

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة عين تموشنت - بلحاج بوشعيب -

Université d'Ain Témouchent Bel Hadj Bouchaib

كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية

قسم العلوم الاقتصادية

تخصص إقتصاد و تسيير المؤسسات



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر تحت عنوان :

كفاءة قطاع الصحي في الجزائر

تحت إشراف الاستاذ :

■ علي دحمان محمد

من إعداد الطالب :

• رزيق زناقي

اعضاء لجنة المناقشة :

رئيسا.

مشرفا.

ممتحنا.

جامعة عين تموشنت

جامعة عين تموشنت

جامعة عين تموشنت

أ. د وهراني عبد الكريم

أ.د علي دحمان محمد

أ.د زدون جمال

السنة الجامعية : 2023 - 2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و تقدير



قبل كل شيء ،نحمد الله عز و جل الذي أنعمنا بنعمة العلم

و وفقنا إلى بلوغنا هذه الدرجات

" اللهم لك الحمد حتى ترضى ،ولك الحمد إذا رضيت ،و لك بعد الرضى "

نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل

و بالأخص إلى الأستاذ المشرف " علي دحمان محمد "

على توجيهاته القيمة و إرشاداته الصائبة التي لم يبخل بها علينا.

كما نتقدم بجزيل الشكر و التقدير إلى أستاذة أعضاء لجنة المناقشة

على تفضلهم بقبول الاشتراك في مناقشة هذا البحث المتواضع و تقييم.

و إلى كل من بذل معنا جهدا و وفر لنا وقتا و نصحا وقاولا

نسال الله أن يحازيهم عنا خير الجزاء.



إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى: ﴿وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ﴾

[التوبة : 105]

أهدي هذا العمل المتواضع إلى الولدين الغاليين :

أمي حفظها الله و أبي رحمه الله

إلى جميع الأصدقاء.

إلى كل من يسعى إلى طلب العلم.

• رزيق زناقي

الفهرس

شكر و تقدير		
إهداء		
الرقم	محتويات	الصفحة
01	مقدمة	4 - 1
<u>الفضل الأول : مفاهيم عامة حول المنظومة الصحية</u>		
02	<u>المبحث الأول</u> : ما هي المنظومة الصحية	06
03	المطلب الأول : مفهوم المنظومة الصحية	06
04	المطلب الثاني : مكونات المنظومة الصحية	07
05	المطلب الثالث : الأهداف الاستراتيجية للمنظومة الصحية	11
06	المطلب الرابع : مميزات النظام الصحي و العوامل المحددة له	14
07	<u>المبحث الثاني</u> : اقتصاديات الرعاية الصحية	19
08	المطلب الأول : ما هي اقتصاديات الرعاية الصحية	19
09	المطلب الثاني : خصوصيات فرع اقتصاد الصحة	23
10	المطلب الثالث : سوق السلع و الخدمات الصحية	26
11	<u>المبحث الثالث</u> : تمويل المنظومة الصحية	28
12	المطلب الأول : أنظمة تمويل المنظومة الصحية	28
13	المطلب الثاني : مصادر تمويل المنظومة الصحية	29
14	المطلب الثالث : أهم نماذج تمويل المنظومة الصحية في بعض دول العالم	35
15	خلاصة الفصل	45
<u>الفضل الثاني : الدراسات السابقة</u>		
16	<u>المبحث الأول</u> : الدراسات السابقة باللغة العربية	46
17	<u>المبحث الثاني</u> : الدراسات السابقة باللغة الأجنبية	52
<u>الفضل الثالث : القطاع الصحي في الجزائري</u>		

61	المبحث الأول : المنظومة الصحية في الجزائر و أهم الإصلاحيات	18
61	المطلب الأول : المرحلة الأولى من سنة 1962 إلى سنة 1965	19
62	المطلب الثاني : المرحلة الثانية من سنة 1965 إلى سنة 1979	20
63	المطلب الثالث : المرحلة الثالثة من سنة 1979 إلى سنة 1988	21
64	المطلب الرابع : المرحلة الرابعة من سنة 1989 إلى سنة 1999	22
66	المطلب الخامس : المرحلة الخامسة من سنة 2000 إلى يومنا هذا	23
75	المبحث الثاني : تمويل المنظومة الصحية في الجزائر	24
75	المطلب الأول : تمويل المنظومة الصحية عن طريق الدولة	25
78	المطلب الثاني : تمويل المنظومة الصحية عن طريق الضمان الاجتماعي	26
80	المطلب الثالث : تمويل المنظومة الصحية عن طريق الأسرة والعائلات	27
81	المطلب الرابع : مصادر التمويل الخارجية	28
82	المبحث الثالث : أهم مؤشرات كفاءة القطاع الصحي	29
82	المطلب الأول : معدل وفيات الأمهات و الأطفال	30
85	المطلب الثاني : أمل الحياة عند الولادة و نسبة الخصوبة	31
88	المطلب الثالث : التغطية بالخدمات الصحية	32
91	المطلب الرابع : معدل انتشار الأمراض	33
93	خلاصة الفصل	34
94	الخاتمة	35
98	قائمة المراجع و المصادر	36

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الشكل
الفصل الأول		
10	مكونات النظام الصحي ووظائفه و تدخلاته .	الشكل (1-1)
15	مخطط يبين مميزات النظام الصحي.	الشكل (2-1)
39	هيكل إيرادات المنظومة الصحية بفرنسا سنة 2010.	الشكل (3-1)
41	مصادر تمويل عن المرض في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 2007.	الشكل (4-1)
الفصل الثالث		
77	تطور حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة (1990-2000).	الشكل (1-1)
79	يوضح حصة الضمان الاجتماعي في تمويل النفقات الصحية .	الشكل (2-1)

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الجدول
الفصل الأول		
29	مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي لحسابات الخاصة.	الجدول رقم 01
الفصل الثالث		
70	تطور عدد المدارس الخاصة في الجزائر.	الجدول رقم 01
71	التوظيف الطبيين و شبه الطبيين في قطاع الصحة.	الجدول رقم 02
71	:طور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام .	الجدول رقم 03
72	تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع الخاص.	الجدول رقم 04
73	المخصصات المالية لقطاع الصحي من سنة 2010 إلى 2018.	الجدول رقم 05
81	مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة	الجدول رقم 06
82	يمثل تطور وفيات الأمهات من سنة 1999 إلى سنة 2016.	الجدول رقم 07
83	يبين وفيات الأطفال الرضع حديثي الولادة خلال الفترة الممتدة من سنة 2010 إلى سنة 2020.	الجدول رقم 08
84	يمثل نسبة وفيات الاطفال دون سن الخامسة	الجدول رقم 09
86	متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين سنة 1990-2020	الجدول رقم 10
87	معدل الخصوبة خلال الفترة بين سنة 2010 إلى سنة 2016	الجدول رقم 11

مقدمة

مقدمة عامة

1- تمهيد :

تصدر قضية الصحة الأجندة الدولية لحقوق الانسان ،مما أعطى الدول و المجتمع الدولي فرصة عظيمة و تحديا جديدا ،إذ يشكل التوافق العالمي في سياسات الصحة أحد أهم المشكلات الرئيسية ،بحيث يعد قطاع الصحة قطاعا مركبا و معقدا جداً في إدارته ،فهناك أكثر من 100 منظمة عالمية كبرى معنية بقطاع الصحة ،بما يتفوق أي قطاع على الآخر ،و مع ذلك لا توجد هيكلية جماعية أو تنسيق عالمي كافي.

و على هذا الأساس يحتاج قطاع الصحة إلى آليات تضمن التمويل طويل المدى ،من جهة أخرى تعتبر الصحة عنصر و مكوّنا أساسيا للتنمية البشرية ،حيث أن هناك تفاعل ديناميكي بين صحة الإنسان صانع التنمية و بين التنمية كهدف منشود ،فعندما تمكن الأفراد من اشباع حاجاتهم المادية الى حد ما انتقلوا ضمن سلم الحاجات لإشباع تلك الحاجات الغير المادية و منها خدمات الرعاية الصحية.

و خلال هذا الانتقال أضحى جلياً دور خدمات الرعاية الصحية في خدمة المجتمع والاقتصاد على حدّ سواء ،على اعتبار أن الفرد المتمتع بصحة جيّدة ،يعد مورد بشري جاهز للاستعمال في العملية الانتاجية ،و من أبرز النتائج التي أظهرتها الدراسات السابقة فيما يتعلق بعلاقة الصحة بالنمو ،أنّه توجد علاقة سببية تبادلية بين الصحة و النمو ،فالصحة تؤثر بطريقة مباشرة على النمو ،من خلال تأثيرها على الانتاجية ،حيث أن الصحة الجيّدة تعطي الفرد القدرة على بذل مجهود أكبر خلال نفس وحدة الزمن ،والعمل لوقت أطول خلال نفس اليوم و العيش حياة انتاجية أطول ،كل هذه العوامل تساعد على زيادة النتاج والإنتاجية.

و مما لا شك فيه أن الخدمات الصحية هي من أكثر الخدمات التي تكون على عاتق الدولة و توفيرها بالمستويات المطلوبة ،و لذلك فهي تسعى دوما إلى تحسينها و تطوير مستويات جودتها بالبحث في مختلف الأساليب و الآليات التي تمكن من تحقيق ذلك ،و بالتالي تحقيق المنفعة للفرد بصورة خاصة و المجتمع و الدولة بصورة عامة.

و في ظل اهتمام معظم الدول بالخدمات الصحية بطرق و أساليب وأنظمة مختلفة، فالجزائر و على غرار باقي الدول كذلك اهتمت بتحسين مستوى خدمات الصحية من خلال التطورات الكبرى الذي شهدها القطاع الصحي الذي تزامن مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدها المجتمع الجزائري بشكل عام ، و قد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذا القطاع ، هو محاولة القيام بالتغيرات الضرورية في المنظومة الصحية ، عبر تطبيق سياسات مبرمجة ، أمّا من الناحية المادية فتظهر تنمية هذا القطاع من خلال مخصصاتها المالية من الميزانية العامة للدولة ، و هذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع.

2 - الإشكالية :

ما مدى كفاءة القطاع الصحي في الجزائر؟

يشق من صميم هذا التساؤل الرئيسي، أسئلة فرعية أخرى تتمحور حول الدراسة شكلا و مضمونا و تحليلا في الإجابة عليها و المتمثلة في:

- ما أن انخفاض مردودية القطاع الصحي ناجم عن ضعف الموارد المادية و البشرية بالقطاع ؟
- ما هي أهم أسباب زيادة الطلب على الخدمات الصحية في الجزائر ؟
- ما هي أساليب تمويل المنظومة الصحية في الجزائر؟

3 - الفرضيات :

- إن المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر ، خاصة مع تزايد الطلب على العلاج ، لا تكمن في نقص الوسائل المادية ، المالية و البشرية و أنّما إلى سوء استخدامها ، و هو ما يستوجب العقلانية في التسيير .
- إن سوء تسيير الإمكانيات المتاحة بالقطاع ، أدى إلى تزايد الانفاق الصحي الغير المبرر ، و بالتالي عدم القدرة على اشباع الطلب المتزايد على العلاج .
- أساس تمويل المنظومة الصحة الوطنية هو الدولة، الضمان الاجتماعي و الأسر، لكن يجب أن تحدد معالمها من خلال تحديد حصة كل هيئة على أساس برامج صحية، مع البحث عن مصادر أخرى للتمويل.

4 - أهمية و أهداف الدراسة :

(أ) أهمية الدراسة :

تكمن الأهمية العملية لهذه الدراسة في تقييم كفاءة القطاع الصحي، لمعالجة المشاكل الصحية التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر، و ذلك من ناحية تحسين الأداء و تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة.

و كذا التعرف على الوضع الراهن للصحة في الجزائر، وتحليل نقاط القوة و الضعف و تحديد الفرص المتاحة و التحديات و التقييم و الرهانات، التي لا بد من تحقيقها، مع وضع استشراف لمستقبل القطاع الصحي و تحقيق الانسجام الوطني في مجال الصحة.

(ب) أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى:

- معرفة العراقيل التي تواجه المنظومة الصحية الوطنية.
- التعرف على مختلف العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى تحسين و تطوير مستوى و كفاءة المنظومة الصحية.
- التوصل إلى بعض الاقتراحات التي يمكن أن تساهم في تنمية و تطوير الأداء، و تدعيم قدراته على تقديم خدمات صحية متميزة تتوافق مع أهداف القطاع، و توقعات المرضى.

5 - حدود الدراسة :

تتمثل حدود الدراسة في:

(أ) الإطار المكاني : تم استعراض أهم نماذج تمويل المنظومة الصحية في بعض دول العالم، و عي فرنسا، انجلترا و الولايات المتحدة الأمريكية.

(ب) الإطار الزمني : دراسة أهم الاصلاحات التي مرت بها المنظومة الصحية في الجزائر، منذ سنة 1962 إلى يومنا هذا.

6 - منهج الدراسة :

اعتمدنا على المنهج التاريخي التحليلي الاحصائي، وهذا لدراسة أهم الاصلاحات التي مرت بها المنظومة الصحية عبر مراحل مختلفة، من خلال جمع المادة العلمية و تحليلها

و استرجاع الحقائق منها. و كذلك تقييم و تتبع إحصائيات مؤشرات كفاءة القطاع الصحي ،من خلال استعراض مؤشرات وفيات الأطفال الرضع ،مؤشرات وفيات الأمهات ،مؤشرات نسبة الخصوبة ،عدد الموارد البشرية في قطاع الصحة و عدد المنشآت القاعدية الصحية ،و نسب انتشار الأوبئة في الجزائر خلال الفترة المدروسة.

7 - تقسيمات البحث:

لقد قمنا بتقسيم البحث إلى ثلاث فصول و هي على النحو كالتالي:

- الفصل الأول : تطرقنا في هذا الفصل إلى المفاهيم العامة حول المنظومة الصحية ، والذي بدوره قسمناه إلى ثلاث مباحث ،المبحث الأول تطرقنا إلى ما هي المنظومة الصحية أي مفهومها ،مكوناتها ، و الأهداف الاستراتيجية ،و مميزات النظام الصحي و العوامل المحددة له ،أما المبحث الثاني فتناولنا فيه اقتصاديات الرعاية الصحية ،من مفهومها ،خصوصيات فرع اقتصاد الصحة و سوق السلع و الخدمات ،وفي الأخير، المبحث الثالث و الذي تطرقنا من خلاله إلى تمويل المنظومة الصحية ،من أهم أنظمة تمويل المنظومة الصحية ،أهم مصادر تمويل المنظومة الصحية ،و أهم نماذج تمويل المنظومة الصحية في بعض دول العالم.
- الفصل الثاني : تطرقنا في هذا الفصل إلى الدراسات السابقة ،حيث قسمناه إلى مبحثين ،المبحث الأول تناولنا من خلاله الدراسات السابقة باللغة العربية ،أما المبحث الثاني تطرقنا إلى الدراسات السابقة باللغة الأجنبية.
- الفصل الثالث : فتطرقنا إلى القطاع الصحي في الجزائر ،و الذي بدوره قسمناه إلى ثلاث مباحث ،المبحث الأول تطرقنا إلى أهم مراحل إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر ،أما المبحث الثاني فتطرقنا إلى أهم مصادر التمويل في الجزائر ،وهي الدولة ،الضمان الاجتماعي ،الأسر ،والمصادر الخارجية ،و في الأخير المبحث الثالث ،فتناولنا في مؤشرات كفاءة القطاع الصحي في الجزائر.

الفصل الأول

مفاهيم عامة حول المنظومة الصحية

خطة الفصل الأول

الفضل الأول : مفاهيم عامة حول المنظومة الصحية

المبحث الأول : ما هي المنظومة الصحية

المطلب الأول : مفهوم المنظومة الصحية

المطلب الثاني : مكونات المنظومة الصحية

المطلب الثالث : الأهداف الاستراتيجية للمنظومة الصحية

المطلب الرابع : مميزات النظام الصحي و العوامل المحددة له

المبحث الثاني : اقتصاديات الرعاية الصحية

المطلب الأول : ما هي اقتصاديات الرعاية الصحية

المطلب الثاني : خصوصيات فرع اقتصاد الصحة

المطلب الثالث : سوق السلع و الخدمات الصحية

المبحث الثالث : تمويل المنظومة الصحية

المطلب الأول : أنظمة تمويل المنظومة الصحية

المطلب الثاني : مصادر تمويل المنظومة الصحية

المطلب الثالث : أهم نماذج تمويل المنظومة الصحية في بعض دول العالم

خلاصة

تمهيد :

إن الصحة الجيدة تعتبر شرط أساسي تجاه الفرد في حياته اليومية، ولهذا أصبحت للخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات المجتمع، ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الانسان، بل أيضا قدرته على البناء و التنمية، و هنا يتطلب تدخل الدولة في ميدان الصحة من أجل تحسينها و ترشيد تمويلها، مما يضمن استمراريتها و حيوية أنشطتها، لكن بمقابل ذلك أصبحت نفقات الصحة تتزايد من فترة إلى أخرى و هذا أدى إلى تدخل الاقتصاد في ميدان الصحي للبحث على أحسن الطرق للتحكم في هذه النفقات الصحية، و على هذا الأساس أدخلت التقنيات الاقتصادية في ميدان الصحة، عجلت بظهور فرع اقتصادي جديد، أين تميّز بعدة خصائص مقارنة بالفروع الاقتصادية الأخرى، خاصة و أنه ساهم و بحظ وافر في عقلنة نفقات القطاع الصحي و جعلها أكثر فعالية.

المبحث الأول

ما هي المنظومة الصحية

المطلب الأول

مفهوم المنظومة الصحية

هناك العديد من المفاهيم للمنظومة الصحية نذكر منها :

- المنظومة الصحية : هي عبارة عن مجموعة من العناصر التي تعمل مع بعضها البعض و ترتبط بشبكة من الاتصالات بهدف تحقيق أهداف معينة ،تشمل المنظومة مستويات و علاقات و هيكل تنظيمي و أهداف و تفاعل مع البيئة ة تحديد مداخلات و كيفية تشغيلها و ومخرجات و مؤثرات بيئية تؤثر في التغير و النمو و التطوير (1).
- تعتبر المنظومة الصحية: الإطار الذي يتم فيه تحديد الاحتياجات الصحية العامة للسكان ،و العمل على توفير مختلف الخدمات بصورة شاملة و متكاملة من خلال إيجاد موارد التمويل الأزمة و بتكلفة مقبولة يمكن تحملها من قبل الأفراد و المجتمع (2).
- إن تعريف المنظومة الصحية حسب " J.F/N.Y.S " هي مجموعة نشاطات مرتبطة فيما بينها ،لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية و الاجتماعية الأخرى ،التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف و التي تنشط داخل هذا المجتمع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلتا تجانس و استقرار زمني (3).
- كما ان المنظومة الصحية تعرف على أنها مجموعة من الالتزامات و تعهدات تخصصها الدولة للاهتمام بصحة الافراد و المجتمع ،و يمكن النظر إليها بأنها تدخل

(1) فريد راغب النجار ،إدارة المستشفيات و شركات الأدوية ،الدار الجامعية ،الإسكندرية ،2015 ،ص 51.
 (2) عياشي نور الدين ،المنظومة الصحية المغربية ،أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ،جامعة قسنطينة ،2010/2009 ،ص 07.

(3) J. F .N.Y.S. La santé consommation ou investissement, édition ECONOMICA, Paris 1981, p 18.

اجتماعي ينظم الأفراد و الجماعات أنفسهم فيه بطريقة معينة لمكافحة الامراض بشتى أشكالها و شدتها و الوقاية منها (1).

- كما عرف المشرع الجزائري النظام الصحي من خلال (المادة 04 من قانون 05/85) " المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الأعمال و الوسائل التي تضمن حماية صحة السكان و ترقيتها " (2).

- كما يمكن تعريف المنظمة العالمية للصحة على أنها مجموع الموارد و المنظمات و الاطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية و النشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الأساسي حماية و تحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات(3).

و في الأخير يمكن تعريف المنظومة الصحية على أنها مجموعة من الخدمات الشبه المجانية المقدمة من طرف مجموعة من المنظمات قصد الاهتمام بصحة الأفراد و المجتمع.

المطلب الثاني

مكونات المنظومة الصحية

تتكون المنظومة الصحية من مجموعة من عناصر أساسية تتمثل فيما يلي:

الفرع الأول

الموارد البشرية

تتطلب الخدمات الصحية و جود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الممارسين العامين ، و الخاصين و الاستشاريين في جميع مجالات الطب ،بالإضافة إلى الهيئة التمريضية و الطبية المساعدة كالصيادلة و مختصي مختبرات الأشعة ،التخدير و الانعاش ،الرقابة الصحية ،التأهيل و العلاج الطبي ... إلخ ،كذلك الموارد البشرية الإدارية

(1) صلاح محمد ذياب ،إدارة خدمات الرعاية الصحية ،الطبعة الأولى ،دار الفكر للنشر و التوزيع ،عمان الأردن ،2010 ،ص 161.

(2) الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية، المادة رقم 04 من القانون 05/85 المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، العدد 8، الصادرة في 17 فبراير 1985.

(3) OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus Performât Génère 2000 ,P8.

و المحاسبة و العاملين في مجال الصيانة و الخدمات ، و يجب أن تتميز هذه الموارد البشرية بمستوى عالي من الخبرة و الكفاءة و التعاون ، لينعكس ذلك على الجودة الخدمة الصحية (1).

الفرع الثاني

الموارد المالية

تتنوع مصادر التمويل الصحي في السلطات العمومية التي تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول لمكافحة الامراض المعدية ، مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة و الإشراف على برامج رعاية الأمومة و الطفولة و برامج التطعيم ، إلا أن زيادة التكاليف و الطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون زيادة في الإنفاق العمومي عليها دفع ببعض الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها و مستوى تطورها و نذكر أهمها : التمويل عن طريق اشتراكات التأمين أو الضمان الاجتماعي ، التمويل عن طريق الضرائب ، التمويل من خلال التأمين الخاص (2).

الفرع الثالث

الأجهزة و المعدات

تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية، حيث أن توفير الأجهزة و المعدات و الآلات المتطورة و المزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة، تساعد على تشخيص الأمراض بدقة و علاجها و زيادة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة (3).

(1) نصر الدين عيساوي ،مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة) ،رسالة ماجستير في اقتصاد العالمي ،جامعة الإخوة منتوري ،2004/2005 ،ص 123.

(2) وفاء سلطاني ،تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و آليات تحسينها ،دراسة ميدانية بولاية باتنة ،أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير ،شعبة المنظمات جامعة باتنة ،سنة 2016 ،ص 27.

(3) محمد الصادق بورقعة ،المنظومة الصحية في الجزائر من 1962 إلى 2008 ،أطروحة ماستر تخصص تاريخ الوطن العربي المعاصر ،جامعة محمد خيضر ،بسكرة ،2021/2022 ،ص 13.

الفرع الرابع

المباني و الهياكل المستخدمة

تشتمل العيادات المراكز الطبية المستشفيات و الصيدليات ،المستوصفات و المختبرات ،على أن تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية في ظروف بيئية مناسبة ،كأن تضم غرضا المرض ،الحمامات ،الممرات ،محطات التمريض و مخازن الادوية و غيرها حيث تتوفر على التهوية ،الإتارة التدفئة و النظافة و أماكن الانتظار و الراحةإلخ.

الفرع الخامس

المرضى و المستفيدين من الخدمات الطبية

وهم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية و الرعاية الصحية ،ورغم أنه من الصعب تلبيةها بشكل كامل ،إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها ،فبقدر تعدد الحاجات المرضى و متطلباتهم تتعدد و تتنوع المستويات الخاصة بالخدمات (1).

الفرع السادس

البحوث و تراكم المعارف

تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية و الاختراعات بهدف تحسين العلاج و مكافحة الامراض كما تساهم في تخفيض التكاليف الصحية من خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض و اعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولتها مثل : إپر الأنسولين (2).

(1) نصر الدين عيساوي ،مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة) ،المرجع سبق ذكره ،ص 124.

(2) نصر الدين عيساوي ،المرجع سبق ذكره ،ص 45.

الشكل رقم (1-1) : مكونات النظام الصحي ووظائفه و تدخلاته



المصدر: المرجع السابق ، ص: 59.

المطلب الثالث

الأهداف الاستراتيجية للمنظومة الصحية

إن المنظومة الصحية تقوم على مجموعة من الأهداف الاستراتيجية يمكن تلخيصها فيما يلي :

الفرع الأول

استراتيجية المكاسب

زيادة المكاسب الطبية من خلال التقليل من أعباء الأمراض و التركيز على الأولويات الصحية و خصوصا الأمراض المسببة للوفيات كأمراض القلب و الشرايين ،أمراض السرطان و السكري....إلخ بتطوير المعايير و البروتوكولات الطبية و العلاجية الموحدة و تنفيذ البرامج الوقائية الشاملة لهذه الأمراض (1).

الفرع الثاني

استراتيجية الرعاية الصحية الأولية

- استراتيجية الرعاية الصحية الأولية : في نهج شامل و متكامل لتوفير الخدمات الصحية الأولية الأساسية و الوقائية و العلاجية للفرد و المجتمع في مراحله الأولى مع التركيز على التوجيه و التنقيف و التشجيع على الممارسات الصحية السليمة و الوقاية من الأمراض ،حيث تهدف هذه الاستراتيجية إلى تحسين الصحة العامة و تقليل تكلفة الرعاية الصحية عن طريق التركيز على الوقاية و التدخل المبكر و التنظيم الشامل للخدمات الصحية.

إن الاستمرار في الاعتماد الرعاية الصحية الأولية كعماد و ركيزة أساسية للخدمات الصحية في الجزائر و توفير الرعاية الشاملة لجميع فئات المجتمع (2).

(1) محسنى علمية ،إشكالية تمويل المنظومة الصحية في الجزائر ،أية بدائل متاحة ،مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم التسيير تخصص إدارة المالية ،السنة 2021/2020 ،المركز الجامعي عبد الحميد بالصوف ،ميلة ،ص 4.

(2) محمد الصادق بورقعة ،يحي رمضان ،المنظومة الصحية في الجزائر من 1962 إلى 2008 ،المرجع سبق ذكره ،ص

الفرع الثالث

استراتيجية الخدمات الصحية الشاملة و المتكاملة

- استراتيجية الخدمات الصحية الشاملة و المتكاملة: تعني توفير خدمات صحية شاملة تعطي جميع الجوانب الطبية و الصحية للفرد ،بما في ذلك الوقاية و العلاج و الرعاية الصحية ،و ذلك بتكامل الخدمات و تنسيقها بشكل فعال لتلبية احتياجات الفرد و تحسين صحته بشكل متكامل.

تطوير النظام الصحي المتكامل للربط بين المستويات الاولية و الثانوية و الثلاثية و ذلك لتقديم رعاية صحية عالية الجودة و سهولة المنال من قبل المجتمع.

الفرع الرابع

استراتيجية الجودة و تطوير الأداء

تطوير الجودة يكون استجابة للخدمات للصحية و لحاجات الأفراد و المجتمع و تقوية دور الوزارة كمنظم و مراقب للجودة و اعتماد الخدمات العلاجية المبنية على القرائن المثبتة علميا و على جدار الأداء المؤسسي عند تقديم تطوير هذه الخدمات (1).

الفرع الخامس

استراتيجية استثمارات المستقبلية

الاعتماد على التوجيهات الاستراتيجية كمرجع أساسي عند الاستثمار في المشاريع الجديدة و تطوير القوى العاملة لبناء المنشآت و شراء المعدات الطبية الأولية و جميع المستلزمات الأخرى (2).

الفرع السادس

استراتيجية العمل المشترك

الشراكة في العمل مع أطراف ذات صلة بالصحة محليا و إقليميا و عالميا و ذلك من أجل تقنين الخدمات و استخدام الأمثل للمهارات و الموارد.

(1) نصر الدين عيساوي ،مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة مستشفى حي البير) ،المرجع سابق ذكره ،ص 123.

(2) محسني عليمية ،إشكالية تمويل المنظومة الصحية في الجزائر :أية بدائل متاحة ،المرجع السابق ذكره ،ص 05.

الفرع السابع

استراتيجية الإدارة و التقييم

إجراء التعديلات و الإصلاحات على الهيكل التنظيمي بما يتناسب و تطبيق التوجيهات و استراتيجيات الصحة المستقبلية و نشر اللامركزية كنموذج للإدارة⁽¹⁾.

الفرع الثامن

استراتيجية الموارد البشرية

تقوية و تطوير الإدارة للموارد البشرية و التخطيط للقوى العاملة ورفع مستوى الأداء لدى جميع العاملين في القطاع الصحي تقدير دورهم و تحفيزهم لتقديم أفضل خدمات.

الفرع التاسع

استراتيجية التنمية و التعليم

إجراء البحوث الصحية، تطوير دور الخدمات الصحية في تنظيم و تدريب و إجراء بحوث و دراسات و التركيز على بحوث النظم الصحية.

الفرع العاشر

استراتيجية الإدارة المالية

تطوير النظم المالية و الكفاءات و المهارات الإدارية لتنفيذ الاستراتيجية و العمل على التوظيف الأمثل للموارد المتاحة⁽²⁾.

(1) محمد الصادق بورقعة، يحي رمضان، المنظومة الصحية في الجزائر من 1962 إلى 2008، المرجع السابق ذكره، ص

11.

(2) محسنى عليمة، إشكالية تمويل المنظومة الصحية في الجزائر: أية بدائل متاحة، المرجعي السابق ذكره، ص 05.

المطلب الرابع

مميزات النظام الصحي و العوامل المحددة له

الفرع الأول

مميزات النظام الصحي

يتميز النظام الصحي بمجموعة من المزايا و الخصائص و هي كالتالي (1):

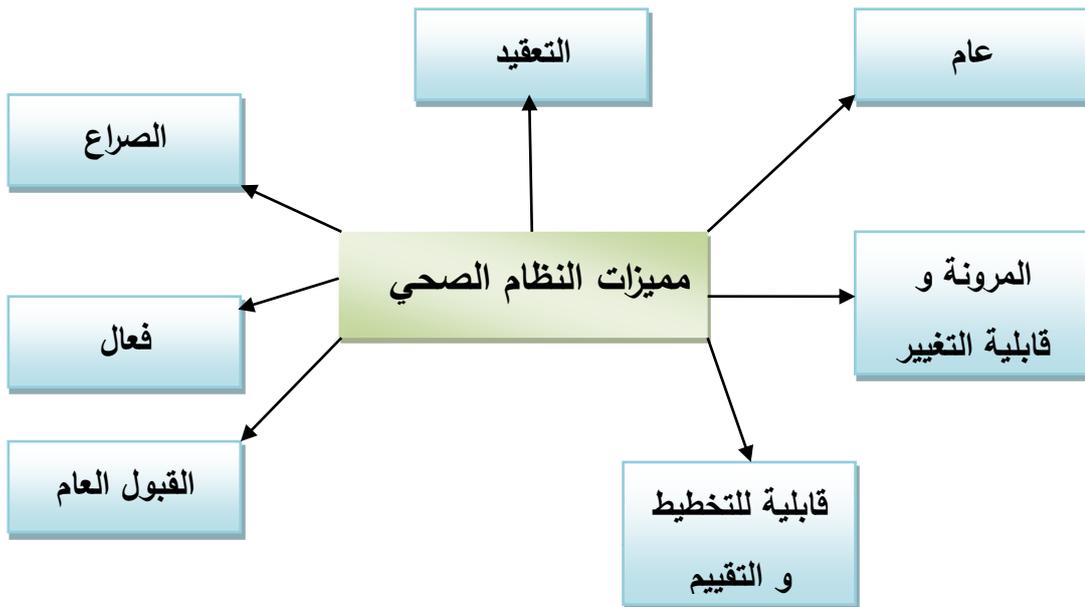
- **أولاً : عام :** يعتم بكل القطاعات التابعة له ،خصوصا قطاع الرقابة.
- **ثانياً : التعقيد :** بسبب وجود العديد من القطاعات و العديد من العلاقات و الاتصالات مما يزيد في صعوبة و تعقيد النظام الصحي.
- **ثالثاً : الصراع :** وجود العديد من القطاعات ضمن النظام الصحي و كل واحد من هذه القطاعات لديه أهدافه الخاصة ،مما يؤدي إلى وجود نوع من الصراع بين مختلف القطاعات الصحية ،فمثلا يهدف القطاع الخاص إلى تعظيم الأرباح في حين أن القطاع الصحي العمومي فهو يهدف إلى تقديم خدمات صحية شبه مجانية دون أخذ بعين الاعتبار هامش الأرباح ،وهذا ما يؤدي إلى صراع بين أطراف النظام الصحي من جهة ،وقد ينشأ صراع ضمن المؤسسات الصحية في القطاع الواحد كالصراع بين مستشفيات القطاع الخاصة مثلا من جهة أخرى.
- **رابعاً : فعال :** سواء من جانب التقني المتمثل في البحث العلمي الطبي ،أو من جانب الاقتصادي من خلال مختلف القرارات المتخذة.
- **خامساً : القبول العام :** يجب أن يحظى أي نظام صحي بموافقة المجتمع و هو الأمر الذي يتضح لنا جليا من خلال الصعوبات التي تظهر تطبيق الأنظمة الصحية المستوردة من بلدان الأخرى.
- **سادساً : قابلية لتخطيط و التقييم :** لا بد لأي نظام صحي أن يحظى في مراحله الأولى بمرحلة التخطيط من خلال وضع الاستراتيجيات الأولية التي تضم أهداف النظام وتوجيهات

(1) Levya azaban M (1996) :Santé publique ,édition Masson ,Paris ,P45.

وفقا لمتطلبات و حاجيات الافراد كما يجب أن يحظى بمرحلة نهائية من خلال عملية التقييم للنتائج المحققة مع مقارنتها بالأهداف الموضوعة لتصحيح الانحرافات و اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة لذلك.

- سابعا: المرونة و القابلية التغيير : كذلك من بين المميزات التي يجب أن يتمتع بها أي نظام صحي هو المرونة اللازمة من أجل التأقلم التي يشهدها المحيط الاقتصادي و الاجتماعي و حتى التكنولوجي، وبصيغة أخرى التأقلم مع أي ظرف طارئ قد يؤثر غما إيجابية أو سلبية على هذا النظام الصحي (1).

الشكل رقم (1-2) : مخطط يبين مميزات النظام الصحي



(1) فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسير للنشر و التوزيع، الطبعة الثانية، الأردن، 2009، ص 61.

الفرع الثاني

العوامل التي تؤثر في وضع النظام الصحي

قبل ما نبدأ يوجد عدة عوامل التي تؤثر في وضع النظام الصحي من بينها (1) :

- أولاً : السكان (POPULATIONS)

يعتبر الوضع السكاني من أهم العوامل التي يجب أن يتم أخذها بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي، بل و يمكن اعتباره العامل الأساسي أو الركيزة الأساسية لبناء النظام الصحي و ذلك من خلال جمع المعلومات و البيانات عن السكان في المجالات التالية:

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

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

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

4. المستوى الثقافي للسكان : كما هو معلوم فأي نظام صحي يشمل أربعة مستويات أساسية ،و على هذا الأساس في حالة مستوى متدني من الثقافة لدى السكان ،فإن النظام الصحي سوف يتجه نحو الرعاية الصحية الأولية ،و التنقيف الصحي و الصحة الشخصية ،أما في حالة وجود مستوى مرتفع من الثقافة فإن تركيز النظام الصحي سوف ينصب على مستويات الرعاية الصحية الثانوية ،الثالثة و التأهيلية.

(1) علي دحمان محمد ،تقييم مدى فعالية الاتفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ،المرجع السابق ذكره ،ص 80.

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

6. **عوامل أخرى** : هناك عوامل أخرى قد تؤثر على النظام الصحي إما إيجابية أو بصفة سلبية و نذكر منها :

العادات و التقاليد، المعدات الحيوية المختلفة، أعداد الأسرة الواحدة... إلخ.

- ثانيا: الموارد الطبيعية المتوفرة

إن توفير الموارد الطبيعية المختلفة يعكس بالضرورة القدرة المالية على إيجاد نظام صحي يتمتع بالرقى و الجودة نحو ذلك باعتبار أن توفر الموارد المادية يترجم في النهاية إلى الموارد مالية نستطيع من خلالها الإنفاق على مختلف مستويات الصحة ،و لما نتحدث عن الموارد الطبيعية فلا بدا أن نشير إلى أربعة عناصر أساسية : حجم الموارد الطبيعية للدولة ،مستوى النشاط الاقتصادي ،حجم القوى البشرية (المؤهلة و الغير المؤهلة) و مستوى الرضا لديهم و المنبثقة من مدى قناعتهم عن مدى مقدرة دولتهم في خلق وإيجاد نظام صحي متطور يتماشى و احتياجات الطلب على الخدمات الصحية ما العنصر الأخير فيتمثل في حجم الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى و الذي يعكس استعداد الدول للتضحية بمداخيها نحو خدمة و إشباع طلبات الأفراد من خدمات الصحة.

- ثالثا: العوامل البيئية الطبيعية

تلعب العوامل البيئية كالمناخ ،الطقس و الأوبئة ... إلخ دورا كبيرا في رسم النظام الصحي ،خاصة إذا كان هناك معرفة بأن الأمراض تختلف حسب العوامل البيئية ، مما يحتم ضرورة أخذها بعين الاعتبار عند تصميم أي دولة لنظامها الصحي.

- رابعا: متغيرات و عوامل مختلفة أخرى

هناك مجموعة من العوامل الأخرى التي تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي و التي لها أهمية نسبية في إيجاد النظام الصحي و أهم تلك العوامل:

- القطاعات الصحية الموجودة.
- تكاليف التعليم و التدريب.
- الهياكل التعليمية التي تتكفل بتدريس المهن الطبية المختلفة.
- معدلات الأمية.

المبحث الثاني

اقتصاديات الرعاية الصحية

المطلب الأول

ما هي اقتصاديات الرعاية الصحية

إن الاقتصاد يعني دراسة الندرة و الوسائل التي بواسطتها يمكننا التعامل مع هذه المشكلة ، و لأن الموارد محدودة بالضرورة ، فإن الاختيار يحتاج إلى كشف الكيفية التي سيتم بها استخدامها ، و الاقتصاد كعلم يهتم أو يركز بدرجة كبيرة على الكيفية التي نقوم بواسطتها بالاختيار في سياق ندرة الموارد ، و أحد الافتراضات أو المسلمات الأساسية التي يتم العمل في الاقتصاد ، بصفة عامة هو أن الأفراد سوف يصنعون هذه القرارات منطقياً ، وهذا يعني وجود معلومات جديده سوف يختارونها لحل الأشياء مثل : كمنفعة الخدمات الصحية و التي ستكون في مقام أفضل الاهتمامات لديهم ، حيث أن أفضل الاهتمامات يتم تعريفها على أنها تنظيم وزيادة منفعتهم حيث الموارد الموجودة في استطاعتهم⁽¹⁾.

الفرع الأول

مدخل عام لظهور اقتصاد الصحة

ظهر اقتصاد الصحة في نهاية الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا العظمى و بداية السبعينات في فرنسا ، و النقطة الموحدة بين مختلف البحوث تتمثل في اختيار قطاع الصحة كمجال للتطبيق ، وذلك للتواصل إلى التحليل الاقتصادي و التطور النظري ، خلال عشرية الثمانينات أعطيت أهمية لاقتصاد الصحة لأسباب تطبيقية تخص متطلبات تسيير قطاع الصحة و الهيئات المقدمة للعلاج ، في نهاية سنوات السبعينات ظهرت قيود اقتصادية مخيفة حدثت من المتطلبات الاجتماعية للسكان في ميدان الاستهلاك الطبي.

(1) د.علي دحمان محمد ، د.بطيوي نسرين ، اقتصاديات الصحة و تمويل الرعاية الصحية ، دار الكنوز للإنتاج و النشر و التوزيع ، سنة 2023 ، ص 25.

بعد أزمة سنة 1929 ظهر التحليل الاقتصادي الجزئي (Micro-économie) عن طريق الاقتراب الكينزي في هذا الجو ظهر اقتصاد الصحة و عم مجال تحليل النشاطات الاجتماعية، فأغلبية الأعمال الاقتصادية المتعلقة بميدان الصحة تبنت الميكانيزمات، المفاهيم و الوسائل المنهجية للمدرسين الحدية و الكينزية، ومن هنا نستخلص إلى أن الفكر الاقتصادي في مختلف المدارس كان جاهلا لدور قطاع الصحة، بحيث لم يتم التطرق إليها بل اعتبروها نشاطا اجتماعيا، ليس له أي تأثير على النشاط الاقتصادي.

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

على الرغم من أن اقتصاد الصحة من العلوم حديثة النشأة، إلا أنه قد تطور بسرعة و سبب ذلك هو أنه علم متفرق و هذا ما أشار إليه العديد من المفكرين الاقتصاديين على غرار (BVSET BOURBOVN) حيث أنه قال: " إنه من الأهمية خلق و تطوير علاقات مباشرة بين الحقول البشرية المختلفة، و يجب الملاحظة أنه غالبا و بالتقاء فرعي معرفة مختلفين تحدث نتائج هامة، إن أنه ليس من العشوائي أن العلوم المركبة من اسمين هي التي تتطور بسرعة (1)".

هذا و قد أضاف في نفس السياق أنه: " يجب الحد من الاحتكار و المقصود من ذلك على أنه ألا يبقى على فرع منغلق على أفكاره، بل يجب التفتح على العلوم الأخرى لإيجاد تقارب و الوصول إلى نتائج لم يحققها الفرع الأحادي لوحده (2)".

(1) J.D.E Bourbon Busset :La prospective du cahie de sociologie et de la démographie médicales ,Paris 1983 ,N 02.

(2) Stephan A : Beroins de santé et couverture économique individue et notion ,Paris cahier de sociologie et de démographie ,N2 ,P198.

الفرع الثاني

مفهوم اقتصاد الصحة

للصحة خصائص اقتصادية لا بد من دراستها، لذلك يهتم علم الاقتصاد بدراسة طريقة تحديد الخيارات الأفضل من أجل الاستخدام الأمثل للموارد النادرة لإشباع الحاجات المتنوعة وتصبح المعضلة أصعب، إذا لم يؤخذ بعين الاعتبار حاجة المستهلكين المحتملة في المستقبل، هنا تظهر أهمية اقتصاد الصحة، فرغم الصعوبات التي واجهها من حيث المحتوى و الشكل، إلا أنه ولد و تطور بسرعة لإيجاد حل للتناقض القائم بين الحاجات الاجتماعية من جهة و القيود الاقتصادية من جهة أخرى، أما من وجهة نظر الاقتصاديون فقد اختلفت نظرتهم إلى اقتصاد الصحة حيث :

▪ يرى " P.Bonamour و F.V.Guyot " في كتابهما الاقتصاد الطبي (Economie médical) على أنه : " فرع المعرفة التي تهدف إلى تعظيم النشاط الطبي، دراسة الشروط المثلى لتخفيض الموارد التي تملكها حتى نضمن للسكان أحسن حالة صحية ممكنة، مع الأخذ بعين الاعتبار القيود و الوسائل المتواجدة (1).

▪ كذلك هناك تعريف " Gvy Dehand " فيعرف اقتصاد الصحة : " فرع مختص من العلوم الاقتصادية، الذي يهدف إلى دراسة القيود التي يفرضها المحيط السوسيو الاقتصادي على النظام الصحي " .

كما يرى " H.Guitton " " أن اقتصاد الصحة هو فرع جزئي وصفي يهتم بمعرفة المعطيات الأساسية التي تساهم في استرجاع الصحة الضائعة و وقايتها حتى لا تضيع " .

(1) P.Bonamour et F.Guyot :Economic médical ,Editions médicales et universitaires ,Paris 1979.

الفرع الثالث

أسباب ظهور فرع اقتصاد الصحة

هناك عدة أسباب عجلت بظهور فرع اقتصاد الصحة ما هو اقتصادي و منها ما هو اجتماعي ،لكن ما يهمنا بالدرجة الأولى كاقصاديين الأخذ بالأسباب الاقتصادية.

- أولا : الثقل الاقتصادي للإنفاق الصحي

الترابط بين الصحة و الاقتصاد يبرز بشكل كبير في ظل الأزمات الاقتصادية التي واجهت المجتمعات البشرية و بالخصوص بعد الحرب العالمية الثانية و ذلك نتيجة بروز الثقل الاقتصادي الذي أصبح يشكله الإنفاق الصحي ،و من ثم أصبح التفكير منصبا على البحث في طريقة تسيير جيدة أكثر عقلانية للموارد و الوسائل المقدمة لقطاع الصحة و كذا معرفة النتيجة المتلى لهذا الجهد الإنفاق.

- ثانيا : البحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي

تزايد النفقات الصحية تزامن مع الرفاهية الاقتصادية التي سادت الدول المصنعة خلال الثلاثين سنة ،التي تلت نهاية الحرب العالمية الثانية ،إذ أصبح من الضروري تطبيق تقنيات التغيير في الميدان الصحي و ذلك تزامنا مع الركود الاقتصادي و محدودية الموارد المالية التي تلت مرحلة اليسر المالي هذا من جهة ،و من جهة أخرى عقلنة النفقات لغرض إشباع أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع تحت قيد الموارد المالية (1).

(1) د.علي دحمان محمد ،تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ،المرجع السابق ذكره ،ص 26.

المطلب الثاني

خصوصيات فرع اقتصاد الصحة

الفرع الأول

تدخل الدولة

بعد الأزمة الاقتصادية العالمية لسنة 1929 تبين أن تدخل الدولة ضروري لتنظيم الحياة الاقتصادية في الدولة ذات اقتصاد الليبرالي، لكن تدخل الدولة في الميدان الصحي لا يقتصر في التعديل أو التوجيه فقط بل يتعدى ذلك أين تصبح الدولة المسؤولة الأولى عن القطاع.

يبدأ تدخل الدولة بالقطاع الصحي من خلال الشهادات الممنوحة لمتخرجين و التي تسمح لهم بممارسة النشاط الطبي بمختلف اختصاصاته (تجدر الإشارة على أنه وفي بعض الدول كالولايات المتحدة الأمريكية الشهادات الممنوحة من قبل الدولة لا تكفي للتوظيف بالقطاع، و إنما يلزم إرفاقها بشهادات ذات إثبات الذات و التي تمنح من طرف الخواص بعد مرحلة تجريبية)، إضافة إلى شروط التوظيف، تدخل الدولة بالقطاع يمس أيضا ميدان التأمينات و المساعدات الاجتماعية للطبقات الفقيرة، أصحاب الأمراض المزمنة... إلخ.

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

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

تدخل الدولة في هذا الميدان يمس أيضا التدريس الطبي و البحث العلمي و يظهر هذا جليا من خلال المخصصات المالية التي ترصدها الدول لتغطية نفقات القطاع، فضلا عن هذا كله تقوم الدولة بمنح مجموعة من الإعفاءات الضريبية الخاصة بالاشتراكات و

التأمينات الممنوحة من طرف أرباب العمل، كل هذه الجهود المبذولة من طرف الدولة تهدف من خلالها إلى ضمان السير الحسن للقطاع (1).

الفرع الثاني

عدم اليقين

يندرج اليقين في كل ركن من حقل الرعاية الصحية، فلا يقين قد يبدأ بالمستهلك (رأي المريض في الرعاية الصحية) لكن بالتأكيد لا ينتهي هناك، ضف إلى ذلك مزودو الرعاية الصحية يواجهون أيضا لا يقينا كبيرا بالرغم من أنه لا يظهر أنهم تعرفوا عليه فرديا علاوة على ذلك في مواقف مشابهة فالأطباء غالبا ما يقومون بالمعالجة عند اسعار شديدة التفاوت و غالبا ما يتباعدون كثيرا من أي معالجات يوصفون بها، و بالتالي فاختيار العلاج يتغير خلال الزمن غالبا مع قليل أو بدون اساس علمي للقرار (2).

الفرع الثالث

عدم تماثل المعرفة

يتواجد التماثل عند ما يتطابق شيئان (الحجم، الشكل و القوة) وعندما يساوم شخصان في تبادل اقتصادي و أحدهما لديه الكثير من المعلومات المتعلقة بالآخر إلا أنه في الحالة السابقة كلا الجانبين لديه الفرصة و نفس المهارات في تقييم الأوضاع و ادعاءات الآخر، أما في الرعاية الصحية، فالعكس هو صحيح و ذلك باعتبار أن الطرف الأول (الطبيب) لديه مستوى أعلى من المعلومات من الطرف الآخر بخصوص القضايا المطروحة (المسماة بالتشخيص) ومعالجة المرضى، و ليس ذلك فقط، فالحوافز لإظهار المعلومات تختلف، ففي نزع السلاح الطرفان لديهما نفس الحوافز لإظهار أو إخفاء المعلومات أما في حالة الطبيب و المريض الطرف الثاني يرغب بوضوح في إظهار المعلومات للطرف الأول و لكن هذا الأخير قد يكون في موقف مختلف كون أن الواجب المهني و أخلاقيات المهنة و المسؤولية الشخصية تدفعه لأن يكون صريحا وأميناً، و مع ذلك فهناك تعارض، و ذلك باعتبار أن

(1) د.علي دحمان محمد، د.بطيوي نسرين، اقتصاديات الصحة و تمويل الرعاية الصحية، المرجع السابق، ص 31.

(2) د.علي دحمان محمد، د.بطيوي نسرين، اقتصاديات الصحة و تمويل الرعاية الصحية، المرجع نفسه، ص 31.

الدافع البسيط للربح يمكن أن يقود الطبيب إلى اختبارات مختلفة، و بالمثل كما هو في العديد من أوجه الميادين فاقتصاديات الرعاية الصحية تحتوي على مجموعة من الآليات لحماية المرضى المستهلكين غير المثقفين من بعض الممارسات الغير المشروعة و على هذا الأساس فقد أكد " كينيث أرو 1983 " على أهمية الثقة في العلاقات الجارية و أن التطورات الحديثة في دراسة الرعاية الصحية و أسواق مماثلة قد شكلت رسميا هذه الأفكار بكمالية أكثر، فبينما يعرف طرفان أنهما سيتعاملان مع بعضهما لمدة طويلة العلاقة التقليدية (علاقة الطبيب، المريض) فإن سلوكهما يمكن أن يختلف جذريا عن صفقة المرة الواحدة⁽¹⁾.

الفرع الرابع

الوفورات الخارجية

تعتبر الوفورات الخارجية أحد الجوانب الهامة التي تفصل بين الرعاية الصحية و الكثير من الأنشطة الاقتصادية و ذلك باعتبار أن الكثير من أنشطة الرعاية الصحية لديها القليل أو لا منافع خارجية، و لكن الكثير من هذه الأنشطة لها تلك الوفورات الخارجية الجوهرية أصبحت تكون جزء كبيرا من مجتمعنا لدرجة أنه غالبا مت نتعرف على و جودها أو عواقبها، فمثلا مراقبة الصرف الصحي، و قواعد الحجر الصحي لإمراض معينة و برامج التطعيم الضخمة لأمراض المعدية غالبا ما تمر دون أن يلاحظها الشخص العادي⁽²⁾.

(1) د. علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، المرجع السابق، ص 31.
(2) د. علي دحمان محمد، د. بطيوي نسرين، اقتصاديات الصحة و تمويل الرعاية الصحية، المرجع السابق ذكره، ص 32.

المطلب الثالث

سوق السلع و الخدمات الصحية

الفرع الأول

مفهوم سوق السلع و الخدمات الصحية

هو عبارة عن مؤسسة اجتماعية تتفاعل فيها عوامل وقوى العرض و الطلب لعقد صفقات تجارية تبادلية للسلع و الخدمات و التعاقدات مقابل أثمان مناسبة لهذه المؤسسة و بما يرضيها و يخدم مصالحها ، و لتحقيق ذلك لا بد من السيطرة و التحكم بعوامل الإنتاج و قيام السوق على الأسس العلمية بعناصره و العاملين به و مقدار الدخل المتأثر مع تحديد أوجه الاختلاف و التشابه البدائل المناسبة التي يتوجب إدخالها على أساس التكلفة التقديرية و الفعلية و مقارنتها مع العوائد أخدمين بعين الاعتبار العقبات و المعوقات لكل مرحلة من المراحل الضرورية لخدمة شقي المعادلة من العرض و الطلب (1).

الفرع الثاني

تعريف الطلب على الخدمات الصحية

الطلب على الخدمات الصحية لا يعني الحاجة أو الاحتياج فالفقراء و المحرومين لديهم حاجات صحية عديدة لكن ليس لديهم القدرة الشرائية لإشباع هذه الحاجات باستهلاكها أو الانتفاع بها ، و بالتالي لا يستعطون طلب السلع أو الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها.

يعرف الاقتصاديون الطلب بصفة عامة بأنه الرغبة في شراء سلعة أو خدمة و تساند هذه الرغبة القوة الشرائية اللازمة (2).

(1) د. علي دحمان محمد ، د. بطيوي نسرين ، اقتصاديات الصحة و تمويل الرعاية الصحية ، المرجع السابق ، ص 40،41.
(2) د. علي دحمان محمد ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، المرجع السابق ، ص 46.

الفرع الثالث

تعريف عرض الخدمات الصحية

يمثل العرض السوقي للسلعة إجمالي الكميات التي يعرضها المنتجون للبيع و يفترض الاقتصاديون كأداة المنتجين يهدفون إلى تعظيم أرباحهم لكن هناك أهداف أخرى محتملة مثل تعظيم العائد أو الناتج أو النصيب من السوق ، و العرض هو أيضا عبارة عن تدفق مالي عبر الزمن يتحدد بسعر السلعة إلى جانب عدد من العوامل الأخرى.

تجدر الإشارة أنه في العديد من نظم الخدمات الصحية يكون العرض على قدر كبير من التنظيم بحيث لا يترك لقوى السوق نفس طريقة عرض السلع الاستهلاكية، وإن كان هذا لا يمنع من تحليل عرض الخدمات الصحية من خلال نظام السوق الحر حتى يمكن تفعيل الحوافز السوقية في أداء نظم الخدمات الصحية وصولا إلى الكفاءة و الفعالية في أداء تلك الخدمات.

من جهة أخرى يلاحظ فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية أن تقنيات الإنتاج الخدمات الصحية تشمل على مدخل العمل في شكل كوادر طبية و شبه طبية ،بالإضافة إلى عوامل إنتاج وسيطة ورأسمال و في هذا الصدد يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات و الإرشادات للأفراد حول طبيعية حالتهم الصحية ،و أثر مختلف طرف العلاج ،و القيام بتوفير خدمات العلاج (كالجراحة ،و كتابة الوصفات الطبية) كذلك أن الأطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في توفير الخدمات الصحية ،إذ يتطلب توفير هذه الخدمات أعداد كبيرة من الكوادر الطبية التي تلعب دورا هاما في إنتاج الخدمات الصحية (1).

(1) د. علي دحمان محمد ،د. بطيوي نسرين ،اقتصاديات الصحة و تمويل الرعاية الصحية ،المرجع السابق ذكره ،ص 49.10

المبحث الثالث

تمويل المنظومة الصحية

المطلب الأول

أنظمة تمويل المنظومة الصحية

إن تسيير المنظومات الصحية في العالم يعتمد على ثلاثة أنظمة أساسية للتمويل و هي⁽¹⁾ :

الفرع الأول

نظام بيفردج (النظام الشمولي أو المفهوم الانجليزي)

حسب هذا المفهوم فان الدولة هي المصدر الاساسي لتمويل المنظومة الصحية و ذلك من خلال الاقتطاعات الضريبية ، بحيث أن كل فرد يساهم في دفع الضرائب له الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية المجانية ، فالتمويل هنا يعتمد على تضامن وطني مزدوج بين الفقراء و الأغنياء و بين الأصحاء و المرضى ، حيث العلاج في هذه الحالة يكون دائما مجانا بالنسب للمرضى ، فالمبدأ الأساسي لهذا النظام هو التساوي في الوصول الى العلاج و تعميمه و ضمان شموليته.

الفرع الثاني

نظام بسمارك (الأنظمة المهنية)

حسب هذا النظام فان الحق في الصحة و التأمين الصحي يمس فقط فئة العمال و ذوي الحقوق و لعائلتهم حيث يتم تمويل الخدمات الصحية من طرفهم من خلال الاشتراكات التي يدفعونها حسب الاجور التي يتقاضونها ، أي يكون تسيير هذه الاشتراكات من طرف النقابات العمال ، الذين يتم تسميتهم بالشركاء الاجتماعيين ، الذين لهم مسؤولية تحقيق التوازن المالي للدولة.

⁽¹⁾ P.Etienne Barral : Economie de la santé, Edition,Dunod,Paris,1978,P400.

الفرع الثالث

النظام الحر

حسب هذا النظام فان تمويل الخدمات الصحية يتم على أساس من يدفع أكثر يحصل على أفضل الخدمات الصحية، فان هذا النظام لا يضمن مبدأ شمولية عدالة الوصول للعلاج و التغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع.

المطلب الثاني

مصادر تمويل المنظومة الصحية

هي الوحدات التي تقوم بتقديم المال لوكلاء التمويل لتجميعها و إعادة توزيعها لشراء لوازم الرعاية الصحية و خدماتها ،من الممكن أن يكونوا و وكلاء التمويل و مصادر التمويل شيئاً واحداً في النظام الصحي حيث تقدم الأسر الأموال لأنظمة التمويل الصحي من خلال الأقساط ،كما تدفع أموال لقاء شراء مستلزمات الرعاية الصحية الخاصة بها (1).

و تظهر أهم مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي للحسابات الصحية ملخصة في الجدول التالي :

الجدول رقم (01) : مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي لحسابات الخاصة

الاعتمادات	الرمز
الاعتمادات العمومية	Fs1
الاعتمادات الحكومية الإقليمية	Fs1.1
عوائد الحكومة المركزية	Fs1.1.1
عوائد الحكومة المحلية	Fs1.1.2
اعتمادات عمومية أخرى	FS1.2
عوائد الموجودات بين الوحدات العامة	Fs1.2.1
اعتمادات أخرى	Fs1.2.2

(1) د. علي دحمان محمد ،تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ،المرجع السابق ،ص 154.

Fs2	الاعتمادات الخاصة
Fs2.1	اعتمادات أصحاب العامل
Fs2.2	الاعتمادات الأسرية
Fs2.3	المؤسسات التي لا تهدف إلى تحقيق ربح
Fs2.4	اعتمادات خاصة أخرى
Fs2.4.1	عوائد المجوهرات بين الوحدات الخاصة
Fs2.4.2	اعتمادات أخرى
Fs3	باقي الاعتمادات العالمية

المصدر: العلواني عديلة : أسس اقتصاد الصحة ،دار هومة للنشر الجزائر، 2014، ص 54.

من خلال ما سبق يتضح أن مصادر تمويل الخدمات الصحية تشمل مجموع الأموال الخاصة و العامة و الخيرية ،بالرغم من أن معدلات تختلف كثيرا ،كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر ،فإن الخصائص المحددة للخدمات الصحية و طبيعة إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية ،و عدم التأكد و التكاليف المرتبطة بالخدمات الصحية تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق أمرا غير مرغوب فيه ،و مما لا شك فيه أن الأساليب المتبعة لتمويل أنظمة الصحة و طرق 'نفاق الأموال تعتمد بالدرجة الأولى على عمق التدخل الحكومي و على مدى عدالة النظام (1).

و على العموم تشمل عملية تمويل المنظومة الصحية حسب الحسابات الصحية تشمل ثلاثة فئات أساسية و هي (2):

(1) نزاع قنوع ،دراسة و تحليل لدور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عموما وفي المنظمة العربية خصوصا (2005/1995) ،مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات العلمية ،سلسلة للعلوم الاقتصادية و القانونية ،العدد الأول ،سوريا ،2009 ،ص 14.
(2) العلواني عديلة ،أسس اقتصاد الصحة ،دار هومة للنشر ،الجزائر ،2014 ،ص 57.

الفرع الأول

الأموال العمومية (Fs1)

و هي تعطي جميع حالات التمويل العمومي المقسمة إلى عدة فئات ،منها اعتمادات تقدمها حكومات إقليمية اعتمادات تقدمها كيانات حكومية أخرى (مركزية أو ولائية)... إلخ.

الفرع الثاني

الأموال الخاصة (Fs2)

و هي تشمل جميع الاعتمادات الخاصة ،بالإضافة إلى مساهمة برامج التأمينات الاجتماعية (عامة و خاصة) ، و اعتمادات أصحاب العمل.

الفرع الثالث

باقي الاعتمادات العالمية (Fs3)

و هي الاعتمادات التي ترد من خارج البلاد لاستعمالها في السنة الجارية ،بصفة عامة تختلف مصادر تمويل الصحة من منظومة صحية إلى أخرى تبعا للسياسة التمويلية المنتهية ،و على العموم يوجد أربعة مصادر أساسية و هي كالتالي :

- أولا: مصادر تمويل عمومية

يتمثل التمويل العمومي في الأموال التي تنفقها الدولة و هيئاتها العمومية لتمويل خدماتها الصحية ،و على هذا الأساس نجد أن هذا المصدر هام جدا لا مفر منه ،و ذلك باعتبار أن حكومة أي دولة ملزمة بالمساهمة في تمويل خدماتها الصحية على الرغم من أن هذه النسبة قد تختلف من دولة إلى أخرى⁽¹⁾.

- ثانيا : مصادر خاصة

بالنسبة لمصادر التحويل الخاصة فهي تأخذ أحد الشكلين الآتيين:

1. مصادر التمويل الخاصة مصادرها مؤسسات عامة أو خاصة، تسعى إلى إنشاء مراكز صحية يستفيد منها كما لها و هذا سعيا منها إلى التحكم بنفقاتها الصحية بالدرجة الأولى.

(1) زميت خدوجة ،تحليل تكاليف الصحة في الجزائر ،مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية ،فرع تسيير ،جامعة الجزائر ،2000/1999 ،ص 119.

مصادر التمويل الخاصة مصدرها الافراد (المستهلكين) و هي تتمثل في المراكز الصحية أو العيادات التي تعود ملكيتها إلى فرد واحد التي تهدف إلى تحقيق هامش ربح مقابل الخدمات المعروضة¹⁾

- ثالثا : التأمينات

يمكن تحديد الأنواع المختلفة للتأمين الصحي المعروفة عالميا في نظامين رئيسيين هما:

1. تحويل الخدمات الصحية عن طريق نظام التأمين الصحي الاجتماعي.
 2. تحويل الخدمات الصحية عن طريق التأمين الصحي الخاص⁽²⁾.
- هناك البعض الآخر من المفكرين الاقتصاديين من يرى أن طرق تمويل المنظومات الصحية العالمية يخضع إلى أربعة مصادر أساسية و هي كالتالي⁽³⁾:
- أ- الاحتياطي الحر (التأمين الحر) : من خلال هذا النمط الأشخاص لهم الحرية في اختيار عقد التأمين أو الانخراط لدى صندوق الضمان الاجتماعي ،أي نجد هذا النمط من التأمين في أغلب دول العالم الثالث ،إضافة إلى بعض الدول المتقدمة كسويسرا مثلا بحيث أن الأسر لهم حرية الانخراط و بصفة إرادية ،مع ذلك نجد أن نسبة 97 % من الشعب السويسري مؤمن كما يمكن لأفراد الأسر أن يؤمنوا أنفسهم بصفة فردية.
- كذلك الامر بالنسبة للولايات المتحدة الامريكية بحيث أن التأمينات المرضية ليست بالإلزامية ،فهي تابعة لنشاط القطاع الخاص ،و لا يوجد هناك نظام حماية شامل لجميع الأفراد ،بل هناك فئتان من المجتمع اللذين يستفيدون من هذه الحماية و هما فئة الشيخوخة و الفئة المحرومة.

ب- التأمين المرضي الإلزامي : يعتمد هذا الاسلوب على إلزام الأفراد بالاكتتاب لدى صناديق الضمان الاجتماعي و هذا من خلال الاشتراكات التي يدفعها الأفراد أو أصحاب العمل ،و التي تمكنهم من تلقي العلاج على مستوى الهياكل المتقاعدة معها حسب نص العقد.

(1) Fatima Zohra Oufriha : cette chère santé ,opcit ,Alger ,1992 ,P 137.

(2) Marianne Berthot Wurmser et All ,La Santé en Europe ,opcit ,P144.

(3) Fatima Zohra Oufriha : cette chère santé ,opcit ,P 10- 11.

يوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (كألمانيا، بلجيكا، هولندا، لكسمبورغ، وفرنسا) و كذا أغلب الدول التي تعرضت للاستعمار، لكن تختلف تطبيقات هذا النمط من التمويل من دولة لأخرى، بين الدول المتقدمة و المختلفة.

ج- التأمين العام : هذا النمط من التأمين يشابه إلى حد كبير نمط التأمين الإلزامي كون أن الأفراد المشتركين يسددون أقساط التأمين لدى صناديق الضمان الاجتماعي بينما يبرز وجه الاختلاف بينهما في كون أن جميع الافراد سواء كانوا مشتركين أو غير مشتركين لهم الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية أي أن الخدمات الصحية المعروضة غير مؤسسة على إلزامية الاشتراك، و لذلك يمكن أن نجد هذا النمط في الجزائر كون أن نظام التأمينات الاجتماعية يمول بواسطة الميزانية العامة و مساهمة المؤمنین و مساهمة المستخدمين (صحاب العمل)، كما يمكن أن نجد هذا النمط في كندا في إطار المقاطعات و الطب المتنقل و كذلك في السويد، النرويج و هولندا.

د- التأمين ضد الخدمات الصحية الوطنية : من مميزات هذا النمط من التمويل أن المصدر المخول للخدمة الصحية هو الذي يقدم العلاج، و لذلك نجد هذا النمط عند بعض الدول الغربية كإنجلترا، أين تشرف الحكومة على تسيير و تمويل المستشفيات، و كذلك من خلال عملية التعاقد بين الأطباء المستقبلين للمرضى /و الذين يتم تعويضهم حسب عدد المرضى المعالجين، و نظرا لفعالية هذا النمط من التمويل فقد سلكت عدة دول من أوروبا هذا الشكل كالدانمارك، إيرلندا، إيطاليا، اليونان، البرتغال، و اسبانيا⁽¹⁾.

- رابعا : مصادر التمويل الخارجية

هذه المصادر تأتي من خلال المساعدات المالية (هبات و قروض) مصدرها مؤسسات مالية أو منظمات عالمية (كالبنك العالمي و المنظمة العالمية للصحة) على الرغم من ان هذا المصدر لا يعتمد عليه بصفة أساسية في عملية كونه مصدر غير اعتيادي، إلا أنه و في المقابل هو مصدر هام بالنسبة لبعض الدول، كدول أوروبا الوسطى و الشرقية و ذلك من

(1) نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية، رسالة مقدمة للحصول على شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد مالي، جامعة قسنطينة، 2005/2004، ص 96، 97.

خلال منظمات ثنائية و جماعية مثل منظمة الاقتصاد الأوروبية ،البنك العالمي ،البنك الأوروبي للتنمية و إعادة التعمير (1).

بالإضافة إلى الأساليب التقليدية للتمويل هناك مجموعة متنوعة من آليات التمويل التي ظهرت مع بعض التجارب الدولية ،و قد جاءت الحاجة لهذه المصادر الإضافية من الاموال نتيجة زيادة الطلب على الخدمات الصحية و ارتفاع تكاليفها بالإضافة إلى الزيادة السريعة في التكنولوجيا و تتجسد هذه الطرق في :

1. التمويل الصحي عن طريق الضرائب : يساهم التمويل القائم على الضرائب في توفير الخدمات الصحية للأفراد من خلال الضرائب على الدخل ،الممتلكات ،المشتريات ،المكاسب الرأس مالية و مجموعة متنوعة من المواد الأخرى و الأنشطة ،هذه الضرائب و الرسوم من طرف أغلبية السكان ما لم تزد السلطات منها و تحتفظ بإيراداتها و تستخدم الحكومة الدخل المتأتي من الضرائب العامة لتحويل خدمات الرعاية الصحية مباشرة من خلال مؤسسات الدولة أو التعاقد على تقديمها مع مؤسسات خاصة أو مستقلة مثل صناديق الخدمات الصحية الحكومية ،و كمثل عن ذلك مصر بحيث تساهم الضرائب بنسبة 29 % في تمويل القطاع الحي (2).

2. حسابات الادخار الطبية: حسابات الادخار الطبية هي حسابات ادخار فردية و التي تقتصر على الإنفاق على الرعاية الصحية و هناك عدد قليل فقط من البلدان في العالم تملك خبرة فيما يتعلق بهذه الحسابات من بينها سنغافورة.

3. التسهيلات المالية الدولية : و هذا من شأنه أن يطور المساعدة الإنمائية عن طريق بيع السندات الحكومية المضمونة في مقابل تدفقات المساعدات المالية المستقبلية.

4. مقايضة الديون الصحية : حيث تحول الحكومة الديون الخارجية إلى دين داخلي مما يؤدي إلى التقليل من الضغط لتوليد الصرف الأجنبي لخدمة الديون ،كما أن مقايضة الديون

(1) Fatima Zohra Oufriha : les cahier de card ,N° 28 /29 du 4 ème trimestre ,1991 ,P 09.

(2) مديحة محمود خطاب ،تحديات أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة ،مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر و الدول العربية ،القاهرة ،ديسمبر 2009 ،ص 09.

من أجل الصحة، تعتبر أيضا فرصة للمانحين الاجانب لزيادة كمية العملة المحلية بما يعادل قيمة التبرع⁽¹⁾.

المطلب الثالث

أهم نماذج تمويل المنظومة الصحية في بعض دول العالم

إن بعض الأنظمة الصحية العالمية المتبناة في بعض الدول المصنفة حسب البنك الدولي للإنشاء و التعمير ضمن الدول ذات الدخل المرتفع في ما يلي:

الفرع الأول

المنظومة الصحية الفرنسية (نظام مزيج)

نظام الصحة في فرنسا يعتمد على مبدئين أساسيين و هما:

- الأول: خاص بالحرية الفردية (حرية الاختيار و الوصول المباشر للأطباء بما في ذلك المتخصص).
- الثاني: يترجم عن طريق الخدمات العمومية الممثلة بأغلبية القطاع الاستشفائي، و أغلبية المؤسسات العلاجية الوقائية.

تعتمد المنظومة الصحية الفرنسية على خمسة مصادر رئيسية لتمويل تكاليف العلاج و هي⁽²⁾:

- التمويل الحكومي - لتأمين الالزامي - التأمين التكميلي - مبدأ التغطية الشاملة - التمويل عن طريق الأسر.

1. التمويل الحكومي (عن طريق الجماعات المحلية): تقوم الحكومة الفرنسية بتغطية نسبة معنية من حجم نفقات القطاع الصحي، إلا أن الشيء الملاحظ هو أن هذه المساهمة تظل محتشمة و ذلك باعتبار أنها لا تتعدى نسبة 9% من تكاليف القطاع و هو ما يفسر بالضرورة أن الدولة لا تتحمل عبئ كبير و هذا في ظل الدور الكبير الذي يقوم به الضمان

⁽¹⁾ w.w.w.who.int/health-financing/mechanisms/en/04-3.pdf .

⁽²⁾ Emile Sauvignet , le financement du systel de santé en France, rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire ,ONC,2004,P24.

الاجتماعي في تمويل الهياكل الصحية ،و بالدرجة الأولى المستشفيات و هذا حسب النشاط الذي يواجه كل مستشفى و كذلك حسب تكلفة العلاج التي يتحملها كل مستشفى.

2. **التأمين الالزامي(الاجباري على المرضى) :** يتميز الضمان الاجتماعي في فرنسا بالتعقيد و هذا بحكم وجود عدة أنظمة للتأمين على المرضى منها:

- أنظمة التأمين الخاصة : يشمل بعض الادارات المستقلة كقطاع المناجم ،قطاع السكك الحديدية.....إلخ
- نظام التأمين الفلاحي : يشمل هذا النظام من التأمين مستثمري القطاع الفلاحي.
- نظام التأمين للعمال المستقلين : يشمل أصحاب المهن الحرة ،اضافة الى التجار و الصناعيين.
- النظام العام لفرع التأمين على المرضى: يغطي شريحة الأفراد أو الأجراء من صناعة، تجارة و الخدمات.

إضافة إلى تنوع أنظمة التأمين يتميز الضمان الاجتماعي بفرنسا بتنوع طرق التسيير لكل منها و هذا من خلال منحها نوع من اللامركزية في التسيير لكن مع خضوعها دائما الى رقابة الدولة .

يتميز نظام التأمين الاجباري على المرضى بكونه المصدر الرئيسي لتمويل المنظومة الصحية الفرنسية (وذلك ابتداء من جانفي 2000)، يغطي 100% من احتياجات المجتمع الفرنسي و 70% من تكاليف القطاع و هذا بفضل الاشتراكات التي يدفعها العمال.

3. **التأمين التكميلي :** لقد حاولت الحكومة الفرنسية خلق تغطية صحية شاملة لكافة الأفراد من خلال نمط التأمين الاجباري الذي يغطي أكثر من 77% من تكاليف القطاع الصحي الفرنسي ،لكن و نظرا لارتفاع النفقات الصحية التي تجاوزت 3314 دولار أمريكي سنة 2005 ،فعادة ما يتم تحميل المريض جزءا من دفع التكاليف .

4. **مبدأ التغطية الصحية الشاملة :** نظرا لكون أن نظام التأمين الاجباري في فرنسا يشمل فئات معينة دون فئات أخرى ،و بالأخص الفئات الفقيرة ،و لهذا ابتداء من سنة 2000 تم

استحداث هذا النمط من التمويل و الذي هدفه الأساسي هو توفير تغطية صحية شاملة بحيث أنه يشمل الفئات الفقيرة التي لا يتعدى دخلها 606 أورو شهريا.

5. التمويل عن طريق الأسر: بالنسبة للمنظومة الصحية الفرنسية فالأفراد يساهمون في تمويل هذا القطاع بنسبة %5, 8 و هذا من خلال دفع جزء من تكاليف العلاج من خلال:

- خصم مبالغ محددة من التعويضات التي تقدمها صناديق التأمين عن المرضى (50 سنتيم أورو عن كل علبة دواء يتجاوز قيمتها 02 أورو بالنسبة للنقل الصحي...إلخ)
- المساهمة بمبلغ واحد (01) أورو عن كل عملية فحص طبي لدى طبيب عام أو أخصائي.
- اقتطاع مبلغ واحد (01) أورو عن كل الخدمات الصحية التي يتلقاها المريض في المستشفيات أو العيادات (من اختبارات الأشعة ،التحاليل المخبرية...إلخ).
- المساهمة في دفع مصاريف الإقامة بالمستشفيات ،حيث أن المريض ملزم بتسديد مبلغ مالي يتراوح ما بين 12 الى 16 أورو يوميا.
- المساهمة الجزافية بحيث يساهم المريض بدفع مبلغ 18 أورو يوميا عن كل الخدمات الصحية التي يتلقاها في المستشفيات أو العيادات ،من فحوصات و تشخيصات بشرط أن يتعدى قيمتها 91 أورو.

من خلال ما سبق نلاحظ أن المنظومة الصحية الفرنسية تمتاز بتنوع مصادر التمويل ، و هذا من خلال تحميل المريض جزء من تكاليف العلاج ،إلا أن هناك العديد من الفئات التي تم اعفائها من تسديد هذه المصاريف و نذكر منها :

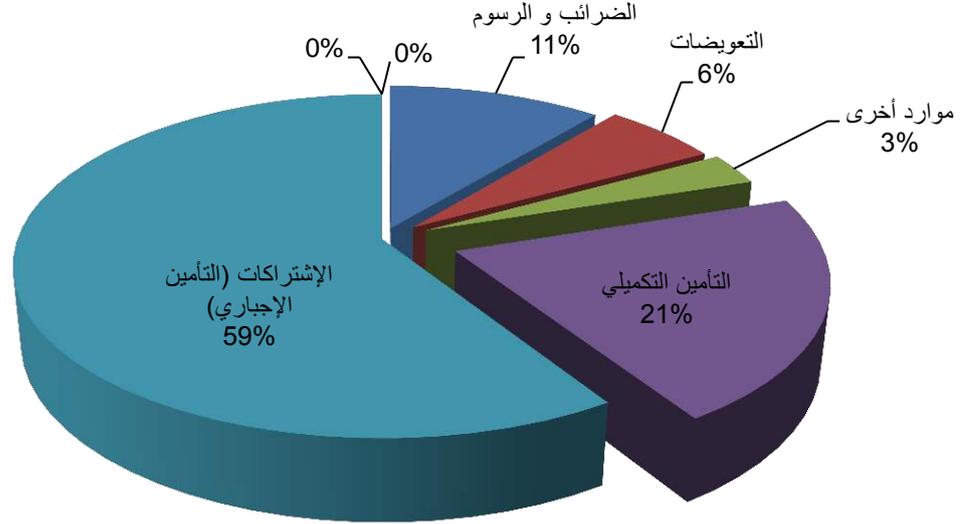
- الفئات الأقل من 18 سنة.
- المستفيدون من نظام التغطية الطبية الشاملة أو نظام المساعدات الطبية للدولة.
- المرأة الحامل خلال الأربع الأشهر الأخيرة من الحمل.
- الإقامة بالمستشفى بسبب حادث عمل.

من جهة أخرى تمتاز المنظومة الصحية الفرنسية بتنوع مصادر التمويل من خلال تنوع صناديق التأمين عن المرض، الأمر الذي من شأنه أن يخلق نوع من المنافسة فيما بينها، و بالتالي تعزيز من قدرتها على الاستجابة الى احتياجات المشتركين و تحفيزها على الابتكار، كما يمكن أيضا تحفيزها على تخفيض التكاليف لزيادة حصتها في السوق و تعظيم أرباحها، من خلال عملية الاندماج مثلا كإصلاح مؤسسات التأمين الشبه رسمية (ABRASSOCIALES) في الأرجنتين عام 1994، لكن و من جهة أخرى تسببت المنافسة بين صناديق التأمين مشاكل كبيرة على الرغم من الفوائد التي قد تتجم عنها و لا سيما فيما يتعلق بسلوك الانتقاء فيما يخص صناديق التأمين و المشتركين، فالاشتراك الالزامي يحد بدرجة كبيرة من مجال الاختيار، دون أن يزيل نهائيا الحوافز التي ترتبط به و خاصة في اطار مخططات الاشتراك غير المرتبطة بالمخاطر المحتملة⁽¹⁾.

كذلك الشيء الذي يميز المنظومة الصحية الفرنسية هو مساهمة الضرائب و الرسوم بالقطاع الصحي بنسبة معتبرة تصل الى حدود 11 % (أكثر من 130,6مليار أورو) كما هو موضح في الشكل التالي :

(1) د.علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي، المرجع السابق ذكره، ص 163.

الشكل رقم (1-3): هيكل إيرادات المنظومة الصحية بفرنسا سنة 2010



Source : Rapport de la direction de la sécurité social : **les chiffres de la sécurité social** , la France ,2010 ,P08.

الفرع الثاني

تمويل المنظومة الصحية البريطانية (بيفردج)

إن مبادئ و ادارة و تمويل المستشفيات في إنجلترا هي نفسها منذ حوالي 50 سنة و هي مختلفة عن أنظمة بسمارك في ثلاثة أسس:

- أولاً: تغطية شاملة و مجانية و موحدة من غير انخراط في التأمين الصحي و هي من حق كل شخص من دون أن يكون عاملاً أو تابعاً لأي مؤسسة.
- ثانياً : احتكار خدمات الصحة العمومية ،حيث أن الخدمة الوطنية للصحة تمنح العلاجات الاستشفائية عن طريق مهنيين أجراء تابعين للنظام العمومي.
- ثالثاً: تمويل يعتمد في الأساس على الضرائب.

تتميز المنظومة الصحية لبريطانيا بضعف فعاليتها نتيجة ضعف مستويات التمويل ، إلا أن إصلاحات حزب العمال (بداية من سنة 1999) سمح لإنجلترا بالاستفادة من ارتفاع

غير مسبوق في حجم الموارد المالية المخصصة للقطاع ، حيث تضاعفت ميزانية الصحة منذ سنة 1997 لتصل سنة 2005 إلى 109 مليار ، ثم إلى 124,8 مليار أورو سنة 2007 ، بحيث تساهم الدولة بنسبة تصل الى 84 % من حجم الانفاق الصحي.

دائما على مستوى التمويل فقد التزمت الحكومة البريطانية برفع حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام لسنة 2001 (أي ما يقارب 65 مليار جنيه استرليني) إلى 10% من الناتج الداخلي بحلول سنة 2020 (أي ما يتعدى 150 مليار جنيه استرليني) ، ففي الوقت الذي تشكو فيه معظم الدول الأوروبية من الارتفاع السريع في نفقاتها الصحية ، بقيت المنظومة الوطنية للصحة متحكمة في هذه التكاليف و هذا ما يفسر ذلك أساسا بالكيفية التي يتم على أساسها طريقة تسديد تكاليف (أتعاب) عمال القطاع و التي تعتمد فيه على النهج التعاقدية ، مما جعل تكاليف القطاع منخفضة مقارنة بالدول المجاورة .

ضف إلى ذلك انخفاض تكاليف التجهيز و ذلك باعتبار أن المنظومة الصحية الوطنية تتبع إجراءات صارمة فيما يخص اقتناء التجهيزات ذات التكلفة المرتفعة.

و من أجل تفعيل القطاع فقد التزمت الحكومة البريطانية على توفير الموارد اللازمة للقطاع ، و ذلك من خلال الاعتماد على حجم الضرائب بمختلف أنواعها ، بحيث نجد أن الهيئة الوطنية للخدمات الصحية (NHS) تعتمد على 81%⁽¹⁾ من مواردها على الضرائب ، و ذلك من أجل توفير تغطية صحية متكاملة و مجانية للأفراد ، و على هذا الأساس نجد أن هذا النمط من التمويل يستثني الاشتراكات الاجتماعية بحيث أنه لا يستدعي وجود صناديق للتأمين على المرض⁽²⁾ (نظام التعويضات) ، كما يتم توزيع الميزانية المخصصة للقطاع على 08 أقاليم صحية جهوية و كل إقليم يضم عدة مقاطعات و هذا من أجل الفعالية في التسيير للموارد و التغطية الشاملة لكل المقاطعات. كذلك من أجل تخفيف من

(1) د. العلواني عديلة ، أسس اقتصاد الصحة ، دار هومة للنشر و التوزيع ، الجزء الأول ، الجزائر ، 2014 ، ص 93.
(2) Charles Philips : les fondements de l'économie de la santé, Edition union, Paris 1995.

حده العباء المالي على الحكومة البريطانية ،فالأفراد يساهمون في تمويل القطاع الصحي بنسبة معتبرة تتعدى 17% (بقيمة 21,3 مليون أورو سنة 2007)⁽¹⁾.

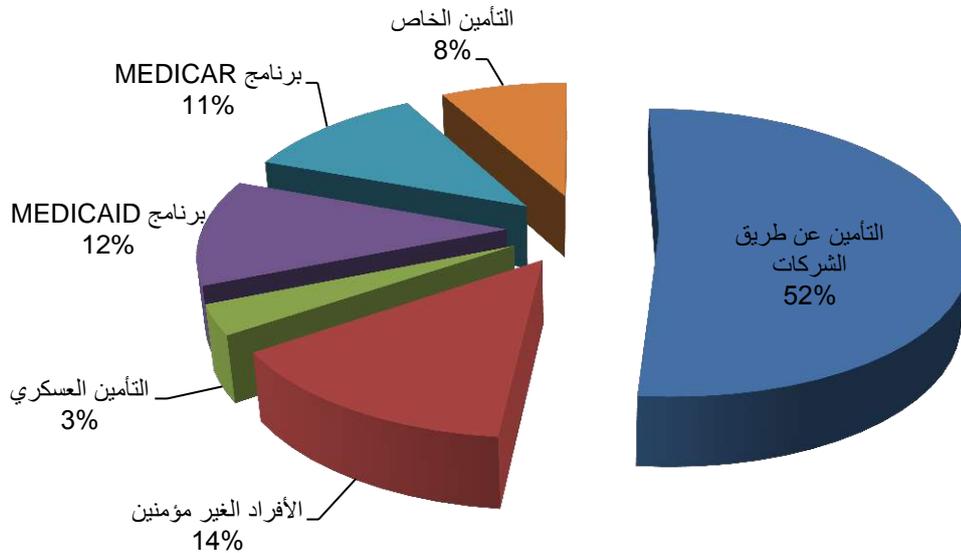
الفرع الثالث

تمويل المنظومة الصحية الأمريكية(النظام الحر)

إن تغطية التكاليف في الولايات المتحدة الأمريكية تعتمد على ثلاثة مصادر رئيسة لتمويل هذا القطاع و هي:

- التمويل الحكومي.
- التأمينات.
- التمويل عن طريق الأفراد.

الشكل رقم (1-4): مصادر تمويل عن المرض في الولايات المتحدة الأمريكية (سنة 2007)



Source : Jean Marc Lucas : **le système de santé Américain** ,revue conjoncture ,2007 ,P04.

⁽¹⁾ SEAN BOYLE : United kingdom (England) : **Heath system review**, vol 13 .2011. P 87.

أولاً: التمويل الحكومي

تمثل مساهمة الدولة في تمويل المساعدات الطبية المجانية الموجهة إلى الفئات الفقيرة التي لا يتعدى دخلها عتبة الفقر، بحيث أن التمويل يتم مناقصة بين الحكومة الفيدرالية و الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تساهم هذه الأخيرة بنسبة تتراوح ما بين 50% إلى 83% من نفقات هذا البرنامج و هذا راجع بالأساس إلى الامكانيات المالية للولايات المتحدة الأمريكية، إلا أن ارتفاع تكاليف هذا البرنامج جعلها تشكل عبئاً إضافي خاصة في مجال التكفل بالمستخدمين و العلاج طويل الأجل.

ثانياً: التأمينات

تعتمد الولايات المتحدة الأمريكية أيضاً على هذا الأسلوب من التمويل لتوفير الخدمات الصحية المطلوبة لكافة الأفراد و ذلك من خلال الاستناد على ثلاثة أنماط أساسية هي:

1. التأمين الاجباري : يتمثل في الاشتراكات الاجتماعية الموزعة منافسة بين العاملين و المؤسسات المستخدمة، و هذا من خلال التكفل بدفع التكاليف الاستشفائية للمريض خلال اقامته بالمستشفى خلال فترة لا تتعدى 04 أشهر.
2. التأمين الاختياري : يتم تمويله من قبل الأشخاص المستفيدين من الخدمات الصحية بحيث أن كل فرد يساهم بنسبة 25% في التأمين عن النفقات الصحية التي تتم خارج المستشفى.
3. التعويض الجزئي: يساهم الأفراد بنسبة 25% من النفقات الصحية من أجل الحصول على تعويض جزئي للأدوية التي تتم خارج المستشفى.
4. التعويض المرتبط بالعمل: هو الأسلوب الأكثر استعمالاً في الولايات المتحدة الأمريكية لتمويل المنظومة الصحية، بحيث يشمل أكثر من 33% من سكان الولايات المتحدة الأمريكية، في حين أن التأمينات الفردية فهي تمثل نسبة 09% من السكان.

هذا و تتفاوت نسبة التأمين بين القطاع العام و القطاع الخاص، و ذلك باعتبار أن العمال مخيروا في الانضمام أو الرفض إلى برامج التأمين الذي تقترحه المؤسسة، لكن و

نظرا لارتفاع أقساط التأمين فقد أصبحت تشكل ضغطا كبيرا على المؤسسات سواء كانت خاصة أو عامة و حتى الأفراد.

ثالثا : التمويل عن طريق الأفراد

تعتبر المشاركة المالية للمرضى محدودة جدا ، و هي في غالب الأحيان منعدمة ، خصوصا في العلاج الاستشفائي ، و لذلك نجد أن المواطن الأمريكي يقوم بأجراء الفحوصات الطبية الممارسين التابعين لمنظمات صيانة الصحة (HMO) شريطة تسديد أقساط ثابتة أو لدى الممارسين التابعين للمنظمات المتعاقد معهم.

بالإضافة إلى شركات التأمين الربحية هنالك منظمات غير ربحية و يتعلق الامر ب :

- Blue cross : المتخصصة في تغطية التكاليف الاستشفائية .

- Blue shield : المتخصصة في تعويض التكاليف الطبية الجراحية.

إلى جانب أنظمة التأمين السابقة هنالك نمطين آخرين للتأمين في الولايات المتحدة الأمريكية هما:

أ- برنامج MEDICAR : هو نمط يخص التأمين الاجتماعي ضد الشيخوخة (الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة)، وقد استطاع هذا البرنامج من أن يغطي حوالي 33 مليون شخص ،بحيث يضمن لهم الاستشفاء إلى غاية 60 يوم في العام ،كما يغطي هذا البرنامج التكاليف الصحية للأشخاص عديمي الدخل ، بالنسبة لتمويل هذا البرنامج ، فيتم عن طريق الحكومة الفيدرالية بنسبة تتراوح ما بين 12% و 42% من موارد هذا البرنامج⁽¹⁾.

ب- برنامج MEDICAID: يغطي هذا البرنامج نصف الفقراء و العجزة الذين هم بحاجة إلى العلاجات لفترة طويلة، و يضم حوالي 30 مليون فرد ،ويشمل هذا البرنامج عل نوعين من الصناديق :

(1) Beards of turstes of the fédéral hopital insuranc and federal supplementary medical insurance ,trust fonds 2012 annuel rapport ,P10.

- صندوق خاص بالتغطية الاجبارية : يغطي هذا الصندوق بعض التكاليف الاستشفائية ،اضافة إلى ذلك العلاجات المنزلية ،هذه التغطية قد تصل إلى 100% ، أما بالنسبة لتمويل هذا الصندوق فيتم عن طريق اشتراكات العمال .
- صندوق خاص بتغطية التكاليف الصحية للأفراد ذوي الحقوق: تمويله يتم مناصفة بين الأفراد المكتتبين و الخزينة الفدرالية.

لقد أشارت التقارير الاحصائية أن تكاليف هذا البرنامج قد بلغت 300 مليار دولار أمريكي⁽¹⁾ سنة 2008 موزعة كما يلي:

- ✓ الأشخاص المسنين بنسبة 25%
- ✓ الأشخاص المعوقين بنسبة 42%
- ✓ الأشخاص البالغين بنسبة 12%
- ✓ الأطفال بنسبة 20%

⁽¹⁾ Julien Tousigrat, Francois Vaillancourt : Le financement des dépenses publiques de santé dans cinq fédérations, rapport de projet Montréal, Aut, 2013, p 49.

خلاصة :

من خلال دراستنا للفصل الأول نلاحظ ظهور اقتصاد الصحي كفرع حديث بعد الحرب العالمية الثانية ، و في ظل الأزمات الاقتصادية التي واجهت المجتمعات البشرية ، وهذا نتيجة بروز الثقل الاقتصادي الذي أصبح يشكله الانفاق الصحي ، و من هنا أصبح التفكير منصبا على البحث في طريقة تسيير جيّدة ، و أكثر عقلانية للموارد و الوسائل الموجهة لقطاع الصحة للوصول إلى التحكم في التكاليف و تحقيق الفعالية في الأداء ، و خاصة أن الأطباء لا يهتمون بالوارد المالية أو تكاليف العلاج ، بقدر ما يبحثون عن كيفية تقديم أحسن طريقة للعلاج ، حيث بالنسبة لهم "الصحة ليس لها ثمن .

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

خطة الفصل الثاني

الفصل الثاني: الدراسات السابقة

المبحث الأول: الدراسات السابقة باللغة العربية

المبحث الثاني: الدراسات السابقة باللغة الأجنبية

المبحث الأول

الدراسات باللغة العربية

دراسة لنصاري فاطمة ،و بوعزة عبد القادر ،السنة 2024 ⁽¹⁾، أثر الانفاق الصحي على أداء النظام الصحي في الجزائر خلال الفترة 2000 - 2020 : من خلال هذه الدراسة تطرقا الباحثان إلى تقييم أداء المنظومة الصحية الجزائرية و مدى فعاليتها في تقديم الرعاية الصحية لمواطنيها ،حيث كان التقييم باعتماد على مؤشرات لها صلة بالأداء الصحي كمعدل الوفيات الرضع ،و متوسط العمر المتوقع عند الولادة ،ومراقبة تطورها خلال فترة زمنية من سنة 2000 إلى سنة 2020 ،مع تسليط الضوء على الانفاق الصحي و مدى انعكاسه على أداء المنظومة الصحية في الجزائر و تم تقسيم هذه المؤشرات على أساس ثلاث معايير وهي معيار الكفاءة ،الكفاية و العدالة ،وهذا حتى يتسنى تقييم الأداء من مختلف جوانبه في صورة أكثر وضوحا و تفصيلا ،حيث توصلا الباحثان إلى أن المنظومة الصحية الجزائرية و رغم كل التطور الذي وصلت إليه خاصة إذا ما قورنت بالفترة التي تلت الاستقلال إلا أنها تبقى في الواقع المعاش ما زالت هناك محدودية في الخدمات الصحية المقدمة للمواطن مع وجود ضعف كبير في إدارة و تنظيم هذه الخدمات.

- دراسة كرمين نصيرة ،السنة 2019 ،تقييم فعالية سياسات الانفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء المعايير الكفاءة ،و الكفاية و العدالة ⁽²⁾ ،حيث تطرقت الباحثة إلى تحليل حجم الانفاق العمومي على الصحة لتبيان مدى كفايته ،و تحليل الهيكل العام للانفاق العمومي على الصحة لتبيان مدى كفاءته ،وتحليل نمط توزيع الانفاق العمومي على الصحة لتبيان مدى عدالته ،حيث توصلت الباحثة إلى أن سياسة الانفاق العمومي على القطاع الصحي تتميز بالانخفاض في الفعالية ،و الكفاءة و الكفاية و العدالة ،مما أدى إلى تدهور حال الصحة و سوء جودة خدماتها.

(1) لنصاري فاطمة ،بوعزة عبد القادر ،أثر الانفاق الصحي على أداء النظام الصحي في الجزائر خلال الفترة 2000 - 2020 ،مجلة التكامل الاقتصادي ،المجلد :11 - العدد 06 ،السنة (جانفي 2024) ص 305 - 319...
(2) كرمين نصيرة ،تقييم فعالية سياسات الانفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر ،في ضوء المعايير الكفاءة الكفاية والعدالة ،مجلة البحوث و الدراسات التجارية ، مجلد 03 العدد 02 ،سبتمبر 2019.

- دراسة برحو فافة سهيلة ،و محمدي عز الدين السنة 2013 ،دور إصلاح النظام الصحي في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في الجزائر⁽¹⁾، حيث تطرق الباحثان إلى مدى اهتمام الجزائر بإصلاح النظام الصحي و توفير ما أمكن من مختلف الموارد في ظروف اقتصادية متقلبة معتمدة على نماذج تنموية دولية مستدامة، تأخذ بعين الاعتبار التحولات الوبائية والاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية وكذا البحث والتطوير ، حيث توصل الباحثان إلى نتائج عبر تقييم النظام الصحي الجزائري من خلال المؤشرات الصحية ومعطيات اقتصادية أخرى، تعكس تحسنها عبر فترات إصلاح النظام الصحي ،كما توصل الباحثان كذلك إلى معرفة أسباب نقائص النظام الصحي الوطني مقارنة بالمعايير الدولية كما أقرح الباحثان حلول واقعية ،تتوافق مع الإمكانيات والمعطيات المحلية والأهداف الممكن تجسيدها انطلاقا من العمل على هذه المعطيات لبلوغ أهداف التنمية المستدامة الشاملة .

- دراسة بوفاتح كلتومة ، بوفاتح ثورية السنة 2023 ، الخدمات الصحية والإنفاق على الصحة في الجزائر بين الفترة 1962 و 202⁽²⁾ حيث تطرق الباحثان إلى واقع المنظومة الصحية في الجزائر من خلال أثر الإنفاق على الخدمة الصحية خلال الفترة الممتدة من 1962 الى غاية سنة 2020 ،حيث اعتمدت الباحثتان من خلال الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي ،ومن بين النتائج التي توصل إليها هي تأكيد عدم التوازن بين النفقات على الصحة وخدماتها، الناتجة عن اختلالات متعلقة بالتسيير من خلال تحكيم الكم على حساب الكيف ،وتلك المرتبطة بكل من التنظيم والإعلام وتكوين المستخدمين، والأخرى المتعلقة بالتمويل، إلى جانب العراقيل المرتبطة بالقانون التشريع، وفي الأخير من أهم الاقتراحات التي تم وضعها من طرف الباحثان، هي دراسة ملف إصلاح النظام الصحي الوطني بصرامة من خلال تقديم إجابات متماسكة وموثوقة عن المشكلات الحالية وذلك بعدة سبل تعين تطويرها.

(1) برحو فافة سهيلة ،محمدي عز الدين ،دور اصلاح النظام الصحي في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في الجزائر ، مجلة اقتصاد المال و العمال ، المجلد 08 ،العدد 01 ،مارس 2023 ،جامعة الشهيد حمة لخضر ، الوادي ، ص 27-36.

(2) بوفاتح كلتومة ،بوفاتح ثورية ،الخدمات الحية و الإنفاق على الصحة في الجزائر بين الفترة 1962 و 2020 ،المجلد التاسع ،العدد 01 ،أفريل 2023.

- دراسة فضيل مريم بتول سنة 2021، بعنوان قراءة في واقع إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية قبل فيروس كورونا (1).

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على السياسات والبرامج الصحية التي طبقتها الجزائر منذ الاستقلال الى فترة ما قبل فيروس كورونا بداية سنة 2020، بغية تشخيص الوضع القائم وإبراز أهم الجوانب التي شملها إصلاح المنظمة الصحية في هذه الفترة، وهو الأمر الذي يستلزم حتمية التكيف مع الواقع المتجدد الذي تعرفه المنظومة الصحية على مختلف الأصعدة الاقتصادية والاجتماعية و السياسية تماشياً مع التطورات التكنولوجية السريعة وكذا التحولات الديمغرافية والوبائية.

كما خلصت الدراسة إلى أن رغم قيام الدولة بمجموعة من الإصلاحات في قطاع الصحة حيث كان الهدف هو البحث عن كيفية تطوير القطاع الصحي و الارتقاء بنوعية الخدمات المقدمة فيه، حيث لازال النظام الصحي يواجه :

1. غياب أنظمة المعلومات والاتصالات العصرية ذات الكفاءة والفعالية في معظم المراكز و المؤسسات الصحية.
2. معاناة مستخدمي القطاع الصحي ، وغياب التحفيز الملائم.
3. ضعف في تفاعل المؤسسات الصحية العمومية في مجال التنظيم والتسيير الخاص بمواجهة الأمراض الغير معدية.
4. سوء استخدام الموارد المتاحة وهذا راجع إلى عدم التحكم في النفقات الصحية الغير مبررة.
5. التوزيع الغير العادل للأخصائيين

(1) فضيل مريم بتول، قراءة في واقع إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية قبل فيروس كورونا، المجلة الجزائرية للمالية العامة، المجلد 11، العدد 01، 2021، ص 246 - 263.

- دراسة نوال غربي، كاوجة بشير، السنة 2023، دور الإنفاق الصحي الحكومي في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في الجزائر للفترة 1990-2020⁽¹⁾ طرق الباحثان الى دراسة دور الإنفاق الصحي الحكومي في تحقيق مستويات أفضل للتنمية المستدامة في الجزائر، بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي لوصف الإنفاق الصحي والتنمية المستدامة في الجزائر بالنسبة للجانب النظري، أما الجانب التطبيقي، قام الباحثان بدراسة قياسية لدراسة أثر الإنفاق الصحي العام وهو المتغير المستقل بالنسبة للتنمية المستدامة.

كما تم اختيار مؤشر التنمية البشرية الذي يعتبر المؤشر الرئيسي للتنمية المستدامة كمتغير تابع، كما استخدمنا طريقة " أنجل " و " قرانجر " لتحليل التكامل المشترك، حيث استخلص الباحثان بناء على هذه الدراسة التي قاما بها هو أنه وجود اختلال توازن بين الإنفاق الصحي و التنمية البشرية المستدامة في الجزائر خلال فترة الدراسة في المدى القصير، وذلك راجع إلى أن أثر نتائج الإنفاق الصحي الحكومي على التنمية البشرية في الجزائر يظهر على المدى الطويل، كما استخلص الباحثان أن الإنفاق الصحي يلعب دورا مهما جدا في التطوير القطاع و تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

دراسة بقاش وليد، فاتح بلواضح، السنة 2019، خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر وأثره على جودة الخدمات الصحية⁽²⁾ حيث تطرق الباحثان لقياس مردودية المؤسسة الخدمية، والمؤسسات العمومية الصحية.

تم تسليط الضوء على تنظيم القطاع الصحي في الجزائر قبل الإصلاحات ومدى تطوره بعد إصلاحات 2007، قياسا إلى تطور نوعية الخدمة المقدمة حيث توصل الباحثان أن الإصلاحات المتعلقة بالقطاع الصحي كانت كمية أكثر منها نوعية، وذلك من خلال التجهيزات والهياكل والوسائل على حسب نوعية الخدمة المقدمة، أما حل مشكل التنظيم والتسيير فلم يتحقق التغيير المنشود، وذلك لغياب هندسة تسييرية، شاملة التي لا

(1) غربي نوال، كاوجة بشير، دور الاتفاق الصحي الحكومي في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في الجزائر للفترة (1990-2020). مجلة الباحث، المجلد 23 (1)، ديسمبر 2023.

(2) بقاش وليد، فاتح بلواضح، خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر وأثره على جودة الخدمات الصحية، مجلة المشكلة في الاقتصاد والتنمية والقانون، المجلد 05، العدد 09، 2019.

تقف عند الإصلاحات الترقيعية للقطاع بل تتعداها إلى الإنتاج و الاستثمار للوصول إلى مواكبة التحولات والتكيف مع الأنظمة الصحية العالمية المتطورة ,لكن رغم ذلك فإن هناك تحسن ملموس في جوانب عديدة من الإصلاحات التي تركت نوعية الخدمة تتحسن كثيرا بالمقارنة مع ما كان موجودا سابقا.

- دراسة أ. سعداوي سامية ،أ.د.خليل عبد القادر ،السنة 2021 ،آليات ترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية بالجزائر, دراسة تحليلية تقييمية خلال الفترة (2008- 2018)⁽¹⁾ تهدف الدراسة إلى التعرف على آليات ترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية الجزائرية حيث يساهم ترشيد الإنفاق العام في تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية وبأقل التكاليف الممكنة ، وهذا من خلال وضع مجموعة من الآليات و المتمثلة في الحكومة حيث تسمح بمكافحة الفساد من خلال مساءلة المسؤولين عن الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وبأقل التكاليف الممكنة ،وضمان الشفافية والإفصاح عن البيانات و المعلومات المالية في الوقت المناسب ،والرقابة المالية على عمليات الإنفاق العام الصحي, واستخدام أدوات حديثة في التسيير كما استخلص الباحثان على أن ترشيد الإنفاق العام الصحي يمثل المسعى الكبير للمنظومة الصحية الجزائرية خاصة مع انخفاض أسعار البترول, وتزايد حجم الإنفاق العام الصحي, لذا كان من الضروري إيجاد آليات تسمح بتقديم خدمات صحية ذات جودة, وبأقل التكاليف الممكنة, كما تعتبر الحكومة من بين الآليات التي لها تأثير ايجابي على تحسين الأداء المالي, و إضفاء الإفصاح والشفافية والمساءلة والعدالة في أنشطتها ،كما أن فرض الرقابة المالية على الإنفاق العام الصحي واستخدام أدوات حديثة للتسيير ونظام المعلومات لمحاسبة التسيير, يسمح بتقديم خدمات صحية نوعية وبأقل التكاليف الممكنة.

(1) أ. سعداوي سامية ،أ.د.خليل عبد القادر ، آليات ترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية بالجزائر - دراسة تحليلية تقييمية خلال الفترة (2008 - 2018), مجلة المالية والأسواق،المجلد 08 ،العدد 01 مكرر ،السنة 2021 ،ص 59 - 79 .

- دراسة بوخاري فاطنة حنان ،السنة 2022 تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي ومصادر تمويله في الجزائر, دراسة تحليلية: حالة الجزائر⁽¹⁾ تطرقت الباحثة إلى تقييم و تشخيص الإنفاق على قطاع الصحة في الجزائر ومعرفة أهم مصادر تمويله ،و العوامل المفسرة لنمو النفقات العامة للصحة ,كما اعتمدت الباحثة على دراسة تحليلية لواقع الإنفاق الصحي في الجزائر خلال الفترة 2008-2017 ,حيث توصلت الباحثة على أنه رغم الجهود المبذولة من قبل الدولة لتحسين مستوى الخدمات الصحية للمواطنين إلا أنها تبقى غير كافية لتغطية مطالب المجتمع, و رغم تزايد الإنفاق العام على القطاع الصحي وتزايد الميزانيات المخصصة للنهوض بهذا القطاع ,إلا أنّ عدم العقلانية والتسيير السيئ لموارد قطاع الصحة أدى إلى مواجهة العديد من العقبات التي عادت بالسلب على العدالة في الخدمات المقدمة ,و بالتالي يجب اتخاذ الإجراءات اللازمة لتي تساهم في ترشيد الاستخدام الأمثل للموارد الصحية ,ورفع الوعي لدى الأفراد لتمكينهم من تحديد احتياجاتهم ,ومساعدتهم في حلها باستخدام إمكانياتهم.

- دراسة صليحة محمدي ،السنة 2022 ،دور تكنولوجيا المعلومات والإعلام في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية⁽²⁾ تعالج هذه الدراسة سعي الجزائر في توظيف تكنولوجيا المعلومات ،بغية النهوض بقطاع الصحة وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين ,حيث تصنع هذه الأخيرة ضمن سلم أولوياتها ,ساعية إلى تعميم هذا الاستخدام داخل الهيئات الصحية عبر كامل التراب الوطني ،نظرا لكون المؤسسات الاستشفائية تعرف تطورا في سلوك المستهلكين للخدمات الصحية وكذلك الرغبة في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية و المطالبة بتحسين هذه الخدمة لذلك تزايد الاهتمام بسبل استخدام تكنولوجيات المعلومات والإعلام في المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها كما توصلت هذه الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى حملة من الاستنتاجات وهي :

(1) بوخاري فاطنة حنان ،تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي و مصادر تمويله في الجزائر, دراسة تحليلية : حالة الجزائر, مجلة المقريري للدراسات الاقتصادية والمالية ،المجلد 06 ،العدد 02 ،السنة 2022 ،ص 368 - 388.

(2) مليحة محمدي ،دور تكنولوجيا المعلومات و الإعلام في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية ،مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية ،المجلد 05 ،العدد 02 ،السنة 2022 ،ص 498 - 510.

- يتطلب تحقيق مستوى عال لفعالية الخدمة الصحية، لضمان تحقيق مستوى عال من جودة هذه الخدمة.
- إن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية، يجب أن تأخذ بعين الاعتبار المورد البشري كوحدة أساسية لتحقيق النجاح، بالإضافة إلى العامل التنظيمي.
- تعتبر تكنولوجيا المعلومات و الإعلام من الفواعل الأساسية التي لها دور فعال في كل مؤسسة استشفائية في تحسين جودة الخدمات الصحية .

المبحث الثاني

الدراسات باللغة الأجنبية

- دراسة رزقي نور بهلول نور الدين (2020) بعنوان تطور التمويل الصحي الخاص في الجزائر منذ بداية الألفية الثالثة.

- دراسة تحليلية مع رؤية تصورية

The évolution of private health financing in Algeria since The beginning of The Third millennium An annalytucal study veith a conceptual vision.⁽¹⁾

من خلال هذه الدراسة حاول الباحثان دراسة تطوير التمويل الصحي الخاص في الجزائر حيث تهدف هذه الدراسة إلى رصد تطور نفقات القطاع الصحي الخاص في الجزائر.

توضيح خلفية هذا التطور، ومت ثم محاولة وضع نموذج لعمل التمويل الصحي الخاص بما يضمن توفير الرعاية الصحية للأفراد.

و بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، ثم التوصل إلى أن مصدر تمويل القطاع الصحي الخاص في الجزائر هو العائلات عن طريق المدفوعات المباشرة.

⁽¹⁾ Nour El Houda Rezgui ,Nourddine Bahloul , The évolution of private health financing in Algeria since The beginning of The Third millennium An annalytucal study veith a conceptual vision ,Journal of The New economy ,Vol :11/N° :02 (2022) ,P96 – 108.

كما أن الباحثان توصلا من خلال الدراسة على أنه:

- الإنفاق على الصحة في الجزائر في تزايد من سنة إلى أخرى نتيجة ارتفاع الاحتياجات الصحية للأفراد عدم قدرة التمويل الحكومي على تلبيتها.
- مصدر تمويل القطاع الصحي الخاص في الجزائر هو العائلات من خلال المدفوعات المباشرة التي قد تسبب في مخاطر مالية عند الدفع للممارسين في القطاع الخاص أو عدم قدرة بعض الأشخاص الحصول على الخدمة الصحية، مما يمنع ذلك تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

- دراسة أنساعد رضوان، بن فريحة نجاة (2020) تحت عنوان الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية بين الواقع و المأمول دراسة تطور قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة 2010-2017

Health services in institutions betweeen reslity and Hope study on The developmenet of The Health sector in Alegria 2010-2017.⁽¹⁾

توصلت الدراسة أن تطورات خاصة في مجال تقديم الخدمات الصحية خلال الفترة (2010-2017) أن المؤسسات الاستشفائية تسعى من خلال التركيز على تقديم خدمات صحية تتماشى مع تطلعات المرضى و أفراد المجتمع الذي تنشط فيه ،و هذا للوصول إلى أكبر شريحة في السوق ،و المحافظة على مكانتها وصورتها بتقديم أفضل الخدمات الصحية لطالبي العلاج و الاهتمام بطالبي الوقاية ،وتسعى الجزائر جاهدة للنهوض بهذا القطاع من خلال إصلاحات في المنظومة الصحية وكذا توفير ميزانية و تسهيلات طبية لاستيعاب الطلب المتزايد على الخدمة الصحية من قبل أفراد المجتمع الجزائري ،الذي يعرف نموا كبيرا و تطورا ملحوظا.

⁽¹⁾ Ensaad Redouane ,Ben Friha Nadjet , Health services in institutions betweeen reslity and Hope study on The developmenet of The Health sector in Alegria 2010-2017 ,journal of economic and finacial studies ,vol :13/N° :01 5(2020) ,P 07-22.

و من خلال تحليل لتطور الخدمات الصحية لاحظ الباحثان:

▪ تمكن القطاع الخاص على الاستحواذ على السوق الصحية، من حيث الأجهزة الطبية، و الإطار

بالعديد من الإصلاحات في قطاع الصحة العمومية بزيادة المنشآت الصحية وإصلاحها و دعمها بأطباء متخصصين، وكاملين ذوي كفاءة وخبرة وخريجي الجامعات و المعاهد، وكذلك توفير الأدوية اللازمة للمؤسسات العمومية وفتح مؤسسات متخصصة للأمراض المزمنة و الخطيرة كأمراض السرطان.

▪ تطور القطاع الخاص الذي صار يلعب دورا مهما في تلبية احتياجات المواطن من الخدمة الصحية.

▪ تمكن القطاع العام من توفير أخصائيين فاقو نسبة القطاع الخاص أحيانا، لكن دائما هناك عجز على مستوى القطاع العام نظرا لعدم وجود تحفيزات، هذا ما جعل الأطباء الأخصائيين يتوجهون إلى القطاع الخاص.

- دراسة توتة نوال، مزيان تاج (2022) تحت عنوان المنظومة الصحية و مؤشراتها : إصلاحات في مفترق الطرق و تحديات لما بعد زمن جائحة كورونا¹

The Algéria Health system and its indicators :Pforms at The cross ords and their challenges during the port – corona coveid 19 pandémie période⁽¹⁾.

من خلال هذه الدراسة تطرق الباحثان إلى إبراز أهم إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر للتكيف مع الواقع الجديد على الصعيد الاقتصادي، الاجتماعي و السياسي، ومع التحولات الديموغرافية، الوبائية و التكنولوجية، ومدى تأثير هذه التحولات على تطور مؤشرات الصحة العامة في الجزائر، إضافة ذلك تحديد نقاط ضعفها و عوامل عدم رضا

⁽¹⁾ Touta Nawel Tadj , The Algéria Health system and its indicators :Pforms at The cross ords and their challenges during the port – corona coveid 19 pandémie période ,journal of the research unit in human ressources développment ,Vol : 17,N° :01 (Priveate) May 2022.

جميع أطرافها ،و تحديات ما بعد ومن جائحة كورونا و التي وضعت النظام الصحي الوطني نحن ضغط شديد ،و كشفت بوضوح عن نقاط ضعفه.

كما أن الباحثان من خلال الدراسة توصلا إلى أن:

▪ إن الجزائر اهتمت بقطاع الصحة و ما ينعكس ذلك في التقديم الكبير الذي حققته البلاد في الهياكل الصحية و الموارد البشرية بمختلف أنواعها ،بالإضافة إلى التحسن في المؤشرات الصحية ،ولكن مع ذلك بالرغم من التطور الذي شهده قطاع الصحة فإنه لا يزال يواجه واقعا معقدا بخصوص أدائه ،و الذي نلخصه في النقاط التالية :

- ✓ غياب حسن الاستقبال و التوجيه و النظافة في المستشفيات.
- ✓ سوء نوعية الخدمات المقدمة للمواطنين في حالات الطوارئ
- ✓ الاكتظاظ و الظروف الغير الإنسانية في عملية رعاية النساء الحوامل.
- ✓ تنامي ظاهرة العنف ضد العاملين في المجال الصحي.
- ✓ اختلافات كبيرة في التغطية الصحية بين المناطق.
- ✓ تجاهل الدور المحوري للطبيب.
- ✓ المواعيد النهائية غير معقولة للعلاج الإشعاعي.
- ✓ التأخير غير المبرر في برنامج رقمنة القطاع.
- ✓ التأخر الكبير في إنجاز المشاريع المسجلة.
- ✓ الخلل في تزويد السوق الوطني بالأدوية.
- ✓ عجز كبير في مستخدمي الخدمات شبه الطبية.

- دراسة بومدين محمد 2022 ،تأثير الصحة على النمو الاقتصادي في الجزائر تطبيق اختيار حدود ARDL على التكامل المشترك

Effect of Health on économie growth i, Algeria : An application of ADRDL founs Test to cointegration ⁽¹⁾ .

⁽¹⁾ Boumediene Mohamed , Effect of Health on économie growth i, Algeria : An application of ADRDL founs Test to cointegration ,Journal of Économic integstion ,Vol :N° :01/march 2022 ,PP 165-182.

من خلال هذه الدراسة تطرق الباحث إلى فحص تأثير النمو الصحي في الجزائر للفترة من 1970 إلى 2019، باستخدام متوسط العمر المتوقع عند الولادة و الإنفاق الحكومي على الصحة كبديل للصحة، ونصيب من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي كمؤشر للنمو الاقتصادي، بعد استخدام حدود ARDL للتكامل المشترك و التحكم في تأثيرات الإنفاق الحكومي على التعليم، و التضخم و تكوين رأس المال الثابت الإجمالي كما توصل الباحث إلى :

▪ وجود علاقة إيجابية و علاقة إحصائية بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة و الناتج المحلي الإجمالي الداخلي عند مستوى معنوية 5%.

▪ الصحة هي المتغير الرئيسي للنمو الاقتصادي، بحيث يجب على الدولة أن تعطي الأولوية لقطاع الصحة و تزيد اتفاقها من الميزانية، و ينبغي و ضع سياسات لتحقيق النمو الاقتصادي الشامل.

▪ ومع ذلك فإن مفتاح تحقيق أفضل النتائج، ليس زيادة تخصيصات الميزانية بشكل عادي، بل في تنفيذ الاتفاق العام و الإيرادات، و ضمان استخدام الأموال المخصصة بأكبر شفافية ممكنة، لا يكفي بناء المراكز الطبية و المستشفيات في مناطق مختلفة، ولكن لا بد من تحديد نموذج لها للحفاظ على جودة الصحة ككل على المستوى الوطني.

- دراسة صافا لشهب 2022 بعنوان تحليل مقارن لنماذج النظام الصحي في دول منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية، ما هي الدروس المستفادة لتحديث القطاع الصحي الجزائري ؟

Analyse comparative des modèles de système de santé de pays de l'OCDE quels enseignement pour la modernisation du secteur de santé Algérien ? ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Safa Lechab , Analyse comparative des modèles de système de santé de pays de l'OCDE quels enseignement pour la modernisation du secteur de santé Algérien ? ,Revue innovation ,volume :12 N° :01 (2022) ,p 498 -516.

من خلال هذه الدراسة تطرق الباحث إلى دراسة الأنظمة الصحية لبعض الدول منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية و الهدف من ذلك هو استخلاص الدروس التي ستكون مفيدة في تحديث القطاع الصحي الجزائري.

إضافة إلى ذلك تظهر المناهج النظرية الحالية لإصلاحات النظام الصحي وجود التشابه في قطاع الصحة الذي يتميز بالغموض في الاهداف، الأسباب الغامضة أو الحلول الغير المعروفة، ففي هذه الحالة و من أجل إيجاد حلول فعالة و بتكلفة أقل، تقوم الدول ببناء أنظمة صحتها الوطنية بالتركيز على أنظمة الدول النموذجية و لهذا السبب، فإن دراسة التجربة الأجنبية في إصلاحات أنظمة الرعاية الصحية تحظى بأهمية خاصة بالجزائر.

لا تخلو سياسة الرعاية المجانية من عواقب على ميزانية الدولة (التدبير عدم وجود محاسبة دقيقة)، تتضاءل الموارد الميزانية نسبيا مع النمو، وحتى مع الانفجار الديموغرافي.

الأزمة الاقتصادية التي تمر بها الجزائر و التحولات المتعددة التي شهدتها اتجاه الزيادة في الانفاق على الصحة، يجب أن يؤدي بالدولة إلى تنفيذ تصحيح الميزانية.

ينبغي للدولة أن تتخلى عن الإدارة المباشرة للأموال الصحة العامة و تفويضها لجهات أخرى.

- دراسة طهاري حياة 2022 بعنوان الوضع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1990 - 2018

The Health situation in Algeria during The period 1990 -2018 ⁽¹⁾.

من خلال هذه الدراسة تطرقت الباحثة إلى واقع المنظومة الصحية في الجزائر، وإبراز المراحل التي مر بها قطاع الصحة في الجزائر بعد الاستقلال، وكذا إلقاء نظرة على أهم مؤشرات الديموغرافية كالوفيات و المواليد التي تساهم بشكل كبير في التخطيط المستقبلي للبلاد، تم الإعتماد على المنهج الوصفي التحليلي المناسب لهذه الدراسة.

⁽¹⁾ Hayat Tahari , The Health situation in Algeria during The period 1990 -2018 ,The journal of El- Ryssala for studies and research in humanities ,Volume :07/N° :04 /Juin 2022 ,PP 850 – 859.

ومن خلال هذه الدراسة توصلت الباحثة إلى النتائج التالية من أبرزها هي :

- ارتفاع متوسط العمر المتوقع حيث قدر بـ 77 سنة عام 2018 مقارنة بـ عام 1990 عندما تم تسجيل 66 سنة، ويعتبر من مؤشرات تحسن الصحة و انتشار الأوبئة.
- التحسن الملحوظ و التدريجي في صحة الاطفال الرضع وانخفاض معدل وفيات الرضع ،حيث انخفض المعدل من 25.5 % سنة 2008 إلى 24.2% ، وذلك نتيجة تغطية التطعيم ومع ذلك فإن هذا المؤشر لا يزال دون المستويات التي تم تحقيقها على المستوى العالمي.
- انخفاض معدل وفيات الأمهات في الجزائر، خاصة في السنوات الأخيرة ،فقد انخفض معدل من 84.2 % إلى 57.7 % ،لكن رغم هذا الانخفاض إلا أنها لا تزال مرتفعة مقارنة بالدول الأوروبية وحتى بعض الدول العربية.
- رغم الخطط و البرامج الموضوعية على المستوى الوطني ،لا أن تداعيات ذلك لقد أصبح المؤشر مشكلة صحية بامتياز تؤرق النظام الصحي الجزائري.
- دراسة عبد المجيد سجل ،فيضل مختاري 2022 بعنوان الشراكة بين القطاعين العام و الخاص كأداة لإدارة العامة الحديثة و تحسين كفاءة النظام الصحي في الجزائر.

Public private partnerships as a tool for modern public mangment and improving the efficiency of Algeria's Health care system ⁽¹⁾.

من خلال هذه الدراسة يسعى الباحثان إلى فهم كيفية إصلاح النظام الصحي وزيادة كفاءته من خلال الاستفادة من أسلوب التعاون بين القطاعين العام و الخاص كما تطرق الباحثان إلى المشاكل المختلفة التي يواجهها النظام الصحي الحالي في الجزائر بسبب النموذج التقليدي للإدارة العامة ،الذي لا يعتبر التكلفة و الجودة معايير للكفاءة و الفعالية.

(1) Abdelmadjid Sedjel ,Faiçal Mokhtari ,Public private partnerships as a tool for modern public mangment and improving the efficiency of Algeria's Health care system ,Administrative and financial Sciences revieno ,Volume :06/N° :01 (2022) ,P :497 - 515.

كما توصلا الباحثان على أن:

نظرا لأن الإنسان هو الهدف ووسيلة للتنمية، فمن الضروري الاستثمار في صحة الإنسان بطريقة أكثر احترافية، فقد أظهرت جائحة الكورونا أن الصحة العامة لا تقل أهمية عن النمو الاقتصادي و معدلات التوظيف و الصادرات و مؤشرات التضخم، كما أظهر هذا الوباء أنه لا قيمة للمصانع أو الطائرات أو الأموال أو الآلات ما لم هناك إنسان صحي خال من الأمراض، الذي يمكنه العمل بشكل مريح وخلف العرض و الطلب، كما أن هذه الوباء ترك جراحا عميقا على النظام الصحي العالمي و بشكل خاص الجزائري فقد أدى إلى فقدان عدد كبير من الإطارات الطبية المؤهلة و التي صرفت الدولة عليهم أموال ضخمة من أجل تدريبهم، وأصبح إصلاح النظام الصحي جزءا لا يتجزأ من الأمن القومي للبلاد، كما تجيد في إنشاء الوكالة الوطنية للأمن الصحي.

استخدم مبادئ الإدارة العامة الحديثة و شراكة بين القطاع العام و الخاص، و حكومة القطاع الصحة سيسمح برفع جودة النظام الصحي وخدماته و كذلك العمل على السيطرة على التكاليف بطريقة عقلانية بعيدا عن الإسراف و عدم الكفاءة في الميزانية، يجب أن تكون مخرجات النظام الصحي أكبر من مدخلاته.

- دراسة كتاف رزقي، دوس فاتح 2024 تحت عنوان واقع التنمية الصحية في الجزائر في ظل التحديات الراهنة.

The reality of health développement in Algéria in light of The current challenges⁽¹⁾.

من خلال هذه الدراسة حاول الباحثان دراسة الوضع الصحي الراهن في الجزائر، مسلطين الضوء على المؤشرات الرئيسية للصحة وتحديد العوائق التي تحول دون تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد في ظل التحديات و التهديدات البيئية.

⁽¹⁾ Kattaf Reski ,Dous Fateh ,The reality of health développement in Algéria in light of The current challenges ,Journal of legal and economic research /volume 07/N° :01 (2021) ,P 408 - 431.

كما توصل الباحثان من خلال الدراسة على أنه رغم المجهودات المبذولة من طرف الدولة في قطاع الرعاية الصحية، إلا أنه بقي يواجه صعوبات في تلبية احتياجات الأفراد الصحية بشكل كاف، سواء من حيث الكمية أو التنوع بسبب نقض البنية التحتية للرعاية الصحية وتوزيعها الغير العادل، ولذلك من أجل التنمية المستدامة في ظل النمو السكاني، تعتبر البرامج القوية ضرورية لتعزيز مستويات الرعاية الصحية، من خلال تعزيز الشركات المسؤولة و الابتكارات عبر القطاعات ذات الصلة بالصحة.

الفصل الثالث القطاع الصحي في الجزائر

خطة الفصل الثالث

الفضل الثالث : القطاع الصحي في الجزائري

المبحث الأول : المنظومة الصحية في الجزائر و أهم الإصلاحات

المطلب الأول : المرحلة الأولى من سنة 1962 إلى سنة 1965

المطلب الثاني : المرحلة الثانية من سنة 1965 إلى سنة 1979

المطلب الثالث : المرحلة الثالثة من سنة 1979 إلى سنة 1988

المطلب الرابع : المرحلة الرابعة من سنة 1989 إلى سنة 1999

المطلب الخامس : المرحلة الخامسة من سنة 2000 إلى يومنا هذا

المبحث الثاني : تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

المطلب الأول : تمويل المنظومة الصحية عن طريق الدولة

المطلب الثاني : تمويل المنظومة الصحية عن طريق الضمان الاجتماعي

المطلب الثالث : تمويل المنظومة الصحية عن طريق الأسرة والعائلات

المطلب الرابع : مصادر التمويل الخارجية

المبحث الثالث : مؤشرات كفاءة القطاع الصحي

المطلب الأول : معدل وفيات الأمهات و الأطفال

المطلب الثاني : أمل الحياة عند الولادة و نسبة الخصوبة

المطلب الثالث : التغطية بالخدمات الصحية

المطلب الرابع : معدل انتشار الأمراض

خلاصة

المبحث الأول

المنظومة الصحية في الجزائر و أهم الإصلاحات

المطلب الأول

المرحلة الأولى من سنة 1962 إلى سنة 1965

تميزت هذه المرحلة ببناء الدولة حيث ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية صعبة و متدهورة في مجال الصحة، وهذا راجع الى الظروف الاقتصادية و الاجتماعية التي كانت تعيشها البلاد من جهة و تفشي الاوبئة الخطيرة و المشاكل الناجمة عن سوء التغذية بين السكان خاصة في القرى و الضواحي المدن من جهة اخرى كما أن النظام الصحي آنذاك كان يلبي احتياجات نسبة ضئيلة من السكان حيث كان متمركزا فقط في المدن الكبرى في العاصمة، قسنطينة، وهران، حيث قبل 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن و 264 صيدليا أي صيدلي واحد لكل 52323 مواطن، أما الأطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا أي طبيب اسنان واحد لكل 70688 مواطن.

أما من حيث الهياكل القاعدية، فكان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات، و ما يميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962.

إن المنظومة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها. وكان ينبغي في الأول إعادة إنعاش البنيات و الهياكل التي خلفها الاستعمار قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في حملات التلقيح لبعث الأمراض الفتاكة و المعدية⁽¹⁾.

(1) نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتابة للنشر و التوزيع، الجزائر، الطبعة الأولى، 2009، ص 132.

من خلال ما سبق نلاحظ أن السياسة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال كانت تركز على هدفين أساسيين و هما من جانب ، العمل على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية و مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال من خلال تعميم العلاج الوقائي كالتلقيح ، و نظافة المحيط و حماية الامومة و الطفولة و النظافة المدرسية و طب العمل ، و من جانب آخر بناء الهياكل الصحية و تكوين الإطارات الطبية و الشبه الطبية و الإدارية و الحصول على التجهيزات و التوفير التمويل الصحي و الطبي.

المطلب الثاني

المرحلة الثانية من سنة 1965 إلى سنة 1979

تميزت هذه المرحلة بجانبين أساسيين هما محاولة إرسال العلاج الأولي و المجاني من خلال توفير و مضاعفة قاعات العلاج و المراكز الصحية مستوى كل بلدية أو كل حي (1).

فتعميم خدمات الوقاية و العلاج الأولي من جانب عن طريق زيادة الهياكل القاعدية بهدف من جهة إلى حماية المجتمع الجزائري الشاب (حوالي ثلاثة أرباع المجتمع اقل من 30 سنة) و كذلك محاولة توفير تغطية صحية عادلة ، فالملاحظ هو عدم وجود إنصاف و عدل بين المناطق الحضرية و الريفية ، إذ نجد تركز الموارد البشرية الطبية و الشبه الطبية و الهياكل القاعدية في المدن الكبيرة و غيابها تقريبا في المناطق الريفية و الشبه الريفية ، هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للمريض و من جانب آخر كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي و توحيد نظامه ككل ، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية و الاقتصادية للأفراد ، و ذلك بتسخير كافة الوسائل و الإجراءات لحماية الصحة و ترقيتها في البلد ، و تعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني.

(1) الجريدة الرسمية ، العدد 1 ، الأمر رقم 73 - 65 المؤرخ بتاريخ 28 / 12 / 1973 ، الصادر بتاريخ 01 / 01 / 1974 المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحية ، ص 2.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة مساهمة الدولة بـ 60%، من مجموع النفقات و 30%، من طرف الضمان الاجتماعي، و الباقي 10% من طرف السكان أو الأسر، بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليهم، و تتكفل الدول بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية (AMG).

المطلب الثالث

المرحلة الثالثة من سنة 1979 إلى سنة 1988

أهم ما ميز هذه المرحلة هو تقييم البرامج و السياسات التتموية بما فيها المنظومة الصحية التي عملت الوزارة الوصية على تحديد معالمها المستقبلية و الاتجاهات الرئيسية الواجب إتباعها.

وقد شهدت هذه المرحلة إصلاح القطاع الصحي، حيث كانت الدولة هي الطرف و الفاعل الوحيد في مجال توجيهه، و تحقيق و تمويل الاستثمارات الصحية، كما تميزت هذه المرحلة بحدوث تغيرات جذرية مهمة في اتجاهات المنظومة الصحية، إذا حققت المؤسسات الصحية الجزائرية قدرا من التقدم في المجال الصحي.

وكانت من أهم الاهتمامات خلال هذه الفترة، العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف، من خلال وحدات العلاج التي تم إقامتها هناك، وأعتمد في ذلك على وسائل الاعلام بدرجة كبيرة من أجل تبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع مع ضرورة دعم المؤسسة الصحية⁽¹⁾.

كما تميزت المرحلة بمواصلة دراسة تطور المنظومة الصحية في ظل الطب المجاني لأهميته و كان ذلك في مرحلتي الثمانينات و بداية التسعينات.

(1) نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتابة للنشر و التوزيع، الجزائر، الطبعة الأولى، 2009، مرجع سابق ذكره، ص 137.

المطلب الرابع**المرحلة الرابعة من سنة 1989 إلى سنة 1999**

عرفت الجزائر خلال العشرية أزمة اقتصادية و سياسة كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة وغير مسبوقه ، و اللاستقرار في كل الحالات ، ما نتج عنها تخريب معظم الهياكل و البنى التحتية التربوية و التجارية و الصناعية و الهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة⁽¹⁾.

كذلك عرفت البلاد انتشار ظاهرة البطالة بشكل رهيب و المحسوبية و بروز الطبقة البرجوازية طفيلية تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها في نظام حر إلا بمرور الأجيال⁽²⁾.

ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق اصدار مراسيم تنفيذية و التي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الاستشفائية الوطنية و عصرنتها و اضاء نجاة اكبر عليها.

فمعظم هذه المراسيم قد تمت في الفترة ما بين 1993 و 1996 ، نذكر منها المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 1993/01/02 والمتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية ، و المرسوم التنفيذي رقم 140/93 المؤرخ في 1994/03/30 والمتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية ، و المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/02/09 و المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء ، و المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/03/30 المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري ، المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 1994/09/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات ، المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/04/09 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم ، المرسوم التنفيذي رقم 68/96 المؤرخ في 1996/01/27 المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان ، المرسوم

(1) Organisation Mondiale de la santé, bureau régional pour l'Afrique, Algérie Plan de travail 2004-2005, novembre 2003, p1.

(2) مولود ديدان ،مباحث في القانون الدستوري و النظم السياسية ، ط 1 ، الجزائر ، دار النجاح للكتاب ، 2005 ، ص 349.

التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 19/10/1996 المتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجارب و التحليلات القيمة ،المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 13/07/1998 المتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة و من بينها التجهيزات الصحية و العمليات المركزية.

لقد طرأ تحول كبير عل الصعيد الاجتماعي في الجزائر على كل المستويات:

- على مستوى الصحي فقد تمثل التحول في عودة بعض الأمراض و الأوبئة المتقلبة عن طريق المياه ،و ظهور الأمراض المزمنة كالسكري و أمراض القلب و التنفس ،ويعود سبب هذا الوضع إلى قلة النظافة العمومية و تدهور السكنات و توسع رقعة الفقر بالإضافة إلى نقص التغذية عند بعض الطبقات الاجتماعية ،و كذا التغيرات المناخية.

- عل مستوى الاقتصادي و الاجتماعي فكان التحول راجعا إلى ضعف الدخل و ارتفاع المديونية بحيث ارتفعت من 37،28 مليار دولار سنة 1990 إلى 72،25 مليار دولار سنة 1993 ،لتصل إلى 74،30 مليار دولار سنة 1998.

هذه العوامل أدت إلى تدني المستوى المعيشي ،كانخفاض مناصب شغل و بالتالي ارتفاع نسبة البطالة بسبب تقليص الدولة من النفقات العمومية ،بما في ذلك الانفاق على القطاع الصحي (1).

إن نقص الموارد المالية قلص من أداء القطاع الصحي في مواجهة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية و الاستشفائية ،خاصة مع تدهور قيمة العملة الوطنية ،حيث بات موضوع اقتناء الأدوية و الأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر ،وعلى إثر ذلك جاء قرار سياسي عبارة عن صدور منشور وزاري في 1995 و المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء و الإطعام في الوسط الاستشفائي (2) ،و بالإضافة الى ذلك في قانون المالية لسنة 1993 ، بأنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث

(1) برحوفافة سهيلة ،إصلاح المنظومة الصحية ،واقع و أفاق ،مجلة دراسات استراتيجية ، الصادرة بالجزائر ،العدد 06 ، السنة 2009 ،ص 114.

(2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،وزارة الصحة و السكان ،المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08/04/1995 ،المتضمن ساهمة المرضى في نفقات الاطعام و الايواء داخل المستشفى ،ص 02.

عن المعوزين ، أما باقي العلاجات فتكون وفقا نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي⁽¹⁾.

المطلب الخامس

المرحلة الخامسة من سنة 2000 إلى يومنا هذا

الفرع الاول

مرحلة من سنة 2000 - 2010

تميزت هذه المرحلة بارتفاع ملحوظ لموارد لقطاع الصحي بفضل زيادة قيمة الاعتمادات الموجهة اليه التي من خلاله ارتفعت ميزانية التسيير و كذلك التجهيز بفعل ارتفاع أسعار البترول و عائدات.

و لقد كان لنظام التأمينات الاجتماعية الممولة بواسطة الميزانية و مساهمة المؤمنين ومساهمة المستخدمين ،ففي الجزائر تم تحديد لنسب الاشتراك في الضمان الاجتماعي وذلك بموجب المرسوم التنفيذي المؤرخ في 2000/03/04 وجاءت هذه النسب موزعة بنحو 25 % من وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نفقة المستخدم و 9 % من على نفقة العامل ، و 0,5% بموجب حصة صندوق الخدمات الاجتماعية ،و يوضح أن هذه الاشتراكات تذهب للتأمينات الاجتماعية بنسبة 14 % من الوعاء الاجمالي ، و 16 % للتقاعد و 1,75% للتأمين على البطالة و 1,5% للتقاعد المسبق ، و 1,25% لحوادث العمل والأمراض المهنية ، ليشمل وعاء الاشتراك في الضمان الاجتماعي على نسبة إجمالية تقدر ب 34,5%⁽²⁾.

وعرفت من خلالها مؤشرات الصحة تحسنا ملحوظا تمثلت في⁽³⁾ :

(1) نور الدين حاروش ،إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ،الطبعة 01 ،الجزائر ،دار كتامة للكتاب ،2008 ،ص 152.
(2) هراوة عمر الفاروق ،دهان أحمد سعيد ،السياسة الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية والمطالب النقابية (2012-2016) ،مذكرة ماستر في العلوم السياسية ،غير منشورة ،تخصص : سياسات عامة وتنمية ،جامعة الجلفة ، الجزائر ،2016/ 2017 ،ص 49.
(3) هراوة عمر الفاروق ،دهان أحمد سعيد ،السياسة الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية والمطالب النقابية (2012-2016) ،المرجع السابق ذكره ص 49 - 50.

- بناء هياكل صحية جديدة واقتناء تجهيزات حديثة و معدات طبية متطورة خاصة في مجال التطور الطبي بالأشعة.
- التخفيض من المخاطر المترتبة بمحيط غير مناسب كالتلوث و محاربة الآفات الاجتماعية .
- التحكم في التكاليف و تخفيض التبعية بفضل تدعيم و تطور الصناعة الوطنية في مجال التجهيزات و الموارد الصيدلانية و شبيه الصيدلانية.
- اعادة تأكد مجانية العلاج في إطار قانوني جديد.
- تكيف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية و الاجتماعية التي تعرفها البلاد.
- المحافظة على القطاع العمومي و تحسين مردوديته.
- ادماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية.
- ارتفاع نفقات الصحة من نسبة 3,48 % من الدخل الوطني الخام سنة 2000 الى 5,79 % سنة 2009.
- ارتفاع عدد الاطباء بنسبة 70% بين سنة 1990 الى 35000 طبيب اخصائي سنة 2007.

لقد تم إعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني باعتماد تنظيم صحي جديد في 19 ماي 2007 بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 حيث ينص على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية حيث الهدف منها هو تسهيل الوصول الى العلاج وتقريب المستشفى من المواطن و تخفيف الضغط على المستشفيات (1).

وفي سنة 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد و القوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية و هو نظام يسعى الى ترقية العلاج القاعدي النوعي ،و تميزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى ،وبذلك تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما مؤسسة عمومية

(1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ في 19 ماي 2007 ،يتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها ،الجريدة الرسمية ،العدد 33 ،مؤرخة في 20 ماي 2007 ،ص 10.

استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية والتي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج.

وفي سنة 2010 تم تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد، حيث أنهت اللجنة أعمالها في جانفي سنة 2011، بالموازاة مع ذلك تشكلت عدة لجان لإعادة النظر في منظومة الوقاية و تعليم الشبه الطبي، وأسست لجنة لوضع خارطة الطريق صحيحة للدولة، غير أنه لا يمكن أن يعتبر بمثابة سياسة صحية تلتزم الحكومة بتحديد هذه السياسة بحيث أنه بقي مجرد مشروع مجمد لعدم الاثراء و رفضه من قبل النقابات الحرة للأطباء و الأخصائيين و الأطباء و الشبه طبي و كذلك من قبل الجمعيات (1).

الفرع الثاني

مرحلة سياسات الإصلاح المنظومة الصحية من سنة 2010 الى يومنا هذا

تميزت هذه المرحلة بإصلاحات التي بادرت بها الحكومة عن طريق الوزارة الوصية، و التي مست منظومة التكوين، وكيفية توزيع الموارد البشرية عبر التراب الوطني، إضافة الى ذلك تطور الهياكل القاعدية و ارتفاع حجم الانفاق الحكومي.

- أولا : منظومة التكوين و توزيع الموارد البشرية

تمثلت في تحسين القوانين الأساسية للأسلاك الخاصة بالصحة، وكذلك إعادة توزيع الخارطة الصحية الوطنية، من خلال إعادة توزيع الموارد البشرية للقطاعات الصحية المحلية على المؤسسات الاستشفائية العمومية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

1. منظومة التكوين : إن تجسيد الاهتمام بالجانب التكويني لإطارات و منتسبي المؤسسات الصحية العمومية من خلال:

- صدور المرسوم التنفيذي رقم 09-162 المؤرخ في 2009/05/02 الذي أنشأ المدرسة الوطنية للصحة العمومية و التي نصت المادة رقم 05 على أن مهمة المدرسة الأساسية هي

(1) هراوة عمر الفاروق، دهبان أحمد سعيد، السياسة الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية و المطالب النقابية (2012-2016)، المرجع السابق ذكره، ص 50 - 51.

" ضمان تكوين متخصص ذو مستوى عالي في مختلف فروع التسيير و المناجمنت لمؤسسات و هياكل الصحية (1) " .

وقد اهتمت هذه المدرسة بالتكوين المزدوج* للعديد من الرتب كمتصرف المصالح الصحية الذين يخضعون لتكويننا متخصص في مجال تسيير المؤسسات الصحية.

- تحويل مدارس التكوين الشبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين الشبه الطبي ووضعها تحت الوصاية المشتركة لوزارتي الصحة و التعليم العالي ، و وظيفتها هي تكوين نظري طويل المدى للطلبة الشبه طبيين والقابلات و مساعدتي التمريض المتربصين بعد نجاحهم في مسابقات التوظيف ،وتظهر أهمية التكوين في القوانين الأساسية التي رفعت من الشروط لقبول الالتحاق بالمعاهد ،فمثلا كان شروط الالتحاق برتبة قابلة كان مقتصر على تكوين مدته 3 سنوات ، يتوج بشهادة نجاح من مدارس التكوين الشبه الطبي أصبح مدته 5 سنوات حسب ما نصت عليه المادة 26 من المرسوم التنفيذي 11-122 المؤرخ في 20/03/2011 المتضمن القانون الأساسي لسلك القابلات (2).

قصد الاهتمام أكثر بهياكل التكوين و تغطية العجز الذي فرضته الفترة الانتقالية، قامت الوزارة الوصية بمنح تراخيص لإنشاء مدارس خاصة للتكوين الشبه الطبي ،وكان أول اعتماد سنة 2017 ليصل عدد المدارس سنة 2019 إلى 31 مدرسة.

(1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 09-162 المؤرخ في 02 ماي 2007، يتعلق بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 28، مؤرخة في 10 ماي 2007، ص 16.

* التكوين المزدوج يتضمن تكوينان، الأول فيما يتعلق بالتكوين قبل التعيين أو الالتحاق بالوظيفة، أما الثاني فيشمل كل دورات تحسين المستوى.

(2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-122 المؤرخ في 20 مارس 2011، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفات المنتميات لسلك القابلات في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 17، مؤرخة في 30 مارس 2011، ص 41.

- الجدول رقم (01) : يوضح تطور عدد المدارس الخاصة في الجزائر

السنوات	عدد المدارس المعتمدة	عدد المقاعد البيداغوجية	عدد الولايات
2013	11	2296	08
2014	03	434	03
2015	02	151	02
2016	10	1248	09
2017	21	3103	15
2018	26	2936	19

المصدر : من إعداد الباحث بناء على القائمة المعتمدة من طرف وزارة الصحة طبقا للمراسلة رقم 608 في 2019/06/24.

2. توزيع الموارد البشرية: تميزت الفترة ما بعد سنة 2010 زيادة معتبرة في عمليات التوظيف في مجال القطاع الصحي، و هذا راجع إلى:

- أهمية قطاع الصحة باعتباره قطاعا سياديا يخص بأهمية بالغة لدى الحكومة.
- إعادة النظر في حجم توزيع الموارد البشرية بعد إلغاء القطاعات الصحية و فصل العلاج الاستشفائي عن العلاج الوقائي، وهذا ما جاء به المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 20/05/2007 والذي بموجبه أنشأت 192 مؤسسة عمومية استشفائية و 272 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية⁽¹⁾.
- الاهتمام أكثر بملف الممارسين المتخصصين و الخدمة المدنية بمنح صلاحيات واسعة لمسؤولي المؤسسات الصحية في تسيير الحياة المهنية لهم، كنوع من إضفاء اللامركزية و المرونة في التعامل مع هذا الملف.

(1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، مؤرخة في 20 ماي 2007، ص 15 - 22.

و للتوضيح أكثر فإن الجدول التالي يبين أهم التغيرات التي شهدتها سياسة التوظيف في القطاع.

- الجدول رقم (02) : يوضح التوظيف الطبيين و شبه الطبيين في قطاع الصحة

السنة	2010	2012	2014	2016	2017
الطبيين	76.923	86.127	93.322	100.572	105.438
شبه الطبيين	140.301	117.950	121.803	127.365	127.623

المصدر : من اعداد الباحث باعتماد على الأرقام الديوان الوطني للإحصائيات

- ثانيا : تطوير الهياكل القاعدية

تمثل تطوير الهياكل القاعدية الصحية في قطاعين هما: القطاع العام و القطاع الخاص
1. القطاع العام: تمثلت تطورات الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام في (المستشفيات العامة، المستشفيات الجامعية، المراكز الطبية الاجتماعية، العيادات المتعددة الخدمات ، قاعات العلاج).

و للتوضيح ذلك نستعرض تطور الهياكل الصحية من خلال في الجدول التالي:

- الجدول رقم (03): تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام

القطاعات	السنوات	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
المؤسسات العمومية الاستشفائية		192	193	194	196	200	200	205
المستشفيات الجامعية		14	14	14	14	15	15	15
المراكز الطبية الاجتماعية		621	627	619	622	627	630	653
العيادات المتعددة الخدمات		1551	1601	1615	1637	1659	1684	1695
قاعات العلاج		5491	5545	5634	5726	5762	5875	5957

المصدر : من إعداد الباحث بالاعتماد على ارقام الديوان الوطني للإحصائيات.

توضح الأرقام الواردة في الجدول ارتفاع مسجل في عدد المؤسسات العمومية للصحة ، حيث سجلنا 205 مؤسسة عمومية استشفائية في سنة 2017 و 1695 عيادة متعددة الخدمات ، ومختلف المنشآت التابعة لها ، لكن و بالرغم من الجهود الكبيرة في مجال التكوين والبنى التحتية غير أنه يوجد اختلاف و تفاوت مستمر في مستويات التغطية الطبية ، وعرض الخدمات العلاجية بين المناطق ، مما يمثل تحديات للسياسة الصحية الوطنية لمواجهة مثل هذه الاختلالات ، فحسب تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2015 ، فإن 61 % من المستشفيات تتواجد في شمال الوطن ، منها 28,4% في شمال الوسط 16,7% في بعض مناطق الشمال الغربي و الشمال الشرقي ، أما منطقة الهضاب العليا فتضم 27,3% من مجموع المستشفيات ، في حين تضم منطقة الجنوب 11,7% فقط من مجموع المستشفيات منها 1,4% في الجنوب الكبير (1).

2. القطاع الخاص: تمثلت التطورات في الهياكل الصحية القاعدية للقطاع الخاص في (العيادات المتخصصة، عيادات الطب العام ،عيادات طب الأسنان ،عيادات ذات طابع جماعي ، الصيدليات الخاصة) حسب الجدول التالي :

- **الجدول رقم (04) : تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع الخاص**

السنوات	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
العيادات المتخصصة	6457	6776	7226	7742	8352	9042	9795
عيادات طب العام	6334	6335	6482	6654	6910	7298	7803
عيادات طب الأسنان	5249	5368	5587	5928	6144	6514	6952
عيادات ذات طابع جماعي	402	426	446	512	600	709	821
قاعات العلاج	8760	9135	9520	9794	9962	10260	10516

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على أرقام الديوان الوطني للإحصائيات.

من خلال الجدول نلاحظ أنه هناك ارتفاع ملحوظ في عدد العاملين في سلك الطبي الخاص ، وهذا نتيجة للمشاكل التي كان يعاني منها القطاع العام ، كان سببا مباشرا في تحول

(1) نور الدين عياشي ، المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات ، مجلة منتدى الأستاذ ، جامعة عبد الحميد مهري ، قسنطينة ، الجزائر ، العدد 20 ، جوان 2017 ، ص 107.

اليد العاملة من القطاع الصحي العمومي نحو القطاع الصحي الخاص، فهنا على الدولة إصلاح الهياكل الصحية⁽¹⁾.

- ثالثا : زيادة حجم الانفاق العمومي

تتمثل صور الانفاق العمومي للدولة من خلال المبالغ المالية المخصصة لتسيير قطاع الصحة و مصالحه الغير الممركزة، وهذا ما يظهر جليا من خلال الجدول الآتي :

- الجدول رقم (05): المخصصات المالية لقطاع الصحي من سنة 2010 إلى 2018

السنة	قيمة المبالغ (الوحدة : مليون دج)
2010	195.011.838
2011	227.859.541
2012	404.945.348
2013	306.925.642
2014	365.946.753
2015	381.972.062
2016	379.407.269
2017	389.073.747
2018	392.163.373

المصدر : الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول (ب) من قانون المالية 2018-2010.

من خلال الجدول نلاحظ قيمة الانفاق الحكومي في مجال القطاع الصحي في ارتفاع مستمر، إذ فاقت نسبة الزيادة فيها 53% لسنة المالية 2014 مقارنة بسنة 2010، و نسبة

(1) كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي، حيجل)، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2008 - 2009، ص 54.

49% في سنة 2018 مقارنة بسنة 2010 ،و تعود أسباب هذه الزيادة في الانفاق الحكومي في مجال القطاع الصحي الى إلزامية اصلاح منظومة الأجور ،حيث استفاد موظفي الصحة من زيادة معتبرة في الأجور وصلت الى حد 52% ،وهذا ما أقره صدور العديد من المراسيم التنظيمية و المتضمنة الأنظمة التعويضية على غرار:

- تحسين النظام التعويضي للممارسين الطبيين و الذي تضمن زيادة ب 50% في الراتب الأساسي و زيادة في بعض المنح تصل الى 600 دج (1).
- تحسين النظام التعويض للأسلاك الشبه الطبية و ذلك بزيادة تتراوح ما بين 35% إلى 40% مع رفع من قيمة علاوة تحسين الأداء (2).
- إضافة إلى تأسيس منحة التعويض عن خطر العدوى بمبالغ ثابتة تتراوح ما بين 2500 دج إلى 7200 دج (3).

المبحث الثاني

تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

(1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 11-188 المؤرخ في 05 ماي 2011 ،يؤسس النظام التعويض للموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية ،الجريدة الرسمية ،العدد 26 ، مؤرخة في 08 ماي 2011 ،ص 17.

(2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 11 - 200 المؤرخ في 24 ماي 2011 ،يؤسس النظام التعويض للموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين العاملين للصحة العمومية ،الجريدة الرسمية ،العدد 30 ،مؤرخة في 01 يونيو 2011 ،ص 16.

(3) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 13 - 194 المؤرخ في 20 ماي 2013 ،يتعلق بالتعويض عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي الصحة العمومية التابعة لقطاع الصحة ،الجريدة الرسمية ،العدد 27 ،مؤرخة في 22 ماي 2013 ،ص 24.

يعتبر عنصر تمويل المنظومة الصحية أهم عنصرا لأي نظام صحي كما أن نظام تمويل النفقات الصحية في الجزائر عرف عدة تحولات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، حين لا يزال يشكل عقبة أمام الإصلاح و النهوض بهذا القطاع بالنظر إلى غياب أسس علمية، صحيحة وسليمة لتغطية نفقات الخدمات الصحية، و لو أنه خلال السنوات الأخيرة تم التحضير لمشروع نظام التعاقد كبديل لتمويل القطاع الصحي، إلا أنه هذا البرنامج لم ير النور بعد (1).

إضافة إلى ذلك يعرف تمويل النفقات الصحية حاليا محدودية في تسخير موارد مالية إضافية لضمان مواجهة الطلب المتزايد عليها نتيجة نمو الديموغرافي الذي تعرفه البلاد، كما تعرف احتياجات السكان نموا و تنوعا بالنظر لمستويات المعيشية و التطور التكنولوجي في مجال الطب و تدفق المعلومات كل هذا جعل الافراد اكثر إلحاحا في طلب العلاج و تحسين نوعيته (2).

يعتمد تمويل نفقات الصحة في الجزائر على ثلاث مصادر أساسية وهي الدولة ، الضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات، كما أنه في الآونة الأخيرة ظهر نمط جديد لتمويل الصحة ألا و هو النمط التعاقدية، إلا أنه ولحد يومنا هذا لم يكتمل ولم يدخل حيز التنفيذ بشكل نهائي (3).

المطلب الأول

تمويل المنظومة الصحية عن طريق الدولة

إن تمويل المنظومة الصحية في الجزائر يعتمد على عنصران مساهمات أساسيان و هما المساهمة العمومية للدولة والجماعات المحلية ، حيث كانت تقدر نسبة الإنفاق ب 60 % من المجموع النفقات الصحية ثم ارتفعت إلى 81% خلال سنة 2017 ، هذه الزيادة سببها ان الدولة قامت بإحداث الطب المجاني سنة 1974 ، مع إلغاء نظام التسعيرة الجرافية ، فأصبحت الدولة

(1) مشري محمد، بن عطة محمد، اشكالية الأنفاق على الصحة و رهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2020 ،مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية، المجلد 07، العدد 01، (2023)، ص 147.

(2) علي دحمان محمد، تكلفة العلاج في الجزائر، مجلة الدراسات القانونية، العدد 02، 2016، ص 11.

(3) خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر، دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990 - 2018) ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2019/ 2020، ص 139.

إلى جانب الضمان الاجتماعي تتكفل بتمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية من خلال اعتمادات الميزانية العامة للدولة وتتقسم هذه الاعتمادات إلى قسمين (1) :

- الاعتمادات التي تغطي نفقات التسيير و تمثل الجزء الأكبر من نفقات الصحة ،و تتكون بدرجة كبيرة من نفقات المستخدمين و نفقات الأدوية .

- الاعتمادات التي تغطي نفقات التجهيز و التي تتحملها الدولة بالكامل (2).

كما أن هذه المساهمة الدولة و الجماعات المحلية توجه وتخصص لتمويل تكاليف شريحة الفقراء و المعوزين ذوي الدخل الضعيف ،حيث كانت تحسب على أساس سعر يحدد سنويا ،حيث أن هذه النفقات المخصصة لتمويل هذه الفئات تحول من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85% ومن طرف صندوق التضامن للدوائر و البلديات لحساب الجماعات المحلية بنسبة 15% (3) هذه الأخيرة بدورها تنقسم إلى 8% على حساب الدوائر و 7% على حساب البلديات (4).

و الشكل الآتي يوضح تطور مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر.

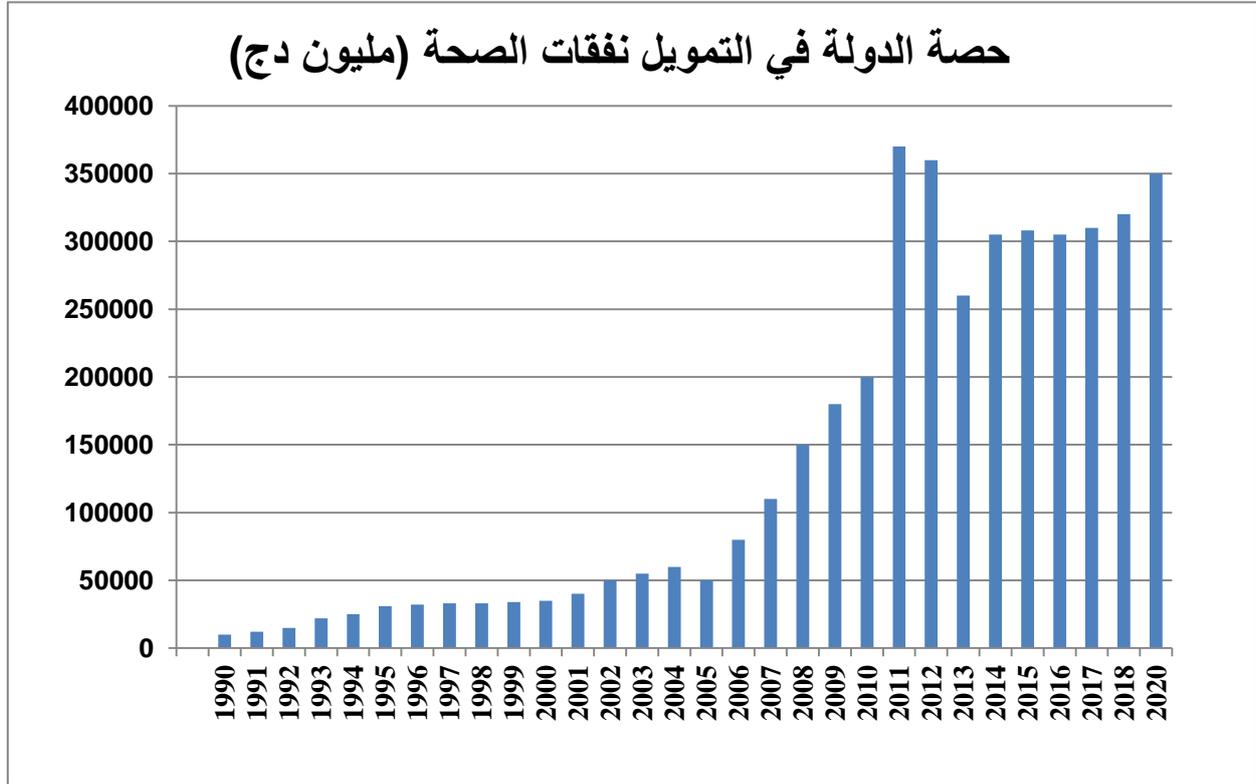
(1) خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، المرجع السابق ذكره، ص 139.

(2) سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000 – 2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، العدد السابع، السنة السابعة 2016، ص 376.

(3) Lamri Larbi, dossier de la contractualisation, le gestionnaire, revue semestrielle de l'école nationale de santé publique, N° 28 juillet 1998, p24.

(4) المرسوم التنفيذي رقم 2014 المؤرخ في 16 جانفي 1994 المتضمن مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.

الشكل رقم (1-1) : تطور حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة (1990-2000)



المصدر: من إعداد الباحثين باعتماد على منشورات وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات.

من خلال المعطيات الواردة في الشكل أعلاه نلاحظ أن حصة الدولة في تمويل النفقات الصحية عرفت تزايد مستمرا من سنة لأخرى خلال فترة الدراسة و هذا ما يؤكد الاهتمام الكبير من طرف الدولة بقطاع الصحة في الجزائر، رغم هذا فان نسبة مساهمة الدولة خلال تسعينات كانت متواضعة وغير كافية ، ويرجع ذلك إلى شح موارد الدولة بسبب انخفاض أسعار البترول ، لكن بعد سنة 2000 نلاحظ ارتفاع في نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية ، بسبب أن الجزائر كانت تعيش بحبوحة مالية لم يسبق لها مثيل ، حيث سجلت أعلى نسبة التمويل سنة 2011 ب 89% بمبلغ قدره 363.948.093.000 دج وكانت ادنى نسبة التمويل سنة 1991 بمبلغ قدره 9.581.000.000 دج ، إضافة الى ما سبق نلاحظ أن هناك زيادة معتبرة في نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية ابتداء من سنة 2019 الى غاية 2020 ، و هذا ما يعكس

المجهودات المبذولة من طرف الدولة لمكافحة وباء كوفيد 19، حيث قدرت نسبة الزيادة في التمويل خلال السنتين الآخريتين من فترة الدراسة نسبة 20% وهذا ما يعكس التحديات التي كانت تواجهها الدولة من أجل مكافحة هذا الوباء (1).

المطلب الثاني

تمويل المنظومة الصحية من طرف الضمان الاجتماعي

يعتبر الضمان الاجتماعي المورد الثاني لتمويل النفقات الصحية في الجزائر، حيث أنه يمول الخدمات الصحية في القطاعين العام و الخاص، عن طريق التعويض الجزافي لنفقات الصحية العلاجية و الطبية للمؤمنين، بحيث تقدر نسبة تغطية الضمان الاجتماعي لنفقات الصحة خلال سنة 2017 نسبة 16% من اجمالي النفقات الصحية، ان الأشخاص المؤمنين اجتماعيا و ذويهم (العمال و الموظفين الأجراء، أصحاب المهن الحرة.....و غيرهم).

التأمين على خطر أمراضهم تقدر سنويا ب 30% من النفقات الاجمالية للهيئات الصحية العمومية (2).

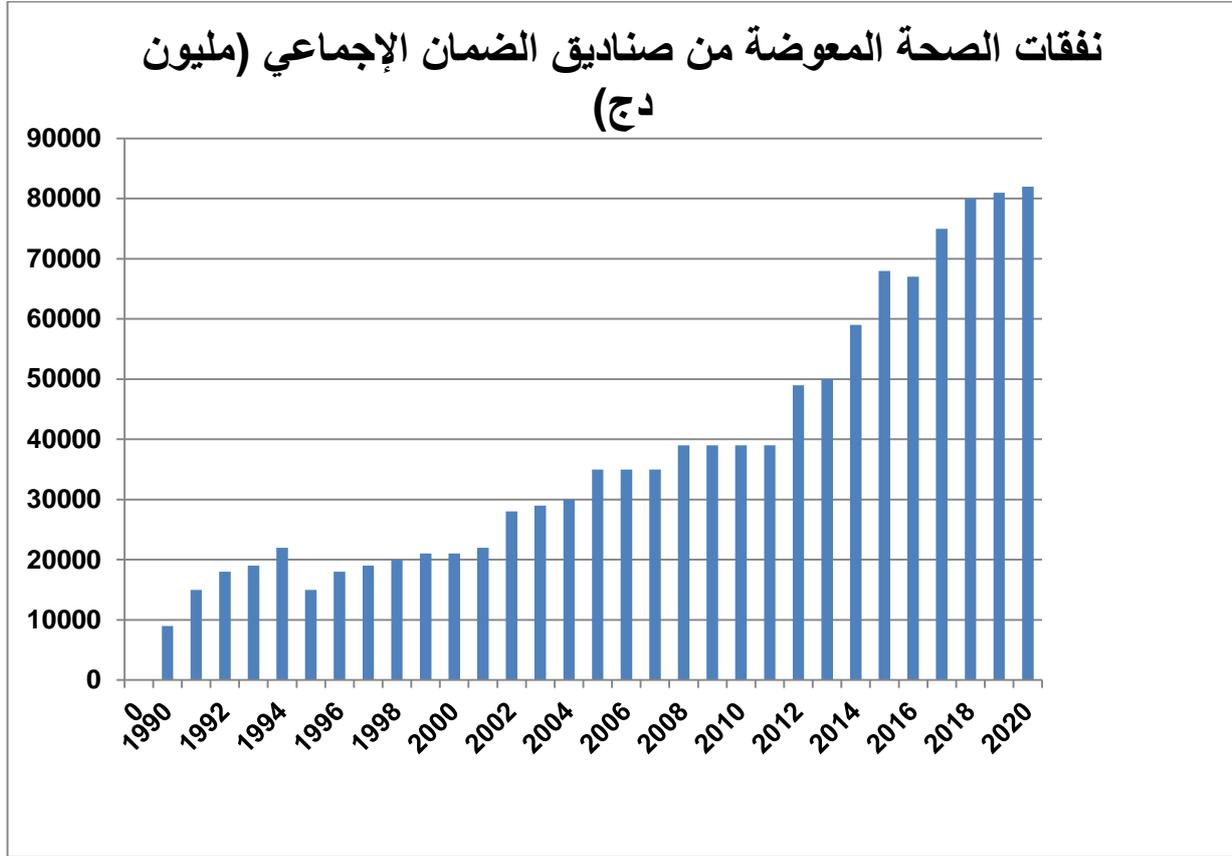
إن تعويض نفقات العلاج يتم بناء على تعريفه حددت من طرف وزارة الصحة سنة 1987 لم تتغير لحد اليوم (3).

و يمكن توضيح نسبة مساهمة الضمان الاجتماعي في عملية تمويل النفقات الصحية من خلال الشكل التالي :

(1) مشري محمد، بن عطة محمد، اشكالية الانفاق على الصحة و رهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2020، المرجع السابق ذكره، ص 148.
(2) كيفاني شهيدة، التنمية الاقتصادية والحماية الصحية في الجزائر، رسالة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، السنة 2007/2006.

(3) Chaouche Ali, le financement de system de santé, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 1819 janvier, 2014.

الشكل رقم (1-2) : يوضح حصة الضمان الاجتماعي في تمويل النفقات الصحية



المصدر: من إعداد الباحثين باعتماد على منشورات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

من خلال المعطيات الموجودة في الشكل نلاحظ التطور المتزايد للمبلغ الجزافي لتمويل المستشفيات، خاصة بعد سنة 2011، فبعدما كان المبلغ لا يتجاوز 38.300.000.000 دج ارتفع الى 48.429.410.000 دج خلال سنة 2012، ليصل الى مبلغ 80.000.000.000 دج سنة 2019، ثم ارتفع بنسبة % 5,5 في سنة 2020 حيث قدر المبلغ ب 88.054.240.000 دج⁽¹⁾، ومن خلال هذه المبالغ نستنتج بأن صناديق الضمان الاجتماعي تلعب دورا فعال و ايجابي في تمويل نفقات القطاع الصحي، إلا أن هذه الصناديق عرفت صعوبات مالية نتيجة للنمو المتزايد لنفقات الصحة، نتيجة التغير في بنية الهرم السكاني، اضافة الى التحويلات من أجل العلاج نحو الخارج و ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية،

(1) مشري محمد، بن عطة محمد، اشكالية الانفاق على الصحة و رهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2020، المرجع السابق ذكره، ص 148.

وكذلك الوضع الاقتصادي الذي تميز بارتفاع نسبة البطالة، حيث وصلت في حدود 14,4% إلى 16% خلال الفترة بين 2006 - 2015، و التي بدورها أدت إلى انخفاض عدد العمال والموظفين المؤمنين و بالتالي انخفاض الاقتطاعات الاجتماعية⁽¹⁾، كل هذه المعطيات والعوامل ساهمت في ارتفاع نفقات صناديق الضمان الاجتماعي، حيث عرفت عملية استهلاك الأدوية في الجزائر ارتفاعا متصاعدا بسبب كثرة طلبات الاستفادة من العلاج، وتغطية الضمان الاجتماعي للأفراد، كما لعبت الصناديق دور مهم و فعال في تمويل المستشفيات بالمعدات الطبية، منها قارورات الأكسجين و كل المستلزمات الطبية لمواجهة فيروس كوفيد 19.

المطلب الثالث

تمويل المنظومة الصحية عن طريق العائلات

اختلف طريقة مساهمة العائلات في تمويل النفقات الصحية باختلاف المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية الوطنية، كما انه هناك مصدرين للتمويل عن طريق الأسر و هما⁽²⁾:

- **أولا: التمويل الذي مصدره مؤسسات عامة او خاصة** : تسعى إلى إنشاء مراكز صحية من اجل 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).

- **ثانيا : التمويل الذي مصدره الأفراد** : تتمثل بالتسديد الكلي أو الجزئي من طرف المستهلكين للخدمات الصحية من أموالهم الخاصة مقابل الخدمات الصحية التي تلقونها، رغم ان هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور، حيث يمكن الحكم عليه من حجمه معتبر، نظرا للطلب الكبير لخدمات الأطباء الخواص، وهذا تقاديا للبيروقراطية و طوابير الانتظار الطويل في المستشفيات العمومية.

و الجدول التالي يبين مساهمته العائلات في تمويل نفقات الصحة :

(1) سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000 - 2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، المرجع السابق ذكره، ص 377.
(2) بن جامع سناء، مخافية لبنى،

- الجدول رقم (06) : مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة

السنوات	1974	1983	1987	1992	1997	2002	2007	2009	2010
نسبة التمويل	%00	%2,83	%1,59	%29,3	%29,5	%24,7	%18,4	%13,8	%20,1

المصدر : دحمان عيسى ، " اشكالية تطبيق النظام التعاقدى في ظل محدودية الموارد المالية " مداخلة مقدمة في اطار ملتقى وطني حول الصحة ، و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر ، جامعة قالمة ، 10-11 أفريل 2018 ، الجزائر ، ص 6.

وعموما تظل النفقات الصحية التي تتحملها الأسر الجزائرية أقل مما هو مسجل في الدول المجاورة كتونس ، و المغرب ، إلا أنها تظل نسبة معتبرة.

المطلب الرابع

مصادر التمويل الخارجية

تتمثل هذه المصادر في المساعدات الخارجية التي تأتي على شكل هبات أو قروض التي تمنح لتمويل القطاع الصحي، مثلا المنظمات العالمية للصحة ، أو البنك العالمي للإنشاء و التعمير.

إن هذا النوع من التمويل مطبق في أوروبا الوسطى و الشرقية ، و ذلك من خلال منظمات ثنائية ، مثل البنط الأوروبي للتنمية ، أو جماعية مثل المنظمة الاقتصادية الأوربية و البنك العالمي للتعمير .

المبحث الثالث

مؤشرات كفاءة القطاع الصحي في الجزائر

المطلب الأول

معدل وفيات الأمهات و الأطفال

الفرع الأول

معدل وفيات الأمهات

إنّ الصحة الإنجابية هي القوة الكاملة سواء كانت بدنيا ،عقليا أو اجتماعيا التي تتمتع بها المرأة في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي و وظائفه و عملياته ،و ليست مجرد السلامة من الإعاقة و تعني الصحة الإنجابية هي قدرة الأمهات على تمتع بحياة جنسية مُرضية ومأمونة وقدرتهم على الإنجاب ،وحريرتهم في تقرير الإنجاب و مواعده (1).

تعد الأمومة الآمنة جزءا هاما من خدمات الصحة الإنجابية ،حيث تؤثر الصحة الإنجابية تأثيرا مباشرا في خفض وفيات الأطفال ،حيث حققت الجزائر تقدما ملحوظا للحد من وفيات الأمهات ،حيث انخفض معدل الوفيات الأمهات من 117,5 لكل 100 ألف امرأة سنة 1999 إلى 57,5 وفاة لكل 100 ألف سنة 2016 (2).

الجدول رقم (07) : يمثل تطور وفيات الأمهات من سنة 1999 إلى سنة 2016

السنوات	1999	2001	2004	2007	2009	2011	2013	2015	2016
نسبة وفيات الأمهات	117,5	113,8	99,5	88,9	81,4	73,9	66,9	63,6	57,5

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على دليل مجال الإحصائيات العادية، 2019، ص 20

(1) الطاهر حفاظ ،و نوال بن عمار ،مستويات و اتجاهات وفيات الأمهات في الجزائر ،مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية ، 2015 ،ص 136.

(2) الطاهر حفاظ ،و نوال بن عمار ،مستويات و اتجاهات وفيات الأمهات في الجزائر ،مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية ، 2015 ص 136.

من خلال الجدول نلاحظ انخفاض واضح ومستمر لوفيات الأمهات خلال السنوات الدراسة، فبعدما كان سنة 1999 حوالي 117,4 حالة وفاة أم لكل 100 ألف، انخفض ليصل إلى 57,5 حالة وفاة لكل 100 ألف أم سنة 2016، وهذا راجع للمجهودات المبذولة من طرف الدولة في قطاع الصحي من خلال العناية الصحية الكبيرة و المتطورة اتجاه الأمهات في جميع المؤسسات الصحية.

الفرع الثاني

معدل وفيات الأطفال

- أولا : نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة

يتم حساب معدل وفيات حديثي الولادة باستخدام النسبة بين عدد الأطفال الذين توفوا قبل سن الأولى من عمرهم و بين عدد الأطفال الذين ولدوا خلال فترة زمنية معينة ، أي يتم تقسيم عدد الوفيات للأطفال حديثي الولادة على عدد الولادات الحية خلال نفس الفترة ثم ضرب النتيجة في 1000 للحصول على عدد الوفيات لكل 1000 ولادة. و للتوضيح أكثر الجدول التالي يبيّن وفيات الأطفال الرضع حديثي الولادة من سنة 2010 إلى سنة 2020.

الجدول رقم (08) : يبيّن وفيات الأطفال الرضع حديثي الولادة خلال الفترة الممتدة من سنة 2010 إلى سنة 2020.

2020	2019	2018	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	السنوات الوفيات
8 717	21 030	21 846	22 271	23 150	22 282	21 586	22 088	21 055	21 046	عدد وفيات الرضع
18,9	21,0	21,0	20,9	22,3	22,0	22,4	22,6	23,1	23,7	نسب وفيات الرضع
11,9	12,7	12,8	13,2	13,9	14,6	15,4	15,9	16,7	18,2	نسب وفيات الأطفال حديثي الولادة

المصدر : من إعداد الباحثين اعتمادا على الديوان الوطني للإحصاء ،السنة 2020 ،ص 21-22.

من خلال الجدول نلاحظ انخفاض مستمر في نسب وفيات الرضع والأطفال حديثي الولادة خلال فترة الدراسة، فبالنسبة للرضع كانت نسبة الوفيات سنة 2010 تقدر ب 23,7/.. لكنها انخفضت لتصل إلى 18,9/.. في سنة 2020، أما بالنسبة لحديثي الولادة كانت نسبة الوفيات في سنة 2010 تقدر ب 18,2/..، لكنها كذلك انخفضت لتصل إلى 11,9/.. في سنة 2020، وهذا راجع للتحسين الكبير في القطاع الصحي من كل النواحي و تطور الثقافة الصحية للسكان (1).

- ثانياً: الجدول رقم (09): نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة

السنوات	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
نسب الوفيات											
نسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات	27,5	26,8	26,1	26,1	25,6	25,7	24	24	24,2	24,2	21,3
نسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات (ذكور)	29	28,3	27,3	27,3	27,3	27,1	25,6	25,6	25,7	25,7	23,5
نسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات (إناث)	26	25,2	24,8	24,9	23,9	24,2	22,3	22,2	22,6	22,7	18,5

المصدر: من إعداد الباحثين اعتماداً على الديوان الوطني للإحصاء، السنة 2020، ص

.22

من الجدول نلاحظ أنه هناك انخفاض و تراجع نسب وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال فترة الدراسة، فبعدما كانت نسبة الوفيات تقدر ب 27,5/.. سنة 2010 انخفضت لتصل سنة 2020 إلى 21,3/..، وبالنسبة للجنس نلاحظ نسب وفيات الأطفال ذكور أكبر من نسب وفيات الأطفال عند الإناث، حيث نلاحظ في سنة 2020 نسبة وفيات الأطفال ذكور قدرت ب 23,5/.. بينما عند الإناث فقدت ب 18,9/..

(1) الديوان الوطني للإحصاء، ديموغرافيا، الجزائر 2016.

إنَّ انخفاض في نسب وفيات الأطفال دون سن الخامسة هو ناتج عن الانخفاض المحسوس في وفيات الأطفال الرضع نتيجة لجهود الدولة في حماية الطفولة، وتطور المنظومة الصحيّة بالجزائر، و ما زالت تسعى أهداف السياسة الصحيّة في الجزائر إلى تخفيض الوفيات إلى أدنى مستويات ممكنة و الارتقاء بالحالة الصحيّة لأفراد المجتمع، بفضل عملية التلقيح الذي احتل مكانة كبيرة في عملية مكافحة وفيات الأطفال⁽¹⁾.

المطلب الثاني

أمل الحياة عند الولادة و نسبة الخصوبة

الفرع الأول

أمل الحياة عند الولادة

يقصد به متوسط السنوات المتوقع أن يعيشها الفرد، و يعتبر مؤشرا افتراضيا يقيس المستوى الاجتماعي و الاقتصادي و الصحي للسكان، و يُعرف بأنه متوسط عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المولود الجديد، إذ ظلت الأوضاع الصحيّة و المعيشية على نفس المستوى⁽²⁾.

و يقاس أمل الحياة باستخدام أساليب إحصائية تعتمد على جدول الحياة، وهي تعتبر من أهم الجداول في جدول الوفاة (الحياة) ، و ذلك من أجل معرفة ظروف الوفاة، والمقارنة بين مختلف المجتمعات السكانية⁽³⁾.

و فيما يلي الجدول التالي يبيّن متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين سنة 1990-

2020.

(1) أسيا الشريف، الظواهر الديمغرافية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، السنة 2015، ص 55..

(2) منظمة التعاون الإسلامي، التقرير الصحي لمنظمة التعاون الإسلامي، تركيا : منظمة التعاون الإسلامي، السنة 2015، ص 40.

(3) زهدري خواجه خالدي، دس، إحصائيات و مقاييس الوفيات، ص 40.

الجدول رقم (10) : متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين سنة 1990-2020

2020	2019	2010	2000	1990	السنوات متوسط العمر المتوقع
76,3	77,8	76,3	72,5	66,8	متوسط العمر المتوقع الإجمالي
74,5	72,2	75,6	71,5	63,3	متوسط العمر المتوقع عند الذكور
78,1	78,6	77	73,4	67,3	متوسط العمر المتوقع عند الإناث

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على الديوان الوطني للإحصاء، 2020، ص 22 - 23.

من خلال الجدول نلاحظ أنّ متوسط العمر الإجمالي (ذكور و إناث) في تطور، وفي حالة ارتفاع خلال السنوات الدراسة، فبعدما كان سنة 1990 حوالي 66,8 سنة ارتفع في سنة 2020 ليصل إلى 76,3 سنة.

كما أنّه نلاحظ أنّ متوسط العمر المتوقع في الجزائر عند الإناث أكبر منه عند الذكور.

إضافة إلى ذلك إن ارتفاع و تطور في متوسط السنوات المتوقع أن يعيشها الفرد الجزائري راجع إلى التحسن في المستوى الاجتماعي و الاقتصادي و الصحي للسكان حيث يعد مؤشرا هاما للتنمية الصحيّة، و لكن نلاحظ تراجع في معدل العمر المتوقع عند الولادة في سنة 2020 أي قدر ب 76,3 بعدما كان 77,8 في سنة 2019، وذلك بسبب أزمة كورونا التي أدت بوفيات عدد كبير من السكان في الجزائر و في العالم بأسره⁽¹⁾.

(1) بن عرار بقة، سهام عبد العزيز، مؤشرات التنمية الصحيّة في الجزائر، المرجع السابق ذكره، ص 81.

الفرع الثاني

نسبة الخصوبة

إنَّ معدل الخصوبة يحدد متوسط عدد الأطفال المولودين لنساء في سن الإنجاب في دولة ما في السنة، بالمعنى الاقتصادي فإنَّ معدل الخصوبة هو الرقم الذي يمثل نسبة المواليد الأحياء لكل 1000 امرأة خلال فترة الإنجاب ، وغالبا ما تكون عند (15 - 45 سنة) خلال فترة زمنية ،غالبا ما تكون سنة.

و فيما يلي الجدول رقم (11) التالي يبيِّن معدل الخصوبة خلال الفترة بين سنة 2010 إلى سنة 2016.

2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	معدل السنوات معدل الخصوبة العام حسب السن (ب.../)
10,3	9,7	9,2	9,8	9,1	9,5	9,1	19-15 سنة
91,2	87,0	83,8	82,5	87,4	73,2	81,5	24-20 سنة
162,2	156,8	151,0	156,3	145,3	142,2	133,4	29-25 سنة
168,0	167,4	165,5	151,8	168,3	156,2	166,3	34-30 سنة
123,7	126,3	143,2	118,4	143,6	131,7	130,8	39-35 سنة
62,1	62,0	51,4	62,1	49,1	63,4	60,4	44-40 سنة
8,8	8,9	5,7	6,3	6,0	7,4	6,0	49-46 سنة
31,7	31,8	31,8	31,7	31,8	32,2	32,0	متوسط العمر عند الإنجاب (بالسنة)

تميزت سنة 2016 بارتفاع عدد الولادات ، حيث سجلت مصالح الحالة المدنية 1067000 ولادة حية ، وهو ما يعادل 2900 ولادة حية في اليوم ، بعدما عرفت سنة 2015 تسجيل 1040000 ولادة حية أي بمعدل 2800 ولادة حية في اليوم ، و عرفت سنة 2014

تسجيل 1014000 ولادة حية أي بمعدل 2700 ولادة حية، من خلال هذه الثلاث سنوات على التوالي نلاحظ تجاوز حجم الولادات عتبة المليون، و يظهر توزيع الولادات حسب الجنس، نسبة ذكورة بلغت 104 ذكر لكل 100 أنثى.

كما عرف حجم الولادات ارتفاعا ب 2700 ولادة بين سنتي 2015 و 2016 أي بارتفاع بنسبة 2.6 %، و عرف معدل الخام للولادات ارتفاعا ليبلغ 26.12 % إضافة إلى ذلك عرف مؤشر الخصوبة الكلي استقرارا مقارنة بالمستوى المسجل سنة 2015 حيث بلغ 3.1 طفل لكل امرأة، بينما نلاحظ انخفاضا طفيفا في متوسط العمر عند الإنجاب قدر ب 0.1 سنة حيث بلغ 31.7 سنة (1).

المطلب الثالث

التغطية بالخدمات الصحية

الفرع الأول

الموارد البشرية

فيما يلي نستعرض عدد الموارد البشرية في القطاع الصحي في الجزائر من الفترة

2010 إلى 2018 فيما يخص القطاع الصحي العام و الخاص 1

2018		2017		2016		2015		2014		2013		2012		2011		2010		
القطاع		القطاع		القطاع		القطاع		القطاع		القطاع		القطاع		القطاع		القطاع		
الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	
23367	58384	21611	57 227	19779	55158	18478	54 953	16770	52306	15911	50325	15322	48212	14510	45108	14255	41965	الأطباء
7 936	7 072	7 335	6 928	6 733	7 014	6 384	7 261	5 928	7 240	5 587	7 195	5 441	6 981	5 396	6 696	5 223	6 140	جراحو الأسنان
10731	2 159	7335	1 796	6733	1 695	9 974	1 501	9 794	1 284	9 520	1 018	9 177	994	8 764	824	8 329	752	الصيدلة

1. **Source** : Ministère de la santé ,de la population et de la réforme

Hospitalière

(1) ديمغرافيا 2016(ONS)الديوان الوطني للإحصائيات.

الفرع الثاني
الهياكل الصحية

أولا : المنشآت القاعدية الصحية

فيما يلي نستعرض عدد المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر من الفترة 2012 إلى 2020¹

2020		2019		2018		2017		2016		2015		2014		2013		2012		
عدد الأسرة التقنية	العدد																	
2		2		2		2		2		2		2		2		2		مراكز استشفائية جامعية (م.ا.ج)
13758	15	13750	15	12671	15	12799	15	12910	15	13050	15	12862	14	12500	14	12312	14	
770	1	770	1	770	1	869	1	818	1	810	1	806	1	764	1	759	1	مؤسسة استشفائية جامعية
13914	79	12920	79	12426	79	11818	77	11725	75	11637	75	11 499	71	11298	68	10863	66	مؤسسة استشفائية متخصصة م.ا.م
....	135	...	142	...	135	127	123	...	114	97	107	105	دور الولادة الخاصة*

¹: المصدر: وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

²: الأسرة التقنية للمؤسسات العمومية الاستشفائية فقط، أما الباقي فيتعلق الأمر بالأسرة

• تتعلق بعيادات طبية جراحية خاصة.

ثانيا: المنشآت القاعدية خارج المستشفيات

فيما يلي نستعرض عدد المنشآت القاعدية الصحية خارج المستشفيات في الجزائر من

الفترة 2012 إلى 2020¹

2020		2019		2018		2017		2016		2015		2014		2013		2012		
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
-	273	-	273	-	273	-	273	-	273	-	271	-	271	-	271	-	271	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية مريض، ج
4607	1748	4465	1736	4347	1715	4213	1695	4075	1684	3889	1659	3735	1637	3539	1615	3314	1601	تجمع: عيادات متعددة الخدمات
-	6160	-	6044	-	6003	-	5957	-	5875	-	5762	-	5726	-	5634	-	5545	- قاعات العلاج
3000	403	3158	447	3046	410	3056	409	3142	416	3175	415	3209	416	3167	412	2996	409	دور الولادة العمومية
70478	-	69663	-	67842	-	67162	-	65184	-	64162	-	64108	-	63207	-	62328	-	عدد أسرة المستشفيات
-	667	-	667	-	677	-	653	-	630	-	627	-	622	-	619	-	627	مركز طبي اجتماعي
-	11825	-	11777	-	11562	-	11385	-	11140	-	10865	-	10700	-	10438	-	10058	الصيدليات
-	10985	-	10937	-	10700	-	105160	-	10260	-	9962	-	9794	-	9520	-	9135	منها الخاصة
-	92.90	-	92.87	-	92.54	-	9237	-	92.10	-	91.69	-	91.53	-	91.21	-	90.82	%
																		المنشآت الخاصة
-	11591	-	11 210	-	10 620	-	9 795	-	9 042	-	8 352	-	7 742	-	7 226	-	6 776	عيادة طبيب مختص
-	8 848	-	8 686	-	8 347	-	7 803	-	7 298	-	6 910	-	6 654	-	6 482	-	6 335	عيادة طبيب عام
-	8 266	-	7 966	-	7 526	-	6 952	-	6 514	-	6 144	-	5 928	-	5 587	-	5 368	عيادة طب الأسنان
-	1 074	-	1 029	-	938	-	821	-	709	-	600	-	512	-	446	-	426	عيادة ممارسة مجموعة

1: المصدر : وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

- دور الولادة العمومية: دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات و في بعض قاعات العلاج

المطلب الرابع

معدل انتشار الأمراض

فيما يلي نستعرض معدل انتشار بعض الأمراض في الجزائر من الفترة ما بين 2010

إلى 2018¹

2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	
4675	4531	5015	3967	6563	3313	3455	5284	3369	التهاب السحايا
37	38	22	29	47	55	34	50	57	منها: - التهاب المكورة - السحايا
4638	4493	4993	3938	6515	3225	3421	5234	3312	- أنواع أخرى من التهاب السحايا
61	121	137	97	123	177	232	217	223	التيفويد
236	244	184	198	179	163	150	526	560	التهاب الأمعاء الغليظة
3841	1292	1719	1357	2746	1556	1466	1262	1853	كباد حموي A
3919	3173	2861	2896	2576	2342	1797	2003	1783	كباد حموي B
1078	889	798	935	821	785	603	627	526	كباد حموي C
360	776	834	1955	1 938	7 672	270	414	556	حثار (تراخوما)
09	05	04	6	1	35	11	19	15	مرض البقيري
1 242	453	433	747	266	603	887	191	408	حمى المستنقعات
1 241	445	420	729	260	587	728	187	400	منها: حمى المستنقعات المتوردة
295	368	329	372	363	388	315	334	339	كيس محتوي على يرقات الدودة الوحيدة

43	29	68	48	34	46	57	94	121	داء الليشمانيا (حشوي)
9702	11 726	8811	6542	4543	6171	8390	16 585	21 049	داء الليشمانيا (جلدي)
11 031	10 191	8575	6456	5533	3936	4500	6123	10 014	حمى مالطية
20	20	20	21	07	21	17	17	14	الكلب
26 945	779	342	197	154	3544	1891	1899	1438	الحصبة
0	0	0	0	0	0	0	0	0	الدفتيريا
148	39	19	38	53	124	132	27	34	السعال الديكي
04	01	09	06	09	12	10	7	6	الكزاز
00	00	01	00	01	02	03	00	01	منه: - كزاز رضيعي
04	01	08	06	8	10	7	7	5	- كزاز غير رضيعي
22 680	22 357	22 266	23 562	22 449	21 973	21 413	21 887	21 786	كل أشكال مرض السل
7159	7533	8187	8591	8892	9275	9393	10 033	10 321	منه: مرض السل الرئوي ²
15 408	14 780	13 932	14 877	13 431	12 601	11 956	11 728	11 356	- السل خارج الرئة
113	44	107	98	126	97	64	126	109	- موقع السل غير محدد
50	82	119	90	101	95	93	102	142	مرض الايدز
765	818	650	690	744	654	619	658	411	فيروس نقص المناعة البشرية مصليا

1 : المصدر : المعهد الوطني للصحة

2 : بما في ذلك الحالات ذات الموقع المزدوج ،الرئوي والغير الرئوي

خلاصة الفصل

نستخلص من هذا الفصل بأنّ الدولة بذلت مجهودات في القطاع الصحي ،من خلال بناء المؤسسات الصحية ،و مضاعفة عدد المستخدمين في المجال الصحي ،سواء كانوا أطباء و اداريين ،و كذلك من خلال برامج الوقاية من الأمراض المتقلبة ، و التلقيح الاجباري ،و أيضا إرساء مبدأ الطب المجاني.

لكن رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحيّة للمواطن الجزائري ،إلا أنها تبقى سيئة بحيث بقي الخلل في المنظومة الصحيّة هو سوء التسيير ،حيث أغلب النفقات توجه لاقتناء التجهيزات على حساب التكوين ،و تأهيل الموارد البشرية ،مما انعكس سلبا على مستوى الرعاية الصحيّة.

الخاتمة

الخاتمة العامة

من بين أهم العوامل التي تظهر اهتمام الدولة بالتنمية الاجتماعية، هو المجال الصحي، باعتبار أن الصحة من دعائم التنمية، لذا وجب على الدول الاهتمام بالجانب الصحي للأفراد، و الجزائر على غرار باقي الدول تولى أهمية قصوى بالجانب الصحي، باعتباره قطاع حيوي حساس، خير دليل على ذلك هو حجم الموارد المالية المخصصة لهذا القطاع سنويا، إلا أن التحديات التي تواجه المنظومة الصحية و تحول دون تطويرها، و المتمثلة خصوصا في الارتفاع المذهل لنفقات تقديم الخدمات الصحية بسبب النمو الديموغرافي الكبير، التحديات السياسية و الأمنية، التحولات التكنولوجية، و التطورات الاقتصادية و الصحية (انتشار الأمراض المزمنة و ظهور أمراض جديدة) و غيرها من الاختلالات التي أوجبت التفكير جديا في بناء نظام صحي من قادر على التكيف مع جل التغيرات في البلاد.

و هذا ما أكدت عليه منظمة الصحة العالمية التي اعتبرت دوافع نمو النفقات الصحية تتمثل أساسا في:

- الشيخوخة و التحول الديموغرافي.
- النمو الاقتصادي و ارتفاع الدخل.
- التكنولوجيا الحديثة و التطور الطبي.
- الأسعار الأعلى نسبيا لمدخلات الرعاية الصحية.
- ارتفاع توقعات السكان.

و لأن عملية الإصلاح ليست بالأمر الهين، تتطلب الأمر تدخل كل الاطارات و القطاعات الفاعلة و مشاركة الأجهزة الحكومية المسؤولة عن الصحة و التمويل من أجل توفير حجم تمويل مناسب لزيادة قدرة و كفاءة أنظمة المؤسسات الصحية على تقديم أحسن الخدمات، و تغطية جل النفقات باعتماد آليات تمويلية جديدة من خلال تفعيل دور مؤسسات الضمان الاجتماعي، تطبيق النمط التعاقدية، و تطبيق نظام الضرائب بمختلف أنواعها و كذا تبني نظام التمويل المبني على الأنشطة استلهاما بالدول العالمية في المجال

الصحي ، والتي تهدف جميعا إلى تحقيق الكفاءة و الفعالية لمنظومة الصحة الوطنية ،التي تسعى هي الأخرى لتوفير الشفافية ،المساءلة ،و التوزيع العادل للموارد المالية بغية تغطية تمويلية شاملة.

لكن رغم كل الاصلاحات و المجهودات ،فقد اتضح في الآونة الأخيرة أن المنظومة الصحية في الجزائر لا تزال بعيدة من ناحية تطوير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطن مقارنة بالمعايير الدولية ،حيث يتم توجيه جل النفقات إلى اقتناء التجهيزات ، لكن بالمقابل يهملون جانب الكفاءة البشرية ،حيث نسمع أحيانا يقومون بشراء جهاز السكانر مثلا بأموال باهظة وبأحدث التكنولوجيا لكن لا يوجد أي عنصر بشري كفي ليقوم بتشغيله فيبقى هذا الجهاز حبيس في المخزن حتى يتآكل.

• اختبار الفرضيات :

- الفرضية الأولى : إن المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر ، خاصة مع تزايد الطلب على العلاج ،لا تكمن في نقص الوسائل المادية ،المالية و البشرية و إنما إلى سوء استخدامها و هو ما يستوجب العقلانية في التسيير : صحيحة ،لأنه في المستشفيات في بعض الأحيان يقومون بشراء المعدات كجهاز السكانر أو جهاز الرنين المغناطيسي (IRM) مثلا بأموال باهظة لا كن لا يوجد شخص كفي ليقوم بتشغيل واستعمال هذه الأجهزة.

- الفرضية الثانية : إن سوء تسيير الامكانيات المتاحة بالقطاع ،أدى إلى تزايد الانفاق الصحي الغير المبرر ،و بالتالي عدم القدرة على اشباع الطلب المتزايد على العلاج : صحيحة لأنه في بعض الأحيان قد تتعرض الاجهزة الطبية للسرقة أو للتلف أو سوء استعمالها من طرف العمال نتيجة نقص كفاءتهم أو اللامبالاة ، و هذا ما ينجر عنه المطالبة باقتناء أجهزة طبية أخرى ،و بالتالي انخفاض نسبة عرض العلاج.

- الفرضية الثالثة : أساس تمويل المنظومة الصحية الوطنية هو الدولة ،الضمان الاجتماعي ،و الأسر لكن يجب أن تحدد معالمها من خلال تحديد حصة كل هيئة على

أساس برامج صحية، مع البحث عن مصادر أخرى للتمويل : صحيحة ،لأنه الحل يكمن في تبني النمط التعاقدى كمصدر و كآلية جديدة للتمويل و التحكم في الانفاق الصحي المتزايد و هذا راجع لأسباب وهي :

- الإلهام و التأثير بالأنظمة الأجنبية الناجحة في تمويل نفقاتها الصحية.
- توصيات بعض المنظمات ،كمنظمة الصحة العالمية و التي دعت البلدان الأعضاء إلى تبني نمط التعاقد في اصلاحاتها
- إدخال مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية.
- الشفافية في العلاقات بين المانحين و مقدمي الرعاية الصحية.
- مراقبة أفضل للنفقات و تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية.
- زيادة الكفاءة في أداء مؤسسات الرعاية الصحية و هيئات الضمان الاجتماعي ،مما يتيح الاستخدام الرشيد و الأفضل للموارد.

• النتائج :

- رغم المجهودات المبذولة من طرف الدولة لسعيها إلى اصلاح المنظومة الصحية ، إلا أنه اتضح في الآونة الأخيرة أنّ هذه الإصلاحات لا تزال بعيدة من ناحية تطوير نوعية الخدمات.
- يتم توجيه جل النفقات إلى اقتناء التجهيزات، لكن بالمقابل يهملون جانب الكفاءة البشرية
- اهمال تكوين عنصر البشري في القطاع الصحي في الجزائر.
- رغم ارتفاع حجم النفقات العامة بالقطاع إلا أنه لا زال يعاني من ضعف الكفاءة.
- انخفاض في بعض المؤشرات الصحية بالجزائر (الواردة في ميثاق الألفية)، لا يعبر و لا يعكس كفاءة القطاع الصحي.
- القطاع الصحي في الجزائر لا يحتاج إلى موارد اضافية بقدر ما يحتاج إلى انضباط في عملية التسيير لهذه الموارد.

- تعتمد الجزائر بنسبة 60 % في عملية تمويل القطاع الصحي على الموارد الحكومية، وهو ما يفسر ضعف الهيئات الأخرى المساهمة في عملية التمويل (الضمان الاجتماعي، و الأسرة).

• **التوصيات :**

من خلال ما توصلنا إليه من هذه الدراسة أنّ القطاع الصحي في الجزائر بحاجة ماسة إلى تنسيق الجهود مع القطاع الخاص، كما لا بد من ضرورة ضبط جانب تسيير القطاع أكثر صرامة، من جهة أخرى لا حظنا أنّ عدد المنشآت القاعدية بالقطاع لا تكفي لتغطية الخدمات الصحية، نفس الشيء بالنسبة لعدد الممارسين بالقطاع و بالأخص الأطباء.

قائمة المراجع والمصادر

I (المراجع باللغة العربية :

1. الكتب

- آسيا الشريف ،الظواهر الديمغرافية ،ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر ،السنة 2015.
- بوفاتح كلتومة ،بوفاتح ثورية ،الخدمات الحية و الانفاق على الصحة في الجزائر بين الفترة 1962 و 2020 ،المجلد التاسع ،العدد 01 ،أفريل 2023.
- د. العلواني عديلة ،أسس اقتصاد الصحة ،دار هومة للنشر و التوزيع ،الجزء الأول ،الجزائر ،2014.
- د. علي دحمان محمد ،د. بطيوي نسرين ،اقتصاديات الصحة و تمويل الرعاية الصحية ،دار الكنوز للإنتاج و النشر و التوزيع ،سنة 2023 .
- صلاح محمد زياب ،إدارة خدمات الرعاية الصحية ،الطبعة الأولى ،دار الفكر للنشر و التوزيع ،عمان الأردن ،2010.
- العلواني عديلة ،أسس اقتصاد الصحة ،دار هومة للنشر ،الجزائر ،2014 .
- فريد توفيق نصيرات ،إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسير للنشر و التوزيع ،الطبعة الثانية، الأردن، 2009.
- فريد راغب النجار ،إدارة المستشفيات و شركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2015.
- مولود ديدان، مباحث في القانون الدستوري و النظم السياسية، ط 1، الجزائر ،دار النجاح للكتاب ،2005.
- نور الدين حاروش ،إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ،الطبعة 01 ،الجزائر ،دار كتامة للكتاب ،2008.

- نور الدين حاروش ،إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ،دار الكتابة للنشر و التوزيع ،الجزائر ،الطبعة الأولى ،2009.

2. مذكرات ورسائل الجامعية

- بن جامع سناء ،مخافية لبنى، دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية -حكيم عقبي، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص: ادارة أعمال، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، 2018-2019.

- د. علي دحمان محمد ،تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد -تلمسان، 2016-2017.

- خلاصي عبد الاله ،العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر ،دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990 - 2018) ،أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ،تخصص اقتصاد المالية العامة ،جامعة أبو بكر بلقايد ،تلمسان ،2019/2020 .

- زميت خدوجة ،تحليل تكاليف الصحة في الجزائر ،مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية ،فرع تسيير ،جامعة الجزائر ،2000/1999.

- عياشي نور الدين ،المنظومة الصحية المغاربية ،أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ،جامعة قسنطينة ،2009/2010.

- كحيلة نبيلة ،تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي ،جيجل) ،مذكرة ماجستير في علوم التسيير ،تخصص تسيير الموارد البشرية ،جامعة منتوري ، قسنطينة ،2008 - 2009.

- كيفاني شهيدة ،التنمية الاقتصادية والحماية الصحية في الجزائر ،رسالة الماجستير في العلوم الاقتصادية ،جامعة أبو بكر بلقايد ،تلمسان ،السنة 2006/2007.

- محسني عليمة ،إشكالية تمويل المنظومة الصحية في الجزائر ،أية بدائل متاحة ،مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم التسيير تخصص إدارة المالية ،السنة 2021/2020 ،المركز الجامعي عبد الحميد بوالصوف ،ميلة.
- محمد الصادق بورقعة ،المنظومة الصحية في الجزائر من 1962 إلى 2008 ،أطروحة ماستر تخصص تاريخ الوطن العربي المعاصر، جامعة محمد خيضر، بسكرة 2022/2021.
- نصر الدين عيساوي ،مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة)، رسالة ماجستير في اقتصاد العالمي ،جامعة الإخوة منتوري ،2005/2004،
- هراوة عمر الفاروق ،دهان أحمد سعيد، السياسة الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية والمطالب النقابية (2012-2016) ،مذكرة ماستر في العلوم السياسية ،غير منشورة ،تخصص : سياسات عامة وتنمية ،جامعة الجلفة ، الجزائر ، 2016/ 2017.
- وفاء سلطاني ،تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و آليات تحسينها ،دراسة ميدانية بولاية باتنة ،أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير ،شعبة المنظمات جامعة باتنة ،سنة 2016.
- حسام براحية، السياسات العامة الصحية في الجزائر -دراسة حالة مديرية الصحة لولاية بسكرة لفترة 2010/2018، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، فرع سياسات عامة ،جامعة محمد خيضر ،2019-2020.
- خليل حبيب ،إشكالية كفاءة المؤسسات الصحية في الجزائر ، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد و تسيير المؤسسات ،جامعة عين تموشنت -بلحاج بوشعيب، السنة 2022-2023.

3. المجلات و المقالات

- أ. سداوي سامية ،أ. د. خليل عبد القادر ، آليات ترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية بالجزائر - دراسة تحليلية تقييمية خلال الفترة (2008 - 2018), مجلة المالية والأسواق ،المجلد 08 ،العدد 01 مكرر ،السنة 2021.
- برحو فافة سهيلة ،محمدي عز الدين ،دور اصلاح النظام الصحي في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في الجزائر ، مجلة اقتصاد المال و العمال ، المجلد 08 ،العدد 01 ،مارس 2023 ،جامعة الشهيد حمة لخضر ، الوادي.
- برحو فافة سهيلة ،إصلاح المنظومة الصحية ،واقع و أفاق ،مجلة دراسات استراتيجية ، الصادرة بالجزائر ،العدد 06 ، السنة 2009 .
- بقاش وليد ،فاتح بلواضح ،خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر وأثره على جودة الخدمات الصحية, مجلة المشكلة في الاقتصاد التنمية والقانون, المجلد 05 ،العدد 09 ،2019،
- بن عرار بقة ،سهام عبد العزيز ،مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر .
- بوخاري فاطنة حنان ،تقييم مدي فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي و مصادر تمويله في الجزائر, دراسة تحليلية : حالة الجزائر, مجلة المقريري للدراسات الاقتصادية والمالية ،المجلد 06 ،العدد 02 ،السنة 2022 .
- سعيدة نيس ،تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000 - 2015 ،مجلة الدراسات المالية والمحاسبية ،جامعة الشهيد حمة لخضر ،الوادي ،العدد السابع ،السنة السابعة 2016 الطاهر حفاظ ،و نوال بن عمار ،مستويات و اتجاهات وفيات الأمهات في الجزائر ،مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية ، 2015 .
- د. علي دحمان محمد ،تكلفة العلاج في الجزائر ،مجلة الدراسات القانونية ،العدد 02 ،2016 ،ص 11.

- غربي نوال ،كاوجة بشير ،دور الاتفاق الصحي الحكومي في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في الجزائر للفترة (1990-2020).مجلة الباحث ،المجلد 23 (1) ، ديسمبر 2023.
- فضيل مريم بتول ،قراءة في واقع إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية قبل فيروس كورونا ،المجلة الجزائرية للمالية العامة ، المجلد 11 ، العدد 01 ،2021.
- كرمين نصيرة ،تقييم فعالية سياسات الانفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر ،في ضوء المعايير الكفاءة والكفاية والعدالة ، مجلة البحوث و الدراسات التجارية ، مجلد 03 العدد 02 ،سبتمبر 2019.
- لنصاري فاطمة ،بوعزة عبد القادر ،أثر الانفاق الصحي على أداء النظام الصحي في الجزائر خلال الفترة 2000-2020 ،مجلة التكامل الاقتصادي ،المجلد :11 - العدد 06 ،السنة (جانفي 2024).
- مشري محمد ،بن عطه محمد ،اشكالية الأنفاق على الصحة و رهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2020 ،مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية ،المجلد 07 ،العدد 01 ،(2023).
- مليحة محمدي، دور تكنولوجيا المعلومات و الإعلام في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية ،مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية ،المجلد 05 ،العدد 02 ،السنة 2022 .
- نزاع قنوع ،دراسة و تحليل لدور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عموما وفي المنظمة العربية خصوصا (2005/1995) ،مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات العلمية ،سلسلة للعلوم الاقتصادية و القانونية ،العدد الأول ،سوريا ،2009.

- نور الدين عياشي ،المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات ،مجلة منتدى الأستاذ ،جامعة عبد الحميد مهري ،قسنطينة ،الجزائر ،العدد 20 ،جوان 2017.

4. الملتقيات و المؤتمرات و الندوات

- مديحة محمود خطاب ،تحديات أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة ،مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر و الدول العربية ،القاهرة ،ديسمبر 2009 .

5. تقارير الهيئات الوطنية و الدولية

- التكوين المزدوج يتضمن تكوينان ،الأول فيما يتعلق بالتكوين قبل التعيين أو الالتحاق بالوظيفة ،أما الثاني فيشمل كل دورات تحسين المستوى.

- الديوان الوطني للإحصاء ،ديموغرافيا (ONS) ،الجزائر 2016

- زهدري خواجه خالدي ،دس ، إحصائيات و مقاييس الوفيات .

- منظمة التعاون الإسلامي ،التقرير الصحي لمنظمة التعاون الإسلامي ،تركيا : منظمة التعاون الإسلامي ،السنة 2015.

6. القوانين ،المراسيم ،الأوامر و التعليمات

أ- القوانين و الأوامر :

- الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 73 - 65 المؤرخ بتاريخ 28 / 12 / 1973 ،الصادر بتاريخ 01/01/1974 المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحية.

- الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية، المادة رقم 04 من القانون 05/85 المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، العدد 8 ،الصادرة في 17 فبراير 1985.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،وزارة الصحة و السكان ،المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08/04/1995،المتضمن ساهمة المرضى في نفقات الاطعام و الايواء داخل المستشفى.

ب- المراسيم :

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ في 19 ماي 2007 ،يتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها ،الجريدة الرسمية ،العدد 33 ،مؤرخة في 20 ماي 2007.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 09-162 المؤرخ في 02 ماي 2007 ،يتعلق بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 28 ،مؤرخة في 10 ماي 2007.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 11 - 200 المؤرخ في 24 ماي 2011 ،يؤسس النظام التعويض للموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين العاملين للصحة العمومية ،الجريدة الرسمية ،العدد 30 ،مؤرخة في 01 يونيو 2011.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-122 المؤرخ في 20 مارس 2011، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفات المنتميات لسلك القابلات في الصحة العمومية ،الجريدة الرسمية، العدد 17 ،مؤرخة في 30 مارس 2011.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 11-188 المؤرخ في 05 ماي 2011 ،يؤسس النظام التعويض للموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية ،الجريدة الرسمية ،العدد 26 ، مؤرخة في 08 ماي 2011.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 13 - 194 المؤرخ في 20 ماي 2013 ،يتعلق بالتعويض عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي الصحة العمومية التابعة لقطاع الصحة ،الجريدة الرسمية ،العدد 27 ،مؤرخة في 22 ماي 2013.

- المرسوم التنفيذي رقم 2014 المؤرخ في 16 جانفي 1994 المتضمن مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.

(II) المراجع باللغة الأجنبية :

1. Ouvrages :

- Charles Philips : les fondements de l'économie de la santé, Edition union, Paris1995.
- Emile Sauvignet , le financement du systel de santé en France, rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire ,ONC,2004.
- Levya azaban M (1996) :Santé publique ,édition Masson ,Paris.
- SEAN BOYLE : United kingdom (England) : Heath system review, vol 13 .2011.

2. Périodiques ,revue étude :

- Abdelmadjid Sedjel ,Faiçal Mokhtari ,العنوان Public private partnerships as a tool for modern public mangment and improving the efficiency of Algeria's Health care system ,Administrative and financial Sciences revieno ,Volume :06/N° :01 (2022).
- Boumediene Mohamed , العنوان Effect of Health on économie growth i, Algeria : An application of ADRDL founds Test to cointegration ,Journal of Économic integstion ,Vol :N° :01/march 2022.
- Chaouche Ali, le financement de system de santé, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 1819 janvier, 2014.
- Ensaad Redouane ,Ben Friha Nadjat ,العنوان Health services in institutions betveen reslity and Hope study on The developmenet of The Health sector in Alegria 2010-2017 ,journal of economic and finacial studies ,vol :13/N° :01 5(2020).
- Fatima Zohra Oufriha : cette chère santé ,opcit ,Alger ,1992.

- Fatima Zohra Oufriha : les cahier de card ,N° 28 /29 du 4 éme trimestre ,1991.
- Hayat Tahari , العنوان The Health situation in Algeria during The period 1990 -2018 ,The journal of El- Ryssala for studies and research in humanities ,Volume :07/N° :04 /Juin 2022.
- J.F.N.Y.S.La santé consommation ou investissement ,édition ECONOMICA ,Paris 1981.
- J.D.E Bourbon Busset :La prospective du cahie de sociologie et de la démographie médicales ,Paris 1983 ,N 02.
- Kattaf Reski ,Dous Fateh , العنوان The reality of health développement in Algéria in light of The current challenges ,Journal of legal and economic research /volume 07/N° :01 (2021).
- Lamri Larbi, dossier de la contractualisation, le gestionnaire, revue semestrielle de l'école national de santé publique, N° 28 juillet 1998
- Marianne Berthot Wurmser et All ,La Santé en Europe ,opcit.
- Nour El Houda Rezgui ,Nourddine Bahloul , العنوان The évolution of private health financing in Algeria since The beginning of The Third millennium An annalytucal study veith a conceptual vision ,Journal of The New economy ,Vol :11/N° :02 (2022).
- Organisation Mondiale de la santé, bureau régional pour l'Afrique, Algérie Plan de travail 2004-2005, novembre 2003.
- P.Bounamour et F.Guyot :Economic médical ,Editions médicales et universitaires ,Paris 1979.
- P. Etienne Barral :Economie de la santé Edition ,Dound ,Paris 1978.
- Safa Lechab , العنوان Analyse comparative des modèles de système de santé de pays de l'OCDE quels enseignement pour la modernisation du secteur de santé Algérien ? ,Revue innovation ,volume :12 N° :01 (2022).

- Stephan A : Beroins de santé et couverture économique individue et notion ,Paris cahier de sociologie et de démographie ,N2 .
- w.w.w.who.int/health-finansing/mechanisms/en/04-3 ,pdf .
- Touta Nawel Tadj , العنوان The Algéria Health system and its indicators :Pforms at The cross ords and their challenges during the port – corona coveid 19 pandémie période ,journal of the research unit in human ressources développent ,Vol : 17,N° :01 (Private) May 2022.

3. Papport :

- Beards of turstes of the fédéral hopital insuranc and federal supplementary medical insurance ,trust fonds 2012 annuel rapport.
- Julien Tousigrat, Francois Vaillancourt : Le financement des dépenses publiques de santé dans cinq fédération, rapport de projet Montréal, Aut, 2013.
- OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus Performât.

المخلص :

من خلال هذه المذكرة تم التطرق إلى مدى كفاءة القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 1952 إلى يومنا هذا ، وذلك باعتماد على المنهج التحليلي ، حيث تم عرض مختلف التطورات التي مر بها القطاع الصحي في الجزائر ، وكذا مختلف أنماط التمويل قطاع الصحي ، مع عرض بعض المؤشرات التي تدل على مدى كفاءة القطاع .

وتوصلت الدراسة أن الجزائر قد قامت بالعديد من الإصلاحات لتلبية الطلب المتزايد على العلاج ، وكذا إنفاق مبالغ مالية معتبرة لتغطية النفقات قطاع الصحي ، إضافة إلى ذلك خصصت الوزارة هياكل معتبرة وعدد كافي من الممارسين في القطاع للإشراف على عملية تسيير هذه الهياكل ، لكن وبالرغم هذه الجهود المعتبرة ، قد لاحظنا أن الجزائر لا زالت بعيدة نوعا ما لتحقيق الكفاءة المطلوبة و ذلك باعتبار أن العديد من الدول النامية استطاعت تحقيق نتائج أفضل بإمكانيات أقل .

- الكلمات المفتاحية : الصحة ، اقتصاد الصحة ، تمويل الرعاية الصحية ، الكفاءة .

Résumé :

A travers ce mémoire, l'efficacité du Secteur de la santé en Algérie, au cours de la période s'étendant de l'année 1962 à nos jours, a été abordée à partir de l'approche analytique, ou les différentes évolutions qu'a connues le secteur de la santé en Algérie, ont été présentées, ainsi que les différents modèles de financement du secteur de la santé, avec une présentation de certains indicateurs indiquent l'étendue de l'efficacité du secteur.

L'étude a révélé que l'Algérie a entrepris de nombreuses réformes pour répondre à la demande croissante de soins ainsi que des dépenses importantes ,des sommes d'argent pour couvrir les dépenses du secteur de la santé ,par ailleurs le ministère a allouée des structures importantes et un nombre suffisant de patriciens du secteur pour superviser le processus de gestion de ces structures ,mais malgré ces efforts importants ,nous constatons que l'Algérie est encore assez loin d'atteindre l'efficacité requise ,sachant que de nombreux ,pays en développement ont pu obtenir de meilleurs résultats avec moins de capacités.

- Mots clés : santé, économie de la santé, financement des soins de santé, efficacité.