°5, p : 191.

2 - rapport de ministère du travail et de la sécurité social : **note synthèse sur contractualisation santé-sécurité social**, 2004.

3- ولد محمد نسيم، آليات التحكم في الإنفاق الصحي الوطني، مرجع سابق: ص: 41.

III التحليل القياسي للعلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر باستخدام منهجية (ARDL)

من خلال هذه المساحة البحثية سنحاول القيام بالتحليل القياسي للعلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها في الجزائر بالاعتماد على منهجية حديثة في الاقتصاد القياسي، والتي تتمثل في نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع (ARDL)، وقد تم اختيار الفترة الممتدة ما بين (1990-2018) لإجراء الدراسة، حيث تم الاعتماد على بيانات سنوية بعدد 29 مشاهدة لكل متغيرة محسوبة، كما تم التحصل على البيانات من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الجزائر. وبغرض الإلمام بموضوع الدراسة تم تقسيم هذه المساحة البحثية إلى العناوين الأساسية التالية:

- ✓ أساسيات النمذجة القياسية بواسطة نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع (ARDL).
- ✓ التعريف بمتغيرات ونموذج الدراسة.
- ✓ دراسة استقرارية السلاسل الزمنية (اختبار جذر الوحدة) لمتغيرات الدراسة.
- ✓ تقدير نموذج (ARDL) والعلاقة قصيرة الأجل وشكل العلاقة طويلة الأجل للنموذج .

1.III أساسيات النمذجة القياسية بواسطة نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع (ARDL):

في هذا الإطار، سيتم عرض أهم المفاهيم النظرية للنمذجة القياسية بواسطة نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع (ARDL)، وإبراز أهم مزايا وخطوات هذه المنهجية الحديثة.

1.1.III استقرارية السلاسل الزمنية:

تعرف السلسلة الزمنية بأنها مجموعة من القيم لمؤشر إحصائي معين مرتبة حسب تسلسل زمني، بحيث كل فترة زمنية يقابلها قيمة عددية للمؤشر تسمى مستوى السلسلة، أو هي مجموعة من المعطيات ممثلة عبر الزمن المرتب ترتيباً تصاعدياً².

قبل دراسة أي نموذج قياسي فإنه من الضروري دراسة استقرارية السلاسل الزمنية، فهي تعد من المواضيع المهمة في كثير من التطبيقات التي تعتمد بيانات زمنية مثل الاقتصادية والمالية، وهو موضوع ذو

1- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 184.

2- مزارشي فتيحة، أثر السياسة النقدية على مستوى المعيشة- دراسة حالة الجزائر-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف 1، 2017-2018، ص: 366.

أهمية تطبيقية في التحليل القياسي إذ أن الاستدلال للمتغيرات غير المستقرة يعطي نتائج مضللة، إذ تكون العلاقة بين المتغيرات غير مستقرة ليست حقيقة وإنما مضللة وهذا ما يسمى بالانحدار الزائف أو المضلل¹، ويمكن التمييز بين نوعين من السلاسل الزمنية، سلاسل زمنية مستقرة وسلاسل زمنية غير مستقرة، حيث أنه تكون السلسلة الزمنية مستقرة إذا تحققت الشروط التالية²:

$$- \text{ثبات متوسط القيم عبر الزمن } \sum (y_1) = \mu$$

$$- \text{ثبات التباين عبر الزمن } \text{var}(y_1) = \sum (y_1 - \mu)^2 = J^2$$

- أن يكون التغير بين أي قيمتين لنفس المتغير معتمدا على الفجوة الزمنية K بين القيمتين

$$y_t \text{ و } (y_{t-k}) \text{ وليس على القيمة الفعلية للزمن الذي يحسب عند التغير.}$$

$$\text{Cov}(y_t - \delta_{t-k}) = \sum (y_t - \mu) (\delta_{t-k} - \mu) = \delta_k$$

يعتبر تحليل السلاسل الزمنية مهما من أجل التأكد من استقرار هذه السلاسل ودرجة تكاملها، فقد أوضحت الدراسات أن كثيرا من السلاسل الزمنية تتسم بعدم الاستقرار لاحتوائها جذر الوحدة، ويعني وجود جذر الوحدة في أي سلسلة زمنية أن متوسط وتباين المتغير غير مستقلين عن الزمن³، هذا ويؤدي افتراض السلاسل الزمنية التي تحتوي فعلا على جذر الوحدة إلى وجود ارتباط زائف بينها ومشاكل في التحليل والاستدلال القياسي⁴.

ولاختبار استقرارية السلاسل الزمنية وتحديد درجة تكاملها سنتطرق إلى أهم اختبارات جذر

الوحدة وهي:

➤ اختبار ديكي- فولر الموسع (ADF):

يعتبر اختبار ديكي- فولر الموسع (ADF) Augmented Dickey- Fuller من أشهر الاختبارات لاختبار استقرارية السلاسل الزمنية وتحديد درجة تكاملها، وهو يركز على تقدير ثلاثة

1- علي عبد الزهرة حسن، عبد اللطيف حسن شومان، تحليل العلاقة التوازنية طويلة الأجل باستعمال اختبارات جذر الوحدة وأسلوب دمج النماذج المرتبطة ذاتيا ونماذج توزيع الإبطاء (ARDL)، مجلة العلوم الاقتصادية، بغداد، العدد34، المجلد09، 2014، ص: 177.

2- خليل كامل عيدان، أثر السياسة النقدية على استقرار سعر الصرف الأجنبي في العراق (1990-2012)، مجلة الكويت للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة واسط، العدد 17، 2015، ص: 21-22.

3- المصباح عماد الدين، محددات التضخم في سوريا خلال الفترة 1970-2004، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، العدد34، 2006، ص: 55.

4- خالد بن حمد عبد الله القدير، تأثير التطور المالي على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الملك عبد العزيز، الاقتصاد والإدارة، العدد 18، 2004، ص: 210.

نماذج مختلفة، كل نموذج عبارة عن مسار انحدار ذاتي ولكن من درجة P أكبر من الواحد، ويطبق هذا الاختبار (ADF) بنفس طريقة (DF) وهذا بعد تحديد درجة التأخير P باستعمال Aic أو Bic...، ويتم هنا اختبار معنوية المعامل ρ ، الثابت c و b ¹.

ويتم تقدير النماذج بطريقة المربعات الصغرى العادية²:

$$\Delta X_t = \rho X_{t-1} - \sum_j^P \varphi_j \Delta X_{t-j+1} + \varepsilon_t \dots\dots\dots(1)$$

$$\Delta X_t = \rho X_{t-1} - \sum_j^P \varphi_j \Delta X_{t-j+1} + c + \varepsilon_t \dots\dots\dots(2)$$

$$\Delta X_t = \rho X_{t-1} - \sum_j^P \varphi_j \Delta X_{t-j+1} + c + b_t + \varepsilon_t \dots\dots\dots(3)$$

حيث: $p = \phi - 1$ (p درجة التأخير).

ε_t : تشويش أبيض (متوسط معدوم وتباين ثابت θ^2).

ويتم اختبار الفرضيات التالية: $H_1: \phi_j - 1 < 0$ $H_0: \phi_j - 1 = 0$

وقد تم حساب القيمة المقدرة (ϕ_j) من قبل ديكي فولر، واستخرج جدولاً للقيم الحرجة بحيث يتم مقارنتها مع $Z(I-1)\phi$ المحسوبة، فإذا كانت $Z_{cal} \geq Z_{tab}$ فهذا يعني عدم وجود جذر الوحدة وبالتالي نرفض الفرضية (H_0) والسلسلة تكون مستقرة، أما إذا كانت $Z_{cal} < Z_{tab}$ فهذا يعني وجود جذر الوحدة، أي السلسلة غير مستقرة (P) عن طريق معياري³.

➤ اختبار فيليب - بيرون (PP):

اعتمد كل من فيليب وبيرون (PP) على منهجية مختلفة تماماً حيث يعتمد فهمهم على تصحيح غير حدودي لحساب بنية الارتباط الذاتي للمخلفات⁴ وبالتالي فإن الافتراضات التي تم طرحها حول الأخطاء أقل تقيداً إذ يمكن أن تعتمد بشكل مؤقت وتوزع بطريقة متجانسة، إلا أنه هناك ميزة مثيرة للاهتمام بشكل خاص للإحصائيات التي يقترحها (بيرون) وهي أن توزيعها المقارب مطابق لتلك التي استخلصها كل من Dickey Fuller، هذا يعني أنه يمكن استخدام إجراء اختبار (PP) بالإشارة إلى

1- عدوكة لحضر، بوشة يحيى، اختبارات الجذر الأحادي: دراسة تطبيقية على بعض المتغيرات الاقتصادية الكلية في الجزائر، مجلة الباحث الاقتصادي، العدد 06، ديسمبر 2016، ص: 142.

2 - Dickey and Fuller, **likelihood ration statistics for autoregressive series with a unit root**, *Econometrica*, 1981, PP: 1057-1072.

3- مزارشي فيحة، أثر السياسة النقدية على مستوى المعيشة - دراسة حالة الجزائر-، مرجع سابق، ص: 368.

4 - Philips P and Prnon P, **Testing a unit root in Time series regression**, *Bionetrica*, 75(2), 1988, PP : 335-346.

القيم الحرجة غير المقاربة التي حددها Dickey Fuller حتى لو كان يسمح بتحديد السلاسل الزمنية المدروسة بطريقة أكثر عمومية.¹
ويبر هذا الاختبار بالمراحل التالية:²

- تقدير بطريقة المربعات الصغرى العادية للنماذج الثلاثة القاعدية لاختبار Dickey Fuller مع حساب الإحصائيات المرفقة.

- تقدير التباين قصير المدى: $\delta^2 = \frac{1}{n} \sum_t^n = \mathbf{1} e_t^2$ حيث e_t تمثل البواقي.

- تقدير المعامل المصحح δ_i^2 (المسمى التباين طويل المدى) المستخرج من خلال التباينات المشتركة لبواقي النماذج السابقة بحيث:

$$\delta_i^2 = \frac{1}{n} \sum_{t=1}^n e_t^2 + 2 \sum_{i=1}^L \mathbf{1} + \left(\frac{i}{L+1}\right) \frac{L}{n} \sum_{t=i+1}^n e_t e_{t-i}$$

- تقدير التباين في المدى الطويل، يجب تحديد عدد التأخرات L ويتم تقديره من خلال المشاهدات n :

$$L \approx 4(n/120)^{2/9}$$

ويتم حساب إحصائية (PP) من خلال المعادلة التالية:

$$t\phi = \sqrt{K} X \frac{(\phi - 1)}{\delta\phi} + \frac{n(K - 1)}{\sqrt{K}} \delta\phi$$

مع:

$$K = \frac{\sigma^2}{S_I^2}$$

وتكون ($K=1$) إذا كانت سلسلة البواقي (e_t) تشكل تشويش أبيض و ثم مقارنة إحصائية مع

القيمة الجدولية المستخرجة من جدول Mackinnon.³

1 - Cem Ertur. **Une stratégie de test de la racine unitaire.** (rapport de recherche) Institut de mathématiques économiques (IME). 1991,38p.,ref :2p. Hal-01542276, p : 07 .

2- شيخي محمد، طرق الاقتصاد القياسي محاضرات وتطبيقات، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص:212.

3- أحمد سلامي، محمد شيخي، اختبار العلاقة السببية والتكامل المشترك بين الادخار والاستثمار في الاقتصاد الجزائري(1970-

2011)، مجلة الباحث، العدد13، 2013، ص: 125.

2.1.III اختبارات التكامل المشترك:

التكامل المشترك هو البحث عن وجود علاقة توازنية بين السلاسل الزمنية في الأجل الطويل، على الرغم من وجود اختلال في الزمن القصير، فالتكامل المشترك ينظر الى هذه العلاقات التوازنية حتى وان احتوت كل سلسلة زمنية على اتجاه عام عشوائي، لأنه في المدى الطويل ستتحرك هذه السلاسل في تقارب عبر الزمن ويكون الفرق بينهم ساكنا.¹

ويستلزم التكامل المتزامن أنه إذا كان لدينا متغيرين y_t-x_t متكاملان من الدرجة الأولى أي مستقرين بعد تفاضلهما من الدرجة الأولى، فنقول أن x_t-y_t متكاملان تزامنيا إذا كانت هناك معادلة خطية ووحيدة من الشكل²:

$$X=A+By_t+Z_t.....(1)$$

حيث A, B : أعدا حقيقية.

Z_t : متغير مستقر. ممتوسط معدوم (تشويش أبيض).

فإذا كانت المعادلة (1) تمثل علاقة توازن اقتصادي فإن (Z_t) يسمح بقياس الفرق بين المتغير X وقيمه التوازنية في اللحظة (t) ، أما إذا كانت (Z_t) لا يشكل تشويش أبيض فإن المتغيرين مرتبطين بعلاقة اقتصادية ثابتة.

توجد العديد من الاختبارات للكشف عن علاقة التكامل المشترك بين السلاسل الزمنية أهمها :

➤ اختبار انجل - غرانجر 1987, Engel & Granger:

يعتبر تحليل التكامل المشترك بطريقة (انجل و غرانجر) عند الكثير من الاقتصاديين كأحد أهم المفاهيم الجديدة في الاقتصاد القياسي وكذلك لتحليل السلاسل الزمنية،³ حيث اقترح كل من (انجل و غرانجر) سنة 1987 طريقة لاختبار التكامل المتزامن تركز على مرحلتين أساسيتين وهما⁴: الأولى اختبار درجة تكامل المتغيرين، وهنا يتمثل الشرط الضروري للتكامل في أن السلسلتين يجب أن تكونا متكاملتين من

1- عثمان الهادي وآخرون، اختبار الارتباط في المدى الطويل بين متغيرات حساب الإنتاج وحساب الاستغلال لقطاع الزراعة في الجزائر (أسلوب التكامل المشترك ونموذج تصحيح الخطأ خلال الفترة 1974-2012)، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 01، 2015، ص: 65.

2- مزارشي فتحة، أثر السياسة النقدية على مستوى المعيشة - دراسة حالة الجزائر -، مرجع سابق، ص: 369 - 370.

3 - Régis bourbonnais, *exercices pédagogiques d'économétrie*, 2em édition, economica, Paris, 2012, P 164.

4 -Engel R.F and granger c.w.j, *cointegration and error correction: Representation, Estimation and testing*, *Econometrica*, vol 55, 1987, P.P 251-276.

نفس الرتبة، وإذا لم يتحقق هذا الشرط فهذا يعني أن السلسلتين لا تحققان خاصية التكامل المشترك، أما المرحلة الثانية فهي تقدير العلاقة طويلة الأجل باستخدام طريقة المربعات الصغرى أي:

$$\mathbf{X}=\boldsymbol{\alpha}+\mathbf{B}\mathbf{y}_t+\boldsymbol{\mu}_t\dots\dots\dots(1)$$

ومن أجل القبول بوجود علاقة تكامل مشترك ينبغي أن تكون سلسلة بواقفي التقدير مستقرة.

➤ اختبار جوهانس - جليوسوس, **Johansen&Julius** :

يتفوق هذا الاختبار على اختبار (انجل و غرانجر)، نظرا لأنه يتناسب مع العينات صغيرة الحجم، وكذلك في حالة وجود أكثر من متغيرين، كما أن هذا الاختبار يكشف عما إذا كان هناك تكاملا مشتركا فريدا، أي يتحقق التكامل المشترك فقط في حالة انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة، وهذا له أهميته في نظرية التكامل المشترك، حيث تشير إلى أنه في حالة عدم وجود تكامل فريد، فإن العلاقة التوازنية بين المتغيرات تظل ماثرا للشك والتساؤل¹، ومن أجل تحديد عدد متجهات التكامل يتم استخدام اختبارين إحصائيين مبنين على دالة الإمكانات العظمى Likelihood Ratio Test (LR) وهما اختبار الأثر (λ_{trace}) و اختبار القيم المميزة العظمى maximum eigenvalues test (λ_{max})

ويعرف اختبار الأثر بـ: $\lambda_{trace} = -T \sum_{i=r+1}^K \text{Log}(\lambda_i)$

حيث يتم اختبار فرضية العدم أن عدد متجهات التكامل المشترك $r \geq$ مقابل الفرضية البديلة أن عدد متجهات التكامل المتزامن = r ، بحيث (r = 0,1,2).

ويعرف اختبار القيم المميزة العظمى بـ: $\lambda_{max} = -T \text{Log}(1 - \lambda_i)$

حيث يتم اختبار فرضية العدم أن عدد متجهات التكامل المشترك = r مقابل الفرضية البديلة أن عدد متجهات التكامل المتزامن = r + 1².

3.1.III اختبار التكامل المشترك باستعمال منهج (ARDL):

إن اختبارات التكامل المشترك الكلاسيكية كاختبار،(Johansen.1987)، (Engel and (Johansen and Juselies.1990) (Granger.1987)، تتطلب جميعها أن تكون المتغيرات

1- مصطفى رجب البلعزي، سالم عطية بن سليم، العلاقة بين عرض النقود والتضخم في الاقتصاد الليبي للفترة (1981-2016)، مجلة العلوم الاقتصادية والسياسية، العدد 12، ديسمبر 2018، ص: 46.

2- خالد بن حمد عبد الله القدير، اختبار فرضية "كالدور" للعلاقة بين الإنتاج الصناعي والنمو الاقتصادي باستخدام سلاسل زمنية للمملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الملك عبد العزيز، العلوم الإدارية، المجلد 17، العدد 02، السعودية 2004، ص: 198.

متكاملة من نفس الدرجة $I(1)$ ¹، إضافة الى ذلك تكون نتائج التحليل في حالة السلاسل الزمنية القصيرة غير دقيقة ووهمية، لذلك جاءت منهجية جديدة تقوم على اختبار العلاقة التوازنية بين المتغيرات في ظل نموذج تصحيح الخطأ غير المقيد (UECM)، والتي تعرف تحت مسمى طريقة اختبار الحدود (bounds testing approach) أو منهج التكامل المشترك باستعمال نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة (ARDL)²، وهي منهجية حديثة قام بتطويرها كل من (Peasaran.1997)، (Peasaran and Shin.1998)، وكل من (Peasaran and Al. 2001)³، وتتميز عن باقي اختبارات التكامل المشترك السالفة الذكر بإمكانية تطبيقها سواء كانت المتغيرات مستقرة عند مستوى $I(0)$ أو متكاملة من الدرجة الأولى $I(1)$ أو مزيج بينهما⁴، ويكمن تلخيص أهم ما يميز اختبار الحدود للتكامل المشترك في إطار نموذج (ARDL) عن اختبارات التكامل المشترك الأخرى فيما يلي⁵:

✓ يمكن استخدامه بغض النظر عن درجة تكامل المتغيرات سواء كانت متكاملة من الرتبة $I(0)$ أو $I(1)$ ، شرط أن لا تكون متكاملة من الرتبة $I(2)$.

✓ يمكن تطبيقه على العينات صغيرة الحجم التي تتضمن بين 30 - 80 مشاهدة.

✓ يطبق إطار نمذجة من العام إلى الخاص من خلال اتخاذ عدد كافي من فترات الإبطاء للحصول على عملية توليد البيانات. وهو بقدر عدد $(p+1)^k$ من الانحدارات بغرض الحصول على طول فترة الإبطاء المثلى لكل متغير، حيث p هي أقصى فترة إبطاء يمكن أن تستخدم، و k هو عدد

1- بن مريم محمد، دور الاستقرار السياسي كعامل أساسي إلى جانب المتغيرات الاقتصادية الكلية في جذب الاستثمار الأجنبي المباشر في الجزائر - دراسة قياسية باستخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة (ARDL) خلال الفترة 1987-2016، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد 20، جوان 2018، ص: 62.
2- طالب سومية شاهيناز، الأثر الديناميكي للنمو الاقتصادي على البطالة - دراسة حالة الجزائر - أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تحليل اقتصادي، جامعة جيلالي ليايس سيدي بلعباس، 2016-2017، ص: 164.

3- M.Hashem Pearasan, Yongcheol Shin and Richard J. Smith; **bounds testing Approaches to the analysis of level relationships**, Journal of Applied Econometrics, volume 16, Issue 3, May/June 2001, pp 289-326.

4- Hatice Pehlivan JENKINS and salih Turan KATIRCIOGLU, **the bounds test Approach for cointegration and causality between Financial development**, International Trad and Economie Growth: The case of Cyprus, Journal of applied Econometrics, Routledge, volume 42, Issue 13, 2010, P 1705.

5- عائشة سلمة كيحلي، التقييم الاقتصادي للآثار والسياسات البيئية - دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1970-2014 -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، فرع علوم اقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير البيئة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2016-2017، ص: 126.

المتغيرات الداخلة في المعادلة، ويتم اختيار النموذج الأفضل بناء على معايير إحصائية مختلفة مثل: (AIC, SIC, HQC).

✓ يمكن من تحديد حجم تأثير كل المتغيرات المستقلة على المتغير التابع من خلال التمييز بين المتغير التابع والمتغيرات المفسرة (المستقلة)، وحل بذلك مشكلة النمو الداخلي والارتباط الذاتي الذي كانت تعاني منه النماذج التقليدية للتكامل المشترك، كما يمكن فصل تأثيرات الأجل الطويل والقصير ضمن نفس المعادلة.

✓ يعطي أفضل النتائج للمعلمات في الأجلين الطويل والقصير، وهذه المعلمات المقدره جيدة وغير متحيزة وأكثر دقة.

لاستخدام منهجية (ARDL) نتبع الخطوات التالية¹:

✓ التأكد من أن كل السلاسل الزمنية مستقرة من الدرجة صفر أو الدرجة الأولى ما عدا الدرجة الثانية I(2).

✓ صياغة نموذج تصحيح الخطأ غير المقيد وهو نموذج خاص من نموذج (ARDL).

✓ تحديد فترة الإبطاء المناسبة في الخطوة (2) ويستحسن أن تكون درجة الإبطاء قليلة نسبياً.

✓ التأكد من خلو النموذج من مشكلة الارتباط التسلسلي، أي الارتباط الذاتي لا يؤثر على ديناميكية النموذج.

✓ التأكد من استقرارية ديناميكية النموذج.

✓ تكوين اختبار الحدود (bounds test) لمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة توازنية طويلة الأجل.

✓ إذا كانت النتائج إيجابية، أي وجود علاقة توازنية في الأجل الطويل يتم فصل نموذج تصحيح الخطأ ECM العادي لمعرفة ديناميكية المدى القصير بين المتغيرات.

✓ استعمال النتائج السابقة لقياس الآثار قصيرة وطويلة المدى بين المتغيرات.

نتيجة لمشاكل اختبارات التكامل المشترك الكلاسيكية، أصبح منهج التكامل المشترك باستعمال نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة (ARDL) شائع الاستخدام في الفترة الأخيرة، ويمكن

1- مزارشي فتيحة، أثر السياسة النقدية على مستوى المعيشة - دراسة حالة الجزائر-، مرجع سابق، ص: 376.

التعبير عن الصيغة العامة لنموذج مكوّن من متغير تابع y وعدد k من المتغيرات المستقلة $x_1, x_2, x_3, \dots, x_k$ يكتب النموذج ARDL (p, q_1, q_2, \dots, q_k) بالشكل التالي¹:

$$\Delta y_t = c + \alpha_1 y_{t-1} + \alpha_2 x_{1t-1} + \alpha_3 x_{2t-1} + \dots + \alpha_k \Delta x_{kt-1} + \sum_{i=1}^p \beta_1 \Delta y_{t-1} + \sum_{i=0}^{q_1} \beta_2 \Delta x_{1t-1} + \sum_{i=0}^{q_2} \beta_3 \Delta x_{2t-1} + \dots + \sum_{i=0}^{q_k} \beta_k \Delta x_{kt-1} + t\epsilon$$

حيث أن:

C: الحد الثابت. Δ : الفروق من الدرجة الأولى. K: عدد المتغيرات المستقلة. P: فترة أبطاء المتغير التابع y .

q_1, q_2, \dots, q_k : فترة المتغيرات المستقلة x_1, x_2, \dots, x_k على الترتيب. $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$: معاملات العلاقة قصيرة المدى.

$\alpha_1, \alpha_2, \dots, \alpha_k$: معاملات العلاقة طويلة المدى. ϵ_t : حد الخطأ العشوائي (التشويش الأبيض).

ويتم اختبار علاقة التكامل المشترك حسب هذه المنهجية من خلال نفي فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة، حيث²:

- فرضية العدم: $H_0: \alpha_1 = \alpha_2 = 0$ ، أي عدم وجود تكامل مشترك بين المتغيرات (تساوي معاملات النموذج للأجل الطويل).

- فرضية البديلة: $H_1: \alpha_1 \neq \alpha_2 \neq 0$ ، أي وجود تكامل مشترك بين المتغيرات (علاقة توازنية طويلة الأجل).

1- عبد الزهرة حسن، عبد اللطيف حسن شومان، تحليل العلاقة التوازنية طويلة الأجل باستعمال اختبارات جذر الوحدة وأسلوب

دمج النماذج المرتبطة ذاتيا ونماذج توزيع الإبطاء (ARDL)، مرجع سابق، ص: 187.

2- عائشة سلمة كيجلي، التقييم الاقتصادي للآثار والسياسات البيئية - دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1970-2014، مرجع سابق، ص: 128.

2.III التعريف بمتغيرات ونموذج الدراسة:

1.2.III متغيرات الدراسة:

تطرقنا سابقا في دراستنا إلى تحليل تطور نفقات الصحة، وإلى نظام ومصادر تمويل هذه النفقات في الجزائر، إذ استعرضنا مجمل المصادر التي تزود نفقات الصحة وتنميتها وتؤثر فيها، ومن أجل الوصول إلى هدف الدراسة ارتأينا إثراءها بالطرق الإحصائية والقياسية، وتم الاعتماد على مجموعة من المتغيرات أحدها تابع والبقية مستقلة، والتي تمكننا من بناء نموذج تفسيري للعلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها، ومعرفة المصدر المالي الأكثر أهمية والذي من خلاله تحدد سياسة الإنفاق الصحي في الجزائر، والجدول الموالي هو موضح للمتغيرات المعتمدة في الدراسة.

الجدول رقم (24): تعريف المتغيرات المستخدمة في الدراسة.

المتغير	الرمز	التعريف	تابع/ مستقل
النفقات الصحية الوطنية	dns	هي إجمالي النفقات الصحية الكلية وهي تشكل ما تصرفه الحكومة والأفراد، وتغطي الخدمات الصحية، الوقائية والعلاجية، التخطيط الأسري، حملات التغذية والمساعدات الطبية المستعجلة.	تابع
نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة	Gov	هي المساهمة العمومية للحكومة من خلال اعتمادات الميزانية العامة للدولة في إجمالي النفقات الصحية.	مستقل
نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي	Cas	هي مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات الصحة حيث يمول الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص عن طريق التعويض الجزافي للنفقات العلاجية والطبية للمؤمنين.	مستقل
نفقات الصحة الصادرة من العائلات	men	تمثل النفقات الصحية التي تتحملها الأسر.	مستقل

المصدر: من إعداد الطالب.

2.2.III صياغة نموذج الدراسة:

يمكن صياغة النموذج في صيغته الرياضية على الشكل التالي:

$$dns = f(gov, cas, men)$$

قبل الانطلاق في تقدير نموذج (ARDL) وتحليل نتائجه، قمنا بإدخال اللوغاريتم النيبيري على طرفي المعادلة لتفادي عدم تجانس وحدات القياس والتخلص من ضغوطات الاتجاه العام، وتستخدم البيانات في شكلها اللوغاريتمي لجعلها أكثر تجانسا وملائمة ومنه أكثر صلاحية¹، وبالاعتماد على المنهجية السابقة تم صياغة نموذج (ARDL) للتكامل المشترك كالتالي:

$$\begin{aligned} Lndns = & B_0 + B_1Lndns_{t-1} + B_2Lngov_{t-1} + B_3Lncas_{t-1} \\ & + B_4Lnmen_{t-1} + \sum_{i=1}^p y_1 \Delta Lndns_{t-p} + \sum_{i=1}^p y_2 \Delta Lngov_{t-p} \\ & + \sum_{i=1}^p y_3 \Delta Lncas_{t-p} + \sum_{i=1}^p y_4 \Delta Lnmen_{t-p} + \varepsilon_i \end{aligned}$$

حيث أن:

Ln : اللوغاريتم الطبيعي. ε : حد الخطأ. Δ : الفرق الأول.

dns : النفقات الوطنية للصحة. gov : نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة.

cas : نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي. men : النفقات الصادرة من العائلات.

المعاملات (B_1, B_2, B_3, B_4) تقيس العلاقة طويلة الأجل، في حين تقيس المعاملات

(y_1, y_2, y_3, y_4) حركية المدى القصير للنموذج.

3.III دراسة استقرارية السلاسل الزمنية (اختبار جذر الوحدة) لمتغيرات الدراسة:

إن اختبار استقرار السلاسل الزمنية هو شرط من شروط التكامل المشترك، وتعد اختبارات

جذور الوحدة أهم طريقة في تحديد مدى استقرارية السلاسل الزمنية ومعرفة الخصائص الإحصائية وكذا

1- لعلالي علاوة، سياسة الضبط والاستقرار حسب منظور المنهجية غير الهيكلية - حالة الاقتصاد الجزائري - مذكرة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، 2006-2007، ص:125.

معرفة خصائص السلاسل الزمنية محل الدراسة من حيث درجة تكاملها¹، إذ أنه إذا كانت بيانات السلاسل الزمنية غير مستقرة أو مستقرة من الرتبة الثانية عندها يصبح من غير الممكن تقدير نموذج (ARDL).

سنقوم باستخدام اختبار ديكي- فولر المطور (ADF) واختبار فيليب- بيرون (PP) لاختبار وجود جذر الوحدة أو الاستقرار، بحيث تكون الفرضية الصفرية في كلا الاختبارين هي احتواء السلسلة الزمنية على جذر الوحدة، حيث تعني أنه غير مستقر، ويتم الحكم على الفرضية بالرفض أو القبول من خلال مقارنتها مع القيم الحرجة الموافقة لها أو ملاحظة القيم الاحتمالية إذا كانت أقل من (0,05) فهذا يعني أن القيمة المحسوبة لإحصائية (ADF) أو (PP) أكبر من القيمة الجدولية لها، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية بوجود جذر الوحدة، وتكون النتيجة هي استقرار السلسلة الزمنية للمتغير المدروس².

1.3.III دراسة استقرار السلسلة *Lndns*:

السلسلة *Lndns* تمثل لوغاريتم النفقات الصحية الوطنية، والجدول التالي يظهر نتائج اختبار

الاستقرار باستخدام اختبار ديكي- فولر (ADF) و فيليب- بيرون (PP).

1- بدر الدين طالي، إبراهيم برقوقي، نمذجة قياسية لتأثير سعر الصرف على المتغيرات الكلية للاقتصاد الجزائري باستخدام نموذج

الانحدار الذاتي (ARDL) للفجوات الزمنية خلال الفترة (1980-2014)، مجلة العلوم التجارية، المجلد 15، العدد 02، ص: 13.

2 - Régis bourbonnais, ECONOMETIE : cours et exercices corrigés, 9eme éditions, duodi, paris, 2015, p :245 .

الجدول رقم (25) : نتائج (ADF) و (PP) ل *Lndns*

الفرق الأول	المستوى	القيم الحرجة عند 5%	صنف النموذج	نوع الاختبار
-5.252798 (0.0002)	-0.965893 (0.7512)	-2.971853	Intercept	ADF
-5.138052 (0.0016)	-2.099683 (0.5237)	-3.580623	Trend- Intercept	
-4.396394 (0.0001)	2.811752 (0.9980)	-1.953381	None	
-5.392722 (0.0002)	-0.965754 (0.7512)	-2.971853	Intercepta	PP
-5.242985 (0.0012)	-2.190652 (0.4761)	-3.580623	Trend- Intercept	
-4.383178 (0.0001)	2.840367 (0.9982)	-1.953381	None	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات 9 Eviews انظر الملحق (02)

نلاحظ من خلال الجدول السابق بمقارنة $t_{\phi I}$ المحسوبة بالجدولية t_{tab} (قيم Mackinnon) عند مستوى معنوية $\alpha = 5\%$ ، بأن السلسلة *Indns* غير مستقرة لكن السلسلة *dLndns* مستقرة. ومنه يمكن القول أن السلسلة *Lndns* متكاملة من الدرجة (1).¹

2.3.III دراسة استقرارية السلسلة *Lngov*:

السلسلة *Lngov* تمثل لوغاريتم نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة، والجدول التالي يظهر نتائج اختبار الاستقرارية باستخدام اختبار ديكي- فولر (ADF) و فيليب- بيرون (PP).

الجدول رقم (26) : نتائج (ADF) و (PP) ل *Lngov*

نوع الاختبار	صنف النموذج	القيم الحرجة عند 5%	المستوى	الفرق الأول
ADF	Intercept	-2.971853	-1.320774 (0.6056)	-4.485356 (0.0015)
	Trend-Intercept	-3.580623	-1.669516 (0.7379)	-4.591831 (0.0056)
	None	-1.953381	3.592165 (0.9997)	-3.345465 (0.0017)
PP	Intercept	-2.971853	-1.320774 (0.6056)	-4.430725 (0.0017)
	Trend-Intercept	-3.580623	-1.856819 (0.6496)	-4.554692 (0.0061)
	None	-1.953381	3.592165 (0.9997)	-3.369414 (0.0016)

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات 9 Eviews انظر الملحق (03)

نلاحظ من خلال الجدول السابق بمقارنة $t_{\phi I}$ المحسوبة بالجدولية t_{tab} (قيم Mackinnon) عند مستوى معنوية $\alpha=5\%$ ، بأن السلسلة *Lngov* غير مستقرة لكن السلسلة *dLngov* مستقرة. ومنه يمكن القول أن السلسلة *lngov* متكاملة من الدرجة (1).I.

3.3.III دراسة استقرارية السلسلة Lncas:

السلسلة **Lncas** تمثل لوغاريتم نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي، والجدول التالي يظهر نتائج اختبار الاستقرارية باستخدام اختبار ديكي- فولر (ADF) و فيليب- بيرون (PP).

الجدول رقم (27) : نتائج (ADF) و (PP) لـ Lncas

الفرق الأول	المستوى	القيم الحرجة عند 5%	صنف النموذج	نوع الاختبار
-6.298230 (0.0000)	-1.313540 (0.6090)	-2.971853	Intercept	ADF
-6.123412 (0.0002)	-4.152044 (0.0147)	-3.580623	Trend- Intercept	
-5.216548 (0.0000)	2.835118 (0.9981)	-1.953381	None	
-7.394279 (0.0000)	-1.313540 (0.6090)	-2.971853	Intercept	PP
-7.275899 (0.0000)	-4.180222 (0.0138)	-3.580623	Trend- Intercept	
-5.216548 (0.0000)	3.217021 (0.9993)	-1.953381	None	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات 9 Eviews انظر الملحق (04)

نلاحظ من خلال الجدول السابق بمقارنة $t_{\phi I}$ المحسوبة بالجدولية t_{tab} (قيم Mackinnon) عند مستوى معنوية $\alpha=5\%$ ، بأن السلسلة **Lncas** غير مستقرة لكن السلسلة **dLncas** مستقرة. ومنه يمكن القول أن السلسلة **Lncas** متكاملة من الدرجة (1).I.

4.3.III دراسة استقرارية السلسلة **Lnmen**:

السلسلة **Lnmen** تمثل لوغاريتم نفقات الصحة الصادرة من العائلات، والجدول التالي يظهر نتائج اختبار الاستقرارية باستخدام اختبار ديكي- فولر (ADF) و فيليب- بيرون (PP).

الجدول رقم (28) : نتائج (ADF) و (PP) ل **Lnmen**

الفرق الأول	المستوى	القيم الحرجة عند 5%	صنف النموذج	نوع الاختبار
-4.470053 (0.0015)	-1.770598 (0.3866)	-2.971853	Intercept	ADF
-4.587411 (0.0057)	-1.621176 (0.7585)	-3.580623	Trend- Intercept	
-4.470554 (0.0001)	-0.621317 (0.4391)	-1.953381	None	
-4.447490 (0.0016)	-1.715469 (0.4129)	-2.971853	Intercept	PP
-4.850009 (0.0031)	-1.712155 (0.7189)	-3.580623	Trend- Intercept	
-4.452496 (0.0001)	-0.613272 (0.4426)	-1.953381	None	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات 9 Eviews انظر الملحق (05)

نلاحظ من خلال الجدول السابق بمقارنة $t_{\phi I}$ المحسوبة بالجدولية t_{tab} (قيم Mackinnon)

عند مستوى معنوية $\alpha=5\%$ ، بأن السلسلة $Lnmen$ غير مستقرة لكن السلسلة $dLnmen$ مستقرة. ومنه يمكن القول أن السلسلة $Lnmen$ متكاملة من الدرجة (1)I.

4.111 تقدير نموذج (ARDL) والعلاقة قصيرة الأجل وشكل العلاقة طويلة الأجل للنموذج:

1.4.111 تحديد فترات الإبطاء الزمني المثلى للمتغيرات واختبار الحدود للنموذج:

➤ تحديد فترات الإبطاء الزمني المثلى للمتغيرات:

باستعمال برنامج Eviews 9 تم الحصول على أفضل 20 نموذج والتي تتسم بأقل قيمة لمعيار (Akaike info critetion) كما هو موضح في الجدول، وقد تم الحصول على أن ARDL (2,2,2,1) هو أفضل نموذج على الاطلاق وذلك لتمييزه بأقل قيمة لـ Aic، وقد تم اختياره بين 54 نموذج كما يتضح من الملحق رقم (06)، والذي يمثل نتائج تقدير هذا النموذج. الجدول رقم (29): اختيار فترات الإبطاء المثلى للنموذج

النموذج	فترات التأخير المستخدمة		فترات التأخير المثلى (P,q1,q2,q3,q4)
	Qi	pi	
	qi = 1	Pi = 2	Aic (2,2,2,1)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Eviews 9

➤ اختبار الحدود لنموذج ARDL (bounds test):

يهدف اختبار الحدود (bounds test) إلى الكشف عن وجود علاقة توازنية طويلة الأجل، ولأجل التأكد من وجود هذه العلاقة بين المتغيرات محل الدراسة يتم اختبار فرضية العدم القائلة بعدم وجود تكامل مشترك بين متغيرات النموذج (غياب علاقة توازنية طويلة الأجل) أي:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = 0$$

مقابل الفرض البديل بوجود علاقة تكامل مشترك في الأجل الطويل بين مستوى متغيرات النموذج:

$$H1: \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq 0$$

والجدول أدناه يوضح نتائج اختبار الحدود لوجود علاقة طويلة الأجل.

الجدول رقم (30): نتائج اختبار التكامل المشترك باستخدام اختبار الحدود

(bounds test) للنموذج.

البيان	F المحسوبة	الاحتمال	النتيجة
النموذج	8.892619		
القيم الحرجة	الحد الأدنى	الحد الأعلى	وجود علاقة توازنية طويلة الأجل
عند مستوى معنوية 1%	3.65	4.66	(وجود علاقة تكامل مشترك)
عند مستوى معنوية 5%	2.79	3.67	
عند مستوى معنوية 10%	2.37	3.2	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Eviews 9 انظر الملحق (07)

يتم مقارنة قيمة إحصائية F لاختبار الحدود مع القيمة الجدولية المناظرة والمحسوبة من قبل Pesaran and Ai (2001) في حالة وجود حد ثابت وبدون اتجاه عام فقط، حيث $K=3$ فنجد أن القيمة المحسوبة لـ F هي 8.89، وهي أكبر من القيم الحرجة عند الحد الأدنى والحد الأعلى وعند مستوى معنوية 1%، 5%، 10%، مما يدل على قبول الفرضية البديلة لوجود تكامل متزامن في المدى الطويل بين النفقات الوطنية الصحية، نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة، نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي، نفقات الصحة الصادرة من العائلات.

2.4.III نموذج تصحيح الخطأ والعلاقة قصيرة الأجل وشكل العلاقة طويلة الأجل للنموذج:

يقوم نموذج تصحيح الخطأ على فرضية وجود علاقة توازنية طويلة الأجل، تتحدد في ظلها القيم التوازنية للنفقات الوطنية للصحة في إطار محدداتها، ولكن قد تكون قيم النموذج المقدر للعلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة تختلف عن قيمها التوازنية، مما ينجم عنه خطأ التوازن الذي يمكن أن يتم تصحيحه في الأجل الطويل.

لذا يفترض نموذج تصحيح الخطأ وجود نوعين من العلاقات بين النفقات الوطنية للصحة كمتغير تابع ومحدداته كمتغيرات مفسرة، حيث تقاس العلاقة طويلة المدى بمستوى متغيرات النموذج، بينما

تقاس العلاقة قصيرة الأجل من خلال التغيرات فيما بينها في كل فترة¹. وسيتم التأكد من وجود علاقة توازنية بين متغيرات النموذج من خلال اختبار التكامل المشترك.

➤ نتائج التقدير:

نعرض نتائج التقدير من خلال الجدول الموالي، حيث يتكون من جزأين، الجزء العلوي يوضح تقدير نموذج تصحيح الخطأ والعلاقة قصيرة الأجل، بينما الجزء السفلي يوضح تقدير العلاقة طويلة الأجل للنموذج.

الجدول رقم (31): تقدير نموذج تصحيح الخطأ حسب منهجية ARDL للنموذج

Cointegrating Form				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(LNDNS(-1))	0.345437	0.070610	4.892208	0.0002
D(LNGOV)	0.795373	0.020520	38.761314	0.0000
D(LNGOV(-1))	-0.352039	0.060874	-5.783032	0.0000
D(LNCAS)	0.480125	0.047119	10.189554	0.0000
D(LNCAS(-1))	-0.194454	0.052638	-3.694178	0.0020
D(LNMEN)	0.109810	0.011561	9.498079	0.0000
CointEq(-1)	-0.991416	0.132985	-7.455124	0.0000

Cointeq = LNDNS - (0.7974*LNGOV + 0.1258*LNCAS + 0.1573*LN MEN - 0.7979)

Long Run Coefficients				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LNGOV	0.797377	0.016615	47.990970	0.0000
LNCAS	0.125816	0.036600	3.437594	0.0034
LN MEN	0.157341	0.008525	18.457299	0.0000
C	-0.797877	0.508399	-1.569393	0.1361

المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9.

➤ تحليل نتائج التقدير:

بالنسبة للجزء العلوي من الجدول: والذي يعبر عن نموذج تصحيح الخطأ والعلاقة قصيرة الأجل والمرونات بين متغيرات النموذج، فإننا نلاحظ أن معامل تصحيح الخطأ سالب (0.99 -) ومعنوي لأن الاحتمال أقل من 5%، وبالتالي يتم التحقق من صحة تصحيح الخطأ وهذا يعني أن سلوك المتغير التابع

1- عابد بن عابد العبدلي، محددات الطلب على واردات المملكة العربية السعودية في إطار التكامل المشترك وتصحيح الخطأ، مجلة مركز صالح للاقتصاد الإسلامي، جامعة الأزهر، العدد 32، 2007، ص: 18.

التمثل في نفقات الصحة الوطنية يستغرق فترة واحدة حتى يصل إلى وضع التوازن في الأجل الطويل، كما يظهر من النتائج أن 99% من مستوى التوازن في المدى الطويل يتم تصحيحه كل سنة. بالنسبة للجزء السفلي من الجدول: والذي يبين شكل العلاقة طويلة الأجل بين النفقات الصحية الوطنية والمتغيرات المستقلة محل الدراسة، والمعبر عنها بالمعادلة التالية:

$$\text{LNDNS} = 0.7974 * \text{LNGOV} + 0.1258 * \text{LNCAS} \\ + 0.1573 * \text{LNMEN} - 0.7979$$

فإننا نلاحظ أن هناك علاقة طردية معنوية عند مستوى معنوية $\alpha = 5\%$ بين نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة ونفقات الصحة الوطنية حيث الزيادة بـ 1% من النفقات المدفوعة من الحكومة تقابلها الزيادة بـ 0,79% من النفقات الصحية الوطنية في المدى الطويل، وهناك علاقة طردية معنوية بين النفقات الصحية المعوضة من طرف صناديق الضمان الاجتماعي والنفقات الصحية الوطنية عند مستوى معنوية $\alpha = 5\%$ حيث الزيادة بـ 1% من النفقات المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي تقابلها زيادة بـ 0,12% من النفقات الصحية الوطنية في المدى الطويل، كما أن العلاقة بين نفقات الصحة الصادرة من العائلات والنفقات الصحية الوطنية هي أيضا طردية معنوية عند مستوى معنوية $\alpha = 5\%$ ، إذ أن الزيادة بـ 1% من النفقات الصحية الصادرة من العائلات تقابلها زيادة بـ 0,15% من النفقات الصحية الوطنية في المدى الطويل.

3.4.III اختبارات تشخيص النموذج:

للتأكد من جودة النموذج المقدر سيتم الاعتماد على ثلاثة اختبارات أساسية وهي: اختبار عدم ثبات التباين حد الخطأ، اختبار الكشف عن الارتباط الذاتي بين الأخطاء و اختبار التوزيع الطبيعي للأخطاء العشوائية.

➤ اختبار عدم ثبات التباين حد الخطأ:

من أهم الاختبارات للكشف عن مشكلة عدم ثبات التباين بين حدود الخطأ العشوائي اختبار ARCH واختبار Breusch-Pagan-Godfrey، وقد اعتمدنا على إجراء اختبار ARCH على نموذجنا والنتائج مبينة في الجدول التالي والملحق رقم (08):

الجدول رقم (32): نتائج اختبار ARCH

Heteroskedasticity Test: ARCH

F-statistic	0.043096	Prob. F(1,24)	0.8373
Obs*R-squared	0.046604	Prob. Chi-Square(1)	0.8291

المصدر: مخرجات برنامج 9. Eviews أنظر الملحق (08)

من خلال الجدول يتبين لنا أن قيمة F المحسوبة بلغت 0.04 باحتمال (0.83) و هو أكبر من 5% وتقودنا هذه النتيجة إلى قبول فرضية العدم لثبات تباين سلسلة حد الخطأ. وطالما أن احتمال Obs*R-squared هو (0.82) وهو أكبر من 5% فانه لا يمكننا رفض فرضية العدم التي تنص على عدم اختلاف التباين، ومنه نستنتج أن البواقي لا تعاني من مشكلة اختلاف التباين.

➤ اختبار الكشف عن الارتباط الذاتي بين الأخطاء:

توجد العديد من الاختبارات للكشف عن مشكلة الارتباط الذاتي بين حدود الخطأ ومن بين أهم هذه الاختبارات نذكر: اختبار Durbin Watson، اختبار Durbin h test وأخيرا اختبار Breusch-Godfrey Serial correlation LM وهو الاختبار الذي قمنا بإجرائه على نموذجنا. والسبب في تفضيل إجراء هذا الاختبار كون جودة نموذج ARDL تستوجب خلو الدراسة من مشكلة الارتباط الذاتي والذي قد يعجز معامل DW على كشفه مما يتطلب فحصه استخدام اختبار مضاعف جرانجر.

الجدول رقم (33): نتائج اختبار Breusch-Godfrey Serial correlation LM

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

F-statistic	0.699743	Prob. F(2,14)	0.5133
Obs*R-squared	2.453727	Prob. Chi-Square(2)	0.2932

المصدر: مخرجات برنامج 9. Eviews أنظر الملحق (09)

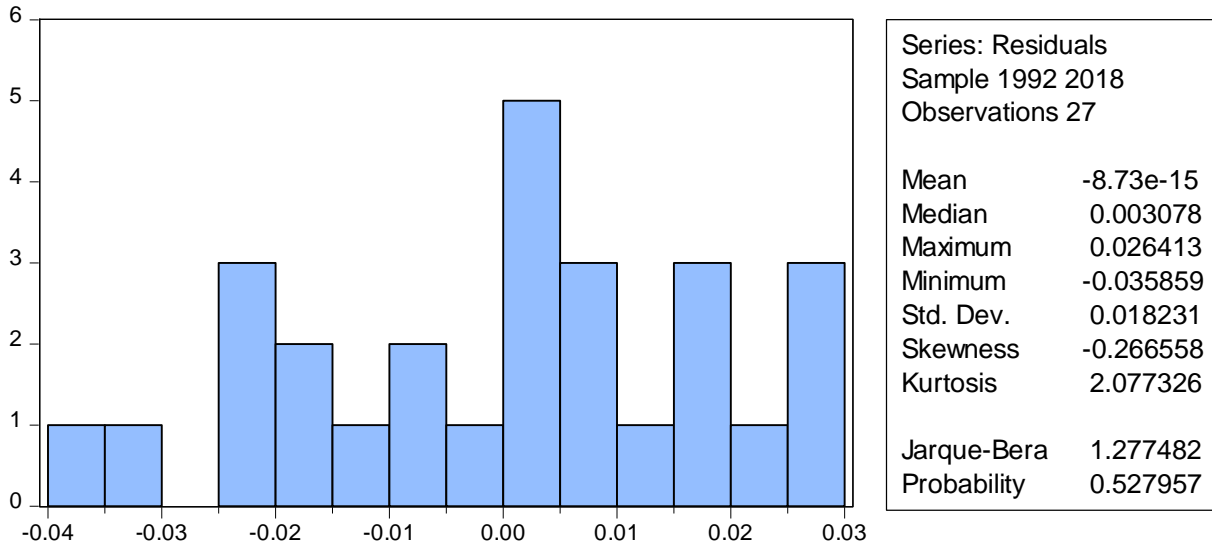
من خلال هذا الجدول نلاحظ أن إحصائية F المحسوبة 0.69 أصغر من الجدولية باحتمال يساوي (0.51) وهو أكبر من 5% أي عدم معنوية قيمة F المحسوبة وهذا ما يقودنا إلى قبول الفرضية العدمية أي رفض وجود ارتباط ذاتي.

وطالما أن احتمال $Obs^*R\text{-squared}$ المحسوبة يساوي (0.29) وهو أكبر من (5%) فإنه يتم قبول الفرضية العدمية أي لا يوجد ارتباط ذاتي تسلسلي بين الأخطاء ومنه النموذج المقدر خال من مشكلة الارتباط الذاتي.

➤ اختبار التوزيع الطبيعي للأخطاء العشوائية:

من أجل التحقق من أن البواقي المقدره تتوزع بشكل طبيعي أم لا، يمكن استخدام عدة اختبارات منها Skewness، Kurtosis— أو اختبار Jarque-Bera الذي جاء به كل من Jarque et Bera سنة 1987 وهو الذي اعتمدها في دراستنا، وبلاستعانة بالبرنامج الإحصائي (Eviews. 9) تحصلنا مباشرة على قيمة إحصائية Jarque-Bera والاحتمال المرافق لها والنتائج التي تم التوصل إليها موضحة في الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (21): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للأخطاء العشوائية



المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9

من خلال الشكل البياني والنتائج نجد أن القيمة الاحتمالية المقابلة لاختبار Jarque-Bera قد بلغت (0,52) وهي أكبر من (5%) ومنه لا يمكننا رفض فرضية العدم ومنه نستنتج أن البواقي تتوزع بشكل طبيعي.

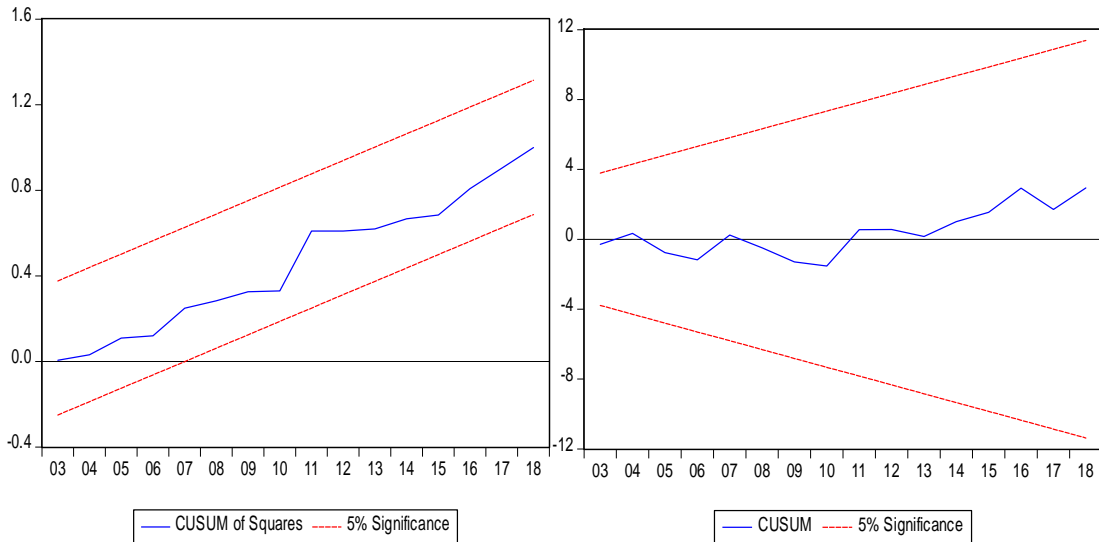
4.4.III اختبار استقرار النموذج (stabilité test):

لكي نتأكد من خلو البيانات المستخدمة في هذه الدراسة من وجود أي تغيرات هيكلية فيها لا بد من استخدام أحد الاختبارات المناسبة لذلك مثل المجموع التراكمي للبواقي المعادة (cusum)

وكذا المجموع التراكمي لمربعات البواقي المعادة (cusum of squares)، ويعد هذان الاختباران من أهم الاختبارات في هذا المجال لأنه يوضح أمرين مهمين وهما تبيان وجود أي تغير هيكلية في البيانات، ومدى استقرار وانسجام المعلمت طويلة الأمد مع المعلمت قصيرة الأمد، ويتحقق ذلك إذا وقع الشكل البياني داخل الحدود الحردة عند مستوى 5% وأظهرت الكثير من الدراسات أن مثل هذه الاختبارات دائما نجدها مصاحبة لمنهجية ARDL، والشكل التالي يوضح ذلك :

الشكل رقم (22): اختبار المجموع التراكمي للبواقي المعادة والمجموع التراكمي لمربعات البواقي

المعاددة:



المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9

نلاحظ من خلال الشكل البياني أن المعاملات المقدرة لنموذج تصحيح الخطأ غير المقيد المستخدم مستقرة هيكلية عبر فترة الدراسة، حيث وقع الشكل البياني لإحصائية الاختبارين (cusum) و(cusum of squares) داخل الحدود الحردة عند مستوى معنوية 5%، حيث يتضح من هذين الاختبارين أن هناك استقرارا وانسجاما في النموذج بين نتائج الأمد الطويل ونتائج الأمد القصير، وبالتالي لا وجود لأي تغير هيكلية في بيانات النموذج خلال فترة الدراسة.

خلاصة:

تمويل نفقات الصحة في الجزائر يعتمد على ثلاثة مصادر أساسية ممثلة في الدولة والضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات، فتطبيق نظام الصحة في الجزائر لمجانة العلاج جعل الدولة تساهم بدرجة كبيرة في تمويل الصحة حيث يتم تغطية الجزء الأكبر من نفقات الصحة من خلال اعتمادات الميزانية العامة للدولة، كما تحتل صناديق الضمان الاجتماعي المرتبة الثانية في تمويل نفقات الصحة بعد الدولة حيث تمول الخدمة الصحية في القطاعين العام والخاص عن طريق التعويض الجزافي للنفقات، إلا إن الضمان الاجتماعي أصبح يعرف صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر لنفقات الصحة الناتج عن تغير بنية الهرم السكاني والتحويلات للخارج لأجل العلاج وارتفاع فواتير استيراد الأدوية.

هذا ما أدى إلى حدوث اختلال في التوازن بين عرض الخدمة الصحية والطلب عليها، لهذا كان لابد من هيكلة العملية التمويلية بين الأطراف الثلاثة (الدولة، الضمان الاجتماعي، المؤسسات الصحية) ذلك من خلال تبني النمط التعاقدية كآلية جديدة للتمويل والتحكم في الإنفاق الصحي المتزايد، حيث سعت الجزائر من خلال النمط إلى الانتقال من النظام الجزافي لتمويل نفقات المؤسسات الصحية والتخلي عن مجانية العلاج إلى نظام تمويل حقيقي في إطار العلاقات التعاقدية بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي وهذا بهدف توفير الموارد المالية وتسهيل عملية المتابعة والمراقبة على الأموال الممنوحة للقطاع الصحي، لكن رغم القوانين والإجراءات التي اتخذتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سبيل تطبيق هذا النمط التعاقدية والتخلي عن النظام القديم إلا أنه اعترضته العديد من الصعوبات والمشاكل والتي حالت دون تطبيقه بالكامل وجعله لا يزال في بدايته.

إن هذه المشاكل التي تواجه نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر تعود بالدرجة الأولى إلى سوء التسيير والتنظيم وعدم التخصيص الأمثل للموارد، هذا ما اتضح من خلال التحليل القياسي للعلاقة بين الإنفاق الصحي ومصادر التمويل حيث وجدنا علاقة طردية معنوية بين نفقات الصحة الوطنية ومصادر تمويلها في الأجلين القصير والطويل، فالزيادة في النفقات الصحية الوطنية يقابله الزيادة في نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة ونفقات الصحة المعوضة من الضمان الاجتماعي والنفقات الصادرة عن العائلات هذا ما يؤكد وجود علاقة توازنية بينهم في الأجل الطويل.

الخاتمة العامة

سعيًا من خلال هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها في الجزائر خلال الفترة 1990-2018 في الأجلين القصير والطويل، وأيضًا محاولة التعرف على المصدر المالي الأكثر أهمية والذي من خلاله تتحدد سياسة الإنفاق على الصحة في الجزائر، ذلك من خلال بناء نموذج قياسي يساعدنا على تحليل وقياس هذه العلاقة، وهذه المصادر التمويلية لنفقات الصحة هي ممثلة أساسًا في الإنفاق الصحي الصادر من الحكومة والإنفاق الصحي المعوض من طرف صناديق الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى نفقات الصحة الصادرة من العائلات، وقد تمت معالجة هذه الدراسة انطلاقًا من الفرضيات التي تمت صياغتها في المقدمة بهدف تأكيدها أو نفيها. وقد توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

❖ **نتائج الدراسة النظرية:** من خلال تطرقنا لموضوع "مقاربة نظرية لاقتصاد الصحة والتمويل الصحي" تم التوصل إلى جملة من النتائج نوردتها في النقاط التالية:

— تعتبر الصحة هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي، كما أنها وسيلة مهمة لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات، كما أنه من غير الممكن وضع تعريف للصحة يمكن اعتباره ملائمًا ومتفق عليه بالإجماع، وهي تتميز بعدة مستويات وهذه المستويات تتسم بالنسبية المطلقة حيث يصعب تحديدها وقياسها قياسًا دقيقًا ومحددًا.

— تعتبر الخدمات الصحية واحدة من أبرز وأهم الخدمات التي تزايد الطلب عليها من طرف أفراد المجتمع، وهذا يعود لعدة عوامل ترتبط أساسًا بكثرة وتنوع الأمراض التي أصبح يعاني منها الكثير من أفراد المجتمع في الوقت المعاصر، هذا وتتسم الخدمات الصحية بخصائص اقتصادية، بعضها ينصرف إلى جانب الطلب والبعض الآخر إلى جانب العرض.

— اقتصاد الصحة هو تطبيق النظريات والتقنيات الاقتصادية على قطاع الصحة، وهو يعمل على تحديد حجم التدخلات الصحية المطلوبة وحل المشكلات التي تواجه الأنظمة الصحية والمتعلقة بالكفاءة والفعالية في استخدام الموارد المتاحة، كما أنه هناك عوامل اقتصادية هي من عجلت بتطبيق مبادئ الاقتصاد على الصحة كالتقليل الاقتصادي للنفقات الصحية والبحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي، وتمثل خصوصياته في التدخل الحكومي، اللابيين، عدم تماثل المعرفة، الوفورات الخارجية.

الخاتمة العامة

__ النظام الصحي عبارة عن مجموعة من المؤسسات والموارد التي تعمل على تحسين صحة السكان وهناك عنصرين رئيسيين في هذا النظام هما إنتاج الرعاية الصحية، وتمويل الرعاية الصحية، كما أن الأنظمة الصحية بالرغم من أنها تتقاسم أهداف مشتركة على المستوى الصحي إلا أنها تختلف من بلد إلى آخر في الأصل والأولويات هذا ما أدى إلى ظهور ثلاث أنظمة صحية أساسية عالمية وهي النظام الشمولي، النظام المهني، والنظام الحر.

__ تعتبر عملية تمويل الإنفاق الصحي عنصر أساسي في قدرة الأنظمة الصحية على الحفاظ وتعزيز الصحة لأفراد المجتمع، حيث أن التمويل الصحي لا يقتصر على تجميع الموارد فقط، بل يجب أن يحقق الهدف الأساسي وهو تمكين الأفراد من الاستفادة والحصول على الرعاية الصحية اللازمة دون التعرض لمخاطر الصعوبات المالية.

__ يعتمد تمويل نفقات الأنظمة الصحية في العالم على ثلاثة نماذج رئيسية للتمويل وهي الخدمات الصحية الوطنية (NHS)، والتأمين الصحي الاجتماعي (SHI)، والتأمين الصحي الخاص (PHI)، ويمكن القول بأن هذه النماذج الثلاثة الأساسية للتمويل تمثل إيديولوجيات سياسية مختلفة، إذ أن نموذج التأمين الصحي الخاص يعتمد إلى أقصى حد على مقارنة السوق في تقديم الخدمات الصحية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية على العكس من ذلك في بعض دول أوروبا كالدنمرك وبلجيكا وغيرها، والتي تعتمد نموذج الخدمة الصحية الوطنية الذي يقلل من دور السوق في الطلب على الخدمة الصحية بل هو يعتمد على اقتصاد السوق الاجتماعي.

__ نموذج الخدمات الصحية الوطنية يعتمد في تمويله على الضرائب، وهو نظام وطني يعمل على تغطية الاحتياجات الصحية لجميع سكان البلاد، أما نموذج التأمين الصحي الاجتماعي فيتم تمويله من خلال خطط التأمين التي تعتمد عادة على مهنة أو وظيفة الشخص وتعمل على تغطية الحاجيات الصحية للموظف وعائلته وفيما يخص نموذج التأمين الصحي الخاص فهو يعتمد في المقام الأول على ضرائب الرواتب كمصدر أساسي لتمويل خدمات الرعاية الصحية.

__ تختلف المصادر التمويلية لنفقات الأنظمة الصحية من بلد لآخر، وذلك تبعاً للنموذج التمويلي المتبع في كل بلد، إلا أنه في العموم يمكن تقسيم المصادر الأساسية التي تمول نفقات الأنظمة الصحية إلى أربعة

الخاتمة العامة

مصادر أساسية وهي التمويل العمومي، التمويل الخاص، التمويل من خلال التأمينات، التمويل الخارجي، كما أن آليات تمويل نفقات الصحة لها آثار على الأداء العام للنظام الصحي، وغالبا ما يتم تقييم هذه الآليات على أساس مدى قابليتها للتنفيذ والإنصاف والفعالية والاستدامة.

❖ نتائج تقديم النظام الصحي في الجزائر: تم التوصل إلى ما يلي:

— سعت الحكومة الجزائرية منذ الاستقلال على العمل على تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان، هذا ما جعله يعرف عدة تطورات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، إذ أنه يمكن تقسيم الفترة التي مرّ بها النظام الصحي في الجزائر إلى عدة مراحل أساسية وهي: مرحلة البناء التدريجي للنظام الصحي (1962-1973)، مرحلة تطوير و تنمية النظام الصحي (1974 - 1989)، مرحلة الأزمة (1990 - 2000)، مرحلة إعادة التنمية من جديد (2000 - ليومنا هذا).

— النظام الصحي الجزائري مسير من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)، والتي تقوم بدورها بإدارة مؤسسات العلاج الإستشفائي والقطاع الصحي العمومي، وتعتبر وزارة الصحة والسكان هي المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية ورفع المستوى الصحي للمواطنين، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية تم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها.

— النظام الصحي في الجزائر منظم وفق أربعة مستويات وهي المستوى المركزي والمتمثل في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المستوى الجهوي ويشمل خمس مناطق صحية جهوية مكلفة بتدعيم التشاور بين المتداخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالأهداف الإستراتيجية، اتخاذ القرارات، وتخصيص الموارد، ثم المستوى الولائي حيث تتواجد مديرية الصحة والسكان في كل ولاية وتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومة الصحية، وتنسيق مهام ونشاطات المنشآت والهياكل الصحية، وأخيرا المستوى المحلي (الدائرة والبلدية) حيث تنظم الخدمات الصحية فيها على شكل قطاعات صحية.

— تنقسم المؤسسات الصحية الإستشفائية في النظام الصحي الجزائري إلى قسمين، المؤسسات الصحية العمومية وهي خاضعة للقانون العام ولا تهدف إلى تحقيق أرباح، والمؤسسات الصحية الخاصة وتخضع للمراقبة وشروط الممارسة التي تفرضها الوزارة الوصية، مع الإشارة إلى هيمنة المؤسسات الصحية العمومية على الخدمات الصحية في الجزائر.

الخاتمة العامة

— شهدت الجزائر إصلاح شامل للنظام الصحي، حيث عرفت سنة 2002 تغير واضح في المنظومة الصحية و اتضح هذا التغير جليا في تغيير اسم وزارة الصحة والسكان لتصبح وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وكان ذلك بغية تحقيق جملة من الأهداف تعمل على الرقي بالنظام الصحي.

— عملية إصلاح النظام الصحي كانت من خلال المخططات التي رسمتها واعتمدها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وذلك إبتداءا من سنة 2000، وكانت وفق فترات زمنية محددة كالتالي: مخططات قصيرة المدى من 2000 إلى 2003، مخططات متوسطة المدى إلى غاية 2005، مخططات طويلة المدى إلى غاية 2009، المخططات التكميلية من 2010 إلى 2014.

— السياسة الإصلاحية للنظام الصحي التي تبنتها الجزائر ركزت على ست ملفات للإصلاح وهي: ملف "الاحتياجات الصحية والطلب على الرعاية"، ملف "الهياكل الإستشفائية"، ملف "الموارد البشرية"، ملف "الموارد المادية"، ملف "التمويل"، ملف "اشترك القطاعات".

❖ نتائج الدراسة التحليلية القياسية: نوجزها في النقاط التالية:

— إن الإنفاق على الصحة في الجزائر هو في تطور وتزايد هائل من سنة إلى أخرى خلال الفترة (1990-2018)، وذلك بمتوسط نسبة تطور تجاوزت 12,7%، كما أن تطور نفقات الصحة سجل نسبة زيادة سالبة في سنتين هما 1995 و 2013 وهذا راجع إلى انخفاض عوائد البترول في الجزائر لكن سرعان ما يعود الإنفاق على الصحة إلى الزيادة في السنة الموالية لكل سنة سجل فيها الانخفاض، وبلغت اعلي نسبة تطور سنة 2011 بـ 72,3% وسجلت أدنى نسبة تطور بـ 38,8% سنة 1995. وتعد مسألة التحكم في هذا التطور الهائل في النفقات الصحية من أهم تحديات السياسة الوطنية.

— بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالإنفاق الصحي خلصنا أن نصيب الفرد من الإنفاق الصحي هو في تزايد من سنة لأخرى إذ تم تسجيل متوسط سنوي قدره 179,94 دولار أمريكي، وأعلى مستوى سنة 2017 قدره 475,87 دولار أمريكي وأدنى مستوى سنة 1996 قدره 52,68 دولار أمريكي وهذا ما يعكس هدى اهتمام الدولة بسكانها في المجال الصحي ولكنه لا يعطي مدلولاً على عدالة توزيع الإنفاق الصحي.

الخاتمة العامة

— أيضا الإنفاق الصحي بالنسبة للناتج الداخلي الخام هو في تزايد كل سنة وهذا ما يعبر عن الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة، حيث أن نسبة النفقات الصحية في الناتج الداخلي الخام بالجزائر قدرت في المتوسط بـ 4,6% سنويا، وهي نسبة ضئيلة إذا ما قدرناها مع الوفرات المالية الناجمة عن ارتفاع أسعار البترول، مع العلم أن منظمة الصحة العالمية تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل في الناتج الداخلي الخام.

— تبين من خلال تحليل الإنفاق الصحي نسبة للموازنة العامة أن نفقات التسيير عرفت نموا كبيرا، فبعدها كانت الاعتمادات المالية لا تتعدى 33900 مليون دينار سنة 2000 أصبحت تتجاوز 195012 مليون دينار في سنة 2010، لتستمر في الزيادة من سنة لأخرى لتسجل 392163 مليون دينار خلال سنة 2018، كما أن نسبة ميزانية التسيير من الميزانية الكلية للصحة تشكل نسب كبيرة جدا وتجدر الإشارة إلى أن أكبر نسبة شهدتها كانت سنة 2013 بنسبة 96,9% مقارنة بنسبة 3,1% لميزانية التجهيز التي بدورها عرفت تطورا كبيرا خلال الفترة (2000-2018) وهذا ما أوضحته البيانات المتعلقة بميزانية التجهيز، وهذا راجع بالأساس إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية وبالتالي الزيادة في المخصصات المالية التي تسمح بإقامة الهياكل الصحية لمواجهة هذا الطلب المتزايد.

إذا يمكن القول أن الدولة الجزائرية تولى أهمية كبيرة للقطاع الصحي وما يؤكد ذلك هو حجم الاعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي والتي هي في تزايد من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع ذات الأولوية والأهمية في الجزائر، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الأولى حيث أن المبالغ الضخمة المخصصة للقطاع الصحي تترجم لنا أن المشاكل التي يعاني منها نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر ليست مرتبطة بشح الموارد التمويلية، بل بسوء التنظيم والتسيير، فالتزايد المستمر للمخصصات المالية للقطاع الصحي لا يعكس بشكل مباشر ما توصل إليه من أهداف وهذا نظرا لتأثره بعدة متغيرات خارج الإنفاق بالإضافة إلى عدم التخصيص الجيد لها.

— تغير الخريطة الصحية للمرض، النمو الديمغرافي، وتطور المنشآت الصحية وارتفاع عدد المستخدمين في المجال الصحي، إضافة إلى توسع مجالات التغطية الصحية وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، كلها

الخاتمة العامة

عوامل أدت إلى زيادة الإنفاق الصحي والذي أصبح الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في هذا القطاع.

__ يعتمد تمويل نفقات الصحة في الجزائر على ثلاثة مصادر أساسية هي التمويل عن طريق الدولة، و التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، وأيضا التمويل عن طريق الأسر، فمن خلال الدراسة تبين أن الدولة تساهم في تمويل النفقات الصحية بنسب مهمة جدا، حيث بلغ متوسط نسبة تمويل الحكومة للنفقات الصحية حوالي 63,8% خلال فترة الدراسة، ويلعب الضمان الاجتماعي دور ايجابي في تمويل نفقات الصحة حيث يحتل المركز الثاني بعد الحكومة، وما يفسر تزايد نفقاته خلال فترة الدراسة هو التحويلات من أجل العلاج في الخارج وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، أيضا توصلنا إلى زيادة دور العائلات في تمويل نفقات الصحة، وما يفسر ذلك هو توجيههم نحو القطاع الخاص لتلقي العلاج، بدلا من القطاع العام والذي يتميز بمجانية العلاج.

__ اعتماد التعاقد كنمط جديد للتمويل يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها أن ترفع من فعالية النظام الصحي، فتطبيق النمط التعاقد يمكن المؤسسات الصحية من تحقيق التحكم في نفقاتها من خلال الدقة في التمويل، كما يحقق عملية عقلنة الإنفاق وذلك باستغلال أمثل للموارد المتاحة، كالتعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتكفل بها المستشفى من الفعالية والنجاعة في تقديم الخدمات، كما أن التعاقد يحقق أيضا الشفافية في علاقة المؤسسة الصحية مع مموليها.

__ إن تفعيل تطبيق نظام التعاقد واستخدامه وفق آلية إستراتيجية شراء الخدمات، هذا من شأنه زيادة فعالية هذا النظام في تحقيق أهدافه، ومنه كنتيجة تحسين أداء المنظومة الصحية ومستوى الخدمات المقدمة للمواطنين مع ضمان في آن واحد رقابة وتحكم في النفقات وهو الهدف المنشود.

__ هناك عدة أسباب ومشاكل حالت دون اكتمال النمط التعاقد في الجزائر ووضع حيز التنفيذ، ولعل أهمها هو عدم هئية أرضية المؤسسات الصحية للمشروع، لاسيما وأن نظامها الأساسي كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري تعتمد على المحاسبة العمومية ولا يتلاءم هذا النوع مع الأشكال التعاقدية.

__ اتضح من خلال اختبار استقرار النموذج، أن هناك استقرار في الأجلين الطويل والقصير، وهذا ما يدل على أن المتغيرات المستقلة في النموذج تفسر النفقات الصحية الوطنية في الأجلين الطويل والقصير.

الخاتمة العامة

من خلال معامل تصحيح الخطأ السالب (-0.99) يتبين أن سلوك المتغير التابع المتمثل في نفقات الصحة الوطنية يستغرق فترة واحدة حتى يصل إلى وضع التوازن في الأجل الطويل، كما يظهر من النتائج أن 99% من مستوى التوازن في المدى الطويل يتم تصحيحه كل سنة.

أيضا تم التأكد من وجود علاقة توازنية في الأجل الطويل من خلال وجود تكامل مشترك بين متغيرات الدراسة، حيث الزيادة بـ 1% من النفقات الصحية المدفوعة من الحكومة يقابلها الزيادة بـ 0,79% من النفقات الصحية الوطنية في الأجل الطويل، والزيادة بـ 1% من النفقات الصحية المعوضة من الضمان الاجتماعي تقابلها الزيادة بـ 0,12% في الأجل الطويل، والزيادة بـ 1% في الإنفاق الصحي الصادر من العائلات يقابله زيادة بـ 0,15% في الأجل الطويل.

هذا ما يؤكد صحة الفرضية الثانية حيث أنه توجد علاقة طردية ذات أثر كبير بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها في الجزائر خلال الفترة 1990-2018، كما أن نفقات الصحة المدفوعة من طرف الحكومة هي المصدر المالي الأكثر أهمية في تحديد سياسة الإنفاق على الصحة في الجزائر.

❖ التوصيات والاقتراحات: بناء على النتائج السابقة، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقاً للموارد المتاحة حالياً لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

الإبقاء على مساهمة الحكومة في تمويل نفقات الصحة، لكن بتعزيز الإجراءات التنظيمية والرقابية تجنباً لهدر وتبذير الأموال خصوصاً على الاستثمار في البنى التحتية.

وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتماداً على بيانات فعلية وحديثة ونظم معلومات جغرافية، لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة وتوزيعها حسب احتياجات المجتمع وتعداد السكان وتوزيعهم وفقاً للفئات العمرية.

تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية وترقيته، والعمل على ترشيد استيراد واستهلاك الأدوية لتجنب عجز صناديق الضمان الاجتماعي التي تعتبر ممول رئيسي لنفقات الصحة.

الخاتمة العامة

— اعتماد نظام التعاقد بين المؤسسات الصحية والضمان الاجتماعي كنمط جديد للتمويل، حيث أن النظام التعاقدي يتيح للنظام الصحي التحكم في نفقاته.

— البحث عن مصادر تمويل إضافية، كمساهمة المؤسسات الصناعية الملوثة والتي نشاطاتها تؤثر على صحة أفراد المجتمع، وأيضا مساهمة المؤسسات الاقتصادية ذات النسبة العالية من المرض وحوادث العمل.

— العمل على نشر الثقافة الصحية بين أفراد المجتمع من خلال إقامة المؤتمرات والندوات والأيام التحسيسية من أجل الوقاية خير من العلاج ومن ثم تخفيض الطلب على الخدمات الصحية.

❖ آفاق الدراسة:

بعد عرض أهم النتائج المتوصل إليها والتوصيات، وباعتبار أن هذه الدراسة التي قدمت هي عبارة عن بحث مفتوح أمام دراسات آتية، فإنه تثار أمامنا تساؤلات أخرى لها علاقة بهذا الموضوع، ومن بين المواضيع التي نقترحها لإثراء وتطوير هذا البحث:

- النظام التعاقدي كبديل لتمويل نفقات الصحة في الجزائر - الواقع والتحديات.-
- أثر تمويل نفقات الصحة على الإنتاجية الصحية في الجزائر - دراسة تحليلية قياسية.-

الملاحق

الملاحق

الملحق رقم (01): الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر للفترة 1990 - 2018.

السنوات	حصة الدولة (دج)	الضمان الاجتماعي (دج)	مساهمة العائلات (دج)	نفقات الصحة (دج)
1990	8609000000	9077000000	5134000000	22842000000
1991	9581000000	13576000000	9127000000	32314000000
1992	13030000000	17037000000	12594000000	42661000000
1993	18520000000	19293000000	14582000000	52395000000
1994	20720000000	22250000000	17000000000	59970000000
1995	21278280000	13851000000	12000000000	36729280000
1996	25536787000	16876000000	7000000000	43280787000
1997	27983000000	18272000000	8000000000	47149000000
1998	28780880000	19952000000	8000000000	49626880000
1999	31245515000	20816900000	8000000000	54295780000
2000	33036043000	21065562616	8000000000	55034970616
2001	41387000000	23502200000	8000000000	65823200000
2002	49223279000	27499770700	8000000000	77657049700
2003	59340231000	28685235023	8000000000	88968986023
2004	63232080000	29627380699	8000000000	95756085699
2005	51408031000	35300000000	8000000000	90318751000
2006	73468310000	35300000000	8000000000	111361830000
2007	106660946000	35300000000	8000000000	143938026000
2008	151471267000	38300000000	8000000000	193890787000
2009	173220480000	38300000000	8000000000	212464000000
2010	197232583000	38300000000	8000000000	236946962000
2011	363948093000	38300000000	8000000000	408490413000

الملاحق

436269706000	800000000	48429410000	360340296000	2012
316908044000	1100000000	49629410000	258178634000	2013
421286462000	1100000000	57818524000	313525878000	2014
428663569000	1100000000	65219092000	321186699000	2015
399154664000	1100000000	64815511000	312245153000	2016
419309314000	1100000000	73753570000	324455744000	2017
439402873000	1100000000	80000000000	327034008000	2018

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على وثائق من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الملاحق

الملحق رقم (02): اختبار استقرارية السلسلة الزمنية Indns عند الفرق الأول باستخدام ADF و .PP

Null Hypothesis: LNDNS has a unit root
Exogenous: Constant
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-0.965893	0.7512
Test critical values: 1% level	-3.689194	
5% level	-2.971853	
10% level	-2.625121	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNDNS has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-2.099683	0.5237
Test critical values: 1% level	-4.323979	
5% level	-3.580623	
10% level	-3.225334	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNDNS has a unit root
Exogenous: None
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	2.811752	0.9980
Test critical values: 1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNDNS has a unit root
Exogenous: Constant
Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-0.965754	0.7512
Test critical values: 1% level	-3.689194	
5% level	-2.971853	
10% level	-2.625121	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

الملاحق

Null Hypothesis: LNDNS has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend
 Bandwidth: 2 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-2.190652	0.4761
Test critical values:		
1% level	-4.323979	
5% level	-3.580623	
10% level	-3.225334	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNDNS has a unit root
 Exogenous: None
 Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	2.840367	0.9982
Test critical values:		
1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9.

الملحق رقم (03): اختبار استقرارية السلسلة الزمنية Ingov عند الفرق الأول باستخدام ADF و .PP

Null Hypothesis: LNGOV has a unit root
 Exogenous: Constant
 Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-1.320774	0.6056
Test critical values:		
1% level	-3.689194	
5% level	-2.971853	
10% level	-2.625121	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNGOV has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend
 Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-1.669516	0.7379
Test critical values:		
1% level	-4.323979	
5% level	-3.580623	
10% level	-3.225334	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNGOV has a unit root
 Exogenous: None
 Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	3.592165	0.9997
Test critical values:		
1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNGOV has a unit root
 Exogenous: Constant
 Bandwidth: 0 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-1.320774	0.6056
Test critical values:		
1% level	-3.689194	
5% level	-2.971853	
10% level	-2.625121	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNGOV has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend
 Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-1.856819	0.6496
Test critical values:		
1% level	-4.323979	
5% level	-3.580623	
10% level	-3.225334	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNGOV has a unit root
 Exogenous: None
 Bandwidth: 0 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	3.592165	0.9997
Test critical values:		
1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

الملاحق

الملحق رقم (04): اختبار استقرارية السلسلة الزمنية Incas عند الفرق الأول باستخدام ADF و .PP

Null Hypothesis: LNCAS has a unit root
Exogenous: Constant
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-1.313540	0.6090
Test critical values:		
1% level	-3.689194	
5% level	-2.971853	
10% level	-2.625121	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNCAS has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.152044	0.0147
Test critical values:		
1% level	-4.323979	
5% level	-3.580623	
10% level	-3.225334	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNCAS has a unit root
Exogenous: None
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	2.835118	0.9981
Test critical values:		
1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNCAS has a unit root
Exogenous: Constant
Bandwidth: 0 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-1.313540	0.6090
Test critical values:		
1% level	-3.689194	
5% level	-2.971853	
10% level	-2.625121	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNCAS has a unit root

الملاحق

Exogenous: Constant, Linear Trend
Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-4.180222	0.0138
Test critical values:		
1% level	-4.323979	
5% level	-3.580623	
10% level	-3.225334	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNCAS has a unit root
Exogenous: None
Bandwidth: 3 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	3.217021	0.9993
Test critical values:		
1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9.

الملحق رقم (05): اختبار استقرارية السلسلة الزمنية Inmen عند الفرق الأول باستخدام ADF و .PP

Null Hypothesis: LNMEN has a unit root
Exogenous: Constant
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-1.770598	0.3866
Test critical values:		
1% level	-3.689194	
5% level	-2.971853	
10% level	-2.625121	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNMEN has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-1.621176	0.7585
Test critical values:		
1% level	-4.323979	
5% level	-3.580623	
10% level	-3.225334	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

الملاحق

Null Hypothesis: LNMEN has a unit root
 Exogenous: None
 Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=6)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-0.621317	0.4391
Test critical values: 1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNMEN has a unit root
 Exogenous: Constant
 Bandwidth: 4 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-1.715469	0.4129
Test critical values: 1% level	-3.689194	
5% level	-2.971853	
10% level	-2.625121	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNMEN has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend
 Bandwidth: 3 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-1.712155	0.7189
Test critical values: 1% level	-4.323979	
5% level	-3.580623	
10% level	-3.225334	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Null Hypothesis: LNMEN has a unit root
 Exogenous: None
 Bandwidth: 3 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-0.613272	0.4426
Test critical values: 1% level	-2.650145	
5% level	-1.953381	
10% level	-1.609798	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9.

الملاحق

الملحق رقم (06): نتائج تقدير أمثل نموذج ARDL (2,2,2,1)

Dependent Variable: LNDNS
 Method: ARDL
 Date: 07/09/19 Time: 12:28
 Sample (adjusted): 1992 2018
 Included observations: 27 after adjustments
 Maximum dependent lags: 2 (Automatic selection)
 Model selection method: Akaike info criterion (AIC)
 Dynamic regressors (2 lags, automatic): LNGOV LNCAS LNMEN
 Fixed regressors: C
 Number of models evaluated: 54
 Selected Model: ARDL(2, 2, 2, 1)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.*
LNDNS(-1)	0.354021	0.168553	2.100353	0.0519
LNDNS(-2)	-0.345437	0.117478	-2.940429	0.0096
LNGOV	0.795373	0.028228	28.17701	0.0000
LNGOV(-1)	-0.356879	0.136722	-2.610258	0.0189
LNGOV(-2)	0.352039	0.102402	3.437798	0.0034
LNCAS	0.480125	0.077209	6.218510	0.0000
LNCAS(-1)	-0.549843	0.101902	-5.395777	0.0001
LNCAS(-2)	0.194454	0.117159	1.659738	0.1164
LNMEN	0.109810	0.022468	4.887389	0.0002
LNMEN(-1)	0.046181	0.029222	1.580310	0.1336
C	-0.791028	0.529940	-1.492675	0.1550
R-squared	0.999594	Mean dependent var		25.57041
Adjusted R-squared	0.999341	S.D. dependent var		0.905185
S.E. of regression	0.023240	Akaike info criterion		-4.394342
Sum squared resid	0.008641	Schwarz criterion		-3.866408
Log likelihood	70.32361	Hannan-Quinn criter.		-4.237359
F-statistic	3942.847	Durbin-Watson stat		2.316057
Prob(F-statistic)	0.000000			

*Note: p-values and any subsequent tests do not account for model selection.

المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9.

الملحق

الملحق رقم (07): نتائج اختبار منتهج الحدود للنموذج

ARDL Bounds Test
Date: 07/09/19 Time: 12:30
Sample: 1992 2018
Included observations: 27
Null Hypothesis: No long-run relationships exist

Test Statistic	Value	k
F-statistic	8.892619	3

Critical Value Bounds

Significance	I0 Bound	I1 Bound
10%	2.37	3.2
5%	2.79	3.67
2.5%	3.15	4.08
1%	3.65	4.66

Test Equation:
Dependent Variable: D(LNDNS)
Method: Least Squares
Date: 07/09/19 Time: 12:30
Sample: 1992 2018
Included observations: 27

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(LNDNS(-1))	0.345437	0.117478	2.940429	0.0096
D(LNGOV)	0.795373	0.028228	28.17701	0.0000
D(LNGOV(-1))	-0.352039	0.102402	-3.437798	0.0034
D(LNCAS)	0.480125	0.077209	6.218510	0.0000
D(LNCAS(-1))	-0.194454	0.117159	-1.659738	0.1164
D(LNMEN)	0.109810	0.022468	4.887389	0.0002
C	-0.791028	0.529940	-1.492675	0.1550
LNGOV(-1)	0.790533	0.123356	6.408536	0.0000
LNCAS(-1)	0.124736	0.042797	2.914589	0.0101
LN MEN(-1)	0.155990	0.027071	5.762171	0.0000
LNDNS(-1)	-0.991416	0.156210	-6.346693	0.0000

R-squared	0.991096	Mean dependent var	0.096664
Adjusted R-squared	0.985531	S.D. dependent var	0.193200
S.E. of regression	0.023240	Akaike info criterion	-4.394342
Sum squared resid	0.008641	Schwarz criterion	-3.866408
Log likelihood	70.32361	Hannan-Quinn criter.	-4.237359
F-statistic	178.0906	Durbin-Watson stat	2.316057
Prob(F-statistic)	0.000000		

المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9.

الملاحق

الملحق رقم (08): نتائج اختبار ARCH

Heteroskedasticity Test: ARCH

F-statistic	0.043096	Prob. F(1,24)	0.8373
Obs*R-squared	0.046604	Prob. Chi-Square(1)	0.8291

Test Equation:

Dependent Variable: RESID^2

Method: Least Squares

Date: 07/09/19 Time: 12:33

Sample (adjusted): 1993 2018

Included observations: 26 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.000315	9.34E-05	3.373702	0.0025
RESID^2(-1)	0.042487	0.204661	0.207597	0.8373
R-squared	0.001792	Mean dependent var		0.000328
Adjusted R-squared	-0.039800	S.D. dependent var		0.000342
S.E. of regression	0.000349	Akaike info criterion		-13.00789
Sum squared resid	2.93E-06	Schwarz criterion		-12.91112
Log likelihood	171.1026	Hannan-Quinn criter.		-12.98002
F-statistic	0.043096	Durbin-Watson stat		1.998691
Prob(F-statistic)	0.837295			

المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9.

الملاحق رقم (09): نتائج اختبار Breusch-Godfrey Serial Correlation LM

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

F-statistic	0.699743	Prob. F(2,14)	0.5133
Obs*R-squared	2.453727	Prob. Chi-Square(2)	0.2932

Test Equation:

Dependent Variable: RESID

Method: ARDL

Date: 07/09/19 Time: 12:34

Sample: 1992 2018

Included observations: 27

Presample missing value lagged residuals set to zero.

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LNDNS(-1)	0.190386	0.235636	0.807964	0.4326
LNDNS(-2)	-0.059181	0.133514	-0.443257	0.6644
LNGOV	-0.016696	0.032247	-0.517752	0.6127
LNGOV(-1)	-0.136018	0.180698	-0.752736	0.4641
LNGOV(-2)	0.047030	0.113078	0.415909	0.6838
LNCAS	-0.025408	0.083123	-0.305671	0.7644
LNCAS(-1)	-0.080114	0.127257	-0.629540	0.5391
LNCAS(-2)	0.087241	0.140906	0.619143	0.5458
LN MEN	0.005719	0.024144	0.236892	0.8162
LN MEN(-1)	-0.024357	0.037255	-0.653805	0.5238
C	0.141945	0.554133	0.256158	0.8016
RESID(-1)	-0.456299	0.385992	-1.182145	0.2568
RESID(-2)	-0.087616	0.344389	-0.254411	0.8029
R-squared	0.090879	Mean dependent var	-8.73E-15	
Adjusted R-squared	-0.688368	S.D. dependent var	0.018231	
S.E. of regression	0.023689	Akaike info criterion	-4.341470	
Sum squared resid	0.007856	Schwarz criterion	-3.717549	
Log likelihood	71.60985	Hannan-Quinn criter.	-4.155946	
F-statistic	0.116624	Durbin-Watson stat	1.947362	
Prob(F-statistic)	0.999679			

المصدر: مخرجات برنامج Eviews 9.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

الكتب

- 1- أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة 01، بيروت 2000.
- 2- إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991.
- 3- تشارلز فيليبس: نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، ترجمة بلال البنا، الطبعة الأولى، حقوق النشر محفوظة للمجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2003.
- 4- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- 5- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- 6- جمعية التنمية الصحية والبيئة وبرامج السياسات الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، مصر، النشر جمعية التنمية الصحية والبيئية وبرامج السياسات الصحية، سنة 2005.
- 7- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- 8- شياخي محمد، طرق الاقتصاد القياسي محاضرات وتطبيقات، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
- 9- صلاح محمود ذباب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر، 2009.
- 10- طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004.
- 11- طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة 02، دار الكتب المصرية، مصر 2006.
- 12- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، الجزء الأول، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر 2014.
- 13- علواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزء 02، الجزائر، 2014.
- 14- محمد الصغير بعلي، العقود الإدارية، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة 2005.
- 15- محمد ريجان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، مداخلة مقدمة في فعاليات المؤتمر العربي الثالث حول: الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، تقنيات نظم المعلومات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر 2004.

- 16- مصطفى يوسف كافي، إدارة الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 17- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008.
- 18- وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.

المذكرات والرسائل الجامعية

- 1- أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: تخطيط، جامعة الجزائر، 2000-2001.
- 2- مجددة نجاة، تحديد الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية لمغنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، 2011/2012.
- 3- بوزناد دليلة، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2011 / 2012.
- 4- تاتي نافع، تجربة العيادات الخاصة بالجزائر، مذكرة نهاية الدراسة، المدرسة الوطنية للإدارة، فرع إدارة الصحة، 2004.
- 5- حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير قسم العلوم الاقتصادية، جامعة بسكرة، 2006 / 2007.
- 6- خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999 - 2009) دراسة حالة : المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 03، 2010 / 2011.
- 7- ريمه أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الإستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 01، 2017 / 2018.
- 8- سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الحقوق، تخصص دولة ومؤسسات عمومية، جامعة الجزائر 01، 2016 / 2017.

- 9- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، علوم التسيير، قسم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2009 - 2010.
- 10- شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الإستشفائية)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم التسيير، تخصص مناجمت المنظمات، جامعة بسكرة، 2016 - 2017.
- 11- طالب سومية شاهيناز، الأثر الديناميكي للنمو الاقتصادي على البطالة - دراسة حالة الجزائر-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تحليل اقتصادي، جامعة جيلالي ليايس سيدي بلعباس، 2016-2017.
- 12- عائشة سلمة كبحلي، التقييم الاقتصادي للآثار والسياسات البيئية- دراسة حالة الجزائر خلال الفترة 1970-2014-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، فرع علوم اقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير البيئة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2016-2017.
- 13- عبد الكريم منصوي، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان متوسطة والمترفعة الدخل - نمذجة قياسية -، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد، تخصص: تحليل اقتصادي، جامعة تلمسان، 2013-2014.
- 14- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية - دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008.
- 15- عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، تخصص القانون العام، جامعة الجزائر 01، 2012/2013.
- 16- عياد ليلي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015 / 2016 ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، 2015 - 2016.
- 17- عياشي نور الدين، المنظومات الصحية المغربية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة قسنطينة، 2009 - 2010.
- 18- لعلاي علاوة، سياسة الضبط والاستقرار حسب منظور المنهجية غير الهيكلية - حالة الاقتصاد الجزائري- مذكرة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، 2006-2007.

- 19- مالكي هبة الرحمان، نفقات قطاع الصحة في الجزائر، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة، الجزائر، 2015.
- 20- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير مالية عامة، جامعة تلمسان، 2015 - 2016.
- 21- مزارشي فييحة، أثر السياسة النقدية على مستوى المعيشة- دراسة حالة الجزائر-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف 1، 2017-2018.
- 22- نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص: اقتصاد مالي، جامعة قسنطينة، 2004-2005.
- 23- وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2015 - 2016.
- 24- ولد محمد نسيم، آليات التحكم في الإنفاق الصحي الوطني، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة، الجزائر، 2017.

المجلات والمقالات والدوريات

- 1- أحمد سلامي، محمد شيخي، اختبار العلاقة السببية والتكامل المشترك بين الادخار والاستثمار في الاقتصاد الجزائري (1970-2011)، مجلة الباحث، العدد 2013، 13.
- 2- أسماء رجيل، تأثير التحول الوبائي على زيادة تكاليف الصحة في الجزائر- دراسة حالة ولاية الجزائر العاصمة-، مجلة اقتصاديات المال والأعمال، العدد 06، جوان 2018 JFBE.
- 3- آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2012.
- 4- بدر الدين طالي، إبراهيم برقوقي، نمذجة قياسية لتأثير سعر الصرف على المتغيرات الكلية للاقتصاد الجزائري باستخدام نموذج الانحدار الذاتي (ARDL) للفجوات الزمنية خلال الفترة (1980-2014)، مجلة العلوم التجارية، المجلد 15، العدد 02.
- 5- بديسي فهيم، زويوش بلال، جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 07، 2011.

- 6- بن تريح بن تريح، عيسى معزوزي، أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز (دراسة حالة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أمحمد بن عجيل بالآغواط)، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، الجزائر، المجلد 02، العدد 01، جوان 2018.
- 7- بن مريم محمد، دور الاستقرار السياسي كعامل أساسي إلى جانب المتغيرات الاقتصادية الكلية في جذب الاستثمار الأجنبي المباشر في الجزائر - دراسة قياسية باستخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة (ARDL) خلال الفترة 1987-2016، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد 20، جوان 2018.
- 8- حمودة نصيرة، دور دراسة الجدوى الاقتصادية في ترشيد القرار الاستثماري والتمويلي دراسة حالة الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب (عنابة)، مجلة دفاتر بوادكس، المجلد 04، العدد 05، 2016.
- 9- خالد بن حمد عبد الله القدير، اختبار فرضية "كالدور" للعلاقة بين الإنتاج الصناعي والنمو الاقتصادي باستخدام سلاسل زمنية للمملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الملك عبد العزيز، العلوم الإدارية، المجلد 17، العدد 02، السعودية 2004.
- 10- خالد بن حمد عبد الله القدير، تأثير التطور المالي على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الملك عبد العزيز، الاقتصاد والإدارة، العدد 18، 2004.
- 11- خليل كامل عيدان، أثر السياسة النقدية على استقرار سعر الصرف الأجنبي في العراق (1990-2012)، مجلة الكويت للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة واسط، العدد 17، 2015.
- 12- دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004 - 2013)، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، العدد 06، 2015.
- 13- سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي، الجزائر، العدد 7، 2016.
- 14- سنوسي علي، نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة معارف الصادرة عن جامعة البويرة، العدد 12، جوان 2012.
- 15- صباح صاحب المستوفي، تمويل الخدمات الصحية العامة في العراق (دراسة تحليلية للسنوات 2002-2014)، مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية، العدد 63.
- 16- عابد بن عابد العبدلي، محددات الطلب على واردات المملكة العربية السعودية في إطار التكامل المشترك وتصحيح الخطأ، مجلة مركز صالح للاقتصاد الإسلامي، جامعة الأزهر، العدد 32، 2007.
- 17- عبد الكريم منصور، قياس و تحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبتانا، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد 08، 2015.

- 18- عثمانى الهادي وآخرون، اختبار الارتباط في المدى الطويل بين متغيرات حساب الإنتاج وحساب الاستغلال لقطاع الزراعة في الجزائر (أسلوب التكامل المشترك ونموذج تصحيح الخطأ خلال الفترة 1974-2012)، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 01، 2015.
- 19- عدمان مريزق ، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي المجلد 01، العدد 01، 2006.
- 20- عدوكة لخضر، بوشة يحيى، اختبارات الجذر الأحادي: دراسة تطبيقية على بعض المتغيرات الاقتصادية الكلية في الجزائر، مجلة الباحث الاقتصادي، العدد 06، ديسمبر 2016.
- 21- عقون شرف، تسعير المياه ودوره في تحقيق كفاءة استخدامها بالجزائر، مجلة اقتصاد المال والأعمال، مجلد 01، العدد 02، 2017.
- 22- علواني عديلة، أهمية النمط التعاقدى في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 43، 2016.
- 23- علي عبد الزهرة حسن، عبد اللطيف حسن شومان، تحليل العلاقة التوازنية طويلة الأجل باستعمال اختبارات جذر الوحدة وأسلوب دمج النماذج المرتبطة ذاتيا ونماذج توزيع الإبطاء (ARDL)، مجلة العلوم الاقتصادية، بغداد، العدد 34، المجلد 09، 2014.
- 24- علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22، أكتوبر 2003، السنة الثانية.
- 25- علي محمد دحمان، تكلفة العلاج في الجزائر، مجلة الدراسات القانونية، العدد 02 ، 2016
- 26- عمر بوعزيز، قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية والنمو الاقتصادي في الجزائر، الإنفاق الصحي نموذجا خلال الفترة: 1990 / 2016، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد الخامس، العدد 01، جوان 2018.
- 27- عياش نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد 31، جوان 2009.
- 28- عياشي نور الدين، الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات، مجلة منتدى الأستاذ، العدد 20، 2017.
- 29- فيكتور يافان، التحول إلى المحلية، مجلة التمويل والتنمية الصادرة عن صندوق النقد الدولي، العدد 51، ديسمبر 2013.
- 30- لزه بن عبد الرزاق، جمال خنشور، دور السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في الجزائر، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد الخامس، العدد 01.

- 31- محمد علي دحمان، محمد بوقناديل، تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد02، 2016.
- 32- مختار حميدة، مصطفى جاب الله، محددات الإنفاق الصحي في الجزائر- دراسة قياسية باستعمال نماذج ARDL واختبار الحدود، مجلة دراسات العدد الاقتصادي، المجلد 08، العدد03، 2017.
- 33- المصباح عماد الدين، محددات التضخم في سوريا خلال الفترة 1970-2004، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، العدد34، 2006.
- 34- مصطفى رجب البلعزي، سالم عطية بن سليم، العلاقة بين عرض النقود والتضخم في الاقتصاد الليبي للفترة (1981-2016)، مجلة العلوم الاقتصادية والسياسية، العدد 12، ديسمبر 2018
- 35- منصور الزين، دور الدولة في تنظيم المنافسة ومنع الممارسات الاحتكارية في ظل اقتصاد السوق -حالة الجزائر-، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 11، جوان 2012.
- 36- نشيدة معروز، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، العدد01، 2017.

الملتقيات والمؤتمرات

- 1- أمال بغيط، إيمان بن قصير، التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، 24-25 نوفمبر 2015 بجامعة المسيلة.
- 2- بن البار أمحمد، بن السيلت أحمد، تحليل تطور نفقات القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2000-2014)، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، 24-25 نوفمبر 2015 بجامعة المسيلة.
- 3- سهام حرفوش، علي بايزيد، أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2012)، مداخلة في إطار الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة المسيلة، 24/25 نوفمبر 2015.
- 4- عمر عبو، هدى عبو، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق التنمية المستدامة، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الوطني حول: التحولات السياسية وإشكاليات التنمية في الجزائر، 3-4 ماي 2010، بجامعة الشلف.
- 5- فاطمة بوسالم، إنتاجية الإنفاق العام على الصحة في الجزائر بين الواقع والتحديات، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، 24-25 نوفمبر 2015 بجامعة المسيلة.

التقارير

- 1- تقرير البنك الدولي، تعزيز عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، 1993.
- 2- تقرير منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس (تقرير من الأمانة)، 15 أبريل 2016.
- 3- تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الإصلاحات في الصحة التطور والآفاق، ديسمبر 2015.
- 4- منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2000، جنيف، سويسرا، 2000.

القوانين، المراسيم، الأوامر والتعليمات

- 1- الأمر 58-75 المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن القانون المدني، المعدل والمتمم، ج،ر، صادرة في 30 سبتمبر 1975.
- 2- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 1 الأمر 65 / 73 المؤرخ في 1973/12/28 و المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادر بتاريخ 1974/01/01.
- 3- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، 1976 .
- 4- المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 86 / 25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 والذي يتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية.
- 5- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 07 / 321 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 المتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة.
- 6- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97 / 467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 و الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.
- 7- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 07/140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.
- 8- المادة 04 من القانون رقم 85 / 05 المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها.
- 9- المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 07/140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.
- 10- المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها.

- 11- المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.
- 12- المادة 128 من المرسوم التشريعي رقم 01-93 المؤرخ في 19 يناير 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1993، الجريدة الرسمية، العدد 04.
- 13- المادة 147 من المرسوم التشريعي رقم 18-93 المؤرخ في 29 ديسمبر 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1994، الجريدة الرسمية، العدد 88.
- 14- المادة 175 من القانون رقم 25-91 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991، يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65.
- 15- المرسوم التنفيذي رقم 01-74 المؤرخ في 16 جانفي 1974، المتضمن: مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.

المراجع باللغة الأجنبية:

Ouvrages :

- 1- André LABOUR DETTE, **Economie de la santé**, Presse universitaire de France, Prais 1998.
- 2- Béatric Manjoni d'Intignono, **Economie de la santé**. Presses universitaire de France, Paris.
- 3- Diane McIntyre, **Learning from Experience: Health care Financing in low-and middle-income countries**, Published by Global Forum for Health Research, Geneva, June 2007.
- 4- Didier Castiel, **Le calcul Économique en santé**, Méthodes et Analyses critiques, Ed. ENSEP, France, 2004
- 5- Economie de la santé, **Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales**, OMS, VIH/SiDA, tuberculose et paludisme Faire reculer le paludisme, JUILLET 2003
- 6- Emil. Levy, G Du Menil, M. bangener, **La Croissance Des Dépenses De Santé**, Prs.1982 .
- 7- Filner Deon, Health Policy In Poor Countries: **Weak Links In the chain** (Washington DC: World Bank, Policy Research Working Papers, 1989).
- 8- Fournier Pierre, **L'art et la Science de la santé publique In** : Environnement et santé publique – Fondement et pratiques, 2003
- 9- Guy Delande, **Introduction a l'economie de la santé**, Edition John Libbey, Paris 1991.
- 10- J. Pontusson, **Inequality and Prosperity**. Cornell: Cornell University Press, 2005.
- 11- Jochen Wirtz et Autre : **Marketing de Services**, 6 em édition, Pearson éducation, France, 2009

- 12- P. Bonamour et F. Guyot : **Economie Médicale**, Editions Médicale et Universitaires, Paris 1979.
- 13- R. Blank and V. Burau, **Comparative Health Policy**. England: Palgrave Macmillan, Apr 2010, P12.
- 14- Régis bourbonnais, **ECONOMETIE : cours et exercices corrigés**, 9eme éditions, duodi, paris, 2015.
- 15- Régis bourbonnais, **exercices pédagogiques d'économétrie**, 2em édition, economica, Paris, 2012.
- 16- S. Glied and P. Smith, **The Oxford Handbook of Health Economics**. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- 17- Talbot.L, Verrinder.G, PromotingHealth; **The priuary Health care Appraach**, Elsevier Australia, 4rh edition, 2010.

Périodiques, revue et études :

- 1- Ahmen ben Abdelaziz et Autres, **Le financement des soins de santé en Tunisie. Etat actuel des dépenses de soins et perspectives de socialisation, sur le chemin de la Couverture Santé Universelle**, journal de société tunisienne des sciences médicales- 2018 ; Vol 96 (n°010),
- 2- Ali A Rawabdeh, Anis S Khassawneh, **Health Financing Policies in Jordan: The Allocation of Public Expenditures in Global Context**, Makara J. Health Res, December 2018, Vol 22. N° 03
- 3- Ali Dahmene Mohammed, **the financing health system problem in Algeria**, international research journal of management, IT& social sciences (IRJMIS), Vol.3, Issue 7, July 2016.
- 4- Anne Mason et Peter.G Smith, **Le système de santé Anglais : Régulation et rapport entre les différents acteurs**, Revue Français des Affaires Sociales, 2006, N° 2-3.
- 5- B. Mcpake and J. Kutzin, **Methods for Evaluating Effects of health Reforms**, Geneva: Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organization, Current Concerns, ARA Paper N° 13, 1997.
- 6- B. Reinhard, B. Miriam, **Health System in Transition**, Germany: Health System Review, Vol 16, N° 02, 2014.
- 7- benedict clements , david coady , and sanjeev gupta , **the economies of public health care reform in advanced enring economies**, waslington : international monetary fund , eds,april 2012.
- 8- brahim brahmia, **la santé entre économie et médecine**, Revue de sciences humaines, Vol :09, N° 02.
- 9- C. Donaldson and K. Gerard, **Economics of heath care Financing – The visible hand**. Basingstoke: Macmillan, Volume 2, Issue 3, October 1993.
- 10- D. McIntyre and J. Kutzin, **Health Financing Country diagnostic : a foundation for national srategy** (development. Geneva: World Health Organization 2016). Health Financing Guidance N°1.
- 11- Dickey and Fuller, **likelihood riation statistics for autoregressive series with a unit root**, Economotrica, 1981.

- 12- E. Armstrong, M. Fischer, R. Parsa-Parsi and M. Wetzel, **The health care dilemma: A comparison of health care systems in three European countries and the Us**, publisher: world scientific publishing Co Pte Ltd, Singapore, 2011.
- 13- Emilie Sauvigent, **Le Financement de système de santé en France : Rôle et Organisation de l'assurances maladie obligatoire**, OMS, Geneva, 2004.
- 14- Engel R.F and granger c.w.j, **cointegration and error correction: Representation, Estimation and testing**, *Econometrica*, vol 55, 1987.
- 15- F.Galvis-Narinos et A Montélimard, **Le Système de santé des état unis,CNAMTS « pratiques et organisation des soins»**,2009/4 Vol.40.
- 16- Fatiha Khernach, L.asma El Alami El Fellousse, **Etude sur le Financement des soins de santé au Maroc**, Rapport Final,(OMS), Novembre 2007.
- 17- Fatima zohra oufriha, **Financement de la dépense national de santé et autonomie du système de soins**, cahiers du CREAD N°27-28, 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1991
- 18- G. Hoare and A. Mills, **Paying for the health sector: A review and annotated bibliography of the literature on developing countries**. Evaluation and planning centre for health care Publication N°12.London: EPC, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- 19- Groupe de d'experts , **les systèmes de santé en Algérie , Maroc et et Tunisie M Défis et enjeux** , May les note (Ipemed) N°13 , avril 2012.
- 20- GUETTAF LILA ET FOUADI BRAHIM, **La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain**, Revue des Sciences Humaines – Université Mohamed Khider Biskra No : 23, Novembre 2011.
- 21- Hatice Pehlivan JENKINS and salih Turan KATIRCIOGLU, **the bounds test Approach for cointegration and causality between Financial development**, International Trad and Economie Growth: The case of Cyprus, Journal of applied Econometrics, Routledge, volume 42, Issue 13, 2010.
- 22- Ioana Marinescu, **Quel système de santé pour Quels objectifs ?**, ALTERNATIVES ECONOMIQUES N° 229, Novembre 2004.
- 23- J. bovrbon Busset, **la prospective de la prospective**, cahiers de sociologie et de la démographie médicales, Pris 1983, N° 02.
- 24- Kenneth J. Arrow, **Uncertainty and the welfare Economics of Medical Care**, The American Economic Review, Volume 53, Issue 5, (Dec.,1963).
- 25- L. Laplace, B. Kamendje, J. Nizard, J.M Coz et Jacques Chaperon, **Les systèmes de santé Français et Anglais : Evolution Comparée depuis Le Milieu des Années 90**, Revue de santé publique, Vol.14,N° 01, 2002.
- 26- Lamri Larbi, **dossier de la contractualisation, le gestionnaire**, revue semestrielle de l'école nationale de santé Publique, N°28, juillet 1998.
- 27- **Le système de santé en France et en Allemagne**, Documentation, Responsable de rédaction : Pr.Dr. Ewal Eisenbrerg, chef de projet Kehl, Septembre 2007.
- 28- M.Hashem Pearasan, Yongcheol Shin and Richard J. Smith; **bounds testing Approaches to the analysis of level relationships**, Journal of Applied Econometrics, volume 16, Issue 3, May/June 2001.
- 29- M.Kaddar, **Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie**, cahiers du CREAD N°13, 1^{er} trimestre 1988

- 30- M.Riboud, **étude de l'accumulation du capital humain en France**, Revue Economique, Mars 1975.
- 31- malfoud nacera, **impact du vieillissement futur de la population algerienne sur les dépenses de sante** : projection al horizon 2060, revue d économie et de statistiquée, volume 13, N :01.
- 32- Mohand Boulahrik, **Le Financement de système de santé algérien**, Revue de l'institut des sciences économiques, Vol 20, N°01, 2016
- 33- Nacera Mahfoud, Brahim Brahamia, **The Problems of Funding The Health System In Algeria**, International Journal of Medicine and Pharmaceutical Science , Vol 4. Issue 2, Apr 2014
- 34- Phillips P and Perron P, **Testing a unit root in Time series regression**, Biometrika, 75(2), 1988.
- 35- Pierre-Yves Cusset, **Les Déterminants de long terme des dépenses de santé en France**, Document de Travail N° 2017-07, Juin 2017
- 36- R.A.D.P,M.S,P, **Bilan du système national de santé et programme d'action_2005 – 2009**, Alger , november 2004.
- 37- République Algérienne Démocratique et populaire, Décret N 64 -110. Du 10 Avril 1964 , **portant création et statut de l'institut National de santé publique** , journal officiel , N 035 , Du 28 avril 1964.
- 38- Robert I. Field, **Regulation of health care in united states: complexity, confrontation, and compromise**, An Int Med Trop 2017; 16 (Supl.3).
- 39- Roemer MI, **National Health systems of the world**, Vol 01, New York, Oxford University Press, 1991.
- 40- S. Reichard, **Ideology drives health Care Reforms in Chile**, Journal of Public Health Policy, Vol 17, N° 01, 1996.
- 41- SAADA CHOUGRANI et MILOUD KADDAR, **Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie**, journal d'économie Médical 2010, vol.28.n°5.
- 42- Walid Merouani, Nacer-Eddine Hammouda, **Le système Algérien de Protection Social** : Entre Bismarckien et Beveridgien, Les Cahiers du Cread n° 107 -108, 2014.
- 43- Yves-Antoine Flori, **Financement des Politiques de santé**, adsp N° 30, mars 2000.

Rapports :

- 1- François Ecalte, **Le Financement de Dépenses de santé par les ménages**, Rapport, FIPECO le 26.09.2016.
- 2- Healthy development, **The World Bank strategy for HNP Result Annex L- April 24, 2007**, report.
- 3- Ministère de la santé, et de la population et de la réforme Hospitalière, **politique gouvernement a le dans la dorucun de la santé** , septembre 2015.
- 4- MPRH, Unicef, UNFPA, **suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête, par Grappes à Indicateurs Multiples ‘ Mics, 2012-2013’**, Algérie 2015.
- 5- MSPRH, **plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée les facteurs de risque des maladies non transmissibles**, 2015-2019.

- 6- nations unies, **commission économique pour l'Afrique, profil de pays 2016 – Algérie.**
- 7- OMS, **Rapport sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé,** Genève, 2004.
- 8- rapport d'étape, **Comité interministériel de suivi et mise en œuvre de la contractualisation,** Alger, mai 2002.
- 9- rapport de ministère du travail et de la sécurité social : **note synthèse sur contractualisation santé-sécurité social,** 2004.
- 10- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière : **Les préalables et les actions urgentes,** Alger, 2003.
- 11- Rapport, **Le Système de Santé en Angleterre : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire,** Rapports présenté par : Mme carine CHEVRIER-FATOMA avec le concours de Mme CHRISTINE DANIEL, Rapport N° 2002 105, juin 2002.
- 12- The world Health Report 2000 Health Systems: **improving performance,** Geneva World Health Organization, 2000.

Thèses :

- 1- Abdoulaye BALDE, **Influence de la santé sur la croissance Economique: Le Cas du Sénégal, spécialité Macro Economie Appliquée,** université de Dakar, année universitaire 2003-2004.
- 2- Amadou Monzon Samaka, **Financement de la santé Au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé,** Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Bamako, Année Universitaire 2008-2009.
- 3- Cem Ertur. **Une stratégie de test de la racine unitaire.** (rapport de recherche) Institut de mathématiques économiques (IME). 1991.
- 4- Foudi Brahim, **la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocaine : état des lieux,** mémoire de magister en sciences économiques, université de bedja, 2011.
- 5- NOUARA KAID, **Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaia,** thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion.

Colloques :

- 1- Brahim Bralrunia, **trausitionsarutaire en algérie et défis de fiuancement de l'assurance maladie ,** intervention du colloque international sur les politiques de santé Alger , 18 – 19 janvier 2014.
- 2- Chaouche Ali, **le financement de système de santé, colloque international sur les politiques de santé,** Alger, 18-19 janvier, 2014.
- 3- Ferdinand RAY, **Présentation du cas Allemand,** « Conferance On European Casemix – Based Hospital Prospective Payment Systems », organiser par : la direction

de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la mission tarification a l'activité, le 10 et le 11 février 2005.

- 4- L.ABID, **organisation actuelle du système de santé et perspectives**, intervention du colloque international sur les politique de santé, Ecole National supérieure en science politiques, Alger 18 – 19 janvier, 2014.
- 5-

المواقع الإلكترونية:

- الديوان الوطني للإحصائيات، (الحوصلة الإحصائية للصحة 1962 – 2011)، (الجزائر بالأرقام - نتائج نتائج - نتائج)
<http://www.ons.dz/> : على الموقع (النشرة رقم 46)
- معطيات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية في العالم على الموقع:
<https://jonnés.banque mondiale.org/fr/contry/algeria,consulté>
- الإنفاق الحكومي على الصحة في الوطن العربي، على الموقع :
<https://www.aljateera.net/news/health medicine>
- Patrice François, **organisation des systèmes de soins**, Partie1 : introduction et variations internationales, université Joseph fourier de grenoble, 2011/2012, sur le site :
http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/francois_patrice/francois_patrice_p03/francois_patrice_p03.pdf
- Analyse comparative des systèmes de santé : **Trois grands modèles de protection sociale**, sur le site : <http://ressources.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/AnaComSysSan/co/Trois%20grands%20modeles%20de%20protection%20sociale.html>
- C. SAGNES – RAFFY, **Organisation Générale du système de santé en France**, Sur le site : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module01/Organisation%20_CSR_sept2009.pdf
- **Demand And Supply In Health Care**, Online: <http://www.sgrrits.org/pdf/e-content/management/demand-and-supply-in-health-care.pdf>
- <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2019/01/Organisation-regionale-territoriale-du-systeme-de-sante.pdf>
- Ioana Marinescu, **Quel système de santé pour Quels objectifs ?**, ALTERNATIVES ECONOMIQUES N° 229, Novembre 2004, sur le Site : <https://www.alternatives-economiques.fr/systeme-de-sante-objectifs/00029626>
- **Le Système de santé en France**, sur le site : <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>
- Les Réformes en santé évolution et perspectives, Alger, 2015, sur le site : [www.santé.dz/Rencontre-évaluation-2015/Reformes – sante .pdf](http://www.santé.dz/Rencontre-évaluation-2015/Reformes-sante.pdf)

- **Les systèmes de santé comparés**, sur le site : <https://gdlyon.pagesperso-orange.fr/SanteSystemes.htm>
- **NHS, Guide to the health care system in england Including the statement of NHS Accountability**, for England May 2013, P 07. On the site: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF
- Elias Mossialos and al, International Profiles of Health Care Systems, online: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2016_jan_1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf
- **Quels sont Les éléments d'un système de santé ?**, Projet GAVI OCS Fiche d'information N° 5, 1 December, 2013, sur le site : http://hssfactsheets.weebly.com/uploads/4/8/1/1/48110245/gavi_cso_fiche_dinformati on_no_5_elements_cl%C3%A9s.pdf
- **Stratégie de L'OMS en faveur des systèmes de santé**, sur le site : <https://www.who.int/healthsystems/strategy/fr/>
- **Systèmes de santé : domaines d'activités**, sur le site : <https://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>
- web site: <http://www.kff.org/medicare/state-indicator/total-medicare-beneficiaries/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>
- [www. Andi .dz/index .php / ar / secteur .de . sante](http://www.Andi.dz/index.php/ar/secteur.de.sante)

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تبيان جانب مهم يخص الاقتصاد الصحي في الجزائر، وهو توضيح العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها من خلال دراسة تحليلية قياسية لبيانات سنوية للفترة الممتدة من 1990 إلى 2018، ولتحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على منهج الانحدار الذاتي لفتترات الإبطاء الموزعة (ARDL)، واستعنا بثلاث متغيرات مستقلة تمثل مصادر التمويل وهي نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة، ونفقات الصحة المعوضة من طرف صناديق الضمان الاجتماعي، ونفقات الصحة الصادرة من العائلات، إضافة إلى المتغير التابع الممثل في النفقات الصحية الوطنية، كما سعت الدراسة إلى توضيح أهم الاختلالات التي يعاني منها نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر ومكانة هذا التمويل من مشروع الإصلاح، إذ أن مسألة توفير الموارد المالية للصحة واحتواء التزايد المستمر للإنفاق الصحي أصبح من أهم التحديات التي تواجه السلطات العمومية في الجزائر.

وقد خلصت الدراسة إلى وجود علاقة طردية معنوية بين المتغيرات محل الدراسة في الأجل الطويل والأجل القصير، كما تبين أن حصة الدولة في تمويل نفقات النظام الصحي تشكل نسب كبيرة جدا تليها صناديق الضمان الاجتماعي والتي بدورها أصبحت تعاني من صعوبات مالية نتيجة التغير في الهرم السكاني والتحويلات نحو الخارج من أجل العلاج، وأيضا ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، لذا فإن تفعيل تطبيق نظام التعاقد وفق إستراتيجية شراء الخدمات الصحية، والبحث عن مصادر تمويل جديدة أصبح ضرورة حتمية.

الكلمات المفتاحية: نفقات الصحة؛ التمويل؛ الضمان الاجتماعي؛ النظام الصحي؛ منهج الانحدار الذاتي لفتترات الإبطاء الموزع ARDL .

Abstract:

This study aims at identifying an important aspect of the Algerian health economy, which is to clarify the relationship between health expenses and funding resources through a standard study of annual data of the period from 1990 to 2018. To achieve this aim, we relied on the Approach of self-regression of declaration periods (ARDL), using three independent variables which represent funding sources: the government paid health expenses, health expenses compensated by the social security fund and families health expenditure, add to the dependent variable which is the national health expenditure. Also, this study seeks to clarify the main anomalies which the system of funding health expenditures suffers from in Algeria and the position of this funding in the reform project, for, providing financial resources to the health and containing this continued health expenditure has become one of the major challenges facing public authorities in Algeria.

This study concluded that there is a moral and direct relationship between the variables studied in both the long and short terms. This study has realized that the share of the state in funding the health system expenditures represents huge sums of money followed by social security funds which also suffer from financial hinders resulting from the change in population pyramid and remittances abroad for treatment, add to this, the augmentation of the drug import invoice. Thus, applying a centralization system through the strategy of buying health services and searching new funding resources have become a crucial necessity.

Keywords: Health expenditure; Funding; Social security; Health System; The ARDL model.

Résumé:

L'objectif de l'étude est identifier un aspect important d'économie de la santé en Algérie, afin de montrer la relation entre les dépenses de santé et les ressources des fonds à travers une étude standard des data annuelles du période (1990-2018). Pour achever ce but, on a basé sur l'approche (ARDL), en utilisant trois variables indépendants qui représentent les ressources des fonds : les dépenses de santé payes par le gouvernement, les dépenses compensées par le fond de sécurité sociale, les dépenses de santé fournies par les ménages, de plus, le variable dépendent qui est la dépense nationale de santé. Aussi, cette étude à le but de clarifier les anomalies dont le système de financement de santé souffre en Algérie et la position de ce financement dans le projet de reforme, parce que fournir des ressources financières de santé et contrôler cette croissance des dépenses est devenue l'un des défis majeurs qui affronte les autorités publiques en Algérie.

Cette étude a conclu qu'il existe une relation directe et morale entre les variables étudiés à long et à court terme. Cette étude a réalisé que la part de l'état dans le financement des dépenses du système de santé représente des proportions très grandes suivies des caisses de la sécurité sociale qui à leur tour ont souffert de difficultés financières qui ont résulté du changement de la pyramide des âges et des transferts vers des traitements à l'étranger, en plus, de la facture élevée d'importation de médicaments. Donc, l'activation du système de contractualisation selon la stratégie d'achat de services de santé et la recherche de nouvelles ressources de financement sont devenues un impératif.

Mots clés : Dépenses de santé ; Financement ; Sécurité sociale ; Système de santé ; Le modèle ARDL.