



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة بلحاج بوشعيب – عين تموشنت -

معهد العلوم الإقتصادية و التجارية و علوم التسيير

مذكرة تخرج ضمن متطلبات لنيل شهادة الماستر

تخصص: إقتصاد و تسيير المؤسسة

تحت عنوان:

التنمية المستدامة بالقطاع الصحي لدول المغرب العربي  
بين الواقع والمأمول

تحت اشراف:

علي دحمان محمد

من اعداد الطالبين:

✓ نجادي عمران

✓ بوعزة عبيد زكرياء

### أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	المركز الجامعي بلحاج بوشعيب عين تموشنت	د. زدون جمال
مشرفا	المركز الجامعي بلحاج بوشعيب عين تموشنت	د. علي دحمان محمد
ممتحنا	المركز الجامعي بلحاج بوشعيب عين تموشنت	د. وراذ فؤاد

السنة الجامعية: 2021/2020

# شكر وعرهان

إن الحمد والشكر لله نحمده ونشكره الذي وفقنا لإنجاز هذا العمل، راجين أن يتقبله منا قبولاً حسناً، ونسأل الله العظيم رب العرش العظيم خيراً العمل وخيراً العلم ينفعا وينفع غيرنا به.

في البداية وعلى قاعدة من شكر الله شكر العبد وللعرفان بالجميل يطيب لنا أن نتوجه بأفضل الامتنان والتقدير وأسمى عبارات الشكر والثناء إلى الأستاذ المشرف "علي دحمان محمد" الذي تكرم بقبول الإشراف على تأطيرنا، ولما قدمه لنا من توجيهات وملاحظات ونصائح علمية قيمة، وكذا حرصه الدائم والدؤوب على إتمام هذا العمل.

كما نتقدم لجزيل الشكر وعظيم الامتنان للسادة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الموقرين، وإننا على يقين أنهم سيضيفوا من علمهم الوافر ليزيدوا من قيمة هذه المذكرة من خلال خبراتهم وملاحظاتهم القيمة.

كما لا يفوتنا بالذكر، شكر وتقدير كل من قدم لنا مساعدة خلال مرحلة إعداد هذه المذكرة، ونتوجه أيضاً بالتحية والشكر إلى كافة الاساتذة قسم العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة بلحاج بوشعيب

فلجميع هؤلاء خالص التحية والعرهان والشكر والحمد لله من قبل ومن بعد وبفضله تتم الصالحات.



# إهداء

إلى رمز الوفاء وفيض السخاء وجود العطاء عند البلاء من قال فيها رسول  
الله عليه الصلاة والسلام: "الجنة تحت أقدام الأمهات" إلى من سهرت الليالي من  
اجل راحتي وأضأت لي الدرب بالشروع إلى أول ما تلفظت به شفتاي، إلى من  
أنارت دربي أعانتني بالصلوات والدعوات، إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي  
حقها، ولا يمكن للأرقام أن تحصي فضلها، إلى أغلى إنسانة في الوجود، أُمي  
الحبيبة حفظها الله وأطال في عمرها.

إلى الذي تعلمت منه أبجدية القراءة و أبجدية الحياة ورافقتني رعايته الساهرة  
طوال مسار دربي في تحصيل المعرفة فتعلمت منه حب الله وحب الصدق إلى  
الذي كان نجاحي له قبل أن يكون لي إلى مرشدي ومسير دربي أبي الحبيب حفظه  
الله وجزاه الجزاء الأوفر وأطال في عمره.

## زكرياء



# إهداء

الحمد لله الذي أروع بني آدم في تركيبة عقله فأعطاه بذلك القدرة على جعل وسيلته

الكفاح وغايته النجاح

قال تعالى: "وقضى ربك أن لا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً"

على ضوء هذه الآية أهدي ثمرة جهدي إلى من كلله الله بالهبة الوفار إلى من علمني

العطاء بلون انتظار إلى من أشعل مصباح عقلي و أطفأ ظلمة جهلي وكان لي خير  
مرشد من انتظر أن يرى فلذة كبده متخرجة تخوض غمار الحياة أبي العزيز رحمه الله.

إلى ملاكي في الحياة إلى معنى الحب و إلى معنى الحنان و التفاني إلى بسمة الحياة وسر

الوجود إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى التي اشتقت إلى  
دعوتها وحننها وبسمتها أغلى الحبايب أُمي الحبيبة رحمها الله واسكنها فسيح جنانه.

عمران





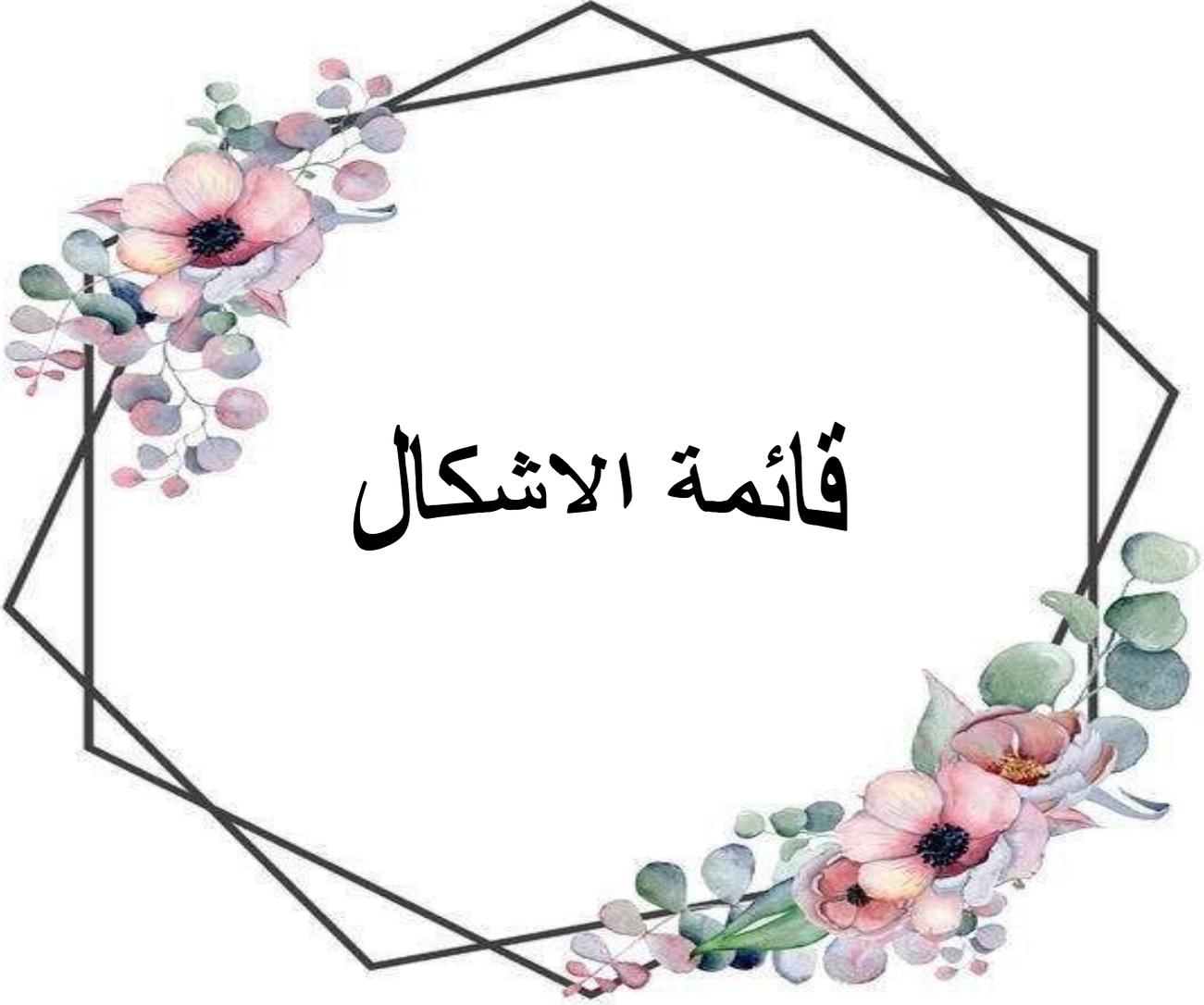
	بسملة
	اهداء
	شكر وعرفان
	الملخص
	الفهرس العام
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	<b>الفصل الأول :</b>
02	المبحث الاول:المفهوم الاقتصادي للصحة
02	المطلب الاول: تعريف الصحة لغة واصطلاحا
03	المطلب الثاني:الصحة من خلال الفكر الاقتصادي (المفكرين)
04	المطلب الثالث:ظهور اقتصاد الصحة
10	المبحث الثاني:اساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها
10	المطلب الاول:مفهوم الصحة العامة
13	المطلب الثاني:اساليب تحقيق الصحة العامة
17	المطلب الثالث: مؤشرات الصحة العامة
19	المبحث الثالث:الدراسات السابقة
	<b>الفصل الثاني :</b>
27	المبحث الاول: اصلاح المنظومة الصحية الجزائرية
27	المطلب الاول: اصلاح المنظومة الصحية (1962-2015)
34	المطلب الثاني: المؤشرات الصحية
38	المطلب الثالث: السياسة الصيدلانية
48	المطلب الرابع: نظام التأمين
53	المبحث الثاني: المنظومة الصحية التونسية

53	المطلب الاول: اصلاح المنظومة الصحية
60	المطلب الثاني: المؤشرات الصحية
61	المطلب الثالث : السياسة الصيدلانية
63	المطلب الرابع: نظام التأمين
68	المبحث الثالث: المنظومة الصحية المغربية
68	المطلب الاول: اصلاح المنظومة الصحية
69	المطلب الثاني: المؤشرات الصحية
71	المطلب الثالث: السياسة الصيدلانية
72	المطلب الرابع: نظام التأمين
74	خلاصة
76	خاتمة
	المراجع



# قائمة الجداول

الصفحة	إسم الجدول	رقم
51	جدول رقم (1): تفصيل نسب الاشتراكات الاجتماعية و الأخطار المعنية بالتغطية	01



# قائمة الاشكال

الصفحة	إسم الشكل	رقم
	الشكل 1: الأنشطة، والموارد، والاختصاصات الرئيسية التي تشارك في إبتاء الصحة العامة	01



# مقدمة عامة

تنامت التنمية المستدامة في السنوات الأخيرة بشكل كبير ومتزايد، وفرضت مكانتها الحقيقية والتميزة في اقتصاديات الدول، خاصة الخدمات الصحية التي زاد الطلب عليها باختلاف مستوياتها، ونتيجة لذلك وضعت الدول معايير محددة من أجل تقديم هذا النوع من الخدمات بشكل واسع وكبير لكافة شرائح المجتمع، فمسألة الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، سواء في تلك المتقدمة أو المتخلفة، وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد مؤشراتنا على حد سواء، ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية، فالتنمية الصحية تمثل عنصرا هاما في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وبغية تحقيق تلك الأهداف كان لابد من تنظيم هذه الخدمات الصحية ووضع إطار استراتيجي لها قائم على تطبيقات إلكترونية متعددة للوصول إلى جودة الخدمة الصحية.

هذا الأخير يكتسي حاليا جانبا كبيرا من الأهمية نظرا لارتباطها بجميع أوجه النشاطات الإنسانية، وذلك لأن الاهتمام بها أصبح ظاهرة عالمية ولقد شهد هذا المجال تطورا كبيرا حيث أصبحت المؤسسات تسعى لتقديم خدمات ذات جودة عالية بل وأكثر من ذلك فقد أصبحت الجودة اليوم تمثل الوظيفة الأولى في كثير من المؤسسات وفلسفة إدارية وأسلوب حياة في ظل محيط الشيء الثابت فيه أنه شديد التغير، وهذا ما جعل الاهتمام بجودة الخدمات أمرا أكثر صعوبة وتعقيدا من الاهتمام بجودة السلع.

ولقد فرضت التحديات الاقتصادية، الثقافية، الاجتماعية والصحية على المنظومة الصحية لدول المغرب العربي اللجوء إلى استراتيجيات التغيير والتطوير الفعال، لجعل الأهداف والبناء التنظيمي وأساليب الإدارة والتشغيل والعاملين فيها في حالة انسجام وتقبل لعوامل التغيير المتسارعة.

تعتبر التنمية المستدامة احد الوسائل المهمة التي تستخدمها الدولة لتحقيق أهدافها في المجالات الاقتصادية والمالية حيث أنها تعكس جميع الأنشطة العامة، وكذا وسيلة لتحقيق الاستقرار الاقتصادي الكلي، وتعد ظاهرة تزايد الإنفاق العام في مجال الصحة من أكبر المشاكل التي تواجه الحكومات بحيث أصبحت الشغل الشاغل الذي لا بد أن يولي له الاهتمام الأكبر من أجل ضمان التسيير العقلاني للموارد خاصة وأنه لحد الآن لا توجد أي دراسات دقيقة التي من شأنها تفعيل هذا الجانب مما جعله من بين القضايا الهامة التي يعني بها الرأي العام.

لهذا فإن صحة المواطن هي أعلى ما تملكه المجتمعات، وهي ثروة يجب الحفاظ عليها، لذا يسعى الإنسان منذ القديم إلى تطوير العلاج والبحث عن الشفاء حتى وصل الطب إلى ما نحن عليه الآن من تقدم، ومازال الباحثون يبحثون عن المزيد من التطور في الطب مستخدمين كل وسائل العلم المتاحة وأهمها تكنولوجيا ونظم المعلومات، وبالتالي فالمؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات التي تحتاج إلى ضمان وتحسين خدماتها، خاصة بعد

التقدم في العلوم والمعارف الطبية والاكتشافات العلمية المتلاحقة من تطور الأجهزة والتقنيات، انتشار تكنولوجيا التشخيص والطب عن بعد، انتشار المنافسة في الخدمات الصحية ما بين المراكز البحثية والطبية وظهور المؤسسات المانحة للاعتماد والتي تضع معايير لتحسين الخدمة الصحية.

لقد شهد القطاع الصحي في دول المغرب العربي تطورات كبيرة تزامنت مع التطورات الاقتصادية بشكل عام. وقد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذا القطاع، وهو محاولة القيام بالتغييرات الضرورية في المنظومة الصحية عبر تطبيق سياسات مبرمجة، أما من الناحية المادية فتظهر تنمية هذه القطاعات من خلال مخصصاتها المالية من الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع في التنمية. إن ارتفاع الإنفاق على القطاع الصحي وما تبذله الدولة في سبيل الرفع من مستوى الخدمات الصحية، إلا إن الاستفادة من ذلك مازال دون المستوى المطلوب.

### الإشكالية العامة:

مما سبق ذكره يمكن طرح إشكالية الدراسة على النحو التالي: ماهو واقع القطاع الصحي لدول المغرب العربي؟ وكيف يمكن تحقيق تنمية مستدامة بالقطاع؟

### الإشكاليات الفرعية:

ولإجابة على الإشكالية قمنا بطرح مجموعة من الأسئلة الفرعية والتي تتمثل فيما يلي:

- ماهو مفهوم الصحة من المنظور الاقتصادي؟
- ماهي اساليب تحقيق الصحة العامة؟
- ماهي الاستراتيجيات المتبعة لتحقيق التنمية المستدامة على مستوى المنظومة الصحية لكل من الدول المغاربية

التالية: الجزائر، تونس، المغرب؟

### • فرضيات الدراسة:

استنادا إلى ما سبق، يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- أ. يرجع الاختلال في القطاع الصحي الى مشاكل في سوء التسيير والتخطيط واستغلال الموارد المتاحة؛
- ب. مردود القطاع الصحي لا يعكس حجم المخصصات المالية التي استفاد منها؛
- ج. ضرورة الاصلاحات الجذرية في القطاع الصحي من أجل تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

### أهداف البحث

يهدف هذا البحث إلى توضيح جملة من النقاط يمكن إجمالها على النحو التالي:

1. إبراز واقع القطاع الصحي في دول المغرب العربي؛
2. محاولة تحديد الخلل بالقطاع الصحي مع معرفة الأسباب التي أدت إلى فشلها في تأدية مهامها؛
3. تسليط الضوء على طرق ومقاييس توزيع الاعتمادات مع الاهتمام بمعايير المردودية، الكفاءة والفعالية.

### أهمية البحث

من خلال هذا البحث يتم إبراز مدى تطور القطاع الصحي في دول المغرب العربي ، وما يتطلبه من نفقات من أجل تحقيق الأهداف المتوخاة منه، وفي الأخير يتم تقييم مردود هذا القطاع مع إبراز الأسباب التي أدت إلى اختلاله، والتي ترجع أساسا إلى سوء التسيير والتخطيط، مع الاستعمال السيء للموارد المتاحة.

### حدود الدراسة:

لكل دراسة حدودها الزمنية والمكانية، بحيث تعالج الاشكالية ضمن إطار خاص ومعالم محددة وبشكل عام تتمحور حدود هذه الدراسة في :

- الحدود المكانية: يتمثل مكان إجراء الدراسة الميدانية

### منهجية الدراسة:

انطلاقا من الاشكالية المطروحة وبناء على المعلومات المعتمدة من مراجع مختلفة، وباعتبار موضوع الدراسة ذو طبيعة ترابطية يهدف إلى الكشف عن علاقة التنمية المسدامة بالقطاع الصحي لدول المغرب العربي". تم الاعتماد على المنهج الوصفي لوصف معطيات الدراسة في الجانب النظري باستخدام مصادر المعلومات الثانوية من كتب ومجلات علمية باللغة العربية الاجنبية

### تقسيمات الدراسة:

لدراسة التنمية المستدامة بالقطاع الصحي لدول المغرب العربي ولإجابة على الاشكالية المطروحة تم تقسيم الدراسة إلى مقدمة عامة شملت الاشكالية العامة والاشكاليات الفرعية واهم الفرضيات الدراسة، ثم قسمنا هذه المذكورة إلى فصلين، شمل كل فصل على ثلاث مباحث، حيث تطرقنا في الفصل الاول الى الاطار النظري للمنظومة الصحية قمنا بتعريف الاقتصاد الصحي في المبحث الاول واساليب تحقيق الصحة العامة في المبحث الثاني، اما المبحث الثالث فقد عرضنا بعض الدراسات السابقة الخاصة بالموضوع.

اما الفصل الثاني فقد كان تحت عنوان اشكالية تحقيق الانمية المستدامة على مستوى المنظومة الصحية المغاربية حيث تطرقنا الى واقع المنظومة الصحية لكل من دول المغرب الثلاث الجزائر، تونس، والمغرب .  
وفي الاخير اختتمنا دراستنا بخاتمة عامة شملت النتائج والتوصيات وآفاق الدراسة المس



## تمهيد:

لقد بذلت الحكومة العديد من الجهود لتطوير قطاع الصحة والمنظومة الصحية في الجزائر وقامت بمجموعة من الإصلاحات لتحسين خدمات الرعاية الصحية، غير أن هذه الجهود لا تزال تواجه تحديات كبيرة ناجمة عن أوجه القصور وعدم الحصول على نتائج ملحوظة. وهو ما يتجلى في المعاناة المستمرة للمرضى، البيروقراطية، سوء التنسيق و تعارض المصالح بين الأطراف التي لها علاقة بالمستشفيات ... الخ. لذلك تضع الحكومة قضية إصلاح المنظومة الصحية في أعلى سلم أولوياتها بعد المشاكل الاقتصادية، فكثيرا ما تصبح الصحة قضية سياسية تحاول الحكومة من خلالها إرضاء تطلعات المواطنين. ولعل أهم ما يميز هذه القضية هو إشكالية وكيفية ترشيد الإنفاق في هذا القطاع في ظل الطلب المتزايد على الخدمات الصحية وارتفاع الميزانية المخصصة له من سنة إلى أخرى.

و على هذا الأساس قسمنا هذا الفصل الى ثلاث مباحث، تضمن كل مبحث على ثلاث مطالب، حيث خصصنا المبحث الاول الى التعريف بالمفهوم الاقتصادي للصحة، اما المبحث الثاني فقد كان تحا عنوان اساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها واخيرا المبحث الثالث الذي عرضنا فيه بعض الدراسات السابقة الخاصة بالموضوع

المبحث الأول: المفهوم الاقتصادي للصحة

المطلب الأول: تعريف الصحة لغة واصطلاحاً

الصحة مفهوم نسبي بالنسبة للإنسان حاول الكثير من العلماء إيجاد تعريف شامل لها، فقد عرّفها بركنز Prenkins الصحة على أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم من العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"<sup>1</sup>، كما عرّفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها: حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً والرفاه الاجتماعي وليس مجرد غياب المرض أو العجز<sup>2</sup>، وقد اتخذ هذا التعريف هدفاً وشعاراً تسعى الحكومات إلى تحقيقه<sup>3</sup>.

ويمكن تعريف الصحة العامة على أنها تعني ذلك الفرع من العلوم الذي يدرس كيفية تطوير وترقية الحياة الصحية للإنسان سواء من ناحية دراسة الأمراض ومسبباتها وطرق انتقالها وكيفية الوقاية منها أو ما يتعلق بنشر الوعي الصحي وتطوير صحة البيئة ومكافحة الأخطار الصحية ومعالجتها، الأمر الذي يستوجب تحقيق السلامة والكفاية الجسمية والعقلية والاجتماعية الكاملة<sup>4</sup>.

أولاً: التعريف لغة

هي السلامة من المرض

ثانياً: التعريف الاصطلاحي

هي مستوى الكفاءة الوظيفية والأفضية للكائن الحي، أما عند الإنسان فالصحة لدى الأفراد والمجتمعات وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية: هي حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب أو إنعدام للمرض أو العجز.

لكن هذا التعريف تعرض لانتقاد كبير وذلك لتنافيه مع الحياة الواقعية خاصة مع استخدام كلمة اكتمال السلامة، وهو ما دفع العديد من المنظمات إلى استخدام تعريفات أخرى من بينها: الصحة هي الحالة المتوازنة للكائن الحي والتي تتيح له الأداء المتناغم والمتكامل لوظائفه الحيوية بهدف الحفاظ على حياته ونموه الطبيعي كما عرف العالم بركنز الصحة بأنها حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم المختلفة، وتنتج من تكيف جسم الإنسان مع العوامل الضارة التي يتعرض لها.

<sup>1</sup> عبد المحي محمود حسن الصالح، الصحة العامة وصحة المجتمع - الأبعاد الاجتماعية والثقافية -، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2001، ص 17.

<sup>2</sup> David J and others, The public health system in England, International specialized book services, Portland, USA, 2010, P17.

<sup>3</sup> محمود أحمد حمزة، شادية عبد السلام الشافعي، مقدمة في: مبادئ الصحة العامة، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص 9.

<sup>4</sup> إحسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة، ط 1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1991، ص 71.

المطلب الثاني: الصحة من خلال الفكر الاقتصادي (المفكرين)

يُعدُّ رفع المستوى الصحي للسكان هدفاً أساسياً يتوجب الوصول إليه سواء من أجل تأمين الرفاهية للفرد أو لرفع إنتاجية العمل.

إن الطبيعة المزدوجة للصحة وسيلة وغاية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية في آن واحد لتؤكد ضرورة توفير الاعتمادات المالية الكافية، بحيث تكون قادرة على النهوض بالخدمات والبرامج الصحية، وكذا قدرة على معالجة أية مشكلات صحية جديدة قد تظهر في المستقبل.

فالصحة هدفها الإغاثة والعناية بالمريض، وذلك بالاستناد إلى الأخلاق المهنية للأطباء، أما الاقتصاد فهدفه المعرفة الموضوعية للظواهر ذات الارتباط بالاستهلاك والإنتاج والتوزيع والموارد على ضوء التكلفة. ومن ثم فكيف نجتمع بين هذين الاختصاصيين المتناقضين ظاهرياً من حيث المفهوم؟!

بداية ينبغي أن نتذكر تطور المشاكل الصحية، إذ قبل خمسين عاماً كانت المشاكل الصحية والأمراض، لا تستدعيان النظر إليهما لا من الوجهة الاقتصادية، ولا حتى من الأوجه التي تمم المجتمع، عدا الأمراض الوبائية، فلقد كان الطب طباً فردياً.

وفي بداية هذا القرن أصبح الهدف الأساس هو وضع نظام للتأمين الطبي، وذلك لصالح المعوزين والعاجزين خاصة. والهدف الثاني هو تنمية وتطوير شبكة المستشفيات والمؤسسات للعناية والوقاية، والتي تسمح بدورها بنشر التقنية الجديدة المعروضة من خلال العلوم الطبية. ففي أقل من نصف قرن انتقلت المشاكل الصحية من الحيز الفردي إلى الحيز الجماعي. ومن ثم، فينبغي أن نحلل وبأسلوب علمي طبيعة الظواهر ذات الصلة بالاستهلاك الطبي لتكاليف السلع والخدمات المستخدمة في قطاع الصحة وإدارة مؤسسات الخدمات التي تتنافس في الحماية الصحية. وهذا هو المبرر الأول لظهور اقتصاديات الصحة. ويترتب على هذا مبرر ثان، يتمثل في أهمية توفير الموارد الصحية الكافية لتحقيق المشاريع الصحية اللازمة لرفع المستوى الصحي.

إن هناك مجموعتين كبيرتين من الدراسات الاقتصادية الممكن عملها : تلك التي تحاول تحديد القسم الملائم تخصيصه للقطاع الصحي داخل مجموع اقتصاد البلد، حيث نهتم بتحديد معايير الاختيار بين الصحة والقطاعات الكبيرة الأخرى للاستثمار الجماعي كالزراعة والصناعة والنقل.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> أ.د. زيد بن محمد الرماني، الصحة من منظور اقتصادي، مجلة المسلمون في أنحاء العالم، العدد 2155، 2021.

ويبدو أنه من المتعذر تنفيذ مثل هذه الدراسة في الوقت الحاضر. وذلك بسبب غياب وحدة قياس تبين الفوائد التكاليف للاستثمارات في مختلف القطاعات الاقتصادية. حيث إن الوحدة المالية يصعب استخدامها في نطاق الصحة وخاصة أنه لا يوجد سعر للصحة. أما المجموعة الثانية من الدراسات الاقتصادية فهي التي تحاول تحديد نصيب كل قسم من أقسام القطاع الصحي من مجمل الموارد المخصصة لهذا القطاع ككل.

حيث نهتم بالاختيارات الداخلية الملائم عملها ضمن القطاع الصحي، وهدفها تحديد سلم الأفضلية لنماذج مختلفة من الأعمال، فهل نبدأ بالعناية في المستشفيات أولاً أم بالعناية الطبية المتنقلة (كالتلقيح)، أم بالطب المهني المتعلق بحوادث العمل؟ وهل تركز الجهود الصحية لصالح فئة من السكان (كالقوة العاملة مثلاً) أم لفئة أخرى من السكان (كالمسنين). وهنا، نستطيع أن نتساءل على سبيل المثال، كيف توزع الجهود الجماعية بين العناية والوقاية والبحث العلمي الطبي؟!

ويبدو أن هذه الدراسة أكثر صلابة وعقلانية من الدراسة الأولى التي نهتم بتحديد معايير الاختيار بين الصحة والقطاعات الكبيرة الأخرى.

### المطلب الثالث: ظهور اقتصاد الصحة

مثله في ذلك مثل كل الأسواق يمكن النظر إلى سوق خدمات الرعاية الصحية من جانبي العرض والطلب على هذه الخدمات.

1. **الطلب:** في جانب الطلب على خدمات الرعاية الصحية، وكما هي العادة في أدبيات النظرية الاقتصادية، يتم إستكشاف محددات الطلب على هذه الخدمات في إطار نموذج مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت الإفتراضات التالية:

- أن يكون لدى المستهلك النمطي إجمالي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.  
- أن يتمكن المستهلك النمطي من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة للمنفعة تكون معرفة على حالته الصحية، وسلعة إستهلاكية مجمعة.<sup>1</sup>

وتتصف الدالة بالخصائص المعروفة لمثل هذه الدوال فيما يتعلق بالمنفعة الحدية. أن يتم إنتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطي بواسطة دالة للإنتاج يستخدم فيها مدخلات الإنتاج الصحة وتقنيات إنتاج الرعاية الصحية كمستوى التغذية وصحة البيئة وتتأثر بمستوى المعرفة المتوفر للمستهلك. أن تسود أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية

<sup>1</sup> Filmer, D., Hammer, J., and L. Pritchett, (1997), "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain"; World Bank, [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).

ومدخلات إنتاج الحالة الصحية يأخذها المستهلك النمطي كمعطيات لا يستطيع التأثير عليها وحيث يمكن اعتبار سعر السلعة الاستهلاكية كميّار للأسعار ومن ثمّ يمكن التعامل مع سعرها على أنه يساوي واحد. على هذا الأساس يواجه المستهلك النمطي قيوداً للميزانية يعبر عنه بحيث لا يفوق إجمالي الإنفاق على السلع الاستهلاكية والخدمات الصحية الدخل الثابت.<sup>1</sup>

على أساس هذه الافتراضات يقوم المستهلك النمطي باتخاذ قراراته الاستهلاكية بتعظيم دالة المنفعة باختيار كمية السلعة الاستهلاكية وكميات مدخلات إنتاج الحالة الصحية وذلك في ضوء القيود التي تفرضها الموارد المتاحة له في شكل دخل ثابت ودالة إنتاج الحالة الصحية. وكما هو معروف يؤدي حل هذه المسألة إلى تعريف دوال الطلب للسلعة الاستهلاكية، ومدخلات إنتاج الحالة الصحية كدوال في معطيات النموذج: أسعار مدخلات إنتاج الحالة الصحية، ومعطيات دوال إنتاج الحالة الصحية وإجمالي الموارد المتاحة والحالة التعليمية. وعلى هذا الأساس يمكن تعريف منحني الطلب على خدمات الرعاية الصحية على المستوى النظري كعلاقة بين الكميات المطلوبة فيها وسعر الخدمة.

**2. العرض:** يلاحظ فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية أن تقنيات إنتاج الخدمات الصحية تشتمل على مدخل العمل في شكل أطباء وكوادر طبية وكوادر طبية مساعدة بالإضافة إلى عوامل إنتاج وسيطة ورأس المال. وفي هذا الصدد يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات والإرشادات للأفراد حول طبيعة حالتهم الصحية، وعن أثر مختلف طرق العلاج عليهم، والقيام بتوفير خدمات العلاج كالجراحة وكتابة الوصفات الطبية. كذلك يلاحظ أن الأطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في توفير الخدمات الصحية إذ يتطلب توفير هذه الخدمات أعداداً كبيرة من الكوادر الطبية والمساعدة من الممرضات والإداريين والصيدلة والكتابة، وينطوي عمل هؤلاء على جوانب مكملّة وأخرى محلّة لعمل الأطباء. من جانب آخر، تلعب الإمدادات الطبية، كالأدوية والمعدات الطبية والمعدات الرأسمالية، دوراً مهماً في إنتاج الخدمات الصحية. وتتصف تقنية إنتاج الخدمات الصحية بقدر من الإحلال بين العمل ومثل هذه الإمدادات الطبية، إلا أن بعض المدخلات لا يتوفر لها بدائل كالأدوية مثلاً. وبالرغم من أهمية المدخلات الرأسمالية في عملية إنتاج العناية الصحية، إلا أنها تشكل نسبة متدنية من تكلفة إنتاج الخدمات الصحية في المستويات الأولية للرعاية الصحية.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> د. زيد بن محمد الرماني، الصحة، مرجع سابق، ص 53.

<sup>2</sup> Gupta, S., Verhoeven, M., and E. Tiongson, (2001), "Public Spending on Health Care and the Poor"; Working Paper no. WP/01/127, IMF, [www.imf.org](http://www.imf.org).

في إطار هذه العلاقات الفنية لإنتاج الخدمات الصحية يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال التعرض للحوافز الاقتصادية والاجتماعية التي تدفع مختلف الأطراف للقيام بأعمالهم في هذا المجال. وفي هذا الصدد يمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمالة ماهرة تحفزها تركيبة الأجور في الإقتصاد وتسعى لتعظيم دالة منفعة تقليدية معرفة على الدخل (الإستهلاك) و على الوقت المتاح للراحة والاستجمام. من جانب آخر، ولأنهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول تقنيات إنتاج الرعاية الصحية، يمكن النظر إليهم كمنظمين أو إداريين للعملية الإنتاجية، ومن ثم فإن معدل الربح في مجال تقديم الخدمات الصحية سيكون من أهم الحوافز الإقتصادية التي تستند عليها عملية اتخاذ القرارات بواسطة الأطباء<sup>1</sup>.

ويسبق كل هذه الأدوار، والقرارات التي تتخذ حيالها بواسطة الأطباء، القرار الإبتدائي حول دراسة الطب ليصبح الفرد طبيبا، وهو قرار أخذ يعرف بالإستثمار في رأس المال البشري حيث تركز نماذج رأس المال البشري على قرارات الإستثمار في رأس المال البشري بواسطة الأفراد وذلك بالإستناد على الافتراضات التالية:

- أن طول فترة التدريب، أو التعليم، هي المصدر الأساسي للتفاوت في دخول العمال وأن التدريب يرفع إنتاجية العامل، إلا أن التدريب يتطلب تأجيلا للدخل لفترة مستقبلية.

- يتوقع الأفراد، عند اتخاذ القرار بالتدريب، الحصول على دخول أعلى في المستقبل تعوض تكلفة التدريب.

- يفترض أن تقتصر تكلفة التدريب على التكلفة البديلة بمعنى الدخل الذي كان سيحصل عليه الفرد إذا لم يلتحق بمؤسسات التدريب.

- يفترض إلا يقوم الأفراد باتخاذ قرار التدريب في المستقبل بعد إنقضاء فترة التدريب الأولى وأن يظل تدفق الدخل المستقبلي بعد نهاية فترة التدريب الأولى ثابتا خلال الفترة العملية.

- يفترض ثبات سعر الفائدة الذي يستخدمه الأفراد في حسم التدفقات المستقبلية.

على أساس هذه الافتراضات، وفي إطار التوازن التنافسي، فسيكون توزيع دخول العمال بحيث تتساوى القيمة الحاضرة للتدفقات المستقبلية، وذلك لخيارى الإنخراط في التعليم وعدم الإنخراط، بعد حسم التدفقات المستقبلية بسعر الفائدة التنافسي، عند وقت اتخاذ قرار الإستثمار في التدريب أو التعليم. ويترب على مثل هذا التحليل أن عرض الأطباء يعتمد على هيكل التكلفة البديلة للدراسة وعلى أسعار الفائدة السائدة في الإقتصاد.

<sup>1</sup> Hammer, J., (1997), "Economic Analysis for Health Projects"; World Bank Research Observer, vol. 12, no. 1.

وعلى أساس مثل هذه الصياغة النمطية لسلوك الأفراد، وبافتراض أن حافز منتجي خدمات الرعاية الصحية يتمثل في تعظيم أرباحهم بالطريقة التقليدية، يمكن التعامل مع سوق خدمات الرعاية الصحية على أساس التحليل الإقتصادي المعروف حيث تتحدد الكمية التوازنية لخدمات الرعاية الصحية التي يرغب الأفراد في الحصول عليها والتي يرغب المنتجون في توفيرها بتقاطع منحنيات الطلب والعرض. في مثل هذا التحليل يتوقع أن تعمل آلية السوق لتحقيق كفاءة تخصيص الموارد في سوق خدمات الرعاية الصحية مثلها في ذلك مثل بقية أسواق السلع والخدمات في الإقتصاد. هذا وتستند مثل هذه الصياغة النمطية للأسواق على عدد من الافتراضات الهامة، التي استخدمت للحصول على منحنيات الطلب والعرض التي تعرف السوق في النظرية الإقتصادية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- أن هنالك عددا كبيرا من المنتجين لخدمة الرعاية الصحية يسعى كل واحد منهم لتعظيم فائدته كما يعبر عنها بربحه دون أن يكون له تأثير على أسعار الخدمات المقدمة أو أسعار مدخلات الإنتاج.
- أن خدمة الرعاية الصحية التي يتم عرضها في السوق تتسم بالتجانس بمعنى مطابقة مواصفات كل وحدة منها للوحدة الأخرى.

- أن المستهلكين يمتلكون المعلومات الكاملة عن أسعار ونوعية وجودة خدمات الرعاية الصحية.
- أن المستهلكين يقومون بمقابلة تكلفة السلعة التي يقومون باستهلاكها بمعنى دفع السعر الذي يحدده السوق.

وتختلف سوق خدمات الرعاية الصحية عن الأسواق النمطية للنظرية الإقتصادية في أن معظم هذه الافتراضات لا يتحقق.

ففي جانب الطلب عادة ما تسود حالة عدم المعرفة وغياب المعلومات حول الحالة الصحية للفرد وذلك لاتصاف مثل هذه المعرفة بالخصوصية التي تتطلب تدريبا طويلا بتكلفة عالية، ولغياب المعلومات أيضا حول تركيبة الأسعار السائدة ومدى تعبيرها عن جودة الخدمة المقدمة، وحول طبيعة العلاج الملائم للحالة المرضية.<sup>1</sup> كذلك تسود حالة من عدم التيقن حول الحالة الصحية للأفراد مما يعني أن عملية اتخاذ القرار لا تتم في بيئة من اليقين بتفضيلات المستهلك وإنما تعتمد على احتمالات حدوث مختلف الحالات الصحية. وفي جانب العرض عادة ما يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال منافذ محدودة تتسم معظمها بمظاهر الاحتكار، بمعنى إمكانية التحكم في الأسعار، سواء أكان ذلك بالنسبة للمستشفيات الكبرى أو المراكز الصحية أو العيادات الخاصة. كذلك ينعدم حافز الربح لدى المستشفيات الحكومية الكبرى. بالإضافة إلى ذلك تعدد الوصفات العلاجية بتعدد الحالات المرضية

<sup>1</sup>Hsiao, W., (2000), "What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? A Primer"; Working Paper no. WP/00/136, IMF, [www.imf.org](http://www.imf.org)

مما يعني انعدام صفة التجانس. كذلك تتوفر لدى الأطباء معلومات فنية تتحدد على أساسها نوعية الخدمة المقدمة ولا تتوفر هذه المعلومات للأفراد المستهلكين. وعادة ما تلخص هذه الاختلافات بين الأسواق النمطية وسوق الخدمات الرعاية الصحية في ملاحظة أن الثاني يتصف بعدم كمال المعلومات وعدم كمال التنافس. وفي ظل هذه الخصائص عادة ما تفشل آلية السوق في تحقيق كفاءة تخصيص الموارد ومن ثم في تعظيم رفاه الفرد، الأمر الذي يستدعي تدخل الدول.

المبحث الثاني: أساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها

المطلب الأول: مفهوم الصحة العامة

لقد تطور مفهوم الصحة ال على مدى تاريخ البشرية، وفقاً لفهمنا لواقع الأمور وللوسائل المتاحة للتدخل. فالتعقّد في عالم اليوم قد جعل مفهومها متعدد الأوجه وفي حالة تحول دائم.

ويجدر بنا أن ندرس بعناية كل الأوجه المختلفة لهذا المفهوم من جميع الزوايا الممكنة، كلما عنت لنا هذه الأوجه بمختلف الطرق العديدة التي يتم بها تحديدها والتصرف حيالها. ويشمل هذا أيضاً استخدام تعابير بديلة أو مكملّة في ما يتعلق باستخدام مصطلحات من قبيل ( الطب الاجتماعي) و(صحة المجتمع).<sup>1</sup>

لذلك وكما أوضح آنفاً، فمن غير الممكن وضع تعريف يمكن اعتباره ملائماً ومتفقاً عليه بالإجماع. وعلى ذلك نقترح تعريف يجمع بين العناصر المشتركة في التعاريف العديدة السابقة، ويسعى إلى التوافق مع مفاهيم التي تم تحليلها في هذا المطلب، وهذا التعريف هو الصحة العامة هي علم وفن تعزيز عافية الناس البدنية، والنفسية، والاجتماعية، وحفظها و عاداتها، وذلك من خلال تدابير اتقائية، وتشخيصية، وعلاجية، وتأهيلية، تُطبق على البشر وبيئتهم. وينبغي أيضاً لنطاق الصحة العامة أن يشمل المفاهيم الآتية للرعاية الصحية الأولية:

- تغطية جميع السكان بالرعاية التي تقدم إليهم وفقاً لحاجتهم، واعتبار تلك الرعاية حقاً من حقوق الإنسان التي لكل فرد.

- ضمان العدالة لجميع الفئات الجغرافية والاقتصادية والعرقية، بغض النظر عن الجنس، وللمستئين والفئات الخاصة.

- تقديم خدمات تعزيزية ووقائية، وعلاجية، وتأهيلية، مع وجود نُظُم جيدة للإحالة إلى مستوى الرعاية الثانوي والثالثي.

- تقديم خدمات فعالة ومقبولة ثقافياً وميسورة الكلفة وممكنة التدبير.

- استكشاف آليات تمويلية بديلة من دون المساس بالالتزام بتلبية احتياجات السكان والنهوض بالمسؤولية الاجتماعية.

- إشراك المجتمعات المحلية في تطوير الخدمات تعزيزياً للاعتماد على النفس وتقليصاً للاعتماد على الآخر.

ارتباط الأساليب المتبعة تجاه الصحة بسائر القطاعات الإنمائية وتميزها بإشراك تلك القطاعات في هذا المضمار في إطار من التنسيق والتعاون.

<sup>1</sup> د. إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دون ذكر سنة النشر، ص. 70.

• تعزيز مبادرة تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية وتعجيل أنشطتها، باعتبار هذه المبادرة وسيلة لإنشاء هيكلية مجتمعية متعددة القطاعات ومبتكرة لتحسين نوعية الحياة.

### ب- مستويات\* درجات\* الصحة

• الصحة ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة للجميع ولكنها يجب أن تطور وتضامن وتحسن استمرار، بواسطة الجهود المشتركة من الفرد والمجتمع. إن الصحة تتذبذب في مدى يجد في إحدى النهايات الصحة المثالية ثم عدة مستويات مرضية فالموت في النهاية الأخرى. وعلى ذلك تكون درجات الصحة كما يلي:<sup>1</sup>

**أولاً. الصحة المثالية:** وهي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية أي الحالة التي يكون فيها الفرد خالياً من أي أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية تسعى لتحقيقه وإن كان صعب المنال.

**ثانياً. الصحة الإيجابية:** وهي حالة يستطيع الفرد فيها والمجتمع مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.

**ثالثاً. السلامة المتوسطة:** لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض، أي أن الفرد لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين ولكن بصفة عامة لا تظهر الطاقة الإيجابية في الحالة الصحية.

**رابعاً. المرض غير الظاهر:** في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض، أي أن هناك قصوراً صحياً غير ظاهر، ومعنى ذلك اختفاء الأعراض المرضية الظاهرة ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضاً ولكن غير ظاهراً سطح.

**خامساً. المرض الظاهر:** وفي هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تنم عن إصابة الفرد بمرض معين، ويشعر الفرد من جرائها بالألم والقلق الظاهرين.

**سادساً. مستوى الاحتضار:** وهو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية، وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> د. إقبال إبراهيم مخلوف: المرجع نفسه، ص 6..

<sup>2</sup> د. إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر، 1991، ص 49..

وتتأثر صحة أي مجتمع بعدد من العوامل المتفاعلة والمؤثرة في بعضها البعض وأن هذه العوامل هي التي تقرر مستويات أو درجات الصحة، وتمثل هذه العوامل في:

- عوامل طبيعية : وتمثل في العوامل المناخية والبيئة الجغرافية.
- عوامل بيولوجية\*حيوية : وتمثل في ناقلات العدوى سواء كانت حشرات مثل الذباب والناموس أو حيوانات كالفئران والذئب والكلاب.
- عوامل اجتماعية : وتمثل في مستويات المعيشة والعادات والتقاليد والتعقيم.
- عوامل اقتصادية : مثل قصور الإمكانيات المادية المتمثلة في عدم وجود إمكانيات لتنفيذ برامج الرعاية الصحية مثل التشخيص والتحصينات أو انتشار الفقر وعدم توافر الإمكانيات التي تساعد على توفير حياة صحية جيدة، من مسكن وغذاء ورعاية طبية.
- عوامل بيئية : وتمثل في عدم توافر المياه الصحية الصالحة للشرب وصرف الفضلات بصورة صحية وما يترتب عليها من انتشار الأمراض المعدية مثل النزلات المعوية وتلوث الهواء بعوادم السيارات والمصانع.
- عوامل سكانية : حيث التركيبة السكانية وزيادة معدلات المواليد والوفيات والخصوبة، مما يترتب عليها مشاكل صحية واجتماعية
- عوامل طبية : مثل مدى توافر العيادات الطبية والأطباء والمرضين، كل هذا يؤدي إلى مشاكل صحية واجتماعية تؤثر في الحالة الصحية ومستوى الصحة العامة بالمجتمع.

#### المطلب الثاني: اساليب تحقيق الصحة العامة

الغرض الرئيسي للصحة العامة ومناط اهتمامها الأول هو صحة السكان، علماً بأن هذا يشمل جميع العناصر ذات الاهتمام المشترك التي تسهم في تحسين صحة الناس، وعليه فإنه لا ينبغي قصر مناط اهتمامها على ما يسمى المنافع والخدمات العمومية، أو الخرائج المهمة، أو الإجراءات التي تُعتبر من مسؤوليات الحكو أو الدولة. وهنالك إجماع على أن هذا يشكل جزءاً مهماً من الصحة العامة وأنه ينبغي ويمكن أن يكون هو لبها الاستراتيجي العام.

أساليب الوقاية إلى مستويات وقائية ثلاث:

- المستوى الأول : وهو المستوى الوقائي الأولي والذي يهدف إلى الوقاية من الحالة المرضية.
- المستوى الثاني : و هو المستوى الوقائي من الدرجة الثانية والذي يهدف للوقاية من مضاعفات المرض بعد ظهوره.

– المستوى الثالث: وهو مستوى وقائي من الدرجة الثالثة يهدف إلى الوقاية من المضاعفات الاجتماعية. ويمكن تناول أساليب الوقاية من خلال المحاور التالية<sup>1</sup>

#### أولاً. المحور الأول: إجراءات الوقاية العامة لترقية الصحة وتقويتها

وهي عمل تستهدف تقوية الصحة بصفة عامة دون الاهتمام بمرض معين ويتناول هذا المحور:

- الخدمات الصحية البيئية العامة من توفير مسكن صحي تتوافر فيه عناصر صحية مثل التهوية الجيدة والإضاءة الصحية والمياه الصالحة للاستعمال الآدمي وأساليب صحية لتصريف الفضلات.
- خدمات التغذية الصحية التي تستهدف تقوية مناعة الجسم للأمراض وتقوية الجسم بصفة عامة.
- خدمات التوعية والتربية الصحية بصفة عامة والتربية الجنسية بصفة خاصة خدمات الرعاية الخاصة للأمومة والطفولة.
- خدمات الترويح عن النفس.
- الخدمات التي تهتم بالتكيف النفسي السليم وتحقيق الشخصية السوية.
- خدمات الرعاية السرية الشاملة.

ونستطيع أن نجمل هذا المحور في مجموعة الإجراءات والخدمات الشاملة التي تهدف إلى تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية العامة دون الاهتمام بحالة معينة أو فئات خاصة.

#### ثانياً. المحور الثاني: الوقاية المتخصصة أو النوعية

وهي التي تهدف إلى الوقاية من مرض معين قبل حدوثه ولاسيما الأمراض المعدية أو أمراض سوء التغذية ويتمثل هذا في الإجراءات الوقائية المحددة مثل التطعيمات ضد أمراض معينة التطعيم ضد الجدري أو الدفتيريا أو السعال الديكي أو ضد مرض الكساح. كما قد تكون إجراءات وقائية نحو المسببات النوعية مثل تصريف الفضلات أو قد تكون بتحسين العادات الغذائية أو استخدام ملابس واقية ضد إصابات مهنية أو أقمعة في الصناعة، وقد توجه هذه الأساليب الوقائية إلى إجراءات بيئية مثل ردم البرك والمستنقعات المسببة لأمراض معينة أو تحسين المستوى الاقتصادي والتعليمي والصحي بصفة عامة.

<sup>1</sup> د. سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999 ص. 41..

### ثالثا. المحور الثالث: الاكتشاف المبكر للحالات المرضية

وهي الإجراءات الوقائية التي تتخذ لاكتشاف الحالات المرضية في أديوارها الأولى مع عدم ظهور الأعراض المرضية وبالتالي قد تكون مجهولة للمصابين بها. ومما لاشك فيه أن الاكتشاف المبكر للأمراض يساعد على العلاج الفوري وبالتالي يكون أيسر وأسهل وذات فعالية أسرع في العلاج ويساعد على منع حدوث مضاعفات للمريض. ومن طرق الاكتشاف المبكر:

✓ لكشف الدوري والفحص المستمر للحالة الجسمية العامة ودون إحساس الفرد بأي أعراض مرضية أو حدوث ألام.

✓ التحليلات الطبية الشاملة سواء كان تحليل بول أو دم.

✓ عمل الإشعاعات المختلفة الشاملة والمقطعية وهذه الإجراءات تساعد في الكشف المبكر للحالات المرضية وبالتالي علاج الأمراض في حالة ظهورها في الأطوار الأولى لها مما يساعد على تجنب حدوث مضاعفات وبالتالي إمكانية الشفاء التام.

ولذلك يجب أن يقوم الفرد بإجراء الفحص المستمر والمتواصل للوصول إلى الاكتشاف المبكر لأي مرض وبالتالي يسهل علاجه. وكلما تقدمت الدول والمجتمعات كلما كان هناك إجراءات للاكتشاف المبكر للأمراض.

### رابعا. المحور الرابع: علاج المرضى من المرض الظاهر

ويهدف العلاج الحد من المضاعفات أو العجز المرضي واستكمال الشفاء فهذا المحور يستهدف علاج المرض والوقاية من مضاعفات المرض للمريض، بل ويستهدف وقاية المجتمع من انتشار المرض ولاسيما إذا كان مرضا معد.

### خامسا. المحور الخامس: الإجراءات التأويلية

وتشمل الإجراءات التي تتخذ بعد علاج الحالات المرضية وثبوت الحالات التشريحية والوظيفية للجسم وتستهدف هذه الإجراءات الوقائية من المضاعفات الاجتماعية، بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للفرد. حيث تستهدف الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية حتى يستطيع الاعتماد على نفسه في تصريف شؤون حياته باستغلال أقصى قدراته وإمكاناته المتبقية أفضل استغلال ممكن.

وعملية التأهيل تمر بمجموعة من الخطوات التي تبدأ بالفحص الطبي الشامل لتحديد درجة العجز أو الإصابة ثم تحديد الأساليب الطبية اللازمة للحالة، ويصاحب هذه العملية التأهيل النفسي للفرد لقبول العجز أو العاهة

والرضا النفسي يؤهل الفرد للتأهيل الاجتماعي حيث محاولة التكيف مع المجتمع باختيار أو العمل الذي يتناسب وطبيعة العجز أو العاهة، وبالتالي التأهيل المهني المناسب وبالتالي إيجاد العمل المناسب وتحقيق التأهيل والتكيف الاجتماعي.

وتختلف المجتمعات في مدى اهتمامها بالمحاور الخمس السابقة حيث تتفاوت باختلاف المستويات الاقتصادية والاجتماعية، فبرامج الرعاية الصحية الوقائية تعتبر سمة من سمات المجتمعات المتقدمة حيث الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض وبالتالي استخدام إجراءات علاجية فورية، بينما نجد أن البرامج العلاجية هي التي تميز المجتمعات النامية.

إن الرعاية الصحية جزء من الرعاية الاجتماعية ونجاح الخدمات الصحية يعتمد على نجاح الخدمات الأخرى التي تهدف إلى رفاهية المجتمع، ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسين:

- **الأول** يشمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنازل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، وهذه الخدمات هي: خدمات صحية علاجية، تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من ألام المرض.

- **الثاني**: ويهتم بالخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة. وهذه الخدمات هي:

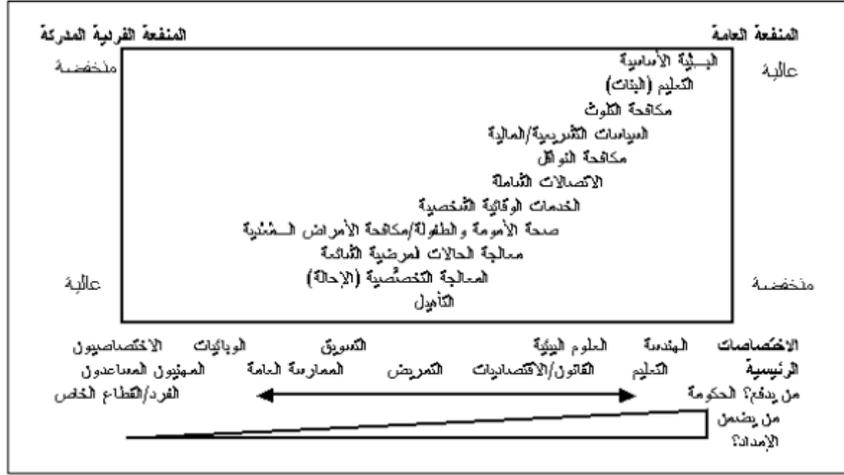
- **خدمات صحية مانعة أو وقائية**: وتشمل خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

وقد يسود الاعتقاد بضرورة الاهتمام بتوفير الخدمات الصحية المرتبطة مباشرة بصحة الفرد مع إهمال الخدمات الصحية البيئية، وغالبا ما يسود هذا الاعتقاد الدول النامية بسبب نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية سواء على مستوى الميزانية العامة للدولة أو على مستوى الدخل الفردي.

ولكن هذا الاعتقاد خاطئ تمام لأن زياد الإنفاق على الخدمات الصحية البيئية سيؤدي إلى انخفاض احتمالات الإصابة بالمرض، ومن ثم سيؤدي إلى تناقص الميزانيات المطلوبة للخدمات الصحية المباشرة المرتبطة

بصحة الفرد. والشكل الموالي يبين التوازن النسبي بين المسؤوليات والمنافع العمومية والفردية. ومن ثم يمكن تحديد نطاق الصحة العامة وفقاً للاحتياجات الأساسية وتوافر الموارد العامة

الشكل 1-1: الأنشطة، والموارد، والاختصاصات الرئيسية التي تشارك في إبتاء الصحة العامة



المصدر: تقرير اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الخمسون، المكتب التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، القاهرة،

.200

### المطلب الثالث: مؤشرات الصحة العامة

أ. مؤشرات الصحة العامة: إن الهدف من دراسة مؤشرات ومقاييس الصحة العامة هو تحديد أهم جوانب المشكلة الصحية ومن ثم تحديد أولوياتها وبالتالي تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية، ويمكن تقسيم هذه البرامج إلى ثلاثة أقسام:

أولاً. القسم الأول: وهو عبارة عن مؤشرات ترتبط بصحة الأفراد والجماعات وهناك مقاييس معينة لتحديد حجم ونوع الخدمات المطلوبة في مجتمع ما لتحقيق الرعاية الصحية بالشكل الأفضل بالنسبة للأفراد والجماعات. ويمكن تقسيم مؤشرات القسم الأول إلى: <sup>1</sup>

• مؤشرات إيجابية: نجد فيها كل من:

– معدل المواليد والخصوبة: طول العمر المتوقع عند الحياة: العمر المتوقع عند الولادة يعتبر بصفة عامة بمرده أحسن مقاييس للحالة الصحية للسكان، وهو دليل شائع الاستعمال لقياس الحالة الصحية للمجتمع، وإحصائيات

<sup>1</sup> د. سعيد عبد العزيز عثمان: قراءة في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة، دراسة نظرية تطبيقية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998، ص. 204. د.

العمر المتوقع أظهرت فروقا غير عادية في المستويات الصحية بين الدول المتقدمة والدول النامية. مؤشرات سلبية تتضمن كل من:

- **المعدل العام للوفيات:** يعتبر المعدل العام للوفيات دليلا معقولا لمقارنة الحالة الصحية للناس ويعرف بأنه عدد الوفيات بكل 1000 من السكان في السنة بالمجتمع المعني. فلو كان معدل الوفيات مرتفعا دل على انخفاض الحالة الصحية بالمجتمع ونجد ضمن هذا المؤشر كذلك ما يسمى بمعدل وفيات الرضع الذي يعتبر من أكثر مؤشرات حساسية للحالة الصحية ومستوى معيشة الشعب والبيئة السائدة.<sup>1</sup>

- **معدل انتشار الأمراض:** وهي تعتمد على الوفيات وهي لا تعطي صورة حقيقية لمستوى الصحة والمرض ويتضمن كل من معدل الإصابة أو انتشار أمراض القلب.

● **مؤشرات الأمراض الاجتماعية:** إن الكثير من المشاكل الصحية تحدث بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من عوامل غير طبيعية العادات والتقاليد وبالسيطرة على أسباب هذه المشاكل الصحية يمكن الحد الكبير من الأمراض الناجمة عنها، ومن مقاييس الأمراض الاجتماعية نجد:

- نسب الفقر والعوز.
- الجهل والامية.
- الانحراف والجريمة.
- كثافة السكان وتوزيعهم بين الريف والمدينة.
- المستوى التعليمي والثقافي في المجتمع.
- المستوى الاقتصادي ومستوى الدخل.
- الاستعدادات الطبية والصحية.<sup>2</sup>

**ثالثا. القسم الثالث:** وهو عبارة عن مؤشرات مرتبطة بالإمكانيات والجهود المواجهة لتحسين الصحة، ومن هذه الإمكانيات والخدمات نجد:

- مدى توافر الخدمات الطبية الوقاية والعلاجية.
- نسبة الأطباء لعدد السكان.

<sup>1</sup> أيمن مزاهرة، د. عصام حمدي الصفدي، ليلي أبو حسين: علم اجتماع الصحة، دار البازوردي، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2003، ص. 44.

<sup>2</sup> د. أحمد فايز، الرجح السابق، ص. 59.

- نسبة هيئة التمريض للأطباء.
- توفير المسكن الصحي.
- جمع وتصريف القمامة.
- توفر خدمات الضمان الاجتماعي التي تكفل للفرد الراحة وزرع الطمأنينة في حالة مرضه و عطله وشيخوخته و عجزه.

المبحث الثالث: الدراسات السابقة

المطلب الأول: الدراسات باللغة العربية:

### 1. دراسة تليلان نوارا: النظام الصحي الجزائري بين الفعالية والانصاف محاولة تقييم

الوضع الصحي للأطفال دراسة بولاية بجاية (2004)

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم النظام الصحي الجزائري انطلاقاً من صحة الطفل و صحة الام باعتبار ان الصحة احدى الحقوق الأساسية لطفل وهي ليست في متناول الجميع خصوصاً في المناطق الريفية والقرى والمناطق البعيدة والصحة تمثل أحد شروط التقدم الاقتصادي والاجتماعي والفردى ولكل دولة نظامها الصحي الخاص والمهيكل.

وكانت هناك تساؤلات مطروحة تتعلق بصحة الطفل في الجزائر وتتمحور اهمها فيما يلي: هل النظام يلي حاجياته الصحية؟ ماهي الحالة التي يعانيها هؤلاء الاطفال المتواجدين بالمناطق الريفية؟

حيث ميزت هذه الدراسة بين صنفين من الاطفال : اطفال ما قبل سن التمدرس واطفال متمدرسون وبخصوص هذا الصنف الأخير تم طرح اشكالية حول المكانة المخصصة للصحة المدرسية في النظام الصحي الوطني منذ 1996 تم الاستغناء عن الطب المخاني فماهي الانعكاسات التي قد تنتج عن هذا سواء كان الأمر يتعلق بتسوية المشاكل المالية لهذا القطاع من جهة او تعلق الأمر بالوضعية الصحية للفئات المعوزة وخاصة الأطفال من جهة أخرى.ومن هنا انطلقت الدراسة كبحت الاستجابات العائلات في ولاية بجاية لتقييم الحالة الصحية للأطفال والامهات وتبيان الصعوبات التي تواجهها العائلات لتكفل بعلاج الاطفال وخصوصاً الذين يعانون امراض<sup>1</sup> مزمنة.

توصلت هذه الدراسة إلى حل وحيد وهو اختيار نظام صحي مناسب يدعم النشطة الوقائية المتناسقة التي ستخفف من حدة الرضع الاجتماعي والمالي من جهة، وتحسين صحة المواطنين بصفة عامة وصحة الطفل بصفة خاصة من جهة اخرى.

### 2. دراسة ( Al - adham ، 2004): تقييم نوعية ومستوى اداء الخدمات الصحية في المستشفيات

الفلسطينية - نموذج لأداء الادارة الصحية الجيدة -

<sup>1</sup> Nouara kaid, thèse de doctorat: le système de santé algérien entre efficacité et équité-essai d'évaluation a travers la santé des enfants en quête de la willaya Bejaia, Alger, 2003

هدفت الدراسة إلى إمكانية تقصي تطبيق نظام إداري خاص بالجودة، وكذلك البحث عن العوامل المؤثرة في مستوى الأداء للخدمات المقدمة، بالإضافة إلى معرفة مدى إمكانية تطبيق المستشفيات المعايير الجودة . طبقت هذه الدراسة على المستشفيات العاملة في مدينة نابلس وكان عددها ست مستشفيات، وتكونت عينة الدراسة من المرضى والعاملين فيها وكان عددهم 351 شخصا. أظهرت نتائج الدراسة وجود اختلافات ذات قيم إحصائية هامة فيما يتعلق بتقييم كل من العاملين والمرضى بمستوى الخدمات المقدمة في مختلف الأقسام العاملة ضمن المستشفى الواحد، وكذلك بين مختلف القطاعات الصحية والى ضعف ملحوظ في أداء غالبية الأقسام العاملة باستثناء الأقسام التابعة للمستشفيات الخاصة، وتقصير في جودة الخدمات الصحية في جميع قطاعات المستشفيات، كما أظهرت النتائج بأن معايير الجودة الشاملة لم تكن ضمن أولويات هذه المستشفيات باستثناء مستشفى رفيديا. وقدمت الدراسة نموذجا مقترحا لإدارة جودة الخدمات الصحية.

### 3. دراسة عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة (2008)

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:<sup>1</sup>

- المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة، والمتمثلة أساسا في نظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم شبه الطبي، وغيرها، في حين هو راضي عن التكفل الطبي، عن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة.
- أن أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل، بالإضافة إلى عدم وضوح المهام وضعف التأطير.

- تتمثل العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل، قلة التكوين ونقص التنظيم.

ركزت هذه الدراسة على التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر، وما يؤخذ عليها أنها لم توضح أهمية تطبيق نظم و برامج الجودة في معالجة أسباب تدني مستوى الجودة والأداء في هذه المؤسسات، إضافة إلى أنها تجاهلت معايير نظم اعتماد المؤسسات الصحية.

<sup>1</sup> عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"، اطروحة دكتوراه، الجزائر، 2008.

4. دراسة طلال بن عايد الأحمدى: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية (2009)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية من خلال قياس الكفاءة النسبية لمراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات. وتم استخدام عدد الأطباء، وعدد العاملين بالتمريض، وعدد الفئات الطبية المساعدة، وعدد المراكز كمدخلات النموذج، وعدد زيارات المراجعين للعيادات وعدد الفحوص المخبرية، وعدد المرضى المستفيدين من التصوير الاشعاع كمخرجات للنموذج. توصلت الدراسة إلى أن متوسط الكفاءة النسبية لمراكز العناية الصحية الأولية هو 5.83 %، مما يعني أن مراكز الرعاية الصحية الأولية في مناطق المملكة يجب ان تكون قادرة على تقديم نفس المستوى من المخرجات باستخدام 5.83 % من المدخلات الحالية أو زيادة مخرجاتها بنسبة 16.5 % باستخدام نفس مستويات المدخلات الحالية إذا كانت تعمل بكفاءة نسبية تامة، ووفق لمؤشر الكفاءة الانتاجية العامة فان عدد المناطق ذات الكفاءة العامة النسبية التامة من حيث كفاءة المراكز الصحية الأولية فيها، هو 8 مناطق من نسبة 40%. وبلغ متوسط الكفاءة النسبية لجميع المستشفيات الحكومية 9.89 %، مما يشير إلى أن هذه المستشفيات يمكنها خفض مدخلاتها الحالية بنسبة 10 %، وتقديم نفس المستوى من المخرجات<sup>1</sup> أو زيادة خدماتها للمستفيدين بنسبة 10.1 % باستخدام نفس مستويات المدخلات الحالية اذا تعمل بكفاءة نسبية، وظهرت النتائج أن عدد المناطق ذات الكفاءة العامة النسبية التامة من حيث كفاءة المستشفيات فيها 10 مناطق بالنسبة ل 50%، وبناء على نتائج الدراسة يوصي الباحث بإعادة توزيع الموارد الصحية والتي من أهمها القوى البشرية في مراكز الرعاية الصحية الاولية والمستشفيات الحكومية بهدف الاستغلال الأمثل لهذه الموارد واجراء مزيد من الدراسات حول اسباب عدم تحقيق المؤسسات الصحية للكفاءة النسبية وقياس اثر العوامل الخارجية على معدلات الكفاءة.

5. دراسة اسامة الفراج (2009): تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى - نموذج لقياس رضا المرضى-

تهدف هذه الدراسة إلى كشف جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى، وخلص الباحث إلى النتائج الآتية:

<sup>1</sup> اطلاق بن عايد الأحمدى: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز، الرياض، 2009

- لا تقف المسافة الجغرافية التي تفصل مكان سكن المريض عن المشفى حائلا أمام خيار المريض للمشفى الذي يتمتع بمستوى جودة عال لخدماته
- تعتمد المشفى في خلق صورة ذهنية إيجابية لدى الآخرين من خلال التعامل مع المرضى الذين يمكثون في المشفى للعلاج لمدة زمنية طويلة نسبيا إذا ما تم مقارنتها بالمدة الزمنية التي يقضيها مريض العيادات الخارجية في المشفى.<sup>1</sup>
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المشفى نفسه التي يقصدها المريض تؤدي دورا أساسيا في تحسين سلسلة جودة خدمات الرعاية الصحية.
- تشكل سرعة استجابة المشفى لاحتياجات المريض عاملا مهما في خلق رضا عال لدى المريض.
- يجب أن تصمم الخدمات الصحية وفقا لتوقعات المرضى، لأن هذا يعد حجر الزاوية في تطوير الخدمات المتوافقة مع آمال المرضى ورغباتهم. وأخيرا فإن النتائج التي أظهرها الدراسة تدعم استخدام النموذج المقترح لقياس مستوى الرضا في مستشفيات التعليم العالي، مما يعد الخطوة الأولى في طريق تحقيق استراتيجية جودة الخدمة الصحية وفقا لتوقعات المرضى.

#### 6. دراسة عياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية (2009)

هدف هذه الدراسة إلى تناول الوضع الاقتصادي في الجزائر، واتجاهات نموه، في ظل التطورات الاقتصادية العالمية. ومن ثم التطرق للوضع الصحية للسكان، من خلال مختلف المؤشرات والعناصر المحددة لها، ومحاولة عقد بعض المقارنات مع كل من المغرب وتونس.<sup>2</sup>

توصلت الدراسة إلى أن الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية يمكن اعتبارها مقنعة نسبيا، بالنظر إلى إيجابية المؤشرات الصحية المسجلة، في ضوء محدودية النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام. كما أن التحكم في التكاليف وترشيدها، وتخفيض حجم النفقات التي تتحملها الأسر، وحمايتها من الآثار السلبية للإنفاق الباهظ على الصحة، يمكن تحقيقها عبر تبني جملة من الإجراءات، نذكر منها: - التركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج " العلاج الصحي القاعدي" بالنظر إلى فعاليته في ترشيد التكاليف، وكذا الدور الكبير الذي

<sup>1</sup> اسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد الثاني، 2009. ص ص 53-73.

<sup>2</sup> عياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الانسانية، العدد 31، المجلد ب، جامعة منتوري قسنطينة، جوان 2009، ص ص 293 -

يلعبه في تحقيق التوازن المطلوب في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف المناطق، والفئات . إضافة إلى دوره في تحسيد

البرامج الوقائية، ومن ثم التأثير الإيجابي على حجم النفقات الصحية. - العمل على تحسيد مبدأ التسلسل في مستويات العلاج، وذلك بتفعيل دور المنشآت الصحية القاعدية، والمستشفيات الجهوية، لتخفيف الضغط المتنامي على المراكز الاستشفائية الجامعية.

- وضع آليات التنظيم مستويات عرض العلاج، أخذاً بعين الاعتبار ضرورة التكامل بين القطاعين العام والخاص، وتحديد دور هذا الأخير في منظومة العلاج الوطنية، سعياً لتسهيل حصول الفئات الفقيرة على مختلف الخدمات الصحية. - ضرورة مواجهة التحديات الجديدة، المتعلقة بتغير خريطة المرض، والهزم السكاني، وذلك بتكثيف برامج التوعية، والتكفل بالأمراض المزمنة، وأمراض الشيخوخة، بفعل الارتفاع المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة . وهو ما يدعم أهمية إدراج الدراسات السكانية في وضع، وصياغة السياسات الاجتماعية بشكل عام.

المطلب الثاني: الدراسات باللغة الأجنبية:

1- دراسة **Mark. B, Aparna. K 2017** بعنوان: الإنفاق على الصحة في وقت يتسم بانخفاض النمو الاقتصادي والقيود المالية

تهدف هذه الدراسة الى تحليل نمو الانفاق الصحي في جنوب إفريقيا خلال الفترة الممتدة 1994-2014. وينصب التركيز بشكل خاص على تغييرات الإنفاق بعد الركود الاقتصادي العالمي في عام 2008، مما أدى إلى تباطؤ مسار الإنفاق التصاعدي. كما استعرض الباحثان من خلال هذه الدراسة بعض العوامل التي تؤدي إلى تباطؤ نمو الانفاق بقطاع الصحة سواء المخطط أو غير المخطط له.

وقد توصلت هذه الدراسة بأن اتباع نهج مخطط بشكل أفضل للكفاءات وقيود الميزانية قد يؤدي إلى نتائج أفضل. كما تعد إدارة الميزانيات المحدودة تحت ضغوط التكلفة مع تحقيق الكفاءات وإعادة هيكلة الخدمة تحديًا كبيرًا لمديري الخدمات الصحية. ويتم وضع هذا في سياق المناقشات الأوسع نطاقاً حول آثار التقشف على النظم الصحية والنتائج من التجارب في البلدان الأخرى. كما تشمل الاستراتيجيات الحديثة التي يتبناها قطاع الصحة الحد من أعداد الموظفين، وتقديم عطاءات مركزية للأدوية، وإعطاء الأولوية لبنود الميزانية الأساسية "غير القابلة للتفاوض" على البنود غير الأساسية، وإعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية، وخفض الإنفاق على البنية التحتية الرأسمالية مؤقتًا .

2- دراسة: **Mihajlo. J, Paula. F 2019** بعنوان : الاختلافات الكامنة في الإنفاق الصحي داخل منطقة أوروبا التابعة لمنظمة الصحة العالمية (1995-2014)

تهدف هذه الدراسة الى البحث حول الأسباب التي أدت الى حدوث اختلالات في الإنفاق الصحي داخل منطقة أوروبا التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHO) من خلال اجراء مقارنة بين دول الاتحاد الأوروبي الخمسة عشر . حيث تم تقسيم الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية (53 دولة) إلى المجموعات الفرعية التالية: الاتحاد الأوروبي الخامس عشر والاتحاد الأوروبي بعد عام 2004 ورابطة الدول المستقلة والبلدان المرشحة للاتحاد الأوروبي. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن دول الاتحاد الأوروبي الخمسة عشر تشهد نموًا خطيرًا في الإنفاق الصحي متجاوزًا وتيرة النمو الاقتصادي الحقيقي على المدى الطويل. كما أن هناك نمو مثير للقلق في الإنفاق على الصحة الخاصة بين دول رابطة الدول المستقلة وهذا ما يفسر الضعف المتزايد لقدرة المواطن على تحمل تكاليف الرعاية الصحية المشكوك فيها. كما بينت هذه الدراسة أن هناك نمو من حيث القدرة على الاستثمار في الرعاية الصحية بشكل كبير في الاتحاد الروسي وتركيا وبولندا باعتبارها الأمثلة الكلاسيكية للأسواق الناشئة .

3-دراسة **Joseph. D, 2019** بعنوان : تمويل الصحة العالمية في الماضي والحاضر والمستقبل (1995-2050)

تهدف هذه الدراسة الى قياس مدى كفاءة الانفاق الصحي بالدول المتقدمة (195 دولة متقدمة) خلال الفترة 1995-2016، لذلك استخدم الباحث طرق التحلل الديموغرافي لتقييم مجموعة من العوامل المرتبطة بالتغيرات في الإنفاق الصحي الحكومي وفحص الأدلة لدعم نظرية التحول في التمويل الصحي. وقت توصلت الدراسة أنه من المتوقع أن يستمر نمو الإنفاق على الصحة للفرد، الذي زاد بشكل مطرد منذ عام 1995، ولكن بمعدل نمو أبطأ، ومن المتوقع أن تستمر التباينات الكبيرة القائمة في نصيب الفرد من الإنفاق حسب البلد في العقود القادمة . وعلى هذا الأساس تُعد زيادة تحديد أولويات الصحة وإجمالي الإنفاق الحكومي من العوامل الرئيسية لتسهيل عملية تمويل النظم الصحية في جميع البلدان، حيث يتم تعبئة موارد محلية إضافية للصحة لتحل محل المدفوعات التي تدفع من الجيب بشكل تدريجي. كما توصلت الدراسة بأن الزيادات المستمرة في كمية التمويل الصحي وإنصافه وكفاءته ضرورية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وتحسين النتائج الصحية على الصعيد العالمي .

4-دراسة: **Muhammad. U, Zhiqiang. M 2019** بعنوان : هل تلوث الهواء والعوامل الاقتصادية وغير الاقتصادية مرتبطة بالنفقات الصحية للفرد؟

تقدم هذه الورقة تحليلاً شاملاً لانبعاثات، ثاني أكسيد الكربون (CO<sub>2</sub>) ومؤشر البيئة، فضلاً عن العوامل الاقتصادية وغير الاقتصادية مثل نمو الناتج المحلي الإجمالي، والاستثمار الأجنبي المباشر، وشيخوخة السكان، وتأثيرات التعليم الثانوي على الفرد. نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي والصحي الخاص في 13 اقتصاداً ناشئاً خلال الفترة 1994-2017. ولذلك قام الباحثان بتطبيق اختبار السببية لاجرانج المضاعف (LM) من أجل القيام بتحليل على المدى الطويل.

وقد توصلت نتائج الدراسة على المدى الطويل أن مؤشرات تلوث الهواء، أي انبعاثات ثاني أكسيد الكربون ومؤشر البيئة، لها تأثير إيجابي وهام على النفقات الصحية الحكومية، بينما في المقابل كلا العاملين يؤثران سلباً على النفقات الصحية الخاصة في الاقتصادات الناشئة. نجد أن العوامل الاقتصادية مثل نمو الناتج المحلي الإجمالي تُظهر باستمرار تأثيراً إيجابياً على كل من النفقات الصحية الحكومية والخاصة، بينما يُظهر الاستثمار الأجنبي المباشر تأثيراً سلبياً وإيجابياً كبيراً على الإنفاق الصحي الحكومي والخاص على التوالي. يمكن استخدام نتائج العوامل غير الاقتصادية للقول أن شيخوخة السكان تزيد من النفقات الصحية بينما يخفض التعليم الثانوي الإنفاق الصحي الخاص. علاوة على ذلك، يشير التحليل التجريبي للسببية غير المتجانسة إلى أن انبعاثات ثاني أكسيد الكربون، ومؤشر البيئة، ونمو الناتج المحلي الإجمالي، والاستثمار الأجنبي المباشر، والتعليم الثانوي لها علاقة سببية أحادية الاتجاه مع النفقات الصحية الحكومية والخاصة. شيخوخة السكان لها علاقة سببية ثنائية الاتجاه قوية مع النفقات الصحية الحكومية والعلاقة السببية أحادية الاتجاه مع النفقات الصحية الخاصة .

**5-دراسة: Ali Ahsan. M, Tamanna. B 2020** بعنوان : العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في بنغلاديش والهند ونيبال : تحليل اقتصادي قياسي

تهدف هذه الورقة البحثية الى دراسة العلاقة بين الانفاق الصحي والنمو الاقتصادي لثلاثة دول نامية في جنوب آسيا (بنغلاديش والهند ونيبال) لتحليل العلاقة طويلة المدى وكذلك العلاقة قصيرة المدى بين النفقات الصحية والنمو الاقتصادي، لذلك تم استخدام تحليل اختبار جرانجر للسببية والتكامل المشترك للتحقق من العلاقة طويلة المدى ونموذج VECM . على المدى القصير .

توصلت الدراسة إلى علاقة أحادية الاتجاه تمتد من نمو الناتج المحلي الإجمالي إلى النفقات الصحية في بنغلاديش ونيبال. أما بالنسبة للهند فالسببية هي ثنائية الاتجاه .

### المطلب الثالث: التعقيب

بالنظر الى الدراسات السابقة فقد لاحظنا أن معظم الدراسات قد ركزت على الإصلاحات المتعلقة بالقطاع الصحي خلال فترة معينة من الزمن وذلك من خلال عرض مختلف الإصلاحات التي شهدها القطاع خاصة فيما يتعلق بالجزائر. لكن فيما يتعلق بدراسة حالة القطاع الصحي بكل من تونس والمغرب فلم نجد دراسات كثيرة تطرقت الى هذا الموضوع. اضافة الى ذلك دراسة مردودية القطاع الصحي بدول المغرب العربي هي من الأمور الهامة التي ركزت عليها دراستنا والتي لم تتطرق اليها الدراسات الباقية المتعلقة بهذا الموضوع. ضف الى ذلك التركيز على نظام التأمين وكذا القطاع الصيدلاني هي من العناصر الهامة التي ركزت عليها الدراسة وذلك من أجل محاولة تقديم رؤية شاملة حول هذا القطاع بدول المغرب العربي.

## خلاصة:

على الرغم من الجهود الكبيرة التي بذلتها الدولة لإصلاح المنظومة الصحية وترشيد الانفاق الصحي، وتطبيق الجيل الثالث من الإصلاحات استناداً إلى توصيات المنظمة العالمية للصحة والذي يعرف باسم " الشمولية الجديدة " التي تهدف إلى تقديم خدمات صحية عالية النوعية، و التي تركز على التمويل العام و التمويل الخاص المنظم والمراقب بواسطة الدولة و القائم على أساس ترشيد النفقات. إلا أن المحصلة النهائية لتطبيق هذه الإصلاحات كانت ضعيفة ولم تفي بمتطلبات وتطلعات واحتياجات المجتمع الصحية بسبب هدر المال العام و تكرار نفس المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر.

## الفصل الثاني

اشكالية تحقيق تنمية مستدامة على

مستوى المنظومة الصحية المغاربية

## تمهيد:

يعتبر القطاع الصحي من أهم القطاعات التي تركز عليها البلدان المتقدمة والنامية في تحقيق رفاهية مجتمعاتها، لذلك يعد النظام الصحي من أهم متطلبات تحقيق هذا الهدف نظرا لأهمية الخدمات الصحية المقدمة ضمن المتطلبات الاجتماعية للإنسان وهي حماية صحته والبحث عن الوسائل الكفيلة بتطوير مختلف الخدمات الصحية المقدمة والعمل على جعل النظام الصحي من أهم مؤشرات التطور الاقتصادي والاجتماعي، ونظرا للأهمية البالغة التي يحتلها النظام الصحي سعت معظم الدول المغربية إلى القيام بالعديد من الإصلاحات التي من شأنها أن تحسن الخدمات الصحية والأداء لمختلف المؤسسات الصحية التي تمثل النظام الصحي بالإضافة إلى تعديل طرق التمويل لضمان خدمات صحية عادلة تساعد على رفع مستوى الرفاهية الاجتماعية للسكان، والدول المغربية قدمت مجموعة من الإصلاحات كانت عبارة عن جهود تسعى من ورائها إلى جعل القطاع الصحي يتوافق مع متطلبات المجتمع للخدمات الصحية ومن بين هذه الدول المغربية نجد الجزائر و المغرب وتونس التي قدمت العديد من الإسهامات في هذا المجال مبتغية وراء ذلك توفير شروط تقديم الخدمات الصحية المناسبة، ولكن بالرغم من هذه الجهود المقدمة من طرف الجزائر وغيرها من الدول العربية إلا أنها مازالت تفتقر لبعض العناصر الضرورية في النظام الصحي مقارنة مع الجهود المقدمة في الدول الغربية، والتي تعتبر تجاربها في هذا الشأن تجارب رائدة يجب على الدول العربية ومن بينها الجزائر الاستفادة منها والبحث عن الطرق والآليات التي تساهم في ترقية أنظمتها الصحية ومن هنا جاءت أهمية اختيار موضوع البحث الذي يهدف إلى عرض أهم التجارب العربية في مجال إصلاح النظام الصحي ومقارنتها مع أهم التجارب الغربية، مع إبراز العناصر التي يمكن الاستفادة منها من هذه التجارب وخاصة الجزائر.

ولهذا قسمنا هذا الفصل الى ثلاث مباحث، تضمن كل مبحث على اربع مطالب، حيث خصصنا

المبحث الاول الى المنظومة الصحية الجزائرية، اما المبحث الثاني فقد كان تحت عنوان المنظومة الصحية التونسية

واخيرا المبحث الثالث الذي عرضنا المنظومة الصحية المغربية.

المبحث الاول: اصلاح المنظومة الصحية الجزائرية

المطلب الاول: اصلاح المنظومة الصحية (1962-2015)

اولا: مرحلة 1962-1972

بعد الاستقلال ورثت الجزائر من الفترة الماضية حالقصد يتمتردية ومتدهورة، حيث كان النطاالصدي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى فقط كالجزائر، وهران وقسنطينة، ويتمثلخاصة فالطب العمومي الديقم داخل المستشفيات وعدد من العيادات التي تشرف عليها البلديات، والتي تقدم المساعدات الطب بالمجانبة. إلى جانب مراكزالطب المدرسي والنفسي التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، فمن خلال الإحصائيات التي قدمتها وزارة الصحة سنة 1966، المتعلقة بطاقم الناشطين في القطاع الصحي، كان عدد الأطباء يقدر ب 1378 طبيب منهم 364 جزائري، 216 صيدلي من بينهم 186 جزائري، 171 طبيب جراحة الأسنان، من بينهم 86 جزائري، بالإضافة إلى 4834 عون شبه طبي. هذه الأعداد كانت قليلة جدا مقارنة بالاحتياجات الصحية للسكان الذين قدر عددهم في هذه الفترة ب 9 مليون نسمة. فقد كانت هذه الاحتياجات كثيرة و متعددة الأوجه، وكان من الإلزام توفير الخدمات العلاجية القاعدية لملايين السكان النازحين الذين كانوا ضحايا العزلة في المناطق الجبلية المدمرة من جراء الحرب، إضافة إلى وضع الاجراءات الوقائية و العلاجية للحد من انتشار الأمراض الوبائية والمعدية العديدة، منها الملاريا، السل، الكوليرا، التيفوئيد والإسهال إلى غير ذلك من الأمراض و مشاكل سوء التغذية و الحالة المتدهورة للطفل و الأمومة.<sup>1</sup>

لذلك كانت المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية تتمثل في:

- الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض و العمل على عدم وقوعه، و ذلك من خلال الحملات التلقيفية و إجراءات النظافة و محاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.
- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل، العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل و المعدات الضرورية.

بذلك فان السياسة الصحية الموضوعة حيز التنفيذ منذ الاستقلال إلى غاية سنوات السبعينات تمثلت فيما يلي:

<sup>1</sup> نور الدين ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية الجزائر : دار الكرامة للكتاب، (2007)، ص.131 .

- وضع برنامج صحي، هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة والأكثر انتشارا بين السكان، و التكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية.
- إعادة تنشيط المنشآت الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كان أغلبهم من الفرنسيين.
- تعبئة الموارد البشرية المحلية (تكوين أعوان طبيين في الصحة العمومية) والاستعانة بالكفاءات الأجنبية.
- تعبئة الموارد المالية اللازمة. والتطبيق هذه التوجهات أصدرت مجموعة من القرارات المتمثلة فيما يلي:
- سنة 1963: إصدار قانون الممارسة العمومية الإلزامي لكل طبيب يعترزم على فتح عيادة خاصة.
- سنة 1964: إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية الذي اعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، بهدف القيام بأعمال دراسية والأبحاث الضرورية في مجال الصحة العمومية، التطوير برامج العمل الصحية وترقية الصحة.
- سنة 1965: وضع البرامج الوطنية لمكافحة أمراض السل والملاريا والرمم الحبيبي بدعم من منظمة الصحة العالمية.
- صدور جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة، ومن بين قراراتها مرور المسؤولين بفترة تدريبية بالمركز الإستشفائي الجامعي، و إنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات الصحية التابعة للمساعدة الطبية و الاجتماعية، و ايضاح التقسيم الإداري للمهن و اختصاص كل مسؤول، وتعمل أيضا هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين و قائمة الاجتماعات و لوازم المستشفيات.
- سنة 1966: ترسيم الأدعاءات الإضافية يقوم بها أطباء خواص في المصالح العمومية، وقرار وزاري يقضي بإلحاق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية، بهدف تسيير تلك الوحدات الصحية التي كانت تفتقر للتسيير، و القيام بحملات وطنية لتلقيح الأطفال ضد مرض السل.<sup>1</sup>
- سنة 1969: إصدار مرسوم قاضي بإلزامية التلقيحات و مجانيتهام لمكافحة الأمراض المعدية، إضافة إلى إنشاء الصيدلية المركزية الجزائرية، كانت مهمتها احتكار عملية استيراد الأدوية و إنتاج و توزيع المنتجات الصيدلانية.
- فمع بداية المخطط الوطني و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية، و دور الأمر المنظم لمهنة الطب و الصيدلة عام 1966 أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و الشبه الطبي، و كذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967- 1969 و مع بداية السبعينات و خاصة في الفترة الممتدة بين 1970-1973 عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا، تجسد في ارتفاع عدد الأطباء الذي

<sup>1</sup> نجاة صغرو، "تقييم جودة الرعاية الصحية، دراسة ميدانية" (شهادة ماجستير منشورة في علم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011-2012)، ص. 69.

بلغ 1425 طبيب كذا عدد المستشفيات و المراكز الصحية الذي بلغ 163 و 588 على التوالي، مما ساهم في التوعية الصحية للمواطنين.

### ثانيا: المرحلة 1973-1989

إن تأميم المحروقات عام 1972 سمح للجزائر بالشروع في البرامج التنموية الكبرى على كافة المستويات، أما في مجال الصحة تميزت هذه المرحلة بما يلي:

- تقرير العلاج المجاني في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من بداية جانفي 1974، مما يسمح بتعميم الحصول على الخدمات الصحية من طرف جميع المواطنين، إضافة إلى إصلاح النظام التربوي و بالخصوص الدراسات الطبية، و يشمل ذلك تحسين جودة التعليم و تدعيم التأطير مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل الاختصاصات.

- سنة 1975: تم تبني البرمجة الصحية للدولة، مع تبني معيار مركز صحي ل6 إلى 7000 مواطن، وقاعة متعددة الخدمات ل15 إلى 25000 مواطن و مستشفى لكل دائرة وولاية، و إنشاء القطاع الصحي سنة 1979، الذي يعد حجر الزاوية لتنظيم النظام الصحي الوطني الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية، و هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي، وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية و العلاج و الاستشفاء التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات و التابعة لوزارة المكلفة بالصحة.<sup>1</sup>

- سنة 1976: صدور الميثاق الوطني الذي أكد على حق المواطن في الطب المجاني، وما نتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية و مضاعفة بناء المستشفيات و المراكز الصحية و المخابر، إضافة إلى تكوين الأطباء و عمال الصحة للوصول إلى توفير طبيب لكل ألفي ساكن، مع زيادة الاهتمام برعاية الطفل و الأم. كما دعم دستور 1976 هذا الحق و الذي نص بأن كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم و هذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة و مجانية، وبتوسيع الطب الوقائي.

مع بداية سنوات الثمانينات بدأت السياسة الجديدة للتنمية تحت شعار "الحياة للجميع" والتي كانت موجهة لإشباع الاحتياجات الاستهلاكية للسكان، وتم تجهيز الوحدات الصحية بالمعدات و الإمكانيات الحديثة و أنجاز مستشفيات و وحدات صحية جديدة، الشيء الذي دعم التغطية الصحية في المناطق المحرومة، و لرفع مردودية تمويل هذه السياسات قامت الدولة بتعبئة موارد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الذي خص مبلغ جزائي سنوي

<sup>1</sup> نجاة صغيرو، مرجع سابق، ص96.

الميزانية الصحة، وتمويله للهيكل الاستشفائية المتوقع إنجازها ووصلت نسبة تمويل صندوق الضمان الاجتماعي الى 60 %، و أدت هذه الإجراءات إلى ارتفاع نسبة الميزانية المخصصة لقطاع الصحة إلى 7% من الناتج الداخلي الخام في نهاية الثمانينيات.<sup>1</sup>

- في سنة 1986: صدر المرسوم التنفيذي 86-25 الذي أعطى الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية، بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية. و تم إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89-11 المؤرخ في 07 فيفري 1989 التي اعتبرت مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، كانت مهمتها إدخال المبادئ و التقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية، من خلال تكوين الموظفين و المسيرين و الممارسين في مؤسسات و هياكل الصحة.

و بصفة عامة فقد تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحي و تطور السياسات الصحية و المنظومة الصحية، و حدث تقدما ملحوظا في مجال الصحة، وارتفاع معدل الأمل في الحياة و تراجع نسب الوفيات. و من جهة أخرى عرفت هذه المرحلة تزايدا كبيرا البعثات المرضى للعلاج خارج الوطن في حالة استعصاء العلاج محليا، التي وصلت تكلفتها سنة 1986 إلى 751 , 66 مليون دينار. و في و في الجدول التالي نبين تطور الهياكل و المؤسسات الصحية من 1979 الى 1989.<sup>2</sup>

### ثالثا: مرحلة 1990-2003

في نهاية الثمانينات دخلت الجزائر في أزمة اقتصادية و مالية بسبب انخفاض أسعار النفط التي وصلت إلى أقل من 10 دولار للبرميل، الشيء الذي جعلها تتخلى عن برامج تنموية كبيرة، و قد عرف قطاع الصحة تراجعا كبيرا من حيث الخدمات و التجهيزات إضافة إلى مشاكل مختلفة متعلقة بالتسيير و قلة الأدوية، خاصة بعد اللجوء إلى صندوق النقد الدولي و تطبيق برنامج التعديل الهيكلي، الأمر الذي أدى إلى انخفاض معدل النفقات العمومية في المجالات الاجتماعية، حيث انخفضت نفقات الصحة العمومية من 2% من الناتج الداخلي الخام سنة 1989 إلى 3% عام 2000 وقد تميزت هذه المرحلة باتخاذ عدة إجراءات وهي كالتالي:<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ourifa, cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie ( Alger ,OPU , 1992), p.293

<sup>2</sup> عبد العالي دبله، الدولة الجزائرية الحديثة، الاقتصاد، المجتمع و السياسة (القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع، 2004)، ص. 121.

<sup>3</sup> عبد العالي دبله، مرجع سابق، ص 125.

- في سنة 1992: نص قانون المالية أن مساهمة هيئات الحماية الاجتماعية في ميزانية القطاعات الصحية، و المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و المراكز الإستشفائية الجامعية موجهة لتغطية النفقات العلاجية للمؤمنين و ذوي الحقوق، و هذا التمويل يتم من خلال علاقة تعاقدية بين صندوق الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة و السكان، إضافة إلى فتح تحقيق حول صحة الطفل و الأمومة بمبادرة من طرف وزارة الصحة و الديوان الوطني للإحصاء و جامعة الدول العربية في إطار مشروع تنمية الطفل في البلدان العربية.

كما تم إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية بموجب المرسوم التنفيذي 93-140 الذي كانت مهمته مراقبة و معاينة المنتوجات الصيدلانية.

- في سنة 1994: صدر مرسوم تنفيذي 74-94 القاضي بتحويل معهد باستور لمؤسسة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري، بالإضافة إلى إنشاء الصيدلة المركزية بموجب المرسوم التنفيذي 293-94، و التي تتكفل في إطار السياسة الوطنية للصحة العمومية بالتمويل و توزيع و تخزين المواد الصيدلانية و المواد الجراحية الموجهة للهيكل الصحية العمومية، و صناعة المستحضرات الصيدلانية و التكفل بكل أنواع التكوين المرتبطة بهذا النشاط.

- في سنة 1995: تم إنشاء الوكالة الوطنية للبحث في الصحة، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تكون تحت وصاية وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي. وجاء في نفس السنة قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري متعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي، نتيجة لنقص الموارد المالية الذي قلص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الصحة والإستشفاء، حيث بات موضوع اقتناء الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر.

- إنشاء الوكالة الوطنية للدم وهي مؤسسة وطنية ذات طابع إداري مكلفة بتنظيم عمليات حقن الدم، ووضع قواعد الممارسة الجيدة لها. كما تم إنشاء الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي المكلفة بتوفير كل الوثائق و المعلومات و الوسائل التعليمية الضرورية لتكوين موظفي القطاع، ووضعها في متناول الهياكل الصحية.

أما سنة 1996 تم إنشاء 05 جهات صحية و هي: الوسط، الشرق، الغرب، الجنوب الشرقي و الجنوب الغربي، و خمس مجالس جهوية و خمس مراصد جهوية للصحة، وهي مؤسسات جهوية غير مرمزة للمعهد الوطني للصحة العمومية، و إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي و التكوين الشبه طبي بموجب المرسوم التنفيذي 96-148 الذي كانت مهامه كالتالي:

- تقديم الدعم لمؤسسات الشبه طبي بهدف الرفع من مستوى التكوين. - إعداد و تقييم برامج التكوين الشبه الطبي.

كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم و تسيير النظام الصحي و إصدار مرسوم 457-97 الذي وضع المؤسسات الإستشفائية الجامعية تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة و السكان و تحت الوصاية البيداغوجية لوزارة التعليم العالي و البحث العلمي. أي يتم تسييرها و تنظيمها وتجهيزها من طرف وزارة الصحة و تقوم وزارة التعليم العالي بإعداد البرامج التكوينية لتكوين و إعداد ممارسي الصحة بتنسيق بين معاهد الطب و هذه المراكز .

- في سنة 1998: تم إنشاء المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و يقظة العتاد، وهو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية و استعمال المعدات الطبية. توفرت عيادة لكل 60731 نسمة و سريرين لكل 1000 نسمة و مركز صحي لكل 31843000 نسمة سنة 2003 أي بنسبة 4,07%، في حين أن ارتفاع عدد الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة لم يتجاوز حدود لم يتجاوز 2,8%، فالمراكز الاستشفائية الجامعية لم يتغير فقط حجمها منذ سنة 2000 و إنما عرفت انخفاضا أيضا في عدد الأسرة في هذه الفترة.<sup>1</sup>

#### رابعا: مرحلة 2004-2015

لقد كانت هذه المرحلة مرحلة بداية إصلاح المستشفيات ذلك من خلال التخطيط و تنظيم العروض العلاجية في المؤسسات الإستشفائية و تأمين الخدمات العلاجية، إضافة إلى عصرنة الهياكل الصحية و الرفع من مردودية و كفاءة الخدمات الصحية، ذلك بخلق نشاطات ملائمة مع المتطلبات الجديدة للرعاية الصحية، و الأنماط الحديثة للعناية الإستشفائية و العمل على إتاحة كل الأفراد فرص الاستفادة من خدمات القطاع العمومي في إطار احترام مبدأ المساواة و التضامن.

وقد استفاد القطاع الصحي في هذه المرحلة من برنامج موسع هدفه التكتيف من المؤسسات الصحية، خاصة الجوارية من أجل ضمان تقرب مراكز العلاج القاعدية من المواطن، هذا كان مرافقا لجهود الدولة الاستثمارية بغرض توسيع شبكة الهياكل الصحية و عقلنة توزيعها في إطار تطبيق الخريطة الصحية الجديدة.

كما تم بموجب المرسوم التنفيذي 140-07 إعادة تنظيم المنظومة الصحية من خلال استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما: المؤسسة العمومية الإستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، للسعي لترقية العلاج القاعدي وفضل العلاج عن الاستشفاء. و تميزت هذه المرحلة بارتفاع النفقات و الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة بصورة ملحوظة و الذي ترجم من خلال تخصيصات الميزانية الصحية سواء كانت متعلقة بالتسيير أو التجهيز، حيث خص قطاع الصحة في المرحلة الممتدة بين 2005-2009 ب 244 مليار دينار لإنشاء ما يقارب 800 هيكل قاعدي

<sup>1</sup> بومعروف الياس، عماري عمار ، مرجع سابق، ص.33.

استشفائي و جوارى، وعرف عدد الأطباء تزايداً حيث بلغ عدد الأخصائيين في القطاع العام سنة 2010 إلى 7339 و الأطباء العامين 18475 و الأطباء المقيمون 8491 وفيما يخص الممارسون الشبه الطبيين المؤهلين فوصل عددهم إلى 20465 كما استفاد القطاع في مرحلة 2010-2014 من غلاف مالي مقدر 619 مليار دينار، لإنشاء ما يقارب 800 هيكل قاعدي استشفائي و جوارى، وعرف عدد الأطباء تزايداً حيث بلغ عدد الأخصائيين في القطاع العام سنة 2010 إلى 7339 و الأطباء العامين 18475 و الأطباء المقيمون 8491 وفيما يخص الممارسون الشبه الطبيين المؤهلين فوصل عددهم إلى 20465 كما استفاد القطاع في مرحلة 2010-2014 من غلاف مالي مقدر 619 مليار دينار، الذي خصص لزيادة عدد المنجزات و دعم المشاريع المختلفة القطاع الصحة بغرض التقليل من الفوارق الجهوية.<sup>1</sup>

وبخصوص الهياكل الصحية فقد احتوت المنظومة الصحية الجزائرية على:

- 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية

- 15 مركز استشفائي جامعي

- 209 مؤسسة إستشفائية

- 65 مؤسسة إستشفائية متخصصة وفيما يخص إحصائيات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2013 نجد المؤشرات

التالية في الجزائر:

- عدد السكان: 39, 208000

- الأمل في الحياة عند الولادة: النساء 73، الرجال 70

المطلب الثاني: المؤشرات الصحية

**1. متوسط العمر المتوقع عند الولادة:** يعرف العمر المتوقع عند الولادة بأنه عدد السنوات التي من المتوقع أن يجيها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته حيث يشير العمر المتوقع عند الولادة إلى مدى التقدم المحرز في تحقيق تنمية بشرية عالية. لقد ارتفع العمر المتوقع للحياة من 67 سنة عام 1993 إلى 71.5 في عام 2001 ووصل 72.7 في عام 2010.

ويعود هذا إلى الانخفاض النسبي الملوموس في معدلات الوفيات الخام والرضع والأطفال دون الخمس سنوات بدرجة أساسية مع التوسع الكبير في نشر شبكة الخدمات الصحية وتحسين مستواها النوعي إلى حد مقبول.

<sup>1</sup> سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ( أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2011-2012)، ص 151.

**2 مؤشرات الطفولة:** يعد الاستثمار في صحة الأطفال مطلبة أساسية لحقوق الإنسان وهو من أضمن الطرق للانطلاق منها لمستقبل أفضل باعتبار معدلات وفيات الأطفال مؤشرة حساسة لتطور بلد ما ودليلا معبرة عن أولوياتها وقيمتها، باعتباره نتيجة لمجموعة واسعة من المدخلات (الوضع الغذائي، مستوى الرعاية الصحية، اللقاحات، الطعام، مياه الشرب، الإصحاح البيئي.....) وهو الأساس في تصنيف الدول للأغراض التنموية

لقد حققت الجزائر تقدما كبيرا في هذا المضمار حيث انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من (41.7) لكل ألف ولادة حية في عام 1993 إلى (18.9) وفاة في عام 2008.

وبلغت نسبة التقدم المحرز بين عامي 2001-2008. إلا أننا نلاحظ أن التحدي الأساسي للاستمرار نحو تحقيق تقدم ملحوظ في مؤشرات صحة الطفل يكمن في تحقيق عدالة توزيع الخدمات على مستوى المناطق وبما ينعكس على تقليص التباينات الجغرافية، في حين أننا نلاحظ تفاوت واضحة في قيمة معدل وفيات الأطفال الرضع على مستوى الأقاليم.<sup>1</sup>

- تخفيض نسبة وفيات الطفولة: عرفت صحة الطفولة تطورات محسوسة لكن تبقى غير كافية من سنة 1990 إلى 2004، فإن نسبة الوفيات للأطفال (أقل من سنة واحدة تقلص ب 16 نقطة، بحيث انتقل من % 46,89 إلى % 30,4، تخفيض وفيات الأمهات: لا تزال وفيات الأمومة و الطفولة مشكلا عويصا للصحة العمومية في الجزائر. فبالرغم من الجهود التي بذلت منذ 1970 في ميدان صحة الأم و الطفل، فإن نسب وفيات الأمهات في مرحلة بعد الولادة تبقى مرتفعة بصفة غير عادية. رغم أن هناك إتحاء والتحسن، نلاحظ أن في 2004، تم تسجيل 99,5 وفيات بالنسبة 100.000 ولادة حية بينما أكثر 90% من الولادات تتم في وسط مدعم بوسائل طبية. وفيات الأمهات تشكل لوحدها 10% من مجموع وفيات النساء اللواتي أعمارهن يتراوح ما بين 15 إلى 49 سنة. كما تمتاز الوفيات بفوارق جهوية واسعة على سبيل المثال: نسبة وفيات الأمومة تصل إلى 230 لمجموع 1000.000 بأردار. في إطار نظام الأمم المتحدة، المنظمة العالمية للصحة العمومية و اليونيسف يساهمان في البرامج. ويمثل معدل وفيات الرضع قبل بلوغهم السنة من العمر عادة مقياساً عاماً للمستوى الصحي السائد في المجتمع. وتشير البيانات الجزائرية إلى انخفاض معدل وفيات الرضع بشكل واضح من (34.6) وفاة لكل ألف ولادة حية في عام 1993 إلى (17.9) وفاة لكل ألف ولادة حية في عام 2009، متجاوزة بذلك المستهدف لنفس العام والذي كان مقدراً بنسبة (19.2)، أي انخفاض المعدل بمقدار 55% خلال أربعة عشر عاماً.

<sup>1</sup> بيوي سالم، مفهوم وهيكل برنامج الاعتماد المصر، المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، تقنية نظم المعلومات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 5-7 ديسمبر 2004 - تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لسنة 2012 ص ص 41-56.

وبلغت نسبة التقدم المحرز بين عامي 2001-2008 من تحقيق أهداف الخطة ما مقداره (63%). كما بلغت نسبة وفيات الولدان في عام 2008 (49.5 %) من إجمالي وفيات الأطفال وشكلت (56.5 %) من وفيات الرضع بينما شكلت وفيات الأطفال دون السنة % 88 من وفيات دون الخمس سنوات.

**3. مؤشرات الصحة الإنجابية:** تعد الأمومة الآمنة جزءا لا يتجزأ من خدمات الصحة الإنجابية ووظائفها، إلا أنها تمثل في مستوى المخرجات ما يمكن وصفه بالمخرج النوعي للصحة الإنجابية بمفهومها الشامل وتؤثر الصحة الإنجابية تأثير مباشرة في خفض معدل وفيات الأطفال، تحسين الصحة النفاسية، مكافحة فيروس نقص المناعة المكتسبة حققت الجزائر تقدما كبيرا في الحد من وفيات الأمهات حيث انخفض معدل وفيات الأمهات من (107) وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في عام 1993 إلى (56) وفاة في عام 2008 في حين كان مقدرا له أن يبلغ (55.9) في نفس العام. وبلغت نسبة التقدم المحرز بين عامي 2001-2008 من تحقيق أهداف الخطة الخمسية العاشرة ما مقداره (46%).

وعلى الرغم مما تحقق حتى الآن على المستوى الوطني، إلا أنه لا يزال هناك تفاوت بين المناطق في نسبة وفيات الأمومة. ويؤكد كل ذلك على أن المناطق الأشد احتياجا تتركز في المناطق الجنوبية التي ينخفض فيها المستوى الاقتصادي والتعليمي وترتفع فيها نسبة الولادات التي تجري في المنازل ونسبة الولادات التي تجري على يد الدايات البلديات. وتظهر الخارطة التالية نسبة وفيات الأمهات لعام 2008 حسب المناطق.

وقد أظهرت دراسة أسباب وفيات الأمهات لعام 2005 أن (25.4%) من الوفيات حدثت في المناطق الحضرية، في حين بلغت الوفيات في الريف (74.6 %) وهذا الأمر متوقع حيث تشكل مناطق الريف مناطق الخطر العالي لوفيات الأمهات ، يدل ارتفاع نسبة الولادة تحت إشراف عنصر صحي مؤهل على تنامي الوعي بضرورة الولادة على أيدي مؤهلة، وتوسيع نطاق الخدمات التي تسهل ذلك. كون الخطورة الأساسية للولادة في المنزل تكمن في حدوث حالات مفاجئة كارتفاع التوتر الشرياني، والتي لا يمكن تجنبها عموما إلا في المشفى. إذ أن حوالي ثلاثة أرباع وفيات الأمهات تحدث أثناء الولادة أو الفترة التالية لها مباشرة (42) يوم .

وتوضح مقارنة نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، ازدياد الوعي لدى السيدات باستخدام هذه الوسائل، حيث ارتفعت نسبة النساء اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة من بين المستخدمات الحالية من 25.7 % في عام 1993 إلى (35.1) في عام 2001 ووصلت إلى (42.6 %) في عام 2006. وبالمقابل فقد انخفضت نسبة استخدام الوسائل التقليدية من (2.14%) في عام 1993 إلى (11.5 %) في عام 2001 ثم ارتفعت إلى (15.7) في عام 2006 على الرغم من أن فعاليتها (50%)، الأمر الذي يتطلب

المزيد من الوعي تجنباً لحدوث حمل غير مرغوب بها. وتشير بيانات مسح عام 2006 إلى أن اللولب الرحمي هو أكثر الوسائل المستخدمة انتشاراً بمعدل (25 . 7 %) من إجمالي الوسائل الحديثة والحبوب هي ثاني أكثر الوسائل انتشاراً، إذ تستخدمه (12.9%) من النساء المتزوجات، وتشكل نسبة استخدام هاتين الوسيلتين (91%) من إجمالي الوسائل الحديثة و (66%) من إجمالي الوسائل.

لقد أظهرت نتائج المسح المتعدد المؤشرات إلى أن (8.4%) من النساء يرغبن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة لتأخير الحمل مقابل (6 . 2%) للحد من فرصة حدوث الحمل. أما الحاجات غير الملباة فقد كانت أعلى لدى السيدات غير المتعلقات (13.9%) مقابل (8 . 6%) للسيدة الحاصلة على شهادة جامعية فما فوق. وبالتالي فإنه لا بد من استهداف تلك المجموعات من السيدات في أية جهود مستقبلية، ويعود انخفاض معدل الخصوبة الكلية إلى مستويات معتدلة نسبية إلى حزمة من التحولات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي ساهمت معاً في تعديل السلوك الإنجابي التقليدي للمجتمع السوري، كارتفاع مستوى تعليم المرأة ومساهمتها في النشاط الاقتصادي ومتوسط العمر عند الزواج الأول، ونسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وغيرها

### المطلب الثالث: السياسة الصيدلانية

#### أولاً: تنظيم وتسيير الأدوية منذ الاستقلال

أنشأت الصيدلية المركزية الجزائرية (ص م ج) أو (RCA) من السنوات الأولى للاستقلال. المضمون المتميز لهذه الفترة فضل وسهل إنشاء متعامل عمومي استثمرت الصيدلية المركزية الجزائرية على الوظائف بما فيها شهير المؤونات القائمة أساساً من الخارج، تطوير منشآت التخزين والتوزيع، تنظيم وتوسيع الصيدليات المكلفة بالتوزيع بالتجزئة ووضع سياسة إنتاجية في الهياكل الموروثة.

السؤال الغامض حول إطار ومهام الصيدلية المركزية الجزائرية بضع وزناً ثقيلاً جداً على شروط تطورها الخاص وبالتالي على مجمل القطاع الصيدلاني. يوصية وزارة الصحة، كلفت بتحمل عليه قطاع ذو أهمية بالغة، هو أداة للسياسة الصحية موجهة لضمان مهام تنظيم وتسيير المواد الصيدلانية، لتسهيل فهم هذه التطورات، يفيدنا تقديم المراحل التاريخية التي مرت بها هذه المؤسسة، أين سيتم التفرقة بين أربع مراحل أساسية

➡ الأولى تبدأ من إنشاء المؤسسة (1963) حتى بداية السبعينات (70).

➡ الثانية تعطي توسيع وتطوير نشاطاتها، بمناسبة وضعية ساححة مسجلة بتقديم موصيو اقتصادي هام في هذه الفترة، و عرفت قطاعات الصحة والضمان الاجتماعي استثمارات عمومية هامة .

الثالثة، هي فترة الإصلاحات المتتالية في مضمون الأزمة الاقتصادية. المشروع فيها سنة 1978، سيعرف هذا المسار هيكلات متعددة ومختلفة .

والمرحلة الأخيرة، في مرحلة تحرير سوق الدواء.

### 1. مرحلة تأسيس الصيدلية المركزية الجزائرية (ص و ج) (1963-1971):

تتميز بمجهودات وضع المؤسسة. أخذت هذه الأخيرة تدريجيا مكان عدد هام من العملاء ابتداء من التمثيل البسيط الى غاية الشركات الكبرى لتوزيع المؤونة في الفترة الاستعمارية منذ 1963، عرضت الصيدلية المركزية الجزائرية المحلات العامة بالمصالح المدنية للصحة وتكتلت بشير عدد معين من العمليات.

أما بما يخص شبكة التوزيع، قامت المؤسسة بإجراءات تسوية فيما يتعلق بالتخزين وعمليات اللامركزية في نفس الوقت. كما قامت بوضع مخبر مركزي لمراقبة النوعية الذي جاء لإتمام الإجراءات المتخذة من أجل جعل الصيدلية المركزية الجزائرية كوسيلة مفضلة في السياسة الصيدلانية.<sup>1</sup>

و ما يتعلق بالتخزين الصناعي، تميزت هذه الفترة بوجود منهجين مختلفين بالموازاة مع فتح دراسة حول وحدات إنتاج الدواء والمعدات الطبية، شرع في نهاية الستينات (60) في مشروع در حجم كبير جدا، مركب مضادات الجراثيم للمعنية، أين أمضى عقد الإنجاز في 1977، بعكس الخيارات العالية في هذه الفترة بخصوص التصنيع

### 2. مرحلة إعادة هيكلة ال ص و ج (1982-1990):

السياسة الاقتصادية الجديدة المتخذة من قبل الجزائر في بداية الثمانينات تترجم بإعادة هيكلة القطاع الصناعي والتجاري للبلاد، كما حدث في مجمل الشركات الوطنية، أعيدت هيكلة ال ص و ج تنظيميا هي كذلك. بالنظر إلى أهداف المخططين الرباعيين للتنمية (33-70, 77-74) والى حجم السوق، بقيت وظائف مراقبة النوعية، إنتاج السلع الطبية، الإنتاج والبحث ذات حجم ضئيل. يفترض القيام الحقيقي بهذه المهام في هذا الصدد، وجود علاقات كبيرة بين مختلف القطاعات الصناعية، بحث، جامعية، وزارة الصحة الأمر الذي كان غير ذلك. بقيت الصيدلية المركزية الجزائرية خاضعة فقط إلى مؤشرات الطلب في السوق والى ضرورة ضمان وجود المواد المطلوبة بالشاشي مع قائمة المواد الصيدلانية وفي مدرنية غلاف السلة الصعبة الممنوح من قبل الدولة من اجل الاستيراد. في الواقع، وللتبسيط، تقتصر وظيفة المنطق الرمزي لقطاع الصحة الممنوحة للصيدلية المركزية الجزائرية على

<sup>1</sup> طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الصحة مكتبة المدينة ن القاهرة ، 2000، ص 55.

فرض السيطرة التجارية على الواردات والتوزيع بالجملة في إطار إعادة الهيكلة الصناعية الكلية، عرف القطاع الصيدلاني تغيرات واضحة عزل الإنتاج من مهمة الاستيراد والتوزيع قمت الصيدلية المركزية الجزائرية إلى خمس (05) مؤسسات.<sup>1</sup>

### ثالثا. الإنتاج المحلي للأدوية :

ما يمكن شويله أن الجزائر لم تعرف استراتيجية واضحة تنتهجها في المجال الصيدلاني بحيث أنها كانت تقدم بصورة كبيرة على الاستيراد و نلك بغية تلبية متطلبات الطلب الوطني في سونها الشيء الذي نجم عنه ارتفاع في فاتورة الاستيراد في عام 1995 إذ أنها حتى أيامنا هذه تعتبر من صلاحيات القطاع العام الا فيما يخص بعض الاستثناءات كمؤسسات الستيراد و التوزيع الموثقة من طرق الدولة في سنة 1991 من قبل مجلس المالية و المحاسبة أثر التغيير في نمط التسيير الذي وجدت الدولة نفسها مضطرة لتطبيقه يمثل في إنشاء عدة شركات خاصة أخذت في عمليات الاستيراد والتجارة بمواد صيدلانية و التي تأخذ عدة أشكال :علاقة مستورد : مشتري بدون عقد ، شراء، عقد الحداثة ، عقود طويلة المدى. إن الشيء الملاحظ هو أن الدولة كانت تتدخل في توزيع المواد الصيدلانية. و بذاك فان كل ما يتم استيراده يجد زبونا مثل في القطاع العمومي، الشيء الذي أدى إلى تراكم المخزونات، و بالتالي تضرر الإنتاج الوطني بشكل كبير إذ أن الأمر هنا يرجع لسوء السياسة المنتهجة من طرف السلطات تجاه هذا القطاع الأمر الذي سوف يؤدي إلى عدم التحكم في إنتاج و استهلاك الدواء على حد سواء.

كما تجدر الإشارة أنه في عام 1996 اتخذت الدولة العديد من الإجراءات قصد إعادة تنظيم السوق بحيث أصبحت تعد 110 نوع من الأدوية غير قابلة للتعويض من طرف الضمان الاجتماعي بالإضافة إلى تحديد سقف لهامش الربح ل. 74 نوع من الأدوية دون إهمال أن الاعتماد الممنوح للمستوردين يخضع لنفتر شروط الا يشترط على المستورد الاستثمار في النتاج أو التكييف بعد 24 شهر بنها من تاريخ أول عملية استيراد.<sup>2</sup>

الشيء الذي أدى إلى انسحاب العديد من المستوردين من الميدان و بالتالي ترك المجال المتخصصين فيه و ذلك كله بنية التخفيف من ميزانية الاستيراد، اذ بلغ العدد الكلي للمستوردين المتبقين في الميدان عشرون (20) مستوردا تم إحصاؤهم سنة 1997. إلا أن خمسة (05) منهم فقط دخلوا مرطة الإنتاج و أصبحوا يعطون 5% من السوق الوطنية. هذا الإجراء و رغم الايجابيات التي يحتويها، الا أنه لا يخلو من سلبيات الا أن المجمع الصناعي

<sup>1</sup> طلعت الدمرداش إبراهيم، نفس المرجع السابق، ص 59.

<sup>2</sup> نصر الدين عيسوي، مرجع سابق، ص 65.

صيدال) يعاني مواجهة العراقي بسبب السياسة التي تم الأخذ بها من طرف السلطات و التي يمكن أن نلخصها فيما يلي :

🇩🇪 **فاتورة الاستيراد التي بلغت قيمة مرتفعة جدا:** قرار الجمارك في أواخر أبريل 2001 القاضي بالزامية دفع الحقوق الجمركية على المواد الأولية التي يتم استيرادها من طرف (صيدا). و بنك برغم أن قانون المالية لسنة 2001

🇩🇪 يقضي بصورة إعفائه من دفع هذه الرسوم : قضية تعويض الأثرية (إدراج الأدوية المصنعة من طرف صيدال ضمن قائمة الأدوية غير القابلة للتعويض (قضية : مالكوم - أكتيفاد). أن دراسة الصادرات الدوائية في عام 2000 تبين أن 200 منتج من بين 1500 مسجلة تمثل حوالي 80% من الاستهلاك الثواني هذه الدراسة تمكننا كذلك من معرفة أو تعريف منتجات الجمع الصناعي (صيدا) و التي تمثل حوالي 40% من حجم الصادرات و كذا 50% من الاستهلاك يمكن إنتاجها محليا بمخابر (صاينال) وأن الجزائر بإمكانها صنع 80% من إجمالي الاستهلاك بالنظر إلى التكنولوجيا و كذا المنشآت المتواجدة محليا.

### ثالثا: أهم المنتجين المحليين للأدوية

إن الصناعة الصيدلانية في الجزائر تعرف ضعف كبير و هذا منذ مدة إذ أنها لا تلبّي الحاجيات الوطنية و لا حتى الطلب الوطني من حيث الكمية و الجودة. الشيء الذي جعل اللجوء إلى استيراد الذي يعتبر السبيل الوحيد لتغطية هذا العجز. و هذا ما جعل الجزائر تكون تابعة إلى الخارج.<sup>1</sup>

إن الجزائر الأكبر لصناعة الأدوية في الجزائر تحطم فيه الدولة عن طريق الشركات العمومية التي من أهمها الجمع الصناعي (صيدا) بالإضافة إلى القطاع العمومي الذي يساهم في النشاط كلك. و تشمل هذه المخابر فيما يلي :

أ. **لافارما LAADAPHAR:** انشا سنة 1985 التي تعرف كذلك باسم مخابر الدكتور جبارو بذا المخبر نشاطه بصناعة المواد المعالجة لسقوط الشعر التي تتواجد في البلدية بتوفير المحير حاليا.

<sup>1</sup> فوزية برسولي، تحليل سلوك المستهلك اتجاه الأدوية: دراسة ميدانية بمدينة باتنة، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010-2011، ص48.

على وحدة إنتاج المضادات السعال و منشطات الأدوية التي تقدر طاقتها الإنتاجية بـ 15 مليون وحدة بيع بـ المخابر الجزائرية للأدوية ؛ تحصل المحرر الجزائري للأدوية على الاعتماد من وزارة الصحة و السكان و هو مخبر 100% جزائري الذي يختص اليوم بانتاج شراب خاصا بمرض الربو.<sup>1</sup>

ج. بيوفار : يتواجد هذا المخبر بمدينة قسنطينة الأي تشيز منتجاته على الأقراص المضادة للالام الرأس و كذلك شراب المغنيزيوم - المخبر الصيدلاني الجزائري : يعتبر هذا الخبر من أول مؤسسة خاصة للانتاج الصيدلاني في الجزائر تحصل على الاعتماد من قبل وزارة الصحة سنة 1991 الاستيراد الأدوية و في عالم 1992 أصبح هذا المخبر يعطي 21.3% من السوق الوطنية. و نظرا لإلزامية الاستثمار في الانتاج لسنة 1997 فقد لجأ هذا المخبر لفتح رأس ماله للشراكة الفرنسية سانوبي بنسبة 25% كذلك, و أخيرا المخبر سميت كلاين بيكام بنسبة 25%. و يقدر اس مال المخبر الصيدلاني الجزائري حاليا . 1 . 1 مليار دينار جزائري. له 7 وحدات انتاجية التي تطلبت استثمار بقر . 6 مليون دولار بطاقة إنتاجية تقدر بـ 110 مليون وحدة بيع ويشهد السوق الجزائرية للأدوية تنافا حدا من حيث توزيع الدواء في الجزائر و من ضمن العشرين مخبرا نوئيا تشهد السوق الجزائرية تواجد :

- غلاسكو: ثان مجمع عالمي والذي يحتل المرتبة الثانية ضمن السوق الجزائرية

- فايرز: أول مجمع عالمي في المجال الصيدلاني (الانتاج والذي يحتل المرتبة الرابعة في السوق الجزائرية.

- أفونتيس: مجمع عالمي يحتل المرتبة الثالثة.

- صيدال: يحتل مركز الريادة في السوق الوطنية

هذه الأربع مجمعات لوحدها فقط تسيطر على أكثر من 60% من السوق الوطني و له مشاريع صناعية

بالجزائر، و الجدول التالي بين أهم المدير العالمية بصناعة الأدوية المتواجدة في الجزائر.

### ر.الع.الإطار القانوني للصناعة الدوائية بالجزائر

رغم الجهود المبذولة كما ورد سابقا الا انه لازالت تفتقد الى الطريق الأمثل للأداء الكفاء والمتطور دائما بسبب غيبة العمل في اطار اعتبارات المنظومة، وهذه الوضعية تتجسم كحقيقة في ضعف السياسة الدوائية الجزائرية وفيما يلي تفصيل في السياسة الدوائية بالجزائر ، تلعب التنظيمات التشريعية والقانونية دورًا محددًا في السياسة الدوائية لأي بلد حيث ينبغي أن تتبنى هذه السياسة قوانين وتشريعات مناسبة، فالصناعة الصيدلانية تخضع لقوانين صارمة والهدف

<sup>1</sup> مرم قلال، كيفية ترويج الأدوية في الجزائر: دراسة حالة مجمع صيدال، مذكرة ماجستير في العلوم التجارية، جامعة بوقرة، بومرداس، 2013-2014، ص 70-71.

من ذلك تحقيق أكبر تأمين وفعالية في استعمال الأدوية، فالنظام المتعلق بالإطار القانوني لصناعة الأدوية بالجزائر ليس هو محل تقنين خاص، فهو يتكون من جهة من نصوص صادرة من طرف السلطات المعنية في إطار الصحة العمومية ومن جهة أخرى من نصوص تحتوي على شروط ذات مغزى عام، ولكنها مطبقة في مجال لصناعة الصيدلانية كالقانون الجنائي، قانون الجمارك (حقوق وضرائب على الاستيراد...)، القانون تجاري (العلامات التجارية وبراءات الاختراع...) ومن النصوص المختصة نذكر ما يلي:<sup>1</sup>

✓ حدد نشاط صيدال حسب القانون رقم 05/80 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية وترقية الصحة،

✓ المرسوم رقم 92-285 المؤرخ في 6 جويلية 1992 المغير والمكمل للمرسوم رقم 93-114 المؤرخ في 12 ماي 1993 المتعلق بترخيص الإنتاج أو التوزيع للمنتجات الصيدلانية،

✓ القرار رقم 57 و 58 المؤرخ في 23 جويلية 1995 المتعلق بتعريف التطبيق الحسن للصنع BPF،

✓ القرار رقم 41 المؤرخ في 8 جوان 1995 المتعلق بتحديد شروط التسجيل الإداري للأدوية المستعملة

للطب الإنساني، وجمعت كل هذه النصوص في ملف نشر من طرف وزارة الصحة في سنة 1997،

ونظراً للعراقيل والصعوبات التي تشهدها السوق الجزائرية للمنتجات الصيدلانية أخذت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عدة إجراءات لتحسين ووفرة الأدوية في كل التراب الوطني، ومن بين ذلك استعمال نظام قانوني ليحدد وينظم الصيدلية بصفة عامة، والأدوية بصفة خاصة، وبالخصوص القيام بعملية تسجيل المنتجات الصيدلانية. وفي سنة 2005 ظهرت نصوص قانونية جديدة نذكر من بينها:

✓ القرار المؤرخ في 25 جوان 2005 المتعلق بتنظيم وتسيير اللجنة التقنية للتقييم،

✓ القرار المؤرخ في 25 جوان 2005 المتعلق بتنظيم وتسيير اللجنة التقنية للأطباء الخبراء،

✓ القرار المؤرخ في 25 جوان 2005 يحدد الإجراءات، الأهداف ومراحل سيرورة الفحوصات على المنتجات

الصيدلانية الخاضعة للتسجيل،

<sup>1</sup> عدمان مريزق، دور البحث والتطوير في تعزيز تنافسية المؤسسات الصناعية - حالة المجمع الصناعي صيدال، الملتقى الدولي حول المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسات الصناعية خارج قطاعات المحروقات في الدول العربية، جامعة حسنية بن بوعلي، الشلف، يومي 8-9 نوفمبر 2010، ص 13.

كما تم الإمضاء في 14 جويلية 2005 على قائمة حديثة مجددة فيما يخص خبراء لجان تسجيل المنتجات الصيدلانية.<sup>1</sup> يتضمن القرار رقم 137/05 المؤرخ في 18 أكتوبر 2005 تنظيم وتسيير اللجنة الاقتصادية، ولأنه لن يكون هناك إصلاح حقيقي للمنظومة الصحية دون رسم سياسة عامة وطنية للأدوية فقد تم مراجعة السياسة المتعلقة بالأدوية، من خلال مراجعة المدونة التي ستخضع لمنطق الصحة العمومية، بتشجيع الأدوية الأساسية والجنيسة، وفي هذا الإطار تم وضع الأهداف العامة التالية:

- تحسين الحصول على الأدوية الجوهرية،
- ضمان نوعية المنتجات الدوائية ومراقبتها بالخصوص، عن طريق تعزيز عمليات التفتيش،
- ترشيد الإنفاق بفضل ترويج إستخدام الأدوية الجنيسة، وجعل التعويض تبعا للخدمة الطبية المقدمة،
- تطوير التكوين في مجال تسيير المستشفيات، والصيدلة الصناعية،

**1. قائمة الأدوية وتسجيلها:** في إطار إقامة سياسة صيدلانية وتأطير النشاط التجاري للمنتجات الصيدلانية قررت الجزائر في سنة 2008 منع استيراد خمسين دواء جديد الذي يتم إنتاجه محليًا ليصل عدد المنتجات الصيدلانية الجديدة التي تأثرت بهذا الإجراء إلى 409 منتج صيدلاني،

وبلغ عدد المنتجات الصيدلانية المسجلة سنة 2008 ب 4800 دواء على مستوى مديرية الصيدلة لدى وزارة الصحة منها 1400 دواء يتم إنتاجه محليًا من طرف 75 مؤسسة صيدلانية هاته الأخيرة تنتج 230 دواء تحت التسمية المشتركة دوليًا DCI والمخابر الوطنية تنتج 160 دواء ضروري تحت التسمية المشتركة دوليًا؛ أي حوالي 15% من الإنتاج الوطني، و سجل تطوير الإنتاج المحلي للأدوية وثبة جديدة بفضل الإجراءات المتخذة بفضل الاجراءات المتخذة منذ 2008 من اجل الحفاظ على سوق الادوية المحلية المتوفرة، وإجبار الموزعين على الالتزام بالانتاج وترقية اللجوء الى الأدوية الجنيسة<sup>2</sup> وهي اجراءات قلصت من فاتورة الأدوية المستوردة بشكل محسوس بين سنتي 2008 و 2009 .

**2. تحديد سعر الأدوية وتعويضها:** إن السعر والهوامش هي محددة من طرف السلطات الجزائرية بالنسبة للمنتجات الصيدلانية المستوردة، المنتجات الصيدلانية المعبئة والمنتجات الصيدلانية المصنعة محليًا.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ليندة دحمان، التسويق الصيدلاني حالة مجمع صيدال، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة دالي ابراهيم، الجزائر، 2009-2010، صص 62-63.

<sup>2</sup> ليندة دحمان، مرجع سابق، صص 963.

<sup>3</sup> عدمان مريزق، مرجع سابق، صص 14.

➤ بالنسبة للمنتجات الصيدلانية المستوردة: السعر الأساسي يوافق السعر FOB بالدينار الجزائري ويضاف إليه كل التكاليف والهوامش المتعلقة بالتوزيع للوصول إلى السعر العمومي الجزائري،

➤ بالنسبة للمنتجات الصيدلانية المعبئة: يقدم المتعامل طلب يوضح فيه كل المعلومات الصيدلانية، سعر FOB بالعملة الصعبة ومعدل الصرف من أجل تحديد سعر البيع النهائي،

➤ بالنسبة للمنتجات الصيدلانية المصنعة محلياً: هناك استمارة ينبغي ملؤها والتي تأخذ بعين الاعتبار كل ما يدخل في عملية الإنتاج ومصاريف الإنتاج المتعلقة بإنتاج المنتج، ويضمن الضمان الاجتماعي للمؤمن التعويض أو التكفل الكلي أو الجزئي للعلاجات الصحية كما يضمن دخل تبديلي في حالة التوقف عن النشاط المهني، وكذا يدفع معاش التقاعد للمستخدمين الذين وصلوا إلى سن معين أو إلى أزواجهم وتعويض مصاريف العائلة، والنسبة المطبقة لتعويض الأدوية لفائدة المؤمنين من طرف الضمان الاجتماعي هي 80% من السعر العمومي الجزائري ويمكنها أن تصل إلى 100% لما التعويض يتعلّق ب(حادث عمل أو أمراض مهنية، معاش العجز عن العمل، معاش التقاعد، الوفيات...)، هذه النسبة من التعويض المطبقة من طرف الضمان الاجتماعي هي موحدة أدت إلى زيادة وتبذير في استهلاك المنتجات الصيدلانية، ان مصاريف تعويض الأدوية في ارتفاع مستمر حيث انتقلت من 3,5 مليار دينار جزائري سنة 1992 إلى 25,6 مليار دينار جزائري سنة 2002 ثم 33,3 مليار دينار جزائري سنة 2003 لتصل إلى 60 مليار دينار جزائري سنة 2007، وهذا راجع إلى الاستعمال غير العقلاني للوصفة الطبية بوصف الأدوية التي لا توجد في قائمة الأدوية أو احتواء الوصفات على عدد مرتفع من الأدوية إضافة إلى تضاعف عدد الأطباء (الواصلين للوصفة الطبية) وتوجه المريض إلى مختلف الأطباء لنفس السبب، كما يرجع ذلك إلى وصف الأطباء أدوية الاختصاص الباهظة الثمن ونشير إلى ارتفاع عدد الوصفات الطبية حيث بلغ عددها سنة 2004 بـ 45875673 وصفة وقدر متوسط مبلغ الوصفة الواحدة بـ 1035.38 دج كما ارتفعت نسبة التعويضات الإجمالية عن طريق المؤمن الدافع لتصل إلى 53,35% سنة 2005 بينما قدرت بنسبة 45,77% سنة 2004 من غلاف التعويضات وهذا عبر 5000 وكالة صيدلانية معتمدة من بين 6000 وكالة موجودة في السوق نظرا لحصول المريض على دفتر مؤمن دافع والميول لشراء كل الأدوية.<sup>1</sup>

ومن أجل تسهيل إجراءات التعويض والتكفل بالمؤمن والمساهمة في التحكم العقلاني لمصاريف العلاج المعوضة من طرف الضمان الاجتماعي، وتوفير مصاريف التسيير وتدعيم محاربة الغش والإفراط اتخذت وزارة العمل والضمان

<sup>1</sup> ليندة دحمان، مرجع سابق، ص 48.

الاجتماعي إجراءات وهذا بوضع برنامج عمل واسع النطاق والمعروف بمشروع البطاقة الإلكترونية "الشفاء". وما يمكن قوله أنه في هذه السنوات الأخيرة عرفت مصاريف المنتجات الصيدلانية والأدوية تطور سنوي قدر بحوالي 20%.

### المطلب الرابع: نظام التأمين

#### أولا. تطور نظام التأمينات:

ظهر نظام التأمينات الاجتماعية في الجزائر إبان الحقبة الاستعمارية سنة 1949، هذه الحقبة التي امتدت من 1830 إلى 1962. إن نظام التأمينات الاجتماعي الذي تم وضعه بداية من سنة 1949 كان نتيجة سنوات عديدة من النضال النقابي للحصول على هذا المكسب، و الذي بدأ عشية نهاية الحرب العالمية الثانية سنة 1945. على الرغم من أن هذا المكسب كان في ظاهره لصالح الطبقة الشغيلة الجزائرية آنذاك، إلا أن الأسس التي تم وضعها كانت تخدم الاستثمارات التي أقامها المعمرين الأوروبيين.<sup>(1)</sup>

ورثت الجزائر عشية استقلالها نظام التأمين الفرنسي، و تم العمل به لسنوات عديدة نظرا لعدم توضيح الرؤية حول التوجهات المستقبلية لهذه الدولة الفتية من جهة، من جهة أخرى وجود أولويات أخرى جعلت أصحاب القرار آنذاك يحولون دفة الاهتمامات نحو قضايا أخرى. شملت منظومة التأمينات الاجتماعية الموروثة 11 نظام تأمين يغطي عمال قطاعات متنوعة، مبني على الاقتطاعات المباشرة من أجور العمال. من أجل إعادة هيكلة منظومة التأمينات الاجتماعية و تحسين التكفل بالعمال، جاء مشروع قانون سنة 1970 الذي كان يهدف آنذاك إلى تحقيق الأهداف التالية:<sup>(2)</sup>

- توحيد الأنظمة الفرعية المشكلة لمنظومة التأمينات الاجتماعية؛
- توحيد الحقوق والواجبات لجميع العمال مهما اختلفت قطاعات العمل؛
- توسيع دائرة المستفيدين من التغطية الاجتماعية.

LAMRI Larbi, Le système de sécurité sociale en Algérie ; une approche économique, OPU, Alger<sup>1</sup> 2004., pp 21-23.

Fatima zouhra OUFRIHA. : Système de santé et population en Algérie, édition ANEP, Alger 2002, pp<sup>2</sup> 71-73.

إن مشروع قانون سنة 1970 لم يتجسد على أرض الواقع إلا بحلول سنة 1983، نظرا للتحويلات السياسية و الاقتصادية التي شهدتها تلك الفترة، يركز قانون التأمينات الاجتماعية لسنة 1983 على الأسس التالية:<sup>(1)</sup>

- التكافل والتعاقد الاجتماعي للمشاركين و المستفيدين؛
- توحيد الحقوق والواجبات للعمال؛
- توحيد نظام تسيير صناديق الضمان الاجتماعي.

إن التحويلات السياسية، الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها الجزائر في نهاية سنوات الثمانينات - لاسيما بعد انهيار أسعار البترول و الإصلاحات السياسية من خلال التعددية الحزبية- دفعت بالوصاية إلى إعادة النظر في تنظيم التأمينات الاجتماعية في الجزائر من خلال وضع أهداف جديدة تمثلت فيما يلي:

- وضع نظام مستقل خاص بالتقاعد؛
- وضع نظام خاص مستقل خاص بالتأمين على البطالة؛
- منح امتيازات إضافية لبعض القطاعات مثل البناء و الأشغال العمومية؛
- توسيع دائرة المستفيدين من التغطية الاجتماعية من غير المشاركين.

أبانت عشرية التسعينات على صعوبات صاحبت التحول الاقتصادي للدولة من النظام الاشتراكي إلى اقتصاد السوق، و ما صاحبه من تيارات لتسريح العمال من المؤسسات العمومية تمهيدا لخصوصيتها، يضاف إلى ذلك العشرية السوداء و ما صاحبها من الحرائق التي أتت على مجموعة من المؤسسات العمومية ذات الكثافة العمالية، والتي أجبرت العمال على التوقف الاضطراري لعدة أشهر أو لعدة سنوات...نتج عن كل ذلك عجز في تمويل صندوق الضمان الاجتماعي نظرا لانكماش عدد المشاركين، و تنامي النشاط غير الرسمي والأسواق الموازية التي تضر بالاقتصاد عموما و صناديق الضمان الاجتماعي خصوصا.

ثانيا. صناديق التأمينات الاجتماعية الجزائرية ومصادر تمويلها:

سنعرض فيما يلي عرض التنظيم القانوني المنظم للتأمينات الاجتماعية في الجزائر، و كذا المصادر الرئيسية

لتمويلها.

LAMRI Larbi, Le système de sécurité sociale en Algérie ; une approche économique, OPU, Alger <sup>1</sup> 2004., pp 23-25.

**1. التنظيم العام للتأمينات الاجتماعية الجزائرية:** تشمل منظومة التأمينات الاجتماعية في الجزائر كل فروع التأمينات الاجتماعية الموضوعة من طرف الاتفاقيات الدولية، و المتمثلة عموما في التأمين على (الأمراض، الولادة، الإعاقة، الوفاة، حوادث العمل و الأمراض المهنية، التقاعد، البطالة، بالإضافة إلى المنح العائلية). إن التأمين على الأخطار بتنظيمه الحالي كان نتاج العديد التطورات و التحولات، كان آخرها تنظيم سنة 1992 الذي تضمنه المرسوم رقم 07-92 المؤرخ في 04 جانفي 1992، بمقتضاه تم تنظيم التأمينات الاجتماعية وفق مبدأ تجانس الأخطار من طرف مجموعة من التنظيمات المتخصصة في تسيير هذه الأخطار، و المتمثلة عموما فيما يلي:<sup>(1)</sup>

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية على العمال الأجراء (CNAS)؛
- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CASNOS)؛
- الصندوق الوطني للتقاعد (CNR)؛
- الصندوق الوطني للتأمين على البطالة (CNAC)؛
- الصندوق الوطني للعطل المدفوعة، البطالة و سوء الأحوال الجوية الخاص بقطاعات البناء، الأشغال العمومية و الري (COCOBATH).

**2. مصادر التمويل الرئيسية للتأمينات الاجتماعية الجزائرية:** يمكن القول أن تمويل التأمينات الاجتماعية في الجزائر يتم وفق النموذجين الرئيسيين المتبعين على نطاق واسع من طرف جل دول العالم. حيث يتم تمويل صناديق التأمينات الاجتماعية؛ للعمال الأجراء (CNAS)، للتقاعد (CNR) و التأمين على البطالة (CNAC) عبر الاشتراكات الاجتماعية المقتطعة من المصدر، و المتأتية من العامل ورب العمل بنسب متفاوتة -سيتم تفصيلها في بعد- و هو ما ينطبق على فلسفة نموذج "بيسمارك". بالمقابل يتم تمويل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CASNOS) عبر الاقتطاعات الضريبية و هو ما ينطبق على فلسفة اللورد "بيفريدج". إن الجزء الأكبر الخاص بتمويل التأمينات الاجتماعية مصدره الاشتراكات الاجتماعية التي مصدرها العامل المعني و رب العمل. و الجدول الموالي يبين النسب المستعملة لتمويل الأخطار و الأطراف (العامل ورب العمل) التي تأخذ على عاتقها ذلك.

<sup>1</sup> Brahim BRAHAMIA, Economie de la santé : Evolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'est- Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger 2010, p 359

جدول رقم (1.2): تفصيل نسب الاشتراكات الاجتماعية و الأخطار المعنية بالتغطية

الأصناف	على عاتق رب العمل	على عاتق العامل	على عاتق صندوق الخدمات الاجتماعية	المجموع
التأمين على الأمراض، الولادة، العجز و الوفاة	%12.5	%1.5	-	%14
حوادث العمل و الأمراض المهنية	%1.25	-	-	%1.25
التقاعد	%10	%6.75	%0.5	%17.25
التقاعد المسبق	%0.25	%0.25	-	%0.5
التأمين على البطالة	%1	%0.5	-	%1.5
المجموع	%25	%9	%0.5	%34.5

Source : Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.

- بالنسبة لفئة المتقاعدين (قدامى العمال) و الذين يستفيدون من ريع شهري يتمثل في حقوق التقاعد، حددت نسبة اشتراك هؤلاء بما يعادل 2% من ريعهم الشهري. و يعفى من الاشتراك أولئك الذين لا يتعدى ريعهم الشهري الأجر الوطني الأدنى المضمون (18000دج).
- بالنسبة للعمال غير الأجراء، فاشتراكاتهم الاجتماعية حددت بنسبة 7.5% من متوسط عائدهم السنوي.
- بالنسبة لباقي الفئات الأخرى من المكلفين (طلبة، معاقين، قدامى الحرب) فإن اشتراكاتهم يحدد من خلال نسبة متفاوتة تتراوح بين 1% و 7% تحسب من الأجر الوطني الأدنى المضمون.

### المبحث الثاني: المنظومة الصحية التونسية

ي اعتبر قطاع الصحة في تونس من القطاعات النموذجية و الثابتة في تونس ما بعد الاستقلال سنة 1956. تم إحداث أغلب المستشفيات الجامعية و الأربعة كليات للطب و جملة القوانين المنظمة للصحة في عهد الرئيس الراحل الحبيب بورقيبة 1957-1987.

بين سنوات 1987 و 2010 في عهد الرئيس الراحل زين العابدين بن علي، ثم تنقيح بعض القوانين مثل قانوني 1991 المنظمة لمهني الأطباء و أطباء الأسنان و لقطاع الصحة و الأمر عدد 1155 لسنة 1993 و المطورة نوعا ما مجلة واجبات الطبيب التي أحدثت أول مرة سنة 1973.

و مما يميز زمن الرئيس بن علي هو إحداث المستشفى العسكري بتونس و الذي جاء مدعما للمستشفيات العمومية الاستشفائية الجامعية بتونس العاصمة و خاصة منها مستشفيات شارل نيكول و الرابطة...

أما بعد الثورة التونسية التي حصلت بين فترتي 17 ديسمبر 2010 و 14 جانفي 2011، لم نر تطور لا للتشريعات و لا للقوانين و لا للمعايير البشرية و اللوجستية في القطاع، بل تدهور الوضع، بل و زاد سوءا مع تغول الإدارة الصحية غير الصحية و تغير مظهر النقابات و خاصة منها للإطار شبه الطبي و أصبح جسد القطاع الصحي من أطباء و إطار شبه طبي و عملة في القطاع مباحا للزائرين المنتقمين على الوضع شبه بائس و شبه المنهار في هذا القطاع.

و جاء بريق الأمل في المستشفيات العسكرية و خاصة منها بتونس العاصمة لتحافظ على بريقها و نظافتها و حسن أدائها مما دفع و حسنا فعل الرئيس الحالي المنتخب الأستاذ في القانون الدستوري قيس سعيد لدمج المستشفى الجامعي الجديد بصفاقس، و هو هبة من جمهورية الصين الشعبية الصديقة لتونس في بعث و تشييد المشاريع العملاقة في تونس على غرار الحزام الواقي من الفيضانات في صفاقس سنة 1982، دمجها بالمؤسسة الصحية العسكرية لحسن انضباط هته المؤسسة العريقة في تونس.

### المطلب الاول: اصلاح المنظومة الصحية

في سبيل القضاء على مختلف المشاكل التي يعاني منها النظام الصحي الصحية اعتمدت إدارة الرعاية الصحية بتونس على البرامج الوطنية للصحة كوسيلة للتحكم في الوضع الصحي، وقد عرفت هذه البرامج تزايدا

مطرًا وفق ما شهدته البلاد وما تشهده من تحولات وبائية وديموغرافية ومسايرة للاحتياجات المتزايدة للمواطن، وناهز عدد البرامج المسير من طرف إدارة الرعاية الصحية الأساسية حاليا الـ 20 برنامجا<sup>1</sup>:

- **الخارطة الصحية:** في نطاق تحسين التغطية الصحية للمواطنين، عملت وزارة الصحة على تقريب الخدمات الصحية من المواطنين بفضل توسيع شبكة مراكز الصحة مع اعتماد مقاييس مضبوطة في تحديد الأولويات، وبالفعل فإن عدد المراكز الصحية ما فتى يتزايد من سنة لأخرى حيث بلغ في أواخر 2009 2085 مركزا بعد ما كان يعادل 979 مركزا سنة 1982، كما ارتفع عدد المواطنين لكل مركز صحي من 5015 إلى 6676 خلال نفس الفترة.

- **البرنامج الوطني لتدعيم وتركيز الدوائر الصحية:** بدأ البرنامج سنة 1994 من أجل تأهيل القطاع الصحي وتحسين جودة خدماته ومردوديته، فتم إحداث 176 دائرة صحية، تعيين 125 طبيب كرئيس دائرة، تأطير 12 مبادرة محلية لتحسين جودة الخدمات الصحية، إعداد 53 مؤشر لقياس الجودة وأداء الدوائر الصحية.

- **برامج أخرى مست:** المراقبة الوبائية، إعداد استراتيجيات لمكافحة الأمراض والمرافقة الطبية للمسنين وذوي الاحتياجات الخاصة، الصيانة، التثقيف الصحي.

وكنتيجة لسياسات الإصلاح فقد<sup>2</sup>:

- تم إدخال تكنولوجيات جديدة في المعالجة الطبية.

- سجّل الطلب الخارجي على الخدمات الصحية التونسية نمو متواصلا حيث تطور عدد المرضى الأجانب الذين تم إيواؤهم بالمؤسسات الصحية من 42000 سنة 2003 إلى 120000 سنة 2008.

- احتلت تونس المرتبة الثانية عالميا من حيث عدد المرضى الوافدين فيما يتعلق بالعلاج بمياه البحر (155000 سنويا).

- ارتفاع عدد المصححات من 28 سنة 1987 إلى 116 سنة 2008 والعيادات من 1374 إلى 5368 خلال نفس الفترة.

قوم النظام الداخلي المنظم للمستشفيات العمومية على أمر قديم يعود للعهد البورقيبي أي سنة 1981.

<sup>1</sup> موقع وزارة الصحة التونسية:

[http://www.santetunisie.rns.tn/ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=282&Itemid=163&lang=ar](http://www.santetunisie.rns.tn/ar/index.php?option=com_content&view=article&id=282&Itemid=163&lang=ar) (2015/06/29)

<sup>2</sup> موقع وزارة الصحة التونسية:

<http://www.santetunisie.rns.tn/ar/fichiers/PoleexpServ.pdf> (2015/06/27)

ونجد في هذا الأمر الذي بقي نافذاً إلى بداية سنة 2021 أي عمره أربعين سنة كاملة، بالرغم من نقائص لا تحصى ولا تعد و من بينها خاصة أفراد رئيس القسم الطبي و الناظر شبه الطبي للإستحواذ على جميع الخطط و المراتب الطبية و شبه الطبية و دفع هذا المرفق للدكتاتورية و مما ينجر عنها من محسوبيات مقيّنة بالرغم من انتمائها للقطاع العام و ليس للقطاع الخاص.

و ما يزيد من ضعف هذا الأمر الصادر سنة 1981 ليس فقط تهميش القطاعين الطبي و شبه الطبي، بل و أيضاً إعطاء الإدارة و التي لا تنتمي قط للقطاع الصحي في التغول على حساب الأطباء و الإطار شبه الطبي و بالطبع باستثناء رؤساء الأقسام و ناظرهم المختارين مباشرة من هؤلاء الرؤساء المعيّنين بالأقدمية، بدون معايير كفاءة و بدون أية متابعة أو تقييم موضوعي من أي جهة كانت و حتى من طرف سلطة الإشراف أي وزارة الصحة...

## 2. سياسات إصلاح النظام الصحي التونسي ونتائجها

في سبيل القضاء على مختلف المشاكل التي يعاني منها النظام الصحي الصحية اعتمدت إدارة الرعاية الصحية بتونس على البرامج الوطنية للصحة كوسيلة للتحكم في الوضع الصحي، وقد عرفت هذه البرامج تزياداً مطرداً وفق ما شهدته البلاد وما تشهده من تحولات وبائية وديموغرافية ومسايرة للاحتياجات المتزايدة للمواطن، وناهز عدد البرامج المسير من طرف إدارة الرعاية الصحية الأساسية حالياً الـ 20 برنامجاً<sup>1</sup>:

– **الخارطة الصحية:** في نطاق تحسين التغطية الصحية للمواطنين، عملت وزارة الصحة على تقريب الخدمات الصحية من المواطنين بفضل توسيع شبكة مراكز الصحة مع اعتماد مقاييس مضبوطة في تحديد الأولويات، وبالفعل فإن عدد المراكز الصحية ما فتى يتزايد من سنة لأخرى حيث بلغ في أواخر 2009 2085 مركزاً بعد ما كان يعادل 979 مركزاً سنة 1982، كما ارتفع عدد المواطنين لكل مركز صحي من 5015 إلى 6676 خلال نفس الفترة.

– **البرنامج الوطني لتدعيم وتركيز الدوائر الصحية:** بدأ البرنامج سنة 1994 من أجل تأهيل القطاع الصحي وتحسين جودة خدماته ومردوديته، فتم إحداث 176 دائرة صحية، تعيين 125 طبيب كرئيس دائرة، تأطير 12 مبادرة محلية لتحسين جودة الخدمات الصحية، إعداد 53 مؤشر لقياس الجودة وأداء الدوائر الصحية.

– **برامج أخرى مست:** المراقبة الوبائية، إعداد استراتيجيات لمكافحة الأمراض والمرافقة الطبية للمسنين وذوي الاحتياجات الخاصة، الصيانة، التثقيف الصحي.

<sup>1</sup> موقع وزارة الصحة التونسية

[http://www.santetunisie.rns.tn/ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=282&Itemid=163&lang=ar](http://www.santetunisie.rns.tn/ar/index.php?option=com_content&view=article&id=282&Itemid=163&lang=ar)

(الاطلاع: 2015/06/29)

وكنتيجة لسياسات الإصلاح فقد<sup>1</sup>:

- تم إدخال تكنولوجيات جديدة في المعالجة الطبية.
- سجّل الطلب الخارجي على الخدمات الصحية التونسية نمو متواصلا حيث تطور عدد المرضى الأجانب الذين تم إيواؤهم بالمؤسسات الصحية من 42000 سنة 2003 إلى 120000 سنة 2008.
- احتلت تونس المرتبة الثانية عالميا من حيث عدد المرضى الوافدين فيما يتعلق بالعلاج بمياه البحر (155000 سنويا).
- ارتفاع عدد المصححات من 28 سنة 1987 إلى 116 سنة 2008 والعيادات من 1374 إلى 5368 خلال نفس الفترة.

### 3. تطوير القوانين المنظمة للقطاع:

يعتبر القانونين المنظمين للصحة و الأطباء و مهنة الطب سنة 1991 قوانين بعثت منذ ثلاثين سنة و لا تستجيب حاليا لا للمعايير العلمية و لا الأخلاقية و لا حتى التنظيمية البحتة من ناحية الإدارة الصحية السليمة و المستجيبة لقواعد الجودة و السلامة و الحفاظ على البيئة.

و نجد مجلة واجبات الطبيب المحدثه سنة 1973 و المنقحة في سنة 1993 لا تستجيب حاليا للعديد من الخصائص و التطورات الطبية التي حصلت في الثلاثة عقود الأخيرة و في هذا الخصوص لا نجد أي تدعيم لمسألة التبرع و أخذ و زرع الأعضاء في تونس بالرغم من القانون الرائد في المجال سنة 1991 و الذي هو بدوره قديما و مدعوا للمراجعة التفصيلية و لا نجد أيضا فصولا عن المسائل المتعلقة بحفظ كرامة و جسد الإنسان في المراحل العلاجية في آخر حياته و وجوب مرافقته الكريمة حتى الوفاة... و لا نجد مسألة الجواب عن الموت الرحيم أو عن التهافت العلاجي. و لا نجد حديثا أو فصولا عن إمكانية الشراكة بين القطاعين الصحيين العام و الخاص بالرغم من وجود نصوص تشريعية منظمة لإمكانيتها بمقتضى أمرين سنتي 1995 و 2007 و هي يتيمة و في اتجاه واحد من القطاع العام للقطاع الخاص فقط و بما العديد من التجاوزات و الخروقات و خاصة بواسطة رؤساء الأقسام المبحلين مدى الحياة، على مرأى و مسمع سلطة الإشراف و النقابات الصحية و حتى عمادات الأطباء الجهوية و الوطنية.

<sup>1</sup> موقع وزارة الصحة التونسية

(الاطلاع: 2015/06/27) <http://www.santetunisie.rns.tn/ar/fichiers/PoleexpServ.pdf>

#### 4- تقليل التبعية للإدارة الصحية و تطوير الرؤية:

كانت و لا زالت إدارة المستشفيات بيد إدارات مدرسة الإدارة التونسية و بعض أسلاك شعب التصرف و المالية، بدون أي استنجد للعنصر الأبرز و المحوري و هو الطبي و الإطار شبه الطبي و هو ما كان مكبلا حقا و حيفا صارخا لهته المنظومة الصحية التي تصطرخ في شتى المسائل و خاصة منها العنف المتنامي نحو الأطباء و المرضى و الإطار شبه الطبي و خاصة في فترات العطل و حصص الإستمرار بدون أي مجيب و ذلك نظرا للفجوة الحاصلة بين الإدارة الصحية و التي ليس لها من الصحة إلا المكاتب و التشريفات و مقرات وزارة الصحة و بين أعوان الصحة الحقيقيين من أطباء و إطار شبه طبيو هم أهل الميدان و أهل الإختصاص، فهل من صحوة للدولة التونسية و خاصة بعد الثورة لحل هذا اللغز و المعضلة الأزلية و التي زادت تقييرا لقوة الطبيب و العون الصحي من تهميش و حتى عزله تحت أي طائل إداري.<sup>1</sup>

فمن الحاكم و من المحكوم في شأن المستشفيات العمومية هل هو عون الصحة من طبيب و إطار شبه طبي أم عون الإدارة و الذي لا يلتفت ساكنا لشتى المسائل الترتيبية في المهنة و للأسف الشديد و حتى المقيت.

#### 5. تحليل الفلسفة النقابية:

منذ انبعاث النقابة المدافعة على منظورها على يد المرحوم محمد علي الحامي و الشهيد فرحات حشاد فلا زالت هته المؤسسة داعمة لحقوق العملة و منها في القطاع الصحي.

و لكن و للأسف و بعد الثور سنة 2011 و من خلال ضعف مؤسسات الدولة التونسية، أخذت هته النقابات و للأسف عن الزيع عن مسارها و التغول في العديد من المسائل و منها كثرة التعيينات المجحفة و خاصة منها لأبناء و أحماء النقابيين و الاستحواذ على نصيب من الكاسب المالية لإدارة لتفسيطها على لقطاع شبه الطبي بصفة غير عادلة و بها جملة من معايير المحاباة مع إمكانية إقصاء بعض الأعوان من مستحقاتهم، إن كان فيها جانبا قانونيا من هذا الاستحقاق.

أما نقابة الأطباء فجاءت بدورها داعمة لمنظورها أي الأطباء النقابيين لتمنحهم هدايا التعيينات المشبوهة و حصص الإستمرار باهظة الثمن في المناطق النائية لبعض الإختصاصات الطبية و بعض الأطباء فقط دون غيرهم.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> عبد الحكم كرشيد، مشاكل منظومة العلاج في القطاع العام في تونس، مقال منشور بموقع:

<http://www.alhiwar.net/ShowNews.php?Tnd=20904> (الاطلاع: 29/06/2015)

<sup>2</sup> إيمان قميحة، القطاع الصحي في مصر بين الهيكلة والحلول الممكنة، مقال منشور بموقع:

<http://fekr-online.com/ReadArticle.php?id=115> (الاطلاع: 29/06/2015)

## 6. إتباع نموذج الصحة العسكرية:

و في كل هذا من زيغ و انحراف و عدم احترام للقوانين المنظمة لمهنة الطب و الإطار شبه الطبي، تبين لنا أن النموذج الحالي و المتعلق بالصحة العسكرية في تونس هو الأفضل حاليا من حيث احترام قواعد إدارة الصحة من جودة و سلامة و احترام للبيئة و من احترام لواجبات و أخلاقيات أعوان الصحة و التي تزيدهم انضباطا كونهم ينتمون لمؤسسة عسكرية بعيدة عن شبهات الإدارة و النقابة و تغول بعض رؤساء الأقسام و بعض الإداريين القدامي و التي يمكن فيها مشاهدة رئيس قسم منذ زمن بورقيبة أي أكثر من ثلاثة و ثلاثين سنة أو أنه يحم في عقده الرابع للحكم و كأنه في شركة خاصة و هو رئيسها الأزلي و أسفاه على أطبائنا و إطارتنا شبه الطبية من هته الدكتاتورية داخل المنظومة العمومية بصفة غير عقلانية و غير منطقية و غير علمية و غير أخلاقية، و لا نجد داعما لها إلا نصوصا تزيينية قديمة و تعيسة أكل عليها الدهر و شرب.

## 7. إحداث شراكة بين القطاعين العام والخاص:

كما قلنا سابقا نجد نصوصا تشريعية بائسة سنوات 1995 و 2007 تعطي الأحقية في النشاط التكميلي لفائدة بعض الأطباء و بعض الإختصاصات دون سواهم و في اتجاه واحد من القطاع العام للقطاع الخاص، و هو لعمرى من أشد شبهات الفساد في القطاع الصحي العمومي، حيث و لهذا السبب تقوت الإدارة و النقابة لضعف سند الأطباء لوجود هته المعضلة و الكارثة المادية و لتفطن هذين الشريكين لوجود ملفات عديدة لشبهات فساد و إخلالات عديدة و يقوم بها خاصة رؤساء الأقسام و خاصة منهم الاستشفائيين الجامعيين، بحيث أنهم جمعوا بين الشهرة في القطاع العام و المال في القطاع الخاص، تحت غطاء الإدارة الساكنة و النقابة الغاضبة، بل هما الشريكين المستفيدين من تقهقر الوضع الهيكلي للطبيب الذي أخذته الدنيا في شكل مسدي خدمات صحية في القطاعين الخاص و العام على سواء بدون هوادة و بدون أي مسائلة و بدون أي تعطيل من أي جانب و ذلك نظرا لوجود مظلة قانونية بائسة و مهترئة و غير أخلاقية في حمايتهم و للأسف.

و ما عليكم معشر السلطة التنفيذية و التشريعية في البلاد التونسية إلا مسألتي أو بالأحرى جلب جميع الملفات و الشكايات المضمنة بالعمادات الجهوية و العمادة الوطنية للأطباء للإجابة على جملة هته المسائل و التي ترتقي في معظمها لمادة المسؤولية الطبية القضائية في موادها الجزائية و المدنية و الإدارية إن لم نقل للمهنة غير القانونية

للطب و التي يقع زجرها نظريا بستتين سجن حسب القانون المنظم للمهنة الصار بالرائد الرسمي للجمهورية التونسية سنة 1991.<sup>1</sup>

وفي الختام لا بد لنا أن نحبي مؤسسة الصحة العمومية في تونس بالرغم ما بها من إخلالات جسيمة ترتقي للمسؤولية الطبية الشرعية، تحية تبجيل و خاصة في هذا الظرف الصعب من جائحة كوفيد-19 و التي أتت على الأخضر و اليابس في القطاع الصحي و أظهرت ما به من عورات و شبهات فساد.

و لا بد من مراجعة النصوص القانونية و التشريعية و مراجعة نسبة ميزانية الدولة التونسية لقطاع الصحة لإنعاشه و إرجاعه لمجده و عنفوان شبابه و تصحيح مساره نحو التآلق و الازدهار و النهوض بالصحة الفردية و الأسرية و المجتمعية على السواء.

### المطلب الثاني: المؤشرات الصحية

**1. العمر المتوقع للحياة:** إرتفع متوسط العمر المتوقع للحياة في تونس من حوالي 54 سنة كمتوسط للفترة 1970-1975 إلى حوالي 66 سنة كمتوسط للفترة 1995-2000 ويلاحظ في هذا الصدد أنه خلال الفترة الأولى كان هنالك ست دول عربية قل فيها العمر المتوقع للحياة عن متوسط الدول العربية واشتملت هذه الدول على جيبوتي (بعمر متوقع بلغ 41 سنة كأدني عمر متوقع)، واليمن، وموريتانيا والسودان، وجزر القمر وعمان. هذا وقد سجلت الكويت أعلى عمر متوقع خلال هذه الفترة بلغ 67 سنة.

**2. معدل وفيات الأطفال دون الخامسة:** إنخفض متوسط المعدل لتونس من حوالي 233 وفاة لكل ألف طفل دون الخامسة في عام 1960 إلى حوالي 58 في عام 2000. ويلاحظ في هذا الصدد أنه في عام 1960 فاق معدل متوسط المعدل لتونس. هذا وسجلت أدنى معدل، بمعنى أحسن حالة صحية، بلغ 85 وفاة لكل ألف طفل دون سن الخامسة. وفي عام 2000، ومع إنخفاض المتوسط إلى 58 وفاة لكل ألف طفل دون سن الخامسة.

**3. معدل وفيات الرضع:** إنخفض متوسط المعدل من حوالي 149 في الألف لعام 1960 إلى حوالي 42 في الألف لعام 2000. ويلاحظ في هذا الصدد أنه في عام 1960 كان هنالك عشر دول عربية اتسمت حالتها الصحية بالتدني بحيث فاق معدل وفيات الرضع فيها متوسط المعدل للدول العربية واشتملت هذه الدول تونس.

<sup>1</sup> نورها شريف وآخرون، حقائق عن الصحة في اليوم العالمي للصحة، الورقة الثالثة، منشورات المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، القاهرة، مصر، 07 أبريل 2015، ص01.

هذا وسجلت لبنان أدنى معدل، بمعنى أحسن الأحوال الصحية، بلغ 65 وفاة لكل ألف مولود. وفي عام 2000، مع إنخفاض المتوسط إلى 42 وفاة لكل ألف طفل رضيع.

### المطلب الثالث: السياسة الصيدلانية

تتكون السوق الدوائية في تونس من قطاعين.

- قطاع أدوية المستشفيات التي تحتل فيه الصناعة المحلية الصدارة من حيث الحجم والتي تختص الصيدلية المركزية دون غيرها في توزيع مواده على الهيئات الاستشفائية العمومية.

- قطاع أدوية الصيدليات الخاصة والذي توفر فيه الصناعة المحلية أكثر من 70% من الكميات الموزعة ويختصر اختصاص الصيدلية المركزية في توزيع المواد الموردة على شركات توزيع الأدوية بالجملة<sup>1</sup>.

يشهد قطاع الأدوية في تونس أزمة لا مثيل لها مسجلاً نقصاً ملحوظاً في أدوية أساسية وحيوية أو ندرة البعض منها في ما يتعلق بالمخزون . وفي هذا الإطار وجدت الصيدلية المركزية للبلاد التونسية المورد الوحيد للدواء في تونس نفسها في حرج كبير بما أن المزودين باتوا لا يرغبون في تلبية طلباتها بسبب تأخرها في تسديد ما عليها من مستحقات مالية لفائدة هؤلاء المزودين وكذلك عجزها عن استخلاص ديونها لدى أهم حرفائها على غرار المستشفيات العمومية والصندوق الوطني للتأمين على المرض حيث تبلغ تلك الديون حوالي 880 مليارات ( 440 ملياراً لكل منهما تقريباً ).

وتمثل الأدوية التي سجلت نقصاً واضحاً في السوق الأدوية المستوردة أساساً والتي لا نستطيع صناعة الجينية (génériques) منها في تونس.

ومن جهة أخرى فإن الصناعة الصيدلانية التونسية وهي صناعة ذات قيمة عالية وتغطي أكثر من 50 بالمائة من احتياجات السوق التونسية ويبلغ رقم معاملاتنا نحو 700 مليون دينار وتشغل 6000 شخص نصفهم من الكوادر الحاصلين على شهادت عليا وتصدر بما قيمته 60 مليون دينار نحو 20 بلدا إفريقيا تجد نفسها اليوم مهددة باختيار بظيء وربما لا رجعة فيه ومكبلة بجملة من التشريعات والقوانين التي تضيق عليها الخناق كل يوم إلى درجة قد تجسب معها أنفاسها . وعلى هذا الأساس فإن التحديات التي يتحتم على الصناعة الصيدلانية التونسية مواجهتها كبيرة ومهمّة جدا ومنها بالخصوص تراجع قيمة الدينار وانحداره إلى أسوأ مستوياته وتراجع التصدير والبطء في الحصول على التراخيص اللازمة لتصنيع الدواء وتسويقه (AMM) والشروط الجديدة المفروضة على الأدوية في إطار مفاوضات التبادل الحرّ (ALECA) وغيرها...

<sup>1</sup> محمود عباس، الصناعات الصيدلانية في تونس في مواجهة التحديات، منتدى حقائق الطبي العالمي، تونس، 28 و 29 جوان 2020، ص89.

وأمام هذا الوضع المزري وأمام أزمة الدواء التي تمسّ المواطن التونسي مباشرة في أعلى ما عنده وهو صحته لم يعد متاحا لنا أو مسموحا بأن نبقي سلبين.

وعلى هذا الأساس من الضروري جدا الإعلان عن هذا النقاش على أوسع نطاق وتشريك مختلف الفاعلين في الميدان على غرار الإدارة والصيدلية المركزية للبلاد التونسية والصناعات الصيدلانية المحلية ومتعددة الجنسيات والمهنيين في القطاع الصحي ومستهلكي الدواء ووسائل الإعلام والمسؤولين السياسيين وغيرهم.

ولهذه الأسباب فإن المنتدى الطبي الدولي لمجلة " حقائق " أخذ على عاتقه المبادرة من خلال تنظيم ندوة تحت عنوان : " الصناعات الصيدلانية في تونس في مواجهة التحديات " التي تستضيفها مدينة الحمامات يومي 28 و 29 جوان الجاري تحت إشراف رئيس الحكومة يوسف الشاهد.

وتهدف هذه الندوة أساسا إلى دراسة الأسباب الحقيقية لأزمة قطاع الدواء في تونس وخاصة اقتراح الحلول للخروج من هذا الوضع من أجل أن نضمن للمواطن التونسي حقّه في تناول أدوية ذات جودة هامة. وللتذكير فإن لمجلة " حقائق " قصة طويلة مع الكفاح من أجل الصحة ... قصة غنية بتجربة 20 سنة من الندوات الطبية والمنتديات واللقاءات الدولية . فمنذ أكثر من 20 سنة تعتبر " حقائق " أنه بالإضافة إلى دورها الإعلامي الكلاسيكي عليها أن تكون محرّكا للأفكار كفاعل في المجتمع المدني . وهي تريد أيضا أن تفضي هذه الجهود إلى اهتمام أكبر وتفكير أعمق في الرهانات التي تواجهها بلادنا ولعل من أهمّها الصحة.

وقد أفضى هذا الإهتمام الحقيقي بالصحة إلى خلق تظاهرة علمية وطبية سنوية عالمية وموثوق بها هدفها الأساسي الدفع نحو الحوار حول المسائل الكبرى المتصلة بالسياسة الصحية في تونس وفي إفريقيا ... ومن هنا ولدت " ندوة حقائق الطبية الدولية. "

وقد تم التطرّق في مناسبات عدّة إلى مواضيع على غاية من الأهميّة على غرار " الصناعة الدوائية في تونس والتصدير: المثال الإفريقي " أو " التحديات و آفاق التغطية الصحية في المغرب العربي " أو " الإستعمال العقلاني للمضادات الحيوية " أو " الأدوية الجنيسة " وغيرها من المواضيع المتعلقة بالصحة . ولم تكتف " حقائق " بدفع الأطراف الفاعلة نحو مناقشة هذه المواضيع فقط بل جعلتها تجد أطيب الصدى ليس فقط لدى المهنيين في القطاع الصحي بل لدى الجمهور الواسع وصنّاع القرار .

## المطلب الرابع: نظام التأمين

يحتل قطاع الضمان الاجتماعي مكانة متميزة ضمن السياسة الاجتماعية لتونس باعتباره رافدا للتنمية الاقتصادية والاجتماعية وأحد العناصر الأساسية للمحافظة على السلم الاجتماعية من خلال تكريس قيم التضامن والتآزر بين مختلف الأجيال والفئات وتحسين مستوى عيش الأفراد والأسر ودعم أواصر الاستقرار والتماسك الاجتماعي. وترتكز السياسة الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي على المبادئ التالية:

- توسيع التغطية الاجتماعية لتشمل كافة الفئات المهنية مع العمل على تحسين التغطية الفعلية للفئات الخاضعة.
- تحسين المنافع المسداة والتقريب بين أنظمة الضمان الاجتماعي مع المحافظة على توازنها المالية.
- المحافظة على المبدأ التوزيعي التضامني.

## أولا. لمحة تاريخية لنظام التأمين في تونس

ظهر أول نظام للتغطية الاجتماعية بتونس في أواخر القرن 19، حيث تم إحداث سنة 1898 نظام الحيغة الاجتماعية لموظفي الدولة الذي أرسى نظام تقاعد لفائدة هؤلاء الموظفين<sup>1</sup>. وقد تم الإهتمام قبل الإستقلال بالقطاع العمومي وشبه العمومي وذلك من خلال إحداث منحة لفائدة الأسر سنة 1918، وإحداث نظام للحيغة الاجتماعية لموظفي الدولة يغطي الأمراض الثقيلة والعمليات الجراحية سنة 1951، وإحداث نظام تقاعد وحيغة اجتماعية لفائدة أعوان المنشآت المسيرة مرفق عمومي (الكهرباء، الغاز، النقل) سنة 1948.

أما في القطاع الخاص، فقد شمل التشريع الفرنسي المتعلق بجبر الأضرار الناتجة عن حوادث الشغل التراب التونسي (سنة 1921)، إلى جانب إرساء نظام للمنح العائلية في القطاع المهيكل. ومنذ الإستقلال، عرف قطاع الضمان الاجتماعي انطلاقة نوعية باعتبار صدور العديد من النصوص التشريعية والترتيبية التي مكنت من توسيع التغطية الاجتماعية لتشمل جل السكان النشيطين.

ويرتكز هذا التوسيع على مبدأ هام يتمثل في إحداث نظام ضمان اجتماعي يراعي القدرات التمويلية لكل فئة مهنية ويضمن لهم على الأقل المنافع الاجتماعية الدنيا (تغطية صحية، شيخوخة، عجز، باقين على قيد الحياة،

<sup>1</sup> الجمهورية التونسية، وزارة الشؤون الاجتماعية

<http://www.social.gov.tn/index.php?id=49>

حوادث الشغل والأمراض المهنية. مي، سحب أنظمة الضمان الاجتماعي الخاصة بأعوان الدولة والجماعات العمومية المحلية والمؤسسات ا

وقد تم في القطاع العمومي ذات الصبغة الإدارية على أعوان المؤسسات العمومية غير الإدارية والمنشآت العمومية التي تحدد قائمتها بأمر. وبذلك كرس القانون عدد 12 لسنة 1985 المؤرخ في 5 مارس 1985 المتعلق بنظام الجرايات المدنية والعسكرية للتقاعد والباقيين على قيد الحياة في القطاع العمومي مبدأ التغطية الاجتماعية لكل الأعوان العموميين .

أما في القطاع الخاص، فبعد أن اهتم نظام الضمان الاجتماعي سنة 1960 بالأجراء في القطاع غير الفلاحي، تم تعميم التغطية الاجتماعية لتشمل: الطلبة (سنة 1965)، الأجراء الفلاحيين (سنة 1985)، العملة غير الأجراء في القطاعين الفلاحي وغير الفلاحي (سنة 1982)، بعض الأصناف من العملة في القطاعين الفلاحي وغير الفلاحي المتمثلة في عملة المنازل وصغار البحارة وصغار الفلاحين والحرفيين العاملين بالقطعة (سنة 2002)، الفنانين والمبدعين والمثقفين (سنة 2002).<sup>1</sup>

بالنسبة للعملة التونسية بالخارج، فقد تم تدعيم الحقوق الاجتماعية لهذه الفئة من خلال إبرام 14 اتفاقية ثنائية في مجال الضمان الاجتماعي مع البلدان التالية: فرنسا، بلجيكا، هولندا، اللكسمبورغ، ألمانيا، إيطاليا، النمسا، ليبيا، المغرب، الجزائر، مصر، موريطانيا، إسبانيا، البرتغال.

وتكرس كل هذه الاتفاقيات مبدأ المساواة في المعاملة مع مواطني بلدان العمل ومبدأ حرية تصدير المنافع إلى البلد الأصلي. وبالنسبة للعملة التونسية بالبلدان التي لا تربطها بتونس اتفاقية في مجال الضمان الاجتماعي، فقد تم إحداث نظام ضمان اجتماعي اختياري سنة 1989 يغطي منافع العلاج المسداة لفائدة العامل وأفراد عائلته المتبقين بتونس بالإضافة إلى التقاعد (شيخوخة وعجز ووفاة). وقد تم بمقتضى هذا النظام توفير التغطية الاجتماعية المتلائمة مع وضعية العملة الأجراء وغير الأجراء الذين يشتغلون ببلدان مختلفة بالشرق الأوسط وأوروبا وأمريكا.

## ثانيا. هياكل الضمان الاجتماعي

- الصندوق الوطني للتقاعد والحياة الاجتماعية الذي يتولى تأمين التغطية الاجتماعية لأعوان الوظيفة العمومية والقطاع العمومي بصفة عامة.

<sup>1</sup> الجمهورية التونسية، وزارة الشؤون الاجتماعية

<http://www.social.gov.tn/index.php?id=49>

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الذي يسهر على توفير التغطية الاجتماعية لأعوان القطاع الخاص (من الأجراء وغير الأجراء العاملين في مختلف قطاعات النشاط).
- الصندوق الوطني للتأمين على المرض الذي يدير مختلف أنظمة التغطية الصحية للمضمونين الاجتماعيين للقطاعات العمومي والخاص وإسناد منح المرض والأمومة ويتولى كذلك إدارة أنظمة جبر الأضرار الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية.
- مركز البحوث والدراسات في مجال الضمان الاجتماعي الذي تولى إجراء البحوث والدراسات المتعلقة بأنظمة الضمان الاجتماعي.

ثالثا. الأنظمة القانونية للضمان الاجتماعي: تشمل الأنظمة القانونية للضمان الاجتماعي الفئات التالية:

- الأجراء غير الفلاحيين في القطاعين العمومي والخاص
  - الأجراء الفلاحيون
  - الصيادون البحريون
  - العملة غير الأجراء في القطاعين الفلاحي وغير الفلاحي
  - عملة المنازل وعملة الحضاير والحرفيين الذين يشتغلون بالقطعة
  - الفنانون والمبدعون والمتقنون
  - الطلبة وحاملو الشهادات العليا والمتربصون
  - العملة التونسيون بالخارج
- رابعا. المنافع المسداة: تتمثل المنافع المسداة في مجال الضمان الاجتماعي، حسب خصوصيات كل نظام، في

ما يلي:

- المنافع العائلية
- المنح النقدية عند المرض أو الوضع أو الوفاة
- التغطية الصحية
- جناية الشيخوخة والعجز والباقيين بعد وفاة المنخرط
- رأس المال عند الوفاة
- جبر الأضرار الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية

كما يتولى كل من الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تقديم خدمات تكميلية تتمثل في إسداء قروض اجتماعية (شخصية ولاقتناء سيارات وسكن) وقروض جامعية، في ما يتولى الصندوق الوطني للتأمين على المرض إسداء المنح والقروض المتعلقة بالصحة والسلامة المهنية.

وفي إطار معاضدة الجهود الوطني للتنمية يعمل قطاع الضمان الاجتماعي على توفير خدمات تهدف خاصة إلى المساهمة في دفع التشغيل والاستثمار والإحاطة الاجتماعية.

**خامسا. لإصلاحات الكبرى:** تتمثل الإصلاحات الكبرى التي تم تحقيقها في مجال الضمان الاجتماعي في:

- مراجعة نظام جبر الأضرار الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية في القطاع الخاص تم من خلاله توسيع التغطية وتحسين المنافع وتبسيط الإجراءات الإدارية والقضائية بالإضافة إلى إحداث واجب اتخاذ الإجراءات اللازمة في مجال الوقاية من المخاطر المهنية من قبل المؤجر مما يعزز احترام مقومات العمل اللائق ويحفز العمال على مزيد البذل والمثابرة.

- إحداث نظام جديد للتأمين على المرض يندرج في إطار دعم المكاسب والإنجازات التي تحققت في مجال التأمين على المرض وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمضمونين الاجتماعيين وأولي الأمر منهم.

**سادسا. الرقي بطرق التصرف:** تعمل صناديق الضمان الاجتماعي على الإرتقاء بجودة خدماتها من خلال تقريب هذه الخدمات من المضمونين الاجتماعيين وذلك خاصة عن طريق إحداث مكاتب جهوية ومحلية على كامل ولايات الجمهورية.

وفي نفس السياق تم على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إحداث فرق متنقلة ببعض لفائدة المضمونين الاجتماعيين القاطنين خاصة بالجهات الساحلية والداخلية.

وفي إطار السعي إلى تحسين الخدمات وتقليص آجال إسدائها تواصل صناديق الضمان الاجتماعي تدعيم لامركزية التصرف في الأنظمة التي تديرها<sup>1</sup>.

من جهة أخرى وقصد تطوير أساليب التعامل مع المواطن والمؤسسة وإرساء إدارة عصرية تواكب نسق التطور تم اتخاذ العديد من الإجراءات على غرار إحداث موقع واب لكل صندوق وإرساء منظومة التصريح بالأجور ودفع المساهمات عن بعد من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذ سنة 2005.

<sup>1</sup> الجمهورية التونسية، وزارة الشؤون الاجتماعية

<http://www.social.gov.tn/index.php?id=49>

### المبحث الثالث: المنظومة الصحية المغربية

#### المطلب الاول: اصلاح المنظومة الصحية

أولاً . التطور التاريخي للمنظمة الصحية المغربية: تعود بدايات تأسيس النظام الصحي المغربي إلى عام 1925 بإنشاء مصلحة الصحة العاملة ، وبحلول سنة 1951 تم إنشاء وزارة الصحة كجهاز متخصص يتولى الإشراف على كافة الشؤون الصحية<sup>1</sup>، تلتزم المغرب بتوفير خدمات صحية مجانية لسكانها حيث تتكفل وزارة الصحة بتوفير 60% من جمالي الخدمات الصحية المقدمة خالية من الرسوم من خلال 13 مديرية فرعية للصحة، كما يتم توفير 20% من الخدمات الصحية المجانية ، أما النسبة المتبقية فيتم توفيرها من طريق هيئات غير حكومية<sup>2</sup>، تتماز حصة الفرد المغربي من النفقات الصحية بالارتفاع (992 درهم) بالمقارنة مع باقي الدول العربية (الجزائر، تونس، مصر) وتنفق المملكة في سبيل ذلك 3.8% من ناتجها الداخلي خام.

ورغم التطور الجيد والواضح في الخدمات الصحية بالمملكة إلا أن هناك مجموعة من المؤشرات التي تدل على قصور في النظام الصحي المغربي منها<sup>3</sup>:

- تفاوت معدلات الخدمة الصحية بين المناطق.
- نقص في إمكانيات التأطير الطبي للمعاقين وعدم إيجاد برنامج لمكافحة الأمراض المعدية.
- صعوبة تطبيق معايير الجودة بسبب عدم اكتمال البنية التحتية، كما لا يزال 22% من مستشفيات وزارة الصحة و80% من مراكزها الصحية في مباني مستأجرة وغير ملائمة.
- ارتفاع ديون وزارة الصحة في ظل عدم وجود أسس واضحة المعالم لتحديد موازنات النظام الصحي
- عدم وجود معلومات صحي مترابط وكذا دليل موحد لأنظمة العمل.

<sup>1</sup>موقع وزارة الصحة المغربية:

(الاطلاع: 2015/06/28) <http://www.moh.gov.sa/Ministry/About/Pages/default.aspx>

<sup>2</sup>Fahd Mohammed Albejaidi, Healthcare System in moroco : An Analysis of Structure, Total Quality Management and Future Challenges, Journal of Alternative Perspectives in the Social Sciences, Vol 2, No 2, School of Rural Medicine, University of New England (Australia), 2010, p799.

<sup>3</sup>موقع وزارة الصحة المغربية:

(الاطلاع: 2015/06/27) [http://www.kau.edu.sa/Files/0000375/Subjects/المنظومة\\_الصحية\\_في\\_20%في\\_20%المملكة.pdf](http://www.kau.edu.sa/Files/0000375/Subjects/المنظومة_الصحية_في_20%في_20%المملكة.pdf)

ثانياً. سياسات إصلاح النظام الصحي بالمغرب ونتائجها: اتخذت المغرب إستراتيجيتين أساسيتين اللتان من شأنهما-حسب وجهة نظرة وزارة الصحة- تطوير وتحسين منظومتها الصحية نذكر منها:

- إتباع إستراتيجية بناء المدن الطبية بالمحافظات على غرار مدينة الطيبة التي تعتبر من أكبر المجمعات الطبية والأسرع بسعة إجمالية تقدر ب: (1095) سريرا، وتضم أربعة مستشفيات لعلاج أكثر من 110.000 مريض<sup>1</sup>.

وكنتيجة للسياسات السابقة فقد اقتربت وزارة الصحة المغربية من المعدل الأوروبي في عدد الأسرة مقارنة بعدد السكان والبالغ 3.4 سرير لكل ألف من السكان، وذلك بتدشينها 45 مستشفى خلال العامين المقبلين (2015-2016) وتطمح لإنجاز 140 مستشفى خلال الخمس الأعوام القادمة، ويُقدر إجمالي عدد الأسرة التابعة لوزارة الصحة حالياً نحو 38 ألفاً و970 سريرا، وخلال السنوات الخمس المقبلة ستشهد مناطق المغرب إضافة كبيرة في عدد الأسرة ليصبح إجمالي عدد الأسرة بوزارة الصحة نحو 73 ألفاً و678 سريرا في 357 مستشفى بعد استكمال المشاريع الجديدة وتشغيلها<sup>2</sup>.

### المطلب الثاني: المؤشرات الصحية

**1. العمر المتوقع للحياة:** إرتفع متوسط العمر المتوقع للحياة في المغرب من حوالي 100 سنة ويلاحظ في هذا الصدد وذلك بفضل اكتشافات الطب الحديثة مثل التطعيم الذي حمى أطفالنا والمضادات الحيوية وعلاجات الأمراض المزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم وغيرها من أمراض كانت تقتل في السابق الآلاف. حيث قدر معدل حياة الذكور بالمغرب ب 70 أما بالنسبة للإناث 74 وقدر متوسط الخمسين ب 72. مما يدل على ان متوسط عمر حياة النساء اطول منه عند الرجال وهذا راجع الى مشاركة الرجال في الحروب و كون الرجال أكثر عرضة لحوادث العمل الخطرة مقارنة بالنساء.

**2. معدل وفيات الأطفال الرضع:** يعتبر المغرب بلداً متوسط الدخل، وقد شهد في العقود الأخيرة تحولات كبيرة مع تقدم ملحوظ في العديد من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية. يبلغ عدد سكان المغرب حوالي 35 مليون نسمة، ثلثهم تقريباً من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 17 عاماً.

<sup>1</sup>موقع وزارة الصحة المغربية

<https://www.kfmc.med.sa/AR/AboutUS/Pages/default.aspx> (الاطلاع: 2015/06/27)

<sup>2</sup>تركبي الدوسري، الصحة المغربية تقترب من المعدل الأوروبي في الرعاية، مقال منشور بموقع العربية

[www.alarabiya.net/ar/saudi-today/2014/01/25/](http://www.alarabiya.net/ar/saudi-today/2014/01/25/) (الاطلاع: 2015/06/27)

يوضح تحليل وضعية الأطفال في المغرب 1 أنه على الرغم من التقدم المحرز، لا يزال هناك العديد من التحديات التي يتعين مواجهتها من أجل تحقيق عدالة أفضل في أعمال حقوق الطفل. وفي مجالات البقاء على قيد الحياة والصحة والتغذية على سبيل المثال، انخفض معدل وفيات الرضع والأطفال من 47 إلى 22.16 حالة وفاة لكل ألف مولود حي بين عامي 2003 و 2018، وزاد معدل الولادات بمساعدة مهنين من 6.73% إلى 86.6% بين عامي 2011 و 2018، وانخفض نقص الوزن من 3.1% إلى 2.9%. ومع ذلك، فقد أثرت هذه التحسينات على شتى مناطق المغرب وعلى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية بشكل مختلف، ولا يزال الأطفال الذين يعيشون في المناطق القروية وغير الساحلية أو ينتمون إلى أفقر شرائح المجتمع في أوضاع جد صعبة: في 2018، بلغ معدل وفيات الرضع والأطفال في المناطق القروية 25.99 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، مقارنة بـ 18.81 حالة فقط في المناطق الحضرية؛ وتختلف النسب المئوية للولادات بمساعدة مهنين بين 96.6% في المناطق الحضرية و 74.2% في المناطق القروية.

**3. معدل الخصوبة:** سجل انخفاض الخصوبة في المغرب بشكل ملحوظ منذ بداية الستينيات؛ إذ انتقلت من 2.7 أطفال لكل امرأة عام 1962 إلى 28.3 قبل، عام 2010 عام 2.19 ثم عام 2004 عام 2.47 ثم عام 1994 عام أن تعرف استقراراً نسبياً عند 20.2 طفل لكل امرأة عام 2014. و بخصوص التوزيع الجغرافي للخصوبة، بأنه في المجال القروي، انخفضت الخصوبة من 91.6 عام، عام 2004 عام 3.06 إلى ثم، عام 1994 عام 4.25 إلى 1962

و لوحظ انخفاض الخصوبة إلى عاملين رئيسيين: الأول تراجع سن الزواج الأول، والذي انتقل في المتوسط من 3.17 عاماً عند النساء في 1960 إلى 7.25 عاماً في 2014. والعامل الثاني يتمثل في الدور الهام الذي تلعبه وسائل منع الحمل، الذي كان يقدر استخدامها لدى النساء بـ 4.19 في المائة في بداية سنوات الثمانينيات، ولم يتوقف عن الارتفاع حتى بلوغ 8.70 في المائة عام 2018. وبحسب التقرير، فإن سن الزواج الأول عند المرأة يتغير وفق الظروف من خلال الاستجابة للأزمات، خصوصاً أزمات القوام أو الظروف الاقتصادية المواتية، وتنخفض الخصوبة أو تزيد تبعاً لذلك. وهكذا، تلاشت الزيادة الإجمالية في سن الزواج الأول عند المرأة المغربية منذ عام 2004، وانخفضت من 3.26 عاماً في 2018. في عام 25.5 و 2014 في عام 25.7 إلى 2004 ولاحظ التقرير أن هذا الانخفاض عند النساء القرويات انتقل من 5.25 عاماً في 2004 إلى 8.24 عاماً في 2014 و 9.23 عاماً في 2018. في المقابل، بالنسبة للمرأة الحضرية، تم تسجيل بداية تصاعد سن الزواج الأول في 2018، وانتقل من 1.27 عاماً في 2004 إلى 4.26 عاماً في 2018. في عام 26.6 و 2014.

## المطلب الثالث: السياسة الصيدلانية

تتميز السياسة الدوائية في المغرب بعدة نقاط ضعف، من بينها نقص في التأطير والتشريع، غياب المنافسة بالنسبة للصناعة الدوائية، بحيث أن 4 شركات من بين 30 شركة دواء، تحتكر 44 في المائة من سوق الأدوية، التهرب الضريبي والأدوية المهربة. وتشكل السياسة الدوائية فرعا من السياسة الصحية، التي تتبلور وتندمج في إطار السياسة الاجتماعية للنهوض بالصحة الجسدية، والنفسية، والسكنية، والمهنية، للمواطن<sup>1</sup>. وتعتبر الأدوية محورا أساسيا في كل سياسة صحية لأي بلد، و لا يجب اختزالها في التسعيرة الدوائية، وهي تشكل 40 في المائة من الإنفاق الصحي في المغرب، بحيث لا يتعدى استهلاك المغربي من الدواء 400 درهم في السنة في حين أن 5/3 من الأدوية التي يجب اقتناؤها بالوصفة الطبية تستهلك بدون وصفة طبية السياسة الدوائية يجب أن تتبلور باتفاق بين الفاعلين الأساسيين في القطاع، وخاصة الأطباء الذين يلعبون دورا أساسيا ومحوريا في عملية توصيف الأدوية والعلاج عموما، وكذلك الصيادلة، وجمعيات المستهلكين. كما ينبغي أيضا أن تتمتع أعمال اللجان وفرق العمل المكلفة بالترخيص للأدوية قصد ترويجها في السوق المغربي، بالشفافية والاستقلالية، مع إرساء نظام لتفتيش .

في نفس السياق نسجل الملاحظات التالية التي نعتبرها ضرورية لتحفيز وتحسين السياسة الدوائية في بلادنا،

ومنها:

- أن تحرص الإجراءات المرجعية للأدوية على السلامة والفعالية والنجاعة
- إرساء قانون لتسجيل المستحضرات الصيدلانية البيولوجية، والبدائل البيولوجية، ومنتجات الطب الموازي، العلاج بالنباتات، والطب التقليدي. تنظيم الحالات المرتبطة بالقيام بأبحاث محلية لاستطلاع النجاعة. إرساء استراتيجية لتزويد السوق.
- إرساء لائحة للأدوية الإستراتيجية التنصيب على حجم الأدوية التي يجب تخزينها لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.
- تنظيم لجنة متابعة تخزين الأدوية للوقاية من الانقطاعات في السوق تشجيع الشركات على تصنيع المواد الخام والأدوية الاستراتيجية.
- التحفيز على التصنيع المحلي للأدوية الاستراتيجية ضد السرطان والمستحضرات البيولوجية والبدائل الحيوية بما فيها اللقاحات. تحفيز الصناعة الدوائية على التنظيم في تجمعات اقتصادية.

<sup>1</sup> د.مرابط مصدق، السياسة الدوائية في المغرب، في عالم الادوية، المغرب، العدد 197. 2 فبراير 2004، ص96

- تشجيع التصدير الدوائي.
- تمثيل الأطباء والصيدالة في اللجان الاقتصادية ولجان الشفافية والحرص على استقلاليتها .
- الرفع من المنافسة في الصناعة الدوائية.
- تنظيم ترويج الأدوية .
- إرساء سياسة إرادية لتشجيع وترويج الأدوية الجنيسة.
- إرساء دليل للأدوية الجنيسة وكيفية الولوج إليها. إرساء دليل للمعادلة العلاجية
- تحفيز الأطباء
- إرساء أبحاث لرصد بعض الأدوية الجنيسة بعد توظيفها في السوق من طرف لجان علمية مستقلة. إرساء مرجعيات لتفتيش المختبرات الدوائية مع تكوين الصيدالة المفتشين
- إرساء مرجعيات وطنية للشهادة الوطنية للمؤسسات الدوائية مع التعاون مع وزارة الصناعة - الحرص على الولوجية الجغرافية والاقتصادية والثقافية للأدوية - الحرص على الاستعمال الجيد للأدوية بواسطة التكوين والتعريف بالأدوية - تخصيص تمويل عمومي للأنشطة التكوينية والتعريفية بالأدوية - إرساء سياسة تكاليف الأدوية وليس سياسة الأثمنة . إرساء نظام المعادلة الإجبارية للبرمجيات.
- وفي الختام، نعتبر أن السياسة الدوائية يجب أن تتبلور في إطار نظرة شمولية للصحة في المغرب، وذلك عبر تنظيم مناظرة وطنية يشارك فيها جميع الفاعلين والمهنيين والمختصين في الاقتصاد الطبي لجعل قطار الصحة في بلادنا يأخذ سكتته الصحيحة

#### المطلب الرابع: نظام التأمين

يتولى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في القطاع الخاص لفائدة 6.083 ملايين شخص مؤمن لهم وذوي حقوقهم.

كما عهد إلى هذا الصندوق منذ يونيو 2017، بتدبير نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنة حرة، ومن المتوقع بعد دخول هذه التغطية حيز التنفيذ أن يصل عدد العمال المستقلين المؤمن لهم وذوي حقوقهم حوالي 11 مليون شخص، والعدد الإجمالي للمؤمن لهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إلى 17 مليون شخص. وحتى اليوم مازالت أكثر من 3400 مقالة من بين المقاولات المفترض خضوعها لنظام التأمين الإجباري عن الصحي عن المرض، المدبر من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، لم تلتحق بهذا النظام على الرغم من دخول القانون بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية حيز التنفيذ، علماً أن

المادة 114 من هذا القانون تمنح لهذه المقاولات فترة انتقالية قبل الانتقال نحو نظام التغطية الصحية الأساسية وضمان تغطية صحية تكميلية لمأجوريها بشكل إختياري إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، وإما في إطار صناديق داخلية، وتشغل هذه المقاولات 21% من الأجراء المؤمن لهم من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في إطار نظام معاشات التقاعد، وتمثل كتلة أجراء تبلغ 53.1 مليار درهم. ويمكن تدبير التأمين عن المرض لفائدة هؤلاء الأجراء شركات التأمين الخاصة من تحصيل أقساط تأمين وصلت في سنة 2016 إلى 3.65 ملايين درهم، أي ما يمثل 10% من إجمالي الأقساط وما يعادل 17% من إجمالي أقساط التأمينات (غير تأمينات الحياة) وتمثل المقاولات التي لم تنضم إلى نظام التأمين الإلزامي الأساسي عن المرض بموجب المادة 114 من القانون رقم 65.00 أقل من 2% من مجموع المقاولات المنخرطة في نظام التأمين الإلزامي الأساسي عن المرض لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بيد أن المبلغ الذي تدفعه هذه المقاولات لشركات التأمين الخاصة يمثل أكثر من ربع واجبات الاشتراك التي يتولى الصندوق تحصيلها في إطار التأمين الإلزامي الأساسي عن المرض.<sup>1</sup>

وهناك العديد من أنظمة التأمين التي تديرها شركات التأمين الخاصة، على هامش القانون، وتغطي فئات مختلفة من السكان (الشيوخ والمقدمون والأئمة والفنانون وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير) تصنف ضمن الفئات الخاصة وتضم هذه الفئات 344 ألف مستفيد، عهد بتدبير تأمينها الصحي منذ يوليو 2007 إلى شركة تأمين خاصة .

إبتداءً من 1 مارس 2020، بدأ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على العمل بنظامي التأمين

الإلزامي الأساسي عن المرض والمعاشات بالنسبة لفئات: العدول، والمولدات، والمروزيين الطبيين.

<sup>1</sup> التغطية الصحية والتقاعد لفائدة العدول". مؤرشف من الأصل في 6 مايو 2020.

## خلاصة الفصل:

ان التنمية الصحية واستدامتها تتطلب اولا تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية ذات الصلة بحياة السكان، التي تؤثر بشكل كبير على حياة الأفراد، ما يلاحظ على واقع التنمية الصحية ورغم التطور الذي شهدتها في السنوات الاخيرة إلا انها لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول، نظرا للعديد من العوامل التي أثرت سلبا على تطورها لعل أهمها ضعف مخصصات تمويل المؤسسات العناية الصحية مقارنة بالدول المتقدمة والعديد من الدول العربية، كما ان النظام الصحي في دول المغرب غير قادر على الاستجابة لحاجات الأفراد الصحية سواءا من حيث الكم او النوع بسبب قلة الهياكل الصحية وسوء توزيعها.

خاتمة عامة

و في الأخير تبين أن إختبار فعالية إستراتيجيات التصميم المستدام المقترحة، وكذلك في صنع القرار، ولا سيما في مجالات الصراع بين الشفاء والمدخل الخضراء. وذكر معظم المستجوبين إن البحوث والعملية القائمة على الأدلة يمكن أن تساعد الزبائن من خلال التحقق من أفضل ممارسات الاستدامة. والتصميم القائم على الأدلة بأنه أداة واحدة لتوثيق النتائج المحسنة للتصميم المستدام كعامل في تعافي المرضى وإنتاجية العمال. والأدلة التجريبية التي تساعد على تقييم الإستراتيجيات المستدامة سوف تفيد الأفراد بشكل كبير، وإن أبحاث التي تربط بين الإستراتيجيات المستدامة ونتائج المرضى يمكن أن تساعد كثيرا في تمهيد الطريق أمام الرعاية الصحية المستدامة في المستقبل. وإن الحاجة إلى بيانات إثبات فوائد الإستراتيجيات المدججة التي يمكن إستعمالها في المشاريع المستقبلية(20) هي إتجاه متزايد ومتوقع في التصميم المستدام. ومن شأن إجراء تحليل أكثر تعمقا، بما في ذلك عمليات المحاكاة وتقييمات شغل الوظائف، أن يوضح الحلول المناسبة. ويمكن أن تحول التصميم قائم على الأدلة وتيرة تطورات الاستدامة من خلال توضيح قيمه التعديلات المختلفة. وقد بدأ هذا ألتجاه بالفعل سيستمر في النمو، والبيانات التي تم جمعها من مدخل التصميم القائم على الأدلة سوف يساعد على إظهار العائد على الإستثمار من ميزات الاستدامة، وإنه عندما تتكامل مفاهيم الصحة الفردية في بعته منظمه الرعاية الصحية مع الصحة المجتمعية، وحتى الصحة العامة، فأن تصميم قائم على الأدلة هي الوسيلة لإختيار النتائج غير الملموسة المعقدة.

أصبح تحقيق التنمية المستدامة الشغل الشاغل للعديد من الدول فتم عقد العديد من المؤتمرات الدولية أحرها بباريس سنة 2015، و جاءت أغلب قرارات هذه المؤتمرات تنادي بترشيد استهلاك الموارد الطبيعية و الطاقوية و الاعتماد على الطاقات المتجددة للحفاظ على الكوكب.

و رأي دول المغرب العربي نفسه الرأي العالمي، فرغم التشارك في نفس المساحة الجغرافية و الأهداف إلا أن هناك اختلاف في الاستراتيجيات المسطرة لهته الدول نظرا لاختلاف المساحة وتوزع الموارد والتوجهات السياسية.

### الإستنتاجات

ومن اهم النتائج التي تم التوصل اليها ما يلي:

من خلال التحليل للبيانات تبين إن ألتجاهات الحالية الإقتصادية وألجتماعية والبيئية تشير إلى ضرورة كبرى هي التعجيل بحركة ألتدامة في مجال الرعاية الصحية. والتمست مدخل فعال وعملية للتعجيل بألتدامة في مجال الرعاية الصحية وهي صناعه التخطيط والتصميم. وينبغي مواصلة هذه المناقشة المتعمقة، التي أسفرت عن العديد من الحلول المحتملة، بمشاركة أصحاب القرار الرئيسيين في العمليات والإدارة، بالإضافة إلى المستخدمين) اي مقدمي

الرعاية والفراد)، والاجتمع، وألساتذة. وتعني الأستدامة في ممارسه الرعاية الصحية التركيز على المعني الواسع لأستدامة من خلال شمول الجوانب البيئية والاجتماعية والإقتصادية والصحية.

وهناك حاجة إلى الألتصال الواضح بين جميع أصحاب القرار من التصميم والتخطيط والبناء إلى العمليات والأشغال لتحديد الأهداف في وقت مبكر ولتنفيذ وتقييم إيصال النتائج، مما يساعد على تسهيل إتجاهات إستدامة الرعاية الصحية. ويقتصر القسم النوعي من هذه الدراسة على التغذية المرتدة من مجموعة واحده من أصحاب القرار، وعلى الرغم من الوعي المتزايد بفوائد المرافق المستدامة، فأن التحديات التي تواجه معالجه القضايا الخاصة بمجال الرعاية الصحية قد أثقلت كاهل الحركة. ونظرا للطبيعة الحرجة والمعقدة للرعاية الصحية التي تكون فيها الوظيفة العالجية والسرعة وقضايا السلامة هي الأهم، وستظل بيئات الرعاية الصحية المستدامة قادره على المنافسة في السوق المستقبلية من خلال خفض التكاليف ودعم بعثات الصحة والشفاء الخاصة بالمرضى. وقد كان تكيف الاستراتيجيات والتمانيات مع انخفاض التكاليف ومستويات التعقيد فعال وسيظل كذلك.

### التوصيات

يمكن أن تساعد المنهجية المقترحة في استكشاف وتحديد الاتجاه البحثي لتصميم المستدام للرعاية الصحية. ويمكن التركيز بشكل أوضح على تحديد ثغرات البحث إعطاء إتجاهات البحث في المستقبل. ونحن بحاجة إلى استكشاف الإتجاهات البحثية وتحديد المجموعات من أجل تعزيز البحوث المتعلقة بالتنمية المستدامة في المستقبل. واعتمادا على تلك النتائج فقد أوصي الدراسة بعدد من التوصيات هي:

- بناء إستراتيجيات وطنية للتصميم المستدام للرعاية الصحية واث التشارك في التصميم أغلب المنظمات وأفراد المجتمع والخبراء المعنيين بالتنمية المستدامة الصحية.
- إن التنمية المستدامة بإعتبارها ضرورة ملحة تقع عند نقطة الألتقاء بين البيئة والأقتصاد والمجتمع، لذلك تتحمل وسائل العالم مسؤولية جعل سكان العالم أكثر وعيا و إهتماما بالمخاطر البيئية وبالمشاكل المتعلقة بها، فبالعوض عن إيجاد الحلول للمشاكل الآنية والحيلولة دون نشوء مشاكل جديدة وهذا ال يتم إلا من خلال نشر الوعي البيئي.
- زيادة الوعي لدى الباحثين لتكثيف الجهد الرامي إلى تشجيع البحث العلمي لأستدامة الصحة والأستفادة من ثمار التقدم العلمي، والعمل بزيادة الوعي التكنولوجي والتقني الحديث طمعا في زيادة الإنتاجية التصميم المستدام للرعاية الصحي

- زيادة العناية بالصحة والعمل على إستصلاح ما يمكن إستصلاحه من المباني الصحية، و إمتلاك التكنولوجيا لتعظيم الأستفادة من الخبرات الوطنية.
- التوازن في إستهلاك الموارد الصحية ومراعاة الخبرة الوطنية، والإستعمال الأكثر كفاءة، ومراعاة الأطر الزمنية لمواعيد العمل.
- إن التقييم المتعمق الأثار الأستدامة وتحديد الروابط القائمة بين التصميم المستدام وبعثات مرافق الرعاية الصحية من شأنه أن يساعد في التغلب على الحواجز الثقافية والنفسانية وتعزيز الجهود الرامية إلى الأنتقال إلى اللون الأخضر.
- نظرا للقيود المتعلقة بتصميم الصحة و السلامة في مرافق الرعاية الصحية، فإن اتخاذ القرارات إستنادا إلى الأدلة المتاحة، ويمكن أن يساعد على تحديد أولويات الأستراتيجيات على أساس القيمة والنتائج.
- إنه توجد ثغره في البحوث أي ال ينظر في جميع المناظير المستدامة الثالثة لتنفيذ الأعمال التجارية. ويؤدي رسم الخرائط العلمية المستند إلى المقالات البحثية أيضا إلى استنتاج مفاده إن البحوث المتعلقة بالتنمية المستدامة تضع نمودجا بحثيا عن طريق التحسين وتقييم الأداء من أجل مسار مستدام.
- ليست هناك اشارة إلى البعد الاقتصادي فقط لوضع نموذج لالستدامة، إنما هناك أبعاد أخرى اقتصاديه وبيئية، لذا يدرس البعد البيئي مع البعد الاقتصادي عن طريق الممارسة البيئية، التي تسلط الضوء على تدابير واستراتيجيات الرقابة البيئية. ومع ذلك، فأن البعد الاجتماعي للبحوث المتعلقة بالاستدامة يتعلق بالمؤشرات الاجتماعية التي تؤدي دورا في قياس الأداء
- المشاكل والمعوقات التي يعاني منها القطاع الصحي تقع خارج قطاع العناية الصحية وبالتالي فان تحقيق تنمية صحية مستدامة قد يقترن بقطاعات اخرى ذات علاقة مباشرة والتاثير القوي على القطاع الصحي؛
- يمكن اعتبار الفعالية الاجمالية للقطاع الصحي نسبية بالنظر الى ايجابية المؤشرات الصحية المسجلة ، الا ان هذه النتائج لايجب ان تخفى جملة النقائص التي لا تزال تعانيها منظومتنا الصحية والتي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلا.
- ان مسألة التنمية الصحية المستدامة تتطلب مشاركة كافة الاطراف ذات العلاقة في عملية تخطيط وبناء نظام صحي ووضوح البرامج الكفيلة بالنهوض بالمستوى الصحي للجزائريين وتعزيز الشراكات المسولة والابتكارات في جميع القطاعات ذات الصلة بالصحة.

أفاق الدراسة:

من المفروض أن تسعى التنمية المستدامة إلى التوفيق بين الأبعاد الثلاثة الاقتصادية والاجتماعية والبيئية.

**أولاً: البعد الاقتصادي:** ويتعلق بإنتاج ما يغطي جميع حاجيات الإنسان الأساسية ويحسن رفاهيته ومستوى عيشه، وهذا يستدعي تطوير القدرات الإنتاجية والتقنيات المتاحة عبر دعم البحث العلمي وتحفيز المقاولات على الاستثمار، وتبني أساليب الإنتاج والإدارة الحديثة من أجل مضاعفة الإنتاجية.

**ثانياً: البعد الاجتماعي:** ويكون بضمان نمو مُدمج عبر توزيع عادل للثروة والموارد ومنظومة ضريبية عادلة، وإرساء نظام حماية اجتماعية يوفر الحق لجميع أفراد المجتمع بدون تمييز في الحصول على الخدمات الصحية وتأمينهم ضد أخطار الحياة.

**ثالثاً: البعد البيئي:** وذلك بالعمل على الحد من الآثار الضارة للأنشطة الإنتاجية على البيئة والاستهلاك الرشيد للموارد غير المتجددة، والسعي إلى تطوير استعمال مصادر الطاقة المتجددة وإعادة تدوير المخلفات.



قائمة المصادر :

بالغة العربية:

- الكتب

1. إحسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة، ط 1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1991
2. الإسكندرية، مصر، 1991
3. اطلال بن عايد الأحمدى: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز، الرياض، 2009
4. بيوييسالم ، مفهوم وهيكل برنامج الاعتماد المصر، المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، تقنية نظم المعلومات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 5-7 ديسمبر 2004 - تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لسنة 2012.
5. د. أيمن مزاهرة، د. عصام حمدي الصفدي، ليلي أبو حسين: علم اجتماع الصحة، دار اليازوردي، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2003،
6. د. سعيد عبد العزيز عثمان: قراءة في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة، دراسة نظرية تطبيقية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998.
7. د. إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دون ذكر سنة النشر.
8. د. إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية
9. د. سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999
10. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الصحية مكتبة المدينة ن القاهرة ، 2000.
11. عبد العالي دبله، الدولة الجزائرية الحديثة، الاقتصاد، المجتمع و السياسة (القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع، 2004).
12. عبد المحي محمود حسن الصالح، الصحة العامة وصحة المجتمع - الأبعاد الاجتماعية والثقافية-، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2001.
13. محمود أحمد حمزة، شادية عبد السلام الشافعي، مقدمة في : مبادئ الصحة العامة، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2004
14. نور الدين ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية الجزائر : دار الكتابة للكتاب، 2007.

15. نورها شريف وآخرون، حقائق عن الصحة في اليوم العالمي للصحة، الورقة الثالثة، منشورات المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، القاهرة، مصر، 07 أبريل 2015

- المذكرات جامعية:

1. سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ( أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2011-2012).
2. سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ( أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2011-2012).
3. عبد العالي دبله، الدولة الجزائرية الحديثة، الاقتصاد، المجتمع و السياسة (القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع، 2004).
4. عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"، اطروحة دكتوراه، الجزائر، 2008.
5. عدمان مريزق، دور البحث والتطوير في تعزيز تنافسية المؤسسات الصناعية- حالة المجمع الصناعي صيدال، الملتقى الدولي حول: المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسات الصناعية خارج قطاعات المحروقات في الدول العربية، جامعة حسينية بن بوعلي، الشلف، يومي 8-9 نوفمبر 2010، ص 13.
6. فوزية برسولي، تحليل سلوك المستهلك اتجاه الأدوية: دراسة مبدائية بمدينة باتنة، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010-2011.
7. فوزية برسولي، تحليل سلوك المستهلك اتجاه الأدوية: دراسة مبدائية بمدينة باتنة، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010-2011.
8. ليندة دحمان، التسويق الصيدلاني حالة مجمع صيدال، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة دالي ابراهيم، الجزائر، 2009-2010.
9. ليندة دحمان، التسويق الصيدلاني حالة مجمع صيدال، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة دالي ابراهيم، الجزائر، 2009-2010.
10. مريم قلال، كيفية ترويج الأدوية في الجزائر: دراسة حالة مجمع صيدال، مذكرة ماجستير في العلوم التجارية، جامعة محمد بوقرة، بومرداس، 2013-2014.
11. مريم قلال، كيفية ترويج الأدوية في الجزائر: دراسة حالة مجمع صيدال، مذكرة ماجستير في العلوم التجارية، جامعة محمد بوقرة، بومرداس، 2013-2014.
12. نجاة صغيرو، "تقييم جودة الرعاية الصحية، دراسة ميدانية" (شهادة ماجستير منشورة في علم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011-2012)

13. نجاة صغيرو، "تقييم جودة الرعاية الصحية، دراسة ميدانية" (شهادة ماجستير منشورة في علم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر بباتنة، 2011-2012)
  14. نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة قسنطينة، 2005
  15. صر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة قسنطينة 2005
  16. نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية الجزائر: دار الکتامة للكتاب، 2007
- المجالات
1. اسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد الثاني، 2009.
  2. اعياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الانسانية، العدد 31، المجلد ب، جامعة منتوري قسنطينة، جوان 2009
  3. د. مرابط مصدق، السياسة الدوائية في المغرب، في عالم الادوية، المغرب، العدد 197. 2 فبراير 2004.
  4. محمود عباس، الصناعات الصيدلانية في تونس في مواجهة التحديات، منتدى حقائق الطبي العالمي، تونس، 28 و 29 جوان 2020.
  5. أ.د. زيد بن محمد الرماني، الصحة من منظور اقتصادي، مجلة المسلمسن في انحاء العالم، العدد 2155، 2021.

المراجع بالأجنبية:

1. David J and others, The public health system in England, International specialized book services, Portland, USA, 2010.
2. Fahd Mohammed Albejaidi, Healthcare System in moroco : An Analysis of Structure, Total Quality Management and Future Challenges, Journal of Alternative Perspectives in the Social Sciences, Vol 2, No 2, School of Rural Medicine, University of New England (Australia), 2010.
3. Fahd Mohammed Albejaidi, Healthcare System in moroco: An Analysis of Structure, Total Quality Management and Future

- Challenges, Journal of Alternative Perspectives in the Social Sciences, Vol 2, No 2, School of Rural Medicine, University of New England
4. Fatima zouhra OUFRIHA. : Système de santé et population en Algérie, édition ANEP, Alger 2002.
  5. Fatima zouhra OUFRIHA. : Système de santé et population en Algérie, édition ANEP, Alger 2002.
  6. Filmer, D., Hammer, J., and L. Pritchett, (1997), “Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain”; World Bank, [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
  7. Gupta, S., Verhoeven, M., and E. Tiongson, (2001), “Public Spending on Health Care and the Poor”; Working Paper no. WP/01/127, IMF, [www.imf.org](http://www.imf.org).
  8. Hammer, J., (1997), “Economic Analysis for Health Projects”; World Bank Research Observer, vol. 12, no. 1.
  9. Hsiao, W., (2000), “What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?A Primer”; Working Paper no. WP/00/136, IMF, [www.imf.org](http://www.imf.org)
  10. LAMRI Larbi, Le système de sécurité sociale en Algérie ; une approche économique, OPU, Alger 2004
  11. LAMRI Larbi, Le système de sécurité sociale en Algérie ; une approche économique, OPU, Alger 2004.,
  12. LAMRI Larbi, Le système de sécurité sociale en Algérie ; une approche économique, OPU, Alger 2004.
  13. LAMRI Larbi, Le système de sécurité sociale en Algérie ; une approche économique, OPU, Alger 2004.,
  14. Nouara kaid, thèse de doctorat: le système de santé algérien entre efficacité et équité–essai d'évaluation a travers la santé des enfants en quête de la willaya Bejaia, Alger, 2003

15. ourifa, cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie ( Alger ,OPU ,1992).
16. ourifa, cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie ( Alger ,OPU ,1992).

مواقع الانترنت:

www.alarabiya.net/ar/saudi-today .1

https://www.kfmc.med.sa/AR/AboutUS/Pages/default.aspx .2

http://www.moh.gov.sa/Ministry/About/Pages/default.aspx .3

http://www.alhiwar.net/ShowNews.php .4

http://fekr-online.com/ReadArticle.php?id=115 .5