الجمهوريــة الجزائريــة الديمقراطيــة الشعبيــة
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعلـيـم العـالي والبـحث العـلمـي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة مصطفى اسطمبولي
معسكر

Université MUSTAPHA Stambouli
Mascara

كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم: العلوم الاقتصادية
التخصص: اقتصاد وتسيير عمومي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د

تحليل الجودة والتكلفة في النظام الصحي الجزائري

~ دراسة قياسية ~

Cost And Quality Analysis In The Algerian Health Care System

Standard Study

إعداد الطالب: عبد المجيد سجال
إشراف: أ. د: مختاري فيصل

لجنة المناقشة:

بن عبو جيلالي	أستاذ التعليم العالي	جامعة معسكر	رئيسا
مختاري فيصل	أستاذ التعليم العالي	جامعة معسكر	مقررا
حاج احمد محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة معسكر	ممتحنا
قليل محمد صغير	أستاذ محاضر أ	جامعة معسكر	ممتحنا
عـــــياد هشام	أستاذ محاضر أ	المركز الجامعي مغنية	ممتحنا
صاري حسون صلاح الدين	أستاذ محاضر أ	المركز الجامعي مغنية	ممتحنا

السنة الجامعية: 2025/2024

الإهداء

إلى من ربياني صغيرا، والدي العظيمين..

إلى رفيقة الدرب، زوجتي المصون كانون الثالث..

إلى كل من آمن بي، أشقائي كل مع جميل وسمه..

إلى شقيقتي وروح فقيدها الرضيع بخطأ طبي..

إلى شهداء غزة المرابطين في الثغور

إلى ساندويتش المعكرونة الذي ظل يطاردني منذ الطفولة ويدفعني نحو المجد

إلى أستاذي المشرف **مختاري فيصل** الذي لم يتخل عني رغم الظروف الحالكة.

إلى أبنائي ومصدر سعادتي **عبد الرحمان الهيثم** و**قصي شاهين**

إلى الحنونة القديرة **آمنة**

إلى الجزائر الزهراء

عبد المجيد سجال

شكر وعرفان

أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساهم في هذا العمل المتواضع، وأولهم أستاذي ومشرفي البروفيسور مختاري فيصل الذي لم يبخل عليا بالتوجيه والتأطير والتحفيز والصبر على تقصيري

أشكر كل من علمني حرفا أو مدني بمعلومة منذ الابتدائي وإلى غاية الماستر والدكتوراه وخاصة الدكتورة بقبق ليلى اسمهان

أشكر كل الزملاء داخل الوطن وخارجه ممن قدموا لي النصيحة والدعم والمعلومات

أشكر البروفيسور براهيم براهمية على المعلومات القيمة التي مدني بها

أشكر الدكتورة أمينة طلحي والدكتور مراد برورينة على دعمهم المتواصل

شكر خاص للدكتورة نزيهة خالدي على الدعم المنهجي

أشكر جامعتي التي قدمت لي كل الرعاية

أشكر وطني المفدى الذي لولاه لما كنت هنا

أشكر أمي وأبي على الاستثمار في شخصي أشكر شقيقي محمد الذي رعاني وأنا صغيرا

أشكر مراد وميلود وحنان على الدعوات الطيبة

أشكر زوجتي الغالية على السند الدائم

أشكر الصديق الغالي خالد سلطاني ودعوته لي إلى السعودية باحثا ومعتمرا

أشكر معلمتي في الإبتدائي وأشكر قائدي في الكشافة

أشكر كل من تمنى لي التوفيق ودعمني في حياتي البحثية الاقتصادية متابعينا على الفيسبوك

أشكر صديقي الغالي أسامة لعروسي على حثه الدائم لي لمواصلة المسيرة

أشكر الدكتورة لويزة مباركي على المعلومات القيمة و شكر خاص لمدير مستشفى الشطية الدكتور يوسف حجو على المعلومات القيمة دون أن أنسى الدكتور نور الدين سنجاق على الدعم و الأخ عبد النور طه على بصمته في التنسيق .

أشكر الأخ خالد حريزي و أحبابي في **الطارف الخضراء**

وأولا وأخيرا أشكر الله عز وجل فكل نعمة منه وحده لا شريك له .

عبد المجيد سجال

ملخص

ركّزنا في هذه الدراسة على البحث في الجودة والتكلفة في الأنظمة الصحية، ثم إسقاط ذلك على النظام الصحي الجزائري. وقد استخدمنا أداة الاستبانة وتحليليها باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V25). وتوصلت الدراسة إلى ضعف أبعاد الجودة في النظام الصحي الجزائري، وأن هناك تكاليف كبيرة يتم إنفاقها على الخدمات الصحية في الجزائر. كما توصلت الدراسة لارتباط ضعف الجودة في النظام الصحي في الجزائر إلى آليات التسيير وتعميم العلاج المجاني وضعف الحوافز في القطاع الصحي العمومي.

وأوصت الدراسة باعتماد مقاربة التسيير العمومي الحديث للاستفادة من نقاط قوة القطاع الخاص في التسويق، وتفعيل الشراكة بين القطاع العام والخاص لزيادة الخيارات أمام طالبي الخدمات الصحية، وتبني البطاقة البيومترية الصحية لاعتماد بياناتها في الأبحاث الوبائية، والاتجاه للدعم المستهدف لضمان الاستدامة المالية للنظام الصحي الجزائري.

الكلمات المفتاحية: النظام الصحي، جودة الخدمات الصحية، تكاليف الخدمات الصحية.

Abstract

In this study, we focus on detailing quality and cost in health systems. Then, we apply this on Algerian health system. To realize our work, we use a questionnaire to collect data, and the Statistical Package for Social Sciences (SPSS.V26) to analyze it.

The study shows that quality dimensions in the Algerian health system are weak, and that there are large costs spent on health services in Algeria. The study also shows that the poor quality in the health system in Algeria is linked to management mechanisms, the generalized of free health treatment, and weak incentives in the public health sector.

The study recommends adopting a modern public management approach to take advantage of the strengths of the private sector in marketing, activating the partnership between the public and private sectors to increase the options for those seeking health services. It also recommends adopting the biometric health card to approve its data in epidemiological research and moving toward targeted support to ensure the financial sustainability of the Algerian health system.

Keywords: health system, quality of health services, costs of health services.

قائمة الجداول

الجدول رقم 1- 1: **الإختلافات بين الاسواق التنافسية النمطية وسوق الرعاية الصحية..... 39**

الجدول رقم 2- 1: **المصادر العشرة الرئيسية لعدم الكفاءة.....73**

الجدول رقم 2- 2: **الانفاق الصحي الكلي في الصين(بالمليون دولار) 95**

الجدول رقم 2- 3: **الإنجازات الطبية 108**

الجدول رقم 3- 1: **الأجزاء المشكلة للإستبيان..... 129**

الجدول رقم 3- 2: **أوزان مقياس ليكارت الثنائي، الثلاثي، الرباعي والخماسي 131**

الجدول رقم 3- 3: **أوزان المتوسطات المرجحة..... 131**

الجدول رقم 3- 4: **عينة الدراسة والاستمارات الموزعة 133**

الجدول رقم 3- 5: **توزيع عينة المواطنين حسب متغير الجنس 135**

الجدول رقم 3- 6: **توزيع عينة المواطنين حسب متغير السن 136**

الجدول رقم 3- 7: **توزيع عينة المواطنين حسب متغير المستوى المعيشي 137**

الجدول رقم 3- 8: **توزيع عينة المواطنين حسب المنطقة الجغرافية 138**

الجدول رقم 3- 9: **توزيع عينة المواطنين حسب التعامل مع المنظومة الصحية 139**

الجدول رقم 3- 10: **توزيع عينة ممارسي الصحة حسب الوظيفة 140**

الجدول رقم 3- 11: **توزيع عينة ممارسي الصحة حسب القطاع 141**

الجدول رقم 3- 12: **توزيع عينة ممارسي الصحة حسب الخبرة المهنية..... 142**

الجدول رقم 3- 13: **نتائج آراء أفراد عينة المواطنين حول معايير جودة المنظومة الصحية..... 143**

الجدول رقم 3- 14: **نتائج آراء أفراد عينة ممارسي الصحة حول معايير جودة المنظومة الصحية..... 147**

الجدول رقم 3- 15: **التكاليف الوحدوية للخدمات الصحية لمستشفى الشطية.**Erreur ! Signet non défini

الجدول رقم 3- 16: **تحليل swot 153**

قائمة الأشكال

الشكل رقم 1- 1: **مخطط يوضح أهم محددات الصحة**.....**19**

الشكل رقم 1- 2 : **كسر الحلقة المفرغة للمستوى الصحي والتنمية** **35**

الشكل رقم 1- 3: **وظائف النظام الصحي والعوامل الأخرى المحددة لحسن أداء النظام.** **51**

الشكل رقم 1- 4:**تطور مراحل ادارة الجودة الشاملة** **55**

الشكل رقم 2- 1: **أنواع التقييمات الاقتصادية لنظم الصحة**.....**71**

الشكل رقم 2- 2: **توصيف النظام الصحي في مصر** **114**

الشكل رقم 3- 1: **التمثيل البياني لعينة المواطنين حسب الجنس**.....**135**

الشكل رقم 3- 2: **التمثيل البياني لعينة المواطنين حسب السن** **136**

الشكل رقم 3- 3: **التمثيل البياني لعينة المواطنين الدخل** **137**

الشكل رقم 3- 4: **التمثيل البياني لعينة المواطيني حسب المنطقة الجغرافية** **138**

الشكل رقم 3- 5: **التمثيل البياني لعينة المواطنين حسب التعامل مع المنظومة الصحية**.....**139**

الشكل رقم 3- 6: **التمثيل البياني لعينة ممارسي الصحة حسبالوظيفة** **141**

الشكل رقم 3- 7: **التمثيل البياني لعينة ممارسي الصحة حسب القطاع**.....**142**

الشكل رقم 3- 8: **التمثيل البياني لعينة ممارسي الصحة حسب الخبرة المهنية**.....**142**

الشكل رقم 3- 9: **تطور وهيكلة الانفاق على الصحة** .....

الشكل رقم 3- 10: **يوضح طريقة استعمال تحليل سووت في النظم الصحية** **152**

فهرس المحتويات

الإهداء 1

شكر وعرفان..... 3

ملخص..... 4

قائمة الجداول..... 5

قائمة الأشكال 6

فهرس المحتويات 7

الفصل الأول: التحليل الاقتصادي لخدمات الرعاية الصحية 12

المبحث الأول: مدخل لإقتصاد الصحة 14

المطلب الأول: مفهوم الصحة 15

المطلب الثاني: محددات الصحة: 18

المطلب الثالث: اقتصاد الصحة: المفهوم والسياسات 22

المبحث الثاني: علاقة الاقتصاد بالصحة 29

المطلب الأول: الاقتصاد الكلي والصحة: 29

المطلب الثاني: أثر الصحة على مستوى الدخل. 32

المطلب الثالث: سوق خدمات الرعاية الصحية 36

المبحث الثالث: بحوث النظم الصحية. 39

المطلب الأول: تطور النظم الصحية:..... 39

المطلب الثاني: مفهوم بحوث النظم الصحية: 42

المطلب الرابع: سبل تطوير الأنظمة الصحية..... 50

المبحث الرابع: معايير الجودة في الخدمات الصحية..... 52

المطلب الأول: مفاهيم عن الجودة. 52
المطلب الثاني: الجودة وعلاقتها بالصحة 55
المطلب الثالث: أبعاد الجودة في الخدمات الصحية..... 57
المطلب الرابع: العلاقة بين الجودة والتكلفة: 58
الفصل الثاني نماذج الأنظمة الصحية الرائدة في العالم 63
المبحث الاول: تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة. 65
المطلب الأول: التغطية الصحية الشاملة..... 65
المطلب الثاني:الحواجز التي تعرقل وصول الخدمات الصحية..... 72
المطلب الثالث: تحديات الصحة عند الدول 76
المبحث الثاني: نماذج الأنظمة الصحية في الدول المتقدمة. 81
المطلب الأول: النموذج الأمريكي..... 81
المطلب الثاني: النموذج الكندي 85
المطلب الثالث: النموذج البريطاني 90
المبحث الثالث: نماذج الأنظمة الصحية في الدول النامية 93
المطلب الاول: النموذج الصيني..... 93
المطلب الثاني: النموذج الإيراني الصحي 98
المطلب الثالث: النموذج الكوبي الصحي.....100
المبحث الرابع: نماذج الأنظمة الصحية في الدول العربية 103
المطلب الأول: النموذج السعودي:.....103
المطلب الثاني: النموذج الاردني:.....107
المطلب الثالث: النظام الصحي المصري:.....112
الفصل الثالث دراسة تحليلية للجودة والتكلفة في النظام الصحي الجزائري 116
المبحث الأول: تطور المنظومة الصحية في الجزائر.....118

المطلب الأول: وضعية المنظمة الصحية قبل الاستقلال.....118
المطلب الثاني: المنظومة الصحية بعد الاستقلال.....120
المطلب الثالث: نظام التأمين في الجزائر.....125
المبحث الثاني: التصميم المنهجي للدراسة الميدانية.....126
المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية 127
المطلب الثاني: إجراءات المعاينة في الدراسة.....132
المطلب الثالث: أساليب المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة.....133
المبحث الثالث: تحليل الجودة في النظام الصحي الجزائري 134
المطلب الأول: تحليل النتائج الوصفية الدراسة الميدانية.....134
المطلب الثاني: تحليل اتجاهات آراء المستجوبين حول نظام الجودة 143
المطلب الثالث : مشاكل المنظومة الصحية في الجزائر من وجهة نظر ممارسي الصحة 144
المطلب الرابع: تحليل SWOT الخاص بالنظام الصحي الجزائري 152
المطلب الخامس: اختبار الفرضيات وتحليل النتائج.....154
المطلب السادس : تحليل مؤشر التغطية الصحية الشاملة عبر نظام المعلومات الجغرافي GIS.....154
الفصل الرابع: تحليل سوق الصحة في الجزائر ..... .170
المبحث الأول: تحليل سوق الخدمات الصحية ..... .170
المطلب الأول تحليل العرض في سوق الصحة ..... .178
المطلب الثاني العمليات الصحية المنفذة سنة 2021..... .177
المطلب الثالث : تحليل الطلب في سوق الصحة 186
المطلب الرابع : الوضعية الصحية للسكان 188
المبحث الثاني : تحليل التكلفة في النظام الصحي الجزائري.....190
المطلب الأول : التحليل الكلي لتكاليف الصحة و نفقاتها 190

المطلب الثاني : مصادر تمويل نفقات النظام الصحي الجزائري 194
المطلب الثالث : تحليل التكاليف على المستوى الجزئي 200
المطلب الرابع : تكلفة الفرصة البديلة في المنظومة الصحية الجزائرية 204
المبحث الثالث : تحليل و تقويم المنظومة الصحية الجزائرية 206
المطلب الأول : خصائص الخدمات الصحية العمومية 206
المطلب الثاني : التسيير العمومي الحديث كآلية لترقية الخدمة العمومية الصحية 208
المطلب الثالث : الشراكة بين القطاع العام و الخاص كآلية لترقية المنظومة الصحية الجزائرية 213
المطلب الرابع : تقويم المنظومة الصحية الجزائرية 215
خاتمة 221
قائمة المراجع 228
الملاحق 234

مقدمة

توطئة:

تعتبر الصحة واحدة من أهم القضايا التي تؤثر وتتأثر بالاقتصاد والتنمية و نوعية الخدمات والكفاءة بصفة عامة، ونظرا للمخاطر الصحية والأوبئة التي تحدق بالعالم في الألفية الثالثة نتيجة للعولمة، فإن موضوع السياسات الصحية يحظى مؤخرا باهتمام كبير من قبل الباحثين والأكاديميين الاقتصاديين وحتى السياسيين، خصوصا بعد آثار جائحة كورونا (كوفيد19) والتي أعادت توزيع الخارطة الصحية في العالم وسلم الأولويات ، فماذا فعلت طائرة الF16 مقابل فيروس كوفيد19، ومع بروز مفهوم جديد للتنمية الاقتصادية حيث أن الإنسان هو وسيلة التنمية وهدفها، وعلى هذه الوسيلة المتمثلة في الإنسان أن تكون سليمة من المخاطر الصحية ليرتفع أداؤها وينعكس ذلك إيجابا على إنتاجية الأفراد وعلى هدف التنمية ذاك أن يكون آمنا من المخاطر الصحية ليستفيد من مخرجات التنمية وبالتالي تحقيق الرفاهية الاقتصادية للأفراد. ناهيك عن الجائحة وما خلفته على اقتصاديات العالم ومنظوماتها الصحية.

من هنا تكمن العلاقة بين الصحة والاقتصاد؛ لهذا ظهر فرع مستقل بذاته من فروع الاقتصاد يسمى اقتصاد الصحة. ويبحث هذا الأخير في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل، ويقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت سياسات معينة تزيد أو تخفض من الكفاءة الاقتصادية وعدالة التوزيع للخدمات الصحية. كما يمكن من خلال فرع اقتصاد الصحة تقييم آثار الأنظمة الصحية على جانبي العرض والطلب في الأسواق الخاصة بالرعاية الصحية المرتبطة ببعضها، كسوق الخدمات الصحية النهائي، سوق المرافق الصحية وسوق القوى العاملة الصحية وأخيرا سوق التعليم الصحي بكل مستوياته وأنواعه. إن علم اقتصاد الصحة يساهم بالتنبؤ والتخطيط المطلوبين في أي قطاع وصناعة.

"من الواضح جدا أن النظم الصحية تشهد أداءً جيدا في بعض البلدان في حين تشهد أداء سيئا في بلدان أخرى، هذا لا يعود فقط إلى الاختلاف في الدخل أو في مستوى الإنفاق على الصحة، فنحن نعلم أن الأداء يمكن أن يختلف بشكل ملحوظ حتى في البلدان ذات المستويات المماثلة جدا من الانفاق على الصحة"، هكذا افتتحت رئيسة المنظمة العالمية للصحة Dr Gro Harlem Brundtland تقرير المنظمة السنوي حول الصحة لعام 2000، ومن خلال هذه الكلمة يتضح أن هنالك عوامل عدة تتحكم في كفاءة وفعالية النظم الصحية، وتعرّف ذات المنظمة النظم الصحية على أنها كل ما يشتمل على المنظمات والمؤسسات والموارد التي تكرس لإنتاج أفعال صحية، بمعنى أنها كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة، وتقديم الخدمات الصحية العامة للأفراد لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة.

لهذا فإن صانعي السياسات الصحية ومن مهامهم الرئيسية هو الفهم الواضح لمقاييس الأداء ومن ثمّ تأتي مهام توليد الموارد البشرية والمادية التي تجعل من صناعة الخدمات الصحية أمرا ممكنا، كذلك جمع الموارد لدفع تكاليف صناعة الصحة والأهم من كل ذلك وظيفة الاستشراف والعمل على البعد الاستراتيجي بشكل يضمن مشاركة كل الأطراف المعنية بالصحة، لهذا فإن المسؤولية النهائية عن أداء النظم الصحية في البلاد تقع على عاتق الحكومات، وصحة الناس ورفاهيتهم هي أولوية وطنية مستمرة ودائمة.

شهدت الأنظمة الصحية عدة محطات وتطورات عبر الأجيال وتميز الجيل الأول بتأسيس أنظمة وطنية للرعاية الطبية وانتشار أنظمة الضمان الاجتماعي في الدول المتقدمة أولا، ثم الدول متوسطة الدخل ثم أخيرا الدول النامية، ومع ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية ظهر جيل ثاني من الأنظمة الصحية يعتمد على الرعاية الصحية الأولية لكل السكان واشتمل ذلك على مستوى أساسي من الرعاية الصحية ومستوى ملائم من الغذاء ونشر للتعليم والوعي بالإضافة إلى تحسين أنظمة الري النظيفة وهياكل الصرف الصحي، هذا ما سمح برفع نسبي للكفاءة الصحية وتعرضت هذه الاستراتيجية إلى النقد لأنها اهتمت بجانب العرض ولم تهتم بجانب الطلب. هنا ظهر الجيل الثالث من الأنظمة الصحية ليهتم بجانب الطلب وعرفت بمبدأ الشمولية الجديدة والمقصود بها تقديم خدمة أساسية عالية النوعية لكل شخص على أساس مبدأ الكفاءة والعدالة والتكلفة، ويركز هذا الجيل على التمويل العام وعلى التمويل الخاص المؤطر والمراقب من طرف الدولة. وارتكزت صياغة هذه الأنظمة الصحية على أسس نظرية اقتصادية كوصف الرعاية الصحية بصفة السلعة العمومية لها ثمن عمومي، وبأنها مظهر من مظاهر التنمية الاقتصادية وإحدى متطلباتها، لها سوق يلتقي فيه عارضو الخدمات الصحية وطالبوها. غير أن ما يميز سوق الصحة هو أن الطبيب يمكن أن يكون عارضا لخدمات الصحة وطالبا لها في نفس الوقت بما أنه ينوب عن المريض في تشخيص المرض ومتطلبات علاجه.

لا شك أن الجزائر وعلى غرار كل الدول عملت منذ الاستقلال على وضع استراتيجية صحية وفق مبادئ أملتها عليها ظروف كل مرحلة ومتطلباتها، ولطالما عملت الجزائر على تجسيد حق المواطن في العلاج ولذلك رفعت شعار "العلاج المجاني" كأحد مكتسبات الاستقلال، لا سيما وأنها قد ورثت وضعا صحيا كارثيا غداة الاستعمار و الاستقلال تميز بانتشار الأمراض والأوبئة وسوء التغذية واقتصار مراكز العلاج على المدن الكبرى وغياب الكوادر الصحية، وضع لم تسمح إمكانيات الجزائر المادية بتحمل تكاليف مجابهته، لكن ومع تحسن الوضعية الاقتصادية وتأميم المحروقات حاولت الجزائر النهوض بقطاع الصحة بكل أطرافه سواء تعلق ذلك بتشييد الهياكل الصحية أو بتكوين الكفاءات الطبية، أو بالاستفادة من الخبرات الأجنبية كالخبرات الصينية والهندية والعربية وحتى من أمريكا اللاتينية.

مرت السياسات الصحية في الجزائر بانتصارات وانتكاسات عدة، فبينما نجحت في تحسين أنواع العلاج وتوسيع التغطية الصحية وبناء الهياكل القاعدية وكليات تكوين الأطباء ومستخدمي الصحة مما مكّن من تمديد معدل العمر إلى أزيد من 76 سنة وبالتالي تحقيق جزء من أهداف الألفية، كما أنها استطاعت التغلب على أغلب الأمراض المعدية بسياسة الوقاية التي اعتمدت على التلقيح الإجباري للأطفال، ورغم الميزانية الهائلة المخصصة سنويا لقطاع الصحة، لازال النظام الصحي في الجزائر بعيدا عن الطموحات وبعيدا عن معايير الجودة والكفاءة الاقتصادية وهو ما تؤكده ظاهرة تفشي الأمراض الخبيثة والسيدا وأمراض كانت إلى وقت قريب من الماضي كالكوليرا والسل والديفتيريا، ولازال الطبيب الجزائري يهرب إلى الدول الأوروبية والخليجية بحثا عن الحوافز، ولازال ذوو الدخل المرتفع يستفيدون من مجانية العلاج وينافسون محدودي الدخل على الخدمات المحدودة والمكلفة للدولة، وبمقارنة بسيطة مع دول الجوار كتونس والمغرب ودول تشبهنا في الإمكانيات، نجد أن الجزائر تستطيع أن تحقق الأفضل وتطور نظامها الصحي بشكل يتماشى مع الطموحات.

الإشـــكالية: إن المتابع لتطور النظام الصحي الجزائري يدرك أنه لفهم مكامن ضعفه وتجاوزها ومكامن قوته وتطويرها يستلزم البحث في خصائصه ومحددات كفاءته وتحليل مساهمة كل الأطراف الفاعلة في واقع الصحة بالجزائر، ومن هنا تبرز الإشكالية التالية:

ما مدى انعكاس تكاليف تمويل النظام الصحي الجزائري على جودة خدماته؟

1. **الأسئلة الفرعية:** لتحليل ودراسة هذه الإشكالية طرحنا الأسئلة الفرعية التالية:

- كيف يُقيّم النظام الصحي جودة الرعاية المقدمة للمرضى؟
- ما هي مصادر التمويل الرئيسية للنظام الصحي في الجزائر؟
- هل هناك تقدير للتكلفة الإجمالية لتوفير الرعاية الصحية على مستوى البلاد؟
- ماهي المؤشرات المستخدمة لقياس جودة الرعاية في النظام الصحي الجزائري؟
- هل هناك برامج خاصة بتحسين جودة الرعاية والسلامة الطبية؟
- كيف يتم تقييم تجربة المرضى لمستوى الجودة؟

2. **الفرضيـــــات:** من خلال مراجعة الدراسات السابقة والأطر النظرية التي تخص موضوع الدراسة وتبعًا للنموذج المقترح والعلاقات التي تم توضيحها من خلاله، وللإجابة على تساؤلات الدراسة تمت صياغة الفرضيات التالية:

- طرق تمويل وتسيير الموارد المخصصة للنظام الصحي في الجزائر لا تحقق جودة الخدمات.
- اعتبار الصحة كسلعة عمومية يجعلها بعيدة عن المنافسة وبالتالي يؤثر سلبا على جودة الخدمات الصحية.

- مبدأ تعميم مجانية العلاج على مرتفعي الدخل يجعل الدولة تخسر موارد كبيرة يمكنها أن تساهم في الرفع من جودة الخدمات الصحية.
- يرتبط ضعف جودة الخدمات الصحية في الجزائر لانخفاض تكاليف الإنفاق على الخدمات والهياكل.

3. حـدود الـدراسة: تتمثل حدود الدراسة الحالية في كل من الحدود الموضوعية والحدود المكانية والحدود الزمنية على التوالي:

- **الحدود الموضوعية:** اقتصرت الدراسة على تحليل الجودة والتكلفة في النظام الصحي الجزائري من خلال الإشارة الى عدة جوانب، الجانب الكلي ممثلا في وزارة الصحة ونظام الضمان الاجتماعي، وإلى الجانب الجزئي ممثلا في المستشفيات العامة والخاصة والمواطنين ومهنيي الصحة.
- **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة على عينة تم اختيارها من مجتمع الدراسة والذي يمثل المستشفيات التابعة لوزارة الصحة مستشفى الشطية بولاية الشلف نموذجا. كما تم توزيع استبانة على أزيد من 2000 مواطن من مختلف ربوع الوطن وأكثر من 300 ممارس صحي.
- **الحدود الزمنية:** هذه الدراسة مرتبطة بحدود زمنية من تاريخ استقلال الجزائر الى إلى نهاية 2021. وبالتالي فإن هذه الدراسة وطيلة هذه المدة تأخذ التغيرات الحاصلة في قطاع الصحة.

5. **أهمية الدراسة:** تكمن أهمية الدراسة في كون الصحة تؤثر وتتأثر بالاقتصاد، ولأن موضوع اقتصاد الصحة يلقى أهمية بالغة حاليا من قبل الباحثين والأكاديميين والدليل على ذلك إنشاء مراكز بحث دولية خاصة باقتصاد الصحة، بالإضافة إلى أن موضوع الصحة في الجزائر يشهد نقاشا كبيرا بين مدافع عن استراتيجيتها وبين من يدعوا إلى تغييرها وبروز عدة دعوات لخصخصة القطاع ممن يرون أن القطاع العام أثبت فشله. كل هذا يجعل من الدراسة في الموضوع ذات أهمية بالغة.

أما من الناحية العملية فالموضوع جدير بالاهتمام لأن البحث في السياسات الصحية يمكن أن يزود راسميها بالمعلومات الكافية والتحليلات الموضوعية عن قطاع الصحة مما يساعدهم على اتخاذ القرارات اللازمة.

واضافة إلى ذلك تسعى الدراسة إلى بلورة نتائجها في توصيات علمية يمكن الاستفادة منها من قبل المختصين في هذا المجال، كما يمكن أن يشكل البحث بداية جيّدة لمزيد من هذه البحوث في الصحة الجزائرية على مختلف الولايات. من خلال إعطاء رؤية موضوعية عن الموضوع.

6. أهداف الـدراسة: انطلاقا من الهدف الأساسي للدراسة المتمثل في تحليل الجودة والتكلفة بالنظام الصحي الجزائري، تهدف الدراسة الحالية لتحقيق الأهداف التالية:

- صياغة إطار نظري من خلال الاطلاع على الأدبيات المعاصرة ذات الصلة المباشرة بموضوعي التكلفة والجودة في النظام الصحي وعلاقته بالاقتصاد وكيفية استعمال هذا الأخير في تخطيط وتسيير النظم الصحية.
- تحليل النظام الصحي في الجزائر ومعرفة مكامن ضعفه وقوته من أجل بلوغ الجودة اللازمة وكذا أهم المحطات التي مرت بها المنظومة الصحية واستعراض تجارب أجنبية وعربية يمكن الاستفادة منها.
- معرفة الطرق القياسية الاقتصادية التي تستعمل لتحليل الجودة والتكاليف مما يفتح الباب أمام ابحاث ودراسات على قطاعات أخرى.
- يمكن لهذه الدراسة أنّ تساعد المدراء في قطاع الصحة الجزائرية في صياغة وتنفيذ واختيار القرارات الخاصة بالصحة من خلال تقديمها لبعض التوصيات والاقتراحات.

7. **أسباب ودوافع اختيار الموضوع:** قمنا باختيار موضوع الدراسة للأسباب التالية:

- زيادة التوجه نحو دراسة أهمية اقتصاد الصحة كفرع حديث من فروع علم الاقتصاد وكذا علاقته بالاقتصاد والتسيير العمومي كتخصص.
- حاجة المؤسسات الصحية الجزائرية إلى بناء نظام صحي متكامل يضم تحليل الجودة والتكلفة، يمكّنها من ضمان تقديم خدمات صحية متميزة وفعالة، خاصة وأن المجتمع الجزائري إلى وقت قريب كان يشتكي انعدام الثقة والجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- الميل الشخصي لدراسة هذا الموضوع ومحاولة المشاركة في النقاش الدائر حول قطاع الصحة بالجزائر بالإضافة إلى كونه يدخل ضمن نطاق اختصاصنا وتكويننا في طور الدكتوراه. والذي يعد من المواضيع التي يطمح الطالب للتعمق فيها خاصة على مستوى البيئة الجزائرية.
- الرغبة في معرفة الآراء حول موضوع الصحة كونه يهم جميع الجزائريين سواء عامة الناس، أكاديميين، سياسيين، إطارات الصحة، صحافة أو مجتمع مدني.

8. **المنهج المعتمد:** اتبعت الدراسة المنهج **الوصفي التحليلي** باعتباره أسلوبا بحثيا للوصف الموضوعي والنسقي والكمي للمضمون الظاهر للموضوع، فجانب التحليل فيه يظهر من خلال القيام بتفكيك موضوع الدراسة إلى مكوناته الأساسية (تحليل الجودة والتكلفة) وتحديد العلاقة التي تربط فيما بينها لكي نتوصل إلى الغاية النهائية للبحث المتعلقة بمعرفة تحليل الجودة والتكلفة في النظام الصحي الجزائري، وأما جانب الوصف فهو يعود إلى اعتماد الطالب على المراجع المكتبية كمصدر لمختلف المفاهيم النظرية المشكلة للموضوع وعرض تجارب دولية مختلفة للأنظمة الصحية. كما تم الاعتماد على **منهج دراسة الحالة** باستهداف مؤسسة استشفائية عمومية بولاية الشلف كنموذج جزئي، والتوجه للمواطنين وممارسي الصحة من خلال استبيان وسبر للآراء ولجمع البيانات

الضرورية لإجراء الدراسة الميدانية قمنا بمجموعة من اللّقاءات مع إطارات المؤسسات الرسمية في وزارة الصحة، الوكالة الوطنية للرقمنة في قطاع الصحة، المجلس الشعبي الوطني، الجمعيات الصحية، القطاع الخاص الصحي. كما زرنا مجموعة من المستشفيات في العاصمة السعودية الرياض و الدمام لمحاولة الوقوف على تجارب الدول التي تشبهنا في هيكل الاقتصاد و الديموغرافيا .

9. **الدراسات السابقة:** وفيما يلي عرض لعدد من الدراسات المختارة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية حسب تسلسلها الزمني:

- **دراسة John Wiley & Sons, Ltd.**: وهي دراسة نشرت في العدد السادس من مجلة اقتصاد الصحة التي تصدرها المدرسة اللندنية للعلوم الاقتصادية والسياسة بالمملكة المتحدة سنة **1997**. عنوان الدراسة[1]: استعرضت الدراسة آراء المواطنين في أنظمة الرعاية الصحية في الدول الـ: 15 الأعضاء في الاتحاد الأوروبي. وقدمت تحليلا أوليا للمسح الذي شمل آراء المواطنين الأوروبيين بشأن نظم الرعاية الصحية في هذه العينة من الدول، وهي تدرس وتناقش رضا المواطنين عن إدارة الرعاية الصحية وآرائهم تجاه الإصلاحات في قطاع الصحة ومواقفهم بشأن الإنفاق على الرعاية الصحية. وطلبت هذه الدراسة الاستقصائية الصحية التي أجراها يوروبار وميتر للمواطنين الأوروبيين في الدول الأعضاء ال 15 عددا من الأسئلة المتعلقة بإدارة النظم الصحية في بلدانهم، وآرائهم بشأن الحاجة إلى إصلاح النظم ومستوى النفقات الصحية. وتوضح النتائج تقييما عاما للنظام الصحي الوطني/الخدمة و/أو نظام التأمين الصحي دون إشارة محددة إلى مسائل من قبيل الإنصاف والكفاءة والارتياح في مختلف مستويات الرعاية. وتعرض النتائج العلاقة بين نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة من جهة، والرضا عن إدارة الرعاية الصحية من جهة أخرى. والزيادة في الرضا عن زيادة نصيب الفرد من الإنفاق واضحة. ومن الواضح أن تلك الفترة شهدت انقساما بين الشمال والجنوب مع إيرلندا والمملكة المتحدة. والارتياح في بريطانيا العظمى كان أقل قليلا (47.8٪) من المعدل الإجمالي للمملكة المتحدة (48.1٪) الذي يتأثر متوسطه بارتفاع معدل الرضا في إيرلندا الشمالية. ووصل الباحث إلى نتيجة مفادها أن هناك انقساما بين شمال وجنوب أوروبا فيما يتعلق برضا المواطنين عن نظم الرعاية. كما أن **الرضا مرتبط بزيادة الإنفاق على الصحة** لكن في إيطاليا والدنمارك العكس، فالدنمارك مثلا لا تنفق سوى 6,7 في المائة من الناتج المحلي على الصحة ولا تملك إلا القليل من الأسرّة الطبية وهو نظام ممول عموميا لكنه حقق مكاسب كبيرة في الكفاءة سنوات الثمانينات. نتيجة أخرى

[1]John Wiley & Sons, **CITIZENS' VIEWS ON HEALTH CARE SYSTEMS IN THE 15 MEMBER STATES OF THE EUROPEAN UNION**, HEALTH ECONOMICS, VOL. 6: 109–116 (1997), The London School of Economics and Political Science .

وصل إليها مفادها أن غالبية أولئك الذين يفضلون المزيد من الإنفاق على الصحة يعارضون رفع الضرائب أو مساهمات التأمين الصحي.

- **دراسة العلاق 2001:** هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تقييم المرضى المنتفعين من خدمات المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن لمستوى جودة هذه الخدمات، ويتضمن ذلك توقعاتهم أو إدراكهم لمستوى الخدمات المقدمة لهم فعليا. اقتصرت الدراسة على قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المنتفعين فقط ولم تتطرق إلى وجهة نظر إدارات هذه المختبرات والمراكز.

بلغت عينة الدراسة 715 من المرضى وكان من نتائجها أن الجودة الفعلية للخدمات كما يراها أفراد العينة كانت مرتفعة، وأن الجودة التي يتوقعها المرضى المنتفعون من تلك الخدمات كانت عالية. قدمت الدراسة عدة توصيات من شأنها تطوير جودة ما تقدمه المستشفيات المبحوثة من خدمات للمواطنين بما يكسبها ميزة نسبية تنافسية في سوق الرعاية الصحية الطبية في الأردن.

- **دراسة (الأدهم 2004):** قام الباحث بإعداد دراسة بعنوان "**تقييم نوعية ومستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية:** نموذج لأداء الإدارة الصحية الجيدة". هدف الدراسة كان تقصي إمكانية تطبيق نظام إداري خاص بالجودة، وكذلك البحث عن العوامل المؤثرة في مستوى الأداء للخدمات المقدمة، وأخيرا هدفت إلى معرفة مدى إمكانية تطبيق المستشفيات لمعايير 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، وإلى ضعف ملحوظ في أداء غالبية الأقسام العاملة باستثناء الأقسام التابعة للمستشفيات الخاصة، وتقصير جودة الخدمات الصحية في جميع قطاعات المستشفيات، وأخيرا أظهرت النتائج بأن معايير الجودة الشاملة لم تكن ضمن أولويات هذه المستشفيات باستثناء مستشفى رفيديا، وقدمت الدراسة نموذجا مقترحا لإدارة جودة الخدمات الصحية.

- **دراسة (Bamford, 2005):** جاءت الدراسة في ضوء التغيير الهيكلي المتزايد لقطاع العناية الصحية في المملكة المتحدة، ومع بروز العديد من الاستنتاجات السلبية مما كان له أثر معاكس على تسليم الخدمة. هدفت الدراسة إلى تقييم درجة فاعلية إدارة التغيير في وحدات العناية الصحية وخدمة مختبرات الصحة العامة، وكذلك لتقديم توصيات لإدارة التغيير التنظيمي قابلة للتطبيق. أجريت في سياق انشاء سلطة صحية خاصة (وكالة الحماية الصحية) والتغييرات المرتبطة كخطوط عريضة في استراتيجية قادة السلطات الصحية، وبحثت الدراسة في تحليل برنامج التغيير هذا من منظور الجماعات المؤثرة، الأفراد والعاملين في خدمة مختبر الصحة. قدمت توصيات

لإدارة التغيير في المستقبل مع تأكيد صحة نماذج إدارة التغيير الموجودة. كانت المساهمة الكبرى لهذه الدراسة أنها بمثابة إضافة الجسم العام للمعرفة المتعلقة بالتغيير التنظيمي وإدارته في القطاع الصحي والعام في المملكة المتحدة وقدمت توصيات محددة للبحث مستقبلا.

- **دراسة (Sofaer وآخرون 2005):** هدفت الدراسة إلى تطوير تقديرات المستهلك لأنظمة الرعاية الصحية. استخدمت مسح المستشفى لتحديد حقول جودة المستهلك (مرضى المستشفى) والتي لها اهتمام أكبر لدى المرضى والمستهلكين، وقد جمعت البيانات الأولية من أربعة مدن أمريكية ومن خليط من الأفراد شكلوا 16 مجموعة تركيز في المدن الأربع وكانت متجانسة من حيث نوع التأمين الصحي، ونوع خبرة المستشفى والمعلومات الديمغرافية الأخرى، حدد المشاركون نطاقا واسعا من الصور ملائمة لجودة المستشفى والعديد منها كانت متفقة مع الحقول والفقرات التي وردت في مسح المستشفى. وجدت الدراسة أن المشاركين كانوا أكثر اهتماما بالفقرات المرتبطة باتصالات الطبيب مع المرضى، واتصالات الممرضين وموظفي المستشفى مع المرضى، درجة الاستجابة لحاجات المرضى، نظافة غرف وحمامات المستشفى، كما توصلت إلى أن المستهلكين والمرضى كانت لهم درجة اهتمام عالية بجودة المستشفى، وأوصت الدراسة بأن خيارات المستشفى ربما تسجل لمصلحة المرضى كما أن المعلومات التقديرية من منظور المرضى يمكن أن تستخدم في دعم تصور المستشفى للتسهيلات والماديات بما يضمن الحصول على أفصل خدمة مستشفى ممكنة.
- **دراسة (Fickel & Thrush, 2005):** هدفت الدراسة لتحسين القدرة ولتحقيق توافق بين أدوات تقييم جودة المستشفى وحاجة صانعي السياسة للمعلومات من خلال المزج بين استخدام جودة معلومات العناية الصحية، والمعرفة، والاتجاهات والخبرات مع معلومات عن مقاييس معينة، شملت العينة الغرضية 82 من مديري المعلومات في إدارات البرنامج الطبي لـ: 48 ولاية أمريكية كما جرت مقارنة بين مستخدمين وغير مستخدمي معلومات الجودة حيث أشارت نتائج المشاركين إلى أن بعض أنواع طرق قياس الجودة كانت مفيدة بينما آخرون نفوا ذلك وأن طرق القياس المستخدمة متنوعة بشكل كبير كما توصلت إلى أن صانعي السياسة كانت لهم اتجاهات إيجابية نحو قياس الجودة والقابلية المعرفية المرتبطة بأنواع طرق القياس، وتنوع الاستخدام المحتمل للمعلومات المرتبطة بالجودة، الإدراكات والخبرات الممتزجة مع الأنماط المختلفة لطرق القياس. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك مجموعة طرق لقياس الجودة مع خصائص متممة توفر صورة شاملة ترتبط بجودة العناية الصحية وتقدم دليلا أفضل لحاجات صانعي السياسات العامة في مجال المعلومات الطبية.
- **دراسة (Fotter وآخرون، 2006):** ينطلق هدف هذه الدراسة من أن قياس رضا المرضى هو أمر حاسم لدعم خدمة المستهلك والميزة التنافسية في صناعة العناية الصحية حيث توجد مداخل متعددة لذلك القياس. أجريت

هذه الدراسة الرائدة في عدة مستشفيات أمريكية تركزت على مقارنة ومقابلة إدراكات المرضى والعاملين لخدمة المستهلك (المريض) باستخدام كل من بيانات المسح وجماعة التركيز. تشير نتائجها بأن هناك درجة عالية من الارتباط بين ادراكات المرضى والعاملين لخدمة المستهلك وأن العاملين ومجموعات فرعية من المرضى زودوا معلومات مكملة تتعلق بإدراكات المرضى لخبرة الخدمة المقدمة، وكانت إدراكات العاملين لخصائص الخدمة أكثر سلبية مما لدى المرضى، كذلك فإن نتائج جماعة التركيز وفرت معلومات مكملة لنتائج المسح فيما يتعلق بتفاصيل أكبر ومعلومات ملائمة أكثر للأعراض الإدارية. تقترح الدراسة بأن تنويع مصادر البيانات وعدم الاقتصار على مسوح المرضى يدعم استخدام معلومات خدمة المستهلك (المريض) وأن إجراء دراسة أخرى لإثبات هذه النتائج من شأنه توفير إمكانية الجمع بين الصحة والشمولية وكفاءة الكلفة لمعلومات خدمة المستهلك.

- **دراسة (الهيتي، 2007):** هدفت هذه الدراسة إلى استخدام مقياس SERVPREV (للأداء الفعلي) في قياس اتجاهات المرضى والعاملين نحو جودة خدمات المستشفيات العاملة في جنوب الأردن، بالإضافة إلى معرفة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد الجودة ـ الأداء الفعلي المدرك ـ على مقياس الدراسة. تكون مجتمع الدراسة من المرضى والعاملين في مستشفيات جنوب الأردن وهي الكرك، معان، غور الصافي وتشكلت من 167 عاملا و151 مريضا. استخدم المنهج الوصفي في الدراسة. أظهرت نتائج الدراسة بأن مستوى إجابات المرضى كانت أعلى مع مستوى إجابات العاملين تبعا لمقياس SERVPERV وعلى أبعاد الدراسة كافة، وكانت المعاملات الإحصائية لأبعاد الجودة الستة وبخاصة المتوسط الحسابي تميل لصالح المرضى على مقياس الدراسة، وكذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية مختلفة القوة بين أبعاد الجودة، وكانت لصالح المرضى، ووجدت فروق تعزى إلى متغير الانتماء الوظيفي والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية. وقدمت الدراسة عددا من التوصيات من بينها قيام إدارات المستشفيات العامة بتبني برامج محددة لتطوير جودة الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية.
- **دراسة (Padhy and Rath 2010):** أجرى الباحثان دراسة بعنوان "**رضا المريض وفعالية التسويق في المستشفيات الكبيرة المختارة في الهند**"، هدفت إلى معرفة العلاقة بين رضا المرضى وفعالية التسويق. شارك في هذه الدراسة 300 مريض و80 من المديرين التنفيذيين للتسويق من ستة مستشفيات (ثلاثة من القطاع العام وثلاثة من القطاع الخاص) من المدن التوأم حيدر أباد وسيكوندر أباد. استخدمت المقابلة والاستبيان في جمع المعلومات. استخدمت المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم F لعرض النتائج. وفي ضوء الفرضيات التي وضعت، وجد أن المرضى في المستشفيات الخاصة أكثر رضا بجودة الخدمات من نظرائهم في المستشفيات الأخرى، وكذلك أثبتت الدراسة أن مديري التسويق في القطاع الخاص أكثر فعالية من زملائهم في المستشفيات

العمومية وبناء على ذلك تم رفض الفرضية الصفرية. وقدمت الدراسة توصيات بضرورة الاهتمام بتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى وأيضا ضرورة تحسين فعالية وقدرة مديري التسويق في هذه المستشفيات.

- **دراسة (Eleurh,2011):** أجرى الباحث دراسة بعنوان: "**إدراك نوعية الخدمات الصحية في اليابان**"، هدفت هذه الدراسة لتقييم تصورات المرضى اليابانيين لنوعية الخدمة والرعاية الصحية وتسليط الضوء على ميزات الخدمة الأكثر وضوحا. استخدمت الدراسة البرمجة غير الخطية، واعتمدت الدراسة على نموذج المبعثر للكشف عن أهمية الرعاية الصحية وميزات الخدمة الصحية للحكم على جودة الخدمة. أظهرت نتائج الدراسة بأن المرضى اليابانيين ينظرون إلى خدمات الرعاية الصحية من خلال العملية التعويضية الخطية، فمثلا نوعية الميزات التقنية وسلوك الموظفين يعوض بعضهم البعض لتحديد نوعية الخدمة، وكما سلطت هذه الدراسة الضوء على الحاجة إلى اعتماد التطور الذي يعزز الجودة الفنية والممارسات الطبية في أماكن الرعاية الصحية اليابانية.
- **دراسة (Elg وآخرون 2011):** قام الباحثون بإجراء دراسة بعنوان "**الممارسات الإدارية للرعاية الصحية في السويد وتحسين نوعية العمل: تحديات التنمية**". هدف هذه الدراسة التجريبية هو فحص التحديات التنموية للممارسات الإدارية في مؤسسات الرعاية الصحية السويدية وسبل تطويرها. تكون مجتمع الدراسة من مديري الرعاية الأساسية وكان عددهم 1031 ومديري الأقسام في المستشفيات وكان عددهم 1542 في عام 2007 وكانت العينة والاستجابات المستردة هي 46 بالمائة. أظهرت نتائج الدراسة بأن هناك توجهات نحو زيادة الضغوط الخارجية على مديري الرعاية الصحية لتحسين نوعية العمل منها: قرارات الإدارة العليا، وضغوط المرضى، والقرارات التي يتخذها صناع القرار تؤثر بشكل متزايد في خيارات مديري الرعاية الصحية حول مجالات تركيز جهود التحسين، وقد حددت ثلاثة مجالات وهي: الرقابة المنطقية، وأساس تحسين الممارسات، والمريض هو مركز التوجه. وأوضحت الدراسة بأنه ينبغي على قادة الرعاية الصحية تصميم نظم جديدة للمراقبة الإدارية من أجل دعم أنظمة الرعاية الصحية الفرعية. نتائج الدراسة دعمت الفرضية العامة والتي تنادي بأن الطواقم الطبية تتجه نحو التركيز على التغيير التنظيمي بناء على أنظمة الرقابة الإدارية، وأخيرا حددت الدراسة عدة اتجاهات هامة حول كيفية إدارة مؤسسات الرعاية الصحية وتطويرها.
- **دراسة (عكاشة رزين 2015):** تحت عنوان "**قياس وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات**"، هدفت هذه الدراسة لقياس الكفاءة الإنتاجية للأنظمة الصحية للبلدان العربية، وذلك باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات (Envelopment Analysis Data)، بقياس المسافة بين أدنى حد للمدخلات المتمثلة في النفقات الصحية الإجمالية، عدد الأطباء، وعدد الأسرة الاستشفائية، عند مستوى معين من النتائج أو المخرجات والتي مثلها في (مؤشر الأمل في الحياة بصحة جيدة عند الولادة) وأظهرت النتائج بأن

متوسط مؤشرات الكفاءة الإنتاجية لسنة 2013 بلغ 83,8 بالمائة، كما أظهرت النتائج أن عشرة أنظمة حصلت على نسبة كفاء مائة بالمائة، أبرزها سوريا والمغرب، كما وأوضحت النتائج عدم وجود ارتباط بين كفاءة النظام الصحي وطبيعة هيكل الاقتصاد الوطني، كما لا يمكن الحكم على كفاءة النظام الصحي من خلال درجة تطور الاقتصاد.

ما يميز دراستنا عن هذه الدراسات هو تركيز دراستنا على دراسة الجودة والتكلفة في النظام الصحي الجزائري، وكذه في شمولها في التقييم الجزئي ممثلا في المستشفى العمومي الذي أجريت الدراسة فيه، بالإضافة للتقييم الكلي الذي اعتمد على توزيع الاستبيان عبر مختلف مناطق الوطن، كذلك تميزت دراستنا عن هذه الدراسة في حداثتها من حيث الفترة الزمنية، وكذلك لحوصلتها لتقييم المنظومة الصحية من حيث البيئة الداخلية (نقاط القوة ونقاط الضعف) والبيئة الخارجية (الفرص والتهديدات) من خلال تحليل SWOT.

10. **هيكل الدراسة:** على ضوء ما تمت الإشارة إليه ولاختبار صحة الفرضيات وقصد التمكن من الإجابة على إشكالية الدراسة، تم تقسيم هذه الدراسة إلى ثلاثة فصول تضمن الجانب النظري فصلين، وفصل أخير خصص للجانب التطبيقي، ويمكن توضيح محتويات فصول الدراسة على النحو الآتي:

- **الفصل الأول:** تناولنا في هذا الفصل المفاهيم والأطر النظرية المتعلقة بالتحليل الاقتصادي لخدمات الرعاية الصحية، من منطلق أن تحليل الاقتصاد لخدمات الرعاية الصحية يشكل جزءًا أساسيًا من استراتيجية تحسين النظم الصحية وضمان توفير رعاية طبية فعالة ومستدامة. يُسلط التحليل الاقتصادي الضوء على العلاقة بين التكاليف والجودة. كما تمت الإشارة الى اقتصاديات الخدمات الصحية في الدول النامية وطرق تمويلها.
- **الفصل الثاني:** لقد قمنا من خلال هذا الفصل بالإشارة الى نماذج النظم الصحية حول العالم، وقمنا بتقسيم الفصل الى ثلاث مباحث تطرقنا في المبحث الأول الى النظم الصحية العالمية في الدول المتقدمة، والمبحث الثاني شمل النظم الصحية لدول النامية، اما المبحث الثالث فيظم النظم الصحية في الدول العربية.
- **الفصل الثالث:** وهو الفصل التطبيقي والذي من خلاله تم توضيح التصميم المنهجي والعملي للدراسة الميدانية بعد الاشارة الى تطور النظام الصحي الجزائري منذ الاستقلال، ثم قمنا بتحليل الجودة من خلال تحليل مؤشرات ومخرجات النظام الصحي، وأخذا برأي المواطن وممارسي الصحة قدما استبيانا للمواطنين وممارسي الصحة حللنا فيه آراءهم وفق مؤشرات جودة النظم الصحية المتفق عليها في المنظمة العالمية للصحة. ثم ختمناها بتحليل SWOT لدراسة نقاط القوة والضعف، وتحليل المخاطر والفرص في النظام الصحي الجزائري.
- **الفصل الرابع** : تطرقنا فيه إلى تحليل سوق الصحة من حيث العرض و الطلب و التكلفة و المناجمنت .

الفصل الأول:

التحليل الاقتصادي لخدمات الرعاية الصحية

تمهيـــد:

"الصحة هي الثروة الأولى" كلمات كتبها الفيلسوف الأمريكي رالف والدر إميرسون في عام 1860 وتتجلى من خلالها أهمية الصحة باعتبارها ثروة يجب المحافظة عليها والسعي لاكتسابها كما أنها رأس مال إذا فقده الإنسان أفلس وربما تسبب في إفلاس غيره وإفلاس محيطه، ومن خلال ذلك أصبحت اقتصاديات الصحة من القضايا العصرية المهمة في حياة المجتمعات المختلفة. فهي تمس مجالين يمثلان موطن القوة أو الضعف بهذه المجتمعات، فالصحة يهتم بها الجميع سواء كانوا أفراداً أو مجتمعات، كما أن لقطاع الصحة نصيباً كبيراً ضمن المخصصات المالية في دول العالم، بالإضافة إلى الارتباط الوثيق والحتمي بين قطاعي الصحة والاقتصاد، فالقرارات المتعلقة بتمويل الرعاية الصحية وتوفيرها وتوزيعها تتأثر بقوة البني الاقتصادية لهذه الدول. إذ أن هذه الاقتصاديات عبارة عن تطبيق النظرية ونماذج الأساليب التجريبية الاقتصادية على تحليل صنع القرار بالنسبة للأفراد، ومقدمي الرعاية الصحية والحكومات. وتجدر الإشارة إلى أن الرعاية الصحية عبارة عن سلعة اقتصادية تعتمد على موارد مختلفة: بشرية، ورأس مال ومواد أولية، كما أن استهلاك الرعاية الصحية يتسبب في تكاليف ومنافع إنسانية حقيقية. إن مسمى اقتصاديات الصحة ليس مجرد اختزال لمسمى اقتصاديات الرعاية الصحية، كما أن تحسين الصحة ليس هو الخاصية الوحيدة للرعاية الصحية، التي يأخذها اقتصاديو الصحة في الحسبان. وبالرغم من أن الصحة سلعة أساسية، وأنه من الممكن تحليل الطلب على التحسينات الصحية بطريقة مماثلة لما يفعله الاقتصاديون عند تحليلهم الطلب على السلع والخدمات الأخرى، إلا أنه لا يمكن أن يتم هذا التحليل في بيئة السوق لأنها غير قابلة للمقايضة. في هذا الفصل سنسعى لتوضيح ما سبق ذكره بشكل معمق ومفصل.

المبحث الأول: مدخل لاقتصاد الصحة

يمثل اقتصاد الصحة بوابة تفتح على فهم التفاعلات المعقدة بين الاقتصاد والنظام الصحي. إن فهم كيفية تخصيص واستخدام الموارد في مجال الرعاية الصحية يعتبر أمرًا حاسمًا لضمان توفير خدمات صحية فعالة وعالية الجودة. فاقتصاد الصحة يتناول دراسة كيفية تأثير العوامل الاقتصادية على تقديم الرعاية الصحية وكيفية تأثير الرعاية الصحية على الاقتصاد. في هذا السياق، يعتبر اقتصاد الصحة أداة تحليلية تسهم في تشخيص التحديات وتوجيه السياسات لتحسين النظم الصحية.

المطلب الأول: مفهوم الصحة

من أجل التطرق إلى موضوع اقتصاديات الصحة لابد ابتداء من التطرق إلى مفهوم الصحة.

أولا: تعريف الصحة

ينطوي أي تعريف للصحة على صعوبات وإشكاليات، فليس هناك أي تعريف قياسي متفق عليه. وقد واجهت منظمة الصحة العالمية معضلة هذا التعريف، وخلصت في النهاية إلى أن الصحة ببساطة هي "غياب المرض". وهو تعريف مختصر ويمكن تضمينه تصورات غير موضوعية وفوارق ثقافية، إلا أنه يجعل قياس الصحة أمرا بالغ الصعوبة.[1] إذن الصحة هي حالة متعددة الأبعاد تتجاوز مجرد غياب الأمراض أو العجز. وتعرف أنها "حالة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد غياب المرض أو العجز". هذا التعريف يؤكد على أهمية الرفاه الشامل، بما في ذلك الصحة البدنية التي تتعلق بسلامة ووظيفة الجسم، والصحة العقلية التي تشمل الرفاهية النفسية والعاطفية، وكذلك الصحة الاجتماعية المرتبطة بقدرة الفرد على تكوين علاقات مرضية والتفاعل بفاعلية مع المجتمع. الصحة ليست فقط نتيجة للعوامل البيولوجية، بل تتأثر أيضًا بالعوامل البيئية، الاجتماعية، الاقتصادية، والنفسية، ويُنظر إليها على أنها مورد أساسي للحياة اليومية، لا مجرد هدف يتم السعي لتحقيقه [2].

ويرى الدكتور فوزي جاد الله: {الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة}[3].

وتعرف على انها تلك الحالة التي يوجد عليها الجسم البشرى، عندما تتوازن فيها جميع وظائفه مع تأثير عوامل البيئة الخارجية مع عدم وجود تغيرات مرضية. ويجرى تحديد الحالة الصحية على أساس التشخيص الذاتي، والتشخيص الموضوعي، واللذان لا تتطابق نتائجهما عادة، لذلك يمكن ملاحظة خطأ التشخيص الذاتي في حالة عدم وجود (ظهور) أعراض موضوعية (حقيقية) للإصابة بالأمراض.[4]

ويمكن القول إن للصحة درجات ومستويات تتمثل فيما يلي: [5]

- الصحة المثالية: ونقصد بها درجة التكامل البدني والنفسي والاجتماعي وهذا المستوى من الصحة نادرا ما يتوفر، ويعتبر هدفا بعيدا لبرامج الصحة العمومية.

---

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص 72.

[2] المجبر، منال، **دراسة تقويمية لواقع التربية الصحية في مدارس المرحمة الأساسية لمحافظة في ضوء ا اتجاهات تربوية معاصرة**، رسالة ماجستير غير منشورة، غزه، كمية التربية، جامعة الأزهر ،2004، ص 41.

[3] زروالية رضا، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، 2011. ص 46.

[4] بهاء الدين سلامة، الصحة الشخصية جامعة بنها، كلية التربية الرياضية، قسم علوم الصحة الرياضية، 2011.

[5] بهاد الدين إبراهيم سلامة، الصحة والتربية الصحية، القاهرة، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، 2001، ص 18.

- الصحة الإيجابية: في هذا المستوى تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد من مواجهة المؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون أن تظهر للفرد أية أعراض مرضية، وهذا يعني أن الفرد بلغ من التكيف ما يساعده على التغلب على كل ما يتعرض له في حياته دون أن تظهر عليه أعراض مرضية.

- الصحة المتوسطة: في هذا المستوى لا تتوافر طاقة إيجابية لدى الفرد مقارنة بالمستوى السابق، وسيكون الفرد دائما عرضة للمؤثرات الضارة، وقد يصاب بالمرض.

- المرض غير الظاهر: في هذا المستوى لا يشكو الفرد من أعراض مرضية واضحة، ولكن يمكن في هذا المستوى اكتشاف بعض الأمراض نتيجة الاختبارات أو التحاليل الطبية، أو نتيجة التعرف عن قرب للظروف والصعوبات التي يعاني منها.

- المرض الظاهر: في هذا المستوى يشكو الفرد من بعض الأمراض سواء بدنية وظيفية أو نفسية أو اجتماعية، تبدو عليه علامات وأعراض تدل على تدني صحته العامة.

- مستوى الاحتضار: في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية للفرد إلى حد بعيد، ويصعب عليه استعادة صحته ويصبح عالة على من حوله أو على من يعوله.

وبناء على المفاهيم السابقة نستنتج:[1]

- الصحة كتوازن: تعتبر بعض الثقافات الصحة كحالة من التوازن الداخلي والتناغم مع البيئة، يتضمن هذا التصور التوازن بين مختلف العناصر الجسدية والعقلية والروحية للفرد.

- الصحة كقدرة :يُنظر إلى الصحة أحيانًا كقدرة الفرد على التكيف والتعامل مع التحديات البدنية والعقلية والاجتماعية. وفقًا لهذا التعريف، يُعتبر الشخص صحيًا إذا كان قادرًا على الوفاء بمتطلبات الحياة اليومية والتعامل مع الضغوط بفعالية.

- الصحة كعملية: يُنظر إلى الصحة أيضًا على أنها عملية مستمرة للحفاظ على التوازن والتكيف مع التغيرات. في هذا الإطار، الصحة ليست حالة ثابتة، بل عملية ديناميكية تتطلب جهدًا ووعيًا مستمرا.

- الصحة كمسؤولية شخصية واجتماعية: يتضمن هذا التعريف فكرة أن الصحة ليست فقط مسؤولية الفرد، بل تتأثر أيضًا بعوامل اجتماعية وبيئية. ويشمل ذلك الوصول إلى الرعاية الصحية، نوعية البيئة المعيشية، السياسات الصحية، والعوامل الاقتصادية.

- الصحة كحق أساسي: يُنظر إلى الصحة كحق إنساني أساسي، يتضمن الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية المناسبة والعيش في بيئة تدعم الصحة والرفاه. هذا يشير إلى أهمية التكافؤ والعدالة في الصحة.

[1] قطيشات وآخرون، **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، عمان: دار المسيرة.

ثانيا: قياس الصحة

بينما يمكن قياس التعليم بمؤشر السنوات وقياس بناء الطرق بالكيلومترات من الطرق الإسفلتية. إلا أنه ليس من السهل قياس إجمالي الوضع الصحي لأي بلد. وهو ما يؤدي بدوره إلى صعوبة تحديد آثار الوضع الصحي على النمو الاقتصادي. وتعتبر الإحصاءات الصحية الدقيقة إحدى سلع النفع العام التي تقوم بتقديمها فقط الحكومات والمنظمات الحكومية. وقد أنفقت الهيئات الوطنية المتعددة الأطراف مبالغ كبيرة من المال في قياس الصحة. وحققت تقدمت ملموسا في تتبع كل مرض على حدة. ولكنها كانت أقل نجاحا في إعداد مؤشرات إجمالية ومؤشرات موجزة.

وتُقاس الصحة عموما بغياب العوامل السلبية مثل وفيات الرضع أو بالعمر المتوقع الذي يخضع في حد ذاته للتأثير الكبير لوفيات الرضع. ولكن وفاة الطفل أو الطفلة قبل العام الأول أمر نادر الحدوث حتى في البلدان ذات معدلات الوفيات المرتفعة. ونظرا لحدوثها مرة واحدة تعتبر معيارا منقوصا للصحة.

ومن الممكن على سبيل المثال، أن ينخفض معدل وفيات الرضع في بلد ما حتى في ظل ارتفاع نسبة الاعتلال أو المرض بين السكان ككل. ومن دواعي الأسف أنه لا يمكن رصد اعتلال الصحة باستخدام مقياس وحيد. وليس هنالك رقم واحد يمكنه أن يعكس حسب المأمول نطاق الأمراض الممكنة أو الخطورة المتباينة لكل مرض منها. ونتيجة لذلك فإن المؤشرات العامة للصحة هي حتما غامضة ومبهمة وروابطها الإنتاجية ضعيفة. وعادة ما يفضل العلماء الإشارة إلى أمراض محددة مثل الإنكلستوما والإيدز أو مرض السكري فمن الأسهل قياس انتصار أمراض محددة ورصد آثارها الاقتصادية.[1]

ويمكن تقسيمها المؤشرات الخاصة بصحة الفرد والمجتمع على ثلاث مجموعات، وهي تعتبر أيضاً مؤشرات مهمة لصحة المجتمع وتقدمه الاجتماعي والاقتصادي وهي:[2] **مقاييس المراضة، مقاييس الوفيات، مقاييس سكانية.** وكل هذه المقاييس (أو البيانات المبنية عليها) تعاني بدرجات متفاوتة، المحدودية والعجز وعدم الكفاية، كماً ونوعاً مما يحد من الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها منها.

وتعتمد المقاييس العديدة لتكرارات الأمراض على المفاهيم الأساسية للحدوث والانتشار، إلا أنه لسوء الحظ لم يتم التوصل إلى اتفاق كامل بشأن التعاريف والمصطلحات التي تستعمل في هذا المجال والمصطلحات هنا هي كما جاء تعريفها في قاموس الوبائيات. وجميع المعدلات تتركب من بسط ومقام ووقت محدد. وحساب مقاييس تكرارات المرض يعتمد على صحة ومدى شمولية محتويات كل من البسط والمقام فمحتويات المقام التي هي عبارة

[1] مايكل سبنس ومورين لوريس، **اللجنة المعنية بالنمو والتنمية**، الصحة والنمو، البنك الدولي، 2009 ص 11.

[2] محمد حسن الزعبي، **قياس صحة المجتمع**، على الرابط: http://www.alsamaah.itgo.com/

عن عدد الأشخاص المهددين بالإصابة (at Risk)، يصعب تحديدها بدقة، فعلى سبيل المثال يجب استثناء الرجال عند حساب تكرار سرطان الرحم، وكذلك لا يجوز شمول النساء في حساب سرطان البروستات، كما أن المرضين لا يهددان الفئات العمرية كلها بالقدر نفسه من الخطورة. والفئة السكانية التي لديها قابلية للمرض، هي الفئة المهددة بالإصابة أو المنذرة، ويمكن تحديدها على أسس عوامل ديموغرافية أو بيئية، كما أن محتويات البسط تعاني عدم الدقة بسبب عدم معرفة أعداد المصابين الفعلية.

المطلب الثاني: محددات الصحة

لا شك أن المحددات الصحية لها دور هام في الرعاية الصحية للمجتمع ولعدة أسباب أهمها أنها تتجاوز صحة الفرد وتهتم بصحة المجتمع ككل، كما أنها ناتجة عن قرارات وسياسات عامة تقررها السلطات العمومية، وتقدم صورة حقيقية عن الواقع الصحي من حيث التقدم والتخلف، وتعطي صورة واضحة وجلية عن كثير من الجوانب مثل الوضع الاقتصادي، ومستوى الدخل، ومعدلات تنمية المجتمع، ومدى رفاهيته، وازدهاره، وتقدمه.[1]

لقد اهتمت البحوث الصحية بالمحددات الصحية وركزت على العلاقة بين المحددات الاجتماعية والاقتصادية والحالة الصحية، فمثلا انخفاض الدخل مرتبط ارتباطا عكسيا مع الحالة الصحية للأسرة.

بشكل عام إن المحددات الصحية هي شبكة من المتغيرات التي تسهل إعطاء تصور عن الوضع الصحي للفرد والمجتمع. وتتضمن خريطة الصحة ومحدداتها أربعة مجالات في دوائر متحدة المركز حول العنصر المركزي، تساهم فيها: حالة صحة السكان (انظر الرسم البياني في الصفحة التالية). هذه المجالات الأربعة هي:

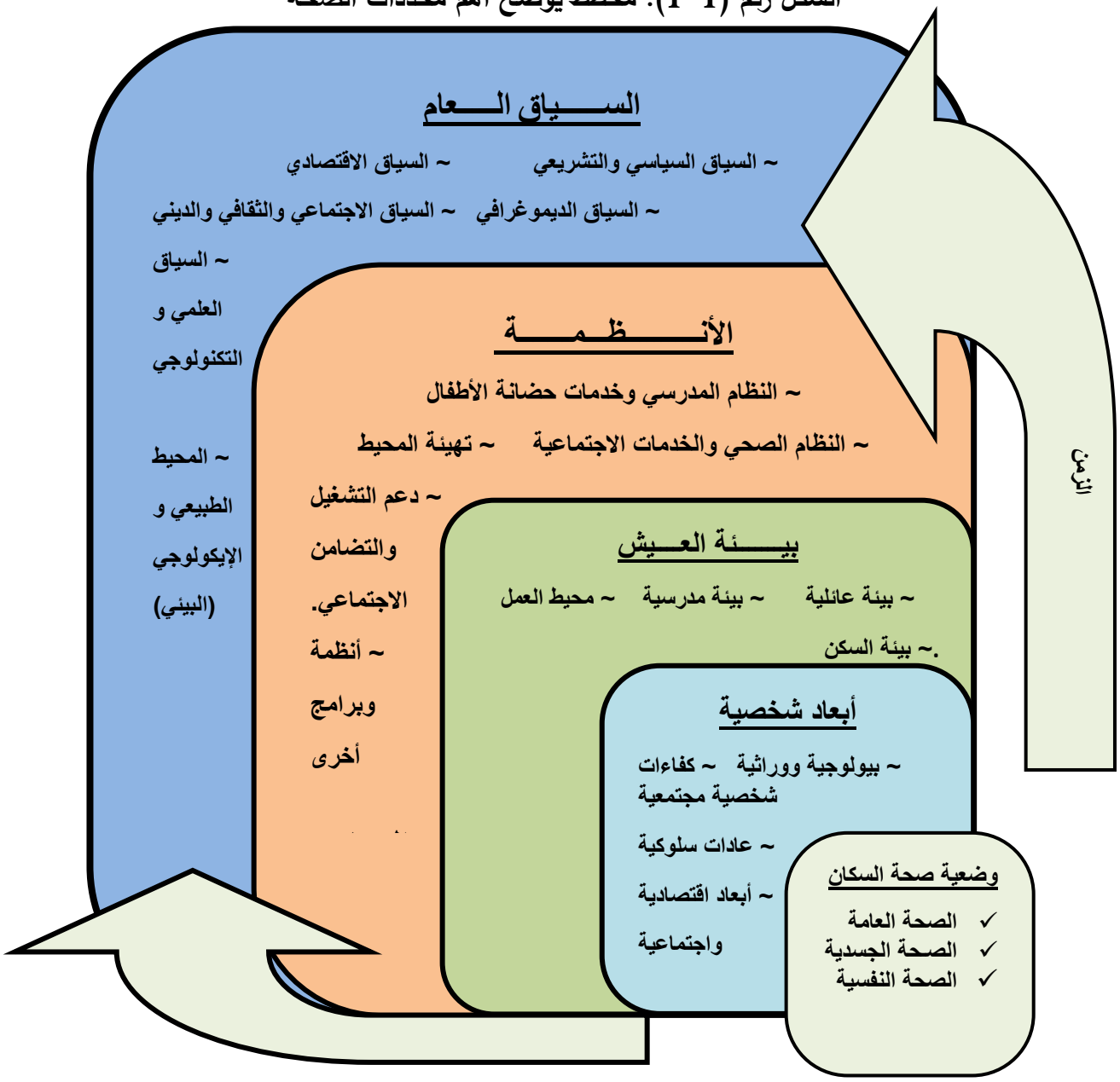
- الخصائص الفردية.
- بيئات المعيشة.
- مجموعة الأنظمة.
- السياق العام.

جميع محددات الصحة توجد في واحدة أو أخرى من هذه المجالات. ويرد أدناه وصف لبعض الحالات مع الفئات الرئيسية للمحددات التي تجمعها. الخط المنقط الذي يفصل بينهما يوضح تأثير المحددات على بعضها البعض.

وأخيرا، تجدر الإشارة إلى أن محددات الصحة يجب تحليلها بمرور الوقت، لأن المحددات تتغير مع الزمن، كما أن الأهمية النسبية للمحدد قد تختلف من مكان لآخر.

[1] **LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS, MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX AGIR**, Bibliothèque et Archives Canada, Gouvernement du Québec, 2012, p7-8-9-10

الشكل رقم (1-1): مخطط يوضح أهم محددات الصحة



المصدر: من إعداد الطالب

وفيما يلي شرح ميكانيزمات تأثير المحددات الظاهرة في الشكل السابق:

وضعية صحة السكان: وتتكون من الصحة العامة والصحة الجسدية والصحة النفسية

1. **الأبعاد الشخصية:** وهي العوامل التي تتعلق بالشخص ذاته ونجد فيها:

- **الأبعاد البيولوجية والوراثية:** فقد يحمل الشخص صفات وراثية إما تعزز صحته أو تجعله عرضة لأمراض يرثها عن أجداده.

- **الكفاءات الشخصية والمجتمعية:** مجموعة الكفاءات والمعارف تلعب دورا هاما في تفادي الأمراض وحتى في إيجاد العلاجات المناسبة.

- **العادات السلوكية:** بعض العادات السلبية أو الإيجابية قد تؤثر على الصحة، كالعادة السرية أو ممارسة الرياضة.

- **أبعاد اقتصادية واجتماعية:** الدخل الفردي والمستوى الاجتماعي قد يؤثر على الصحة من حيث نوعية الغذاء كما قد ينعكس سلبيا في حالة الترف الزائد.

2. **بيـــئة العـيش:** وهي العوامل التي تتعلق بالبيئة التي نشأ فيها الفرد.

- **البيئة العائلية:** العائلة المتماسكة والرعاية المفيدة للأطفال تنعكس على صحتهم المستقبلية.

- **البيئة المدرسية:** يأخذ منها الإنسان سلوكياته وعاداته حول النظافة وممارسة الرياضة كما تحدد صحته العقلية.

- **محيط العمل:** محيط العمل المليء بالضغوط أو المريح قد يلعب دورا محوريا في صحة الإنسان، بالإضافة إلى نوعية العمل من حيث الجهد البدني والفكري.

- **بيئة السكن:** نوعية السكن تلعب دورا هاما في تحديد صحة الإنسان الجسدية وحتى النفسية.

- **المجتمع المحلي والجيران:** سلوكيات المجتمع والجيران تلعب دورا خفيا في التأثير على صحة الإنسان، فلا يكفي أن تكون نظيفا مادام الجيران يرمون الأوساخ أمام بيتك وتنتشر الحشرات والجرذان الناقلة للأمراض والأوبئة.

3. **الأنـــظـمـــة**

- **النظام المدرسي وخدمات حضانة الأطفال:** كل ما يتلقاه الطفل في صغره ينعكس على صحته سلبا أو إيجابا.

- **النظام الصحي والخدمات الاجتماعية:** النظام الصحي يعتبر من أهم العناصر المحددة لصحة الإنسان والسكان، فجودة الخدمات ومدى الإنفاق على الصحة أمران مهمان لتعزيز الرعاية الصحية من عدمها.

- **تهيئة المحيط:** المحيط النظيف والمتسق ينعكس إيجابا على الصحة والعكس صحيح.

- **دعم التشغيل والتضامن الاجتماعي:** دعم التشغيل يساهم في مكافحة البطالة والفقر وبالتالي تفادي الآفات الاجتماعية التي قد تنعكس سلبا على الصحة كالإدمان والدعارة مثلا.

- **أنظمة وبرامج أخرى:** هنا يلعب المجتمع المدني دورا هاما في تعزيز الثقافة الصحية والتكافل الصحي.

4. **الســـياق الـــعام:** الأمور العامة تنعكس على صحة الإنسان وعلى صحة السكان.

- **السياق السياسي والتشريعي:** مدى الاستقرار السياسي وانتشار الأمن والعدالة ينعكس على الصحة العامة والخاصة، فالحروب تؤدي إلى انتشار الأمراض وانتشار الجريمة يؤدي إلى انتشار الإدمان والاغتصاب وما إلى ذلك من المشاكل التي تنعكس على الصحة.

- **السياق الاقتصادي:** تقدم الدولة اقتصاديا ينعكس على انظمتها الصحية وكذا على الدخل الفردي وحتى على جودة السلع والخدمات ونوعية الغذاء، أما الفقر فينعكس سلبا.

- **السياق الديموغرافي:** ارتفاع عدد السكان قد يجعلهم يتقاسمون الموارد المحدودة والخدمات الصحية المحدودة وهذا ينعكس سلبا على الصحة والعكس يمكن أن ينعكس إيجابا.

- **السياق الاجتماعي والثقافي والديني:** العادات والتقاليد في المأكل والمشرب وحتى الديانات التي قد تبيح أشياء مضرة بالصحة أو تمنعها، كلها معطيات تنعكس على الصحة أيما انعكاس.

- **السياق العلمي والتكنولوجي:** تطور البحث العلمي والتكنولوجيا يؤدي إلى ارتفاع جودة الخدمات الصحية لكن قد ينعكس سلبا، فالمواصلات تقلل من حركة الناس والخضار المعالجة بيولوجيا وكيميائيا قد تؤدي إلى نتائج كارثية على الصحة.

~ **المحيط الطبيعي والإيكولوجي (البيئي):** البيئة من أهم محددات الصحة، فالتلوث يعني انتشار الأمراض والطبيعة النظيفة تنعكس ايجابا على الصحة.

كما يمكننا شرح بعض المحددات بشيء من التفصيل:

أولا: الجانب الاقتصادي والاجتماعي: إن مستوى الدخل لا يقصد به كمية الثروات، وإنما كيفية توزيعه بحيث يتمكن الأفراد من أخذ خطوات إيجابية تجاه صحتهم وحياتهم.

هناك علاقة قوية بين مستوى الصحة ودخل الفرد، فكلما زادت نسبة الفقر كلما ارتفعت نسبة الأمراض، وكلما زاد مستوى الدخل ارتفع مستوى الصحة وطول العمر، فالأسرة ذات الدخل الأساسي المرتفع تمتلك السيطرة على نظامها الغذائي والصحي، وعلى توفير بيئة معيشية أفضل وأكثر أمنا، وتمكنها من الحصول على مستويات عليا من التعليم، والقدرة على حل المشاكل وصناعة القرار.

في المقابل انخفاض الدخل يعني ضعف القدرة على شراء أنواع الأغذية الصحية، وقضاء وقت أطول في ممارسة الرياضة التي تقلل من احتمالات الإصابة بأمراض القلب والشرايين، والقدرة على شراء الأدوية لعلاج ارتفاع ضغط الدم وعلاج السكري والأمراض الأخرى.[1]

[1] باربا كارهيس وسيلينا صامويل، **المحددات الصحية شبكة معقدة**، جامعة شيفلد، ورقة بحثية، 2013، ص 21.

ملاحظة: عدم الاستغلال الأمثل لزيادة الدخل قد يؤدي إلى ما يسمى أمراض الرفاهية الناجمة كالبدانة والسكري وأمراض القلب وداء النقرس (الناجم عن كثرة أكل اللحوم الحمراء).

ثانيا: التعليم: التعليم مزيج من المعلومات والمهارات يتسلح بها الشخص لمواكبة تحديات الحياة وتمكنه من المشاركة في المجتمع من خلال ايجاد فرص العمل والأنشطة الأخرى.

ترتبط الحالة الصحية للمجتمع ارتباطا مباشرا بالتعليم فانخفاض مستوى التعليم يؤثر سلبا على الوضع الصحي العام للمجتمع، وفي المقابل ازدياد التعليم يساهم في ارتفاع مستوى رفاهية المجتمع الصحية ومدى تقدمه على كافة الأصعدة. يساهم التعليم أيضا في الرفع من مستوى الثقافة الصحية وفهم النشرات الوقائية التي تقدمها السلطات الصحية، بالإضافة إلى ذلك فإن المستوى العالي من التعليم يجعل الإنسان يتفادى الوظائف الشاقة المؤدية إلى اهتلاك الصحة.

ثالثا: البطالة وظروف العمل: إن مشكلة البطالة من أهم المشاكل التي تستحق الوقوف عندها لما لها من تأثيرات مختلفة إن كان على الصعيد الصحي أو الاقتصادي والاجتماعي والنفسي.

العاطل عن العمل يشعر بعدم الرضا عن الواقع الذي يعيشه الأمر الذي يولد له حالة نفسية تنعكس على الصحة الجسمية سلبا وبالتالي تجعله عرضة للإصابة بعدة أمراض ناهيك عن خطر الإدمان على المخدرات. كما أن العاطل عن العمل لا يملك الدخل للقيام بالاستشارات الطبية والفحوصات التي من شأنها اكتشاف الأمراض الخطيرة مبكرا.

المطلب الثالث: اقتصاد الصحة: المفهوم والسياسات

اقتصاديات الصحة هي فرع متخصص من العلوم الاقتصادية يدرس كيفية تأثير الموارد المحدودة على القرارات المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية. يتضمن هذا التخصص تحليل كيفية توزيع الموارد الصحية، بما في ذلك الأفراد، المعدات، والأموال، وكيف تؤثر هذه التوزيعات على الصحة والرفاهية العامة. يركز اقتصاديو الصحة على دراسة الكفاءة والفعالية في إنتاج واستهلاك خدمات الرعاية الصحية، محاولين فهم العوامل التي تؤثر على سلوك الأفراد والمؤسسات في القطاع الصحي. من خلال هذا التحليل، يسعى اقتصاديو الصحة إلى تطوير سياسات واستراتيجيات تحسين النظم الصحية وزيادة الفعالية في توفير الرعاية الصحية، مع الحفاظ على الجودة والإنصاف في الوصول إلى الخدمات الصحية.

أولا: مفهوم "اقتصاديات الصحة"

"اقتصاديات الصحة" فرع حديث من فروع علم الاقتصاد، يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة، بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل. كما يقدم علم الاقتصاد

معايير لتحديد ما إذا كانت السياسات الصحية تزيد أو تخفض من الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع الرعاية الصحية. ويهتم علم "اقتصاديات الصحة" أساسا بتخصيص الموارد الاقتصادية النادرة بين استخدامات الرعاية الصحية المتنافس عليها، والتي تزداد مواردها ندرة، بينما تزداد الحاجة إليها مع مرور الزمن. ويقوم علم "اقتصاديات الصحة" بالإجابة عن ثلاثة تساؤلات أساسية هي:

- كم من الموارد المحدودة يرغب المجتمع في إنفاقها على الرعاية الصحية؟
- كيف يتم تقديم الرعاية الصحية بأقل تكلفة ممكنة؟
- كيف يتم توزيع الخدمات الصحية على من يحتاجون إليها بعدالة؟

إضافة إلى ذلك يركز علم "اقتصاديات الصحة "على تحليل القضايا الصحية وتقييم سياساتها وتشريعاتها وأنظمتها من حيث تأثير كل منها في العرض والطلب وفي خدمات الرعاية الصحية وفي التخطيط المستقبلي وفي إنتاجها بكفاءة وتوزيعها بعدالة وفي تحديد تكاليف ومنافع أي من خياراتها.

الفوائد المتوقعة من استخدام تطبيقات اقتصاديات الصحة: يمثل استخدام أساليب وتقنيات "اقتصاديات الصحة" لتقييم التدخلات الطبية والصحية خاصة فيما يتعلق بفاعلية تكلفتها إضافة مهمة جداً لعملية اتخاذ القرار الملائم حول هذه التدخلات. وهناك عدة افتراضات خاصة بالرعاية الصحية تجعلها مختلفة عن الصناعات الأخرى وكأمثلة على ذلك نذكر منها:[1]

- شح المعلومات لدى المستهلكين، فالمستهلك للخدمات الصحية لا يعرف مشكلته الصحية ولا كيفية معالجتها.
- عدم التأكد من النفقات الطبية التي قد يتكبدها المريض أو الحكومة.
- عدم التأكد من نتيجة العلاج.
- الدور المزدوج للطبيب كوكيل عن المريض وكعارض للخدمة مما يجعله يمثل الطلب والعرض في آن واحد.
- وجود عدد كبير من المنشآت الطبية لا تستهدف الربح (غير ربحية) وتحدد أسعار خدماتها على أساس التكلفة فقط.
- قيود الدخول في المهن الطبية وفي الأعمال التي يقوم بها مختلف المهنيين الصحيين.
- رغبة المجتمع في حصول كل أفراده على الحد الأدنى من الرعاية الصحية.

[1] مهنا العتيبي، **تقرير الجودة الصحية**، اقتصاديات الصحة، 2015.

ثانيا: تعريف اقتصاديات الخدمات الصحية:

غالبا ما يحدث التباس بين مفهومي اقتصاديات الصحة Health Economics واقتصاديات الخدمات الصحية Health care Economics، بينما هنالك فرق كبير بينهما، فمفهوم اقتصاديات الصحة مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة، والتي تشتمل على الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات، بينما يضيق مفهوم اقتصاديات الخدمات الصحية ليشمل فقط الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية وكمدخل انتاج في صناعة الصحة.[1]

وتعد اقتصاديات الصحة فرع حديث من فروع علم الاقتصاد يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل ويقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت سياسات معينة تزيد أو تخفض الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية.

لا يستطيع التحليل الاقتصادي معالجة كل ما يهم المهنيين الصحيين وعامة الناس بالنسبة للرعاية الصحية فالمشكلات المختلفة تتطلب تدريباً وخبرة تحليلية مختلفة، أما ما يلائم التحليل الاقتصادي بصفة خاصة فهي المشكلات المتعلقة بقضايا الندرة. ومن هذه الناحية يمكن لعلم الاقتصاد توضيح الاختيارات الأفضل للمجتمع عندما تكون موارده المتاحة غير كافية لتحقيق كل رغباته، فالموارد المتاحة دائماً غير كافية في كل المجتمعات وذلك لشدة المنافسة عليها بين استخداماتها المختلفة كالتعليم والرعاية الصحية والأمن الداخلي والدفاع عن حدود الوطن وطرق المواصلات ... الخ.

شمل تعريف اقتصاديات الخدمات الصحية العناصر التالية:[2]

1. **دراسة الكفاءة:** كيف يمكن استخدام الموارد المتاحة بأفضل طريقة ممكنة لتحقيق النتائج الصحية المرجوة.
2. **دراسة الفعالية:** تقييم النتائج الصحية المتحققة نتيجة للخدمات الصحية المقدمة.
3. **تحليل التكاليف والمنافع:** تقييم الفوائد الصحية بالمقارنة مع التكاليف الاقتصادية للخدمات الصحية المختلفة.
4. **التوزيع العادل للموارد:** كيفية توزيع الموارد بطريقة تضمن العدالة والمساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية.
5. **تحليل السياسات الصحية:** فهم كيف تؤثر القرارات السياسية والتنظيمية على توفير وجودة الخدمات الصحية.

[1] طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، الطبعة الثانية، مكتبة القدس، 2008، ص 17.

[2] https://journals.ekb.eg/

وبما أن الاقتصاد هو دراسة الفرصة، والندرة فإن ذلك يستتبع إذا كانت النواحي مترابطة وذات صلة في مجال الاقتصاد ذات صلة بأي شكل، فإنها ستكون أيضا الصحة، ومع ذلك، فإن الخدمات الصحية لها بعض الخصائص المهمة والتي تعني أن النماذج الاقتصادية البسيطة أو الخام يجب استخدامها بحرص. وبالتالي اقتصاديات الخدمات الصحية تلعب دورًا حاسمًا في صنع القرارات على مستويات متعددة، من السياسة الصحية العامة إلى إدارة المؤسسات الصحية وتخطيط الخدمات الفردية، مما يساهم في تحسين النظم الصحية وتعزيز الصحة العامة.

ثالثا: أهمية اقتصاديات الخدمات الصحية

هدفت كثير من دول العالم إلى تحقيق مستوى متقدم من الصحة للمواطنين الذين يعيشون في تلك الدول، ولتحقيق ذلك الهدف عقدت الندوات والمؤتمرات والتي كان من أهمها مؤتمر المآتا عام 1978، وركز هذا المؤتمر على أن الرعاية الصحية الأولية أمر ضروري باعتبارها المحور الرئيسي للنظام الصحي، وجزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وتحتاج الرعاية الصحية إلى عملية إدارية ناجحة من أجل تحقيق أقصى ما يمكن من الصحة للمواطنين وبما يتناسب مع الموارد الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في تلك الدولة ويجب أن تشترك القطاعات المختلفة في العملية الإدارية للقطاع الصحي.

كما أن الاهتمام بالموضوع الصحي في السنوات القليلة الماضية قد زاد وبشكل كبير وذلك للأسباب التالية":[1]

1. أن الصحة الجيدة تمثل الظرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم.
2. أن الصحة تعتبر الموضوع الوحيد الذي يهتم به كل الناس.
3. أن الخدمات الصحية من أكبر وأعقد الصناعات حاليا بسبب ارتفاع تكاليفها وازدياد ربحيتها، كثرة أعداد العاملين فيها.
4. تنوع المهن والوظائف العاملة في القطاع الصحي.
5. كثرة المحتاجين للخدمات الصحية.
6. أن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة.

5 . احتياج الخدمات الطبية لأرقى وأثمن وأعقد انواع التكنولوجيا.

وللأسباب الآنفة الذكر فقد تم إنشاء المستشفيات والمراكز لصحية والعيادات والمراكز الطبية المختلفة بالإضافة إلى الاهتمام بمختلف المؤسسات التي تقدم بصورة أو بأخرى خدمات متعلقة بصحة الإنسان، ولما كان

[1] Rock Well, Schulz and Alton, **Management of hospitals and Health Services (The C.V.Mosgay Company, Toronto)**, 1991, p.18,19 .

المستشفى والعيادة الطبية والمركز الصحي من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فقد زاد التركيز والاهتمام على إيجاد تعريف وافي وشامل وواضح للمستشفى والمركز الصحي، وقد عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات دائمة تشمل على أسرّة للتنويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين".

أما المنظمة العالمية للصحة العالمية فقد عرفت المستشفى والمركز الصحي على أنه "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وكذلك تدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية وحيوية".[1]

اقتصاديات الخدمات الصحية تلعب دوراً مهماً ومتعدد الأوجه في تعزيز الرعاية الصحية والنظم الصحية حول العالم. أهمية هذا المجال تتجلى في عدة جوانب:[2]

1. **تحسين الكفاءة:** اقتصاديات الخدمات الصحية تساعد في تحديد أكثر الطرق فعالية لاستخدام الموارد المحدودة. من خلال تحليل التكاليف والفوائد، يمكن للمؤسسات الصحية تحسين تخصيص الموارد لتحقيق أقصى قدر من النتائج الصحية.
2. **دعم صنع القرار:** توفر اقتصاديات الخدمات الصحية المعلومات والتحليلات اللازمة لصانعي السياسات والمدراء لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تخطيط الخدمات الصحية وتمويلها وتنظيمها.
3. **تعزيز العدالة في الوصول إلى الرعاية الصحية:** يمكن لدراسات اقتصاديات الخدمات الصحية أن تسلط الضوء على الفوارق في الوصول إلى الرعاية الصحية وتساعد في تطوير استراتيجيات لتقديم خدمات صحية عادلة ومتساوية لمختلف شرائح المجتمع.
4. **تقييم السياسات والبرامج الصحية:** من خلال تحليل النتائج والتكاليف، يمكن تقييم فعالية السياسات والبرامج الصحية، مما يؤدي إلى تحسينات مستمرة في تقديم الرعاية الصحية.
5. **تحسين الجودة والابتكار:** يشجع التحليل الاقتصادي على الابتكار وتطوير تقنيات وأساليب علاجية جديدة تكون أكثر فعالية من حيث التكلفة، مما يعزز جودة الرعاية الصحية المقدمة.

[1] منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1991 م، ص 5.

[2] Janjaroen W, Supakankunti S. **International trade in health services in the millenium: a case of Thailand**. Bangkok: Centre for Health Economics; 2000.

6. **التأثير على السياسات العامة:** تؤثر اقتصاديات الخدمات الصحية على السياسة الصحية العامة، مما يساعد في ضمان أن القرارات التي تؤثر على الصحة العامة تأخذ في الاعتبار العوامل الاقتصادية وتكون مبنية على أدلة وبيانات موثوقة.

7. **الاستجابة للتحديات الصحية العالمية** :يساعد هذا المجال في فهم ومعالجة التحديات الصحية العالمية مثل الأوبئة والأمراض المزمنة، من خلال توفير تحليلات تساعد في توجيه الجهود العالمية للتصدي لهذه التحديات بكفاءة.

بشكل عام، اقتصاديات الخدمات الصحية تعتبر حاسمة لضمان أن النظم الصحية تعمل بشكل فعال، وتوفر رعاية عالية الجودة وتكون مستدامة.

رابعا: السياسات الصحية:

يقصد بالسياسة policy بصفة عامة الإطار العام الذي يشتمل على مجموعة من الخيارات تتناول التدابير العملية Courses of Action التي يمكن اتخاذها، لمعالجة قضية أو مسألة محددة في نظام معين، استنادا إلى التجربة العملية أو الخبرة السابقة، أو العلمية، أو كلا هذين معا، فلوضع سياسة أو سياسات تتناول مواجهة مشكلة نقص الكفاءات الوطنية في مجال التمريض في بلد كالمملكة العربية السعودية مثلا، يتم وضع مجموعة من الخيارات، مثل: زيادة الحوافز التي تدفع الطلاب أو الطالبات إلى الالتحاق ببرامج التمريض، أو زيادة الطاقة الاستيعابية لمعاهد وكليات جديدة، أو فتح باب الابتعاث الخارجي في هذا المجال. ثم يتم بعد ذلك دراسة هذه الخيارات دراسة موضوعية تتناول التكلفة وحجم العائد والمدى الزمني اللازم للحصول على هذا العائد، وعلى ضوء تلك الدراسة يتم اختيار واحد من هذه الخيارات أو أكثر ليكون سياسة تتبع لمواجهة هذه المشكلة.

أما السياسة الصحية الوطنية فهي تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها.[1]

ومن أجل وضع سياسات صحية وطنية فعالة وملائمة يُرى ضرورة استيعاب واضعيها لآليات عمل نظام الرعاية الصحية على نحو شامل، ودراسة مختلف المشكلات، واضعين بنصب أعينهم الانسجام مع تكاليف الرعاية الصحية الآخذة في الارتفاع، من دون أن يؤدي ذلك إلى الإخلال بمستويات جودة الرعاية الصحية المقدمة.[2]

خامسا: القوى العاملة الصحية: تعد القوى العاملة الصحية أحد أهم الموارد الرئيسية لنظام الرعاية الصحية المعنية بتقديم مختلف خدمات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات السكان، وتشمل هذه القوى أولئك الأشخاص العاملين في

[1] منظمة الصحة العالمية، جنيف، ص 16.

[2] طلال الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، 2004، ص 22.

خدمات الرعاية الصحية الشخصية، وخدمات الصحة العامة، مثل: الأطباء البشريين، وأطباء الأسنان، والصيادلة، وأعضاء هيئات التمريض، والاختصاصيين والتقنيين والمساعدين في مجالات التصوير الطبي والتحاليل الطبية، والتغذية، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي والبصريات وصحة البيئة والأجهزة الطبية الحيوية.

وبسبب العدد الكبير من المتخصصين في مختلف ميادين الرعاية الصحية، وارتفاع تكاليف تعليمهم، وتدريبهم، وأجورهم، ومرتباتهم في أغلب دول العالم، واستحواذهم على النصيب الأكبر من ميزانية القطاع الصحي، فإن قضايا ومسائل هذه القوى تشغل أهمية قصوى لتعظيم الاستفادة من طاقاتهم وكفاياتهم وتنمية قدراتهم ومهاراتهم ليكونوا دائما عند مستويات أعلى، ونعرض فيما يلي أهم فئات القوى العاملة الصحية.

1. **الأطباء:** يعتبر الأطباء العماد الرئيسي لفرق الرعاية الصحية. وهم الممارسون الوحيدون المرخص لهم من قبل جهات الاختصاص بالدولة لتشخيص المشكلات الطبية وعلاجها.

على صعيد آخر يلعب الأطباء أدوارا عدة في سوق الرعاية الصحية وهم يشكلون أهم مصدر من مصادر مدخلات الرعاية الصحية كأرباب عمل أو كوسطاء لاستخدام خدمات الرعاية الصحية. وعلى هذا الأساس يتحكم الأطباء بشكل كبير في خفض موارد الرعاية الصحية أو زيادتها. كما يتحكمون في تقدير احتياجات الرعاية الصحية أو الطلب عليها بحكم معرفتهم بالمشكلات الصحية الفعلية لمرضاهم ورغباتهم نحو أفضلية الخدمات التي يتطلعون إليها، إضافة إلى ما قد يحتاجون إليه من خدمات وأنشطة لمواجهة تلك المشكلات وعلاجها.[1]

ولتعظيم دخولهم يميل معظم الأطباء المتخصصين إلى العمل بشكل رئيسي في المدن الكبيرة حيث تكون الكثافة السكانية أعلى منها في المدن الصغيرة. ومن العوامل المهمة الأخرى التي تتحكم في قرارات الأطباء على تفضيل العمل في المدن الكبيرة هو توافر وسائل الراحة والخدمات في تلك المدن. وإمكانية تلقي الدعم الاستشاري من زملائهم وسهولة الحصول على الدعم التقني الطبي من المستشفيات التخصصية والتعليمية. ولتحسين جهود توزيع الأطباء بشكل عادل على الأماكن الجغرافية المختلفة في الدولة لا سيما في القرى، تعمد بعض الدول إلى تقديم قروض ميسرة لمساعدة الأطباء على فتح عيادات في تلك الأماكن ونشر مراكز لتقديم الخدمات الصحية الحكومية خاصة في مجال الرعاية الصحية الأولية وربطها بنظام الإحالة، وعن طريق الطب الاتصالي بمراكز خدمات الرعاية الصحية التخصصية لتقديم الدعم الفني المطلوب.[2]

2. **الصيادلة:** تتلخص مهمتهم في تقديم مدى واسع من الخدمات بدءً من دراسة الدواء الموصوف وملائمة جرعته، وخلوه من المتضادات الدوائية، مرورا بتحضير بعض الأدوية والمستحضرات الصيدلانية، وانتهاء بشرح

[1] W.Jack Duncan, Peter M.Ginter and Linda E. S wayne, **Hand book of Health care management**, (Madlen, MA:Black well publishers Inc.1998) pp 212 –213 .

[2] Kathrine Huang, **Graduate Medical Education: The Federal Government's Opportunity to shape the Nation's physician work force, yale journal on Regulation**, New Haven; winter 1999, Via E_mail. P 23.

طريقة استعمال الدواء والأدوية الموصوفة. ويمارس معظم الصيادلة مهنهم في الصيدليات المنتشرة في المدن والقرى. وهناك نسبة منهم ممن يعملون إما في المرافق الصحية والطبية المختلفة أو في معامل الأدوية والمستحضرات الصيدلية والمستودعات الطبية أو في مراكز الأبحاث ذات الصلة بتخصصاتهم.

3. **الممرضون والممرضات:** يعد أعضاء هيئات التمريض بفئاتها ومستوياتها المهارية المتنوعة من أهم فئات القوى العاملة الصحية التي استأثرت بالبحث والدراسة من قبل مخططي الرعاية الصحية والاختصاصيين العاملين في حقل الاقتصاد الصحي لكونهم يشكلون النسبة الكبرى من اجمالي هذه القوى من جهة . ولصعوبة ممارسة هذه المهنة وظروف طبيعة عملها القاسية، وارتفاع معدلات ترك الوظيفة بينهم، والنقص الحاصل في أعدادهم لا سيما المؤهلين منهم من جهة أخرى. وتتركز أغلب النقاشات حول النقطة الأخيرة من حقيقة أنه لا يوجد مجال للترقية الوظيفية للممرض للحصول على مركز أعلى وراتب أكبر كما هو حاصل في السلم الوظيفي الإداري. وفي هذا المجال هناك من يرى أن النقص يوجد عندما يكون عدد الممرضين أقل من العدد المطلوب منهم في سوق الرعاية الصحية حسب الرواتب المعروضة. وهناك من يرى أن النقص يظهر عندما يكون الطلب على الممرضين أكبر من المعروض منهم حسب الأجور المتاحة في سوق العمل.

المبحث الثاني: علاقة الاقتصاد بالصحة

العلاقة بين الصحة والاقتصاد متشابكة ومتبادلة. حيث تشكل الصحة الجيدة عنصرًا أساسيًا في تعزيز الإنتاجية والنمو الاقتصادي. من جهة، تؤدي الاستثمارات في الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض إلى تحسين الرفاهية العامة وزيادة إنتاجية العمال، مما يعزز النمو الاقتصادي. من جهة أخرى، يمكن للتحديات الاقتصادية مثل الفقر وعدم المساواة أن تؤثر سلبًا على الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة وتفاقم القضايا الصحية. بالتالي، يُعتبر تحسين الصحة العامة والاستثمار في الأنظمة الصحية جزءًا لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية المستدامة، وهي شرط مسبق بل مؤشر وحصيلة للتقدم المُحرز في تحقيقها بشكل مستدام.[1]

المطلب الأول: الاقتصاد الكلي والصحة

يمكن القول بكل ثقة أن النمو الاقتصادي يؤدي إلى تحسين الصحة، فهو يسفر عن زيادة الغذاء المتاح وإتاحة القدرة على تحمل تكلفة الإنفاق الصحي، وزيادة الطلب على الصحة الجيدة. ويثار السؤال حول ما إذا كانت العلاقة السببية تعمل في الاتجاه المعاكس، أي هل تؤدي الصحة إلى زيادة النمو الاقتصادي؟ وإذا كان الحال كذلك فما مدى أهميتها بالمقارنة بالعوامل الأخرى المحتملة ذات الشواهد التجريبية والعملية الأكثر قوة؟

[1] منظمة الصحة العالمية، **تحديد موضع الصحة في خطة التنمية لما بعد عام 2010**، ص 14.

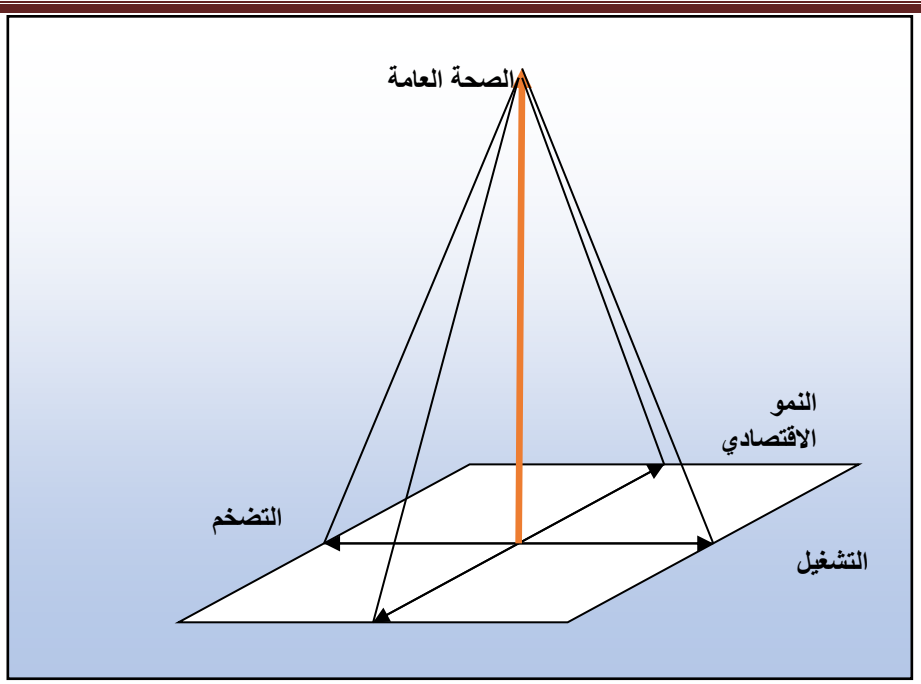
وقد أوصت لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة بزيادة الإنفاق على الصحة كوسيلة لتعزيز النمو الاقتصادي ورفع مستوى كل من الوضع الصحي ودخل الأسرة المعيشية، وتقدم استنتاجات هذه اللجنة نقطة البدء في إعادة فحص سلامة الشواهد الاقتصادية الكلية ومدى أهميتها.

وبذل الاقتصاديون وغيرهم من علماء الاجتماع جهودا كبيرة للكشف عن تأثير الاستثمارات في القطاع الصحي على الأداء الاقتصادي. والواقع أن البحوث التاريخية وعمليات التحليل المتعدد القطاعات. والطرق المبتكرة لإدماج العوامل الخاصة بالأسرة في الدراسات المتضمنة عدة بلدان أدت إلى تنشيط الإطار المنهجي. ولكن النتائج مازالت غير قاطعة. ومع ذلك فالبحوث عاجزة بسبب نقص البيانات وعدم دقة مقاييس الصحة. وإضافة إلى ذلك فإن البلدان القائمة بتقديم خدمات صحية فعالة هي على الأرجح أيضا بلدان ذات مؤسسات أخرى جيدة الأداء. فضلا عن سلامة نظام الإدارة العامة. ومن شأن ذلك أن يؤدي إلى صعوبة فرز المساهمة الحدية للاستثمار في الصحة وفصلها على حدة.

بطبيعة الحال تستحق تحسينات الأوضاع الصحية الجهد المبذول حتى وإن اتضح أن لها تأثيرا محدودا على النمو الاقتصادي. فالناس يضعون الصحة في مرتبة عالية على سلم الأولويات في الحياة. والصحة غاية في حد ذاتها. سواء كانت أم لم تكن وسيلة لتعزيز غاية أخرى هي زيادة الرفاه والرخاء.

هل الاستثمارات الحكومية في قطاع خدمات الرعاية الصحية مهمة بالنسبة للنمو الاقتصادي؟ تستثمر الحكومات في قطاع الصحة بطرق شتى لتوفير سلع عمومية (كمكافحة ناقلات الأمراض، وتشجيع السلوكيات الصحية على سبيل المثال)، وسلع شبه عامة (مثل اللقاحات الواقية من الأمراض المعدية والمكملات الغذائية) ودعم الحصول على الرعاية الصحية إما من خلال التأمين الصحي أو تقديم الرعاية بشكل مباشر. وتستند هذه الاستثمارات الحكومية إلى أساس منطقي واضح، فالأمراض المعدية تصبح بعد انتقالها من شخص إلى آخر شواغل مثيرة للقلق على الصعيدين العام والخاص. وبما أن المرض حدث عشوائي فإن أفضل وسيلة للتصدي له هي المشاركة المالية في مواجهة المخاطر التي يثيرها. وهنالك قضية مهمة وهي مقدار مساهمة الإنفاق العام على الصحة في النمو الاقتصادي.

إن نموذج التنمية الحديث يقر بأن الإنسان هو هدف التنمية ووسيلتها، وبالتالي فإن سلامة الوسيلة تؤدي إلى تحقيق التنمية وسلامة الهدف يؤدي إلى استغلال مقدرات التنمية إنتاجا واستهلاكا على التوالي. وعليه فإن إدراج الصحة العمومية كهدف خامس للسياسات الإقتصادية يعتبر من الأهمية بمكان، بل ينبغي أن يكون الهدف الأول ويمكن القول إن مربع كالدور السحري لابد أن يتحول إلى هرم سحري قاعدته المؤشرات الأربعة ورأسه هو مؤشر يدل على منحى الصحة العامة، كمعدل جودة الحياة مثلا. ليصبح ليتحول إلى الشكل التالي:



المصدر : من إعداد الطالب

تتسم الشواهد المستمدة من بلدان عديدة بالضعف على أحسن تقدير. وعلى الرغم من أن عدم توافر المقياس الصحي الجيد يسهم في هذه المشكلة. إلا أن ضعف مؤسسات الرعاية الصحية يقوض فعاليات استثمارات الرعاية الصحية وكفاءتها. فظاهرة التغيب المزمن عن العمل في المؤسسات المقدمة للخدمات الصحية وسوء تنفيذ الميزانيات وانعدام كفاءة الإدارة وغياب المساءلة بصورة تامة تقريبا، هي كلها عوامل تضعف الجهود العامة وتسهم في تدني العائد على الاستثمار. وإذا كانت المؤسسات لا تستطيع أداء وظائفها، فإن الإنفاق العام على الرعاية الصحية لن يؤدي إلى تحسين الصحة. ناهيك عن رفع معدل النمو الاقتصادي.

من شأن الاستثمارات المبكرة في الصحة والتغذية أن تؤدي إلى تحسين الرفاهية والدخل على الرغم من أن الشواهد الاقتصادية الكلية مشوشة وغير قاطعة. إلا أن مجالات البحث الأخرى في الآثار والدلالات الأوسع نطاقا للاستثمارات في الصحة تعطي رؤى ثرية وواعدة. فالاستنتاجات المستخلصة من الاقتصاد وعلم النفس والعلوم العصبية تكشف الأهمية العميقة لتوقيت الدخل، فالإجراءات التدخلية في سنوات ما قبل المدرسة لها باع طويل حيث تؤدي إلى تحسين الصحة والانتظام الدراسي وزيادة الدخل حتى في مرحلة لاحقة من الحياة. ويمكن أن تؤدي مكافحة سوء التغذية إلى زيادة كبيرة في معدلات بقاء الأطفال الصغار على قيد الحياة وتخفيف عبء المرض. ويُترجم كل ذلك إلى بالغين موفوري الصحة يمكنهم أن يتوقعوا الحياة لسنوات أطول.

ويكمن تأثير الصحة على الإنتاجية الاقتصادية والتنمية على مستوى الدولة بأكملها. العناصر الأساسية لهذه العلاقة تشمل:[1]

1. **زيادة الإنتاجية:** العمال الأصحاء يميلون إلى أن يكونوا أكثر إنتاجية، الأمراض وعدم القدرة على العمل تقلل من قدرة القوى العاملة وتؤثر سلبًا على الإنتاج الاقتصادي الكلي.
2. **التأثير على التعليم:** الصحة الجيدة تعزز فرص التعليم، خصوصًا للأطفال. الأطفال الأصحاء يتمكنون من حضور المدرسة بانتظام والتعلم بشكل أكثر فعالية، مما يؤدي إلى تحسين جودة القوى العاملة المستقبلية.
3. **تقليل النفقات الحكومية:** نظام صحي فعال ووقائي يمكن أن يقلل من الحاجة للعلاجات الطبية المكلفة والرعاية طويلة الأمد، مما يوفر الموارد الحكومية لاستثمارات أخرى.
4. **الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي:** الأمراض الوبائية والأزمات الصحية يمكن أن تؤدي إلى عدم استقرار اقتصادي واجتماعي، مما يؤثر على الاستثمار والنمو.
5. **التأمين الصحي والأمان الاجتماعي:** توفير التأمين الصحي وأنظمة الأمان الاجتماعي يساعد في حماية الأفراد من الآثار الاقتصادية المدمرة للأمراض الكبيرة ويساعد في الحفاظ على استقرار الاقتصاد الكلي.
6. **البحث والتطوير:** الاستثمار في البحث والتطوير في مجال الرعاية الصحية يعزز الابتكارات التكنولوجية، مما يؤدي إلى تحسينات في العلاجات الطبية ويمكن أن يكون محركاً للنمو الاقتصادي.

بشكل عام، الصحة الجيدة تعتبر ركيزة أساسية لاقتصاد كلي قوي ومستدام، حيث إن الاستثمار في الصحة يُعد استثمارا في رأسمال البشري والتنمية الاقتصادية على المدى الطويل.

المطلب الثاني: أثر الصحة على مستوى الدخل

لعل السبب الأشد وضوحا لاحتمالات أن الناس الأصحاء قد يصبحون أكثر غنى وثراء يتمثل في قدرتهم على العمل بصورة أكثر جدية ولساعات أطول وبوتيرة أكثر استمرارية بالمقارنة مع الآخرين. وبالتالي فإن العجزة أو المرضى سيعملون ساعات أقل ملقين بعبء اقتصادي على كاهل الأسرة. ولكن هل في مقدور الصحة الأفضل أن تزيد معدل نمو الدخل؟

أولا: تراكم رأس المال البشري: يشير أحد الموضوعات المتكررة في الأبحاث والمؤلفات إلى أن الصحة تؤدي إلى نمو الدخل من خلال تأثيرها على تراكم رأس المال البشري ولا سيما من خلال التعليم شريطة حصول الناس على ما يكفيهم من الغذاء وفرص التعليم الجيدة. لأن في إمكان الأطفال الأصحاء الحاصلين على التغذية السليمة قضاء وقت أطول في المدرسة بقدرات أفضل على التعلم. مما يهيئهم لاكتساب دخل أعلى، ويؤثر كذلك

[1] International trade in health services: **difficulties and opportunities for developing countries**. Geneva: United Nations Conference on Trade and Development; 1997. Background note by UNCTAD Secretariat, TD/B/COM.1/EM.1/2

الوضع الصحي للبالغين على تراكم رأس المال البشري لأطفالهم فالآباء يتخذون بالنيابة عن أبنائهم نسبة كبيرة من القرارات الخاصة باستثمار رأس المال البشري وبوفاة الوالدين تنعدم قدرتهما على الاستثمار في أطفالهما.

ثانيا: تراكم رأس المال المادي: يستطيع السكان المتمتعون بالصحة الأفضل مراكمة رأس المال المادي بوتيرة أكثر سرعة. وتتمثل الوسيلة الأكثر وضوحا في الادخار لأن ارتفاع متوسط العمر المتوقع على سبيل المثال يزيد المدة المتوقعة للتقاعد وفي الحقيقة يرى بلوم وكانينغ غراهام (2002) أن النمو السريع في شرق آسيا يعود إلى هذه الآلية تحديدا، ويقوم ألسان وبلوم وكانينغ (2006) وساكس مالاني (2002) بتسليط الضوء على أثر الوضع الصحي الأفضل للسكان على التدفقات الوافدة لرأس المال الأجنبي مقابل الزيادات في المدخرات المحلية، ويسود الاعتقاد عادة بأن هذا التأثير له مفعوله في المواقف المتسمة بدرجة عالية من التكامل بين الاستثمار الأجنبي المباشر والمغتربين في ظل دورهم إما كموظفين أو مستهلكين. والسياحة هي المثال الأقرب حيث يشكل التهديد بانتقال مرض معدي عامل ردع بالنسبة للزائرين والاستثمار على المدى القصير على الأقل لأنه يوحي بوجود بيئات عالية المخاطر (بيل ولويس 2004).

ثالثا: اتجاهات الصحة والدخل القومي

اجتمع علم الاقتصاد وعلم الصحة في المجال التجريبي قبل اربعين عاما فقط، ويقدم بريستون (1975) بيانات عن نصيب الفرد من الدخل والوضع الصحي للسكان مقاسا بمتوسط العمل المتوقع لعينة مستعرضة من البلدان. وتؤكد البيانات الأكثر حداثة استنتاجه القائل بوجود علاقة مقعرة بين الوضع الصحي والدخل. [1]

ووفقاً للمفهوم الاقتصادي في المجال الصحي، فإنه يتم إنتاج الرعاية الصحية كغيرها من السلع والخدمات، وهو ما يؤكد ضرورة النظر بعين الاعتبار لنظرية الإنتاج، فهي مهمة عند تحليل التكاليف والعرض لخدمات الرعاية الصحية، كما تركز دالة الإنتاج على تحليل العلاقة بين كميات كل من المدخلات والمخرجات، ومع الأخذ في الحسبان ما تم إقراره أن الرعاية الصحية سلعة اقتصادية، فإن صنع القرار فيما يتعلق بالرعاية الصحية ربما يتعلق في بعض الحالات بقوى السوق، فمثلاً العمليات الجراحية كشفط الدهون تباع وتشترى في أغلب البلدان من خلال السوق الخاص، ورغم ذلك فإن معظم البلدان لا تعتمد بصورة مطلقة على هذه القوى في معظم خدمات ومنتجات الرعاية الصحية، إذ أنه عادة ما تتدخل الحكومات في أسواق الرعاية الصحية إلى درجة أعلى بكثير من تدخلها في معظم السلع الاقتصادية.

[1] اللجنة المعنية بالتنمية والنمو، مرجع سبق ذكره.

ومن ناحية أخرى يدرك الكثيرون أن الرعاية الصحية تختلف عن غيرها من النشاطات الاقتصادية، لأن الخاصية الأساسية لتلك الرعاية هو عدم اليقين، فنحن لا نعرف تكلفتها مسبقاً، كما أن المرضى لا يتصرفون كما يتصرف المستهلكون، وكذلك لا يتصرف الأطباء كما تتصرف الشركات التجارية الأخرى.

فمن المألوف في الاقتصاديات الحكم على استخدام الموارد من خلال معايير الكفاءة والإنصاف، إلا أن اقتصاديات الصحة تضطر إلى التعامل بمعايير أخرى، ويتحدد أهم معيارين من بين هذه المعايير في هذا المجال وهما: الفعالية والأخلاقيات.

إذا تلعب الصحة دورًا محوريًا في تحديد مستوى الدخل الفردي والإنتاجية الاقتصادية. الأشخاص الذين يتمتعون بصحة جيدة يكونون أكثر قدرة على العمل بكفاءة وإنتاجية، مما يعزز من فرصهم في تحقيق دخل أعلى والحصول على ترقيات وفرص وظيفية أفضل. علاوة على ذلك، يساهم الحفاظ على صحة جيدة في تقليل الغياب عن العمل بسبب المرض، مما يؤدي إلى استقرار الدخل وتقليل التكاليف الطبية. من جهة أخرى، يمكن أن تؤدي المشكلات الصحية إلى زيادة الأعباء المالية بسبب التكاليف الطبية وفقدان الفرص الوظيفية، مما يؤثر سلبًا على الدخل. على المستوى الاقتصادي الكلي، الصحة الجيدة للسكان تدعم النمو الاقتصادي عبر تعزيز الإنتاجية العامة والابتكار، مما ينعكس إيجابًا على الاقتصاد الوطني ومستويات الدخل العامة.

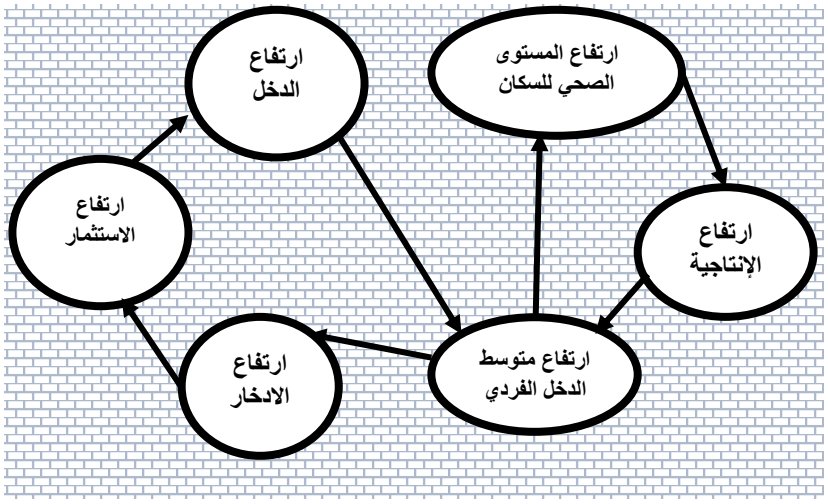
رابعا: الصحة والرفاهية

نحن ندرس دور الصحة كأداة لتوليد الرفاه الاقتصادي. ومع ذلك، فإن أي وجهة نظر معقولة لمساهمة الصحة في رفاه الإنسان تشمل أيضا فوائد الرعاية المباشرة من عمر طويل وصحة جيدة. وغالبا ما تكون تقديرات القيمة النقدية للحياة مقاسة بالرغبة في الدفع لتجنب خطر الوفاة سواء كان الخطر صغيرا أم كبيرا. ويمكننا استخدام هذه التقديرات لقيمة الحياة لمقارنة التحسينات الاجتماعية التي حدثت نتيجة التحسينات في صحة السكان والتحسينات الناجمة عن النمو الاقتصادي وارتفاع الدخول. من الناحية النظرية يمكننا قياس قيمة المكاسب الصحية عن طريق المبلغ الذي سيكون الناس على استعداد لدفعه ثمنا لعدم التخلي عن هذه المكاسب. على سبيل المثال يمكننا أن نطلب من شخص له دخل يومي معين، وهو في صحة جيدة، مع الأخذ بعين الاعتبار العمر المتوقع في الولايات المتحدة، ما هو مستوى الدخل الذي سيطلبه لقبول المعيشة مع متوسط العمر المتوقع. وتشير هذه المقارنات إلى أن قيمة المكاسب الصحية في العديد من البلدان متشابهة مع قيمة مكاسب الدخل،[1] أو حتى تجاوزتها. وبالإضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من أن الثغرات في الدخل بين البلدان ظلت مستمرة جدا على مدى

[1] David E. Bloom,David Canning, **Population Health and Economic Growth,** The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank On behalf of the Commission on Growth and Development 2008 p 12.

السنوات الخمسين الماضية، فقد كان هناك تقارب واسع النطاق في متوسط العمر المتوقع، مما يشير إلى أن مستويات الرفاه العالمية الشاملة تتقارب (بورغينيون وموريسون، 2002. بيكر، فيليبسون، سواريس، 2005). فالقيمة النقدية الكبيرة للمكاسب الصحية تعطي الأساس المنطقي للاستثمار في الصحة بصرف النظر عن قيمته الأساسية كمساهمة في الإنتاجية.

الشكل رقم (1-2): كسر الحلقة المفرغة للمستوى الصحي والتنمية



المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق، ص 406

تتسم الشواهد المستمدة من بلدان عديدة بالضعف على أحسن تقدير. وعلى الرغم من أن عدم توافر المقياس الصحي الجيد يسهم في هذه المشكلة. إلا أن ضعف مؤسسات الرعاية الصحية يقوض فعاليات استثمارات الرعاية الصحية وكفاءتها. فظاهرة التغيب المزمن عن العمل في المؤسسات المقدمة للخدمات الصحية وسوء تنفيذ الميزانيات وانعدام كفاءة الإدارة وغياب المساءلة بصورة تامة تقريبا، هي كلها عوامل تضعف الجهود العامة وتسهم في تدني العائد على الاستثمار. وإذا كانت المؤسسات لا تستطيع أداء وظائفها، فإن الإنفاق العام على الرعاية الصحية لن يؤدي إلى تحسين الصحة. ناهيك عن رفع معدل النمو الاقتصادي.

من شأن الاستثمارات المبكرة في الصحة والتغذية أن تؤدي إلى تحسين الرفاهية والدخل على الرغم من أن الشواهد الاقتصادية الكلية مشوشة وغير قاطعة. إلا أن مجالات البحث الأخرى في الآثار والدلالات الأوسع نطاقا للاستثمارات في الصحة تعطي رؤى ثرية وواعدة. فالاستنتاجات المستخلصة من الاقتصاد وعلم النفس والعلوم العصبية تكشف الأهمية العميقة لتوقيت الدخل، فالإجراءات التدخلية في سنوات ما قبل المدرسة لها باع طويل حيث تؤدي إلى تحسين الصحة والانتظام الدراسي وزيادة الدخل حتى في مرحلة لاحقة من الحياة. ويمكن

أن تؤدي مكافحة سوء التغذية إلى زيادة كبيرة في معدلات بقاء الأطفال الصغار على قيد الحياة وتخفيف عبء المرض. ويُترجم كل ذلك إلى بالغين موفوري الصحة يمكنهم أن يتوقعوا الحياة لسنوات أطول.

المطلب الثالث: سوق خدمات الرعاية الصحية

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

أولا: الطلب: في جانب الطلب على خدمات الرعاية الصحية، وكما هي العادة في أدبيات النظرية الاقتصادية، يتم استكشاف محددات الطلب على هذه الخدمات في إطار نموذج مستهل نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت الافتراضات التالية:

1. أن يكون لدى المستهلك النمطي إجمالي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.
2. أن يتمكن المستهلك النمطي من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة للمنفعة تكون معرفة على حالته الصحية، وسلعة استهلاكية مجمعة. وتتصف الدالة بالخصائص المعروفة لمثل هذه الدوال فيما يتعلق بالمنفعة الحدية.
3. أن يتم إنتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطي بواسطة دالة للإنتاج يستخدم فيها مدخلات لإنتاج الصحة وتقنيات إنتاج الرعاية الصحية كمستوى التغذية وصحة البيئة وتتأثر بمستوى المعرفة المتوفر للمستهلك.
4. أن تسود أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية ولمدخلات إنتاج الحالة الصحية يأخذها المستهلك النمطي كمعطيات لا يستطيع التأثير عليها، حيث يمكن اعتبار سعر السلعة الاستهلاكية كمعيار للأسعار ومن ثم يمكن التعامل مع سعرها على أنه يساوي واحد. على هذا الأساس يواجه المستهلك النمطي قيدا للميزانية يعبر عنه بحيث لا يفوق إجمالي الإنفاق على السلع الاستهلاكية والخدمات الصحية الدخل الثابت.

وعلى 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 منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية على المستوى النظري كعلاقة بين الكميات المطلوبة فيها وسعر الخدمة.

شهدت الأنظمة الصحية ثلاثة أجيال من الإصلاح ركز الأول على إنشاء الأنظمة الوطنية والثاني جعلها أكثر كفاءة وعدالة، والثالث على الطلب على الخدمات الصحية.

ثانيا: العــرض: يُلاحظ 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 يُلاحظ 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 أعدادا كبيرة من الكوادر الطبية المساعدة من الممرضات والإداريين والصيادلة والكتبة، وينطوي عمل هؤلاء على جوانب مكملة وأخرى محلة لعمل الأطباء. من جانب آخر، تلعب الإمدادات الطبية كالأدوية والمعدات الطبية والمعدات الرأسمالية، دورا مهما 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 مثلا. 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.

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 يُمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمالة ماهرة تحفزها تركيبة الأجور في الاقتصاد، وتسعى لتعظيم دالة منفعة تقليدية معرفة على الدخل (الاستهلاك) وعلى الوقت المتاح للراحة والاستجمام. من جانب آخر، ولأنهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول تقنيات إنتاج الرعاية الصحية، يُمك النظر إليهم كمنظمين أو إداريين للعملية الإنتاجية، ومن ثم فإن معدل الربح في مجال تقديم الخدمات الصحية سيكون من أهم الحوافز الاقتصادية التي تستند عليها عملية اتخاذ القرارات بواسطة الأطباء.

ويسبق كل هذه الأدوار، والقرارات التي تتخذ حيالها بواسطة الأطباء، القرار الابتدائي حول دراسة الطب ليصبح الفرد طبيبا، وهو قرار أخذ يُعرف بالاستثمار في رأس المال البشري بواسطة الأفراد وذلك بالاستناد على الافتراضات التالية:

1. 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.
2. يتوقع الأفراد، عند اتخاذ القرار بالتدريب، الحصول على دخول أعلى في المستقبل تعوض تكلفة التدريب.

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

4. يفترض ألا يقوم الأفراد باتخاذ قرار التدريب في المستقبل بعد انقضاء فترة التدريب الأولى وأن يظل تدفق الدخل المستقبلي بعد نهاية فترة التدريب الأولى ثابتا حلال الفترة العملية.

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

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

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 الاقتصادي 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 كـفاءة تخصيص الموارد في سوق خدمات الرعاية الصحية مثلها مثل بقية أسواق السلع والخدمات في الاقتصاد. هذا وتستند مثل هذه الصياغة النمطية للأسواق على عدد من الافتراضات الهامة، التي استخدمت للحصول على منحنيات الطلب والعرض التي تعرف السوق في النظرية الاقتصادية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

1. أن هنالك عددا كبيرا من المنتجين لخدمة الرعاية الصحية يسعى كل واحد منهم لتعظيم فائدته كما يعبر عنها ربحه دون أن يكون له تأثير على أسعار الخدمات المقدمة أو أسعار مدخلات الإنتاج.

2. أن خدمة الرعاية الصحية التي يتم عرضها في السوق تتسم بالتجانس بمعنى مطابقة كل وحدة منها للوحدة الأخرى.

3. أن المستهلكين يمتلكون المعلومات الكاملة عن أسعار السلعة التي يقومون باستهلاكها بمعنى دفع السعر الذي يحدده السوق.

وتختلف سوق خدمات الرعاية الصحية عن الأسواق النمطية للنظرية الاقتصادية 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. كذلك تسود حالة من عدم التيقن حول الحالة الصحية للأفراد مما يعني أن عملية اتخاذ القرار لا تتم

في بيئة 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 تتعدد الوصفات العلاجية بتعدد الحالات المرضية 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 خدمات 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.

الجدول رقم (1-1): **الاختلافات بين الأسواق التنافسية النمطية وسوق الرعاية الصحية**

الأسواق التنافسية النمطية	سوق خدمات الرعاية الصحية
عدد كبير من المنتجين	عدد محدود من المستشفيات والعيادات (خارج المدن الكبيرة)
حافز تعظيم الربح	معظم المستشفيات لا تعتمد حافز الربح
تجانس السلع	عدم تجانس الخدمات
كمال المعلومات لدى المستهلكين ومعرفتهم	عدم معرفة المستهلكين الكاملة بالمعلومات ذات العلاقة
مقابلة التكلفة للسلعة المستهلكة	مقابلة جزء من تكلفة الخدمة

المصدر: من إعداد الطالب

المبحث الثالث: بحوث النظم الصحية

المطلب الأول: تطور النظم الصحية

لقد استطاع إقليم شرق المتوسط، بما يملكه من تراث إنساني ضخم، أن يُسهم في تطور النظم الصحية عبر التاريخ. وفي إطار ثقافة بلاد ما بين النهرين وثقافة مصر الفرعونية، ثقافة الإمبراطورية اليابانية والصينية، ساعدت المعارف والممارسات الطبية على شفاء الأمراض وتحنيط الموتى. وأعقبت ذلك الحضارات الفارسية واليونانية والرومانية، التي كان لها تأثير واضح في النظم الصحية وفي تطور الطب على وجه الخصوص.

ثم جاءت الحضارة العربية الإسلامية، فأسهمت ثقافتها أيما إسهام في تطور الطب وأقامت المنشآت الاستشفائية على يد أطباء بلغت شهرتهم الآفاق كالرازي وابن سينا، وظلت النظم الصحية حتى القرن التاسع عشر

تتألف بصورة رئيسية من المستشفيات التي تديرها في أغلب الأحيان مؤسسات خيرية، والتي كانت تستخدم بالدرجة الأولى كمأوى للفقراء والأيتام والعجزة والمصابين باضطرابات نفسية. ولم يكن هناك أي نظام للإحالة بين مختلف المستويات، كما أن الحماية الاجتماعية ضد الأمراض المفجعة معدومة تقريبا. أما تاريخ التأمين الصحي فيرتبط بما يسمى بعملية **المساعدة الذاتية** التي كان ينظمها العاملون الصحيون أنفسهم وبعض المجتمعات المحلية.

وفي نهاية القرن التاسع عشر، أدت الثورة الصناعية إلى تغيير حياة الناس في شتى أنحاء العالم. وبدأت المجتمعات تدرك مدى العبء الذي تلقيه الأمراض السارية على كاهل الطبقات العاملة. كما بدأت تحس بالأهمية الاجتماعية والاقتصادية للأوبئة وبأهمية المخاطر التي تهدد الصحة المهنية بصورة عامة. وعندما تأكد الجميع أن النواقل كالبعوض مثلا تسهم في انتقال الملاريا والحمى الصفراء أخذت الجهود تتجه نحو منع تكاثر البعوض وتحسين نوعية المياه بمشاركة أرباب العمل. كما بادرت الأوساط العسكرية إلى استنباط تدخلات صحية جديدة، عندما تبين لها أن الأمراض قد تحدث من الإصابات والوفيات فوق ما تحدثه الحرب نفسها. ولكن، على الرغم من كل هذه الجهود، ظلت النظم الصحية مشتتة وقاصرة على مرافق المستشفيات التي يغلب أن تديرها الكنائس والمؤسسات الخيرية.

أما الجهود المنظمة التي تستهدف توفير الحماية الاجتماعية عن طريق التأمين الصحي، فلم تبدأ إلا في عام 1883 عندما أصدر المستشار بسمارك قانونا بذلك. واكتسب هذا القانون شعبية جعلته ينتشر في بلدان عديدة أخرى، منها بلجيكا عام 1894، والنرويج عام 1909، وبريطانيا العظمى عام 1911. ثم اليابان عام 1922، عندما أضيفت الخدمات الصحية إلى مجموعة الخدمات الاجتماعية التي كانت تقدم إلى العمال.[1]

ولقد أدت محددات صحية أخرى إلى تحسين الوضع الصحي في بعض البلدان الأوروبية. وتمثل هذا التحسين بزيادة أمل الحياة وانخفاض معدلات وفيات الرضع والبالغين في بداية القرن العشرين، أي قبل اكتشاف العديد من المضادات الحيوية المهمة بزمن طويل. كما أثبتت الدراسات التي تركزت على الارتباطات المشتركة بين عناصر النظام الصحي، أن التنمية الاقتصادية والتعليم وتوافر المياه النظيفة والإصحاح الجيد هي العوامل الرئيسية وراء كل التحسن الذي كان يطرأ على الوضع الصحي عندما كانت النظم الصحية تفتقر إلى التطور، وعندما لم تكن الأدوية الفعالة قد اكتشفت بعد.

ومنذ نهاية الحرب العالمية الثانية وبدء مرحلة الإعمار في العديد من البلدان الأوروبية، لا تزال النظم الصحية تحظى بالاهتمام الشديد. ففي بريطانيا تحولت خدمات الإغاثة الوطنية في عام 1948 إلى الخدمات

[1] بلقاسم صبري، **الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها**، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، مارس 2002. ص 11

الصحية الوطنية. ووصف اللورد بيفردج الخدمات الصحية بأنها من أعمدة أي نظام مستدام للضمان الاجتماعي. وبعد أن وضعت الحرب العالمية أوزارها بادر كل من اليابان والاتحاد السوفياتي إلى تطوير تغطية شبه عامة بالتأمين الصحي.

ولقد أدى الاهتمام بالنظم الصحية إلى إنشاء بنى أساسية بالغة الأهمية في جميع أنحاء العالم، وإلى قيام معاهد تدريبية مهمتها إعداد مختلف فئات القوى العاملة. وقدمت الحكومات في بلدان عديدة دعما للكليات والمعاهد الطبية والطبية المساعدة، كما أُنشئ عدد كبير من المدارس والمعاهد الخاصة لتلبية الطلب المتزايد على المهنيين الصحيين من مختلف التخصصات.[1]

وطرأت على مدى القرن العشرين، موجات عديدة من التطور في النظم الصحية. كما تركزت الجهود في الستينات على التوسع في التأمين الصحي، بينما قامت الحكومات بدور حاسم في تمويل الخدمات الصحية وفي إيتائها من يحتاجون إليها. أما في العقود الثلاث الماضية، فقد انصب التركيز على تحقيق اللامركزية في تقديم الخدمات، مع تنشيط دور المجتمعات المحلية، والحكومات المحلية والقطاع الخاص.

أما في البلدان النامية، فقد كان **التراث الاستعماري** هو العامل الرئيسي في تشكيل معالم النظم الصحية وبلوغها الشكل الذي وصلت إليه، وقد تم تصميم النظام الصحي في بلدان كثيرة بحيث يلبي احتياجات الحكام والنخبة من سكان المدن، ويترك سكان الأرياف للطب الشعبي ولبعض أشكال الدجل والشعوذة. واستطاعت قلة قليلة من البلدان النامية أن تنشئ كليات للطب، أو الصيدلة، أو التمريض، أو المهن الطبية والصحية المساعدة الأخرى.

وشهدت حقبة الستينات والسبعينات من القرن الماضي نموا متزايدا وهاما في النظم الصحية في جميع أنحاء الإقليم، فتزايدت أعداد المستشفيات والمرافق الصحية. وتطورت التكنولوجيا الطبية البيولوجية، وسجلت زيادة في إعداد وتخريج المهنيين الصحيين. وطرأ زخم واضح على أعمال توسيع نطاق النظم الصحية في أعقاب صدور إعلان ألما آتا حول الرعاية الصحية الأولية.

وأدى تردي الوضع الاقتصادي خلال الثمانينات إلى ظهور صعوبات بالغة في توفير الموارد الضرورية للمرافق العامة، كما أدى إلى زيادة مساهمة الأسر والمجتمعات المحلية في تمويل الرعاية الصحية. وتم التخطيط للعديد من التغييرات في السياسات الصحية، والمعروفة بإصلاحات القطاع الصحي، بُغية تحسين كفاءة النظام

[1] بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مرجع سبق ذكره، ص 13.

الصحي، من خلال احتواء وضغط تكاليف الخدمات الصحية من جهة، وتحسين أداء النظام الصحي من جهة أخرى.[1]

ولقد جلبت فترة التسعينات معها تغيرات وتحديات جديدة، كالعولمة واللامركزية وتغير دور الحكومات مما أحدث تأثيرا كبيرا في النظم الصحية وفي تطورها. وأصبحت العديد من النظم الصحية مضطرة للتكيف مع هذه التطورات في مختلف المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية.

المطلب الثاني: مفهوم بحوث النظم الصحية

لقد أصبح البحث في مصادر، تنظيم، وإنجازات الرعاية الصحية من الأمور الهامة والعاجلة، فقد أعطت اللجنة الاستشارية للبحوث الصحية التابعة لمنظمة الصحة العالمية، واللجان الإقليم الاستشارية للبحوث الطبية في الأقاليم الستة للمنظمة، أولوية عالية جدا لهذا النوع من البحوث. وأقامت عدة بلدان معاهد جديدة أو اتخذت إجراءات تنظيمية لتوجيه تمويل البحوث والجهود العلمية إلى الدراسات التي تركز مباشرة على تحسين طرق الرعاية الصحية.

ويجب أن تكون بحوث النظم الصحية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالواقع الميداني، بحيث يمكن تطبيق نتائجها مباشرة، وبالسرعة اللازمة. وقد أظهرت الجهود العالمية لتنمية الرعاية الصحية الأولوية والحاجة الماسة إلى استخدام أساليب علمية ومبسطة لحل المشاكل التي تعترض التطبيق، بحيث تسهم الحلول في تفهم عملية الانتقال من البحث إلى التنفيذ. ومن الطبيعي ألا يتوقع أن تنبثق هذه العملية تلقائيا، لأنه ليس من المعتاد اكتشاف أننا بحاجة إلى الاستفادة من أفضل الخبرات المتعاونة مع الخدمات الصحية النظامية، للعثور على أبسط الأساليب، وأكثرها عملية في حل مشاكل هذه الخدمات.

يُعرّف ((رويمر)) النظم الصحية، بأنها جملة الموارد، التنظيم، التمويل، والإدارة، تتكفل بمجموعها إيتاء الخدمات الصحية لعامة السكان. وهذا بطبيعة الحال، لا يعني أن الخدمات الصحية هي المحدد الوحيد أو أنها أهم المحددات الصحية. فربما كان من العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة، ما هو أقوى وأبعد أثرا من الخدمات الصحية.[2]

وتعرف منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على أنه شبكة من الكيانات العامة والخاصة والمتطوعة تساهم في صحة ورفاهية المجتمع.[3]

---

[1] الدكتور بلقاسم صبري، **الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها**، مرجع سبق ذكره، ص 14

[2] الدكتور بلقاسم صبري، مرجع سبق ذكره، ص .3

[3] منظمة الصحة العالمية.

لقد كان وراء تغيير مسمى هذا النوع من البحوث من بحوث الخدمات الصحية إلى بحوث النظم الصحية اعتبارا هاما. فقد تركزت الجهود الأولى لبحوث الرعاية الصحية على المشاكل التي جابهت الخدمات الصحية الحكومية. وحينما أصبح واضحا أن الصحة تعتمد بدرجة كبيرة على متغيرات خارج الخدمات الصحية، بات من الضروري دراسة النظام الصحي ككل متكامل، فقد توجد بعض المتغيرات السببية المسؤولة عن الصحة كأسلوب المعيشة أو البيئة الاجتماعية أو المادية خارج الخدمات الصحية.

إن الرعاية الصحية تعتمد بشكل خاص على منهج مجتمعي، وكثيرا ما يمكن تنفيذ حلول مشاكلها من خلال قطاعات تنموية أخرى وتعتبر زيادة قدرات الأفراد والمجتمعات على حل مشاكلهم الخاصة إحدى المسؤوليات الكبرى للعاملين الصحيين، وذلك من خلال نشر مفهوم الاعتماد على الذات بدلا من الاعتماد على الغير.

لقد نفذت أغلب بحوث النظم الصحية في بلدان متقدمة لديها خدمات صحية راسخة وكان التركيز أساسا على تحسين أداء المستشفيات، وخصوصا في مجالات التحقق من **الجودة، واحتواء التكاليف.**

عُرّفت إدارة النظم الصحية بطرق كثيرة، وهي تشتمل على مهام عديدة، وتشمل إدارة النظم الصحية: التخطيط الصحي والإدارة والتنظيم والتقييم، وتنطوي كل مهمة من هذه المهام الأساسية على أنشطة فرعية، فعلى سبيل المثال تتضمن "الإدارة" اتخاذ القرارات والإشراف وتفويض السلطة والاتصال...إلخ. والطريقة التي تؤدى بها هذه المهام، يمكن أن تتقرر على المستوى الوطني أو الإقليمي أو المحلي. وثمة جانب هام من جوانب إدارة الخدمات الصحية وهو درجة التنسيق أو التكامل بين البرامج المختلفة. وتتباين في بعض الجوانب الهامة الطرق المختلفة المستخدمة في بحوث النظم الصحية لتقييم الخدمات الصحية.[1]

1. الحاجة إلى بحوث النظم الصحية [2]

أولا وقبل كل شيء يجب أن يكون البحث لتحسين الرعاية الصحية الأولية مفيدا وفائدة البحث تحددها أهمية وملاءمة الأسئلة المطروحة. ويمكن تمييز بحوث النظم الصحية عن البحوث الأساسية بتركيزها المباشر على حل المشاكل العملية ذات الصلة بالخدمات الصحية.

إن بحوث النظم الصحية تهتم بتدعيم الرعاية الصحية. وتبدأ بالمشاكل الميدانية الحقيقية، وتستخدم مناهج بحثية متنوعة لتطبيق المعرفة العلمية العملية لتحسين الرعاية الصحية والنهوض بالمستوى الصحي.

لقد تخطت بحوث النظم الصحية نطاق بحوث الخدمات الصحية التي كان اهتمامها قاصرا على البرامج الصحية الحكومية، وأصبحت تضم داخل نطاقها نشاط القطاع الخاص، والمعالجين التقليديين وجهود المجتمع

[1] منظمة الصحة العالمية، **بحوث إعادة توجيه النظم الصحية الوطنية**، سلسلة التقارير الفنية رقم 694، جنيف 1983، ص 09.

[2] كارل أ. تيلور، **استخدامات بحوث النظم الصحية**، إصدار منظمة الصحة العالمية، صدرت الطبعة العربية عن المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1989، ص 12.

نفسه، والتأثيرات بين القطاعات على الصحة. ولقد أدى الإحباط الذي سببه النقص الضخم في الرعاية الصحية، وتنامي الفجوة بين التطلعات والأداء، وتزايد التحقق من عدم كفاية الأموال في أي مكان لمقابلة التزايد المستمر في تكلفة الرعاية الطبية، أدى ذلك كله إلى وضوح الحاجة إلى تغييرات كبيرة في أغلب النظم الصحية. لهذا يساهم تطبيق المعارف العلمية بشكل أفضل لحل المشاكل الصحية الكبرى أو الجسيمة التي تواجهها مع المحافظة على توازن معقول بين احتياجات وموارد أي بلد.

لقد كانت إحدى الصعوبات العامة محاولة أخذ نمط من الخدمات التي نفذت في مشروع خاص أو كجزء من خطة مصممة مركزيا وتعميم هذا النموذج على نطاق نظام صحي. وقد نتج عن نقص مواءمة هذه النماذج مع الظروف المحلية والمرونة في تطبيقها إلى قلة فعاليتها في الواقع المحلي.[1]

وسنعرض فيما يلي نوع الأسئلة العملية التي يمكن توجيهها في كل مرحلة من بحوث النظم الصحية:

- تحديد المشاكل ذات الأولوية.
- تحليل أسباب عدم تناسب المكونات الحالية للرعاية الصحية مع أولويات الاحتياجات الصحية.
- إعادة تخصيص الأدوار ومواءمة التكنولوجيا.
- استحداث أساليب جديدة لتدريب كل فئات العاملين.
- تحسين الإدارة.

2. تحليل السياسات الصحية:

يعتبر التحليل العملي المكثف للسياسات من أجل حل المشكلات الصحية المستنبطة في التفاعل بين المكونات المختلفة للنظم الصحية، واحدا من أهم مجالات بحوث النظم الصحية وأقلها دراسة. وعند إجراء تحليل السياسات يجب أن تؤخذ المكونات التالية في الاعتبار:[2]

- تقدير الاحتياجات الصحية.
- إنتاج وتوزيع الموارد الصحية كالقوى العاملة والمرافق والمستلزمات، والمعارف.
- التحديد العريض للبناء التنظيمي للنظام الصحي.
- إدارة الخدمات الصحية على مستوى المجتمع، والمستويات الأول، والثاني، والثالث.
- الدعم الاقتصادي لكل من النظامين الصحيين العام والخاص.

[1] المرجع السابق، ص 14.

[2] كارل أ. تيلور، مرجع سبق ذكره، ص 29.

- تقييم الأنشطة الصحية والتغذية الراجعة بنتائج التقييم.

لقد أدى التزايد السريع في تكاليف الخدمات الصحية إلى زيادة اهتمام كل النظم الصحية بالبحث في مجالات **الكفاءة والتكلفة والفعالية:** وتحتاج أساليب التمويل إلى دراسة لتوجيه الجهود لاحتواء التكاليف ولتحسين تغطية التأمين الصحي. ويعتبر هذا الاتجاه تغيرا ملحوظا بالنسبة إلى الاتجاهات السابقة، التي كانت تعتبر أن تخفيض المرض هو المعيار الوحيد للحكم على قيمة التدخلات الصحية، وبالتالي يمكن **تبرير أي تكلفة** للحصول على تحسن طفيف في تأثير التدخلات الصحية على المرضى.

✓ **عدالة التوزيع:** لقد أكدت معظم الدول الآن التزامها السياسي بالرعاية الصحية الأولية كحق إنساني، الأمر الذي يختلف تماما عن تصور بعض التيارات بأن الرعاية يجب أن تكون مقصورة على القادرين على تحمل تكاليفها.

✓ **إشراك المجتمع:** إن إحدى المسؤوليات الصحية للعاملين الصحيين هي مساعدة المجتمعات على حل مشاكلها الصحية والعناية بنفسها. لكن في المقابل إن إحساس المهنيين الصحيين في العالم بفشلهم في تحقيق التغطية الصحية جعلهم يميلون لاستخدام هذه المقاربة الجديدة كعذر مريح لإلقاء المسؤولية على المجتمع.[1]

✓ **التعاون بين القطاعات:** إن حقيقة اعتماد الصحة على عوامل خارج النظام الصحي كاعتمادها على الخدمات الصحية يعتبر عقيدة أساسية في حركة الرعاية الصحية الأولية. ومشاركة المجتمع، والتعاون بين القطاعات والأساليب الجديدة لترسيخ التنظيم المحيطي للخدمات الصحية، هي الدعائم الثلاث التي ترتكز عليها الرعاية الصحية الأولية. وإن كثيرا من المحددات طويلة الأمد للمستوى الصحي، تعتمد على التغيرات في البيئة، وأسلوب المعيشة الشخصية، والتأثيرات الاجتماعية والاقتصادية. وفي ظروف التخلف ينتج عن التحسن في التعليم، وتوفير المياه الصالحة للشرب، والإسكان، والتزويد بالطعام والنقل، والمواصلات ودور المرأة، فوائد صحية طويلة المدى.

✓ **تكامل الخدمات داخل النظم الصحية:** يشكل تكامل الخدمات داخل النظم الصحية أمرا ضروريا لزيادة الفعالية والكفاءة، بينما يؤدي انفصال وعدم تنسيق تلك الخدمات إلى مشكل عدم تناظر المعلومات وكذا إلى زيادة التكاليف وبالتالي إلى التأثير سلبا على أهداف النظم الصحية وجودتها.

✓ **تضمين القطاع الخاص:** إن الحاجة إلى تضمين الخدمات الخاصة في إطار النظام الصحي، هي جزء ضمني من فلسفة اعتماد المجتمع على نفسه. إن أحد المجالات الهامة في البحوث هي اختبار الطرق التي يمكن

[1] كارل أ. تيلور، نفس المرجع، ص 32.

من خلالها أن تعمل النظم الصحية سويا، ويتطلب هذا النوع من البحوث استخدام المهارات الأنثروبولوجية وغيرها من مهارات العلوم الاجتماعية.

ومن بين الاسئلة البحثية الهامة: كيف يمكن إعداد ترتيبات تمويلية تسمح للناس بأن يرفعوا تكاليف بعض الخدمات التي يودون شراءها من مالهم الخاص، والاحتفاظ بالمال العام للبرامج الوقائية وغيرها، الأمر يشبه تنظيم الأسرة التي يكون أفرادها مستعدين عادة لتحمل تكاليفهم بأنفسهم.[1]

✓ **تحليل الدعم الاقتصادي للنظم الصحية:** وهذا يتطلب جمع البيانات عن مقدار الدعم الاقتصادي الذي تتلقاه النظم الصحية من عدد كبير من المصادر المختلفة في القطاعين العام والخاص، ووضع قائمة بالأنواع المتعددة من الخدمات الصحية التي تنفق عليها الأموال العامة أو الخاصة. وقد يكون المهم للمخططين الصحيين أن يعرفوا، على وجه الدقة، تكاليف مختلف وحدات الخدمات الصحية المختلفة (مثل الرعاية لمدة يوم واحد بالمستشفى).[2]

المطلب الثالث: النظام الصحي: مكوناته ونماذجه

تتفاوت النظم الصحية فيما بينها من حيث التعقيد، ومن حيث الترابط بين أجزائها، تبعا لطبيعة النظام السياسي السائد، وتبعا لتنظيم المجتمع نفسه. والنظم الصحية موجودة في البلدان الكبيرة وفي البلدان الصغيرة. وهي عرضة دائما للتحليل. ولقد بدأ الاهتمام بالنظم الصحية وبتحليلها في أعقاب الحرب العالمية الثانية. ويرى "رويمر" أن للنظم الصحية مقومات محددة هي:

- إنتاج الموارد (البشرية والمالية والتكنولوجية، إلخ).
- تنظيم البرامج.
- آليات الدعم الاقتصادي.
- الطرائق الإدارية.
- تقديم الخدمات.

ويجدر بالملاحظة أن أشيع النماذج التي تستخدمها منظمة الصحة العالمية منذ انعقاد مؤتمر ألما آتا المعني بالرعاية الصحية الأولية عام 1978 كإطار لرصد وتقييم سياسات واستراتيجيات توفير الصحة للجميع، يصف النظم الصحية بأنها **مُدخلات** بشرية ومادية ومالية ومعرفية يتم تحويلها من خلال عملية لإنتاج الخدمات

[1] كارل أ. تيلور، مرجع سبق ذكره، ص 39.

[2] نفس المرجع السابق، ص 10.

التعزيزية، الوقائية، العلاجية والتأهيلية. وسوف يكون للانتفاع بهذه الخدمات أثر على الوضع الصحي، يُقاس على نحو إيجابي بأمل الحياة وعلى نحو سلبي من خلال معدلات المراضة والعجز والوفيات.

غير أن النظم الصحية لا توجد بمعزل عن الميادين السياسية والاجتماعية والبيئية المحيطة بها، بل تتفاعل معها. وقد حظي هذا التفاعل بتوثيق جيد من قبل المنظمة التي طلبت إعداد عدد من البحوث حول الروابط التي بين مختلف العلاقات في المجال الصحي، دعما للمحددات الصحية. وقد أظهرت هذه البحوث الدور المهم الذي تقوم به أنشطة محو الأمية، والإمداد بالماء والإصحاح والإسكان والتغذية السليمة والتنمية الاقتصادية العامة فيما يتعلق بالوضع الصحي.[1]

هناك تكاثر في المقاربات المفاهيمية للنظم الصحية، وتتباين هذه المقاربات بشكل خاص من وجهة نظرها، ومجالها وتصنيفها. وتميز المنظمة العالمية للصحة ثلاث أهداف رئيسية للنظم الصحية في تقرير الصحة العالمية لعام 2000: تحسين الصحة، تأمين حماية مالية عادلة، وتلبية توقعات السكان (منظمة الصحة العالمية، 2000)، ويتناول التقرير أيضا أربع وظائف رئيسية تسهم في تحقيق هذه الأهداف:[2]

- توفير الخدمات، التمويل (جمع وتجميع وشراء)، خلق الموارد (الاستثمار والتدريب)، والإدارة العامة (الإشراف).

ويقترح إطار عمل منظمة الصحة العالمية ستة عناصر رئيسية هي:

- تقديم الخدمات، المهنيين الصحيين، المعلومات، المنتجات الطبية، اللقاحات والتكنولوجيات، التمويل، والتوجيه والإدارة.

وينظر برنامج إصلاح قطاع الصحة التابع لمعهد البنك الدولي في استراتيجيات الإصلاح على أنها خمسة "أزرار قيادة":

- التمويل، الدفع، التنظيم، التوجيه، السلوك.

وهناك مقاربات أخرى من بينها مقاربة منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، تركز بقدر أكبر على الجهات الفاعلة وتفاعلاتها المتبادلة. وعند النظر في العلاقات بين مقدمي الخدمات الصحية (شركات تأمين الصحي، دافعي ومستخدمي الرعاية الصحية) منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي تميز ثلاثة نماذج رئيسية للنظم الصحية:

1. **النموذج العمومي المُدمِج:** يتميز بتمويل صحي من ميزانية الدولة، مع خدمات استشفائية يقدمها ويمولها القطاع العمومي، وظائف التأمين وعرض الرعاية الصحية يتم دمجهما والمنظومة الصحية يتم تنظيمها وإدارتها

[1] الدكتور بلقاسم صبري، **الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها**، مرجع سبق ذكره، ص 4.

[2] OCDE (2011), **Systèmes de Santé : Efficacité et politiques**, Editions OCDE. P 137

على شكل وزارة. وعادة ما يكون المستخدمون الموظفون أجراء (على الرغم من أنه يكون الأطباء في بعض الحالات خواص يتم التعاقد معهم) وغالبا ما يكون لهم نفس وضع موظفي القطاع العام. ويمكن للأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين في القطاع الاسعافي أن ينتموا للقطاع العمومي أو ينتموا للخواص على يد السلطات الصحية. مع أساليب مختلفة للأجور، ومن السهل ضمان التغطية الشاملة للسكان في هذا النظام. ومع اخضاعهم لقيود الميزانية فإنهم يتحكمون بسهولة أكبر في نمو التكاليف الإجمالية. ومع ذلك فإن لديهم حوافز ضعيفة للتكيف مع العرض والطلب وزيادة الكفاءة وتحسين جودة الخدمات وتحسين تلبية حاجيات المرضى. وقد يكون هذا أقل منه حالة مقارنة مع القطاع الإسعافي حيث تكون أجور مقدمي الخدمات أكثر ارتباطا بحجم نشاطهم (الجزائر وفرنسا نموذجا).

2. **نموذج العقد العمومي:** وفيه يبرم دافعون عموميون عقدا مع مقدمي خدمات صحية من القطاع الخاص. وقد يكون هؤلاء الدافعين وكالة أو تنظيما حكوميا أو صندوقا للضمان الاجتماعي، وعندما يكون الدافع واحدا يكون في وضعية مساومة أقوى إزاء مقدمي الخدمات الصحية (كما هو الحال في النموذج العام المتكامل) والتكاليف الإدارية عموما أقل مما هي عليه في أنظمة الدفع المتعددة. وفي العديد من نظم العقود العمومية، تعتبر المستشفيات والعيادات الخاصة منظمات غير ربحية. الرعاية الإسعافية في العموم يتم توفيرها من طرف متعاقدين خواص مستقلين. في الماضي، كان يتم الدفع لمقدمي الرعاية الصحية بأثر رجعي، ولكن الترتيبات التعاقدية تطورت. ويعتبر عموما أن هذه الأنظمة هي أكثر استجابة لاحتياجات المريض مقارنة مع النظام العمومي المدمج لكنها أقل تحكم في تكاليف الرعاية الصحية وبالتالي الحاجة إلى المزيد التنظيم والمراقبة من قبل السلطات العمومية (كندا وأغلب الدول الأوروبية نموذجا).

3. **نموذج التأمين الخاص/التقديم الخاص:** يجمع التأمين الخاص مع توفير الخدمات الصحية وبأهداف قائمة على الربحية. في سويسرا يجب على شركات التأمين ألا تكون ربحية عندما يتعلق الأمر بالتأمينات الإجبارية لكنها تستهدف الربح في التأمينات التكميلية. وقد يستهدف مقدمو الخدمات الربح أو لا. في الولايات المتحدة الأمريكية يعتبر التأمين اختياريا وقد لا يمكن أن يتحمل بعض الأشخاص تكاليفه. وقد اعتمدت أساليب التعويض تقليديا على النشاط وتميزت النظم بدرجة عالية من الخيارات واحترام كبير لتطلعات المرضى واحتياجاتهم، لكن مع تحكم ضعيف في التكاليف. واستجابة لذلك تطورت بسرعة في الولايات المتحدة الأمريكية شبكات الرعاية المنسقة التي توفر حوافز للسيطرة على الأحجام والأسعار خلال التسعينيات، وفي هذه الترتيبات قامت شركات

التأمين بشكل انتقائي بعقد اتفاقيات مع مقدمي الرعاية الصحية في نوع من المنافسة بين الخدمات وبين مقدمي الرعاية الصحية المتاحين للمرضى.[1]

[1] OCDE (2011), **Systèmes de Santé : Efficacité et politiques**, Editions OCDE. P 138

المطلب الرابع: سبل تطوير الأنظمة الصحية

قد يبدو "تدعيم الأنظمة الصحية" أمرا نظريا أو أقل أهمية من المبادرات المتعلقة بأمراض محددة، إلا أن الأنظمة الصحية المستدامة المتسمة بالكفاءة تُعتبر جوهرية لتحقيق النتائج. وعلى الصعيد العملي، فإن تدعيم الأنظمة الصحية يعني على أرض الواقع تجميع سلسلة الأحداث السليمة (التمويل، والإطار التنظيمي للتعاون بين القطاعين العام والخاص، ونظام إدارة الحكم والتأمين والجوانب اللوجيستية، وآليات دفع مستحقات الجهات المقدمة لخدمات الرعاية الصحية وتقديم الحوافز لهم، والمعلومات والعاملين والمدربين تدريبا جيدا، والبنية الأساسية الضرورية، وغير ذلك من اللوازم والتجهيزات) لضمان المساواة في الحصول على الخدمات الفعالة في مجال الصحة والتغذية والسكان ووجود رعاية مستمرة لإنقاذ حياة الناس وتحسينها.

هناك سبل يمكن اعتمادها لتطوير الأنظمة الصحية[1]:

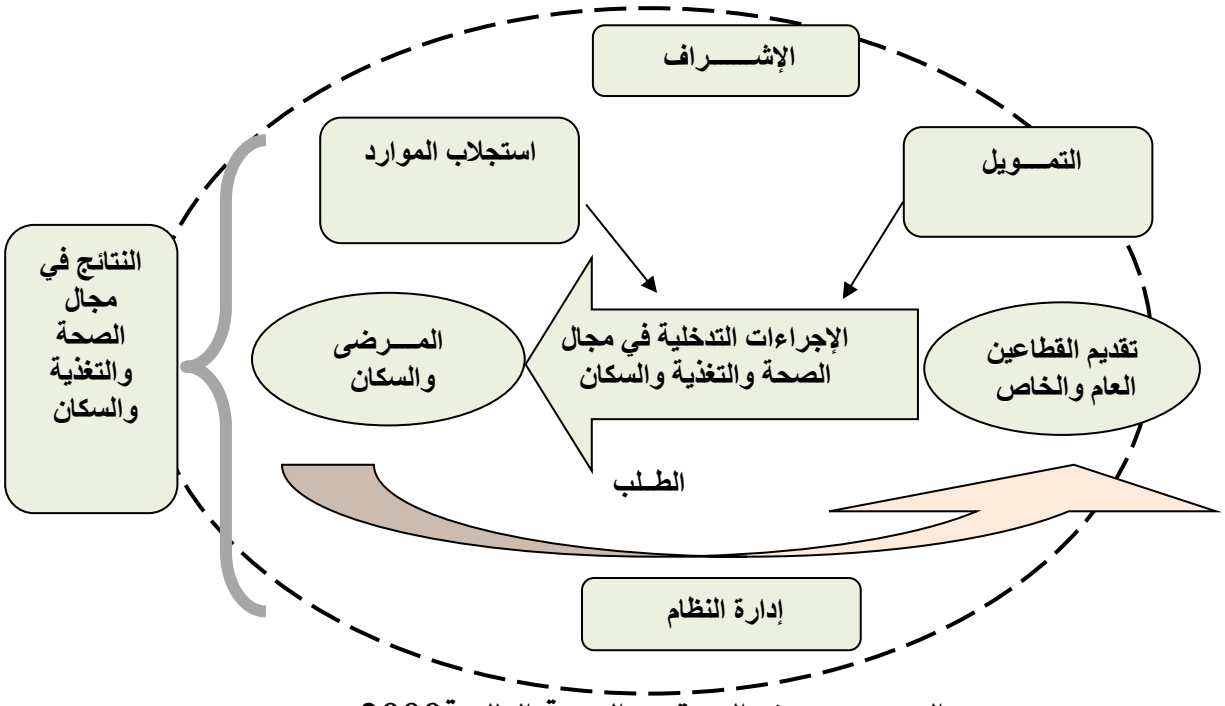
1. **تعزيز التمويل:** زيادة التمويل الصحي يمكن أن يسهم في تحسين البنية التحتية للرعاية الصحية وتوفير الموارد الضرورية.
2. **تحسين التخطيط والإدارة:** تطوير نظم التخطيط والإدارة يمكن أن يؤدي إلى تحسين توجيه الخدمات وتقديمها بفعالية.
3. **تكنولوجيا المعلومات:** استخدام تكنولوجيا المعلومات في مجال الرعاية الصحية يمكن أن يسهم في تحسين الإدارة الطبية وتوفير الوقت والجهد.
4. **تعزيز التدريب والتطوير:** تطوير مهارات الكوادر الطبية والصحية يمكن أن يرفع مستوى جودة الخدمات المقدمة.
5. **تشجيع البحث والابتكار:** دعم الأبحاث الطبية والتشجيع على الابتكار يمكن أن يفتح أفقًا جديدًا للتقنيات والعلاجات الطبية الفعّالة.
6. **توسيع التأمين الصحي:** زيادة التأمين الصحي وتوفيره لشرائح أوسع من السكان يمكن أن يضمن توفير خدمات صحية للجميع.
7. **التركيز على الوقاية:** التحول نحو الوقاية والتوعية بالأمراض يمكن أن يساعد في تقليل الأعباء على النظام الصحي.
8. **تعزيز التعاون الدولي:** تبادل الخبرات والتعاون الدولي في مجال الصحة يمكن أن يسهم في التطوير الشامل للأنظمة الصحية.

[1] Chanda R, **Trade in health services. Geneva: World Health Organization Commission on Macroeconomics and Health,** 2001, Working Group No 4, Working Paper N^0 5.

9. **الاستجابة للتحديات الطارئة:** وضع استراتيجيات فعّالة للتعامل مع تحديات الطوارئ الصحية يمكن أن يقلل من تأثيرها على الأنظمة الصحية.

والشكل التالي يوضح وظائف النظام الصحي والعوامل المحددة لحسن أدائه:

الشكل رقم (1-3): وظائف النظام الصحي والعوامل الأخرى المحددة لحسن أداء النظام.



المصدر: مستند إلى تقرير الصحة العالمية2000

1. يشمل التمويل التمويل العام، نفقات خاصة من المرضى، والمساعدات الإنمائية للرعاية الصحية والمساهمات، وتجميع الموارد، وآليات الدفع.
2. تشمل نظام الإدارة المالية، ونظام التوريدات، والأنظمة الأخر.
3. يتأثر بالأفضليات والمعتقدات وأنماط السلوك.
4. الرقابة.
5. تقديم الخدمات.
6. يشمل الموارد البشرية والأدوية والأجهزة الطبية.

سيتمثل أحد أحجار الزاوية لمحور تركيز الاستراتيجية على تحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان في توثيق الصلات بين الموارد التمويلية الجديدة وتحقيق نتائج يمكن التحقق منها على أرض الواقع وهو

ما يُطلق عليه "التمويل المستند إلى النتائج". وتظهر الشواهد والقرائن، مرة تلو أخرى، أن ربط التمويل بأهداف محددة قابلة للقياس يحفز الحكومات والمجتمعات المحلية إلى تحقيق النتائج.

المبحث الرابع: معايير الجودة في الخدمات الصحية

تمثل معايير الجودة في الخدمات الصحية مجموعة من المعايير والمبادئ التي تُستخدم لتقييم وضمان جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. تتنوع هذه المعايير بحسب الخدمة والتخصص، لكن هناك بعض المعايير الرئيسية التي يتم تطبيقها على نطاق واسع.

المطلب الأول: مفاهيم عن الجودة

يعتبر مفهوم إدارة الجودة من المفاهيم الإدارية الحديثة والذي بدأت بتطبيقه العديد من الشركات العالمية لتحسين وتطوير نوعية خدماتها وإنتاجها، والمساعدة في مواجهة التحديات الشديدة وكسب رضا الجمهور. وعلى الرّغم من وجود محاولات عديدة لتعريف مفهوم إدارة الجودة الشاملة، فلا نجد تعريفا متفقا عليه وذو قبول عام حتى الآن، حيث يتناول كلّ من تلك التعاريف إبراز سمة أو خاصية معينة لها، هذا لأن مفهوم إدارة الجودة الشاملة كغيره من المفاهيم الإدارية التي تتباين بشأنها الأفكار وفقا لزاوية النظر إليه من قبل هذا الكاتب أو ذاك.

1. **مفهوم الجودة الشاملة**

إن إدارة الجودة الشاملة هي طريقة تفكير جديد للمؤسسة ولأساليب إدارة الموارد فهي نظام يقوم على المشاركة الواسعة في التخطيط والتنفيذ وعلى التحسين المستمر في العمليات الموجهة نحو كسب ولاء العملاء في الحاضر والمستقبل وتعتمد على:[1]

- التعاون في مختلف المجالات ومن قبل الجميع، والمشاركة الفعالة للجميع وعلى مختلف مستويات الإدارة.
- إدراك أن العملاء هم الذين يحددون الجودة ويعرفونها، وبالتالي لابد من أن يتم تصميم المنتج أو الخدمة وفق طلبات وحاجات العملاء فالعميل هو رأس المال الحقيقي للمنظمة، وبالتالي لابد من التعامل معه باحترام وإشباع حاجاته وتوقعاته، فتكلفة إبقاء العميل الراهن أقل بكثير من تكلفة استقطاب عميل جديد.
- التعامل الإنساني مع العاملين بما يحقق رضاهم، وبالتالي رضا العملاء. وهذا يفرض اعتماد مبدأ تفويض السلطة الذي يمكنهم من اتخاذ قرارات من غير تعقيدات. كذلك التدريب المستمر والتحفيز المناسب والمشاركة الواسعة في مختلف المراحل الإدارية.
- إدراك أن معظم مشكلات المنظمة تكمن في العمليات والتنظيم لا في الأفراد وبالتالي لابد من وجود برنامج متكامل لتحسين الجودة.

[1] حمود خضير كاظم، " **إدارة الجودة الشاملة**"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2000، ص 98.

كما أعطيت لها عدة تعاريف أهمها:

- تعريف إيشكاوا Ichikawa الذي يعبر عن النظرة اليابانية للجودة الشاملة، فهو يرى أنها نظام يشمل كل نشاطات المنظمة وفروعها وكذا شبكة الموزعين والموردين وكل المتعاملين معها بهدف تحسين الجودة على جملة من المستويات هي:[1]

- إعداد المنتج وتصوره، مسارات إنتاجه طرق التموين والمواصفات المحددة لذلك.
- جودة علاقات العمل داخل المؤسسة ومدى تقبلها من طرف العمال.

والهدف من هذا التوجه هو تحقيق أقصى رضا ممكن لدى العملاء وذلك بأقل التكاليف.

- وتعرف أيضا بأنها "تدخل إداري للنجاح على المدى الطويل من خلال إرضاء المستهلك، اعتمادا على مشاركة جميع أفراد المؤسسة في التحسين المستمر للعمليات والمنتجات والخدمات والثقافة التي يعملون فيها.[2]

ويعتبر هذا التعريف الأقرب لتأكيد صفة الشمولية التي طُبعت بها إدارة الجودة الشاملة وهو يتفق مع كثير من التعريفات اليابانية التي ترى: "أن إدارة الجودة الشاملة بُنية على التحسين التدريجي ومفادها أنه لا يجب أن يمر يوم دون أن تقدم الجديد مهما كان بسيطا وهذا في أي جزء من المنظمة أو في علاقاتها مع المتعاملين معها".[3]

وعليه يمكن إعطاء تعريف شامل لإدارة الجودة الشاملة (TQM) على أنها: فلسفة إدارية تعمل على إحداث تغيرات جذرية في أسلوب عمل المؤسسة وأهدافها من خلال مختلف الأساليب العلمية ومشاركة العاملين بهدف تلبية متطلبات العميل وتحقيق ميزة تنافسية.

2. **نشأة وتطور مفهوم** إدارة **الجودة الشاملة**

بشكل عام مر تطور إدارة الجودة الشاملة بسلسلة من المراحل مع مراعاة أن هذه المراحل لم تكن بشكل هزات وطفرات مفاجئة وإنما نتاج تطور مستقر وثابت وهذه المراحل تشمل ما يلي:[4]

1. مرحلة الفحص والتفتيش: هي المرحلة التي تركز على التفتيش وفحص المنتجات بعد إنتاجها حيث كان الاعتماد أساسا على مطابقة المنتجات النهائية بالمواصفات المحددة. وتسمى هذه المرحلة إطفاء الحرائق لأن هدفها كان منع المنتجات المعيبة من الوصول للمستهلكين فهي لا تمنع وقوع الخطأ بل تركز على اكتشاف الخطأ

[1] Hishikawa Kaoro, **le TQC ou la gestion de la qualité à la japonaise**, Afnor gestion, paris, 1991, p21

[2] حسين رحيم، **مبادئ الإدارة الحديثة: النظريات، العمليات الإدارية ووظائف المنظمة**، عمان، دار الحامد، 2006، ص 7.

[3] أحمد ماهر وآخرون، **الإدارة المبادئ والمهارات**، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2002، ص 711.

[4] محسن علي عطية، **الجودة الشاملة والجديد في التدريب**، الطبعة الاولى، دار الصفاء، الأردن، 2009، ص 64.

الذي وقع فعلا، في ظل هذه المرحلة كان التركيز ينصب على المخرجات وكان يسمح بوجود نسبة من التلف والعيوب في المنتجات النهائية كما كانت مسؤولية الجودة تقع على عاتق قسم مراقبة الجودة.

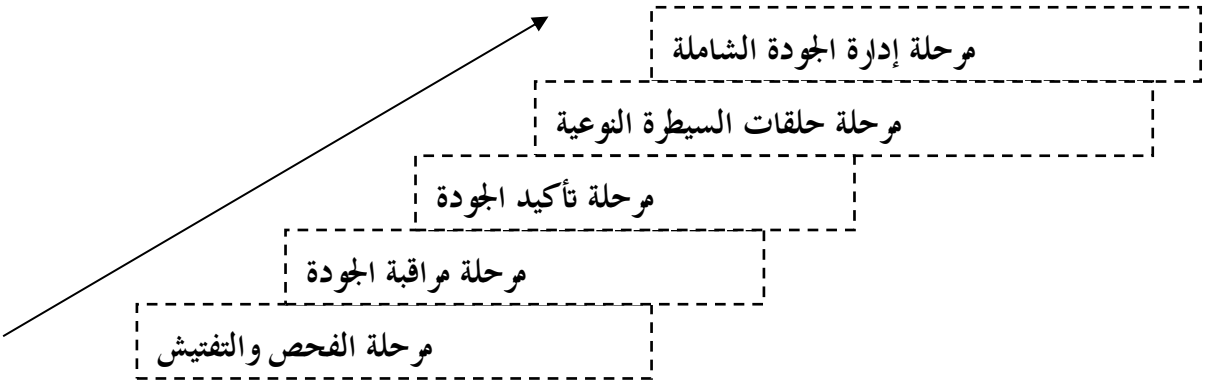
2. **مرحلة مراقبة الجودة:** في هذه المرحلة من تطور الجودة تم تأسيس قسم للجودة في المنظمة أوكلت إليه مهام مراقبة جودة المنتج، واختباره ورفع تقارير عنه خلال مراحل الإنتاج التي تمر بها المؤسسة، وقد أتاحت هذه المرحلة الكشف المبكر عن العيوب واستخدمت فيها الأساليب الإحصائية في مراقبة الإنتاج بشكل مكثف، مما سمح بالكشف المبكر عن الانحرافات قبل حدوث العيوب. ورغم أن هذه المرحلة أكثر تطورا من مرحلة الفحص والتفتيش إلا أن التقدم في إدارة الجودة جعل الاعتماد على مراقبة الجودة غير كاف وغير ملائم بمفرده لتحقيق التحسين المستمر المنشود.

3. **مرحلة تأكيد الجودة:** في ظل هذه المرحلة أصبح التركيز على منع وقوع الأخطاء من خلال الإجراءات الوقائية فالجودة تبنى في مرحلة التصميم، والتي تشمل تصميم المنتج والعمليات، وليس في مرحلة الرقابة. كما أنه في ظل هذه المرحلة أصبح هناك اهتمام متزايد بتخطيط الجودة وتصميم المنتج وتطوير العمليات والخدمات وتحسين الرقابة على العمليات والمشاركة والتحفيز.

4. **مرحلة حلقات الجودة:** تعرف حلقات الجودة على أنها عبارة عن مجموعة من الموظفين من نفس الإدارة أو القسم يتطوعون للاجتماع بشكل دوري لمناقشة المواضيع والمشكلات المتعلقة بالعمل، واقتراح الحلول المناسبة لها ووضع هذه الحلول موضع التنفيذ بعد موافقة الإدارة عليها. ووفق هذا المنظور تعد حلقات الجودة إحدى الطرق التي يتم خلالها تطوير الجودة من خلال مشاركة الموظفين، مما يؤثر إيجابيًا على تطوير مهاراتهم وإبداعهم وكسب ثقتهم في الوقت ذاته، كما أنها تؤدي إلى زيادة تحفيزهم للعمل وزيادة وعيهم بأهمية الجودة.

5. **مرحلة إدارة الجودة الشاملة:** ظهرت هذه المرحلة لتمثل فلسفة جديدة أساسها التحسين المستمر من خلال استخدام فرق العمل والأساليب الإحصائية، وذلك لإنتاج منتجات ذات جودة عالية وخالية من العيوب تؤدي لتلبية توقعات العملاء. ويقوم الإطار الفكري والفلسفي لإدارة الجودة الشاملة على مجموعة من المرتكزات والمبادئ بما فيها التركيز على احتياجات وتوقعات العملاء، والتزام الإدارة بالتحسين المستمر بالجودة، والتركيز على النتائج والعمليات معا، واستخدام التقنيات الإحصائية في القياس والتطوير، والوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، واتخاذ القرارات استنادًا إلى الحقائق، وقياس عائد وتكلفة الجودة، والشكل التالي يبين مراحل تطور ادارة الجودة الشاملة:

الشكل رقم (1-4): تطور مراحل ادارة الجودة الشاملة



المصدر: رضا صاحب آل علي وآخرون، **إدارة الجودة الشاملة والإيزو**، الطبعة الأولى، دار الوراق للنشر والتوزيع، الأردن 2003، ص50.

لا يوجد في إدارة الجودة الشاملة ما يشير لشخص يؤول له ابتكارها بل هي نتاج تضافر جهود العديد من الباحثين على غرار Diming & Crosby & Juran & Ishikawa & Shonberger & feigenbaum وغيرهم،[1] ولقد تطورت النظريات المختصة بإدارة الجودة الشاملة بدءا من عشرينيات القرن الماضي، عندما استخدم جوران وشيوارت الأساليب الإحصائية في الصناعة، ثم تلاه في الأربعينيات ديمنغ بإدخال مفهوم تطوير العمليات باعتبار أن الأعمال تمثل منظومة متكاملة وشاملة، وفي الخمسينات في اليابان زاد الاهتمام بالجودة بشكل كبير بعد محاضرات ديمنغ حول أهمية الجودة، وظهرت مجموعة من العلماء اليابانيين المتأثرين بأفكاره كإشيكاوا وتوكوشي، أما في الستينيات والسبعينات من القرن العشرين، فلقد شرع في تطبيق الجودة الشاملة في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أطلق عليها تسمية TQM وما زالت تعد مبدء عالميا ضمن الأشكال المختلفة.

المطلب الثاني: الجودة وعلاقتها بالصحة

يرى الكثيرون أن الرعاية الصحية الجيدة المظلة الجامعة التي تقيم فيها سلامة المرضى، على سبيل المثال يعتبر معهد الطب (IOM) أن سلامة المرضى لا يمكن تمييزها عن تقديم الرعاية الصحية الجيدة. وفي الواقع كانت الجودة واحدة من الأفكار العظيمة في العالم الغربي، استعرض هارتيلوه مفاهيم متعددة للجودة واختتمها بتعريف مجرد جدا "الجودة هي التوازن الأمثل بين الاحتمالات المحققة وإطار من المعايير والقيم" ويعكس هذا التعريف أن الجودة مبنية على أساس التفاعل بين الجهات الفاعلة ذات الصلة التي تتوافق على المعايير والاحتمالات.

[1] عبد الستار العلي، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، دار المسيرة، الأردن، 2008، ص 45.

أما جودة الصحة فهي الدرجة التي تزيد بها الخدمات الصحية للأفراد والسكان من النتائج الصحية المرجوة ومدى اتساق ذلك مع المعرفة المهنية الحالية.

وهناك من يختصر الجودة في خمس مؤشرات سلبية: الوفاة، المرض، العجز، عدم الراحة، عدم الرضا.

أما المؤشرات الإيجابية فتختصرها الأكاديمية الأمريكية لفريق خبراء التمريض في: تحقيق الرعاية الذاتية المناسبة، إظهار سلوكيات تعزز الصحة، نوعية الحياة الصحية، التصور بأن الرعاية جيدة، معايير إدارة الأعراض الصحية.

أما المنظمة العالمية للصحة فتركز على المكونات المفاهيمية للجودة بدلا من المؤشرات المقاسة بحيث تكون الخدمة الصحية آمنة وفعالة ومرتكزة على المريض وفي الوقت المناسب وفعالة ومنصفة.

- سلامة المرضى: وقد تم تحديد ممارسات سلامة المرضى بأنها "تلك التي تقلل من خطر الآثار الجانبية الناجمة عن التعرض للرعاية الطبية عبر مجموعة من التشخيصات".

- الممارسات التي تعتبر أدلة كافية لإدراجها في فئة ممارسات سلامة المرضى هي كما يلي:

- الاستخدام المناسب للوقاية لمنع الجلطات الدموية الوريدية في المرضى المعرضين للخطر.
- استخدام حاصرات بيتا المحيطة بالجراحة في المرضى المناسبين لمنع الجراحة المحيطة بالجراحة، المراضة والوفيات.
- استخدام الحد الأقصى من الحواجز العقيمة مع وضع القسطرة الوريدية المركزية لمنع العدوى.
- الاستخدام المناسب للوقاية من المضادات الحيوية في المرضى الجراحيين لمنع العدوى بعد العملية الجراحية.
- مطالبة المرضى باستذكار وإعادة ذكر ما قيل لهم أثناء العملية المستنيرة للتحقق من فهمهم.
- التطلع المستمر من إفرازات تحت المزمار لمنع الالتهاب الرئوي المرتبطة بالتنفس الصناعي.
- استخدام مواد تخفيف ضغط الفراش لمنع قرح الضغط.
- استخدام توجيه الموجات فوق الصوتية في الوقت الحقيقي أثناء الإدراج خط مركزي لمنع المضاعفات.
- توفير التغذية المناسبة، مع التركيز بشكل خاص على التغذية المعوية في وقت مبكر في المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة وجراحية، لمنع المضاعفات.

- استخدام القثاطير الوريدية المركزية المشربة بالمضادات الحيوية لمنع العدوى المتعلقة بالقسطرة.[1]

[1] Hughes RG (ed.), **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation**), AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008, p 2.

المطلب الثالث: أبعاد الجودة في الخدمات الصحية

من خلال البحث توصلنا إلى ستة أبعاد مهمة يجب أن يحققها النظام الصحي حتى يعتبر ذو جودة. هذه الأبعاد هي:[1]

- ✓ **آمن Save:** أن يعمل النظام الصحي على حماية السكان من الإصابة بالأمراض ويساعدهم على الشفاء في حالة الإصابة.
- ✓ **فعال Effective**: توفير خدمات قائمة على المعرفة العلمية سواء لمقدمي الرعاية الصحية أو لمتلقيها والامتناع عن تقديم الخدمات الصحية لمن لا يحتاجها، مما يساهم في تحقيق الأهداف المرجوة من الأنظمة الصحية.
- ✓ **مشخص Personalized**: الحرص على احترام المريض ومراعاة احتياجاته وتفضيلاته قيمه وأن يكون هو محور الخدمات الصحية.
- ✓ **الزمن الفعال Timely**: أن يكون التدخل في الوقت المناسب بهدف الحد من فترات الانتظار والتأخير الضارة أحيانا سواء للذين يستفيدون من خدمات الرعاية الصحية أو يقدمونها.
- ✓ **كفء Efficient**: أي الحرص على أن تكون مخرجات الأنظمة الصحية إيجابية بحيث نتجنب مشاكل النفايات الصحية التي تشكل خطرا على البيئة والصحة العامة.
- ✓ **عادل Equitable:** إن مبدأ العدالة في تقديم خدمات الرعاية الصحية أمر مهم جدا بحيث لا تختلف جودتها باختلاف الشخص المستفيد دون الاهتمام بأي معايير كالجنس والعرق، والموقع الجغرافي، والمستوى الاقتصادي، والاجتماعي.

حتى يتمكن المستشفى من تقييم جودة خدماته، فإنه يتعين عليه التعرف على معايير التقييم التي يلجأ إليها المريض للحكم على جودة الخدمة المقدمة إليه، حيث قام (Berry) وزملائه سنة 1988 من دمج معايير التقييم في خمس معايير:[2]

1. **بعد الاعتمادية:** وتعني قدرة مقدم الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه من حيث الالتزام بالوقت والأداء، وبمعنى آخر ثبات الأداء بمرور الوقت وتقديم الخدمة التي تم الاتفاق عليها بين المنظمة والعميل بدقة عالية، ويرى Cronin بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، وبدرجة عالية من الدقة. ويرى Slack بأن الاعتمادية في مجال الخدمة

[1] **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**, P 28, on the link: http://www.nap.edu/catalog/10027.html

[2] سيد أحمد حسين علي هبة، **إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية**، أطروحة دكتوراه في فلسفة إدارة الجودة الشاملة، كلية الدراسات العليا، السودان: جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015، ص 57.

الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمرضى وتسليم نتائج الفحوصات المخبرية والأشعة إليهم حسب المواعيد المحددة وأن الاعتمادية في الخدمات الصحية تعتبر حلا، أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة.

2. **بعد الاستجابة:** يرى "lovelock" بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، وبَّين "SHAIKH" أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون ووقت انتظار ملائم ومناسب وغير مزعج. وتشمل الاستجابة مجموعة من المتغيرات أهمها: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى، إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها.

3. **بعد التعاطف:** يعني العلاقة الجيدة بين الافراد حيث يقيس هذا البعد التفاعل بين المراجعين (المرضى) والفريق الصحي، لان العلاقة الجيدة بين المجتمع والإداريين والفنيين في المؤسسة الصحية من جانب والفريق الصحي من جانب آخر تبعث على الثقة والاحترام.

4. **بعد الملموسية:** يشير إلى الجوانب المادية والبشرية، معدات الاتصال والتقنيات المستخدمة بالإضافة إلى الجوانب المتعلقة بالخدمة مثل المباني، التقنية المستخدمة في الاتصالات، المظهر الخارجي للأفراد العاملين، التسهيلات الداخلية وغرف الانتظار وغير ذلك. وقد أوضح (RABBANI&SHAIKH) أن بعد الملموسية في جودة الخدمة الصحية تشمل العناصر الآتية: غرف الاطباء ويجب أن تكون نظيفة، غرف الاستقبال، الأدوية، المستلزمات الطبية، الوسائل والآلات التي يستخدمها العاملين يجب أن تكون سهلة التفهم بالنسبة للمستفيد.

5. **بعد الأمان:** يعني أن يشعر الفرد أنه تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها وتعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية سواءً تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها، ويقصد به أيضاً ما يتسم بها العاملون من معرفة، قدرة وثقة في تقديم الخدمة ومن معايير السمات تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد ما يلي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة لأطباء والممرضين، الصفات الشخصية للعاملين.

المطلب الرابع: العلاقة بين الجودة والتكلفة:

لا بد من فهم العلاقة الكامنة بين التكلفة والجودة وذلك ليسهل علينا الربط بين هذين المتغيرين المهمين في النظم الصحية. وكثيرا ما عُرضت تكاليف نظم الرعاية الصحية وجودتها باعتبارهما بعدين غير متوافقين لأداء الخدمات الصحية، أي أن تحقيق أحدهما ينعكس سلبا على الآخر. فينظر إلى الجودة على أنها توليد تكلفة

إضافية. وبالتالي يتطلب تحسين الجودة تعبئة المزيد من الموارد. ومن ناحية أخرى، غالبا ما ينظر أخصائيو ومهنيو الصحة إلى خفض التكاليف باعتباره عائقا أمام تحقيق جودة الرعاية الصحية.

ومع ذلك، يرى المدافعون عن **إدارة الجودة الشاملة** أنه من الممكن خفض التكاليف من خلال تحسين الجودة. وفي حين أنه من الواضح أن تخفيض التكاليف الناجمة عن عدم الجودة وعدم إهدار الموارد يمثل مصادر محتملة لتمويل النظم الصحية ومن ثم فرص أخرى لتنمية القطاع الصحي، فإن السؤال المطروح هو ما إذا كانت الجهود المالية المكرسة للحد من هذه الأعطال يقابلها وفورات.[1] وبعبارة أخرى، هل يمكن أن نتوقع عائدا على الاستثمار من مبادرات تعزيز الجودة؟ تحت أي شروط؟ وبعد كم من الوقت؟

إن الدراسات التي عالجت الرابط بين الجودة والتكلفة في الخدمات الصحية لا يمكن تجزئتها. وقد أبرز بعض الباحثين وجود علاقة خطية بين الجودة وتكلفة الخدمات الصحية، سواء علاقة إيجابية من حيث زيادة في الجودة ناجمة عن زيادة في التكاليف الصحية، أو علاقة سلبية من حيث زيادة في جودة الخدمات قابلتها انخفاض في التكاليف أو انخفاض في التكاليف أدى إلى زيادة الجودة.

وقد أظهر مؤلفون آخرون أن معنى هذه العلاقة يختلف على وجه الخصوص وفقا لنوع تدخل الجودة المنفذة. وفي البداية، عندما توضع إجراءات أثبت تقييم **الفعالية من حيث التكلفة ECA** تفوقها على الممارسة الحالية (مثل تنفيذ حملة لتعزيز غسل اليدين ما يسمح للموظفين الحد من انتشار عدوى المستشفيات)، العلاقة بين التكلفة والجودة هنا تكون عكسية: عندما يؤدي تحسن الجودة في نهاية المطاف إلى الخفض من التكلفة.

إن الزيادة في تكلفة غسل اليدين هي في الواقع الحد الأدنى بالمقارنة مع التكلفة الاقتصادية الناجمة عن انتشار عدوى المستشفيات. ولكن إذا كان اللجوء إلى استراتيجيات وقائية أكثر تكلفة أمرا ضروريا، فإن العلاقة بين الجودة التكلفة يمكن أن تصبح إيجابية.

على سبيل المثال، لمنع قرحة الاستلقاء عند المرضى المعرضين لهذه المخاطر العالية، فمن الضروري استخدام طرق وقاية أكثر تطورا ومكلفة للغاية مثل مراتب (أفرشة) مضادة لتقشر الجلد أو تعبئة متكررة من قبل الممرضين. فإن تحديد العتبة الحرجة والمنطقة التي تكون فيها تكلفة عدم الجودة أكبر من تكلفة الاستثمار في الجودة ذات أهمية كبيرة لممارسة الإجراءات الوقائية وتنفيذها.

كما سبق وأن ذكرنا تنقسم العلاقة بين التكلفة والجودة إلى بعدين مهمين هما تكلفة الجودة وتكلفة عدم الجودة:

[1] **Le cout de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états de lieux et propositions**, Anaes, France, 2004, p 16.

1. تكلفة الجودة: وهي مفهوم طوره الصناعيون من سنوات السبعينات وبالتالي فإن تكلفة الجودة هي التكلفة التي تتحملها المنظمة بعد القيام بمجموعة من العمليات التي تنفذ يوميا من قبل المصالح التقنية، أو الإدارية، أو في ورشات المصانع، لإيجاد مستوى من الجودة يتماشى وفقا للمستوى المطلوب، المتفق عليه أو المفروض. **و**يمكن إسقاط ذلك على المجال الصحي حيث أن تكلفة الجودة هي مجموعة التكاليف والنفقات التي ترمي من خلالها السلطات الصحية إلى تحسين جودة خدماتها وجودة التفاعل بين كل مقومات النظم الصحية سواء على مستوى الوقاية أو تعزيز الصحة أو العلاج أو التأهيل. أو عبر كل مراحل إنتاج الخدمة الصحية من إنشاء الهياكل الصحية مرورا بتكوين مهنيي الصحة وصولا إلى التجهيز وتقديم الخدمة. وتقسم إلى ثلاث تكاليف: تكاليف الوقاية، تكاليف التقييم والمراقبة وأخيرا تكاليف التصحيح. وبالتالي هي كل ما يستثمر من أجل تحسين الصحة.[1]

أما من الناحية الاقتصادية فتنقسم إلى تكاليف مباشرة وتكاليف غير مباشرة:[2]

1. **التكاليف المباشرة:** وتتمثل في قيمة الموارد المستهلكة مباشرة من أجل إنتاج وتحقيق خدمات وأنشطة صحية وهي عبارة عن تكاليف طبية (تكاليف العلاج، تكاليف الدواء، تكاليف التحاليل، تكاليف علاج الآثار الجانبية... إلخ)، وتكاليف غير طبية (للمرضى: الإسعاف إلى المستشفى، تكاليف المبيت مع الأطفال ومساعدي النظافة، ومن أجل المنشأة الطبية كتكاليف التجهيزات والعتاد وتكاليف بناء المستشفيات والتكاليف الإدارية).
2. **تكاليف غير مباشرة: و**هي تكاليف تتعلق بنتائج الاستراتيجيات الطبية أو بإنتاجية مهنيي الصحة، وكذلك تكاليف تحقيق الرفاهية الصحية أو عدم تحقيقها.

نركز في هذه الدراسة على التكاليف التي تتحملها الدولة وليس التكاليف التي يتحملها الأشخاص أو المرضى لأنها إما تدخل في خصائص التسعير العمومي والذي لا يأخذ بعين الاعتبار تكلفة الإنتاج أو في أسعار القطاع الخاص والذي يعتبر عنصرا من عناصر الشركة في النظام الصحي ككل.

2. تكلفة عدم الجودة: وهي التكاليف التي تتحملها السلطات الصحية جراء عدم قيامها باستثمارات لتحسين جودة الخدمات الصحية، فمثلا عندما لا تستثمر السلطات الصحية في الوقاية من مرض السكري عبر الإعلام والنشرات الطبية فإن فرص الإصابة بهذا المرض تزداد وبالتالي فإن المريض يكلف الدولة أضعاف ما كان ستكلفها الوقاية خصوصا إذا تطور المرض إلى عجز كلوي.

[1] **Le cout de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états de lieux et propositions**, Ibid, p 27-28.

تكاليف عدم الجودة في النظم الصحية لها انعكاسات على كل القطاعات، فحجم التكاليف التي تنفقها الحكومات لتكوين وتأطير رأس المال البشري قد يضيع سدى في حالة وجود نظام صحي لا يحمي تلك الكفاءات من العجز والمرض والموت المبكر، كما ينعكس على الاقتصاد بالدرجة الأولى وبالتالي أي عجز في مداخيل الدولة سينعكس سلبا على الموارد المخصصة للنظم الصحية، وبالتالي تدفع هذه الأخيرة الثمن غاليا في حالة عدم الجودة.

خلاصة الفصل

يتضح من خلال ما سبق أن للصحة علاقة كبيرة بالاقتصاد وهي ذات تأثير في الاتجاهين فيمكن للصحة أن تؤثر في أبعاد الاقتصاد ويمكن لبنية الاقتصاد أن تؤثر على الصحة، كما أن للصحة سوق يلتقي فيها الباحثون عن الصحة والعارضون لها، وبما أن الصحة سلعة عمومية فلها خصوصية التمويل والإنفاق والتسعير. ولابد تخصيص موارد كبيرة من أجل بلوغ التغطية الصحية الشاملة.

من خلال هذا الفصل حاولنا ايضا التعرف على ماهية إدارة الجودة الشاملة والأهمية التي تحظى بها في تحسين أداء المنظمات وتقديم جودة عالية والتي يترتب عنها تحقيق البقاء والاستمرار والتميز للمنظمة عن غيرها من المنظمات، كما تطرقنا إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية كونها تعتبر الهدف الاساسي لأي نظام صحي من خلال ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع وذلك بالاعتماد على ما يتوفر له من إمكانيات وموارد لتحقيق هذا الهدف وهو تقديم خدمات نوعية الافراد من جهة، ومن جهة أخرى السعي على تخفيض معدل الوفيات ومعدل حدوث الأمراض والحوادث والعلاقات في المجتمع.

الفصل الثاني

نماذج الأنظمة الصحية الرائدة في العالم

تمهيد

في عالم يتسم بتعقيداته الصحية المتزايدة والتحديات الديموغرافية المتغيرة، تبرز أهمية دراسة وفهم نماذج الصحة الرائدة في العالم. هذا الموضوع لا يقتصر على أهميته في تحسين جودة الحياة وصحة الأفراد فحسب، بل يمتد أثره إلى تعزيز الاستقرار والتنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات.

إن أهمية الصحة جعلت من الباحثين في كل الميادين يتطرقون إليها في دراساتهم وأبحاثهم وكل حسب مجاله، والباحثون في الاقتصاد بدورهم يحاولون دراسة العلاقات التي تربط بين مواضيع الاقتصاد وظواهره وبين الصحة سواء كانت هذه الأخيرة متغيرا تابعا أو متغيرا مستقلا.

من خلال النظر إلى نماذج الرعاية الصحية المختلفة حول العالم، نكتشف كيف تتنوع الأساليب والاستراتيجيات في التعامل مع القضايا الصحية. تتراوح هذه النماذج من الأنظمة الصحية الحكومية الشاملة، كما في حالة المملكة المتحدة وكندا، إلى نماذج تعتمد بشكل أكبر على القطاع الخاص، كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية. كل نموذج يقدم رؤى مختلفة حول كيفية تحقيق التوازن بين الجودة، والتكلفة، والوصول إلى الخدمات الصحية.

في هذا الفصل، نسعى إلى استكشاف نظم الصحية وطرق تمويلها ومن ثم تحليل مختلف النماذج الصحية الرائدة عالميًا، مع التركيز على تقييم فعاليتها وكيفية تكيفها مع التحديات الحالية والمستقبلية. سننظر أيضًا في كيفية تأثير هذه النماذج على صحة السكان ومدى نجاحها في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

المبحث الاول: تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة

لقد باتت الحاجة إلى التوجيه والإرشاد في مجال تمويل النظم الصحية أكثر إلحاحا، في زمن يتسم بالانكماش الاقتصادي وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، مع ازدياد شيخوخة السكان وانتشار الأمراض المزمنة، بالإضافة إلى توافر طرق علاج جديدة تتسم بارتفاع التكلفة، وكما سيوضح هذا المبحث فإن تزايد الطلب من الجمهور للحصول على رعاية عالية **الجودة** وميسورة **التكلفة**، يرفع بشكل أكبر الضغط السياسي لوضع خيارات وسياسات تتسم بالحكمة والرشاد.

هنا وفي وقت تشح فيه الأموال تأتي نصيحة المديرة العامة للمنظمة العالمية للصحة والتي مفادها أن قبل البحث عن مواضع **لخفض الإنفاق** على الصحة، ابحثوا أولا عن فرص لتحسين **الكفاءة**. وتوضح التقديرات أن ما يتراوح بين 20% و40% من مجمل النفقات الصحية تهدر حاليا بسبب عدم الكفاءة.[1]

إن ما تحتاجه البلدان هو تمويل مستقر وكاف من أجل الصحة، غير أن توافر الثروة الوطنية لا يمثل شرطا مسبقا كي يقربنا من التغطية الشاملة. فالبلدان ذات المستويات المتشابهة في **الإنفاق الصحي** تحقق نتائج صحية **مختلفة** اختلافا مذهلا وتفيد القرارات التي تخص سياسات التمويل في تفسير الكثير من هذا الاختلاف.

المطلب الأول: التغطية الصحية الشاملة

إن حفظ الصحة وتعزيزها هو أمر أساسي لمعافاة الإنسان ولتحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية مستدامة، وقد أدرك الموقعون على **إعلان ألما آتا**[2] منذ حوالي أربعين عاما، هذا الأمر حيث لاحظوا أن توفير الصحة للجميع يمكن أن يسهم في تحقيق جودة أفصل للحياة، كما يسهم في إحلال السلام والأمن العالميين.

والناس في معظم البلدان أيضا يضعون الصحة على نحو مثير للدهشة في أعلى سلم أولوياتهم، حيث لا يسبقها في ذلك غير الشواغل والهموم الاقتصادية، مثل البطالة وانخفاض الأجور وارتفاع تكاليف المعيشة وعلى ذلك فإن الصحة كثيرا ما تصبح قضية سياسية حيث تحاول الحكومات إرضاء تطلعات شعوبها.

وهنالك أسباب كثيرة لحفظ الصحة وتعزيزها، وتقع بعض هذه السبل خارج حدود القطاع الصحي "فالظروف التي ينشأ في ظلها الناس ويعيشون ويعملون ويشيخون تؤثر على الكيفية التي يحيا بها الناس ويموتون". والتعليم

---

[1] منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة**، تقرير خاص بالصحة، طُبع في مصر سنة 2010. ص و.

[2] **إعلان ألما-آتا** صدر عن المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية في عام 1978، وكانت لهجة الإعلان قوية وصريحة جاء فيها: "نعبر عن الحاجة الماسة لعمل كل الحكومات وكل العاملين بالصحة والتنمية والمجتمع الدولي في سبيل حماية وتعزيز صحة كل الناس في العالم؛ إن الصحة تعني العافية الجسدية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من الأمراض، وهي حق أصلي للإنسان يجب أن ترعاه القطاعات الاجتماعية والاقتصادية بالاشتراك مع القطاع الصحي، وليس من المقبول سياسياً واجتماعياً واقتصادياً اختلال ميزان العدالة الصحية بين الناس، وبالأخص بين الدول المتطورة والنامية، وكما أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية مهمة لتحقيق الصحة للجميع، فتعزيز الصحة ضروري أيضاً لصيانة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويملك الناس حق المشاركة الفردية والجماعية في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصحية، وتقع على الحكومات مسؤولية رعاية صحة شعوبها عبر إجراءات صحية واجتماعية كافية لتحقيق هذا الهدف".

والسكن والغذاء والعمل كلها عوامل تؤثر على الصحة، وإصلاح مظاهر الجور في ذلك من شأنه أن يحد أيضا من الجور في الصحة.

غير أن الحصول على الخدمات الصحية في الوقت المناسب والتي هي عبارة عن مجموعة من الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية يعد أمرا حاسما أيضا. ولن يكون بالإمكان تحقيق ذلك باستثناء قلة قليلة من السكان، بدون **نظام تمويل صحي جيد الأداء**، والذي يحدد ما إذا كان لدى لناس القدرة الكافية على الاستفادة من الخدمات الصحية عندما يحتاجونها، ويحدد أيضا ما إذا كانت الخدمات موجودة أصلا، وإدراكا منها لذلك، التزمت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، في عام 2005 بتطوير نظم التمويل الصحي لديها، مما يجعل الخدمات الصحية متاحة لكل الناس ولا يجعلهم يواجهون مصاعب مالية تنجم عن قيامهم بدفع تكاليف هذه الخدمات، وقد عرف هذا المرمى بالتغطية الصحية الشاملة.

وسعيا وراء بلوغ هذا المرمى، تواجه الحكومات ثلاث مسائل أساسية:

- كيف يمكن تمويل مثل هذا النظام الصحي؟
- كيف يمكن حماية الناس من العواقب المالية لاعتلال الصحة ودفع تكاليف الخدمات الصحية؟
- كيف يمكن التشجيع على الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة؟

ويتعين على الحكومات أيضا ضمان كون التغطية عادلة، مع إيجاد وسائل موثوقة لرصد وتقييم التقدم المحرز في هذا الاتجاه.

1. تحديات التغطية الصحية الشاملة:

هناك ثلاث مشكلات أساسية متداخلة تحد من قدرة البلدان على التحرك للاقتراب من التغطية الشاملة. أما أول هذه المشكلات فهو توافر الموارد. فما من بلد مهما كان مستوى دخله استطاع أن يضمن حصول كل فرد فيه بشكل مباشر على تكنولوجيا أو تدخل يمكن أن يحسن صحته أو يطيل حياته. ومن جهة أخرى، فإن بضع خدمات فقط هي المتاحة للجميع في البلدان الفقيرة. وأما الحاجز الثاني أما التغطية الشاملة، فهو الاعتماد المفرط على المدفوعات المباشرة للأدوية وأتعاب الاستشارات والإجراءات الصحية. وحتى لو كان لدى الناس نوع ما من التأمين الاجتماعي، فقد يتعين عليهم الإسهام في ذلك،[1] بشكل من أشكال المدفوعات المشتركة أو التأمين المشترك أو في شكل اقتطاعات.

[1] منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص ل.

وإن الالتزام المتمثل في الدفع المباشر لقاء الخدمات عند الحاجة إليها، سواء كان الدفع يتم بشكل رسمي أم غير رسمي يمنع الملايين من الناس من تلقي الرعاية الصحية عندما يحتاجونها. ويمكن أن يؤدي ذلك، بالنسبة لمن يلتمسون العلاج، إلى مواجهة صعوبات مالية وخيمة، أو حتى الوقوع في هاوية الفقر.

وأما العقبة الثالثة التي تقف في وجه التحرك السريع تجاه التغطية الشاملة فتتمثل في عدم الكفاءة والجور في الاستفادة من الموارد. لهذا فإن تحسين الكفاءة عادة ما يجعل الأمر أيسر بالنسبة لوزارة الصحة لتقديم المبررات للحصول على اعتمادات مالية إضافية من وزارة المالية.

إذن، فالسبيل إلى التغطية الشاملة بسيط نسبيا، ظاهريا على الأقل. ويتعين على البلدان جمع أموال كافية، والحد من الاعتماد على المدفوعات المباشرة لتمويل الخدمات، وأن تحسن من الكفاءة ومن المساواة.

2. الاصلاحات الواجبة للوصول الى التغطية الصحية الشاملة

- **حشد موارد كافية من أجل الصحة:** على الرغم من أن الدعم المالي الداخلي للتغطية الشاملة سيكون حاسما لضمان استمرارها، فمن غير الواقعي أن ننتظر من البلدان المنخفضة الدخل أن ذلك دون مساعدة في المدى القريب. ولدى جميع البلدان رؤية لجمع مزيد من الأموال من أجل الصحة على الصعيد الداخلي، شريطة التزام الحكومات والشعوب بذلك أيضا. وهنالك ثلاث طرق متاحة للقيام بذلك، فضلا عن خيار رابع لزيادة تنمية المعونات وجعل أثرها أفضل على الصحة.

- **زيادة فعالية تحصيل الإيرادات:** من الممكن أن يشكل تجنب رفع الضرائب وعدم كفاءة تحصيلها وجمع اشتراكات التأمين مشكلات خطيرة حتى في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع. وهناك توثيق مهم للصعوبات العملية التي تواجه تحصيل الضرائب واشتراكات التأمين الصحي، ولا سيما في البلدان التي بها قطاع غير رسمي كبير. وإن تحسين كفاءة تحصيل الإيرادات من شأنه أن يزيد من الأموال التي يمكن استخدامها لتقديم الخدمات أو لشرائها نيابة عن السكان. وقد قامت اندونيسيا بتجديد نظام الضرائب فيها تجديدا كاملا مما حقق مكاسب هائلة للإنفاق الحكومي العام وللإنفاق على الصحة بوجه خاص.

- **إعادة تحديد أولويات الميزانيات الحكومية:** عادة ما تعطي الحكومات الصحة أولوية متدنية نسبيا عند تخصيص ميزانياتها. فعلى سبيل المثال، اتفق رؤساء عدد من الدول الإفريقية التي تسعى لبلوغ الهدف في إعلان أبوجا عام 2001، على أن تنفق هذه البلدان 15% من ميزانياتها الحكومية على الصحة، إلا أن 19 بلدا في المنطقة ممن وقعوا على الاتفاق لم تلتزم به للأسف.

- **التمويل الابتكاري:** لقد تركز الاهتمام حتى الآن بشكل كبير على مساعدة البلدان الغنية على جمع مزيد من الأموال من أجل الصحة في الأماكن الفقيرة. وقد قامت فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بالتمويل الدولي

الابتكاري للنظم الصحية بإدراج فرض ضرائب متزايدة على تذاكر السفر الجوي، وعلى معاملات استبدال النقد الأجنبي، وعلى التبغ، وذلك ضمن قائمتها المتعلقة بسبل جمع عشرة بلايين دولار أمريكي إضافية من أجل الصحة في العالم. وينبغي على البلدان مرتفعة الدخل ومتوسطة الدخل ومنخفضة الدخل على حد سواء الأخذ بعين الاعتبار بعض هذه الآليات من أجل جمع الأموال على الصعيد الداخلي. وثمة خيارات أخرى تشمل سندات مجموعات الشتات (تباع للمغتربين)، وفرض رسوم تكافل على طيف من المنتجات والخدمات، مثل مكالمات الهاتف النقال والتدخين والمشروبات الغازية ومنتجات الرفاهية وخصوصا على المنتجات المضرة بالصحة ما من شأنه أن ينعكس إيجابا على الإيرادات وكذلك على الحد من استهلاكها وبالتالي الحد من آثارها السلبية على الصحة.[1]

- **تبني الجودة في القطاع الصحي:** يطلق على القرن الحادي والعشرين " قرن الجودة " فإن أهم اتجاه في مجال الرعاية الصحية خلال هذا القرن سيكون المساءلة. كل مبادرة تتخذ لتحسين جودة ونتائج النظم الصحية لابد أن تنطلق من فهم المقصود من "الجودة"، وبدون هذا الفهم، سيكون من المستحيل تصميم التدخلات والتدابير المستخدمة لتحسين النتائج. هناك عدة تعريفات للجودة تستخدم سواء فيما يتعلق بالرعاية الصحية أو النظم الصحية، لكننا هنا نحتاج إلى تعريف عملي لوصف نوعية ومدى جودة الرعاية الصحية والنظم الصحية. وذلك من منظور كل من مستخدمي الخدمات الصحية فرادى والمجتمع بأسره.

ويرى الكثيرون أن الرعاية الصحية الجيدة المظلة الجامعة التي تقيم فيها سلامة المرضى، على سبيل المثال يعتبر معهد الطب الأمريكي أن سلامة المرضى لا يمكن تمييزها عن تقديم الرعاية الصحية الجيدة، فالمنظمة العالمية للصحة ترى أن الجودة تعتمد على إدخال التحسينات على ستة مجالات أو كما يمكن تسميتها بأبعاد الجودة، لهذا لابد أن تحقق النظم الصحية ما يلي:

- **الفعالية:** لابد من تقديم رعاية صحية تحقق نتائج تنعكس على صحة الأفراد والمجتمع، أي تطابق النتائج مع الأهداف المسطرة في المجال الصحي.
- **الكفاءة:** توفير رعاية صحية تعظم استخدام الموارد لكن تتفادى الهدر وبالتالي تحقيق مخرجات أكبر بمدخلات أقل أو تساويها.
- **الإتاحة:** لابد أن يكون الحصول على الخدمات الصحية والوصول إليها ممكنا وفي الوقت المناسب ومعقول جغرافيا، وتوفير تلك الخدمات في بيئة تكون فيها المهارات والموارد ملائمة للحاجة الطبية.

[1] منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص س.

- **القبول (يتمحور حول المريض):** لابد أن توفر النظم الصحية خدمات تأخذ في عين الاعتبار تفضيلات وتطلعات مستخدمي الخدمة بشكل فردي وكذا ثقافات مجتمعاتهم (مثلا طبيبات مختصات في أمراض النساء في المجتمعات المحافظة).

- **العدالة والإنصاف:** نظم صحية تقدم خدمات صحية لا تختلف في جودتها بسبب الخصائص الشخصية مثل الجنس، أو العرق، أو الدين، أو الموقع الجغرافي، أو الوضعين الاجتماعي والاقتصادي.

- **خدمات آمنة:** نظم صحية تقدم خدمات آمنة قليلة المخاطر ولا تسبب الأذى لمستخدميها.

وتختصر الأكاديمية الأمريكية لفريق خبراء التمريض المؤشرات الإيجابية في: تحقيق الرعاية الذاتية المناسبة، إظهار سلوكيات تعزز الصحة، نوعية الحياة الصحية، التصور بأن الرعاية جيدة، معايير إدارة الأعراض الصحية. [1] أما المنظمة العالمية للصحة فتركز على المكونات المفاهيمية للجودة بدلا من المؤشرات المقاسة آمنة وفعالة ومرتكزة على المريض وفي الوقت المناسب وفعالة ومنصفة.[2]

تختلف المفاهيم المستخدمة لوصف جودة النظم الصحية من بلد إلى بلد وينعكس هذا الاختلاف على سياسات الرعاية الصحية، وتنتقل هذه المفاهيم من ضمان جودة المستشفيات مرورا بتحسين نوعية الرعاية الصحية وصولا إلى تحسين الصحة العامة للسكان.[3]

- **المساعدات الإنمائية من أجل الصحة:** إن السبيل الوحيد لتقليل الاعتمادات على المدفوعات المباشرة هو تشجيع الحكومات لعملية تجميع المخاطر وأسلوب الدفع المسبق وهو السبيل الذي اختاره معظم البلدان التي أصبحت أقرب ما يكون إلى تحقيق التغطية الشاملة. وعندما تكون آليات الدفع المسبق والتجميع متاحة للسكان، يصبح مرمى التغطية الصحية الشاملة أكثر واقعية، حيث يرتكز ذلك على مدفوعات سددت مقدما للمرض، وجمعت بطريقة ما واستخدمت في تمويل الخدمات الصحية لكل فرد خاضع للتغطية. العلاج والتأهيل للمريض وللعاجز والوقاية والتعزيز لكل فرد.

لكن السؤال المطروح هو هل ينبغي جعل هذه المساهمات إجبارية؟ إذن من الذي ينبغي عليه الدفع؟ وكم يدفع ومتى؟ وما الذي يمكن أن يحدث للأشخاص الذين لا يستطيعون المساهمة ماليا؟ وينبغي اتخاذ قرارات ايضا بشأن التجميع، فهل ينبغي حفظ الأموال كجزء من الإيرادات الحكومية الموحدة، أم في صندوق أو أكثر من

[1] Quality of Care, **A process for making strategic choices in health systems**, WHO, 2006 P 9.
[2] Ronda G. Hughes, **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**, Ph.D., M.H.S., R.N. AHRQ Publication No: 08-0043, April 2008, P 37.
[3] Department of Health Service Provision, **Quality and accreditation in health care services A GLOBAL REVIEW**, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 2003, p 56.

صناديق التأمين الصحي، سواء كانت هنالك صناديق اجتماعية، أم خاصة أم مجتمعية أم صناديق استثمار صغيرة؟

هناك ثلاث دروس عامة أظهرتها تجارب البلدان، والتي ينبغي أخذها في الاعتبار عند صياغة مثل هذه السياسات:

- أن هنالك نسبة من السكان في كل بلد تكون فقيرة جدا لدرجة عدم استطاعتها المساهمة من خلال ضرائب الدخل أو اشتراكات التأمين. وهم يحتاجون إلى إعانة من الأموال المجمعة، أي الإيرادات الحكومية العامة. ويمكن لمثل هذه المساعدة أن تتخذ شكل إتاحة الخدمات الممولة من قبل الحكومة، أو من خلال دعم اشتراكات التأمين لهم. وعادة ما يكون لدى البلدان التي تتيح لسكانها جميعا مجموعة من الخدمات الصحية معدلات مرتفعة نسبيا من الأموال المجمعة.

- ينبغي جعل المساهمات إجبارية، وإلا فإن الشخص الغني والشخص السليم صحيا سوف يؤثران الانسحاب ولن يكون هناك تمويل كاف لتغطية احتياجات الفقراء والمرضى. ورغم أن أنظمة التأمين الطوعية يمكنها جمع بعض الأموال في غياب أساليب الدفع المسبق والتجميع الواسعة الانتشار، كما يمكنها المساعدة في تعريف الناس بفوائد التأمين، إلا أنها محدودة في تغطية طيف من الخدمات لأولئك الفقراء غير القادرين على دفع الاشتراكات. ومن ثم فإن الخطط الطويلة الأمد لتوسعة نطاق الدفع المسبق، وإدماج التأمين المجتمعي والتأمين المصغر في مجمعات أوسع نطاقا هي من الأمور المهمة.[1]

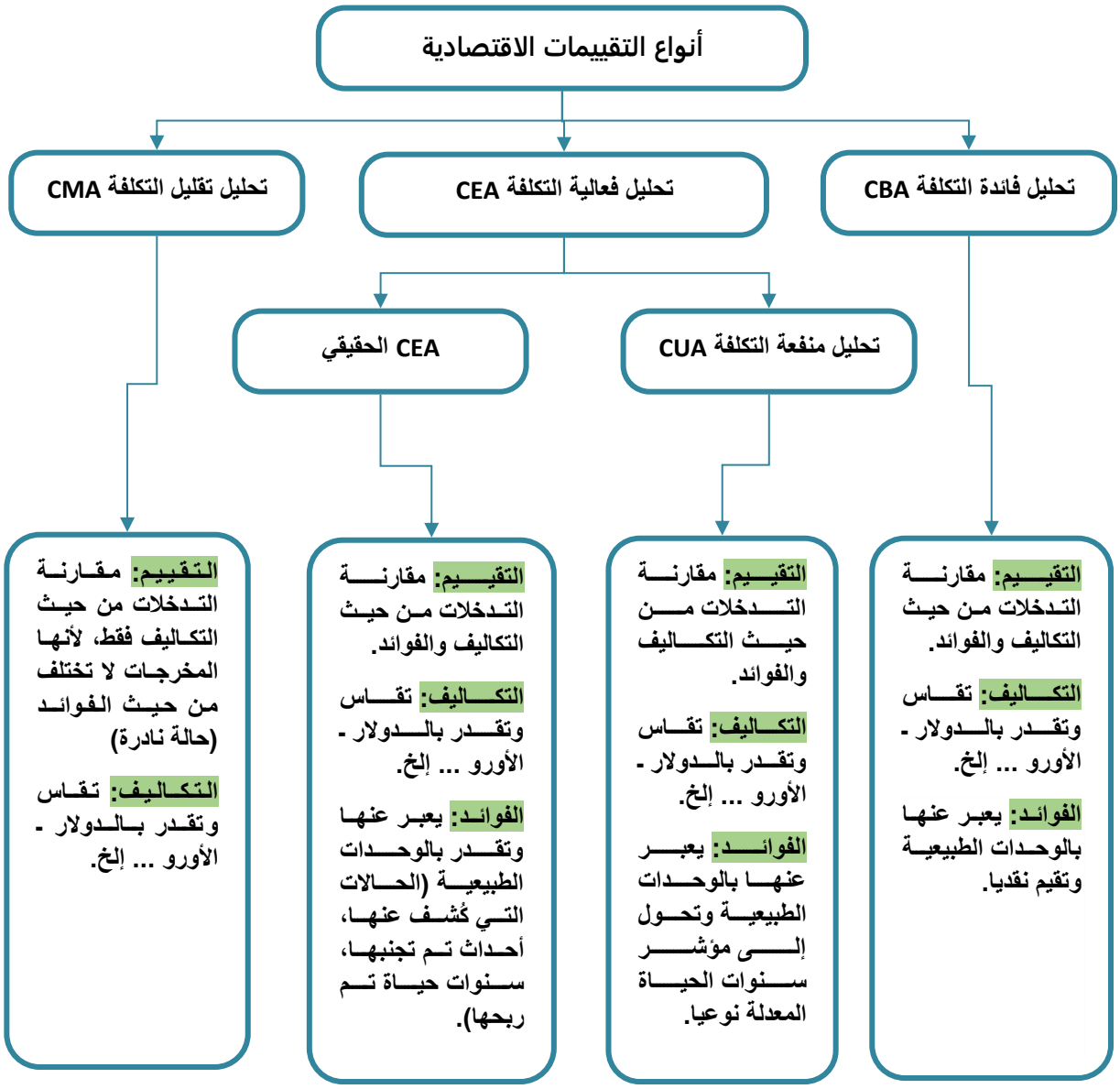
- تعد المجتمعات التي توفر الحماية للاحتياجات الصحية لعدد صغير من الأفراد غير قابلة للتطبيق على المدى البعيد، حيث يمكن لبضعة أحداث مرضية أن تقضي عليها تماما. وكذلك هو الحال بالنسبة للصناديق المتعددة، التي يكون لكل منها إدارته الخاصة ونظم معلوماته المستقلة، فهي أيضا لا تتسم بالفاعلية، وتجعل تحقيق العدالة أمرا صعب المنال.

إن التحرك السريع تجاه نظام يغطي كل فرد، غنيا كان أم فقيرا، يمكن أن يمثل أولوية، حتى لو كانت قائمة الخدمات والنسبة المغطاة من التكاليف من خلال الأموال المجمعة، صغيرة نسبيا. وفي غضون ذلك، فإنه في ظل نظام عريض القاعدة، وعدم وجود مستبعدين سوى بضعة جيوب قليلة، فقد يتخذ القطر في البداية أسلوبا محدد الأهداف يتم من خلاله تحديد أولئك المستبعدين، واتخاذ خطوات للتحقق من أنهم مشمولون بالتغطية. وفي مثل هذه الحالات، يمكن للبلدان تغطية المزيد من الخدمات للفقراء أو تغطية نسبة أعلى من التكاليف.

[1] منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص ص.

والخلاصة أن التغطية الصحية الشاملة تتطلب التزاما بتغطية جميع السكان، بنسبة 100% وأن يتم إعداد الخطط اللازمة لبلوغ هذه الغاية منذ البداية، حتى ولو كان تحقيق الهدف لن يتم بشكل فوري.[1] ويبرز الشكل التالي أنواع التحليلات الاقتصادية الممكن استعمالها في تحليل النظم الصحية من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة:

الشكل رقم (2-1): أنواع التقييمات الاقتصادية لنظم الصحة



Source: Ron Goeree, Vakaramoko Diaby, **Introduction to health economics and decisionmaking: Is economics relevant for the frontline clinician**, Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 27, (2013), P 831.

[1] منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص ر.

المطلب الثاني: الحواجز التي تعرقل وصول الخدمات الصحية

إن إزالة الحواجز المالية الكامنة في نظم المدفوعات المباشرة من شأنها أن تساعد الفقراء على الحصول على الرعاية، غير أنها لن تضمن ذلك. وتُظهر الدراسات التي أجريت مؤخرا حول سبب عدم إكمال الناس المعالجة من الأمراض المزمنة، أن تكاليف التنقل وفقدان الدخل يمكن أن يكونا مانعين، أكثر من الرسوم المفروضة من تلقي الخدمة. ضف إلى ذلك أنه لو لم تكن الخدمات متوافرة على الإطلاق، أو لم يكن مكان تقديمها قريبا، فلن يتمكن الناس من الاستفادة منها حتى ولو كانت تقدم بالمجان.

وتقوم العديد من البلدان باستكشاف السبل التي يمكن من خلالها التغلب على هذه الحواجز. فقد أدت التحويلات النقدية المشروطة، حيث يتلقى الناس أموالا إذا فعلوا أشياء معينة لتحسين صحتهم (عادة ما ترتبط بالوقاية) إلى زيادة الاستفادة من الخدمات في بعض الحالات. وتشمل بعض الخيارات الأخرى تقديم قسائم وإرجاع مبالغ لتغطية تكاليف الانتقال، وخطط الائتمانات الصغيرة تتيح لأفراد الأسر الفقيرة (وعادة ما تكون من النساء) الفرصة لكسب المال، والتي يمكن استخدامها بطرق متعددة، بما فيها ذلك التماس الخدمات الصحية والحصول عليها.

1. تعزيز الكفاءة والقضاء على الهدر:[1]

إن جمع أموال كافية من أجل الصحة أمر حتمي لا مفر منه، بيد أن مجرد الحصول على المال لن يحقق التغطية الشاملة، كما لن تحققها إزالة الحواجز المالية المعرقلة للحصول على الخدمات الصحية المقدمة من خلال أسلوب الدفع المسبق والتجميع. فالمطلب النهائي هو ضمان استخدام الموارد بالكفاءة المطلوبة.

والفرص اللازمة لتحقيق المزيد باستخدام نفس الموارد قائمة في جميع البلدان. فالأدوية مرتفعة الثمن تستخدم عادة عندما تصبح رخيصة، وهنالك خيارات أخرى موجودة وهي على نفس القدر من الفاعلية، فهناك استخدام مفرط للمضادات الحيوية والحقن في كثير الأماكن، وهنالك أيضا تخزين سيء وهدر، علاوة على وجود تفاوتات كبيرة في الأسعار التي تتفاوض بشأنها وكالات الشراء مع الموردين. وإن تقليص الإنفاق غير الضروري على الأدوية واستخدامها استخداما أكثر ملاءمة وتحسين أساليب مراقبة الجودة يمكن أن يوفر للبلدان ما يصل إلى 5% من إنفاقها الصحي. ويمكن تصنيف الحلول إلى العناوين التالية:

- الحصول على أقصى استفادة ممكنة من التكنولوجيات والخدمات الصحية.
- تحفيز العاملين في القطاع الصحي.
- تحسين كفاءة المستشفيات.

[1] منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص ش.

- الحصول على كل الرعاية من أول مرة بتقليل الأخطاء الطبية.
- القضاء على الهدر والتخلص من الفساد.
- التقييم النقدي لتحديد الخدمات المطلوبة.

ويمكن أيضا إرجاع نقص الكفاءة إلى عدم كفاية الإنفاق الصحي، وليس وفرته، فعلى سبيل المثال يؤدي انخفاض الرواتب إلى لجوء العاملين الصحيين إلى العمل في وظائف إضافية، في نفس الوقت دعما لدخلهم مما يقل من مردودية عملهم في وظائفهم الأصلية. إذن من الضروري تقييم التكاليف والأثر المحتمل للحلول الممكنة.

2. **الأسباب الرئيسية وراء عدم الكفاءة:** إن كل بلد من البلدان قادر على تحسين الكفاءة، وهو بقيامه بذلك يدفع بقضية التغطية الصحية الشاملة قُدما. ويحدد الجدول التالي عشرة مجالات تقع فيها المشاكل ويقدم مقترحات حول السبل التي يمكن من خلالها جعل النظم الصحية أكثر كفاءة.

الجدول رقم (2-1): المصادر العشرة الرئيسية لعدم الكفاءة

مصدر عدم الكفاءة	الأسباب الشائعة لعدم الكفاءة	طرق معالجة عدم الكفاءة
1) الأدوية: استخدام الأدوية الجنسية على نحو منقوص وارتفاع أسعار الأدوية بشكل غير مبرر.	عدم وجود رقابة كافية على وكلاء سلاسل الإمداد وعلى واصفي الأدوية وصارفيها، وتدني النجاعة المتوخاة/مأمونية الأدوية الجنسية وعدم كفاءة نظم الشراء والتوزيع.	تحسين الإرشادات والمعلومات والتدريب والممارسة في مجال وصف الأدوية، ضمان الشفافية في المشتريات والمناقصات وإلغاء الضرائب والرسوم على الأدوية.
2) الأدوية: استخدام أدوية دون المستوى ومزيفة.	الآليات التنظيمية للمستحضرات الدوائية غير ملائمة، نظم الشراء ضعيفة.	تعزيز معايير الجودة في صناعة الأدوية وتنفيذ الاختبارات على المنتج.
3) الأدوية: استخدام غير ملائم وغير فعال.	الحوافز المقدمة لواصفي الأدوية غير ملائمة مع وجود ممارسات غير أخلاقية تتعلق بالترويج ومحدودية المعرفة.	فصل مهام وصف الأدوية عن صرفها وتنظيم الأنشطة الترويجية ونشر المعلومات للجمهور.
4) منتجات وخدمات الرعاية الصحية: فرط استخدام أو الإمداد بالمعدات، والاستقصاءات والإجراءات.	الطلب الذي يستحثه المورد، آليات الدفع مقابل الخدمة المقدمة، الخوف من الملاحقة الإدارية (الطب الدفاعي).	إصلاح هياكل الحوافز والدفع (مثل الأجر القائم على الفرد أو مجموعة الحالات المصنفة بحسب التشخيص) إعداد وتطبيق دلائل إرشادية.

5) العاملون الصحيون: مجموعة موظفين غير ملائمين أو أن تكلفتهم عالية، عاملون يفتقدون الحافز.	التوافق مع سياسات وإجراءات الموارد البشرية المحددة سلفا، مقاومة المهن الطبية، رواتب غير كافية، تعيينات قائمة على المحاباة.	إجراء وتقييم وتدريب مستند إلى الاحتياجات، تنقيح سياسات المكافآت، تطبيق عقود مرنة أو ربط الأجر بالأداء، تحويل المهام وغير ذلك من طرق مواءمة المهارات مع الاحتياجات.
6) خدمات الرعاية الصحية: إدخال المرضى إلى المستشفى ومدة مكوثهم فيه.	غياب ترتيبات الرعاية البديلة، عدم كفاية الحوافز لإخراج المرضى من المستشفى، محدودية المعارف حول أفضل الممارسات.	توفير رعاية بديلة مثل الرعاية النهارية، زيادة المعارف حول الممارسات الفعالة للإدخال إلى المستشفيات. تعديل الحوافز.
7) خدمات الرعاية الصحية: عدم ملاءمة حجم المستشفيات (استخدام متدن للبنية الأساسية).	مستوى غير ملائم للموارد الإدارية وللتنسيق والمراقبة، عدد كبير جدا من المستشفيات وأسرة المرضى في بعض المناطق وعدم كفايتها في مناطق أخرى.	إدراج تقديرات المدخلات والمخرجات في تخطيط المستشفى، مواءمة القدرات الإدارية مع الحجم، التحكم في مدة المكوث في المستشفى.
8) خدمات الرعاية الصحية: الأخطاء الطبية ومستوى الجودة الأقل من المثالي للرعاية.	عدم كفاية المعارف أو تطبيق معايير وبروتوكولات الرعاية السريرية، وغياب الدلائل الإرشادية، والإشراف غير المناسب.	تحسين معايير النظافة الشخصية في المستشفيات وتوفير مزيد من الرعاية ورصد أداء المستشفى وضبط قوانين ردع الأخطاء.
9) التسربات في النظم الصحية: الهدر، الفساد والاحتيال.	توجيه غير واضح بشأن تخصيص الموارد، غياب الشفافية، ضعف المساءلة وآليات الإدارة الرشيدة وانخفاض الرواتب.	تحسين التنظيم بما في ذلك آليات عقوبات قوية، تقييم الشفافية/القابلية للفساد، إجراء مسوحات لتتبع الإنفاق العام، تعزيز مدونات قواعد السلوك.
10) التدخلات الصحية: مجموعة غير كفؤة/مستوى غير ملائم من الاستراتيجيات.	تمويل التدخلات المرتفعة التكلفة منخفضة التأثير بينما لا يتم تمويل التدخلات المنخفضة التكلفة والمرتفعة التأثير. توازن غير ملائم بين مستويات	التقييم المنتظم وإدراجه في السياسة الخاصة بالبيانات ذات الصلة بتكاليف التدخلات والتكنولوجيات، والأدوية وتأثيراتها والخيارات المتعلقة بالسياسات.

	الرعاية أو بين الوقاية والتعزيز والمعالجة.	

المصدر: المنظمة العالمية للصحة

3. **تحصيل الإيرادات:** هو ما يربطه معظم الناس بالتمويل الصحي وهي الطريقة التي تجمع بها الأموال لدفع نفقات النظام الصحي. ويتم عادة تلقي الأموال من الأسر ومن الهيئات والشركات، وأحيانا من المساهمين من خارج القطر (مصادر خارجية) ويمكن تحصيل الموارد عن طريق فرض ضرائب عامة أو ضرائب نوعية، ومساهمات من التأمين الصحي الإجباري أو الطوعي، أو المدفوعات التي تدفع مباشرة من المال الخاص للمرضى، مثل رسوم استخدام الخدمات ومن التبرعات.[1]

4. التجميع: هو جمع الموارد المالية وإدارتها بحيث يتحمل جميع الأعضاء في المجمّع وليس الأشخاص المرضى فقط المخاطر المالية الناجمة عن الاضطرار لدفع تكاليف الرعاية الصحية. والغرض الرئيسي من التجميع هو توزيع المخاطر المالية المرتبطة بالحاجة إلى الانتفاع بالخدمات الصحية. وإذا ما كان ينبغي تجميع الأموال، فلابد من أن تدفع دفعا مسبقا قبل حدوث المرض من خلال الضرائب و/ أو التأمين، وتتضمن جميع نظم التمويل الصحي عنصرا من عناصر التجميع يمول من المدفوعات المسبقة ويضم إلى المدفوعات المباشرة من الأفراد إلى مقدمي الخدمات، والتي يطلق عليها أحيانا المشاركة في تحمل التكاليف.

5. **الشراء:** هو عملية دفع مقابل الخدمات الصحية. وهنالك ثلاث طرق رئيسية لذلك أولها قيام الحكومة بتوفير الميزانيات مباشرة لمقدمي الخدمة الصحية التابعين لها (تكامل الشراء والإيتاء) باستخدام الإيرادات الحكومية العامة، وأحيانا مساهمات التأمين. وتتمثل الطريقة الثانية في الدفع لإحدى وكالات الشراء المستقلة مؤسسيا (مثل صندوق تأمين صحي أو سلطة حكومية) من أجل شراء الخدمات نيابة عن السكان (انفصال المشتري عن المقدم). أما الطريقة الثالثة فتتمثل في الدفع المباشر من الأفراد إلى مقدمي الخدمة، ومعظم البلدان تستخدم توليفة من هذه الطرق معا.

ويمكن من خلال هذه المجالات العامة، دفع أجور مقدمي الخدمات الصحية بطرق عديدة مختلفة، ويتضمن الشراء أيضا تحديد الخدمات التي ينبغي تمويلها، بما يشمل خليطا من الخدمات الوقائية، والتعزيزية، والعلاجية، والتأهيلية.

6. المسميات يمكن أن تكون مضللة: إن كل بلد يتخذ الخيارات الخاصة به فيما يتعلق بكيفية حشد الإيرادات، وكيفية تجميعها وأيضا كيفية شراء الخدمات. وإن تقرير بلدان عديدة جمع جزء من الإيرادات من أجل الصحة من

[1] منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة**، تقرير خاص بالصحة، طّبع في مصر سنة 2010، ص 5.

اشتراكات التأمين الصحي الإجباري لا يعني أنها كلها تجمِّع الأموال بنفس الطريقة. فبعض البلدان لديها مجمع وحيد (صندوق تأمين صحي وطني مثلا)، بينما يكون لدى بلدان أخرى مجمّعات متعددة، وأحيانا مجمعات متنافسة تديرها شركات تأمين خاصة. وحتى عندما يكون لدى البلدان نظم تجميع متشابهة، فإن اختياراتها بشأن كيفية توفير أو شراء الخدمات تتباين تباينا كبيرا. وقد تكون طريقة عمل اثنين من النظم ترتكز على التأمين الصحي، مختلفة فيما يخص تجميع الأموال واستخدامها لضمان حصول السكان على الخدمات. وينطبق الشيء نفسه على اثنين من النظم التي يطلق عليها النظم القائمة على الضرائب. وهذا هو السبب في أن التصنيف التقليدي لنظم التمويل كنظم قائمة على الضرائب، أو تأمين صحي اجتماعي، أو نظام بيفيريدج مقابل نظام بسمارك، لم يعد مفيدا في عملية رسم السياسات.

ومن الأهمية بمكان النظر بعين الاعتبار للاختيارات التي تتخذ عند كل خطوة تتم على طول الطريق، ابتداء من جمع الإيرادات، مرورا بتجميعها، وحتى إنفاقها، حيث تلك الاختيارات تقرر ما إذا كان نظام التمويل يتسم بالفعالية، والكفاءة، والعدل المطلوب.

الناس هم محور الاهتمام: ومن المهم أن نتذكر، في خضم هذا العمل التقني، أن الناس هم محور هذا الأمر، فمن ناحية هم الذين يقدمون الأموال المطلوبة لدفع تكاليف الخدمات، ومن الناحية الأخرى، أن السبب الوحيد لجمع هذه الأموال هو تحسين صحة هؤلاء الناس ومعافاتهم. و**التمويل الصحي وسيلة تفضي إلى غاية، وليس غاية في حد ذاته.**

المطلب الثالث: تحديات الصحة عند الدول

تواجه الكثير من المجتمعات النامية في عالمنا اليوم والذي يزداد ترابطا وتكافلا في عصر العولمة والأنترنيت العديد من المشاكل الصحية، ولأن الصحة والتنمية مرتبطتان وثيقا ببعضهما البعض، فإن عدم الاهتمام بالقطاع الصحي سوف يغذي حلقة مفرغة من عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والتنمية الضعيفة وضياع الإنتاجية الاقتصادية والنمو الاقتصادي.

كشفت منظمة الصحة العالمية أن سبعا وخمسين دولة في المعمورة تعاني من عدم توفر وسائل التدخل الأساسية لإنقاذ الحياة مثل التطعيمات لاسيما في مرحلة الطفولة. ضف إلى ذلك ضآلة الميزانيات المالية المخصصة للرعاية الصحية في البلدان النامية أدت إلى عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي مما أثر سلبا على التنمية. وقالت المنظمة التابعة للأمم المتحدة في تقريرها السنوي بشأن الصحة العالمية لعام 2006 أن هناك حاجة ملحة لما يزيد عن أربعة ملايين متخصص في مجال الصحة لسد الفجوة الطبية في 57 دولة معظمها في إفريقيا والمناطق الريفية في آسيا. وأوصت المنظمة بأن يتم توفير ما نحو المساعدات تمويلا عاجلا وعلى المدى الطويل

للتدريب في مجال الرعاية الصحية لمساعدة الدول الفقيرة على مواجهة التهديدات الآنية مثل التفشي العالمي للكثير من الأمراض الخطيرة والمعدية. بالإضافة إلى وضع شبكات محلية للرعاية الصحية.

وفي الوقت الذي تعاني فيه إفريقيا من حوالي 24% من عبء الأمراض العالمية، فإنه يتوفر فيها ثلاثة في المائة من قوة العمل في مجال الرعاية الصحية وتنفق أقل من واحد فالمائة من إجمالي الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية. وعلى العكس من ذلك دول أمريكا التي تعاني من عشرة في المائة فقط من عبء الأمراض العالمية، وتمتلك 37 في المائة من العاملين في الرعاية الصحية في العالم وتنفق ما يزيد على 50 بالمائة من ميزانية الرعاية الصحية العالمية. وتقول منظمة الصحة العالمية أن الدول الأكثر تضررا، وهي التي تنفق ما متوسطه 33 دولار على الرعاية الصحية لكل شخص سنويا يجب عليها رفع ميزانياتها السنوية إلى 43 دولارا على الأقل للشخص الواحد خلال السنوات العشرين المقبلة للتغلب على الأزمة وتحقيق أهداف الألفية. في هذا الصدد قال الأمين العام لمنظمة الصحة العالمية، جونج ووك "إذا لم نتخذ إجراء الآن ستبقى أهداف التنمية الخاصة بالألفية وعدا أجوف مثل غيرها من الوعود الجوفاء في العالم وما أكثرها"، مؤكدا إلى هناك حاجة لزيادة الإنفاق على الصحة ولتحسين توفير الأدوية والمعدات أيضا.[1]

وفي الوقت الذي تعاني فيه الدول النامية أصلا من نقص في العاملين في الحقل الصحي، تغادر الكثير من الكوادر الطبية والصحية بلدانهم للعمل في الدول الصناعية بحثا عن فرص عمل أفضل. وتشكل الدول الصناعية منطقة جذب للأطباء والممرضين من الدول النامية للعمل فيها. في هذا السياق تشير منظمة الصحة العالمية إلى أنه في المتوسط يعمل واحد من كل أربعة أطباء وواحد من كل عشرين ممرض وممرضة ممن تتدربوا في افريقيا يعمل في دول متقدمة. وهناك بعض الدول تضررت أكثر من غيرها في هذا الجانب. فمثلا يعمل تسعة وعشرون في المائة من أطباء غانا وثلاثون بالمائة من ممرضي زيمبابوي في الخارج. ويحذر الأمين العام لمنظمة الصحة العالمية أن هذا النقص الحاد في عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية بالعالم النامي يمكن أن يهدد أهداف التنمية الخاصة بالألفية التي حددتها الأمم المتحدة كبرنامج عمل لخفض معدلات الفقر إلى النصف بحلول عام 2016.

تذكر منظمة أوكسفام الخيرية، ومقرها بريطانيا بأن هناك طبيبا واحدا لكل 14 ألف شخص في زامبيا، بينما هناك مثلا في بريطانيا طبيب واحد لكل ستمائة شخص فقط.

ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن مليار وثلث المليار من البشر يفتقرون إلى العناية الصحية بسبب نقص العاملين في الخدمات الصحية. وتضاعف سرعة التمدن "والطفرة الشبابية" السكانية في كثير من

[1] منظمة الصحة العالمية، 2002.

الدول النامية من تفاقم المشكلة، في ظل توقع استمرار الدول الغنية في استيراد المزيد من أخصائيي الصحة لعلاج سكانها، لا سيما في ظل اتجاه المجتمعات الصناعية نحو الشيخوخة.[1]

وبالنسبة للدول الفقيرة فإن بوسعها أن تحقق تحسينات أساسية في الصحة من خلال استخدام الموارد المتاحة بطريقة منتجة اجتماعيا. فالحاجة إلى الموارد اللازمة للتعليم الأساسي والرعاية الصحية، وباقي الاحتياجات الأخرى تتطلب الموازنة بين التكاليف والمنافع الاجتماعية المتوقعة من هذه الاحتياجات المختلفة. وهذه القضية المتعلقة بالتخصيص الاجتماعي للموارد الاقتصادية لا يمكن فصلها عن دور المشاركة السياسية وتأثير الرأي العام لتدعيم التغييرات التي بوسعها أن ترفع من مستوى المعيشة، وتحسن من توقعات الحياة المنتجة للسكان. ومن المفيد في هذا الصدد الالتفات إلى الاعتبارات الاقتصادية المتعلقة بالتكاليف النسبية للعلاج الطبي والرعاية الصحية، وهي كلها أنشطة كثيفة العمل. وهذا يعني أن الدول الفقيرة التي تنخفض فيها معدلات الأجور ستكون لديها ميزة نسبية أكبر في التركيز على أكبر قدر من الرعاية الصحية والتعليم حيث ستحتاج لإنفاق كميات أقل من النقود لتوفير هذه الخدمات.

كما أنه فيما يتعلق بتأثير النمو في دخل الفرد على تخفيض معدلات الوفيات، فالملاحظ أن هذا التأثير يتم بصورة خاصة من خلال تأثير النمو في الناتج المحلي الإجمالي على دخول الفقراء، وأيضا على الانفاق العام خاصة الرعاية الصحية وهذا يعني أن النتائج تعتمد إلى حد كبير على كيفية الاستفادة من ثمار النمو الاقتصادي.

وهذا ما يفسر نجاح بعض البلدان التي حققت نموا اقتصاديا سريعا مثل كوريا الجنوبية في زيادة توقعات الحياة بسرعة من خلال النمو الاقتصادي، نظرا لأن سياسات التنمية ركزت على التعليم الأساسي، والرعاية الصحية الأساسية، مما مكن من إسهام أعداد غفيرة من السكان بشكل ملموس في النشاط الاقتصادي. وعلى العكس من ذلك فإن هناك دولا أخرى استطاعت أن تحقق نموا اقتصاديا قويا، مثل البرازيل، دون أن تنجح في تحقيق زيادة ملموسة مماثلة في توقعات الحياة نتيجة لانتشار البطالة ولإهمال الرعاية الصحية.[2]

كما تشير الدراسات الحديثة إلى أن توقعات الحياة يمكن استخدامها بشكل فعال في التنبؤ بالمستويات الدخل أو بالنمو الاقتصادي وما تتوصل إليه هذه الدراسات بشكل متسق هو التأثير القوي للصحة على معدلات النمو. كما أن التحسينات الصحية تزاول تأثيرا على النمو الاقتصادي من خلال تأثيراتها على السكان. فالتحسن السريع في الأوضاع الصحية في شرق آسيا منذ الأربعينيات كان عاملا محفزا لتحقيق الانتقال الديمغرافي هناك. فالانخفاض الأولي في وفيات الأطفال ترتب عليه انخفاض غير متزامن في الخصوبة، مما ترتب عليه تغيير غير

[1] الفاتح محمد عثمان مختار، **اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية**، مجلة أماراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنلوجيا، المجلد الرابع، العدد العاشر، 2013 ص 138.

[2] صقر أحمد صقر، **العولمة والأخلاق، الصحة والتنمية الاقتصادية**، الصندوق الكويتي للتنمية، 2000.

ملموس في التوزيع العمري للسكان. وبعد فترة زمنية، اتجه السكان في سن العمل إلى النمو بمعدل أسرع من النمو في السكان صغار السن، مما أدى بصورة مؤقتة إلى وجود نسبة كبيرة من اليافعين في سن العمل. وهذه "الهبة الديمغرافية" توفر فرصة لزيادة النمو الاقتصادي.

وتحاول العديد من الدراسات والأبحاث الربط بين الصحة ودخل العائلات والأفراد. وحتى وقت قريب، لم يحظ تأثير الصحة على دخول العائلات باهتمام ملحوظ، لكن هذا الوضع اتجه للتحسن مؤخرا إذ بدأ الاهتمام بدراسة تأثير الصحة خاصة جوانب التغذية في التزايد حيث أن سوء التغذية له آثار خطيرة تتمثل في الوفاة والعجز وتقزم النمو البدني وتسبب التخلف العقلي وقلة الإنتاج، وعلى سبيل المثال وجدت إحدى الدراسات أن إنتاجية الرجال الذين يعانون من الأنيميا في أندونيسيا أقل بمقدار 20 بالمائة من أقرانهم الأصحاء.

كما وجدت دراسة إحصائية دقيقة لآثار المرض على الأجور والإنتاج في ساحل العاج وغانا أن الأجر والإنتاج في كلا البلدين لكل يوم من أيام التعب الناجم عن المرض منخفض للغاية.

ويرى وليام **Jack William**[1] في دراسة عن مبادئ اقتصاديات الصحة للدول النامية بأن هناك علاقة موجبة بين الحالة الصحية للسكان وإنتاجية عنصر العمل داخل الاقتصاد القومي، إذ يرى أن نصيب عنصر العمل في الدخل القومي يصل حوالي ثلثي الدخل القومي في معظم الدول ويمثل عنصر العمل أهم عناصر الإنتاج في العملية الإنتاجية. وأن أي تغير في مستوى إنتاجية العمل سيؤثر في الناتج القومي الإجمالي في نفس الاتجاه ويقرر جاك أن إنتاجية عنصر العمل تتوقف على عاملين أساسيين هما:

- المهارات الفردية لعنصر العمل، والتي تستمد من القدرات العقلية والجسمانية الذاتية للفرد، ومن التعليم والتدريب وأي استثمارات أخرى في رأس المال البشري.
- واستنتج جاك أن تحسن المستوى الصحي للعمال يؤثر إيجابا في العاملين السابقين مما يؤثر في إنتاجية عنصر العمل بصورة إيجابية.

وقد حصر جاك مجموعة من المسارات التي تؤثر بها الحالة الصحية على الإنتاجية تتمثل في الآتي:

- يترتب على الانخفاض المباشر في الإنتاج بسبب تغيب بعض العمال عن العمل لسوء حالتهم الصحية (أو عندما يتغيب العامل لرعاية بعض أفراد أسرته عندما تسوء أحوالهم الصحية) تتحمل المنشأة تكاليف مباشرة تتمثل في الأجور المدفوعة لهؤلاء العمال المتغيبين، وكذلك ما تتحمله المنشأة من نفقات علاج لهؤلاء العمال أطلق عليها **Direct Costs of Absenteeism**. هذا فضلا عما يترتب على تغيب العمال بسبب المرض من نقص إنتاج المنشأة وما يترتب عليه من إيرادات ضائعة تعادل قيمة النقص في الإنتاج. وتمثل تكاليف غير مباشرة

[1] William Jack, **principles of Health Economics for Developing countries**, (Washington, D.C: world Bank, 1999).

تتحملها المنشأة وكذلك تتحمل النشأة تكاليف إضافية عندما تضطر لمواجهة احتمالات تغيب العمال باتباع سياسة التوظيف الاحتياطي بحيث يكون عندها عمال احتياطيين بصفة دائمة لإحلالهم محل العمال الأساسيين في حالة غيابهم، وخاصة إذا كانت عمالة المنشأة على درجة عالية من التخصص بحيث يصعب إحلالهم فورا من السوق.

- ويكون من الضروري التنبه إلى إحلال العمالة الاحتياطية محال العمالة الأساسية لا يعني أن إنتاجية المنشأة لن تتأثر، حيث سيترتب على تغيب العمالة الأساسية اختلال علاقة التوافق والكفاءة بين العمل وعنصر رأس المال لحين تكيف العمالة الاحتياطية بصورة كاملة مع رأس المال والتكنولوجيا المستخدمة، وبالتالي فإن تدهور الحالة الصحية للفرد لا يؤثر على إنتاجية مدخل العمل، ولكن يؤثر على إنتاجية جميع المدخلات الأخرى، ومن ثم على إنتاجية المنشأة ككل.

- وتعتبر الحالة الصحية والإنفاق الصحي أحد العناصر الأساسية في زيادة القدرة الإنتاجية، وأن التنمية أصبحت تعرف من خلال القدرة على العمل، حيث أن كون الفرد صحيحا يعني كونه قادرا على العمل والإنتاج، ومن ثم على الإسهام في التنمية الاقتصادية.[1]

أثر العولمة على الصحة:

من المرجح أن يكون لعولمة التجارة والسفر والثقافة آثار إيجابية وسلبية على حد سواء بالنسبة للصحة. ويشكل ازدياد التجارة في الخدمات والمنتجات المضرة بالصحة والبيئة والسفر والهجرة الجماعية تهديدات عالمية إضافية للصحة. وعلى سبيل المثال لا الحصر، فإن الأمراض المعدية (كداء الدرن الرئوي) أصبحت تنتشر بصورة متزايدة في البلدان المتقدمة النمو وتؤثر في الضعفاء الفقراء من الناس على وجه الخصوص.[2]

لقد أصبحت الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها على حد سواء. وفي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا للإنتاجية. فالعديد من حالات التردي الصحية يؤثر تأثيرا كبيرا في النمو والتنمية الاقتصادية. ولأول مرة تناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، فضلا عن الاجتماعات المعقودة في إطار متابعة تنفيذ نتائج المؤتمرات الدولية الكبرى، كمؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية، تناولت صراحة القضايا الصحية التي تستلزم الاهتمام بوصفها قضايا إنمائية أو أمنية.[3]

[1] طلعت الدمرداش، مرجع سبق ذكره، ص 431.

[2] المجلس الاقتصادي والاجتماعي، **الصحة والتنمية المستدامة**، تقرير الأمين العام، 2001، ص 10.

[3] نفس المرجع، ص 11.

المبحث الثاني: نماذج الأنظمة الصحية في الدول المتقدمة

إن الأنظمة الصحية في الدول المتقدمة تقدم مجموعة متنوعة من الأساليب في توفير وتمويل الرعاية الصحية، وكل دولة تطبق نهجًا يتناسب مع ثقافتها، اقتصادها، واحتياجات سكانها. هذه الأنظمة تسعى جميعها لتحقيق الهدف المشترك وهو توفير الرعاية الصحية الجيدة والميسورة الكلفة لجميع المواطنين. إن دراسة هذه النماذج تقدم فهمًا عميقًا لكيفية تأثير السياسات الصحية على الصحة العامة والاقتصاد، وكذلك توفر إمكانيات لتطوير أنظمة صحية أكثر فعالية.

المطلب الأول: النموذج الأمريكي

النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية يُعتبر من أكثر الأنظمة تطوراً وتعقيداً في العالم. يمتاز بجودة عالية في الرعاية الصحية والابتكار الطبي، مع توفر أحدث التقنيات والعلاجات. يعتمد النظام بشكل كبير على القطاع الخاص، حيث تلعب شركات التأمين الصحي دوراً مهماً في تغطية نفقات الرعاية الصحية للأفراد. النظام الصحي الأمريكي معروف بارتفاع تكاليفه مقارنة بغيره من الأنظمة في دول أخرى، مما يثير نقاشات حول قضايا الوصول والمساواة في الرعاية الصحية. الإصلاحات الصحية، مثل قانون الرعاية الميسرة (أوباما كير)، تهدف إلى توسيع نطاق التغطية الصحية وجعل الرعاية الصحية أكثر بأسعار معقولة لعدد أكبر من الأمريكيين. ومع ذلك، يظل التحدي قائمًا في تحقيق توازن بين جودة الخدمات، تكلفتها، وإتاحتها للجميع.

الحديث عن النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية والدور المؤثر لشركات التأمين ومشروع الرئيس أوباما، قضية متشعبة وشائكة، وتتضح معالمها وملامحها فيما يلي:[1]

1. الخدمات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية تعتبر من الخدمات المتميزة والمتقدمة، ولكن النظام الصحي الأمريكي أكثر أنظمة العالم الصحية تعقيداً وغموضاً، حيث إن النظام مؤسس على قوى السوق فمن يدفع أكثر يحصل على أعلى وأفضل المزايا الصحية، وهناك فرق كبير بين مستوى الخدمات الصحية وبين النظام، فعند الحديث عن النظام نعني بذلك: شمولية وكفاءة وعدالة النظام والتغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع.
2. يتكون النظام الصحي الأمريكي من نظام تأمين صحي حكومي يتم تغطية تكاليفه بنسبة 46% من الحكومة عن طريق نظامي الـ: "ميدى كير" (Medi-Care) للمسنين، و"والميديكيد" للفقراء، بالإضافة إلى التأمين الصحي الخاص مقابل اشتراكات تأمينية مختلفة بين العامل وصاحب العمل.
3. تشير المؤشرات العالمية إلى أن الولايات المتحدة الأمريكية من أكثر دول العالم التي تنفق على الخدمات الصحية، حيث ينفق الأمريكيون 18% من إجمالي الناتج المحلي على النفقات العلاجية بمعدل 7290 دولاراً للفرد

[1] Hyogo Framework for Action 2005–2015**: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters (HFA)**. On the link : http://www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm, Accessed 24 December 2006.

سنوياً .وبالرغم من ذلك أظهر آخر استطلاع للرأي أجرته مؤسسة هاريس أن 80% من الأمريكيين يرون أن نظام الخدمات الصحية في بلادهم بحاجة إلى تغيير شامل. ولا يوجد نظام تأمين صحي شامل يغطي كل السكان في الولايات المتحدة، ويبلغ عدد الأشخاص الذين لا يملكون تأميناً صحياً 15.4% من إجمالي المواطنين أي نحو 46.4 مليون نسمة.

4. ابتداءً من العام 2009 حاول كل من مجلس النواب ومجلس الشيوخ الأمريكي العمل على إصلاح نظام التأمين الصحي، وبناءً على هذا الجهد الذي استمر لمدة سنة، وضع الرئيس "أوباما" اقتراحه الذي يتضمن عمل كل من مجلس النواب ومجلس الشيوخ في خطة واحدة، وفى مارس 2010 خلال الجلسات التي عقدها مجلس النواب الأمريكي والتي اتسمت بالصعوبة واختلاف الرأي ما بين المعارض والمؤيد: أعلن الكونجرس موافقته على برنامج الإصلاح الشامل للرعاية الصحية مساهما في توسيع قاعدة تأمينية لتشمل الأمريكيين دون استثناء.

يهدف هذا النظام الجديد إلى ما يلي:

- تأمين الصحة للجميع: وذلك من خلال محاولات لتوفير التأمين الصحي بأسعار معقولة لجميع الأميركيين غير المسنين من خلال الجمع بين برنامج جديد للرعاية الطبية مثل الذي تقدمه الحكومة والخطط الصحية القائمة بين أرباب العمل.

- تغطية المقيمين: من خلال النظام الصحي الأمريكي سيكون جميع المقيمين بصورة قانونية في الولايات المتحدة والذين لم تتم تغطيتهم من قبل صحياً قادرين على شراء هذه التغطية الصحية ومنحهم حرية اختيار مقدمي الخدمات الطبية.

- انتشار الرعاية الصحية: إن هذه الخطة ستجعل الرعاية الصحية أكثر انتشاراً مما قبل كما أنها ستجعل أسعار شركات التأمين الخاصة أكثر قبولاً وستساهم في توسيع التغطية الصحية لجميع الأمريكيين. كما أن هذه الخطة قادرة على ضمان استمرارية النظام الصحي، وتحقيق الاستقرار في ميزانية الأسرة، والميزانية الاتحادية، مما ينعكس على استقرار الاقتصاد القومي الأمريكي.

ملامح النظام:

لا ينص القانون على إنشاء صندوق عام للتأمين الصحي، ولكنه يلزم كل شخص بالتأمين على نفسه أو دفع غرامة قدرها 2.5% من دخله السنوي.

لم يعد بمقدور شركات التأمين رفض تغطية أي مواطن بسبب سجل مرضي سابق (مثل الإصابة بأمراض مزمنة) أو تخفيض مبلغ التأمين في حالة المرض، وهذه نقطة في غاية الأهمية، حيث كانت تشكل عقبة كبيرة

لمثل هذه الحالات والتي هي بحاجة لرعاية صحية أكثر من غيرها. وستقدم الدولة تمويلا في حدود 65 ألف دولار في العام للأسرة التي يبلغ دخلها أقل من 88 ألف دولار سنويا، وذلك لمساعدتها على دفع تكاليف شركات التأمين.

الأشخاص الذين يبلغ دخلهم أكثر من 200 ألف دولار سيدفعون المزيد من الضرائب لتمويل النظام الصحي. وشركات التأمين التي ستستفيد من عدد كبير من العملاء ستدفع مزيدا من الضرائب من المتوقع أن تبلغ 67 مليار دولار في السنوات العشر القادمة. قطاع الأدوية بدوره ستبلغ فاتورة ضرائبه 23 مليار دولار.

ستمنح كل ولاية الحق في إمكانية إلغاء المصاريف المقررة لعمليات الإجهاض إذا ارتأت ذلك، والأفراد الذين سيمتنعون عن الاشتراك في نظام تأمين صحي سيرغمون على دفع غرامة ويستثنى من ذلك الفقراء.

كما تجدر الإشارة إلى أن أسعار التأمين الصحي بموجب هذه الخطة ستكون أكثر قبولا وذلك عن طريق الآتي:

- توفير أكبر خفض للضرائب في التاريخ للطبقة المتوسطة وذلك في مجال الرعاية الصحية.
- الحد من تكاليف الأقساط المستحقة على عشرات الملايين من العائلات وأصحاب الأعمال الصغيرة ممن هم خارج نطاق التغطية.
- مساعدة ما يقرب من 32 مليون أمريكي على تحمل تكاليف الرعاية الصحية.
- تغطية أكثر من 95٪ من الأميركيين بنظام التأمين الصحي.
- زيادة قدر المساءلة والطلب على الرعاية الصحية مما يؤدي إلى وضع القواعد المنطقية للحفاظ على أقساط التأمين الصحي لتكون في متناول الجميع وتمنع التجاوزات التي ترتكبها شركات التأمين وأهمها الحرمان من الرعاية الصحية.
- وضع حد فاصل للتمييز بين الأمريكيين طبقا للظروف القائمة من قبل.
- تخفيض العجز في الميزانية خلال العشر سنوات القادمة بما يقرب من 1.3 تريليون دولار وذلك عن طريق تخفيض الإسراف الحكومي وكبح جماح الغش وسوء المعاملة.

مصادر التمويل:

يتوقع أن جميع أرباب العمل الأمريكيين سيقومون بتوفير التغطية الصحية لموظفيهم على قدم المساواة أو دفع ضريبة المرتبات المتواضعة القائمة على دعم الرعاية الصحية بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية ومساعدة موظفيها لشراء الرعاية الصحية الخاصة بهم (بما يعادل 6٪ من كشوف المرتبات).

وبالنظر إلى الاستفادة من التجربة الأمريكية، حيث أثبتت الأيام أن الولايات المتحدة الأمريكية وجدت نفسها في هذا المنزلق المدمر صحياً واقتصادياً وعلى مدى مائة عام عجزت عن الخروج منه والسياسيون

والاقتصاديون والقادة الصحيون يعرفون مدى الضرر الذي لحق بمجتمعهم من جراء التأمين الصحي الخاص وتحكمه في إدارة النظام الصحي بالكامل.[1]

لدينا هنا وعي كبير لمستوى الضرر الذي يحدثه التأمين الصحي الخاص عندما يكون إلزامياً أو عندما يكون هو الخيار الاستراتيجي الذي يدور حوله الحدث. فأمريكا تعد متخلفة مقارنة بفرنسا وكندا وكوبا وكافة الدول الأوربية فيما يخص الرعاية الصحية، صحيح أنها مهد الصناعات الدوائية والأبحاث الطبية، ولكنها لا تملك نظام رعاية صحي يشمل المحتاجين وغير القادرين على دفع أقساط التأمين. فهناك 50 مليون أمريكي لا يملكون تأمينا طبيا في حين يتعرض بقية الشعب لمماطلات وتهرب شركات التأمين.[2]

أما التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية يعتبر جزءاً مهماً من نظام الرعاية الصحية. يتم توفيره عادةً عبر مزيج من التأمين الخاص والبرامج الحكومية. الشركات الخاصة تلعب دورًا كبيرًا في سوق التأمين الصحي، حيث يحصل الكثير من الأمريكيين على التأمين الصحي من خلال أصحاب العمل. البرامج الحكومية مثل Medicare وMedicaid توفر التأمين لكبار السن والفئات ذات الدخل المحدود، على التوالي. بالإضافة إلى ذلك، قانون الرعاية الميسرة (ACA)، المعروف أيضًا بـ: "Obamacare"، أدى إلى توسيع نطاق التغطية الصحية وجعل التأمين أكثر قابلية للتحمل لعدد أكبر من الأمريكيين من خلال توفير خصومات على أقساط التأمين وتحسين شروط الحصول على التأمين.

في الولايات المتحدة، هناك عدة أنواع من التأمين الصحي، من بين الخيارات الشائعة:[3]

1. **تأمين الصحة الحكومي:**

- الميديكير (Medicare): يستهدف الأفراد الذين تجاوزوا سن الخامسة والستين، وبعض الأشخاص ذوي الإعاقة.

- الميديكايد (Medicaid): يستهدف الفئات ذات الدخل المنخفض والعائلات ذات الحاجة، ويختلف من ولاية لأخرى.

2. **تأمين الصحة الخاص:**

- تأمين الصحة الفردي (Individual Health Insurance): يتيح للأفراد شراء تأمين صحي لأنفسهم ولعائلاتهم.

[1] Living With Risk: **A Global Review of Disaster Reduction Initiatives**, 2004 version, Inter Agency Secretariat of the International Strategy for Disaster Reduction.

[2] https://www.who.int/health-topics/coronavirus, (accessed February 16, 2020)

[3] Gallegos A. **WHO declares public health emergency for novel coronavirus**. Medscape Medical News. Available, on the link: https://www. medscape.com/viewarticle

- تأمين الصحة العائلي (Family Health Insurance): يتيح تغطية صحية للأسر بأكملها.

3. **تأمين الصحة من خلال أماكن العمل:**

- تأمين الصحة الوظيفي (Employer-Sponsored Health Insurance): يقدمه أصحاب العمل لموظفيهم.

4. **تأمين الصحة للذين يعملون بشكل ذاتي:**

- تأمين الصحة لأصحاب الأعمال الصغيرة (Small Business Health Insurance): يتيح لأصحاب الأعمال الصغيرة توفير تأمين صحي لموظفيهم.

5. **صناديق الرعاية الصحية (Health Savings Accounts-HSAs)**:

- حسابات قابلة للتوفير تستخدم لتغطية تكاليف الرعاية الصحية، مع فوائد ضريبية.

6. **برامج التأمين الصحي للأطفال (Children's Health Insurance Program-CHIP)**.

المطلب الثاني: النموذج الكندي

النظام الصحي في كندا يُعد واحدًا من النماذج الأكثر تطورًا وفعالية في العالم. يتميز هذا النظام بتقديمه لخدمات الرعاية الصحية على أساس الاحتياج وليس القدرة على الدفع، مما يضمن الوصول الشامل إلى الخدمات الصحية الأساسية لجميع المواطنين الكنديين والمقيمين. فقد حقق نظام الرعاية الصحي الكندي تقدما كبيرا منذ إدراجه وتطبيقه في البلاد في عام 1967.

يتم تمويل النظام الصحي الكندي بشكل رئيسي من خلال الضرائب، مع توفير إدارة على مستوى المقاطعات والأقاليم لتلبية الاحتياجات المحلية والتأكيد على الوقاية والرعاية الأولية.

ويعتمد هذا النظام في تمويله على القطاع العام، ليتمكن من تقديم خدمات صحية مجانية للمواطنين وبإشراف من وزارة الصحة الكندية.

ويعتبر النظام الصحي الكندي نظام لا مركزي وشامل، ويتم تمويله ايضا من قبل 13 مقاطعة وإقليم في البلاد لكل منها خطة صحية خاصة بها.

تؤمن الرعاية الصحية في كندا حصول كافة المواطنين على الرعاية الصحية والطبية في جميع أرجاء كندا. وبالرغم من ذلك فإن 30% من قيمة الرعاية الصحية يتم إنفاقها من قبل الكنديين على القطاع الخاص. وذلك من خلال الخدمات غير المشمولة أو المشمولة بشكل جزئي من قبل النظام الصحي الكندي مثل وصفات

الأدوية وتكاليف الأسنان وتصحيح البصر. أيضا يمتلك حوالي 65–75% من الكنديين نوعا من أنواع التأمين الصحي المترافق بالخدمات الصحية غير المشمولة ماليا بالرعاية الصحية.[1]

أولا: التغطية الصحية الشاملة في برنامج الرعاية الصحية الكندي

تم إدراج نظام الرعاية الصحية الكندي عن طريق القرار الفيدرالي الذي تم إقراره في عام 1957 وعام 1966. ثم جاء قانون الصحة الكندي في عام 1984، ليكون هو القانون الصحي الأول في كندا. وبدأ قانون الصحة الجديد بوضع معايير جديدة تخص المستشفيات والتشخيصات الطبية وخدمات الأطباء المختلفة. ومن الجدير بالذكر بخصوص خطط التأمين الصحي والتي يجب أن تحقق الشروط التالية على مستوى المقاطعات والأقاليم لكي تنال دعم كامل من الرعاية الصحية وهذه الشروط هي:

- خطة التأمين الصحي واضحة وعلنية للجميع.
- أيضا هي خطة تأمين شاملة.
- أن تكون خطة على المستوى العام.
- كما أن تكون مؤمنة ومدرجة لدى المقاطعات المختلف.
- متاحة وممن الحصول عليها بدون رسوم للمستخدم.

ويتم تمويل الرعاية الصحية عن طريق الحكومة الكندية، وعن طريق التأمين الصحي العام.

ثانيا: مبادئ النظام الكندي: يستند هذا النظام إلى مجموعة من المبادئ الأساسية التي تضمن تقديم رعاية صحية شاملة وعالية الجودة. هذه المبادئ مدرجة في قانون الرعاية الصحية الكندي (Canada Health Act) وتشمل:[2]

- **الشمولية** (Comprehensiveness): يجب أن تغطي جميع خدمات الرعاية الصحية الضرورية، بما في ذلك المستشفيات، الخدمات الطبية، والرعاية الصحية الوقائية.
- **الوصول العام** (Universal Access): يضمن لجميع المقيمين في كندا حق الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية دون عوائق مالية أو غيرها.
- **إدارة القطاع العام** (Public Administration): يتم إدارة خطط التأمين الصحي على أساس غير ربحي من قبل الهيئات الحكومية أو المؤسسات العامة.
- **القابلية للنقل (Portability)**: يمكن للمواطنين الكنديين الحصول على تغطية صحية عند الانتقال داخل البلاد أو السفر خارجها.

[1] https://canadaspeaksarabic.com, consulté le: 12/12/2023.

[2] https://canadanews24.ca, consulté le: 12/12/2023.

- **المساواة في الخدمة** (Accessibility): يجب أن تكون الخدمات الصحية متاحة لجميع الأفراد على أساس المساواة، دون تمييز بسبب الدخل، الوضع الاجتماعي، أو المكان الجغرافي.

هذه المبادئ تضمن أن النظام الصحي الكندي يقدم خدماته بطريقة عادلة ومتساوية لجميع السكان، وتعكس التزام كندا بتقديم رعاية صحية عالية الجودة كحق أساسي لجميع مواطنيها.

ثالثا: التأمين الصحي في كندا: يعتبر نظام التأمين الصحي أو الرعاية الصحية في كندا حق أساسي لكل مواطن يحمل الجنسية الكندية ويمول حسب القانون الكندي من القطاع العام. يعتبر قانون الصحة الكندي أحد أفضل القوانين في العالم. كما أسلفنا أن التأمين الصحي في كندا متوفر لجميع المواطنين في جميع أنحاء البلاد لكن القطاع الخاص لديه حصة أيضا، فحوالي 30% من الرعاية الصحية الكندية تذهب إليه لأن بعض الخدمات المتعلقة بوصفات الأدوية ومشاكل البصر ومعالجة الأسنان لا يغطيها التأمين الصحي الحكومي.

يمكننا القول أن غالبية المواطنين الكنديين يحظون بنوعٍ من أشكال التأمين الصحي وغالباً ما يكون ذلك من خلال رب العمل أو بعض برامج رعاية العوائل التي تتلقى المساعدة الاجتماعية او تعاني من عسر في القدرة على إعالة نفسها كالمعاقين او كبار السن والقاصرين.[1]

تبلغ تكلفة التأمين الطبي في كندا للأجانب 3162 دولارًا سنويًا للشخص الواحد. هذا تقدير يستند على المبيعات التاريخية على مدار الثمانية عشر شهرًا الماضية. وتختلف تكاليف التأمين الصحي في كندا بناءً على عدة عوامل. المؤشر المؤثر على سعر التأمين هو العمر، متبوعًا بالمزايا المضمنة، وتصميم الخطة، والخصم المختار.

ويتم تمويل خطط التأمين الطبي في كندا بشكل عام وتسليمها بشكل خاص. يمكن للكنديين اختيار أي مقدم رعاية أساسي يختارونه ومن ثم يتم إرسال فاتورة علاجاتهم مباشرة إلى الحكومة، ويتم ترتيب زيارات المتخصصين من قبل مقدمي الرعاية الأساسيين وعادة تتم في المكاتب الخاصة والمرافق العامة مثل المستشفيات والعيادات.

رابعا: مميزات النظام الصحي الكندي: يتميز النظام الصحي الكندي:[2]

- غالبًا ما تكون المستشفيات غير ربحية ومع ذلك، يتم توفير الخدمات غير الأساسية مثل الجراحة التجميلية في مراكز خاصة هادفة للربح.
- تختلف برامج الرعاية الصحية بشكل كبير من مدينة إلى أخرى. إنها تعكس الاهتمامات المحلية وأولويات الإنفاق لمجلس المدينة والتركيبة السكانية المتغيرة.

[1] https://miefly.com/health-insurance-in-canada/, consulté le 27/12/2023.

[2] health-insurance-in-canada/

- لا تؤخذ برامج الصحة العامة البلدية في الاعتبار بشكل عام عندما يناقش الكنديون نظام الرعاية الصحية الخاص بهم. ورغم أنه يُنظر إليها على أنها خدمات بلدية ومحلية، في الواقع هم يقدمون مساهمات مهمة في صحة الكنديين ونوعية حياته.
- خطط التأمين الصحي الخاصة في كندا عادة ما تكون برامج هادفة للربح تديرها شركات خاصة وباهظة الثمن.
- تتمثل إحدى مزايا التأمين الخاص في كندا في أنك تحصل على مجموعة واسعة من المستشفيات والأطباء الكنديين، تكون فترات الانتظار أقصر في كثير من الحالات، خاصة في حالة الأمراض أو الإجراءات البسيطة.
- توفر لك خطط التأمين الصحي الخاصة في كندا أيضًا خيار العلاج في بلد آخر حيث يوجد متخصصون أكثر ملاءمة لرعايتك، يمكنك أيضًا العودة إلى المنزل للحصول على الرعاية الطبية ولا تزال مشمولًا بالبرنامج.

النظام الكندي يُعتبر مثالًا للنظام الصحي العام حيث تتحمل الحكومة مسؤولية تقديم الخدمات الصحية. وعلى الرغم من أن النظام يوفر تغطية شاملة، فإنه يواجه تحديات مثل أوقات الانتظار لبعض الإجراءات والخدمات، وكذلك الحاجة إلى تحسين التكنولوجيا والبنية التحتية في بعض المناطق. بشكل عام، يُشاد بالنظام الصحي الكندي لقدرته على توفير رعاية صحية عالية الجودة بتكلفة معقولة نسبيا.

غالبًا ما تُجرى مقارنة بين أنظمة الرعاية الصحية في كندا والولايات المتحدة من قبل محللي الحكومة والصحة العامة والسياسة العامة، وكان لدى البلدين أنظمة رعاية صحية مماثلة قبل أن تغير كندا نظامها في الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين. تنفق الولايات المتحدة أموالًا على الرعاية الصحية أكثر بكثير مما تنفقه كندا، على أساس نصيب الفرد، وبوصفها نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.[1] في عام 2006، بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في كندا 3678 دولارًا أمريكيًا، بينما بلغ في الولايات المتحدة 6714 دولارًا أمريكيًا. أنفقت الولايات المتحدة 15.3٪ من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية في ذلك العام، بينما أنفقت كندا 10٪ في عام 2006، مولت الحكومة 70٪ من الإنفاق على الرعاية الصحية في كندا، مقابل 46٪ في الولايات المتحدة. كان إجمالي الإنفاق الحكومي للفرد في الولايات المتحدة على الرعاية الصحية أعلى بنسبة 23٪ من إنفاق الحكومة الكندية. وكان إنفاق الحكومة الأمريكية على الرعاية الصحية أقل بقليل من 83٪ من إجمالي الإنفاق الكندي العام والخاص.

خامسا: دور التأمين الصحي العام في تغطية نفقات الرعاية الصحية في كندا

حسب الإحصائيات الكندية فقد تم تقدير إجمالي الإنفاق الصحي بحدود 11.5% من الناتج المحلي الكلي لعام 2017. كما كانت حصة القطاع العام والخاص ما يقارب 70% و30% من كامل النفقات الصحية لبرنامج

[1] Nair C, Karim R, Nyers C, "**Health care and health status: A Canada—United States statistical comparison**", Health Reports, 1992, P 83.

P/T تقوم خطة التأمين الصحي العامة بتغطية نفقات المستشفيات كاملة، وخدمات الأطباء الطبية والخدمات الثانوية.[1]

أما بعض الخدمات Medicare فيتم تغطيتها من القطاع الخاص بأغلب الأحيان. كما تقوم المقاطعات الكندية بتغطية نفقات كافة سكانها تبعا إلى ضرورات الإقامة الخاصة بهم. ولا يتم تغطية نفقات المهاجرين غير الشرعيين والزوار المؤقتين بأي برنامج صحي فيدرالي أو برنامج P/T.

كذلك لا يسمح لأي طبيب أو مستشفى أن يقوم برفض حالات الطوارئ التي تحتاج للرعاية الطبية. يتم أيضا تقديم خدمات الأمومة والتي تغطى من قبل خطط التأمين الصحي العامة.

من الجدير بالذكر أن معظم مصادر وأرباح P/T تأتي من الضرائب التي تجنيها الحكومة الكندية. حيث يتم رصد حوالي 24% من قبل البرنامج Canada Health Transfer الفيدرالي، والذي يمول الرعاية الصحية للمقاطعات والأقاليم المختلفة.

سادسا: التأمين الصحي الخاص في نظام الرعاية الصحية الكندي

قد لا تتم تغطية الرعاية الصحية والطبية بشكل كامل ضمن المقاطعات والأقاليم الكندية، ولذلك يتم التوجه إلى التأمين الصحي الخاص.

وتشمل الخدمات التي يغطيها التأمين الصحي الخاص كافة الخدمات المستثناة بموجب التأمين الصحي العام والشامل. ونفقات الخدمات المستثناة هي نفقات علاج البصر، الأسنان، الأدوية الطبية للمرضى الخارجيين، نفقات إعادة التأهيل وغرف المشافي الخاصة.

كذلك يتم دفع نفقات التأمين الصحي الخاص من قبل أصحاب العمل أو الجمعيات والمنظمات النقابية والاجتماعية. حيث تم تأمين 90% من تمويل الخطط الصحية في عام 2015 عن طريق أصحاب العمل والجمعيات. أما في عام 2017 فقد تم تغطية 12% من كامل النفقات الصحية والطبية من قبل التأمين الصحي الخاص الكندي.[2]

سابعا: مميزات النظام الصحي الكندي: تعتبر الرعاية الصحية في كندا حقًا أساسيًا ويتم توفيره لجميع المواطنين والمقيمين الدائمين. ويُدار النظام على مستوى المقاطعات والأقاليم، ولكن يتميز بسمات أساسية تشمل[3]:

1. **تأمين الصحة العام:** يتيح النظام الكندي للمواطنين والمقيمين الدائمين الوصول إلى الخدمات الطبية الأساسية بشكل عام دون الحاجة إلى دفع تكاليف مالية مباشرة.

[1] Schaedle, R.W., & Epstein, I. **Specifying intensive case management: A multiple perspective approach**, Mental Health Services Research, 2000, P 105.

[2] https://canadaspeaksarabic.com, consulté le: 24/12/2023.

3 Schaedle, R., McGrew, J.H., Bond, G., & Epstein, I. **A comparison of experts' perspectives on assertive community treatment and intensive case management**. Psychiatric Services2002, P 210.

2. **التمويل العام:** يتم تمويل النظام الصحي في كندا بشكل رئيسي من خلال الضرائب المحلية والضرائب الفيدرالية.

3. **الخدمات الأساسية:** يشمل الرعاية الصحية الكندية الخدمات الأساسية مثل زيارات الأطباء والعلاج الطبيعي والجراحة والولادة والعناية بالعيون والأسنان في بعض الحالات.

4. **الصيدليات:** تختلف تغطية تكاليف الوصفات الطبية باختلاف المقاطعات والأقاليم.

5. **التأمين الخاص:** يمكن للأفراد شراء تأمين صحي خاص لتوفير تغطية إضافية للخدمات غير المشمولة بالتأمين العام.

6. **الوصول العادل:** يُشدد في نظام الرعاية الصحية الكندي على مبدأ الوصول العادل للجميع، ويُحاول تقديم الخدمات بطريقة تحقق التكافؤ في الفرص.

يجدر بالذكر أن هناك بعض التحديات في النظام الصحي الكندي، مثل زمن الانتظار لبعض الخدمات والتحديات المالية التي تواجهها بعض المقاطعات. ومع ذلك، يُعتبر النظام الصحي في كندا نموذجًا للتغطية الصحية الشاملة والمستدامة.

المطلب الثالث: النموذج البريطاني

النظام الصحي البريطاني، المعروف باسم "الخدمة الصحية الوطنية (NHS)، يُعد واحداً من أكثر الأنظمة الصحية تطوراً وشمولاً في العالم، تأسس في عام 1948 على مبادئ توفير رعاية صحية شاملة، متاحة للجميع بغض النظر عن القدرة المالية. هذا النظام يمول من خلال الضرائب، مما يضمن توفير الخدمات الصحية المجانية عند نقطة الاستخدام لجميع المقيمين في المملكة المتحدة.

يتميز النظام الصحي البريطاني بتوفير مجموعة واسعة من الخدمات الصحية التي تشمل الرعاية الأولية، الرعاية العاجلة، العمليات الجراحية، العلاجات الطبية المتخصصة، وخدمات الصحة النفسية، ويعد رمزاً للفخر الوطني في بريطانيا، نظراً لتاريخه الطويل في توفير رعاية صحية عالية الجودة ومتكافئة لجميع أفراد المجتمع.

تم إطلاق الخدمة الصحية الوطنية "أن أتش إس (National Health Service/NHS) "في إنجلترا عام 1948 بهدف إتاحة الرعاية الصحية الجيدة للجميع بغض النظر عن ثروتهم أو ما يملكونه من مال. وهي نظام للرعاية الصحية يتبع الحكومة، ويتم تمويل "أن أتش إس" من الضرائب.

- **الميزانية:** ميزانية NHS في إنجلترا وحدها لعام 2021–2022 كانت حوالي 212 مليار جنيه إسترليني.
- **عدد الموظفين:** NHS هو أحد أكبر أرباب العمل في العالم، حيث يوظف حوالي 1.3 مليون شخص.
- **المرضى:** يتم التعامل مع أكثر من مليون مريض كل 36 ساعة في NHS.

- **عدد الأطباء والممرضين:** في إنجلترا وحدها، يوجد أكثر من 150,000 طبيب وأكثر من 300,000 ممرضة وقابلة.

- **الانتظار للعلاج:** متوسط الوقت لانتظار بدء العلاج بعد تحويل الطبيب العام يمكن أن يتراوح 14 و18 أسبوع، وكان هناك تحديات متزايدة في أوقات الانتظار بسبب الضغوط، خاصةً بعد جائحة COVID−19.

- **التمويل الإضافي:** تم تخصيص تمويل إضافي لـ NHS لمواجهة تداعيات جائحة COVID−19، بما في ذلك الدعم للخدمات المؤجلة وتحسين البنية التحتية.

- **التكاليف الدوائية:** الإنفاق على الأدوية في NHS يشكل جزءاً كبيراً من ميزانيتها، مع تزايد الطلب على الأدوية الجديدة والمتقدمة.

- **الرعاية الصحية الرقمية:** هناك استثمار متزايد في الرعاية الصحية الرقمية والتكنولوجيا لتحسين الكفاءة والوصول إلى الخدمات.[1]

أولا: مميزات النظام الصحي البريطاني: للنظام الصحي البريطاني مميزات تجعله واحداً من أكثر الأنظمة الصحية فعالية واحتراماً في العالم. أهم هذه المميزات:[2]

- التمويل من القطاع العام: NHS يمول بشكل رئيسي من خلال الضرائب، مما يضمن توفير الخدمات الصحية مجاناً عند نقطة الاستخدام لجميع المقيمين في المملكة المتحدة.

- الشمولية والإتاحة :يوفر NHS رعاية صحية شاملة لكل المقيمين في المملكة المتحدة، بغض النظر عن وضعهم الاقتصادي أو الاجتماعي.

- الرعاية الأولية القوية: يتمتع النظام بشبكة قوية من الرعاية الأولية، حيث يعمل الأطباء العامون كنقطة الاتصال الأولى لمعظم الاحتياجات الصحية.

- التركيز على الرعاية الوقائية والصحة العامة: NHS يضع أهمية كبيرة للوقاية والترويج للصحة العامة، مما يساعد في تقليل الحاجة إلى العلاجات المكلفة والمعقدة.

- التغطية الشاملة: يغطي NHS مجموعة واسعة من الخدمات الصحية بما في ذلك الرعاية العاجلة والطارئة، العمليات الجراحية، العلاجات المتخصصة، والرعاية النفسية.

- الجودة والابتكار: NHS معروف بتقديم رعاية عالية الجودة والاستثمار في الابتكار والبحث الطبي.

[1] https://ukimmigration.co.uk/ar/features.
[2] Davies, M. and G. Elwyn (2006), **"Referral Management Centres: Promising Innovations or Trojan Horses?"**, British Medical Journal, N° 332.

- الرعاية المتكاملة: يسعى النظام إلى تقديم رعاية صحية متكاملة تربط بين مختلف مستويات الرعاية الصحية من الأولية إلى الثانوية والثالثية.

- التحكم في التكاليف: من خلال التمويل العام والإدارة المركزية، يمكن لـ: NHS التحكم بفعالية في التكاليف الصحية. تعمل هذه المميزات معاً لضمان توفير نظام صحي فعال ومستدام يخدم احتياجات المواطنين في المملكة المتحدة.

ثانيا: التأمين الصحي في بريطانيا: في المملكة المتحدة، يعتبر النظام الصحي المعروف باسم الخدمة الصحية الوطنية (NHS) العمود الفقري لتوفير الرعاية الصحية. هذا النظام يقدم معظم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين بشكل مجاني عند نقطة التسليم، ممول بشكل رئيسي من الضرائب العامة. سنتطرق لبعض المعلومات الرئيسية حول التأمين الصحي والرعاية الصحية في المملكة المتحدة:[1]

- الخدمة الصحية الوطنية (NHS): هي الخدمة الأساسية للرعاية الصحية في المملكة المتحدة، وتقدم مجموعة واسعة من الخدمات الصحية بما في ذلك الاستشارات الطبية، الجراحة، العلاج بالأدوية، والعلاجات الطبية المتخصصة.

- التأمين الصحي الخاص: بالرغم من توفير NHS الشامل للخدمات الصحية، يختار بعض الأشخاص في المملكة المتحدة الاشتراك في التأمين الصحي الخاص كإضافة أو بديل. يمكن أن يوفر التأمين الخاص فوائد مثل وقت انتظار أقصر لبعض العلاجات، الوصول إلى أخصائيين معينين، وأحيانًا مرافق رعاية صحية ذات مستوى أعلى من الرفاهية.

- تمويل NHS: يتم تمويل NHS في المملكة المتحدة من خلال النظام الضريبي، ويعتبر هذا التمويل جزءاً من الإنفاق العام. هذا يعني أن معظم الخدمات الصحية تقدم "مجاناً" للمرضى عند نقطة التسليم.

- الرعاية الصحية المتخصصة: بالنسبة لبعض الحالات الطبية النادرة أو المعقدة، قد يتم إحالة المرضى إلى مراكز متخصصة داخل المملكة المتحدة أو حتى في بعض الأحيان إلى الخارج، تحت ظروف معينة.

- الأدوية والوصفات الطبية: في إنجلترا، هناك رسوم معيارية للوصفات الطبية، بينما في اسكتلندا، ويلز، وإيرلندا الشمالية، الوصفات الطبية مجانية.

- التحديات: مثل أي نظام صحي، يواجه NHS تحديات بما في ذلك التمويل، أوقات الانتظار للعلاج، والضغط على الموارد، خاصة في أوقات الأزمات الصحية مثل جائحة COVID-19.

[1] Williams, S. and J. Buchan (2006), **Assessing the New NHS Consultant Contract. A Something for Something Deal?**, London: King's Fund.

- الابتكار والتطوير: NHS يستثمر باستمرار في التكنولوجيا الصحية والابتكار لتحسين كفاءة النظام الصحي البريطاني، ويُعد نموذجًا رائدًا في توفير رعاية صحية شاملة ومجانية عند نقطة الاستخدام. مُمول بشكل أساسي من خلال الضرائب، يقدم NHS مجموعة واسعة من الخدمات الصحية بما في ذلك الاستشارات الطبية، الجراحات، والرعاية الطارئة. على الرغم من فعاليته، يواجه تحديات تتمثل في ضغوط التمويل وزيادة الطلب على الخدمات. يسعى النظام باستمرار للابتكار وتحسين الخدمات، ويُعتبر مثالًا يحتذى به عالميًا في توفير رعاية صحية عالية الجودة بتكلفة معقولة.

خلاصة القول ان النظم الصحية في الدول المتقدمة تعكس التزامًا عميقًا بصحة ورفاهية مواطنيها، وتظهر هذه الأنظمة تنوعًا كبيرًا في نماذجها وأساليب تمويلها وإدارتها. تتميز هذه الأنظمة بتوفير وصول واسع للرعاية الصحية الجودة، وتركيز قوي على البحث والابتكار في مجال الرعاية الصحية، وأساليب متطورة لإدارة الموارد الصحية والتكنولوجيا. من النماذج البارزة نظام الرعاية الصحية في كندا الذي يوفر تغطية شاملة لجميع المواطنين، ونظام الخدمة الصحية الوطنية في المملكة المتحدة الذي يقدم خدمات صحية مجانية عند نقطة الاستخدام. تسعى هذه الأنظمة إلى تحقيق توازن بين الجودة، والإمكانية، والاستدامة المالية، وهي تواجه تحديات مستمرة تتعلق بالتكاليف المتزايدة، والشيخوخة السكانية، وضغوط الابتكار التكنولوجي.

المبحث الثالث: نماذج الأنظمة الصحية في الدول النامية

الأنظمة الصحية في الدول النامية تواجه تحديات كبيرة تتمثل في تحقيق الوصول الشامل إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية والجودة. بالرغم من التقدم الملحوظ في بعض المناطق، لا يزال العديد من الأشخاص في هذه البلدان يعانون من عدم القدرة على الحصول على الرعاية الصحية الضرورية بسبب القيود المالية، البنية التحتية غير الكافية، ونقص الموارد البشرية المؤهلة. تتسم هذه الأنظمة غالبًا بانخفاض مستويات التمويل الحكومي والاعتماد الكبير على الدفع من جيب المريض، مما يؤدي إلى فوارق صحية كبيرة.

يعتبر تحسين الصحة العامة، بما في ذلك التحكم في الأمراض المعدية وتعزيز الصحة الوقائية، من الأولويات الرئيسية. كما تواجه الدول النامية تحديات متزايدة بسبب الأمراض المزمنة غير المعدية التي تتطلب منهجيات علاجية ووقائية مختلفة. إضافة إلى ذلك، يعاني النظام الصحي في العديد من هذه البلدان من قضايا مثل الفساد، وعدم الكفاءة، وعدم المساواة في توزيع الخدمات الصحية.

المطلب الاول: النموذج الصيني

يشير نظام إصلاح الرعاية الصحية في الصين إلى الانتقال السابق والمستمر لنظام الرعاية الصحية في الصين الحديثة. وتقوم حكومة الصين وعلى وجه التحديد اللجنة الوطنية للصحة وتنظيم الأسرة بدور قيادي في

هذه الإصلاحات. وتركز الإصلاحات على إنشاء أنظمة التأمين الصحي العام، وتعزيز مقدمي خدمات الرعاية الصحية، ويعتبر المكون الرئيسي في نظام الرعاية الصحية في الصين. يطغى في المناطق الحضرية والريفية نظام التأمين الطبي الحكومي، والتأمين الطبي الرئيسي للمقيمين في المناطق الحضرية، والتأمين الطبي الرئيسي للموظفين في المناطق الحضرية، والنظام الطبي التعاوني الريفي الجديد، الذي يضم كل شخص تقريبا. وتم تأسيس مرافق الرعاية الصحية العامة بما فيها مستشفيات المناطق والمدن، والمراكز الصحية للمجتمع المحلي، والمراكز الصحية في البلدة لتلبية الاحتياجات المتنوعة، وتم توضيح الإصلاحات الحالية والمستقبلية في الصين لعام 2030.

من التحديات في إصلاح نظام الرعاية الصحية وتطويره تقدم السكان في السن، وزيادة في الأمراض غير المعدية مثل السرطان والسكري وأمراض القلب. ويبلغ عدد السكان الذين يبلغ عمرهم حوالي 65 عاما في الصين الآن 140 مليون مواطن من المتوقع أن يرتفع إلى 230 مليونا بحلول عام 2030.

أولا: مميزات النظام الصحي الصيني: النظام الصحي في الصين يعكس التحديات والتغيرات الكبيرة التي شهدتها البلاد خلال العقود الماضية. يتميز هذا النظام ببعض الخصائص الرئيسية[1]:

- تطور سريع وتوسع كبير: تم تحقيق تقدم ملحوظ في الصحة العامة والرعاية الصحية في الصين خلال السنوات الأخيرة. وقد أدى النمو الاقتصادي السريع والاستثمارات الحكومية إلى تحسين البنية التحتية الصحية وزيادة الوصول إلى الخدمات الصحية.
- نظام التأمين الصحي: يتكون نظام التأمين الصحي في الصين من عدة برامج رئيسية تشمل التأمين الصحي الحضري للموظفين، التأمين الصحي الحضري والريفي للمقيمين، وبرامج أخرى مخصصة للفئات المحرومة. هذه البرامج تهدف إلى توفير تغطية شاملة للسكان.
- تحديات في الجودة والتكافؤ: على الرغم من التحسن في الوصول إلى الخدمات الصحية، تواجه الصين تحديات تتعلق بجودة الرعاية الصحية وعدم المساواة في الوصول إلى الخدمات بين المناطق الحضرية والريفية.
- مواجهة الأمراض المزمنة والناشئة: مع تحول الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب إلى تحديات صحية رئيسية، تسعى الصين إلى تعزيز الوقاية وتحسين إدارة هذه الأمراض. كما أظهرت الجائحة العالمية الأخيرة أهمية الاستجابة السريعة والفعالة للتهديدات الصحية الناشئة.
- الابتكار والتكنولوجيا: تعتبر الصين رائدة في تبني التكنولوجيات الصحية الجديدة مثل الذكاء الاصطناعي والبيانات الضخمة في الرعاية الصحية، مما يساعد على تحسين كفاءة النظام الصحي وجودته.

[1] P. Den Exter (ed) (2011), **International health law. solidarity and justice in healthcare,** Apeldon, Antwepen: Maklu.

- الصحة العامة والوقاية: تركز الصين بشكل متزايد على الصحة العامة والوقاية من الأمراض، مع إعطاء أولوية للتدابير الوقائية مثل التطعيمات وبرامج التوعية الصحية.

بشكل عام، النظام الصحي في الصين يواصل التطور والتكيف مع الاحتياجات المتغيرة للسكان، ويعكس جوانب من التقدم الاقتصادي والاجتماعي للبلاد.

ثانيا: الإنفاق الصيني على النظام الصحي

حجم الإنفاق على الصحة في الصين يتغير سنويًا ويعتمد على عدة عوامل مثل التطورات الاقتصادية، السياسات الحكومية، والتحديات الصحية التي تواجه البلاد. كانت الصين تشهد زيادة مستمرة في الإنفاق الصحي كنسبة من إجمالي ناتجها المحلي. وبعض النقاط المهمة التي يمكن الإشارة إليها حول الإنفاق الصحي في الصين تشمل:[1]

- زيادة الإنفاق الصحي: الصين شهدت زيادة ملحوظة في الإنفاق الصحي خلال العقود القليلة الماضية، مما يعكس التركيز المتزايد على تحسين الرعاية الصحية والوصول إليها.

- نسبة الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي: نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي في الصين تتغير، ولكنها تميل إلى الزيادة كجزء من التزام الحكومة بتحسين الرعاية الصحية.

- الاستثمار في البنية التحتية الصحية: جزء كبير من الإنفاق الصحي يتجه نحو تطوير البنية التحتية الصحية، بما في ذلك بناء المستشفيات وتحسين الخدمات الصحية.

- الإنفاق الحكومي مقابل الإنفاق الخاص: توزيع الإنفاق بين القطاع الحكومي والخاص يعتبر مؤشرًا آخر على كيفية تمويل الرعاية الصحية في الصين.

الجدول رقم (2-2): الانفاق الصحي الكلي في الصين (بالمليون دولار)

السنة	الإنفاق	الإنفاق	الحكومي*	% من	مجتمعي*	% من	الفرد*	% من
1981	9391	9.38	3500	37	3662	39	2230	24
1985	9501	8.98	3666	39	3132	33	2703	28
1990	15625	13.67	3915	25	6128	39	5582	36
1995	25807	21.31	4638	18	9194	24	11974	58
2000	55405	43.71	8571	16	14157	26	32677	58
2006	123477	93.94	22314	18	40279	33	60884	49
* الحكومي يعني الإنفاق الحكومي الكلي على الصحة، والمجتمعي يعني مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي والصور الأخرى								

المصدر: ففيان لن، **الاصلاح الصحي في الصين**، أي دروس لمصر: الأسباب والنتائج، ص 14.

[1] P. Zheng, T. Faunce, et al., "**Public hospitals in China: privatisation, the demise of universal health care and the rise of patientdoctor violence",** Journal of Law & Medicine, 4 (2006), p. 465-70.

وأنفقت الصين منذ عام 2009 ثلاث تريليونات يوان (480 مليار دولار) على إصلاح الرعاية الصحية، ولكن النظام مازال يواجه صعوبة بسبب ندرة الأطباء وتعدي المرضى على الموظفين الطبيين وسوء توزيع الأدوية.

ثانيا: مشاكل النظام الصحي الصيني

النظام الصحي في الصين، مثله مثل أي نظام صحي في العالم، يواجه عددًا من التحديات والمشاكل. هذه بعض المشاكل الرئيسية التي تواجه النظام الصحي الصيني:[1]

- **تفاوت في الوصول إلى الرعاية الصحية:** هناك فجوة كبيرة بين المناطق الحضرية والريفية في الصين من حيث الوصول إلى الرعاية الصحية. المرافق الطبية في المدن الكبرى غالبًا ما تكون أكثر تطورًا مقارنة بالمناطق الريفية.
- **الإفراط في استخدام الموارد الطبية:** في العديد من المناطق، هناك استخدام مفرط لبعض الخدمات الطبية مثل الأشعة التصويرية وبعض الإجراءات الجراحية، مما يؤدي إلى زيادة التكاليف والضغط على الموارد.
- **تحديات التأمين الصحي:** على الرغم من توسع نطاق التأمين الصحي، لا تزال هناك تحديات تتعلق بالتغطية والمدفوعات المشتركة والتعويضات، خاصةً في المناطق الأقل ثراءً.
- **جودة الرعاية الصحية:** مع ازدياد الطلب على الرعاية الصحية، تواجه الصين تحديات تتعلق بضمان الجودة وسلامة المرضى في مرافق الرعاية الصحية.
- **الاعتماد المفرط على المضادات الحيوية:** الاستخدام المفرط للمضادات الحيوية في الصين أدى إلى مشاكل في مقاومة المضادات الحيوية، وهو ما يعتبر تحديًا عالميًا.
- **التحديات الديموغرافية:** مع تزايد عدد كبار السن في الصين، يواجه النظام الصحي تحديات تتعلق بتوفير الرعاية الملائمة لهذه الفئة العمرية، بما في ذلك الرعاية طويلة الأمد.
- **الأمراض المزمنة ونمط الحياة:** مع تغير نمط الحياة، هناك زيادة في معدلات الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب، مما يضع ضغطًا إضافيًا على النظام الصحي.

لمعالجة هذه التحديات، تسعى الحكومة الصينية إلى تحسين البنية التحتية للرعاية الصحية، تعزيز تغطية التأمين الصحي، وتحسين جودة الخدمات الصحية في جميع أنحاء البلاد.

خلاصة القول ان النظام الصحي في الصين يمثل نموذجًا معقدًا يجمع بين التقدم السريع والتحديات المستمرة. مع تقدم الصين اقتصاديًا، شهد نظامها الصحي تحسينات كبيرة في البنية التحتية والتكنولوجيا الطبية.

[1] D. Yu, **Changes in health care financing and health status: the case of China in in the 1980s**. Beijing, Paperin circulation (1992). 16L. Pei, Hospital management in a time of change.

الحكومة الصينية قامت بإصلاحات هامة لتوسيع نطاق التأمين الصحي، ما أدى إلى زيادة وصول السكان إلى الخدمات الصحية.

مع ذلك، يواجه النظام تحديات تتمثل في التفاوت بين الرعاية الصحية في المناطق الحضرية والريفية، الضغوطات الناجمة عن الشيخوخة السكانية، وزيادة معدلات الأمراض المزمنة المرتبطة بنمط الحياة الحديث. كما يواجه تحديات في إدارة التكاليف وضمان جودة وسلامة الرعاية الصحية.

بالإضافة إلى ذلك، تعمل الصين على مواجهة مشاكل مثل الاستخدام المفرط للمضادات الحيوية والحاجة إلى تحسين الرعاية الصحية الوقائية والمتخصصة. في السنوات الأخيرة، ركزت الحكومة على تحسين التغطية الصحية وتقديم خدمات أكثر كفاءة وفعالية لتلبية احتياجات شعبها المتنامية.

ثالثا: التكلفة الصحية في النظام الصحي الصيني

العلاقة بين الصحة والتكلفة في النظام الصحي الصيني تعكس تحديات معقدة ومتطورة. هذه العلاقة تشمل عدة جوانب رئيسية:

- تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية: الصين حققت تقدماً كبيراً في توسيع نطاق الوصول إلى الرعاية الصحية، خاصة بعد إصلاحات الرعاية الصحية التي بدأت في عام 2009. تحسين الوصول هذا ساعد على تعزيز الصحة العامة لكنه أيضاً زاد من الطلب على الخدمات الصحية وبالتالي رفع التكاليف.
- تكلفة الرعاية الصحية: مع تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، زادت تكاليف الخدمات الطبية في الصين. هذا يشمل تكاليف الأدوية، العلاجات الطبية، والتكنولوجيا الصحية. هذه الزيادة في التكلفة تشكل عبئاً على كل من الأفراد والنظام الصحي ككل.
- التأمين صحي والتمويل: الصين تعمل على تحسين نظام التأمين الصحي لتقديم تغطية أوسع وتقليل العبء المالي على المواطنين. ومع ذلك، لا يزال هناك تحديات تتعلق بالتغطية الشاملة وإدارة التكاليف.
- جودة الرعاية مقابل التكلفة: هناك جهود مستمرة لتحسين جودة الرعاية الصحية مع الحفاظ على التكلفة بشكل معقول. يتضمن ذلك تطوير البنية التحتية الصحية، تحسين تدريب المهنيين الصحيين، وتبني التكنولوجيات الجديدة.
- تحديات الصحة العامة: الصين تواجه تحديات متزايدة مثل الشيخوخة السكانية والأمراض المزمنة التي تزيد من الضغط على النظام الصحي وترفع التكاليف.

بشكل عام، العلاقة بين الصحة والتكلفة في النظام الصحي الصيني تعكس التوازن بين الحاجة إلى تحسين الصحة العامة وإدارة التكاليف المتزايدة المرتبطة بتوفير الرعاية الصحية ذات الجودة العالية.

المطلب الثاني: النموذج الصحي الإيراني

النموذج الصحي في إيران يعكس مزيجاً من التحديات والإنجازات الفريدة. على مدى العقود الماضية، حققت إيران تقدماً ملحوظاً في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية لسكانها، خاصة في المناطق الريفية.

إيران طورت نظام رعاية صحية أولية قوي، مع تركيز خاص على الخدمات الصحية في المناطق الريفية والمحرومة. هذا النظام يقدم خدمات الوقاية والعلاج الأساسي، وقد ساهم في تحسين مؤشرات الصحة العامة بشكل كبير. كان الإنفاق الحكومي على الصحة نسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي يتراوح بين 4% و6%. هذا الرقم يعكس الأولوية التي تعطيها الحكومة للقطاع الصحي.

يواجه هذا النظام تحديات تتعلق بتمويل الرعاية الصحية وإدارتها، فضلاً عن الحاجة إلى تحسين جودة الخدمات، العقوبات الاقتصادية والضغوطات المالية أثرت أيضاً على قدرة النظام الصحي على التطور والتوسع.

- التركيز على البحث والتطوير: إيران أظهرت التزاماً بتطوير البحوث في المجال الطبي والصحي، مع التركيز على الابتكارات وتطوير الأدوية والتكنولوجيا الطبية.
- الاستجابة للأمراض المزمنة والوبائيات: مثل العديد من الدول، تواجه إيران تحديات متزايدة في التعامل مع الأمراض المزمنة والوبائيات، بما في ذلك الاستجابة لجائحة COVID-19.

بشكل عام، يعد النظام الصحي في إيران مثالاً على نظام يسعى للتوفيق بين الموارد المحدودة والحاجة إلى توفير رعاية صحية شاملة وعالية الجودة لجميع مواطنيه.

أولا: مميزات النظام الصحي الإيراني: يتميز النموذج الايراني الصحي بـ:[1]

- **تحسن الوصول إلى الرعاية الصحية** :تم إحراز تقدم كبير في العقود الأخيرة فيما يتعلق بتوسيع الوصول إلى الخدمات الصحية، خاصة في المناطق الريفية.
- **برامج الرعاية الأولية:** اعتمدت إيران نظامًا فعالًا للرعاية الصحية الأولية يشمل العديد من المراكز الصحية والمنشآت في مختلف أنحاء البلاد.
- **تحسين المؤشرات الصحية:** شهدت إيران تحسينات في مؤشرات صحية مهمة مثل معدل الوفيات الرضع ومتوسط العمر المتوقع.

[1] https://www.un.org/ar/unpdf/sdg-2016-06

ثانيا: علاقة نظام الصحة الايراني بالاقتصاد:[1]

علاقة نظام الصحة بالاقتصاد في أي دولة، بما في ذلك إيران، معقدة ومتداخلة، حيث يؤثر كل منهما على الآخر بطرق متعددة. هذه بعض الجوانب الرئيسية التي تبرز هذه العلاقة في السياق الإيراني:

- العقوبات الاقتصادية: أثرت العقوبات الاقتصادية المفروضة على إيران بشكل كبير على قطاعها الصحي. هذه العقوبات حدت من قدرة البلاد على استيراد الأدوية والمعدات الطبية الضرورية، مما أثر سلبًا على جودة الرعاية الصحية.

- تمويل الرعاية الصحية: يعتمد تمويل الرعاية الصحية إلى حد كبير على الوضع الاقتصادي للبلاد. في حالات الركود الاقتصادي أو التضخم العالي، قد يجد النظام الصحي صعوبة في الحفاظ على مستويات الخدمة.

- الاستثمار في البنية التحتية الصحية: الوضع الاقتصادي يؤثر على قدرة الحكومة على الاستثمار في البنية التحتية الصحية، مثل بناء المستشفيات وتوفير المعدات الطبية.

ثانيا: التكاليف في النظام الصحي الإيراني

تكاليف النظام الصحي في إيران تتأثر بعدة عوامل، بما في ذلك البنية التحتية للرعاية الصحية، السياسات الحكومية، والعقوبات الاقتصادية التي تؤثر على الاقتصاد بشكل عام. وهذه بعض الجوانب الرئيسية التي تحدد تكاليف النظام الصحي في إيران:[2]

- **الإنفاق الحكومي:** تقوم الحكومة الإيرانية بتمويل جزء كبير من النظام الصحي. الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي يعكس الأولوية التي تعطيها لهذا القطاع.

- **العقوبات والاقتصاد:** العقوبات الاقتصادية التي تواجهها إيران تؤثر على قدرتها على استيراد الأدوية والمعدات الطبية، مما قد يؤدي إلى ارتفاع تكاليف هذه السلع بسبب الحاجة للتعامل مع القيود التجارية.

- **التأمين الصحي:** في إيران، يوجد نظام تأمين صحي يغطي جزءًا كبيرًا من السكان. تكاليف التأمين تعتمد على عوامل مثل نوع الخطة ومدى التغطية.

- **الخدمات الخاصة والعامة:** تتوفر في إيران خدمات صحية حكومية وخاصة. الخدمات الخاصة غالبًا ما تكون أكثر تكلفة، لكنها قد توفر مستوى أعلى من الرعاية أو وصولاً أسرع إلى بعض الخدمات.

- **تكاليف الدواء:** تكاليف الأدوية يمكن أن تكون عبئًا كبيرًا، خاصةً للأدوية المستوردة أو تلك الخاصة بالأمراض المزمنة أو النادرة.

---

[1] World Fertility Data 2015. **New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division;** 2015. (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/wfd2015.shtml)

[2] وحدة الاستخبارات الاقتصادية، **تنبؤ حول الرعاية الصحة والخدمات الصيدلانية**، إيران، 18 أوت، 2008.

- **التكنولوجيا والابتكار**: الاستثمار في التكنولوجيا الطبية والابتكار يمكن أن يزيد من تكاليف الرعاية الصحية، ولكنه يمكن أيضًا أن يساهم في تحسين الكفاءة والفعالية على المدى الطويل.
- **التحديات الديموغرافية والصحية** :التغيرات الديموغرافية، مثل تزايد عدد كبار السن، وارتفاع معدلات الأمراض المزمنة، يزيد من الضغط على النظام الصحي ويمكن أن يرفع التكاليف.

تكاليف النظام الصحي في إيران، مثلها مثل أي نظام صحي آخر، تتأثر بمجموعة متنوعة من العوامل الداخلية والخارجية. العقوبات الاقتصادية والتحديات الداخلية تجعل الوضع في إيران فريدًا إلى حد ما، مع تأثيرات معقدة على تكاليف الرعاية الصحية وتوفرها.

ثالثا: التحديات والاستراتيجيات النظام الصحي الإيراني

- التحديات المالية: التحديات المالية التي تواجهها إيران، بما في ذلك العقوبات والتضخم، يمكن أن تؤثر سلبًا على نظام التأمين الصحي، مما يتطلب استراتيجيات مبتكرة للتمويل وإدارة الموارد.
- الإصلاحات الصحية: إجراء إصلاحات في النظام الصحي، بما في ذلك نظام التأمين، يمكن أن يساعد في تحسين كفاءة النظام وفعاليته.
- التعاون الدولي: التعاون مع المنظمات الدولية والدول الأخرى يمكن أن يساعد في تخطي بعض التحديات التي تواجهها إيران، خصوصًا فيما يتعلق بالوصول إلى الأدوية والتكنولوجيا الطبية.

بشكل عام، نظام التأمين الصحي في إيران يلعب دورًا مهمًا في الرفاه الاقتصادي والاجتماعي للبلاد، ويتأثر بشكل كبير بالسياق الاقتصادي الأوسع. يُعد النظام الصحي في إيران نظامًا متطورًا يمزج بين الخدمات الحكومية والخاصة، وقد شهد تحسينات ملحوظة على مدى العقود الماضية. مع وجود نظام تأمين صحي يغطي جزءا كبيرا من السكان، يسعى النظام لتقديم رعاية صحية شاملة ومتاحة. ومع ذلك، يواجه تحديات متعددة تتضمن الضغوط المالية والتأثيرات السلبية للعقوبات الدولية، والتي تؤثر على قدرة النظام على استيراد الأدوية والمعدات الطبية. علاوة على ذلك، يتعامل النظام مع تحديات ديموغرافية مثل تزايد عدد كبار السن وارتفاع معدلات الأمراض المزمنة، مما يتطلب استراتيجيات مرنة ومستدامة لضمان تقديم رعاية صحية فعالة لجميع أفراد المجتمع

المطلب الثالث: النموذج الكوبي الصحي

تقع جمهورية كوبا في البحر الكاريبي وهي دولة تتسم بتاريخها الغني وثقافتها المتنوعة. من الناحية الاقتصادية، يُعتبر اقتصاد كوبا فريدًا بسبب تطبيقه للنظام الاشتراكي منذ الثورة الكوبية في عام 1959. لعقود، اعتمدت كوبا بشكل كبير على الدعم الاقتصادي من الاتحاد السوفيتي حتى انهياره في أوائل التسعينيات، مما أدى إلى فترة من الصعوبات الاقتصادية المعروفة باسم 'الفترة الخاصة'. في السنوات الأخيرة، بدأت كوبا في تنفيذ بعض الإصلاحات الاقتصادية لتحفيز النمو وتشجيع الاستثمار الأجنبي، ولكنها لا تزال تواجه تحديات متعددة

بما في ذلك العقوبات الأمريكية المستمرة والتحديات الهيكلية داخل اقتصادها. يعتمد الاقتصاد الكوبي بشكل كبير على القطاعات مثل السياحة، إنتاج السكر، والتبغ، مع التركيز المتزايد على القطاع الطبي والبيوتكنولوجي كمصادر هامة للإيرادات".

أولا: خصائص النظام الصحي الكوبي

النظام الصحي في كوبا يُعتبر نموذجًا فريدًا يتميز بكونه واحدًا من أكثر أنظمة الرعاية الصحية فعالية في العالم النامي. يُعرّف هذا النظام بعدة خصائص رئيسية:[1]

- التغطية الشاملة: يوفر النظام الصحي الكوبي تغطية صحية شاملة لجميع المواطنين. هذا يعني أن الرعاية الصحية مجانية لجميع السكان، ويتم تمويلها من خلال النظام الضريبي الحكومي.
- التركيز على الوقاية: يُعطي النظام الصحي الكوبي أولوية كبيرة للوقاية والرعاية الأولية. هذا يتضمن برامج واسعة النطاق للتطعيمات، الفحوصات الصحية الدورية، والتثقيف الصحي.
- تدريب الأطباء وتصدير الخبرات: كوبا معروفة ببرامجها القوية في تدريب الأطباء والمهنيين الصحيين. كما تقوم بتصدير خبراتها الطبية إلى دول أخرى، خاصة في العالم النامي، عبر برامج التعاون الدولي.
- البحث والتطوير: كوبا تُعتبر رائدة في مجال البحث الطبي والبيوتكنولوجي في أمريكا اللاتينية، مع تطوير عدد من اللقاحات والأدوية المبتكرة.
- نظام مركزي: النظام الصحي في كوبا يتم إدارته وتنظيمه من قبل الحكومة الكوبية، مما يسمح بتوزيع الموارد وفقاً للأولويات الوطنية.
- التحديات: على الرغم من نجاحاته، يواجه النظام الصحي في كوبا تحديات متعلقة بنقص الموارد والعقوبات الاقتصادية، التي قد تؤثر على قدرته على استيراد المعدات والأدوية الطبية.
- يعد النظام الصحي الكوبي مثالًا على كيفية تحقيق نتائج صحية جيدة في بيئة ذات موارد محدودة، وذلك بفضل التركيز الشديد على الوقاية والرعاية الأولية.
- الإنفاق على الصحة: كوبا تخصص نسبة معتبرة من ناتجها المحلي الإجمالي للرعاية الصحية. هذه النسبة تعد عالية مقارنة بالعديد من الدول النامية الأخرى.
- عدد الأطباء: كوبا لديها واحد من أعلى معدلات الأطباء لكل فرد في العالم. تقارير متعددة أشارت إلى أن هناك ما يقرب من واحد طبيب لكل 150 إلى 200 نسمة.

[1] Dominguez, Jorge, (1993), **"Cuba since 1959", in Bethell, Leslie (ed, 1993),** ***Cuba: a short history***, Cambridge: Cambridge University Press.

- معدل الوفيات الرضع: معدل الوفيات الرضع في كوبا منخفض للغاية، ويُقارن بالمعدلات في الدول المتقدمة، هذا يعكس الرعاية الصحية الجيدة المتوفرة للأمهات والأطفال.

- متوسط العمر المتوقع: متوسط العمر المتوقع في كوبا مرتفع نسبيًا، ويُقارن بدول ذات مستويات دخل أعلى.

- برامج التطعيم: كوبا لديها معدلات تغطية عالية جدًا لبرامج التطعيم، مما يساهم في انخفاض معدلات الأمراض السارية.

- البحث والتطوير: كوبا طورت لقاحات وعلاجات طبية خاصة بها، بما في ذلك لقاحات لأمراض مثل السحائيت والهيباتيتس.

من المهم الأخذ في الاعتبار أن هذه الأرقام قد تتغير مع مرور الوقت وتتأثر بعوامل متعددة بما في ذلك التغييرات الاقتصادية والسياسية. كما أن الوصول إلى بيانات دقيقة وحديثة قد يكون محدودًا في بعض الأحيان بسبب القيود المفروضة على تدفق المعلومات من وإلى كوبا.

يتطلب تحسين الأنظمة الصحية في الدول النامية تعاوناً دولياً، واستثمارات في البنية التحتية الصحية، وتطوير الموارد البشرية، وتنفيذ سياسات فعالة تركز على الوقاية وتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية لجميع الفئات السكانية.

ثانيا: مميزات النظام الصحي في كوبا

في كوبا، تُعتبر الرعاية الصحية حقًا أساسيًا لجميع المواطنين، ويُقدم النظام الصحي الكوبي خدماته بشكل مجاني. إليك بعض السمات البارزة للنظام الصحي في كوبا:[1]

1. **نظام الرعاية الصحية العام:** يتمتع كل مواطن كوبي بحق الوصول إلى الرعاية الصحية، وتشمل هذه الخدمات الطبية الأساسية والوقاية من الأمراض.
2. **التركيز على الوقاية:** يُولَى اهتمام خاص للوقاية من الأمراض والتحسين الصحي العام للمواطنين.
3. **الطب الوقائي والعلاجي:** يقدم النظام الصحي الكوبي خدمات طبية تشمل الوقاية والرعاية العلاجية، مع التركيز على توفير الخدمات في مراحل مبكرة لتجنب تفاقم الأمراض.
4. **تدريب الكوادر الطبية:** كوبا تولي اهتمامًا كبيرًا لتدريب الكوادر الطبية. الدورات الطبية تعتبر جزءًا مهمًا من نظام التعليم في البلاد.

[1] Feinsilver Julie M., **« Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism »,** Cuban Studies, vol. 2010, p.81.

5. **التعاون الدولي:** كوبا تشارك في جهود التعاون الدولي في مجال الرعاية الصحية، حيث تقدم خدماتها الطبية للدول الأخرى في مختلف أنحاء العالم.

6. **تكنولوجيا الطب:** تقدم كوبا خدمات طبية باستخدام التكنولوجيا الحديثة، وتسعى إلى تحديث التجهيزات الطبية.

7. **تحديات مالية:** يواجه النظام الصحي في كوبا بعض التحديات المالية، خاصة في ظل القيود الاقتصادي.

رغم أن النظام الصحي الكوبي يواجه تحديات، إلا أنه يُعتبر من بين النظم الصحية المتقدمة في أمريكا اللاتينية، ويشتهر بالتركيز على الوقاية وتوفير الخدمات الصحية للجميع.

يتسم نظام الرعاية الصحية في كوبا بتأكيد على الوقاية والتشخيص المبكر، ويتيح للمواطنين الوصول إلى خدمات الرعاية الأساسية بشكل مجاني. يتم تمويل هذا النظام من قبل الدولة، حيث تتحمل الحكومة الكوبية مسؤولية توفير الرعاية الصحية وتمويلها. ويتمتع المواطنون بحرية اختيار الأطباء والعيادات، مع الحرص على جودة الخدمات الطبية المقدمة. يشمل النظام الصحي الكوبي العديد من المبادرات التي تركز على تطوير وتحديث التجهيزات الطبية واستخدام التكنولوجيا الحديثة في الرعاية الصحية.

المبحث الرابع: نماذج الأنظمة الصحية في الدول العربية

الأنظمة الصحية في الدول العربية تتنوع بشكل كبير، نظرًا لاختلاف الظروف الاقتصادية، السياسية، والاجتماعية في كل دولة. سنستعرض نظرة عامة على بعض النماذج المميزة للأنظمة الصحية في الدول العربية.

المطلب الأول: النموذج السعودي

يتميز النظام الصحي في السعودية بمزيج من الرعاية الصحية الحكومية المجانية والقطاع الخاص المتنامي. تعمل الحكومة على توسيع تغطية التأمين الصحي لتشمل جميع المواطنين والمقيمين.

أولا: نظرة حول النظام الصحي السعودي

يهدف النظام الصحي في المملكة العربية السعودية إلى ضمان توفير الرعاية الصحية الشاملة المتكاملة لجميع السكان بطريقة عادلة وميسّرة، وتعمل الدولة ممثلةً بوزارة الصحة على توفير شبكة مُتكامِلة من خدمات الرعاية الصحية تُغطي جميع مناطِق المملكة، وتقوم الوزارة بالتعاون مع مجالِس المناطِق بتحديد الاحتياج ومواقِع ومُستويات تقديم هذه الرعاية وَفقًا للوضع الجُغرافي والسكاني وأنماط الأمراض السائدة في المنطقة، وتقدم الرعاية الصحية في المرافق الطبية الحكومية للمواطنين بشكل مجاني.

وإيمانًا من حكومة المملكة بحق تمكين المريض وإشراكه في القرارات التي تدعم وتحسن من الخدمات المقدمة، التزمت وزارة الصحة بإيضاح حقوق المريض ومسؤولياته تجاه المنشأة الصحية في وثيقة الحقوق بالتعاون

مع الجهات ذات الاختصاص، مع الأخذ بالاعتبار الحقوق والواجبات الإنسانية والاجتماعية والوطنية التي كفلها النظام للأفراد للارتقاء بمستوى الخدمة المقدمة وزيادة ثقة المرضى بالمنشآت الصحية وتوطيد أواصر العمل الصحي والإنساني المشترك بين مقدمي الخدمة ومتلقيها على جميع الأصعدة.[1]

ثانيا: ملامح النظام الصحي السعودي المقترح

المملكة العربية السعودية كانت تسعى لتطوير نظامها الصحي وفقًا لرؤية 2030، وهي خطة طموحة لإصلاح الاقتصاد والمجتمع السعودي. الملامح الرئيسية للنظام الصحي المقترح تشمل:

- **التحول إلى نظام التأمين الصحي الشامل:** أحد الأهداف الرئيسية هو تحويل نظام الرعاية الصحية من نموذج تمويل حكومي إلى نظام يعتمد على التأمين الصحي، مما يعني توسيع تغطية التأمين الصحي ليشمل جميع المواطنين والمقيمين.
- **تحسين جودة الخدمات الصحية:** يشمل ذلك تطوير البنية التحتية للرعاية الصحية، تحديث المعدات والتكنولوجيا، وتحسين مستويات التدريب للمهنيين الصحيين.
- **التركيز على الرعاية الصحية الأولية:** تعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية لضمان الوصول السريع والفعال إلى الخدمات الصحية وتقليل الاعتماد على المستشفيات.
- **دعم الابتكار والبحث الصحي:** تشجيع البحث والابتكار في القطاع الصحي، بما في ذلك تطوير الأدوية والعلاجات الجديدة.
- **التكامل الرقمي:** تحسين النظام الصحي من خلال تقنيات مثل السجلات الطبية الإلكترونية، الرعاية الصحية عن بُعد، وأنظمة الذكاء الاصطناعي لدعم اتخاذ القرارات السريرية.
- **الاستثمار في القطاع الخاص:** تشجيع الاستثمار الخاص في الرعاية الصحية لتوسيع القدرة الاستيعابية وتحسين الخدمات.
- **تعزيز الوقاية والصحة العامة:** تطوير برامج لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، بما في ذلك التوعية الصحية وبرامج التطعيم.

يجب ملاحظة أن تطبيق هذه التغييرات قد يستغرق وقتًا ويواجه تحديات عديدة، بما في ذلك الحاجة إلى تغييرات تنظيمية، وضمان جودة الخدمات، وإدارة التكاليف.

[1] https://www.my.gov.sa/wps/portal/snp/aboutksa/HealthCareInKSA

ثالثا: تكاليف النظام الصحي السعودي

تكاليف النظام الصحي في المملكة العربية السعودية كانت تتأثر بعدة عوامل، منها التوسع في البنية التحتية الصحية، التحول نحو التأمين الصحي الشامل، والتركيز على تحسين جودة الرعاية الصحية. ومع ذلك، لا يمكن توفير أرقام محددة دون الوصول إلى بيانات محدثة، لكن يمكن تسليط الضوء على بعض الجوانب الرئيسية:[1]

- **الاستثمارات الحكومية:** الحكومة السعودية استثمرت بكثافة في النظام الصحي كجزء من رؤية 2030، وهذا يشمل بناء مستشفيات جديدة، تحديث المرافق القائمة، وتطوير البنية التحتية التكنولوجية للرعاية الصحية.
- **تكاليف التأمين الصحي:** مع التحول نحو التأمين الصحي الشامل، من المتوقع أن تتغير هيكلة تمويل الرعاية الصحية، حيث ستلعب أقساط التأمين دورًا مهمًا في تمويل النظام.
- **تكاليف الرعاية الصحية الخاصة:** مع نمو القطاع الخاص في الرعاية الصحية، من المتوقع أن تزداد التكاليف المرتبطة بالخدمات الطبية الخاصة، خصوصًا للتقنيات والعلاجات المتقدمة.
- **الاستثمار في الأفراد:** يتضمن ذلك تدريب وتأهيل الكوادر الطبية، بما يشمل الأطباء والممرضين والفنيين، وهو استثمار مهم لضمان جودة الرعاية الصحية.
- **تكاليف برامج الصحة العامة:** البرامج الموجهة لتحسين الصحة العامة، مثل حملات التوعية والتطعيمات، تشكل جزءًا من التكاليف الإجمالية للنظام الصحي.

من الأهمية بمكان الإشارة إلى أن السعودية تواجه التحدي المتمثل في إدارة هذه التكاليف بفعالية مع الحفاظ على جودة الرعاية وتوفير الوصول العادل لجميع المواطنين والمقيمين.

رابعا: استراتيجية تطوير النظام الصحي السعودي: تطوير النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، وفقًا لرؤية 2030، يتبع عدة محاور رئيسية لضمان تحقيق نظام صحي فعّال ومستدام. هذه المحاور تشمل:[2]

- **الإصلاح التنظيمي:** إعادة هيكلة النظام الصحي لتحسين الكفاءة والفعالية، هذا يشمل تطوير السياسات والأنظمة، وإنشاء هيئات تنظيمية جديدة للإشراف على جودة الخدمات الصحية وتقديمها.
- **الاستثمار في البنية التحتية:** توسيع وتحديث المرافق الصحية، بما في ذلك بناء مستشفيات جديدة وتحديث المعدات والتكنولوجيا الطبية.
- **تعزيز الرعاية الصحية الأولية:** التركيز على تحسين الرعاية الصحية الأولية كنقطة أولية للوصول إلى النظام الصحي، مما يساعد على تقليل الضغط على المستشفيات وتحسين الوقاية من الأمراض.

[1] https://faolex.fao.org/docs/pdf/sau216363.

[2] وزارة الصحة، **الخطة الاستراتيجية**، على الرابط: https://faolex.fao.org/docs/pdf/sau216363

- **تطوير الكوادر الطبية:** تعزيز التدريب والتأهيل للمهنيين الصحيين، بما في ذلك الأطباء، الممرضين، والفنيين، وجذب الكفاءات من الخارج.

- **التأمين الصحي الشامل:** تنفيذ نظام التأمين الصحي الشامل لضمان توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين والمقيمين.

- **التكنولوجيا والابتكار:** تبني التقنيات الحديثة مثل السجلات الطبية الإلكترونية، الرعاية الصحية عن بعد، وأدوات الذكاء الاصطناعي لتحسين الخدمات الصحية وجعلها أكثر فعالية.

- **تعزيز الشراكات:** تشجيع الاستثمارات والشراكات مع القطاع الخاص لتوسيع الخدمات والبنية التحتية الصحية.

- **التركيز على الوقاية والصحة العامة:** تطوير برامج لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، بما في ذلك التوعية الصحية وبرامج التطعيم.

- **الرصد والتقييم:** إنشاء آليات لرصد وتقييم أداء النظام الصحي والتأكد من تحقيق الأهداف المرجوة.

هذه الجهود تهدف إلى تحقيق نظام صحي شامل، مستدام، ومتطور يمكنه مواكبة الاحتياجات المتغيرة للسكان وتحديات الرعاية الصحية في القرن الحادي والعشرين.

3. العلاقة بين الجودة والتكلفة في النظام الصحي السعودي

العلاقة بين الجودة والتكلفة في النظام الصحي السعودي تعتبر محورية ومعقدة. من جهة، يتطلب تحسين الجودة استثمارات مالية كبيرة في البنية التحتية، التكنولوجيا، وتدريب الكوادر الطبية، مما يرفع التكاليف الإجمالية. من جهة أخرى، يمكن أن تؤدي جودة الرعاية العالية إلى خفض تكاليف الرعاية الصحية على المدى الطويل، من خلال تقليل الحاجة للعلاجات المكثفة وتحسين نتائج الرعاية الصحية. السعودية، في إطار رؤية 2030، تسعى لتحقيق توازن بين هذين الجانبين من خلال تطبيق نماذج تمويل فعّالة، تحسين كفاءة النظام الصحي، وتبني التقنيات الحديثة التي تعزز من جودة الخدمات الصحية مع السيطرة على التكاليف.

وفي سعيها لتحقيق توازن بين تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية والحفاظ على التكاليف بمستوى معقول، تتبنى المملكة العربية السعودية عدة استراتيجيات مهمة ضمن نظامها الصحي. تركيزها يميل نحو تعزيز الوقاية والرعاية الأولية لتقليل الحاجة إلى العلاجات المكثفة والمكلفة على المدى الطويل. كما تسعى لتحسين إدارة الأمراض المزمنة، مما يعود بفوائد صحية واقتصادية ملموسة. استخدام التقنيات المتقدمة مثل الذكاء الاصطناعي وتحليلات البيانات يعزز من كفاءة الخدمات الصحية ويسهم في خفض التكاليف. إضافة إلى ذلك، تعمل السعودية على تقوية الشراكات بين القطاعين العام والخاص لدفع عجلة الابتكار والكفاءة. وفي إطار هذه الجهود، تُعطى

أهمية كبيرة لبرامج التوعية الصحية والتعليم، بهدف تقليل الإصابة بالأمراض المتعلقة بأسلوب الحياة. كل هذه العناصر تشكل جزءًا من استراتيجية شاملة تهدف إلى تحقيق التميز في الرعاية الصحية مع السيطرة على التكاليف، مواكبةً بذلك رؤية 2030 الطموحة للمملكة.[1]

إن النظام الصحي في المملكة العربية السعودية يعتبر من الأنظمة المتطورة في المنطقة ويشهد تحولات كبيرة، خاصة في إطار رؤية 2030، فالحكومة السعودية تخصص جزءاً كبيراً من ميزانيتها للقطاع الصحي، مما يعكس التزامها بتحسين الرعاية الصحية، غير أن النظام الصحي يواجه تحديات تتعلق بتلبية الاحتياجات الصحية لسكانه المتزايدين والمتنوعين، وهناك جهود مستمرة لإصلاح وتحديث النظام الصحي، خاصة في ضوء رؤية 2030.

المطلب الثاني: النموذج الاردني

يعد الأردن مركزًا إقليميًا للرعاية الصحية، ويقدم خدمات طبية عالية الجودة. النظام الصحي يمزج بين الخدمات الحكومية والخاصة، ويعتمد أيضًا على التأمين الصحي.

نظام الرعاية الصحية في الأردن تطور على مر السنين ليصبح واحدًا من أفضل أنظمة الرعاية الصحية في الشرق الأوسط. تتوفر الرعاية الصحية للجميع، بما في ذلك الأجانب المقيمين في البلاد والقادمين من الخارج للعلاج في الأردن.

وأحد السمات الرئيسية لخدمات الرعاية الصحية في الأردن هو تكلفتها التنافسية وجودة الخدمات الطبية المقدمة، مما يجعل الأردن الرائد في السياحة الطبية والرعاية الصحية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وبادرت الحكومة الأردنية في الاستثمار في البنية التحتية للرعاية الصحية من خلال إنشاء مستشفيات ومراكز صحية في جميع أنحاء الأردن، بالإضافة إلى تطوير العديد من الخدمات الطبية الأساسية والمتقدمة.[2]

إن المملكة الاردنية الهاشمية من أكثر الدول اهتماماً بالصحة ويتبوأ الأردن مرتبة متقدمة بالنسبة للإنفاق على الرعاية الصحية من الناتج المحلي الإجمالي حيث تشمل هذه النفقات رفع مستوى المرافق الصحية والمعدات الطبية وتوفير فرص تدريبية للكوادر المهنية في مجال الخدمات الصحية والخدمات المساندة مما ينعكس إيجاباً على تقديم خدمات طبية مميزة للمرضى الأردنيين وغير الأردنيين.

ويعرف تاريخياً أن الأردن حقق السبق لعدد من الإنجازات الطبية على مستوى الاقليم، كما هو موضح في الجدول التالي:

[1] https://faolex.fao.org/docs/.

[2] ttps://www.medxjordan.com/ar/healthcare-system-jordan

الجدول رقم (2-3): الإنجازات الطبية

1970	أول عملية قلب مفتوح
1972	أول عملية زراعة كلى
1985	أول عملية زراعة قلب
1985	اول عملية زراعة للخلايا الجذعية
2004	أول عملية زراعة كبد
2009	أول زراعة صمام أبهري عبر القسطرة العلاجية
2021	أول عملية فصل توأم سيامي

المصدر: https://phajordan.org

أولا: لمحة عن النظام الصحي في الأردن

يتكون القطاع الصحي في الأردن من قطاعات فرعية مقدمة للخدمة، وهي: القطاع العام، والقطاع الخاص، والمنظمات الدولية، والمنظمات غير الحكومية، والجمعيات الخيرية، ومن مؤسسات ومجالس تعمل على تطوير السياسات الصحية، مثل: المجلس الصحي العالي، والمجلس الأعلى للسكان، والمجلس الطبي، والمجلس التمريضي، والمجلس الوطني لشؤون الأسرة، والمؤسسة العامة للغذاء والدواء، ودائرة الشراء الموحد، ويضم القطاع العام: وزارة الصحة، والخدمات الطبية الملكية، والمستشفيات الجامعية (مستشفى الجامعة الأردنية، ومستشفى الملك المؤسس) ومركز السكري والوراثة والغدد الصماء، ويضم القطاع الخاص: المستشفيات الخاصة، والمراكز التشخيصية والعلاجية، بالإضافة إلى مئات العيادات الخاصة. ويقدم قطاع المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية والجمعيات الخيرية خدماته من خلال عيادات وكالة الغوث لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR) وبعض المستشفيات الخيرية، مثل: مركز الحسين للسرطان، والمستشفى الإسلامي، ومؤسسة نور الحسين والكاريتاس، والجمعية الأردنية لتنظيم الأسرة، وعيادات الجمعيات الخيرية.

أظهر تقرير الحسابات الصحية الوطنية للعام 2015 أن الأردن ينفق سنويا على صحة الفرد 236 دينارا، وقد بلغ حجم الإنفاق الصحي الإجمالي (2 مليار و200 مليون)، أما حجم الإنفاق الصحي الإجمالي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي فقد بلغ 58%، في حين بلغ إجمالي الإنفاق على الدواء حوالي 581 مليون دينار، شكّل ما نسبته 22% من الناتج المحلي الإجمالي و26% من إجمالي الإنفاق على الصحة. ويشار هنا إلى أن نسبة الإنفاق من جيب المواطن من الإنفاق الإجمالي للعام 2015 بلغت نحو 26%. وحقّق الأردن التحصين الشامل

للأطفال في العام 1988، وأحرز تقدما كبيرا في الحد من المخاطر الصحية الرئيسية التي يتعرض لها الرضع والأطفال.

بلغت نسبة المؤمنين 68% من المواطنين الأردنيين و55% من سكان المملكة حسب تعداد السكان في العام 2015 والذي بلغ حوالي 9.5 مليون نسمة منهم 6.6 مليون مواطن أردني. يقسم التأمين الصحي إلى: التأمين الصحي المدني والذي يغطي حوالي 44.5% من إجمالي نسبة المؤمنين والتأمين الصحي العسكري والذي يغطي حوالي 38% من المؤمنين، أما التأمينات الأخرى فقد بلغت حوالي 17.5% من النسبة الكلية للمؤمنين.

بلغ حجم الإنفاق على الدواء في العام 2015 حوالي 581 مليون دينار موزعة ما بين القطاعين: العام، والخاص بنسبة 45.5% و54.6% على الترتيب. ويعتبر حجم الإنفاق على الأدوية من إجمالي الإنفاق الصحي في الأردن مرتفعا، اذ بلغت هذه النسبة 25.8% في العام 2015 مقارنة بـ 19% في بلدان الاتحاد الأوروبي، أما حصة الفرد من الإنفاق على الدواء، فقد بلغت 61 دينارا خلال العام نفسه.

وفي الوقت الراهن، يعتبر الأردن واحدا من البلدان التي لديها أدنى معدلات وفيات الرضع والأمهات في المنطقة. لقد أصبحت البلاد خالية من شلل الأطفال منذ العام 1995. أكدت جميع الاستراتيجيات الاجتماعية والاقتصادية من أوائل الثمانينيات على حق الجميع في الصحة والرعاية الصحية. كما حدث تراجع كبير في معدلات الوفاة مع استمرار ارتفاع معدلات الخصوبة والولادات، إلى جانب انخفاض معدلات الأمراض المعدية وارتفاع معدلات الأمراض المزمنة والهجرة القسرية من البلدان العربية المجاورة على المؤشرات المرضية والصحية للسكان في الأردن، وتؤكد البيانات المتوفرة عن المراضة انتشار أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي بين السكان في الأردن.[1]

وتواكب بنود الاستراتيجية المتغيرات التي يشهدها الأردن والعالم، من حيث تبعات جائحة كورونا، وآثار التغير المناخي، والبيئي والتغير النوعي للمراضة والأمراض وعوامل انتشارها، والتغير في نهج التخطيط الصحي في العالم من حيث الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية التأهيلية، والتلطيفية، والنفسية، وعدم إغفال المسنين والأمهات والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة.

ومن أبرز ملامح الخطة الاستراتيجية ومحاورها، أنها تتواءم مع البرنامج التنفيذي لرؤية التحديث الاقتصادي، وتهدف إلى تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين، تحقيق العدالة في توزيعها، وتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية الأولية، والثانوية والثالثية.

[2] الصحة والصحة العامة، والسياسات الصحية، على الرابط: https://jcss.org/

وتشمل ملامح الخطة، التوسع في التغطية التأمينية، وزيادة كفاءة وفعالية إدارة الموارد المالية، والتحول الرقمي، وتكنولوجيا المعلومات، وتحسين الجاهزية والاستجابة لإدارة الأزمات، والكوارث وآثار اللجوء والتغير المناخي، إضافة إلى تعظيم الحوكمة الرشيدة والدور الرقابي لوزارة الصحة.[1]

ثانيا: مميزات النظام الصحي الأردني

النظام الصحي في المملكة الأردنية الهاشمية يعتبر من الأنظمة المهمة في منطقة الشرق الأوسط، وقد حقق تقدمًا ملحوظًا على مدار العقود الماضية. إليك نظرة عامة على النظام الصحي الأردني: [2]

- **البنية التحتية:** يضم الأردن شبكة واسعة من المؤسسات الصحية التي تشمل المستشفيات والمراكز الصحية، توزعت بين القطاع العام والخاص. المستشفيات الحكومية توفر معظم الرعاية الصحية، بينما يلعب القطاع الخاص دورًا متزايد الأهمية.
- **التمويل والتأمين الصحي:** يتم تمويل الرعاية الصحية في الأردن من خلال مزيج من التمويل الحكومي، التأمين الصحي الخاص والعام، والدفع المباشر من المرضى. الأردن يسعى إلى توسيع نطاق التأمين الصحي ليشمل نسبة أكبر من السكان.
- **القوى العاملة الصحية:** يتميز الأردن بوجود قوى عاملة صحية مؤهلة ومدربة، مع كثافة عالية نسبيًا من الأطباء والممرضين مقارنة بالدول المحيطة.
- **التحديات:** يواجه النظام الصحي الأردني تحديات تشمل الازدحام في المستشفيات الحكومية، تزايد الأعباء المرتبطة بالأمراض المزمنة، والحاجة إلى تحديث البنية التحتية والتكنولوجيا.
- **الرعاية الصحية للاجئين:** يستضيف الأردن عددًا كبيرًا من اللاجئين، مما يضع ضغوطًا إضافية على النظام الصحي، خاصة في مجال توفير الرعاية الصحية والدواء.
- **الرعاية الصحية الوقائية والترويجية:** هناك تركيز متزايد على الرعاية الصحية الوقائية، بما في ذلك برامج التطعيم ومكافحة الأمراض المزمنة والمعدية.
- **السياحة العلاجية:** الأردن يعد مركزًا هامًا للسياحة العلاجية في المنطقة، حيث يقدم خدمات طبية عالية الجودة بتكاليف معقولة، مما يجذب المرضى من مختلف أنحاء العالم.

بشكل عام، يعد النظام الصحي في الأردن من الأنظمة المتقدمة في المنطقة، وهو يسعى باستمرار لتحسين جودة الخدمات الصحية وتوسيع نطاق التغطية.

[1] https://www.qna.org.qa/ar-QA

[2] https://www.researchgate.net/publication/281190268_Complexity_in_healthcare_management_Why_does_Drucker_describe_healthcare_organizations_as_a_double-headed_monster.

3. الجودة والتكلفة في النظام الصحي الاردني

العلاقة بين الجودة والتكلفة في النظام الصحي الأردني هي علاقة معقدة ومتداخلة، تعكس التحديات والفرص الموجودة في القطاع الصحي الأردني. هذه بعض النقاط الرئيسية التي توضح هذه العلاقة:[1]

- **التوازن بين الجودة والتكلفة:** الأردن يسعى لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بتكاليف معقولة. هذا التوازن ضروري لضمان الوصول العادل للخدمات الصحية لجميع فئات المجتمع.
- **الاستثمار في البنية التحتية:** الاستثمارات في البنية التحتية الصحية والتكنولوجيا تعزز من جودة الخدمات الصحية، لكنها تزيد من التكاليف الإجمالية للنظام الصحي. يتعين على الأردن إيجاد توازن بين تحسين البنية التحتية والحفاظ على تكاليف معقولة.
- **التأمين الصحي:** توسيع نطاق التأمين الصحي يساهم في تحسين الجودة عن طريق توفير الوصول إلى خدمات صحية أفضل لشريحة أوسع من السكان. ومع ذلك، يتطلب ذلك تمويلاً كافياً وإدارة فعالة للموارد.
- **السياحة العلاجية:** الأردن يعتبر مركزاً للسياحة العلاجية، مما يساعد على رفع مستوى الجودة في القطاع الصحي. هذا يجلب دخلاً إضافياً، لكنه قد يرفع أيضاً من تكاليف الخدمات الصحية.
- **التحديات المالية:** النظام الصحي يواجه تحديات مالية، بما في ذلك تكاليف الأدوية والعلاجات الحديثة. إدارة هذه التكاليف مع الحفاظ على جودة الخدمات يمثل تحدياً كبيراً.
- **التركيز على الوقاية:** الاستثمار في الرعاية الصحية الوقائية يمكن أن يخفض التكاليف في المدى الطويل من خلال تقليل الحاجة إلى العلاجات المكلفة والمتقدمة.
- **الكفاءة والفعالية:** تحسين الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية يمكن أن يقلل التكاليف دون التأثير سلباً على جودة الرعاية.

بشكل عام، يجب على النظام الصحي في الأردن مواصلة البحث عن سبل لتحقيق التوازن المثالي بين توفير رعاية صحية عالية الجودة والحفاظ على التكلفة في حدود معقولة.

يواجه النظام الصحي الأردني تحديًا مستمرًا في الحفاظ على توازن دقيق بين تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية وإدارة التكاليف بكفاءة. مع تزايد التركيز على تحسين البنية التحتية الصحية واعتماد التقنيات الحديثة، ترتفع التكاليف، مما يضع ضغوطًا على الموارد المالية المحدودة. من ناحية أخرى، يسعى الأردن لتوسيع نطاق التأمين الصحي ليشمل شريحة أوسع من السكان، مما يعزز من جودة الرعاية الصحية المقدمة. السياحة العلاجية تلعب دورًا رئيسيًا في تعزيز جودة الخدمات الصحية، لكنها أيضًا ترفع من تكاليفها. يظل التحدي الأكبر هو الجمع

[1] https://www.almamlakatv.com/news/

بين تحسين الجودة والوصول إلى خدمات صحية مستدامة ومعقولة التكلفة، خاصةً في ظل التحديات المالية والضغوط الناتجة عن زيادة الطلب على الرعاية الصحية.

المطلب الثالث: النظام الصحي المصري:

كانت مصر منذ عصور الفراعنة من أوائل بلاد العالم التي عرفت الطب ونظمت ممارساته، وقد نشأت أول مدرسة للطب في عصر الأسرة الأولى وتلتها مدارس عديدة أخرجت أعدادا من الأطباء كانت لديهم شهرة عظيمة. وعندما دخل نابليون مصر في عام 1798 اصطحب معه مئة عالم فرنسي من بينهم الأطباء فكون إدارة صحية لتطبيق النظم المتبعة في أوروبا.[1]

يرجع أول نظام صحي حديث إلى سنة 1820 حيث تم إنشاء إدارة صحية عسكرية وأنشأت سنة 1826 أول لجنة صحية.

وفي عام 1855 صدر أمر بمعالجة الفقراء مجانا وعدة مراسيم لتنظيم الشؤون الصحية والصيدلية. والجدير بالذكر أن السياسة الصحية في مصر قبل ثورة 1952 لم تبن على أساس من التخطيط والدراسة بهدف رفع المستوى الصحي لجميع فئات الشعب، بل كانت الخدمة الصحية مرتجلة ويتم تنفيذها وفقا للمصالح الخاصة.[2]

ثم حاولت الحكومات المتعاقبة بعد الثورة التأسيس لنظام صحي حديث مبني على المبادئ التالية:

- الرعاية الصحية حق تكفله الدولة لكل مواطن تكريسا لنظام صحي اجتماعي.
- الرعاية الصحية استثمار في الإنتاج، وتراعي المشاريع الإنتاجية احتياجات القوى العاملة من الرعاية الصحية لإعطاء أقصى عائد للطاقة البشرية.
- تقوم الدولة بإنشاء وحدات الرعاية الصحية ويساهم المواطنون فيها بالجهود الذاتية.
- الوقاية وتكامل الخدمات الصحية هي هدف تنموي تعمل من أجله الأجهزة الصحية.
- القطاع الصحي مسؤول عن تحقيق أعلى المستويات الصحية للمواطنين وذلك من خلال التنسيق بين أجهزة الخدمة الطبية والتعليم الطبي والبحوث أو التنسيق بينهما وبين القطاع الخاص أفرادا وهيئات.
- الطفولة وتنظيم الأسرة لها الأفضلية في توفير كل مقومات الرعاية الجسدية والنفسية والاجتماعية.
- العمل الطبي مهنة إنسانية تنظم القوانين النقابية أخلاقياتها وآدابها بما ينئى بها من الإتجار والاستغلال.

---

[1] عزة عبد العزيز سليمان، **دراسة تحليلية لمستوى الخدمات الصحية في محافظات جمهورية مصر العربية، دراسة التوطن الصناعي في مصر حتى عام 2000**. مذكرة صادرة عن معهد التخطيط القومي، جمهورية مصر العربية، يناير 1987. ص 2.

[2] رمسيس عبد العليم جمعة، **التخطيط الصحي لمجتمع الاشتراكية والتنمية**، دراسات اشتراكية، القاهرة، السنة 1958، ص 45.

نظام الخدمات الصحية في مصر:

في هذا الجزء نستعرض نظام الخدمات الصحية في مصر والأشكال التي تندرج تحتها هذه الخدمات وأنماط إدارتها.

أولا: القطاع الخاص أو المهن الطبية الحرة

حيث يؤدي دوره من خلال المستشفيات الخاصة والمستوصفات والعيادات الخاصة التي تقدم الخدمة العلاجية بجميع تخصصاتها لأفراد الشعب بمقابل نقدي يتحدد طبقا لموازين العرض والطلب بالسوق المحلي، وتقوم وزارة الصحة بمسؤولية الرقابة على ذلك القطاع طبقا للقانون المنظم له.

ثانيا: القطاع العام (التأمين الصحي والمؤسسات العلاجية)

يقع هذا القطاع تحت إشراف وزارة الصحة، وتقدم الخدمات العلاجية بمقابل نقدي ولا يهدف إلى تحقيق الربح، ويمثل هذا القطاع أساسا الهيئة العامة للتأمين الصحي والمؤسسة العلاجية بالقاهرة والاسكندرية ومستشفيات شركات القطاع العام.

ثالثا: الهيئة العامة للتأمين الصحي

تقوم هذه الهيئة بمسؤولية تنفيذ قانون التأمين الصحي باعتبار أن التأمين الصحي إلزامي على كل العاملين في الحكومة وهيئات الإدارة العامة والمؤسسات العامة.

ويقوم التأمين عموما على فكرة تقسيط الأعباء المالية للحوادث الصحية على فترة زمنية عن طريق تعاون مجموعة من الأفراد في التمويل بدلا من أن يترك من حلت به الكارثة يتحمل نتائجها دفعة واحدة.[1]

وهناك أيضا نظام تعاقدي يخدم عددا محدودا من المنتفعين نظير اشتراك سنوي يتم الاتفاق عليه بين الهيئة وأصحاب الأعمال ويعرف باسم العلاج الشامل.

إذن يتضح من خلال ما سبق أن الخدمات الصحية في مصر تقدم من خلال أوعية أو نظم متعددة: مستشفيات تابعة لوزارة الصحة، وأخرى تابعة للمؤسسات العلاجية الإقليمية ومستشفيات وعيادات التأمين الصحي، بالإضافة إلى نظام المستشفيات الجامعية التابعة للوزارات مثل: الدفاع، الداخلية والنقل والكهرباء. وعيادات ومستشفيات تابعة للقطاع الخاص المصري وغير المصري، ووحدات صحية تابعة للنقابات المهنية والجمعيات الأهلية وغيرها.

ويوضح الشكل الموالي توصيفا للنظام الصحي في مصر:

[1] الهيئة العامة للتأمين الصحي، **التأمين الصحي أبعاده السياسية والاقتصادية والاجتماعية**، الإدارة العامة للشؤون العامة، مطابع الشعب، جمهورية مصر العربية، ص 30.

الشكل رقم (2-2): توصيف النظام الصحي في مصر

المصدر: عزة الفندري، محمد ماجد خشبة، **فجوات وتحديات النظام الصحي في مصر وسياسات مقترحة لتعزيز الأمن الصحي في ضوء خبرات جائحة كورونا**. المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، ص 337.

ويبقى التحدي الكبير للنظام الصحي المصري هو ارتفاع عدد السكان وشح الموارد المالية وهو ما يصعب عملية تغطية تكاليف الصحة الاجتماعية والتكافلية، بينما يضطر المواطن المصري الباحث عن الجودة إلى الذهاب مرغما إلى القطاع الخاص متحملا فاتورة ضخمة.

خلاصة الفصل الثاني

من خلال دراسة متأنية للنماذج المختلفة، يتضح أن لكل دولة نهجها الخاص في مواجهة هذا التحدي، مع تباين في الأولويات والموارد المتاحة. في بعض الأنظمة، يلاحظ التركيز على تحقيق الكفاءة وتقليل التكاليف دون التضحية بالجودة، بينما تركز أنظمة أخرى على توسيع نطاق التغطية وتحسين جودة الرعاية، حتى لو كان ذلك يعني زيادة في التكاليف.

من الدروس المستفادة أن الابتكار واعتماد التكنولوجيا يمكن أن يلعبا دوراً مهماً في تحسين الجودة وفي الوقت نفسه التحكم في التكاليف. كما أن التركيز على الوقاية والرعاية الأولية يمكن أن يكون استراتيجية فعالة لتقليل الحاجة إلى تدخلات طبية مكلفة على المدى الطويل. ومع ذلك، فإن العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية تلعب دوراً حاسماً في تحديد كيفية تحقيق هذا التوازن.

في نهاية المطاف، يبرز هذا الفصل أهمية النظر إلى الأنظمة الصحية في سياقاتها الخاصة، مع الأخذ في الاعتبار أن الحلول الفعالة تتطلب مقاربات متعددة الأبعاد تعترف بتعقيدات وتحديات كل نظام على حدة. يتطلب ذلك مشاركة جميع الأطراف المعنية من صناع السياسات إلى مقدمي الخدمات الصحية والمجتمعات المحلية لضمان تحقيق التوازن المثالي بين تكلفة وجودة الرعاية الصحية.

الفصل الثالث

دراسة تحليلية للجودة

في النظام الصحي الجزائري

تمهيد

اهتمت الجزائر منذ استرجاع سيادتها بصحة مواطنيها، فقد كان تدهور صحة الجزائريين من السمات البارزة لمخلفات الاستعمار الفرنسي، خصوصا في المدن الداخلية والأرياف. سوء تغذية، هزال، فقر الدم، الأمراض الجلدية، كلهما أمراض ومظاهر عانى منها الجزائريون حينها وكان لزاما على سلطات البلاد آنذاك أن تحمل على عاتقها مهمة "ترميم" الصحة العمومية، هدف تطلب إنشاء نظام صحي متكامل تطور عبر الزمن والنتيجة هي المنظومة الصحية الحالية. سنحاول في هذا الفصل أن نستعرض أهم خصائص ومحطات النظام الصحي الجزائري، محاولين إبراز مكامن القوة وسبل تعزيزها ومكامن الضعف وسبل تقويمها، كما سنتطرق في إلى تمويل القطاع الصحي في الجزائر من حيث المصادر وآليات الإنفاق. لغة الأرقام هي كذلك ستكون حاضرة عبر نشر أهم الإحصائيات والمؤشرات عن مدخلات الصحة ومخرجاتها، كل ذلك سنعالجه بنوع من التفصيل عبر مباحث الفصل المتتالية.

المبحث الأول: تطور المنظومة الصحية في الجزائر

اختلف الوضع الصحي للشعب الجزائري من فترة تاريخية إلى أخرى، فقد مر بعدة مراحل متباينة فيما بينها، وهو ما يلاحظ من خلال كل الوثائق التاريخية والكتابات المترجمة لذلك الوضع السائد في مختلف الفترات بمختلف عناصرها، ومع ذلك ظهر التحسن في الوضع الصحي كلما انتقلنا من مرحلة إلى أخرى، كنتيجة للتطور الحاصل في المجال الطبي، ونعني به تحسن الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي القائم في كل مرحلة من المراحل.

المطلب الأول: وضعية المنظومة الصحية قبل الاستقلال

أولا: الوضع الصحي ما قبل الاحتلال الفرنسي:

تميز الوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال الفرنسي، خاصة في ظل الحكم العثماني بتباين واضح للحالة الصحية للسكان. فقد كانت البلاد عرضة للأوبئة الفتاكة والكوارث الطبيعية خاصة أوائل القرن التاسع عشر، واعتمادا على تقارير ورسائل بعض الرحالة والأطباء الأوروبيين آنذاك والذين تعرفوا في تلك الفترة على أحوال البلاد، نستنتج أن الجزائر في الأصل تعتبر بيئة صحية خالية من الأوبئة والأمراض المعدية، وأن تلك الأمراض المهلكة كانت تتسبب فيها علاقة الجزائر بأقطار المشرق العربي وبلاد السودان وجنوب المغرب الأقصى وبعض المناطق بأوروبا خاصة طريق السفن التي كانت تنقل الحجاج.

ومما زاد في حدة تلك الأمراض، جهل أغلبية الساكنة بأبسط قواعد الصحة، وبالتالي لم يهتموا بمحاربة الأوساخ رغم أنها كانت تتسبب في زيادة انتشار حمى المستنقعات وبالخصوص في فصلي الربيع والخريف. بالإضافة إلى قلة الأدوية التي زادت الحالة الصحية سوءا، فالبلاد كانت تكاد تخلوا من صيدليات أو حوانيت بيع الأدوية والعقاقير، حيث لم تكن توجد سوى صيدلية واحدة بمدينة الجزائر لم يكن لها أثر يذكر في الحد من هذه الآفات.

وبالتالي ما ميز تلك الفترة من التاريخ الجزائري، هو الإيمان بالقضاء والقدر في هذا الميدان كان مسيطرا على العقول بصفة كبيرة، ولكن بعض الناس كانوا يؤمنون بالعلاج والتداوي واتخاذ الأسباب للمحافظة على الصحة، حيث تناقص عدد سكان مدينة الجزائر مثلا إلى خمسين ألف نسمة بعد أن قضى وباء عام 1787 على حوالي 16821 نسمة من أهاليها، ووباء سنة 1817 الذي ظهر إثر قدوم سفينة عثمانية حاملة للحجاج من الإسكندرية ودام ثلاث سنوات وعم جميع أنحاء البلاد. كما هلك في مدينة الجزائر لوحدها زهاء 13 ألف و330

نسمة في الفترة من 21 جوان إلى 6 سبتمبر 1818، وهي الفترة التي بلغ المرض أشده، وحتى سكان المناطق الجبلية لم تسلم من هذه الأوبئة مثل منطقة جرجرة.[1]

من ناحية النظام الصحي فقد كان في الجزائر عدة ملاجئ ومصحات من بينها ملجأ في ناحية باب عزون خاص بالأمراض العقلية، وملجأ يأوي بعض العجزة الأتراك والجيش الإنكشاري، كما كانت هناك مستشفيات ميدانية خصصت للأسرى المسيحيين أسست سنة 1551 من طرف الراهب سيبستيان ومستشفى آخر في عام 1575 وكانت هذه المستشفيات تسير من طرف المنظمات الدينية المسيحية.

ما يمكن استنتاجه من خلال ما تم ذكره، هو أن الوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال الفرنسي كان متباينا، فمن جهة سيطر الفكر المنغلق والتقليدي على أغلب السكان، ومن جهة أخرى انتشر التداوي بالأعشاب والعقاقير. لاحظنا كذلك أن العدالة كانت غائبة في الوضع الصحي آنذاك، فالحكام استفادوا من خبرة المسيحيين الطبية بينما غرق عامة السكان في الأمراض والأوبئة.

ثانيا: المنظومة الصحية في الجزائر أثناء الاحتلال الفرنسي

صاحب احتلال الجزائر ظهور منظومة صحية تخدم مصالح المنطق الاستعماري. تم في عام 1832 إقامة مستشفيات في كل من الجزائر، وهران، عنابة (بونة سابقا)، وفي 1834 تم إنشاء مستشفى في بجاية وآخر في الدويرة، أما في مستغانم فقد بني مستشفى عام 1835، قالمة في 1837، البليدة في عام 1839، وفي عام 1843. سجلت قائمة المصحات المتنقلة والمستشفيات المفتوحة للمدنيين وكذا العسكريين (مدينة بوغار، تنس، ثنية الحد)، وفي عام 1845 سجلت الجزائر برمتها 38 مستشفى.

اهتمت الإدارة الفرنسية في هذه المرحلة بتطوير النظام الصحي المدني وذلك باتخاذ عدة تدابير كان أهمها:

- تشجيع الأطباء الغربيين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية.
- إنشاء دوائر طبية ومستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للأوروبيين.
- تدعيم وجعل المستشفيات العسكرية مختلطة.
- إنشاء هيئات علمية وهيئات مساندة ويتعلق الأمر بإنشاء كلية الطب بجامعة الجزائر ومعهد باستور، والمخزن العام للمصالح المدنية للصحة.
- كما تم تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي عام 1904 وإنشاء عيادات الأهالي عام 1907 والممرضات الزائرات 1926.

كانت المؤسسة الصحية مؤلفة من أربعة أشكال للتنظيم وهي:

[1] A.Bouchrit، Dj.Auild abbas،M.Toumi، **Le système de santé durant la guerre de l'libérationnational**, Ministère de la santé, Alger, 1983, p42.

- تنظيم صحي عسكري كوسيلة منطقية وضرورية للمستوطنين.
- تنظيم صحي يعمل بمبدأ الطب الليبيرالي.
- تنظيم قائم على المساعدات الطبية المجانية، موجه للسكان الأصليين المحرومين، وبالطبع للعمال في قطاع الفلاحة الذين يمثلون قوة العمل في المزارع الاستعمارية.
- شكل من الطب التقليدي المحصور في الأرياف والجبال، ولكنه كان مهددا باستمرار من قبل الأشكال الثلاثة الأولى للتنظيمات الصحية.

إن ظهور الحركة الوطنية بتنظيماتها وتشكيلاتها المختلفة (نجم شمال إفريقيا في سنة 1926، جمعية العلماء المسلمين 1931، حزب الشعب الجزائري سنة 1937) جعل الشعب الجزائري يطالب بحقوقه بطريقة قانونية منظمة، ومن بين ما كانت تنادي به، العدالة والمساواة في استفادة كل الجزائريين دون تمييز عرقي أو ديني أو طبقي من خدمات صحية وامتيازات الضمان الاجتماعي.

بعد اندلاع الثورة ظهر ما يسمى بالطب الثوري والذي كان يمتاز بصفتين أساسيتين وهما:

الثورية والشعبية، فهو نظام ثوري في تكوين الإطارات وإحضار الأدوية، وفي العلاج، أما الصفة الثانية التي هي الشعبية، فتظهر في كون طب الثورة لم يكن خاصا بوحدات جيش التحرير وعناصر جبهة التحرير الوطني فقط، بل كان شاملا لكافة أبناء الشعب وكان مجانيا، هذا لإضفاء الطابع الشعبي بالمفهوم الواسع لها.

المطلب الثاني: المنظومة الصحية بعد الاستقلال

غداة الاستقلال كان على الدولة الجزائرية اتخاذ اجراءات استعجالية من أجل القضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة التي كانت سائدة في المجتمع الجزائري وبشكل رهيب، هذه الوضعية الصحية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية كانت السبب الرئيس للوفيات والإعاقات خاصة منها وفيات الأطفال ولأجل ذلك عمدت الدولة الجزائرية إلى إنشاء أول وزارة للصحة سنة 1962 في عهد حكومة الرئيس الراحل أحمد بن بلة والتي شكلت يوم 28 سبتمبر 1962 (الوزير محمد الصغير نقاش)، ثم وزارة الشؤون الاجتماعية في عهد حكومة بن بلة الثانية والتي شكلت يوم 18 سبتمبر 1963 (الوزير محمد الصغير نقاش)، ثم وزارة الصحة والمجاهدين والشؤون الاجتماعية في ثالث حكومة يعينها بن بلة والتي شكلت يوم 02 ديسمبر 1964، ثم وزارة الصحة العامة في عهد حكومة الرئيس الراحل هواري بومدين والتي شكلت يوم 10 جويلية 1965 (الوزير التيجيني هدام)، لتحقيق هدفين رئيسيين هما: إعادة توزيع المؤسسات الصحية بما فيها الأطباء والممرضين على جميع جهات الوطن بحيث يسمح للمواطنين كافة الاستفادة منها بشكل عادل، والهدف الآخر هو محاربة الأمراض والأوبئة المتنقلة مثل مرض السل والتيفوئيد والتهاب السحايا.... إلخ. حيث اعتمدت في هذا الشأن عدة برامج كانت موجهة إلى الفئات المحرومة، في هذه المرحلة تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال وبعد ذلك تم تأسيس الطب المجاني أو ما يسمى بالصحة العمومية،

وهذا المفهوم هو لب جل السياسات الصحية التي اعتمدتها الجزائر في سبيل تأمين السلامة الصحية لكل الأفراد من جهة، وكتعبير للقرار السياسي والاقتصادي الذي تبناه النظام السياسي الجزائري والذي رفع شعار الدولة الاجتماعية.

وعليه فقد مرت سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر بعدة مراحل مختلفة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، كانعكاس للظروف التي سادت في كل مرحة على حدى، سواء الظروف السياسية والاقتصادية وحتى الاجتماعية والبيئية والأمنية، ولكل سياسة عناصرها وأهدافها، إلا أن الهدف الرئيسي هو حماية الأفراد بشكل عام، فأهم عنصر فيها هو الفرد وأسمى هدف فيها هو صحة الفرد.

وباعتبار أن المنظومة الصحية هي مجموعة من الهياكل والمؤسسات الإدارية والخدماتية، يقوم على تسييرها أفراد ذوو كفاءات ومهارات خاصة وتخصصات مختلفة.

أولا: مرحلة "ترميم الصحة": 1963 إلى 1974

سمينا هذه المرحلة بمصطلح "ترميم الصحة" لأنه كما أشرنا سابقا الواقع الصحي لم يكن يبشر بالخير لا من ناحية المؤشرات ولا من ناحية الهياكل ولا من ناحية الموارد البشرية والمادية. لذلك تميزت هذه المرحلة إنقاذ ما يمكن إنقاذه من المكاسب الهيكلية الصحية التي ورثناها من الاستعمار وكذا السعي إلى القضاء على الأمراض والأوبئة التي كانت منتشرة في ذلك الوقت.

اتخذت الجزائر بعد الاستقلال النهج الاشتراكي كنظام اقتصادي وكقطيعة مع النظام الليبيرالي الاستعماري، وكان لزاما على الحكومة استبدال الشكل الصحي الاستعماري الموروث بشكل آخر يختلف عنه في عناصره أهدافه.

غداة الاستقلال، كانت الجزائر تحصي حوالي 500 طبيب نصفهم جزائريون والنصف الآخر من جنسيات أوروبية وعربية، وذلك لتغطية احتياجات السكان الذين قدر عددهم آنذاك بحوالي 10,5 مليون نسمة، أما الوضعية الصحية في هذه الفترة فقد كانت تتميز بوفيات الأطفال خاصة الرضع، والتي كانت بنسبة مرتفعة تتجاوز 18 بالمائة ومؤشر أمل الحياة لم يصل إلى 50 سنة، وكان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات.

وأمام هذه الوضعية ومحدودية الموارد المتوفرة، سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين وهما:

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية (عامة وخاصة) وكذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان الاستفادة من العلاج بشكل متساو (وإجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للممارسين الطبيين في القطاع الخاص، علاوة على ذلك تم تشكيل فرق طبية متنقلة).
- مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة.

كما تميزت هذه المرحلة بوضع برامج صحية موجهة لحماية الفئات المحرومة، وبذلك فقد تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال.

أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية فتمثلت فيما يلي:

- الوقايـة: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة 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 شاملة لكامل التراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية.

مع بداية المخطط الوطني من جهة وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ في سنة 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة في سنة 1966 من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن وذلك من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه طبي، وكذلك صدور المرسوم رقم69-96 المؤرخ في 1969/07/09، والمتعلق بإجبارية التلقيح ومجانيته، الذي ساهم وبشكل كبير في مكافحة الأمراض المعدية من خلال التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بمساعدة منظمة الصحة العالمية.

نستنتج من خلال هذه الفترة أن الحكومة الجزائرية بذلت مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق أهدافها المتمثلة أساسا في إنشاء نظام صحي فعال، بحيث يستطيع إلى حد كبير تلبية احتياجات المواطنين من حيث الوقاية والعلاج رغم محدودية الإمكانيات المادية والبشرية والتقنية، خاصة إذا علمنا أنها مرحلة بداية تشكيل المؤسسات السياسية والدستورية للدولة الجزائرية، لكن للأسف شهدت هذه المرحلة عدم الإنصاف في توزيع الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية من جهة، وعدم وجود توزيع جهوي عادل بين الشمال والجنوب من جهة أخرى، حيث تتمركز الموارد البشرية الطبية والشبه طبية والهياكل القاعدية في المدن الرئيسية.

أما فيما يخص القطاع الخاص كان تقريبا على الهامش وهذا لعدم اهتمام الدولة به، وحرصها على أن يبقى القطاع العام هو المحرك الأساسي للنظام الصحي في الجزائر وكذلك لإيمان الدولة بأن القطاع العام هو الضامن الوحيد لشعار مجانية العلاج والإتاحة لمحدودي الدخل عكس القطاع الخاص.

ثانيا: مرحلة التحديات الصحية: 1974-1989

بسبب الضغط الاجتماعي الكبير الناجم عن تزايد عدد السكان وبالتالي الطلب على الخدمات الصحية من جهة، وعودة الأمراض والأوبئة من جهة أخرى بسبب عدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة

من تلبية كل احتياجات العلاج للسكان)، جاء قرار تأسيس الطب المجاني،[1] وهو أبرز قرار اتخذته السلطة السياسية في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان، وهو قرار سياسي يتوافق والنظام السياسي والاقتصادي الاشتراكي الذي انتهجته الجزائر، بحيث لا يمكن عزل وفصل قرار مجانية العلاج عن أي سياسة اجتماعية أو اقتصادية اتخذتها السلطة في تلك الفترة. وما ساعد السلطة السياسية في هذه الفترة على اتخاذ قرار مجانية العلاج ارتفاع سعر البترول، ويمكن القول إن قرار مجانية العلاج هو منعرج حقيقي ونقطة بداية لوضع سياسة صحية وطنية اشتراكية المنهج.

لكن تجدر الإشارة إلى أن قرار المجانية مس جميع شرائح المجتمع سواء محدودي الدخل أو الطبقة الغنية وهو ما قلص من مداخيل قطاع الصحة وزاد من العبء المالي على الخزينة العمومية، وسنرى لاحقا كيف انعكس هذا القرار على النظام الصحي ككل.

إن تأسيس الطب المجاني في هياكل الصحة العمومية، دعمه النص الأساسي للأمة من خلال الميثاق الوطني 1976 حيث جاء فيه ما يلي: "في مجال الصحة، فإن الدولة مكلفة بضمان الصحة والحفاظ على صحة السكان وتحسينها"، وكذلك من خلال قانون الصحة لسنة 1976 "تعمل مصالح الصحة بشكل يجعلها سهلة الاستعمال لكل السكان، مع ضمان أكبر قدر من السهولة والفعالية وذلك للاستجابة للاحتياجات الصحية".

من جهة أخرى لم تتخل الدولة نهائيا عن الطب الليبرالي الذي كان مقتصرا على قاعات للفحص وتسويق المواد الصيدلانية، حيث اتخذت الدولة عدة إجراءات نحو القطاع الخاص، منها القرارات المتخذة سنة 1976 التي تترك المجال مفتوحا لممارسة الطب الحر، والاختيار بين الوقت الكامل ونظام نصف الوقت، والاختيار بين القطاع العام والقطاع الخاص، كذلك قرارات 1979 الناتجة عن حركات الإضراب لسنة 1977، وذلك بالسماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الاستشفائية الاختيار بين القطاع العام أو الخاص، كما تركت اللجنة المركزية أثناء دورتها 1980 الباب مفتوحا أمام الممارسة الخاصة للطب، وذلك بالنسبة للأطباء الذين استجابوا للخدمة الوطنية.[2]

إن المشاكل التي عرقلت عمل المنظومة الصحية في الجزائر كانت كبيرة، حيث أن الاستراتيجية الصحية حول المستشفى والخدمات العلاجية، أدت إلى تهميش الرعاية الأولية والوقاية، وكذلك الاكتظاظ والازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي، نقص وندرة الأدوية وأهم المشاكل على الإطلاق هو تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع ككل (غياب التحفيز المادي)، مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي، وهذا ما أدى إلى هجرة الأطباء سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص، حيث أن هذا الأخير وجد فرصة سانحة

[1] ج.ج.د.ش الأمر رقم 65.73 المؤرخ في 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 01 الصادرة بتاريخ 01/جانفي/1974 م، ص 02.

[2] L.Lamri, **Le système de santé Algérien,Organisation,Fonctionnement et tendances,** mémoire demagistère, Institut des sciences économique, Université d'Alger,Novembre1986, p 182.

لنموه والارتقاء بخدماته كما ونوعا، لكن يبقى المواطن البسيط لا يستطيع الاستفادة من العلاج في القطاع الخاص بسبب التكلفة، حيث يعمل بصيغة الدفع المباشر(طابع ليبيرالي).

هذه الوضعية أربكت السلطة السياسية في الجزائر، مما استدعى المسؤولين في أعلى هرم السلطة إلى تخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني FLN (الحزب الحاكم آنذاك) في ديسمبر 1980 لملف الصحة وفقط وهذا كاستثناء.

احتوت قرارات المؤتمر الرابع على 159 نقطة وهي تعتبر بمثابة خطة لتطوير نظام الصحة الوطني، وهذا نتيجة وعي السلطة بدرجة خطورة وضعية النظام الصحي العمومي والخوف من منافسة نظام صحي ليبيرالي بدأ بالتطور، وتعتبر هذه القرارات ذات طابع سياسي استراتيجي من جهة، بحيث تعمل السلطة على المحافظة على النظام الصحي العمومي، ومن جهة أخرى تضييق الخناق على القطاع الصحي الخاص وتركه على الهامش.

ثالثا: مرحلة الأزمة 1989-1999

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة وغير مسبوقة، واللا استقرار في كل المجالات ما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية ولم تسلم الهياكل الصحية من التخريب مما جعلها خارج الخدمة.[1] فضلا عن استفحال ظاهرة البطالة والمحسوبية وكذا هجرة أغلب الكفاءات الصحية إلى الخارج بعد أن هددهم ما يسمى بالإرهاب آنذاك.

رغم كل ذلك عرفت هذه الفترة محاولة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء إنسانية أكبر على الهياكل الاستشفائية الوطنية وعصرنتها وإضفاء نجاعة أكبر عليها.

فمعظم هذه المراسيم قد تمت في الفترة ما بين 1993 و1996، نذكر منها المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 1993/01/02 والمتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية، والمرسوم التنفيذي رقم 140/93 المؤرخ في 1994/03/30 والمتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية، والمرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/02/09 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء، والمرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/03/30 المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري،[2] المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 1994/09/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، المرسوم التنفيذي

[1] Organisation Mondiale de la santé, **Bureau régional pour l'Afrique,Algérie**, Plan de travail 2004-2005,novembre 2003, p 1.

[2] ج ج د ش، وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريب 1995 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى، ص 2.

رقم 108/95 المؤرخ في 1995/04/09 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم، المرسوم التنفيذي رقم 68/96 المؤرخ في 1996/01/27 المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان، المرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 1996/10/19 المتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجارب والتحليلات القيمة، المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 1998/07/13 المتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة ومن بينها التجهيزات الصحية والعمليات المركزية.[1]

رابعا: مرحلة تجديد الثقة: 2000-2017

تعتبر هذه المرحلة، مرحلة تجديد الثقة في استرجاع الأمن والاستقرار للجزائر بعد عشرية دامية أدت إلى إضعاف مؤسسات الدولة مما منعها من القيام بالدور المنوط لها، وقطاع الصحة أحد هذه المجالات التي أولتها الدولة الاهتمام الكبير. ولقد تم في بداية هذه المرحلة وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق.

ويهدف البرنامج الحكومي في هذا المجال كذلك إلى تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والتكوين المستمر، ومن أجل ترقية القطاع والرفع من أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات المقدمة مع تشجيع القطاع الخاص.

ولتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، عملت الحكومة أيضا على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية، تهدف إلى تشجيع الأدوية المماثلة وتقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة والخطيرة، كما عملت على تقوية تجهيزات المستشفيات الجهوية من أجل تخفيف الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية وفتح أقطاب طبية جديدة وعلى تعزيز تدبير النظام الصحي في مجال الوقاية والطب الاستشفائي.

إن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة ساهم في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها وأدت إلى تقريب الصحة من المواطن، كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية، حيث وصل عدد العيادات إلى أكثر من 286 وعدد الأخصائيين الخواص إلى 5095 والطب العام إلى 6205 طبيب، أما عن الاعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة، فقد شهدت تطورا مستمرا، حيث بلغت نسبة نمو بلغت 76,70 بالمائة في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58 بالمائة سنة 1999

المطلب الثالث: نظام التأمين في الجزائر

أولا: التأمين الصحي في الجزائر

يعتبر التأمين الصحي ركيزة مهمة في أي منظومة صحية في العالم، فهو الذي يضبط العلاقة بين المواطن المؤمن وبين مقدمي خدمات الرعاية الصحية وهو الذي يحدد تكلفة تلك الخدمات ومدى ديمومتها، في

[1] R.A.D.P, ministère de la Santé, Direction de la planification, **statistique sanitaire**, Alger, Août1999, p 8.

الجزائر تسمى هذه العملية بالضمان الاجتماعي، وهي استراتيجية تبنتها الدولة منذ سنة 1983 إلى يومنا هذا عبر خمس قوانين أساسية وهي: [17]

- الضمان الاجتماعي (القانون رقم 83-11).
- التقاعد (القانون رقم 83-11).
- حوادث العمل والأمراض المهنية (القانون رقم 83-13).
- التزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي (القانون 83 .15).
- في سنة 1985 صدر المرسوم 85/223 الذي وحد صناديق الضمان الاجتماعي إلى صندوقين هما:
- الصندوق الوطني للمعاشات فيكفل الضمان الاجتماعي لصالح المتقاعدين من عمال وأرباب العمل.
- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية، الصندوق الأساسي الموحد للتأمينات الاجتماعية بجميع مجالاتها.

ثم جاء المرسوم رقم 92-07 المؤرخ في 1992/01/04 الذي يتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي للضمان الاجتماعي كالتالي:

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء.
- الصندوق الوطني للتقاعد.
- الصندوق الوطني الاجتماعي لغير الأجراء.

وأخيرا نظام الشفاء القائم على البطاقة البيومترية التي تسمى بطاقة الشفاء وهو نظام يستفيد منه الأجراء الذين يتم اقتطاع نصيب من أجورهم الشهرية لصالح مؤسسة الضمان الاجتماعي، كما يستفيد منه غير الأجراء الذين يقومون بتقديم اشتراكات سنوية لمؤسسة الضمان الاجتماعي تسمح لهم بالاستفادة من بطاقة الشفاء والتي تضمن تعويض نفقات الأدوية على الخصوص بنسبة تتراوح بين 80 بالمائة و100 بالمائة على الأدوية المؤمنة التي لا تدخل في الكماليات أو كما تسمى أدوية الرفاهية.

ما يثير الانتباه في هذا كله هو أن الضمان الاجتماعي في الجزائر ليس مؤسسة تابعة لوزارة الصحة، بل هو مؤسسة تابعة لما يسمى وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي. أي أن أرباح هذه المؤسسة لا يذهب لتمويل قطاع الصحة، بل يتم إنفاقه على أجور موظفي الضمان الاجتماعي المرتفعة نسبيا مقارنة مع قطاع الصحة ذاته، كما يتم إنفاقه على مظاهر البذخ والديكور في هياكل المؤسسة.

المبحث الثاني: التصميم المنهجي للدراسة الميدانية

تُعد المنهجية حلقة الربط بينما هو متحقق من تراكم معرفي نظري وتطبيقي وبين إمكانية تجسيد ذلك التراكم في حياة المنظمات، واقعا وحاضرا ومستقبلا. ويعتمد تحديد مسارات المنهجية على ما تيسر من ذلك التراكم

الذي ينبغي أن يخضع للانتقاء والاختبار في المنظمات عامة، بهدف التحقق من إمكانية استخدامها في أعمال ونشاطات المنظمة ضمن رؤية حالية ومستقبلية.[1] وبناء على ما سبق ومن خلال هذا المبحث سيتم الإشارة الى النموذج الذي ستقوم الدراسة باختباره والذي تم بناءه استنادا للدراسة النظرية والدراسات السابقة المتعلقة بهذا الموضوع، وكذا توضيح مفاهيمي وإجرائي للمتغيرات المتعلقة بنموذج الدراسة وكيفية قياسها والعلاقة بينها بما يتوافق وخصوصيات المستهلك الجزائري وطبيعة أهداف الدراسة.

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية

إن لمصدر البيانات وطبيعتها الدور الأساسي في اختيار منهجية الإجابة عن إشكالية الدراسة، وبما أن البيانات المراد استغلالها في عملية التحليل عبارة عن معلومات مرتبطة بتحليل التكلفة والجودة في النظام الجزائري، فإن الطريقة التي يمكن الاعتماد عليها للحصول على هذه المعلومات هو توزيع استبانة على فئة من مجتمع الدراسة، وإجراء مختلف الاختبارات الإحصائية.

أولا: تصميم منهجية الدراسة:

نظرا لكون اختيار المنهج المناسب للدراسة متوقفا على الغرض منها وكذا كيفية صياغة أسئلتها، فإنه ومن هذا المنطلق سيأخذ هذا البحث منحى واحد وهو دراسة تحليلية للجودة والتكلفة في النظام الصحي الجزائري من خلال القيام بـ:

1. **البحث الاستكشافي للمضامين النظرية:** تعتمد جودة ومصداقية البيانات على عملية المسح المكتبي التي يتم من خلالها تجميع البيانات، ولتصميم الدراسة عمليا وإعداد القائمة الاستقصائية تم البحث في الكتب والمجلات والدراسات المنشورة وأدبيات الصحة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والتي تناولت انعكاس حجم وطريقة تمويل المنظومة الصحية كمدخلات على مخرجات هذه المنظومة من حيث مدى جودة المنظومة الصحية، حتى يتسنى الفهم الجيد للمتغيرات الأساسية للدراسة والوصول إلى ضبط جيد له، والاستعانة بها لاقتراح نموذج ومتغيرات الدراسة والأبعاد التي تمثلها كل المتغيرات وكذا صياغة فرضياتها ومختلف العناصر المكونة لها.
2. البحث الميداني (الدراسة الاستطلاعية): بداية ومن أجل أن تكون خطوات البحث أكثر وضوحا قمنا باقتراح مجموعة من المؤسسات الاستشفائية التابعة لولاية الشلف ومعسكر (مستشفى الشطية بولاية الشلف، مستشفى سيدي سعيد ببلدية معسكر) على عينة من الأفراد الذين سبق لهم زيارة هذه المستشفيات، بعد طرح سؤال كيف تقيمون جودة النظام الصحي في هذه المستشفيات؟ ووصلت عينة الدراسة إلى98 مفردة تم اختيارها بطريقة

[1] فلاق محمد، **مساهمة المسؤولية الاجتماعية في تحقيق ميزة تنافسية مستدامة في منظمات الأعمال**، دراسة ميدانية في المؤسسات الاقتصادية الجزائرية الحاصلة على"" شهادة الإيزو 9000"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الشلف، 2014، ص 245.

ميسرة غير الإحصائية وضمت مجموعة من الولايات وهذا من خلال وسائل الاتصال الالكتروني (الفايسبوك، linked، البريد الالكتروني).

وفيما بعد تم اختيار مستشفى الشطية لعدة اعتبارات:

- كون مدير المستشفى دكتور في اقتصاديات الصحة.
- كان مستشفى الشطية الأكثر تكرارا في العينة الاستطلاعية.
- بحكم أن الطالب سبق له زيارة المستشفى بصفته مريضا سنة 2022.

ثانيا: أدوات الدراسة:

حيث اتجه الطالب في معالجة الأطر النظرية للبحث الميداني إلى مصادر البيانات الثانوية والتي تمثلت في الكتب والمراجع ذات العلاقة، والمقالات، والدوريات، والأبحاث. أما فيما يخص المعالجة التحليلية لموضوع البحث، فتم الاعتماد على جمع البيانات الأولية من خلال:

1. **الملاحظة البسيطة الخارجية:** وذلك من خلال الحرص على التواجد في مؤسسة الاستشفائية بالشطية بمقرها الشلف وقد تم اجراء أكثر من زيارة لبعض المصالح كالاستعجالات وطب الأطفال أثناء توزيع وجمع الاستبيان، أين كنا نلاحظ وجود الضغط على هذه المصالح من حيث عدد المرضى، مما مكننا من الملاحظة والحصول على بعض المعلومات التي لم يكن لنا أن نحصل عليها عن طريق الاستمارة.
2. **المقابلة:** وشملت المقابلة التي أجريت مع عمال مؤسسة الشطية وطرح لمجموعة من الأسئلة عنها فيما يخص برامج الصحة والرعاية الصحية والطرق الحديثة للمناجمنت وإدارة الصحة، كما تم إجراء مقابلات شخصية على المستجوبين الذين يمثلون فئة ممارسي الصحة العمومية.
3. **الاستمارة:** ويعد الاستقصاء من أكثر الطرق المستخدمة في جمع البيانات الأولية من عينة من الأفراد، وتعتبر من أكثر الطرق شيوعا واستخداما في ميدان الدراسات ذات المتغيرات النوعية، إذ تعبر طريقة الاستقصاء على: أنها نشاط منظم الغرض منه الكشف عن العلاقات بين الأشياء والأحداث ووصفها. وهذا خلال استبيان يضم مجموعة الأسئلة حول الظاهرة المراد دراستها، وقد تم اعتماد الاستمارة في هذه الدراسة كونها الأداة المناسبة لجمع البيانات المطلوبة عن موضوع البحث بعدما تم تحديد أبعاد الموضوع ومكوناته وإدراك أهمية المعلومات المطلوبة وكذا التعرف على مجتمع الدراسة.

رابعا: بناء أداة الدراسة: يتطلب إسقاط الجانب النظري على أرض الواقع مراعاة بناء إطار منهجي بعيدا عن الذاتية وهذا للوصول إلى نتائج ذات مصداقية، ونظرا لعدم القدرة على تحصيل البيانات من قبل كل مفردات

مجتمع البحث الذي يتمثل في كافة مستهلكي الخدمات الصحية، تم اعتماد الدراسة على الاستبيان وهذا للأسباب أخرى تتعلق بـ:

- طبيعة المعلومات المراد جمعها ويتعلق الحال بالمعلومات ذات الطبيعة النوعية والتي يتم تحويلها الى أرقام رياضية.
- يتوافق الاستبيان كوسيلة لتشخيص الصورة المدركة عن جودة خدمات النظام الصحي الجزائري.
- ارتباط موضوع الدراسة بمواضيع الاقتصاد الكلي، وبالتالي يمنح الاستبيان فرصة لاستهداف مجموعة كبيرة من مجتمع الدراسة.
- سهولة استعمالها وانخفاض تكلفتها.

ورغم سهولة استخدام الاستبيان إلاّ أنّ ذلك ينفي ضرورة أنه تصميمه يحتاج الى أسس علمية من حيث شكله ومحتواه فهذه تلعب دورا قاعديا في صدق النتائج المتوصل إليها. وكلما توفرت الدقة في تصميم الاستبيان انعكس ذلك على جودة البيانات. وطبقا لأدبيات الدراسات السابقة ولتطلعات هذه الدراسة وجب تنمية قائمة من العبارات التي تندرج ضمن بنية أسلوب القياس.

لهذا حاولنا أن تكون أسئلة الاستبيان بسيطة وأن يكون لكل معيار من معايير الجودة أسئلته الخاصة به. وحاولنا أن تكون العينة تمثيلية قدر المستطاع من ناحية التوزع الجغرافي، السن، الجنس، الدخل والمستوى المعيشي. وكذلك بالنسبة لمهنيي الصحة حاولنا أن تكون العينة تمثيلية من حيث نوع العمل في القطاع الصحي، قطاع عام او قطاع خاص، مدى الخبرة، كما حاولنا أخذ رأي الأطباء المهاجرين كذلك ومعرفة سبب هجرتهم.

وكان الهدف الأساسي من تصميم الاستبانة أن تكون شاملة لكافة متغيرات وأبعاد الدراسة وأن تكون لها دلالة لتعطي صورة واقعية عن الموضوع.

الجدول رقم (3-1): الأجزاء المشكلة للاستبيان

الأجزاء	المحتوى	الهدف
ديباجة الاستبانة	وتم التعرض فيها للتعريف بالموضوع والغرض منه وأهداف الدراسة والتأكيد على سرية المعلومات التي سيتم الإدلاء بها من خلال عدم إلزامية المستجوب كتابة الاسم واللقب أو الهيئة التي يعمل ضمنها	طمأنة المستجوب

الجزء الأول	البيانات الشخصية	والهدف منها جمع المعلومات الوصفية عن عينة الدراسة من خلال توظيف الخصائص الديمغرافية الأكثر شيوعا والتي لها علاقة بأهداف الدراسة، وتضم الجنس، العمر، المنطقة، الدخل.
الجزء الثاني	أبعاد الجودة الصحية	وذلك من خلال توظيف الابعاد الستة لقياس الجودة في النظام الصحي الجزائري وتتمثل في: **الفعالية، الكفاءة، الإتاحة، القبول (يتمحور حول المريض)، العدالة والإنصاف، خدمات آمنة.**
الجزء الثالث	أسئلة خاصة بممارسي الصحة من أطباء وصيادلة وشبه طبي وإداريين وعمال مهنيين.	

المصدر: من اعداد الطالب.

لقد تم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص من جامعة معسكر وخارجها بداية بالأستاذ المشرف على هذه الدراسة وبعد موافقته المبدئية تم اختيار مجموعة من الدكاترة المهتمين بمجال التسيير العمومي وادارة الأعمال (الملحق رقم01) لأخذ وجهات نظرهم والاستفادة من آرائهم في تعديله والتحقق من مدى ملائمة كل عبارة للمحور الذي تنتمي إليه، ومدى سلامة ودقة الصياغة اللفظية والعلمية لعبارات الاستبيان، وكذا شمول الاستبيان لمشكل الدراسة وتحقيق أهدافها.

وقد حرص الطالب على الأخذ بعين الاعتبار كل ملاحظات الأساتذة المحكمين في ضوء توصياتهم وأراءهم، للوصول إلى الاستبيان في صورته النهائية. وخلصت نتائج التحكيم الى حذف وتعديل بعض فقرات الاستبيان.

كما تميز الاستبيان بالدقة والوضوح وبساطة عباراته وهذا بعد إخضاعه لعملية التحكيم ليصبح في الأخير في الشكل النهائي (الملحق رقم 2)، وتم تقسيم استبيان المواطنين إلى سبعة محاور أساسية كما يلي:

المحور الأول: خاص بالمعلومات العامة الشخصية لأفراد العينة.

المحور الثاني: بعنوان معيار الفعالية، ويتضمن هذا المحور 6 فقرات.

المحور الثالث: بعنوان معيار الكفاءة، ويتضمن 3 فقرات.

المحور الرابع: بعنوان معيار الإتاحة، ويتضمن 3 فقرات.

المحور الخامس: بعنوان معيار القبول، ويتضمن 6 فقرات.

المحور السادس: بعنوان معيار العدالة، ويتضمن 7 فقرات.

المحور السابع: بعنوان معيار الأمان، ويتضمن 4 فقرات.

أما استبيان ممارسي الصحة فيتكون من 14 فقرة.

وقد تم إعداد الاستبيان على أساس مقاييس مختلفة، فقد تنوعت بحسب الأسئلة إلى السلم الثنائي، الثلاثي، الرباعي والخماسي. بالإضافة إلى الأسئلة المفتوحة والخيار المتعدد، وذلك لإضفاء مرونة كافية للمستجيب حتى لا يتم توجيه الآراء نحو اتجاه معين.

الجدول رقم (3-1): أوزان مقياس ليكارت الثنائي، الثلاثي، الرباعي والخماسي

الرأي (التصنيف)	نعم	لا			
الدرجة (الوزن)	**1**	**2**			
الرأي (التصنيف)	نعم	لا	ربما		
الدرجة (الوزن)	**1**	**2**	**3**		
الرأي (التصنيف)	نعم	لا	ربما	غير ذلك	
الدرجة (الوزن)	**1**	**2**	**3**	**4**	
الرأي (التصنيف)	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة (الوزن)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

المصدر: من إعداد الطالب

وبعد استخدام المتوسطات المرجحة لحساب اتجاهات المستجوبين، يتحول كل سلم إلى المجالات التالية:

الجدول رقم (3-3): أوزان المتوسطات المرجحة

الرأي (التصنيف)	نعم	لا			
الدرجة (الوزن)	**1-1.5**	**1.51-2**			
الرأي (التصنيف)	نعم	لا	ربما		
الدرجة (الوزن)	**1-1.66**	**1.67-2.32**	**2.33-3**		
الرأي (التصنيف)	نعم	لا	ربما	غير ذلك	
الدرجة (الوزن)	**1-1.75**	**1.76-2.50**	**2.51-3.25**	**3.26-4**	

الرأي (التصنيف)	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة (الوزن)	**1-1.80**	**1.81-2.60**	**2.61-3.40**	**3.41-4.20**	**4.21-5**

المصدر: من إعداد الطالب

المطلب الثاني: إجراءات المعاينة في الدراسة

المعلوم أن نتائج الدراسة تتوقف إلى حد كبير على كيفية جمع البيانات والأدوات المنهجية المستخدمة لهذا الغرض، حيث أن أدوات جمع البيانات من الوسائل الأساسية للحصول على المعلومات الخاصة بالظاهرة موضوع الدراسة على أن تتناسب وطبيعة الموضوع وتتوافق معه، وهذا بعد اختيار عينة الدراسة التي سيشملها البحث.

أولا: تحديد مجتمع الدراسة: ويقصد به كامل أفراد أو مشاهدات موضوع البحث التي يرغب الباحث بدراستها والتوصل إلى الاستنتاجات عنها، والعنصر هو وحدة التحليل التي يفترض على أساسها القياس. وفي هذه الدراسة يشمل مجتمع البحث جميع مستهلكي الخدمات الصحية والقادرين على الإدلاء بإجاباتهم وآرائهم من خلال إجاباتهم على استبانة الدراسة. من هذا التعريف الخاص بمجتمع الدراسة يمكن تحديد العناصر الآتية:

1. **وحدات المعاينة:** وهي المناطق التي تم استهدافها من خلال الدراسة أثناء توزيع الإستبيان، وللوصول إليهم تم الاعتماد على، وسائل التواصل الاجتماعي والطرق الإلكترونية في توزيع الاستبيان وتجميع البيانات وشملت المعاينة جل التراب الوطني.

وانصبت الدراسة على فئتين من المستجوبين: المواطنين المستفيدين من الخدمات الصحية من جهة، وممارسي الصحة بمختلف مناصبهم ومهامهم من جهة أخرى، لذلك فمجتمع الدراسة يتمثل في جميع المواطنين وكذا جميع ممارسي القطاع الصحي في الجزائر، مع مراعاة أن يكون أفراد العينة غير مختارين بل تكون عشوائية من بين الأشخاص الذين تتنوع مناصبهم وجنسهم وتخصصاتهم ومستواهم ودخلهم ومقر إقامتهم حتى تكون العينتين ممثلة للمجتمعين الإحصائيين ومعبرة عن إشكالية الدارسة. مثلا من حيث المناصب شملت عينة ممارسي الصحة الفئات التالية:

- سلك الأطباء.
- الصيادلة.
- سلك شبه الطبي.
- الإداريين.

2. **المدى الزمني:** تم توزيع الاستبيان من الفترة الممتدة بين 2021 حتى 2022.

3. **تحديد حجم عينة الدراسة:** يتوقف اختيار عينة الدراسة على جملة من العوامل كالتكلفة والوقت المتاح ونوع وحجم البيانات وحجم المجتمع وبما أن هذا البحث يدخل ضمن إطار الاقتصاد والتسيير العمومي، تم الاعتماد في اختيار حجم العينة والتي تمثل جزء من المجتمع الإحصائي الذي يمثل المجتمع أحسن تمثيل، ويختار الباحث العينة في حالة عدم قدرته على الوصول لجميع أفراد المجتمع الإحصائي. كما هو الحال بالنسبة لهذه الدراسة فقد تم اختيار عينة عشوائية نظرا لكبر حجم مجتمع الدراسة وعدم وجود إطار للمعاينة وكذا عدم توفر خصائص المجتمع والعينة الإحصائية مثل الوسط الحسابي والتباين والانحراف المعياري للمجتمع الجزائري وبالتالي لا يمكن استخدام أسلوب الحصر الشامل لعناصر مجتمع البحث جميعها.

تم استلام **1946** الكتروني من رابط خاص بالقائمة الاستقصائية للمستجوبين، ويكون الرد أوتوماتيكي أي لا يتطلب منا المستجوب إلا النقر على زر الإرسال ليتمكن الباحث من تحصيل البيانات المطلوبة مباشرة من خلال قاعدة بيانات مباشرة، وقد اشترطت الدراسة على أن تملأ الاستمارات بشكل كامل حتى يتم قبولها، كما تم الاستعانة ببعض المواقع الإلكترونية لتوزيع الاستبيان. وصمم الاستبيان في رابط واحد لكلا العينتين من خلال أول سؤال حيث يختار المستجوب أي الصنفين لتظهر بقية الأسئلة حسب الفئة التي ينتمي إليها، والجدول التالي يوضح الاستمارات الموزعة والمسترجعة ونسبها:

الجدول رقم (3-2): عينة الدراسة والاستمارات الموزعة

البيـــان	الاستبيان	
	العدد	النسبة
عدد الاستمارات	1946	89.76%
استمارات ممارسي الصحة	60	3.08%
استمارات المواطنين	1886	96.91%

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على الاستبيانات الموزعة

ما تجدر الإشارة إليه أن الطالب حاول أن يشمل التوزيع مختلف فئات المجتمع وقد تم تحديد حجم عينة الدراسة استنادا الى مراعاة حجم العينة المستعملة في بعض الدراسات على هذا المستوى.

المطلب الثالث: أساليب المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة

يتطلب حل أية مشكلة اقتصادية تحديدا دقيقا لإشكالية وفروض البحث، وهذا ما يدفع الباحث إلى الاستعانة بمجموعة من النماذج والطرق المنهجية والإحصائية في سيرورة مختلفة حلا للمشكلة، اذ يعتبر التحليل الإحصائي من بين أهم الأدوات التي يجب على الباحث الاستعانة بها في هذا النوع منا الدراسات.

اعتمدت الدراسة لتحقيق أهدافها سابقة الذكر على تحليل الاستبيانة باستخدام برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية إصدار 25 (SPSS.V25) Statistical Package for Social Science الذي مكننا من استخدام الاختبارات الإحصائية اللامعلمية وذلك بسبب أن مقياس ليكرت هو مقياس ترتيبي وعليه فقد تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية والأساليب الاستدلالية وهي:

1. **النسب والتكرارات المئوية:** وهذا لمعرفة تكرار فئات المتغيرات وتوصيف الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة اما الجداول التكرارية فيتم من خلالها تفريغ البيانات.
2. **المتوسط الحسابي:** وهو متوسط مجموعة من القيم، وذلك بغية استعماله كمؤشر لتقديم البيانات المجمعة من قبل العينة عن تقييماتهم لمتغيرات نموذج الدراسة لمعرفة مستويات قوتها وترتيبها بعد مقارنتها بالمتوسط الفرضي "مقياس الموافقة" المقدر بـ: (03) لأن التنقيط يتراوح من (01) إلى (05)، وقد تم تحديده بقيمة (3) حيث أقل من هذه القيمة تعد نسبة المعارضة أكبر من نسبة الموافقة والعكس.
3. **الانحراف المعياري:** وذلك من أجل التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة اتجاه كل فقرة أو بعد، والتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضيات، ويوضح التشتت في استجابات أفراد الدراسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر فهذا يعني تركز الإجابات وعدم تشتتها، وبالتالي تكون النتائج أكثر مصداقية وجودة، كما أنه يفيد في ترتيب العبارات لصالح الأقل تشتتا عند تساوي المتوسط الحسابي المرجح بينها.
4. **تحليل الانحدار البسيط:** يقوم بتوضيح كيف يؤثر المتغير المستقل في المتغير التابع، ويضع في عين الاعتبار هامش الخطأ، والذي يؤول إلى الصفر عند تقدير معلمات النموذج. ومن خلاله يتم الحكم على قبول الفرضية أو رفضها.

المبحث الثالث: تحليل الجودة في النظام الصحي الجزائري

يتضمن هذا المبحث خمسة مطالب نعرض فيه نتائج الدراسة الخاصة بالجودة والتكلفة في النظام الصحي الجزائري مع القيام بتحليلها.

المطلب الأول: تحليل النتائج الوصفية للدراسة الميدانية

نعرض من خلال هذا المطلب النتائج المتوصل إليها باستخدام الأدوات الإحصائية والبرامج المستخدمة في معالجة البيانات التي تم جمعها عن طريق الاستبيان.

أولا: خصائص عينة الدراسة

1. **عينة المواطنين:** تم دراسة الخصائص الشخصية لأفراد العينة الأولى المتعلقة بالمواطنين حسب المتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى المعيشي، المنطقة الجغرافية، التعامل مع المنظومة الصحية.

أ. **التوزيعات التكرارية للعينة المواطنين حسب متغير الجنس:** يوضح الجدول التالي توزيع عينة المواطنين حسب هذا المتغير:

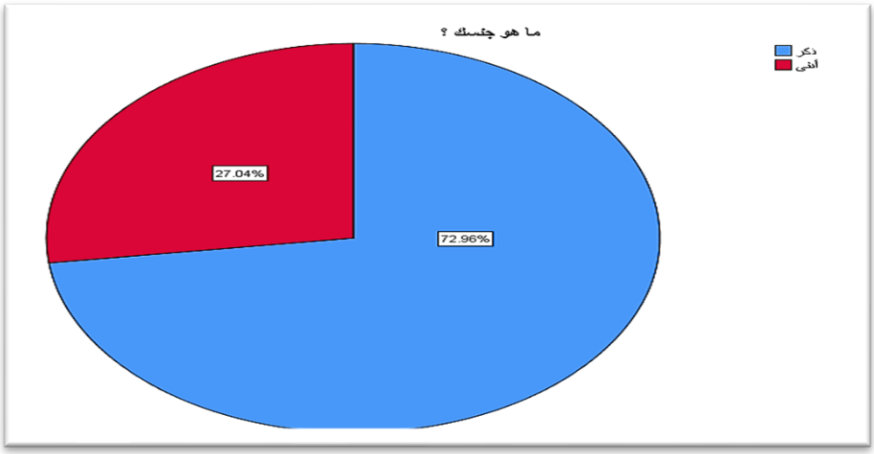
الجدول رقم (3-5): توزيع عينة المواطنين حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	1376	%73.0
أنثى	510	%27.0
المجموع	1886	%100.0

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن ما نسبته 73% من عينة المواطنين كانت من جنس الذكور بعدد 1376 فردا و27% من جنس الإناث بعدد 510 فردا، بمعنى أن الاتجاه العام لأفراد العينة من جنس الذكور باعتبارهم الفئة الأكثر مرافقة للمرضى إن قلنا بالتساوي النسبي في المرض بين الذكور والإناث.

الشكل رقم (3-1): التمثيل البياني لعينة المواطنين حسب الجنس



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الجدول السابق

ب. **التوزيعات التكرارية لأفراد عينة المواطنين حسب السن**

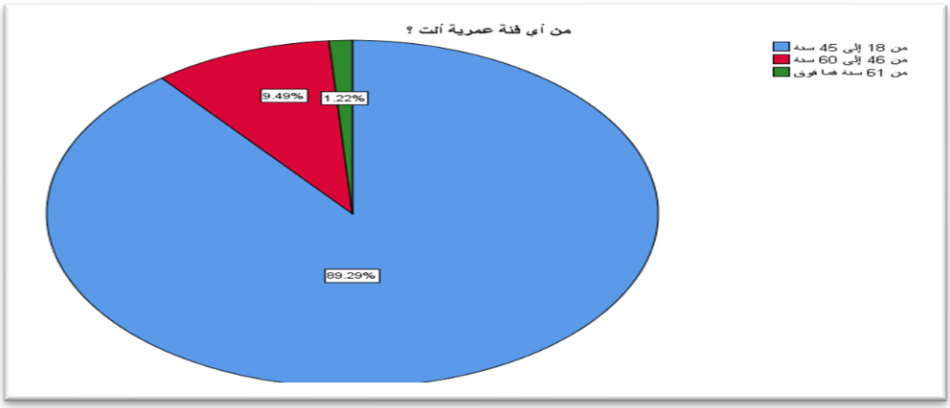
الجدول رقم (3-3): توزيع عينة المواطنين حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
من 18 إلى 45 سنة	1684	%89.3
من 46 إلى 60 سنة	179	%9.5
من 61 سنة فما فوق	23	%1.2
المجموع	1886	%100

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه فإن الفئة العمرية الأكثر تكرارا هي الفئة التي تتراوح أعمارهم بين 18 و45 سنة بنسبة مئوية قدرت بـ 89.3%. فيما بلغت نسبة الأفراد التي تراوحت أعمارهم بين 46 و60 سنة 9.5%. أما النسبة الأقل فشملت المواطنين الذين يفوق سنهم 61 سنة بنسبة 1.2% ، وهذه النسب معقولة بالنظر لديناميكية المجتمع الشبابية المرتبطة بالقطاع الصحي والتطبيقات الإلكترونية التي وظفها الباحث في جمع المعلومات باستخدام الاستبيان الإلكتروني.

الشكل رقم (3-2): التمثيل البياني لعينة المواطنين حسب السن



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الجدول السابق

ج. **التوزيعات التكرارية لأفراد عينة المواطنين حسب المستوى المعيشي**

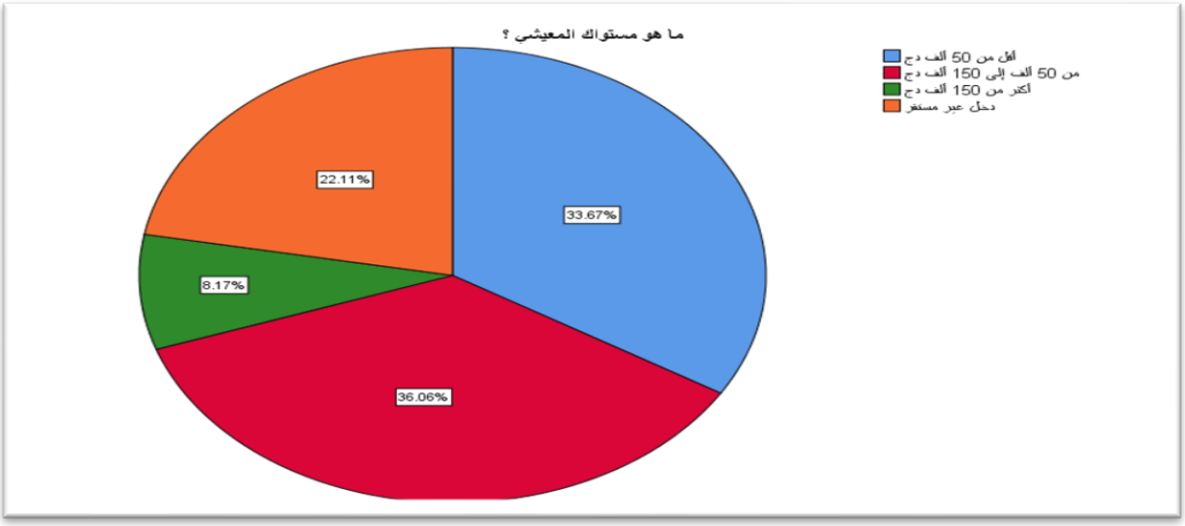
الجدول رقم (3-7): توزيع عينة المواطنين حسب متغير المستوى المعيشي

المستوى المعيشي	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 50 ألف دج	635	%33.7
من 50 ألف إلى 150 ألف دج	680	%36.1
أكثر من 150 ألف دج	154	%8.2
دخل غير مستقر	417	%22.1
المجموع	1886	%100.0

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن ما نسبته 36.1% من أفراد العينة تتراوح مداخيلهم بين 50 ألف دج و150 ألف دج، ثم الفئة التي دخلهم الشهري أقل من 50 ألف دج بنسبة 33.7%، تليها الفئة التي دخلها الشهري غير مستقر بنسبة 22.1%، وأخير الفئة التي دخلها الشهري يفوق 150 ألف دج بنسبة 8.2%. حيث تشير هذه النسب إلى خصائص المداخيل الفردية للمجتمع الجزائري الذي يمتاز بطبقته المتوسطة العريضة والتي هيمنت على أفراد عينة الدراسة عموما.

الشكل رقم (3-3): التمثيل البياني لعينة المواطنين الدخل



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الجدول السابق

د. التوزيعات التكرارية لعينة المواطنين حسب المنطقة الجغرافية

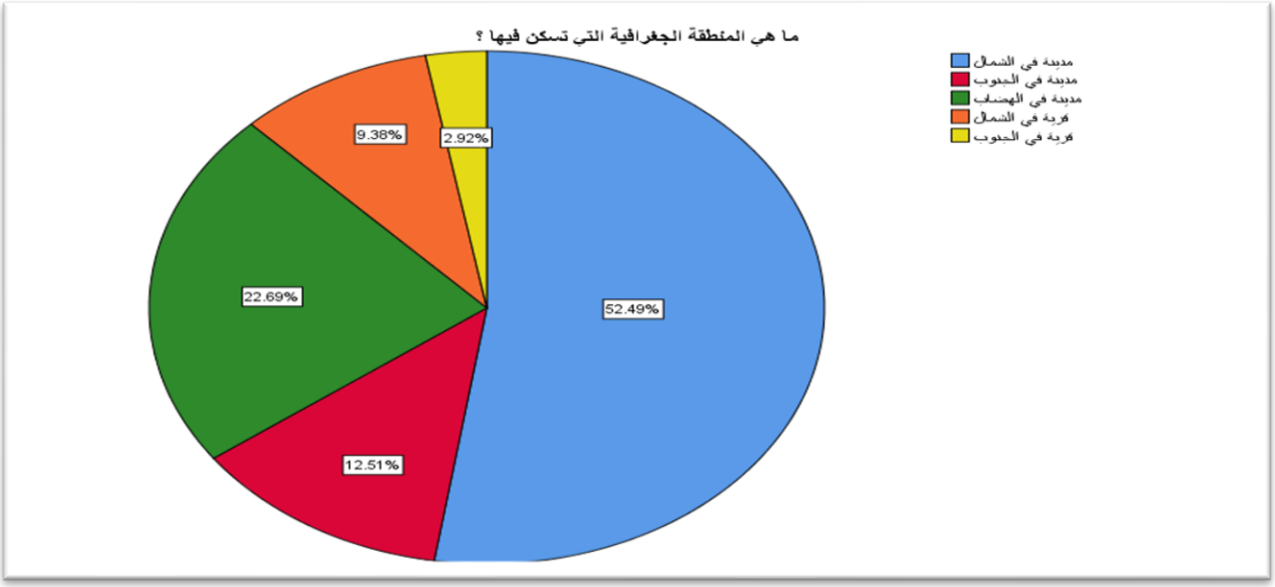
الجدول رقم 3- 4: توزيع عينة المواطنين حسب المنطقة الجغرافية

المنطقة الجغرافية	التكرار	النسبة المئوية
مدينة في الشمال	990	%52.5
مدينة في الجنوب	236	%12.5
مدينة في الهضاب	428	%22.7
قرية في الشمال	177	%9.4
قرية في الجنوب	55	%2.9
المجموع	1886	%100

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أكثر من نصف أفراد العينة من سكان المدن الشمالية بنسبة 52.5%، يليها سكان مدن الهضاب بنسبة 22.7%، ثم سكان مدن الجنوب بنسبة 12.5%، وفي الأخير سكان القرى في الشمال والجنوب بنسب 9.4% و2.9% على التوالي. وبهذه النسب تزيد صدقية النتائج بفضل التوزيع الذي ضمته العينة التي شملت كل مناطق الوطن وبالتالي ضمان تمثيل جيد للمجتمع.

الشكل رقم (3-4): التمثيل البياني لعينة المواطنين حسب المنطقة الجغرافية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الجدول السابق

هـ. **التوزيعات التكرارية لعينة المواطنين حسب التعامل مع المنظومة الصحية:** يوضح الجدول والشكل المواليين التوزيعات التكرارية لفئات المواطنين حسب تعاملهم مع المنظومة الصحية في الجزائر كمرضى أو كمرافقين لمرضى، أو كمرضى ومرافقين لمرضى.

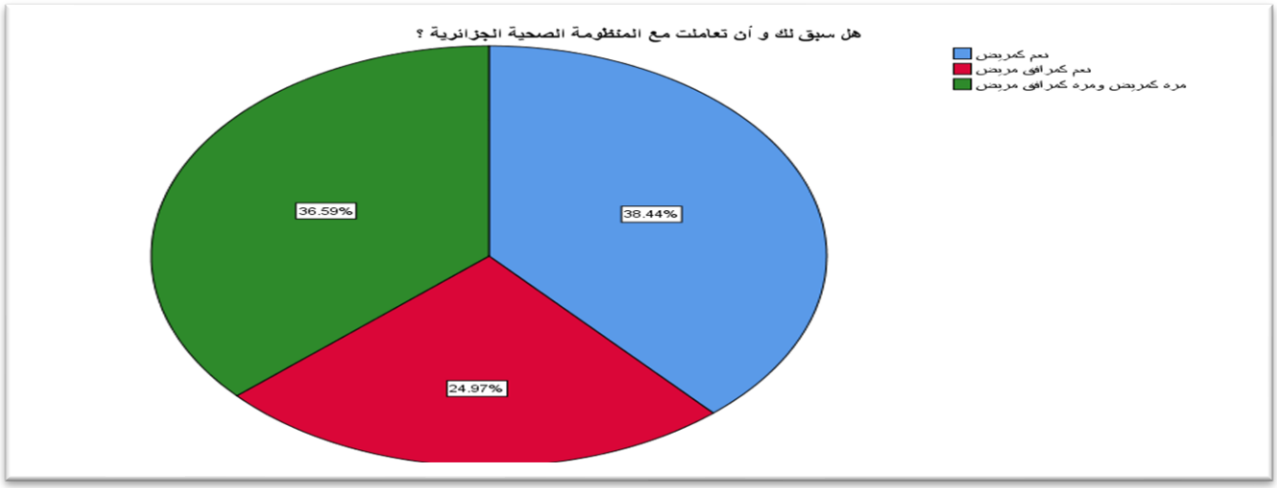
الجدول رقم (3-5): توزيع عينة المواطنين حسب التعامل مع المنظومة الصحية

التعامل مع المنظومة الصحية	التكرار	النسبة المئوية
نعم كمريض	725	38.4
نعم كمرافق مريض	471	25.0
مرة كمريض ومرة كمرافق مريض	690	36.6
المجموع	1886	%100

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من الجدول أن الفئة الأكثر تكرارا هي التي تعاملت مع المنظمة الصحية في الجزائر بصفتها كمريض بنسبة 38.4%، تليها الفئة التي تعاملت مع القطاع بالصفتين كمريض ومرة أخرى كمرافق لمريض بنسبة 36% مما يعني أنها الفئة الأكثر خبرة وذات الرأي الأقوى حول المنظومة الصحية، ثم الذين قدموا للقطاع الصحي بصفتهم مرافقين لمريض بنسبة 25%.

الشكل رقم (3-5): التمثيل البياني لعينة المواطنين حسب التعامل مع المنظومة الصحية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الجدول السابق

2. **عينة ممارسي قطاع الصحة:** فيما يلي تقوم بدراسة الخصائص الشخصية لأفراد العينة الثانية المتعلقة بممارسي الصحة حسب المتغيرات التالية:

- الوظيفة.
- القطاع.
- الخبرة المهنية.

أ. **التوزيعات التكرارية لعينة ممارسي الصحة حسب الوظيفة**

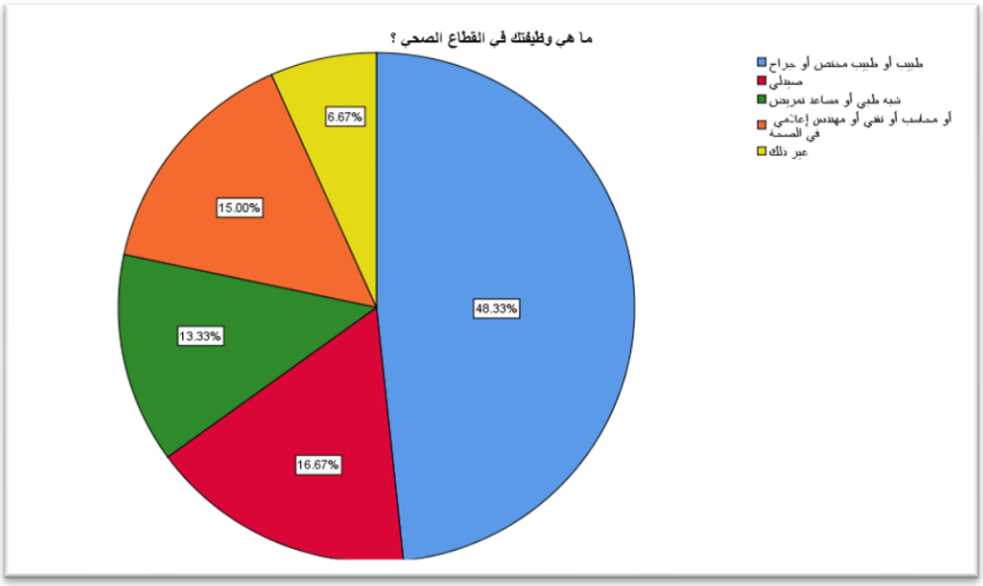
الجدول رقم (3-10): توزيع عينة ممارسي الصحة حسب الوظيفة

الوظيفة	التكرار	النسبة المئوية
طبيب أو طبيب مختص أو جراح	29	%48.3
صيدلي	10	%16.7
شبه طبي أو مساعد تمريض	8	%13.3
إداري، أو محاسب، أو تقني، أو مهندس إعلامي في الصحة	9	%15.0
غير ذلك	4	%6.7
المجموع	60	%100

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

يظهر من الجدول أن السلك الأكثر استجابة للاستبيان هو سلك الأطباء بنسبة اقتربت من نصف العينة بـ48.3%، يليها سلك الصيادلة بنسبة 16.7%، ثم الإداريين بنسبة 15% وأخيرا العمال من غير ما ذكر بنسبة 6.7%.

الشكل رقم (3-6): التمثيل البياني لعينة ممارسي الصحة حسب الوظيفة



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الجدول السابق

ب. التوزيعات التكرارية لعينة ممارسي الصحة حسب القطاع

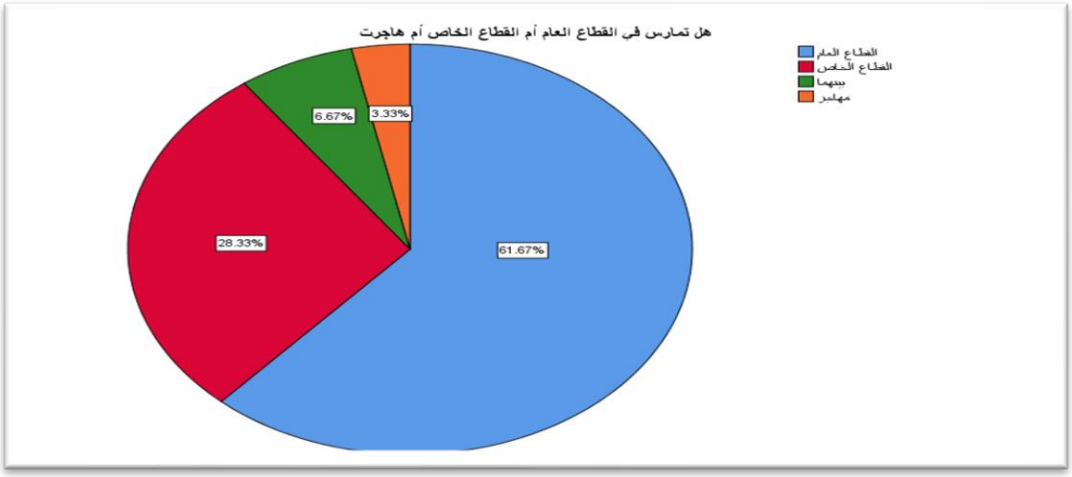
الجدول رقم (3-6): توزيع عينة ممارسي الصحة حسب القطاع

القطاع	التكرار	النسبة المئوية
القطاع العام	37	%61.7
القطاع الخاص	17	%28.3
بينهما	4	%6.7
مهاجر	2	%3.3
المجموع	60	%100

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

يشير الجدول إلى أن الفئة الأكثر تكرارا في عينة ممارسي الصحة هي التي تعمل في القطاع العام بنسبة فاقت النصف بـ 61.7%، يليها عمال القطاع الخاص بنسبة 28.3%، ثم العمال الذين يشغلون وظيفتين بين القطاعين العام والخاص بنسبة 6.7% وأخيرا فئة ممارسي الصحة الذين هاجروا إلى الخارج بنسبة 3.3%.

الشكل رقم (3-7): التمثيل البياني لعينة ممارسي الصحة حسب القطاع



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الجدول السابق

ج. التوزيعات التكرارية لعينة ممارسي الصحة حسب الخبرة المهنية

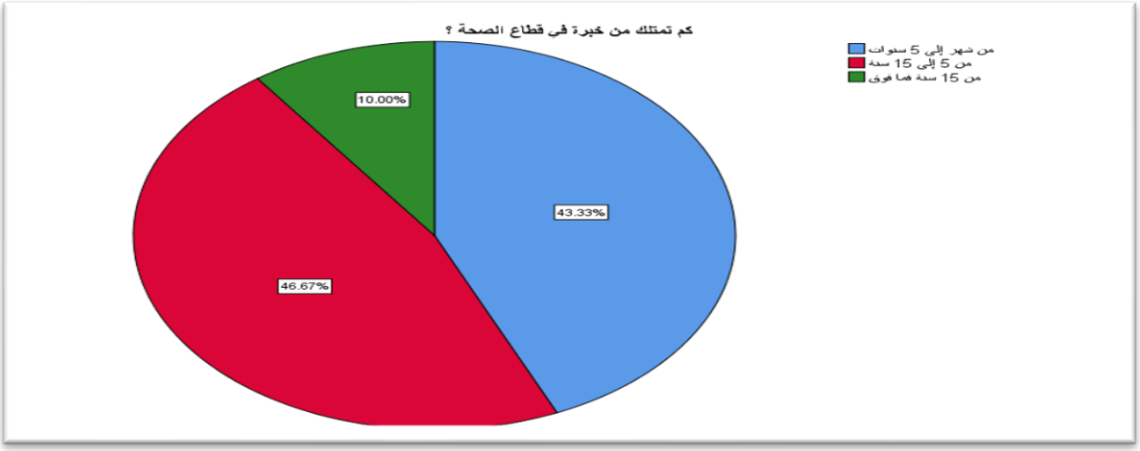
الجدول رقم (3-12): توزيع عينة ممارسي الصحة حسب الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	التكرار	النسبة المئوية
من شهر إلى 5 سنوات	26	%43.3
من 5 إلى 15 سنة	28	%46.7
من 15 سنة فما فوق	6	%10.0
المجموع	60	%100

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

يظهر من الجدول أن العمال الذين تراوحت خبرتهم بين 5 و15 سنة هي النسبة الأكبر من العينة بـ 46.7%، يليها العمال الذين خبرتهم أقل من 5 سنوات بنسبة 43.3%، ثم الذين تفوق خبرتهم 15 سنة بنسبة 10%.

الشكل رقم (3-8): التمثيل البياني لعينة ممارسي الصحة حسب الخبرة المهنية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الجدول السابق

المطلب الثاني: تحليل اتجاهات آراء المستجوبين حول نظام الجودة

توضح الجداول التالية النتائج التي تم التوصل إليها حول أسئلة محاور الاستبيان المتعلقة بدراستنا.

أولا: اتجاه مستجوبي عينة المواطنين حول فقرات الاستبيان

يوضح الجدول التالي النتائج التي تم التوصل إليها حول أسئلة الاستبيان الخاصة بعينة المواطنين.

الجدول رقم (3-13): نتائج آراء أفراد عينة المواطنين حول معايير جودة المنظومة الصحية

الرقم	العبارات	المتوسط	الانحراف	مستوى الموافقة
1	هل ترى أن مؤشرات الصحة في الجزائر قد تحسنت في السنوات الأخيرة؟	1.64	.479	لا
2	هل أنت راض عن الخدمات الصحية في الجزائر؟	3.91	.869	غير راض
3	هل يتلقى الأطفال رعاية صحية كافية؟	2.28	.666	لا
4	هل تتلقى النساء الحوامل رعاية صحية كافية؟	2.21	.609	لا
5	هل يتلقى أصحاب الأمراض المزمنة رعاية طبية كافية؟	2.20	.644	لا
6	هل هناك اهتمام بالصحة النفسية في الجزائر؟	2.61	.922	ربما
7	هل تعتقد أن المنظومة الصحية حققت نتائج كبيرة مقارنة بحجم الإنفاق الحكومي المخصص للصحة؟	3.62	.869	ضعيفة
8	هل أنت مع إلغاء تعميم مجانية العلاج واقتصاره على الفقراء فقط؟	2.59	1.341	متوسط
9	ما هو مشكل المنظومة الصحية في الجزائر؟	1.91	1.428	تسيير ومناجمنت
10	هل تحصل على الخدمات الصحية بسهولة؟	2.71	.694	بصعوبة
11	أين تكمن الصعوبة؟	5.38	1.356	بعد المسافة وطول المواعيد
12	هل تجد عديد الخيارات المتاحة نوعا وكما ومسافة؟	2.14	.943	متاحة
13	هل المنظومة الصحية الجزائرية وخدماتها تتلاءم مع تطلعاتك؟	2.43	.527	غير كاف
14	هل المرأة تجد عددا كافيا من النساء لتقديم الرعاية الصحية الخصوصية لها؟	1.92	.868	لا

15	هل أسعار الخدمات الصحية والأدوية تتلاءم مع قدرتك الشرائية؟	2.63	.999	نعم في القطاع العام
16	هل توفر لك بطاقة الشفاء خدمات صحية وأدوية كافية؟	2.05	.689	لا تغطي أهم الخدمات والأدوية
17	هل يلقى ذوي الاحتياجات الخاصة رعاية صحية كافية؟	2.38	.554	ربما
18	هل يلقى كبار السن رعاية صحية كافية؟	2.32	.598	لا
19	هل يحصل المواطن مهما كان مقر إقامته وجغرافيته على نفس نوعية الخدمات؟	2.06	.465	لا
20	ما هي المنطقة في الجزائر التي ترى أنها لا تتمتع بالتغطية الصحية الشاملة كما ونوعا؟	5.39	1.223	المدن الكبرى
21	هل يحصل المواطن مهما كان دخله المادي ومستواه الاجتماعي على نفس الخدمات الصحية كما ونوعا؟	2.06	.549	لا
22	هل هنالك محسوبية في المنظومة الصحية الجزائرية؟	1.38	.757	نعم
23	هل ترى أنه من العدالة أن يحصل مرتفعو الدخل على خدمات مجانية؟	2.03	.636	لا
24	هل يتلقى ممارسو الصحة في الجزائر نفس الحوافز بين المستشفيات القطاع العام والخاص؟	3.47	1.313	القطاع الخاص أكثر حوافزا
25	أيهما فيه جودة أكبر، القطاع العام أم القطاع الخاص؟	2.82	1.041	كلاهما
26	هل تثق في المنظومة الصحية الجزائرية؟	2.21	.667	لا
27	هل تثق في كفاءة الطبيب الجزائري؟	1.77	.902	لا
28	هل تثق في القطاع العام أم في القطاع الخاص؟	2.16	.805	القطاع الخاص
29	هل تشتغل في المنظومة الصحية؟	1.83	.374	نعم

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

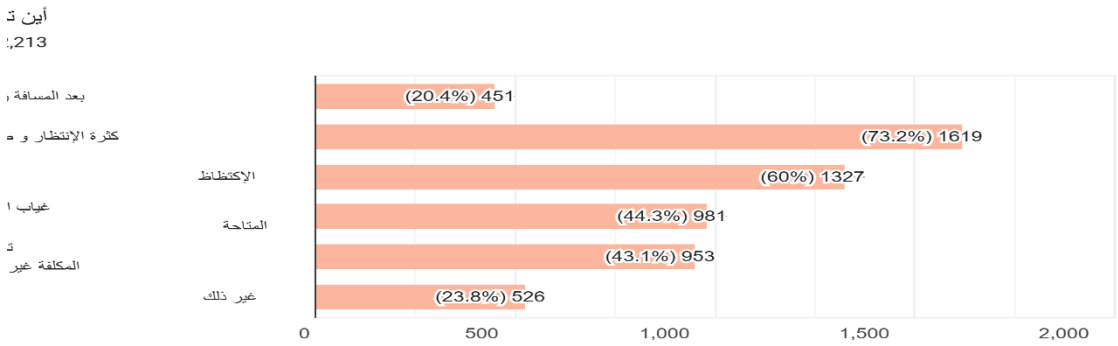
يشير الجدول رقم (13) إلى أن المتوسطات الحسابية للفقرات اتسمت باتجاهها المتوسط والمنخفض، بمعنى أن أغلب توجهات المستجوبين حول جودة خدمات المنظومة الصحية كانت دون المتوسط. بشيء من التفصيل:

- في معيار **فعالية المنظومة الصحية** بفقراته الست نرى أن عينة المواطنين تعتقد بوضوح أنه لا فعالية للمنظومة الصحية في الجزائر، حيث أجاب أغلب المستجوبون بـ "لا" في الأسئلة التالية: هل ترى أن مؤشرات الصحة في الجزائر قد تحسنت في السنوات الأخيرة، هل أنت راض عن الخدمات الصحية في الجزائر، هل يتلقى الأطفال رعاية صحية كافية، هل تتلقى النساء الحوامل رعاية صحية كافية، هل يتلقى أصحاب الأمراض المزمنة رعاية طبية كافية. وهو ما يمكن تفسيره بأن مستوى المنظومة الصحية في الجزائر دون المتوسط من حيث معيار الفعالية، ماعدا في سؤال هل هناك اهتمام بالصحة النفسية في الجزائر، فإن أغلب المستجوبين يرون بعين الشك لهذا البعد بأنه موجود في القطاع أم لا، بالنظر لعدم اطلاعهم الكافي على مدى اهتمام المنظومة الصحية في الجزائر بالصحة النفسية.
- وفي معيار **كفاءة المنظومة الصحية** بفقراته الثلاث نلاحظ أن عينة المواطنين تعتقد عموما أن كفاءة المنظومة الصحية في الجزائر متوسطة إلى ضعيفة بسبب ضعف التسيير والمناجمنت بالدرجة الأولى، حيث أجاب أغلب المستجوبون بأن النتائج ضعيفة حول سؤال هل تعتقد أن المنظومة الصحية حققت نتائج كبيرة مقارنة بحجم الإنفاق الحكومي المخصص للصحة، كما أن أغلب أفراد العينة مع رأي متوسط **يؤيد إلغاء تعميم مجانية العلاج واقتصاره على الفقراء فقط.**
- في معيار **إتاحة خدمات المنظومة الصحية** بفقراته الثلاث الملاحظ أن عينة المواطنين تعتقد أن الخدمات الصحية غير متاحة في المنظومة الصحية الجزائرية وفي نفس الوقت يرون أن البدائل متاحة، كما يرون أن أهم أسباب عدم توفر الخدمات للجميع هو بعد المسافة وصعوبة إيجاد المبيت بالإضافة إلى طول فترة المواعيد وصعوبتها.

73.2 بالمائة من المواطنين يلخصون المشاكل في **كثرة الانتظار و طول المواعيد** .

60 بالمائة يشتكون من **الاكتظاظ** . **44** بالمائة يشتكون من **نقص المعلومات** عن الخدمات و العيادات المتاحة.

43 بالمائة يشتكون بأن **التأمين** الصحي **لا يغطي** تكاليف بعض الخدمات المكلفة و غير المتوفرة في القطاع العام. **20** بالمائة يشتكون من **بعد المسافة** و تكاليف النقل و المبيت .



- في معيار **قبول خدمات المنظومة الصحية** من طرف المواطنين بفقراته الست، نرى أن أفراد العينة غير مقتنعة بالخدمات المقدمة بصفة كلية، يلاحظ هذا من الأسئلة المطروحة التي أجيب فيها بلا لدى الأغلبية وهي: هل المنظومة الصحية الجزائرية وخدماتها تتلاءم مع تطلعاتك، هل المرأة تجد عددا كافيا من النساء لتقديم الرعاية الصحية الخصوصية لها، هل توفر لك بطاقة الشفاء خدمات صحية وأدوية كافية، هل يلقى كبار السن رعاية صحية كافية. في حين أن الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة لم يبد المستجوبون رأيهم بصراحة ربما لعدم اطلاعهم الكافي على معطيات هذه الفئة. من جهة أخرى يعتقد أفراد العينة أن الأسعار معقولة وتتلاءم مع القدرة الشرائية للمواطن فقط في القطاع العام، وهذه هي الفقرة الوحيدة التي نحت نحو الاتجاه الإيجابي.
- في معيار **عدالة المنظومة الصحية** بفقراته السبع والذي يعتبر من أهم معايير تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر، يلاحظ أن أفراد العينة غير مقتنعة بتاتا بعدالة الخدمات المقدمة، يلاحظ هذا من الأسئلة التالية: هل يحصل المواطن مهما كان مقر إقامته وجغرافيته على نفس نوعية الخدمات، هل يحصل المواطن مهما كان دخله المادي ومستواه الاجتماعي على نفس الخدمات الصحية كما ونوعا، هل ترى أنه من العدالة أن يحصل مرتفعو الدخل على خدمات مجانية. أغلب الاستجابات جابت بالنفي وهو ما يعني عدالة منخفضة. أما بخصوص المحسوبية في المنظومة الصحية الجزائرية فقد أجاب أغلب المستجوبين بوضوح بوجودها وهو ما يكرس النتيجة السابقة. ويرى عينة المواطنين أن المدن الكبرى هي أكثر المناطق التي تعاني من عدم العدالة لعدم توفر وشمول الخدمات الصحية في اتجاه معاكس للتوقعات. أما بخصوص الحوافز المقدمة لممارسي الصحة فيرون أن القطاع العام والخاص يتشابهان في نظام التحفيزات.
- في معيار **أمان المنظومة الصحية** بفقراته الأربع، نرى أن أفراد العينة تعتقد بوضوح أنه لا أمان في الخدمات المقدمة، يلاحظ هذا من خلال الأسئلة التالية: هل تثق في المنظومة الصحية الجزائرية، هل تثق في كفاءة الطبيب الجزائري، التي أجاب الأغلبية بأنهم لا يثقون فيهما. مع ذلك يميل المواطن إلى القطاع الخاص من حيث الأمان مثلما نلاحظه من السؤال الأخير.

1. اتجاه مستجوبي عينة ممارسي الصحة حول فقرات الاستبيان

يوضح الجدول التالي النتائج التي تم التوصل إليها حول أسئلة الاستبيان الخاصة بعينة ممارسي الصحة.

الجدول رقم (3-14): نتائج آراء أفراد عينة ممارسي الصحة حول معايير جودة المنظومة الصحية

الرقم	العبارات	المتوسط	الانحراف	مستوى الموافقة
1	ما هو تقييمك للمنظومة الصحية بالجزائر؟	3.70	.766	ضعيفة
2	ما هي مشاكل المنظومة الصحية في نظرك؟	7.65	1.538	مشكل تسيير وتمويل
3	هل تتفق مع سياسة تعميم مجانية العلاج في الجزائر على كل المواطنين مهما اختلفت مداخيلهم ومستواهم المعيشي؟	3.75	1.216	غير موافق
4	هل تعتقد أن تعميم مجانية العلاج في الجزائر سبب في عدم تقديم حوافز لممارسي الصحة في الجزائر؟	2.32	1.228	موافق
5	هل أنت مع أن تقتصر المجانية على الفقراء ومحدودي الدخل فقط؟	1.58	.850	موافق
6	هل إصلاح منظومة تسعير الخدمات الصحية في القطاع العام بحيث يشتري المواطن تأمينا صحيا سنويا حسب مستواه المعيشي يعتبر أمرا ضروريا؟	1.67	.896	غير موافق
7	ما هي الحوافز التي تبحث عنها كممارس للصحة حسب الأولويات؟	2.63	1.314	التحفيزات المعنوية
8	إذا كنت تمارس وظيفتك في القطاع العام، هل تفكر في الرحيل إلى:	2.35	1.132	الهجرة الى الخارج
9	هل أنت راض عن التكوين الذي حصلت عليه في الجامعة؟	3.55	1.489	غير راض
10	ما هي الحوافز التي تجعلك تقوم بعملك على أكمل وجه؟	2.98	1.186	في بيئة تنافسية لابد أن أثبت مهارتي وكفاءتي للزبائن وللمسؤولين

11	هل ترى أن المؤسسة الصحية هي مؤسسة اجتماعية أم مؤسسة اقتصادية؟	1.98	.965	مؤسسة اقتصادية تهدف إلى تحقيق إيرادات عن طريق بيع الخدمات

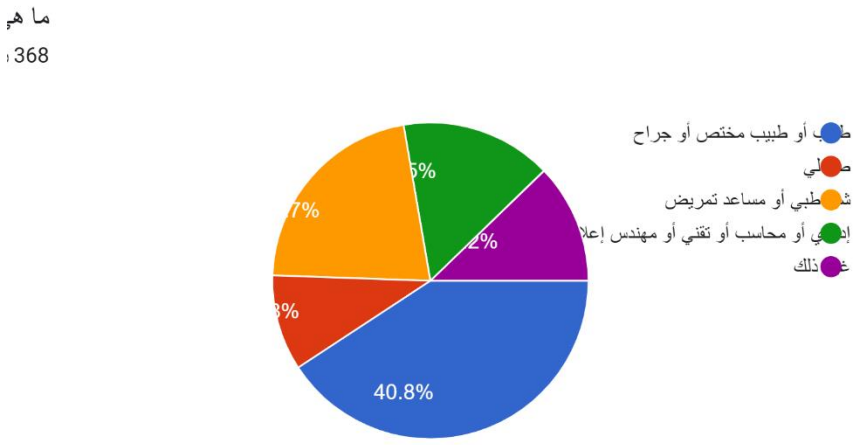
المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (14) إلى أن المتوسطات الحسابية للفقرات اتسمت باتجاهها المتوسط والمنخفض، بمعنى أن أغلب توجهات ممارسي الصحة حول جودة خدمات المنظومة الصحية كانت دون المتوسط مثلما لاحظناه لدى المواطنين.

في مقدمة الفقرات التي نفاها أفراد العينة بوضوح الفقرة الأولى التي تنص على "ما هو تقييمك للمنظومة الصحية بالجزائر"، ويرون أن المشكلة في التسيير والحوكمة من جهة وفي ضعف التمويل من جهة أخرى في اتجاه مماثل لما يعتقده المواطنون في العينة الأولى. نفس رأي العينة الأولى بخصوص سؤال هل تتفق مع سياسة تعميم مجانية العلاج في الجزائر على كل المواطنين مهما اختلفت مداخيلهم ومستواهم المعيشي، يجيب ممارسي الصحة بأنهم ضد هذا التوجه لأنه حسب رأيهم هو المسبب في قلة الحوافز المادية لعمال القطاع وفي المقابل يطلبون أن توجه مجانية العلاج لمحدودي الدخل فقط. من جهة أخرى لا يربط أغلب ممارسي الصحة جودة خدماتهم بالحافز المادي بل يرون أن الحافز المعنوي هو المحفز بالدرجة الأولى وهو ما يفسر تفكير أغلبية عمال القطاع العام في الهجرة إلى الخارج.

المطلب الثالث : مشاكل المنظومة الصحية من وجهة نظر ممارسي الصحة حسب سبر الآراء من خلال الإستبيان :

شارك في سبر الآراء **368** ممارسا صحيا

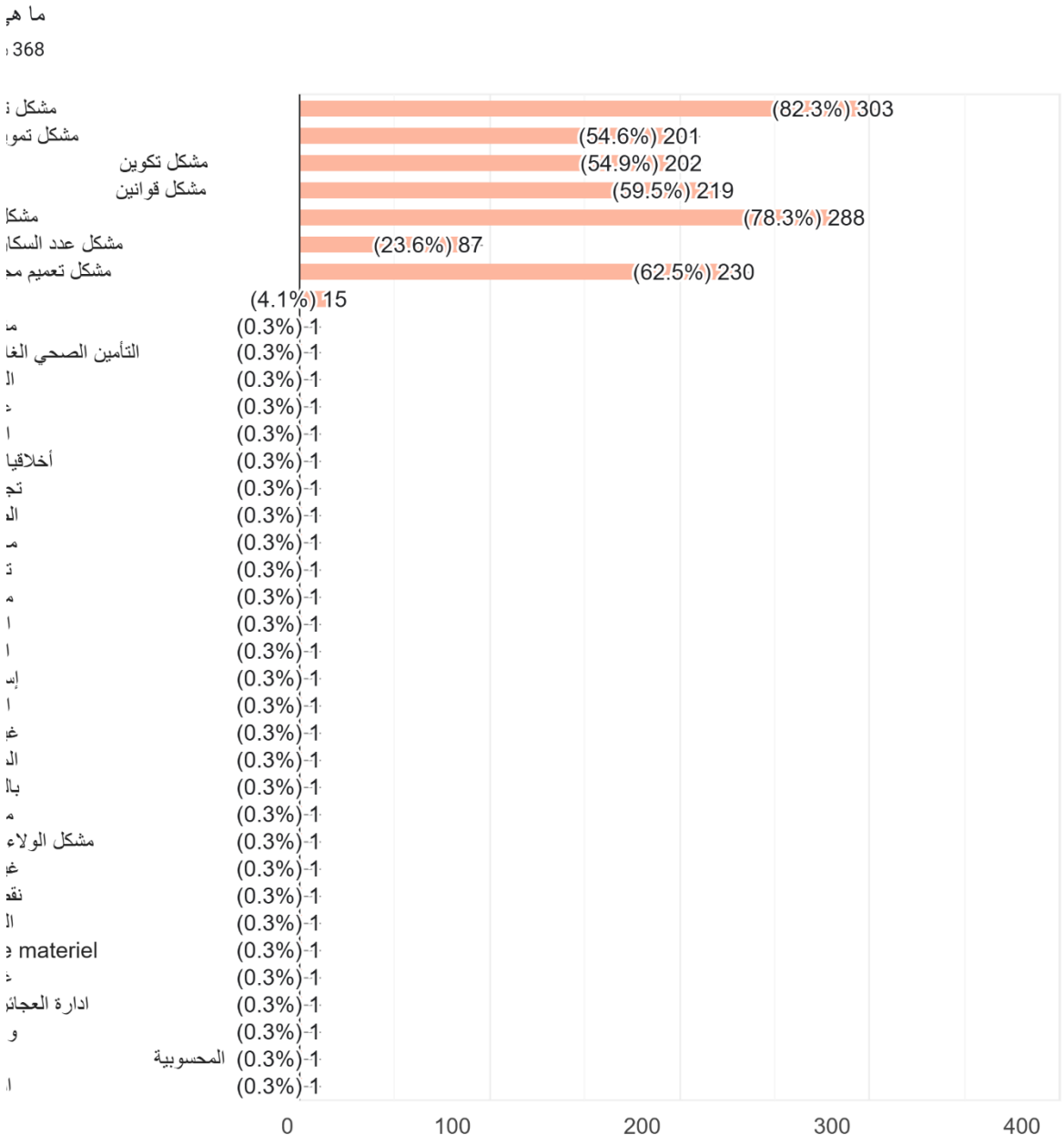


150 طبيب و طبيب مختص و جراح ، 80 ممرض و شبه طبي ، 36 صيدلي ، 57 إداري ، 45 غير ذلك.

272 في القطاع العام و البقية في القطاع الخاص و المختلط .

لخصوا المشاكل في ما يلي :

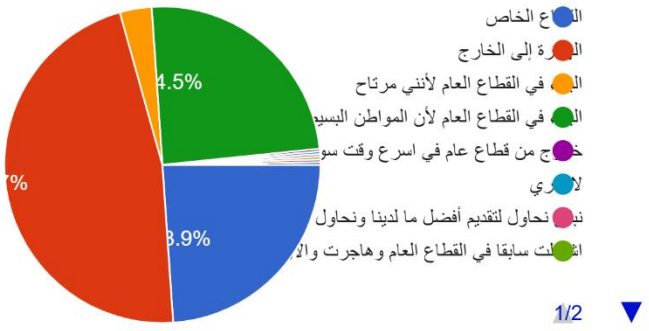
82 بالمائة : يرون أن المشكل في **المناجمنت** و الحوكمة . 54 بالمائة يرون أن المشكل في **ضعف التمويل** ، **54 بالمائة** يرون أن المشكل في **التكوين** ، **59 بالمائة** يرون المشكل في **القوانين** ، **78** بالمائة يرون المشكل في **غياب الحوافز** ، **23 بالماىئة** يرون أن القطاع الصحي لم يعد يواكب **عدد السكان المرتفع** . **62 بالمائة** يرون المشكل في **تعميم مجانية العلاج** .



المصدر نتائج سبر الآراء المقدم من طرف الطالب .

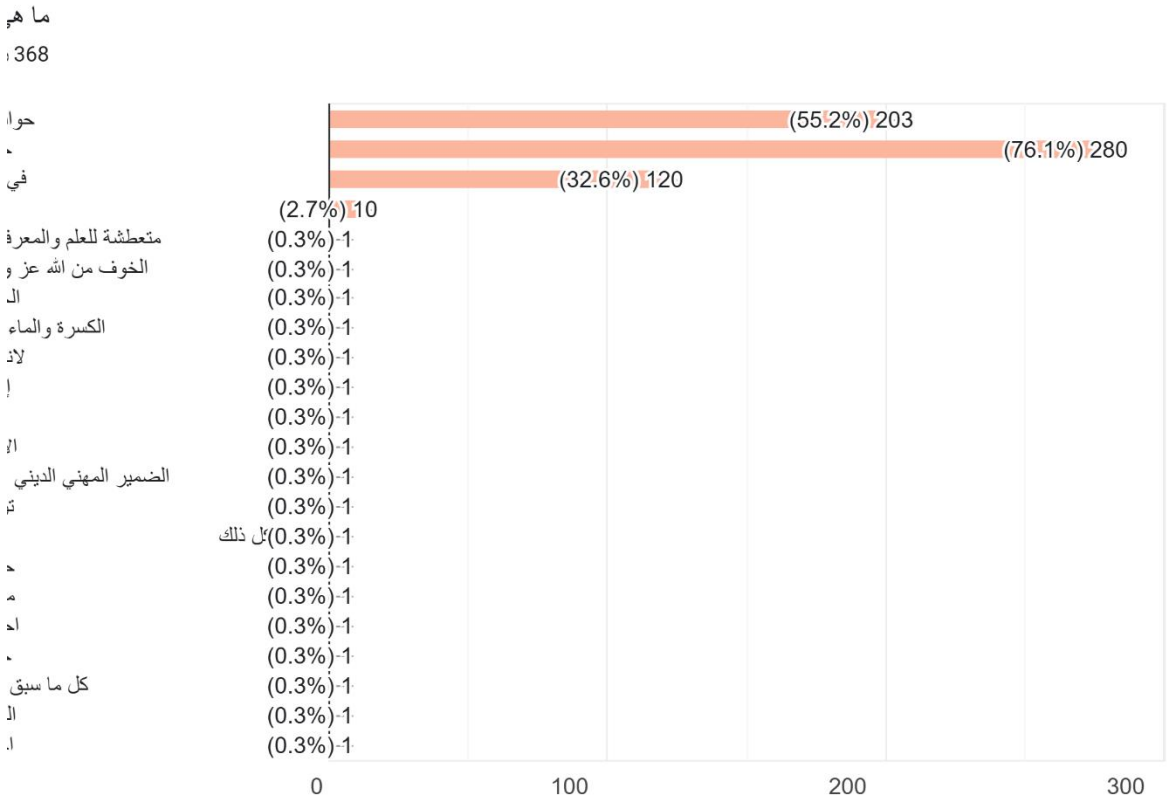
و نتيجة لهذه المشاكل **46 بالمائة** يفكرون في **الهجرة** إلى الخارج ، **23 بالمائة** يفكرون في **الانتقال** للقطاع **الخاص** ، **24 بالمائة** يفكرون في البقاء بالقطاع العام نظرا لحاجة المرضى إليهم أي **البعد الأخلاقي** .

إذا كا
368



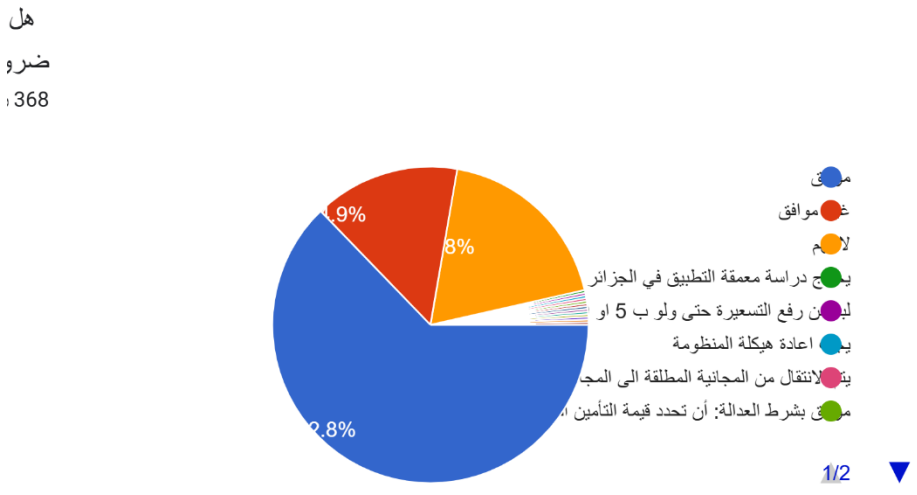
المصدر نتائج سبر الآراء المقدم من طرف الطالب .

و في إجابتهم على سؤال ماهي الحوافز التي تجعلك تقوم بعملك على أكمل وجه ، كانت الإجابة كالتالي : **55** بالمائة يبحثون عن **الحوافز المادية** ، **76** بالمائة يبحثون عن **الحوافز الأخلاقية** التي لها علاقة بالدين و القيم . **32** بالمائة تحفزهم **المنافسة** .



المصدر نتائج سبر الآراء المقدم من طرف الطالب .

من جانب الحلول، أغلبية ممارسي الصحة يعتقدون أن الحل يكمن في اعتبار المستشفيات مؤسسات اقتصادية وربحية أكثر منها اجتماعية، وأن العامل لكي يقوم بمهامه بصفة مكتملة لابد أن يوضع في بيئة تنافسية تظهر كفاءته وقدرته.



المصدر نتائج سبر الآراء المقدم من طرف الطالب .

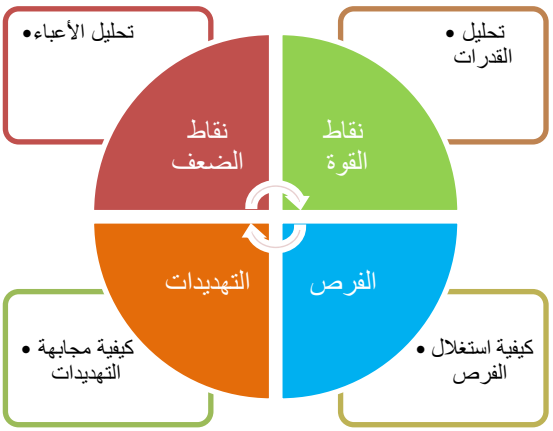
المطلب الرابع: تحليل SWOT للنظام الصحي الجزائري

يعتبر أسلوب **SWOT** هو تحليل للبيئة الداخلية والخارجية للمنظمة والتي يكون لها تأثير مباشر على أداءها والمتمثلة بالمكونات التنظيمية والمؤسساتية وتقييم الأداء مما يساعد المنشأة في التركيز على نقاط القوة والضعف في البيئة الداخلية والفرص والتهديدات القادمة من البيئة الخارجية، وعليه يمكن تعريف تحليل سووت بأنه عملية تحديد وتشخيص الفرص والتهديدات التي يمكن استثمارها أو الاستعداد لها على التوالي فضلا عن الاهتمام بتشخيص مواقع القوة والضعف في البيئة الداخلية للمنشأة وتحديد انعكاساتها.

أهداف تحليل SWOT: يوجد العديد من الأهداف التي يتم تحقيقها من خلال تطبيق تحليل SWOT على النظم الصحية مثلا وهي: [1]

- تحليل البيئة المؤسساتية لقطاع الصحة.
- تحليل الموارد والقدرات الاستراتيجية المادية والبشرية والمعرفية.
- تطوير رؤية جديدة.
- تطوير الخيارات والبدائل الاستراتيجية.
- التنفيذ والرقابة الاستراتيجية.
- التحكم في التكاليف، وتحقيق الكفاءة، والفعالية، والعدالة.

الشكل رقم (3-10): يوضح طريقة استعمال تحليل SWOT في النظم الصحية



المصدر: من إعداد الطالب

[1] محمود عبد الفتاح، **في خفض تكلفة المنتج في المنشآت الصغير والمتوسطة، دراسة تطبيقية**، المجلة المصرية للدراسات التجارية، جامعة المنصورة، مصر، ص 14، على الرابط: https://alat.journals.ekb.eg/article_218260_fa0632adf7adbd4dc4bfe31756392758.pdf

بناء على نموذج المبين في الشكل، سنحاول تحليل فرص وتهديدات، نقاط قوة وضعف النظام الصحي الجزائري، والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-7): تحليل swot للنظام الصحي الجزائري

البيئة الداخلية	
نقاط القوة	**نقاط الضعف**
. الإمكانيات المادية المعتبرة. . الإمكانيات البشرية المكونة. . تعداد الهياكل وانتشارها. انخفاض تكاليف الطاقة والمواد المدعمة. . الإرادة السياسية نحو الإصلاح. . نضج نظام التأمين عن طريق بطاقة الشفاء.	. ضعف في المناجمنت الصحي. . الصراع بين الإداري والطبي. . ضعف منظومة الحوافز. . ضعف التوازن الجغرافي في توزيع الخدمات. . ضعف تعبئة الموارد. . تعميم المجانية على الفقراء والأغنياء على حد سواء. . هجرة الكفاءات نحو الخارج أو القطاع الخاص. . تأخر الرقمنة في القطاع. . عدم تناظر المعلومات بين المريض والطبيب. . عدم تطبيق مبادئ التسيير العمومي الحديث. عدم الاستفادة من حوافز القطاع الخاص.
البيئة الخارجية	
الفرص	**التهديدات**
. استقطاب الكفاءات الجزائرية في الخارج. . إمكانيات في السياحة العلاجية. . توفر الإطارات الشابة. . الموقع الجغرافي الممتاز للجزائر. . إمكانية انتهاج استراتيجية الوقف الصحي والتكافل الصحي الإسلامي. . إمكانية استقطاب السوق الإفريقية والعربية للجزائر. . قدرة التكنولوجيا الرقمية على خفض التكاليف. . الاستفادة من دروس جائحة كورونا.	. ارتفاع عدد السكان. . ارتفاع تكاليف التكنولوجيا الطبية المستوردة. . ارتفاع تكاليف واردات الدواء. . التغيرات المناخية. . تهديدات الأمن الغذائي والمائي. . التهديدات الأمنية والجيوسياسية التي يشهدها العالم. . الإغراءات الخارجية للكفاءات الجزائرية الداخلية. . شساعة مساحة الجزائر وصعوبة تحقيق التغطية الصحية الشاملة بالفعالية اللازمة.

. استقطاب موارد كافية من القطاعات الأخرى.	. الأزمات الاقتصادية والاجتماعية وآثارها الوخيمة على الصحة العمومية.

المصدر: من إعداد الطالب

المطلب الخامس: اختبار الفرضيات وتحليل النتائج: في هذا المطلب سنقوم باختبار فرضيات الدراسة وتفسير النتائج المتوصل لها.

1. **الفرضية الأولى:** التي تنص على أن طرق تمويل وتسيير الموارد المخصصة للنظام الصحي في الجزائر لا تحقق جودة الخدمات. قد تم اختبار هذه الفرضية من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة المواطنين على العبارات الممثلة، والتي تقيس أبعاد جودة المنظومة الصحية الستة: الفعالية، الكفاءة، القبول، الإتاحة، العدالة، الأمان. حيث اتجهت أغلب الإجابات نحو المستوى المنخفض للخدمات المقدمة في القطاع الصحي في الجزائر مقارنة بطريقة تمويل وتسيير مؤسسات القطاع، مما يؤدي إلى **قبول الفرضية الأولى.**

2. **الفرضية الثانية:** التي تنص على: أن اعتبار الصحة كسلعة عمومية يجعلها بعيدة عن المنافسة وبالتالي يؤثر سلبا على جودة الخدمات الصحية. وقد تم اختبار هذه الفرضية من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة ممارسي الصحة للعبارات الممثلة، والتي تقيس أبعاد المنظومة الصحية ممثلة في مؤسساتها ونوع القطاع والتحفيزات المقدمة وتسعير الخدمات. حيث اتجهت أغلب الإجابات نحو اعتبار مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر تعمل بمستوى منخفض، وأن اعتبار الصحة سلعة خاصة وتقييد مجانية العلاج قد يؤدي إلى تحفيزات أكثر وخدمات أكفأ. مما يؤدي إلى **قبول الفرضية الثانية.**

3. **الفرضية الثالثة:** التي تنص على أن: مبدأ تعميم مجانية العلاج على مرتفعي الدخل يجعل الدولة تخسر موارد كبيرة يمكنها أن تساهم في الرفع من جودة الخدمات الصحية. وقد تم اختبار هذه الفرضية من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة ممارسي الصحة على العبارات الممثلة، والتي تقيس أبعاد المنظومة الصحية ممثلة في مؤسساتها ونوع القطاع والتحفيزات المقدمة وتسعير الخدمات إلخ. حيث اتجهت أغلب الإجابات نحو اعتبار مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر تعمل بمستوى منخفض، وأن اعتبار الصحة سلعة خاصة وتقييد مجانية العلاج قد يؤدي إلى تحفيزات أكثر وخدمات أكفأ. مما يؤدي إلى **قبول الفرضية الثالثة.**

4. **الفرضية الرابعة:** والتي نصت على: يرتبط ضعف جودة الخدمات الصحية في الجزائر لانخفاض تكاليف الإنفاق على الخدمات والهياكل. تم اختبار صحة هذه الفرضية من خلال تحليل التكاليف في مستشفى عمومي

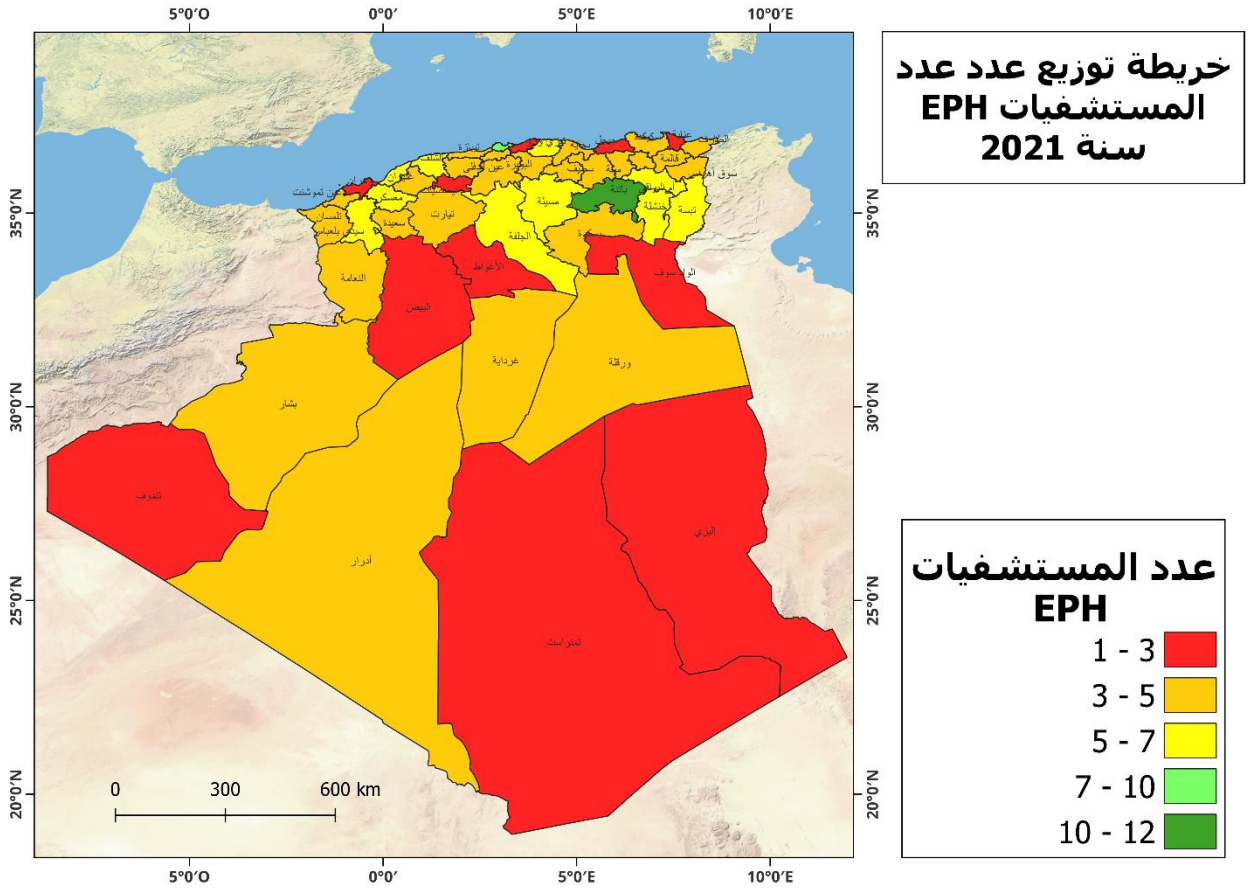
(مستشفى الشطية)، وتم التوصل أن هناك نفقات ضخمة تنفقها الدولة على الخدمات الصحية، ولا يشعر بها المواطن فقط لأنها مجانية، وهذا يجعلنا **نرفض الفرضية الرابعة**، وهو ما يتفق مع نتائج اختبار الفرضيات الأخرى بأن ضعف جودة الخدمات الصحية في الجزائر هو مشكل مناجمنت وحوافز.

المطلب السادس : تحليل مؤشر التغطية الصحية الشاملة عبر نظام المعلومات الجغرافي GIS

يعتبر تحليل مؤشر التغطية الصحية الشاملة من أهم التحاليل التي تبين مدى جودة النظم الصحية و التي تبين معياري الإتاحة ، أي سهولة الوصول للخدمة الصحية ، و العدالة ، أي مدى استفادة كل السكان من نفس حجم و نوعية الخدمات المقدمة .

و استخدمنا لأجل هذا التحليل تقنية نظام المعلومات الجغرافية GIS وهو نظام رقمي يسمح بتحويل البيانات إلى خرائط جغرافية توضيحية للظارهة المراد دراستها جغرافيا . و قد استعملنا هذه التقنية لرسم الخارطة الجغرافية للهياكل الصحية و البشرية المقدمة لكل ولاية حسب التقسيم الإداري لسنة 2021 و الذي كان يعتمد على 48 ولاية إدارية و صحية .

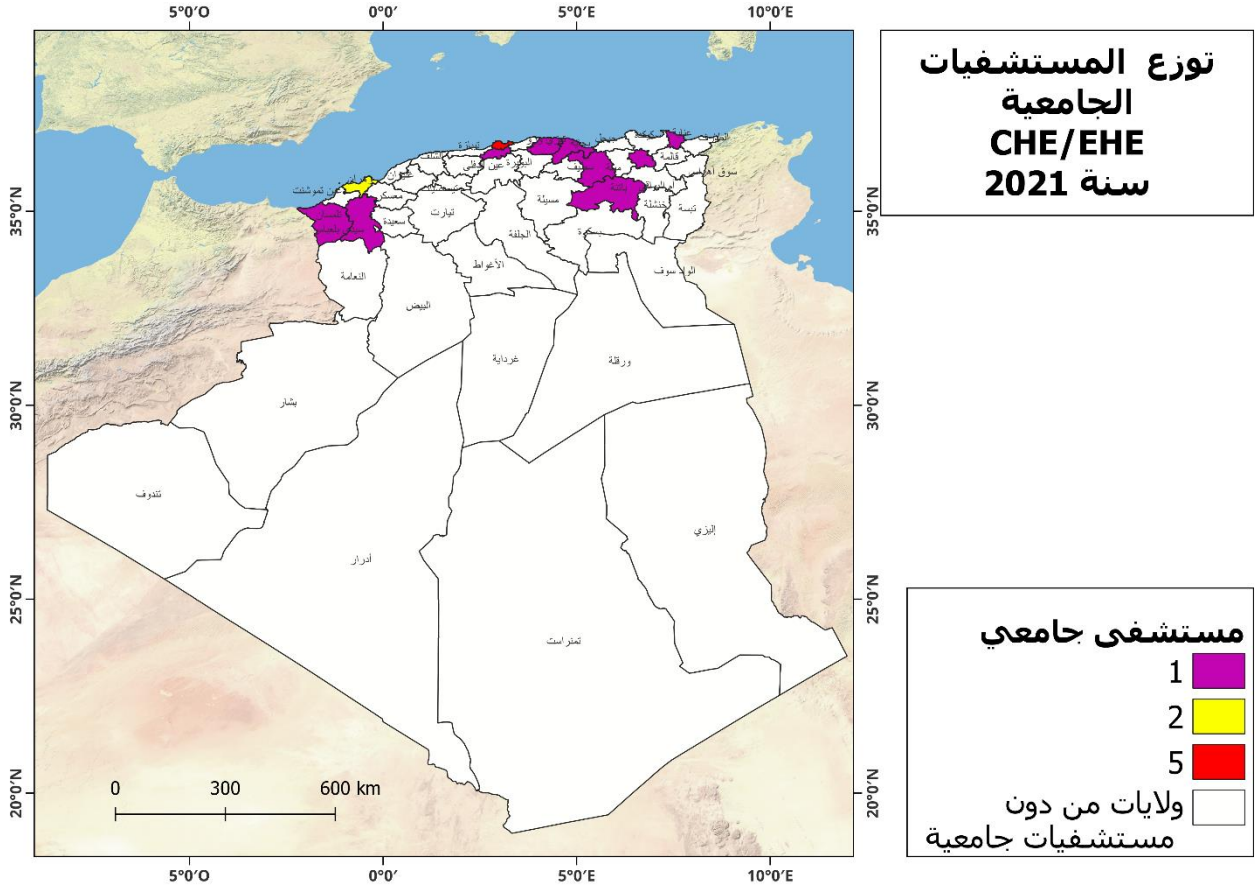
الخريطة 01 : توزيع عدد المستشفيات EPH سنة 2021



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

نلاحظ من خلال هذه الخريطة أن هنالك اختلاف في توزع المستشفيات العمومية عبر الوطن و يرجع ذلك أساسا للتوزيع الديموغرافي حسب كل ولاية ، بحيث خصص للولايات ذات الكثافة السكانية مستشفيات كثيرة ، لكن للولايات ذات الكثافة السكانية المنخفضة مستشفيات قليلة ، أما ولاية مثل العاصمة فتتميز بكثرة المستشفيات الجامعية الكبرى و التي تعوض المستشفى العمومي الصغير . لكن ما ينبغي الإشارة إليه هو بعد المسافة بين البلديات و بين المستشفيات في الولايات الصحراوية الكبرى و هو ما يؤثر على معيار الإتاحة و العدالة .

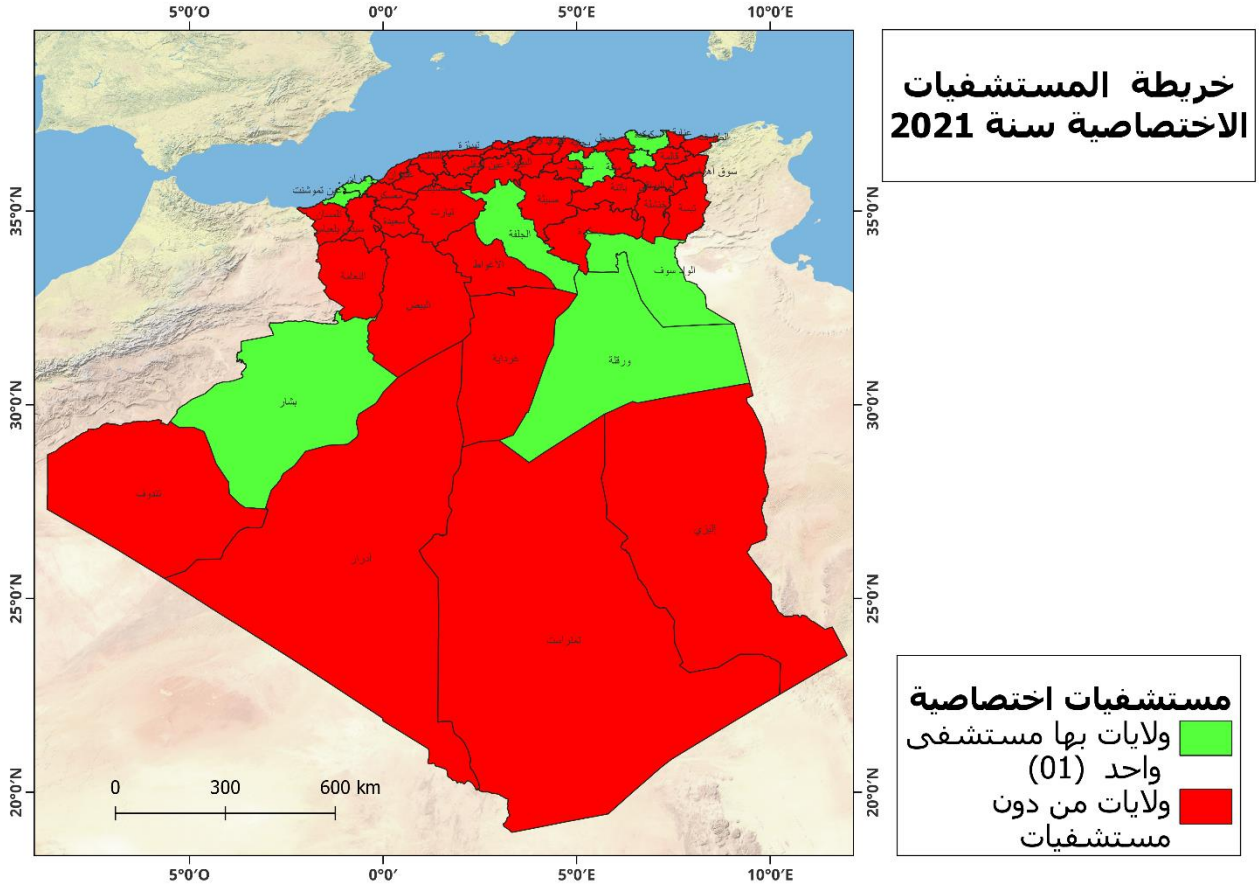
الخريطة 02 : توزيع المستشفيات الجامعية و الكبرى



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

نلاحظ أن عدد المستشفيات الجامعية قليل جدا عبر الوطن ، 05 منها تتمركز في العاصمة و البقية كلها تتمركز في الشمال ، و هذا ما يؤثر على جودة المنظومة الصحية من حيث معيار الإتاحة و العدالة . كما يؤثر هذا الأمر على جودة التكوين في مجال الطب بما أن المستشفيات الجامعية لها دور تكويني للأطباء المقيمين المتخصصين ، و يشتكي سكان الجنوب دوما من عدم عدالة توزيع المستشفيات الجامعية .

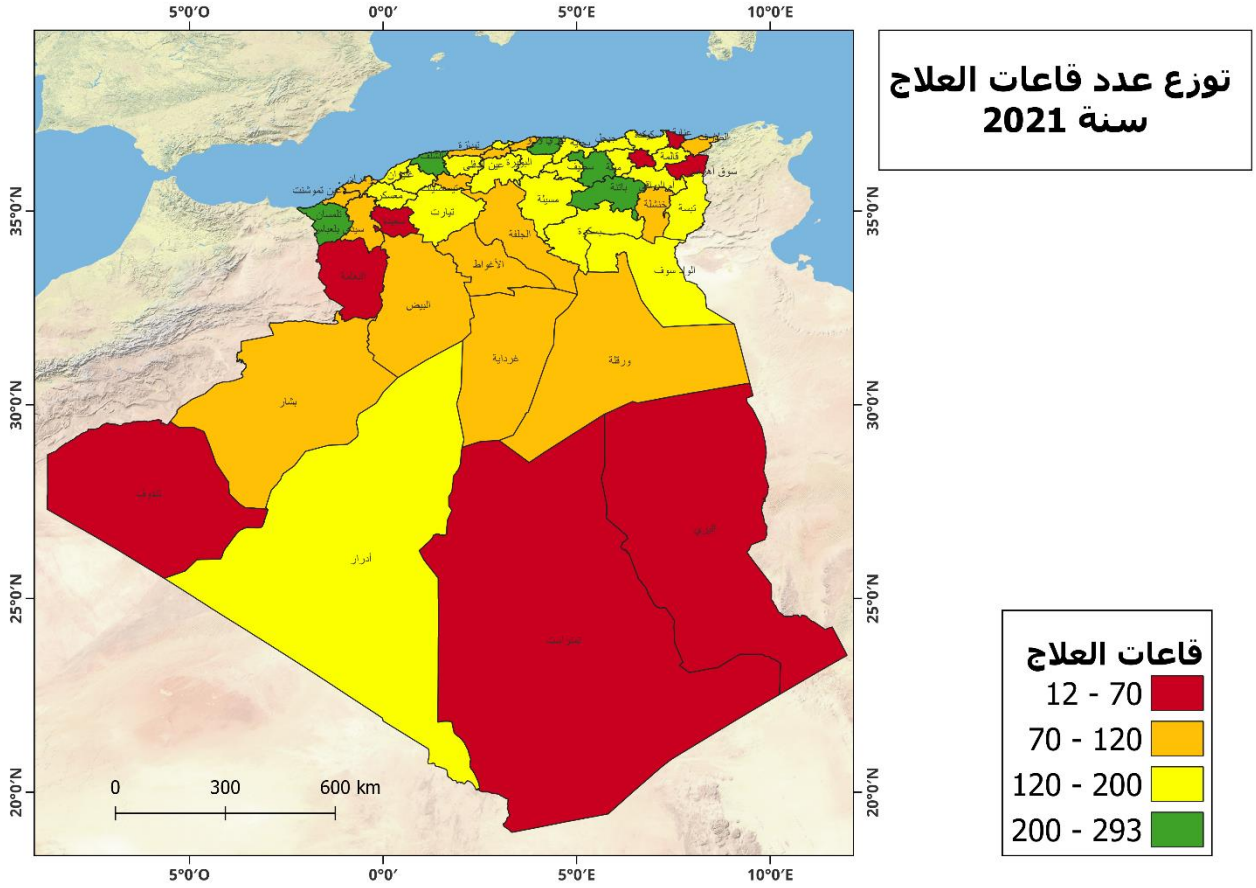
الخريطة 03 : توزيع المستشفيات الاختصاصية



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

تبين هذه الخريطة النقص الكبير في عدد المستشفيات التخصصية عبر الوطن و غياب أي مستشفى تخصصي بأقصى جنوب الجزائر ، مما يعني الانتقال لمسافات كبيرة جدا لأجل الحصول على خدمة صحية نوعية ، فمثلا هنالك مستشفى وحيد لأمراض الكلى موجود في البليدة . أي إذا كنت من سكان برج باجي مختار عليك أن تقطع مسافة 1800 كلم للاستشفاء فيه . مما يؤثر على مؤشر التغطية الصحية الشاملة و على معياري الإتاحة و العدالة في التوزيع .

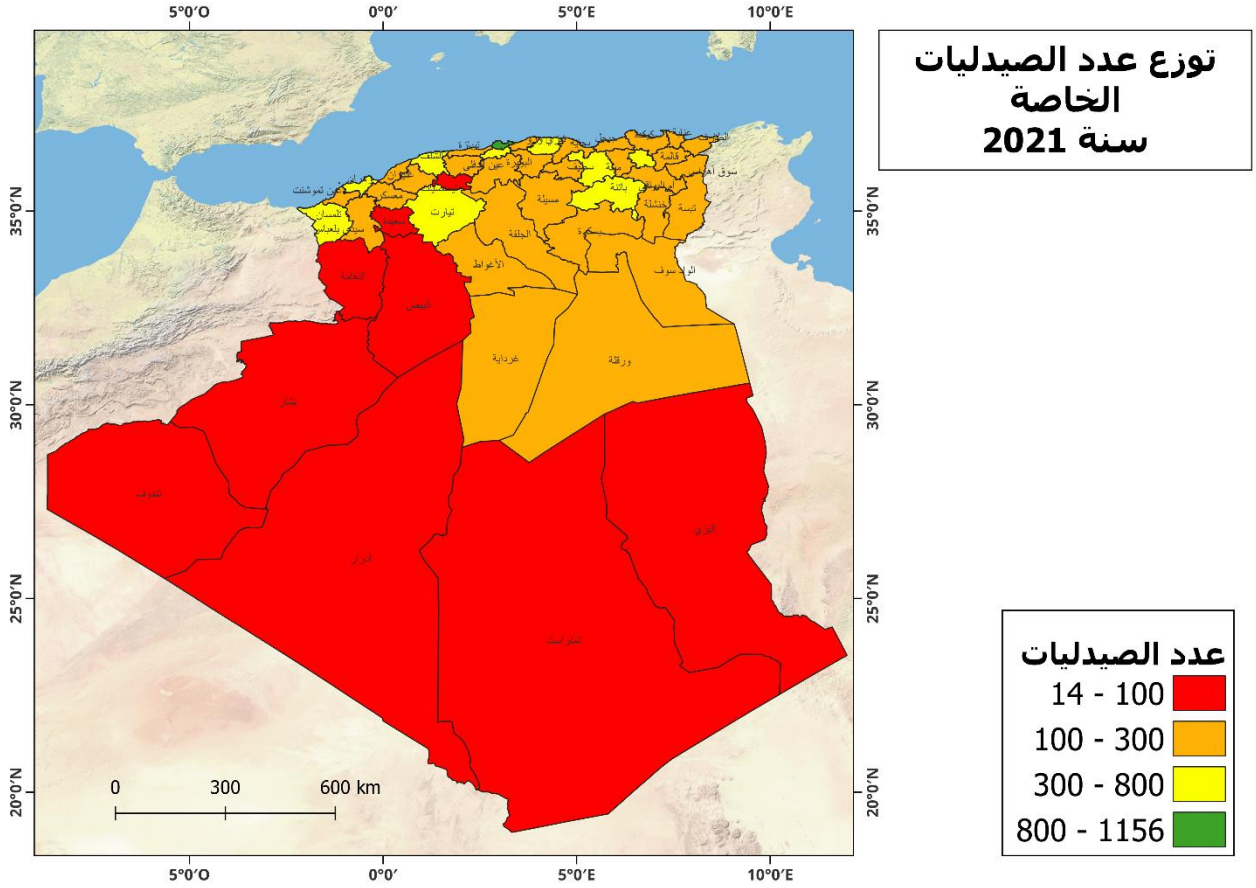
الخريطة 04 : توزيع عدد قاعات العلاج



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

تعتبر قاعات العلاج الجوارية أهم عنصر في المنظومات الصحية لأنها تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية و خدمات الوقاية و التوجيه لكافة المواطنين . و من خلال الخريطة نجد تفاوتا كميا بين المناطق الجغرافية لكنه يأخذ بعين الاعتبار عدد السكان لكل ولاية ، رغم ذلك تسجل بعض الولايات نقصا كبيرا .

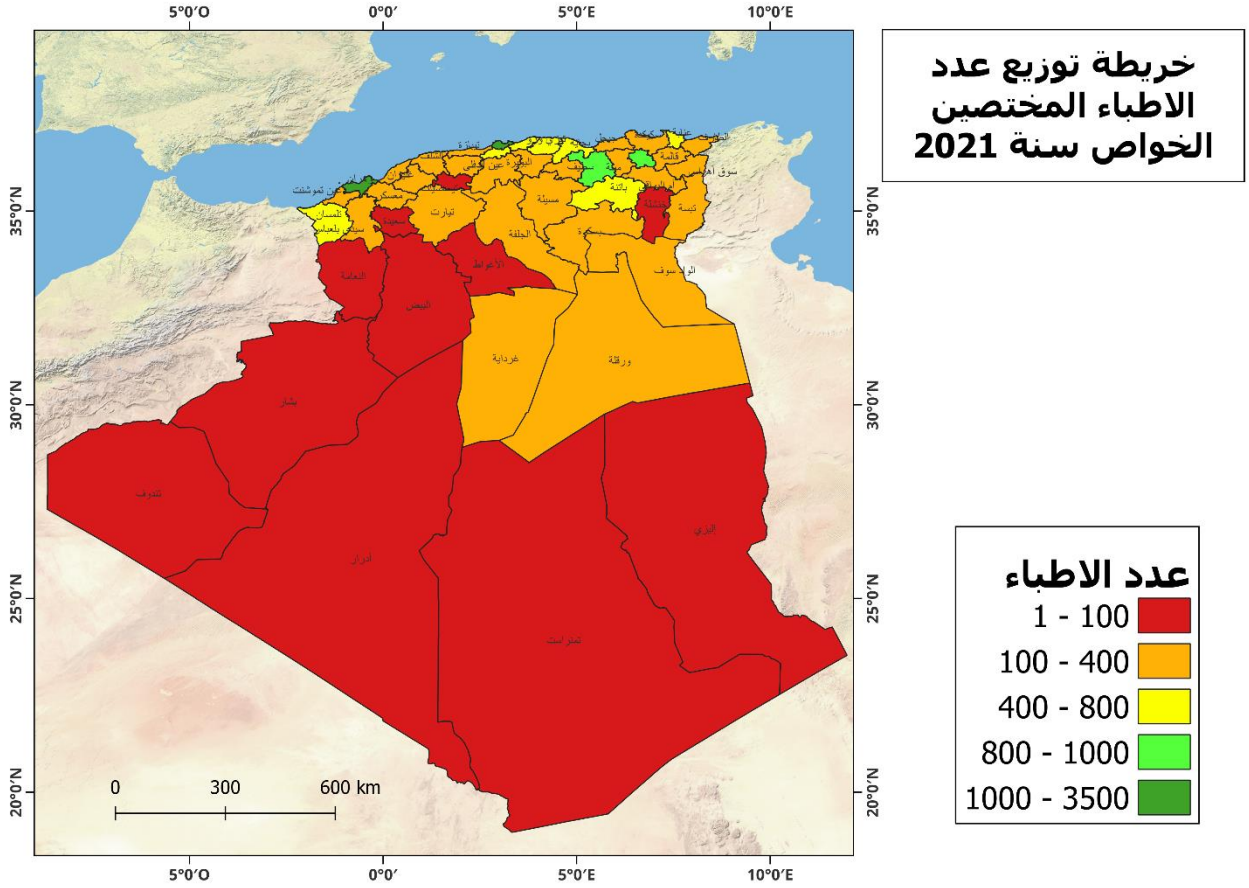
الخريطة 05 : توزيع الصيدليات عبر الولايات



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

لا يمكن للخدمة الصحية أن تكون فعالة إلى لم نوفر العرض الكافي من الدواء ، هذه الخريطة توضح بشكل جلي التوزيع غير العادل للصيدليات عبر الوطن رغم أنه يأخذ بعين الاعتبار معيار عدد السكان ، لكنه يغفل عن معيار المسافة ، فكم سيقطع المواطن من مسافة ليجد صيدلية في الليل ؟ لهذا من الأفضل تزويد كل قاعة علاج بصيدلية صغيرة بما أن الحافز الأول للصيدلي بالقطاع الخاص هو الجدوى الاقتصادية و تتبع كثافة السكان .

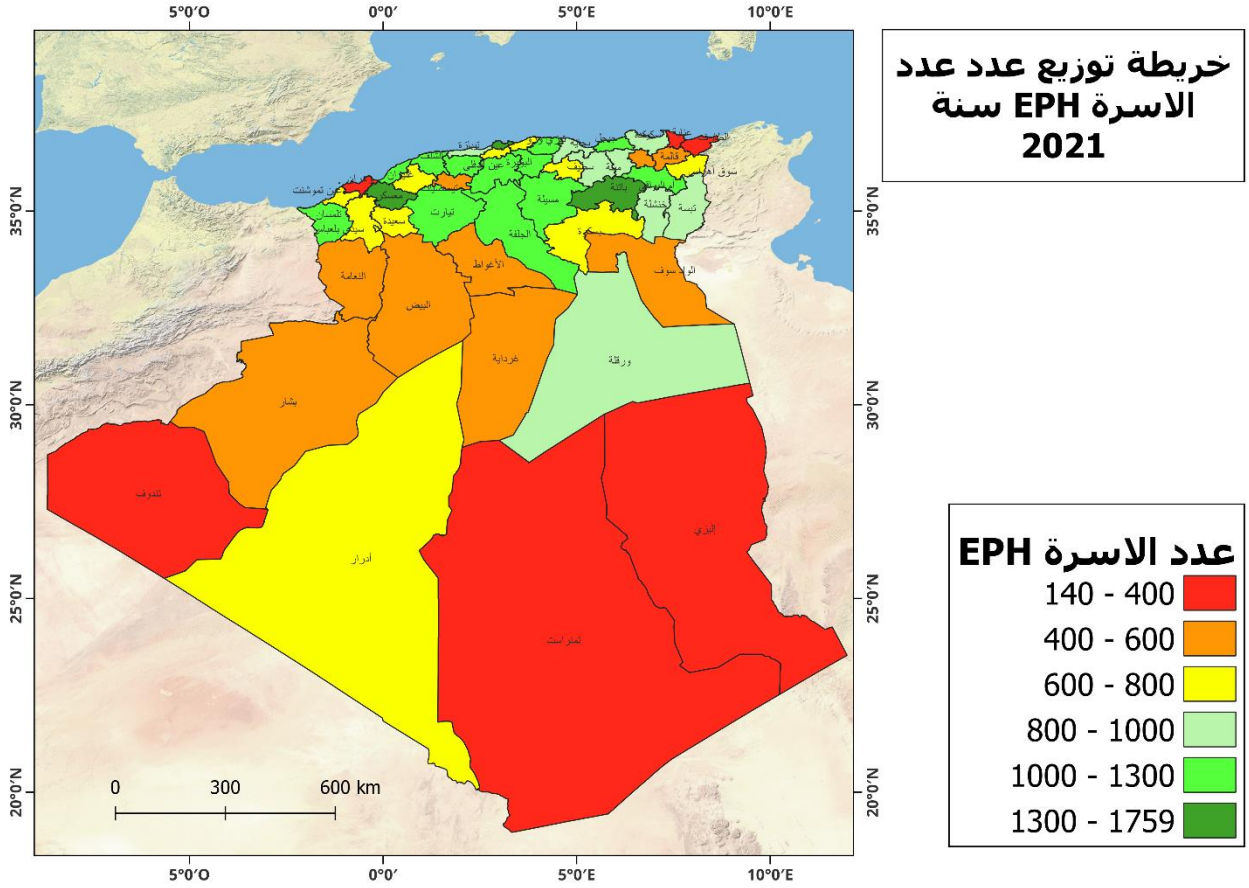
الخريطة 06 : توزيع عدد الأطباء المختصين الخواص .



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

هذه الخريطة توضح بشكل جلي النقص الفادح في عدد الأطباء المختصين بولايات الجنوب و حتى ولايات الشمال ذات الكثافة السكانية الصعيفة ، و يعزى ذلك للبعد التجاري لدى الطبيب المختص في القطاع الخاص . هذا الأمر يؤثر على معيار التغطية الصحية الشاملة و معيار الإتاحة و العدالة .

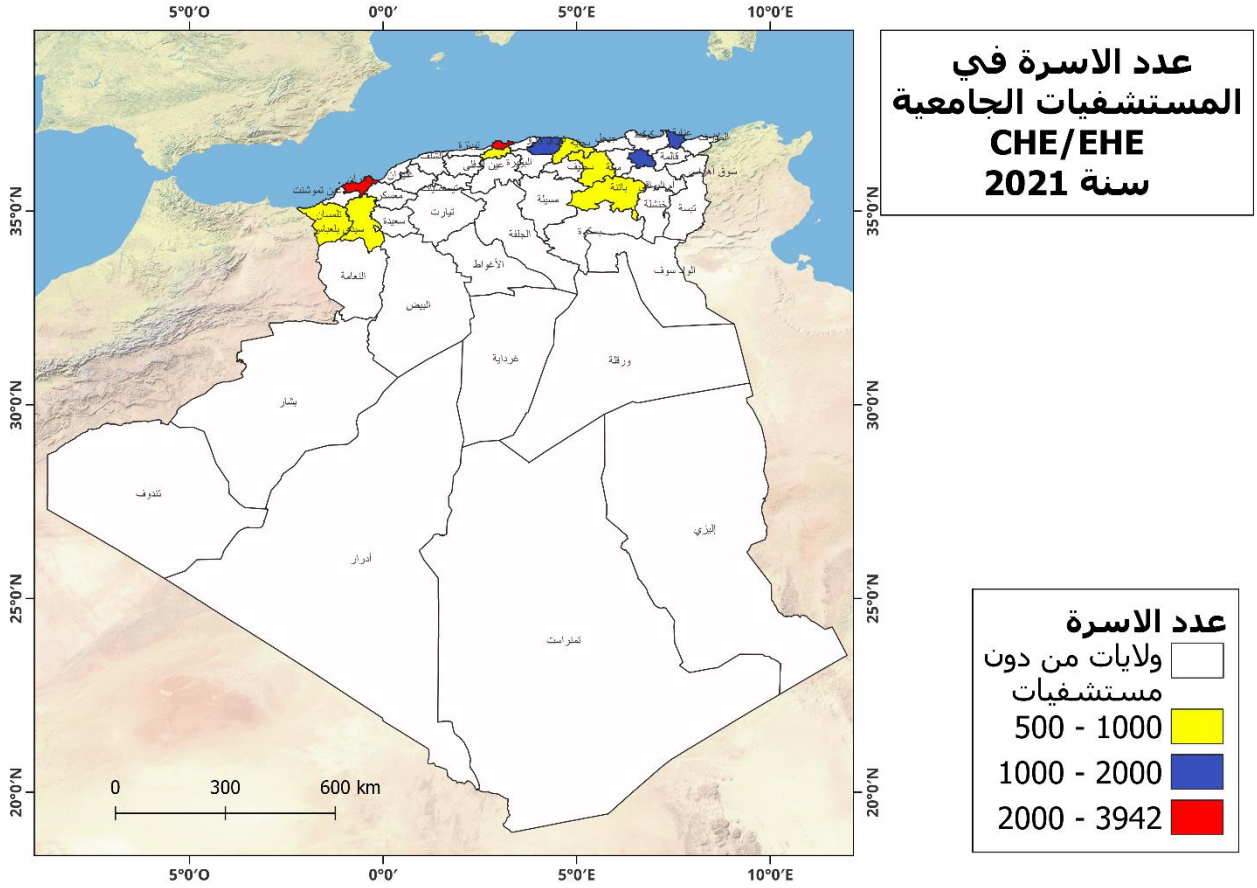
الخريطة 07 : توزيع عدد الأسرّة النظامية في المستشفيات عبر الولايات .



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

توضح هذه الخريطة بشكل جلي نصيب كل ولاية من عدد الأسرة الاستشفائية النظامية و بالتالي هنالك تفاوت في العرض المتاح بسبب تنوع توزيع عدد السكان لكل ولاية .

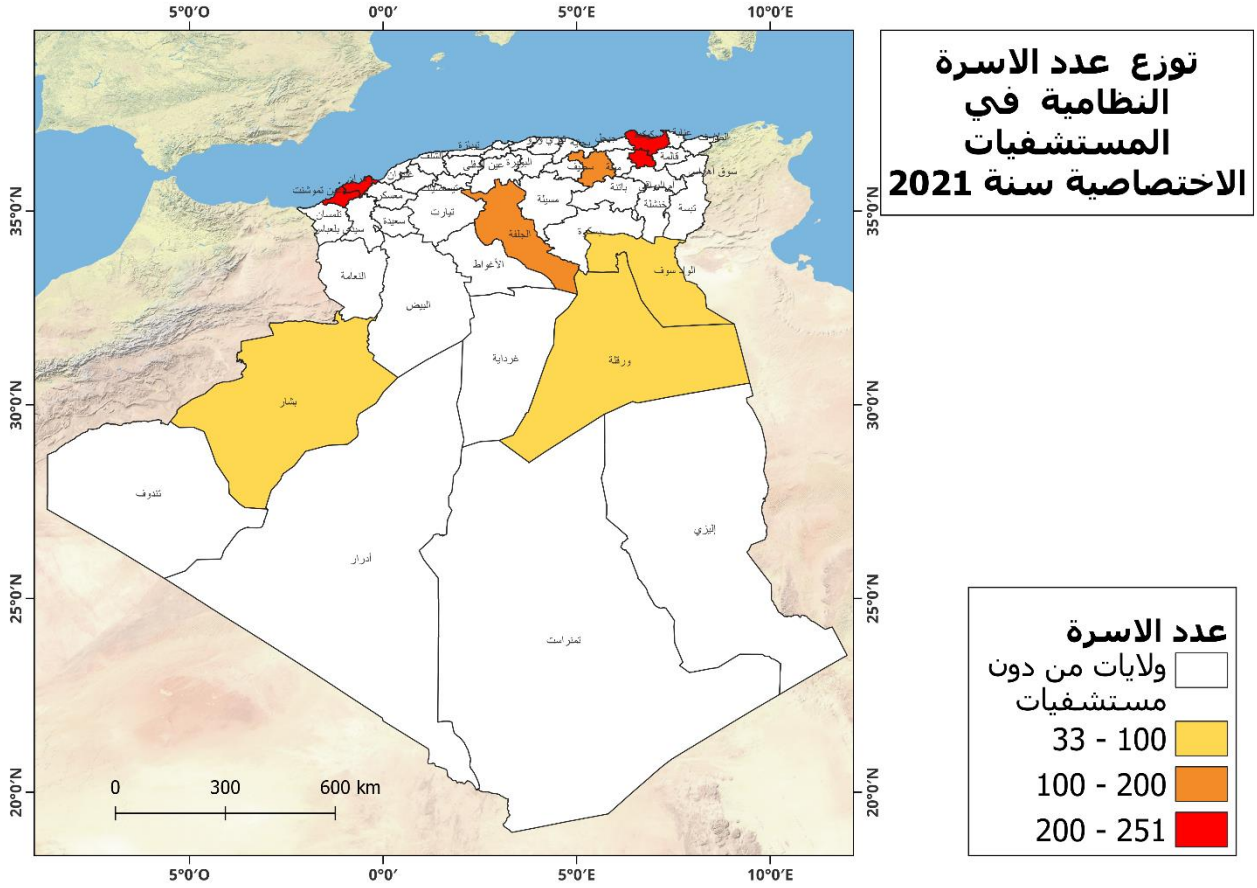
الخريطة 08 :



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

هذه الخريطة توضح بشكل واضح عدد الولايات المحرومة من فرصة الحصول على سرير في مستشفى جامعي ، و هو المشهد الأكثر تفسيرا لغياب العدالة في توزيع الخدمات الصحية سواء طبية أو في التكوين .

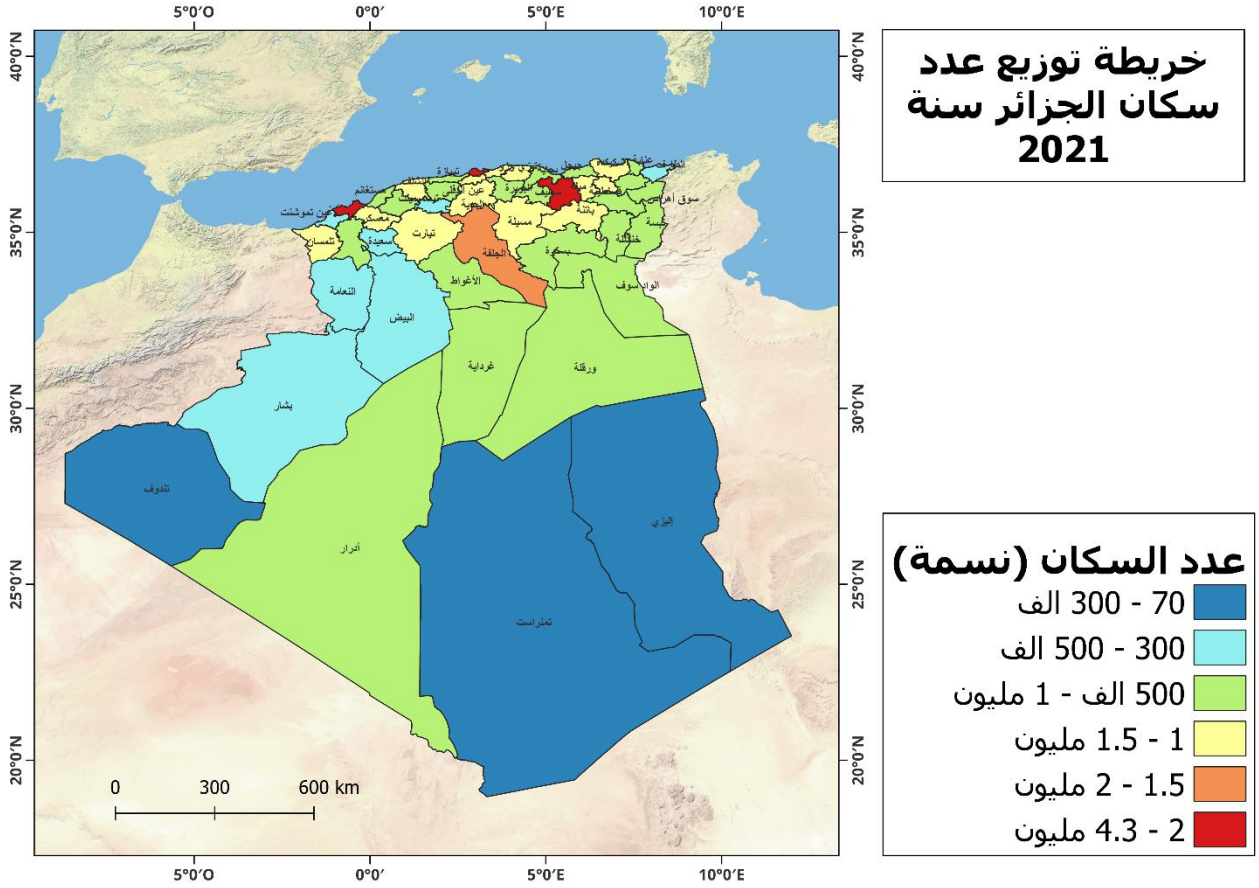
الخريطة 09 : توزيع عدد الأسرة النظامية في المستشفيات الاختصاصية عبر الوطن .



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

عديد الولايات لا تحتوي على مستشفيات تخصصية لا في القطاع العام و لا في القطاع الخاص و هو ما يؤثر على معيار الإتاحة و العدالة في جودة الخدمات الصحية .

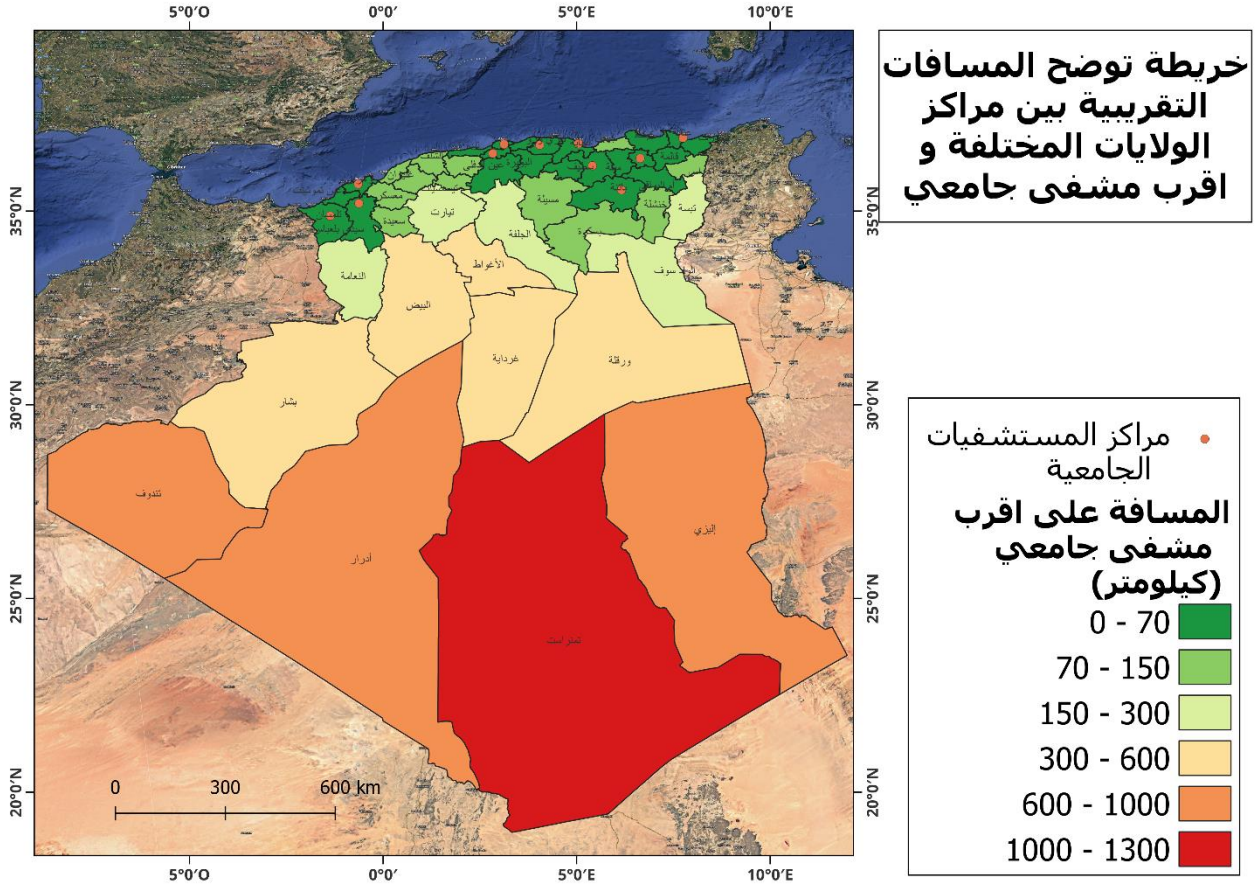
الخريطة 10 : توزيع عدد السكان في الجزائر



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

تأخذ الدولة بعين الاعتبار حين رسمها لسياساتها الصحية معيار عدد السكان لكل ولاية ، بحيث تتميز الولايات الجنوبية بنقص في الكثافة السكانية يصاحبه نقص في عدد الهياكل الصحية ، تصنع الجلفة الإستثناء لكنها لا تحتوي على أي مستشفى جامعي مثلا . كما أن الدولة تغفل عن معيار المسافة ، فلا يكفي توفير خدمة صحية إذا كانت بعيدة جدا عن السكن و عن وسائل النقل المتاحة نوعيا و ماديا . فإذا أخذنا بعين الاعتبار المواطن س من تمنراست ، سيقطع مسافات كبيرة جدا ليجد سريرا في مستشفى جامعي أو طبيا متخصصا في مركز الولاية و سيضطر لركوب الطائرة بثمن باهض ليعالج في العاصمة . رأينا في سويا معاناة مرضى الملاريا سنة 2024 في عين قزام ، حيث تم تحويل سوق أسبوعية إلى مستشفى ميداني لنقص عدد الأسرة رغم أن مناطقنا الجنوبية تقع في حزام مهدد دوما بانتقال الأمراض و الأوبئة من العمق الإفريقي . (أنظر الصور)

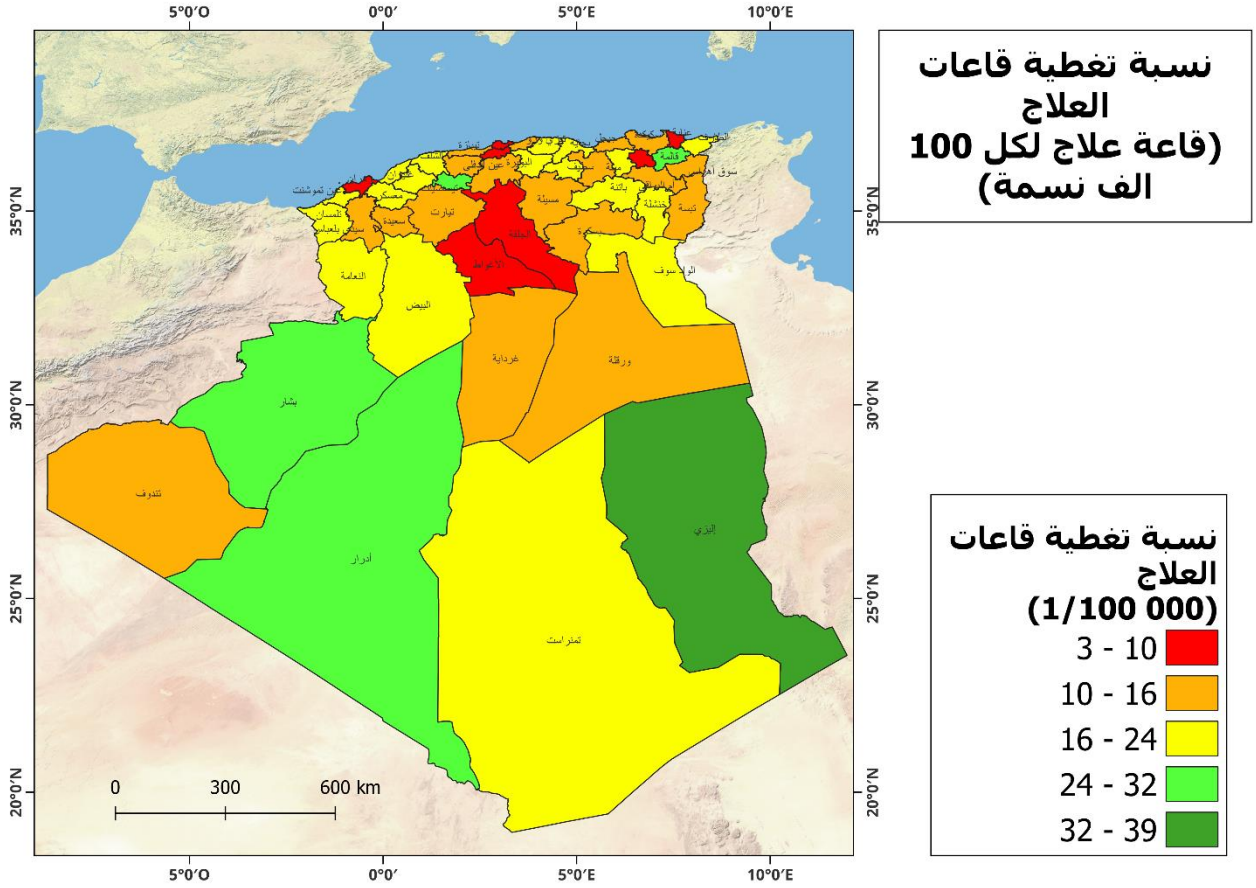
الخريطة 11 : المسافات التقريبية بين مراكز الولايات المختلفة و أقرب مستشفى جامعي



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

هذه الخريطة توضح بشكل جلي المسافة التي يقطعها سكان كل ولاية للوصول إلى أقرب مستشفى جامعي ، تتموقع المستشفيات الجامعية في الخريطة بالنقاط البرتقالية ، و يمثل اللون الأحمر أبعد المسافات و اللون الأحضر أقربها . يعاني سكان الجنوب كما هو موضح في الخريطة من بعد المسافة بينهم و بين هذه الهياكل الصحية الكبرى و هو ما يؤثر على معيار العدالة و الإتاحة و التغطية الصحية الشاملة .

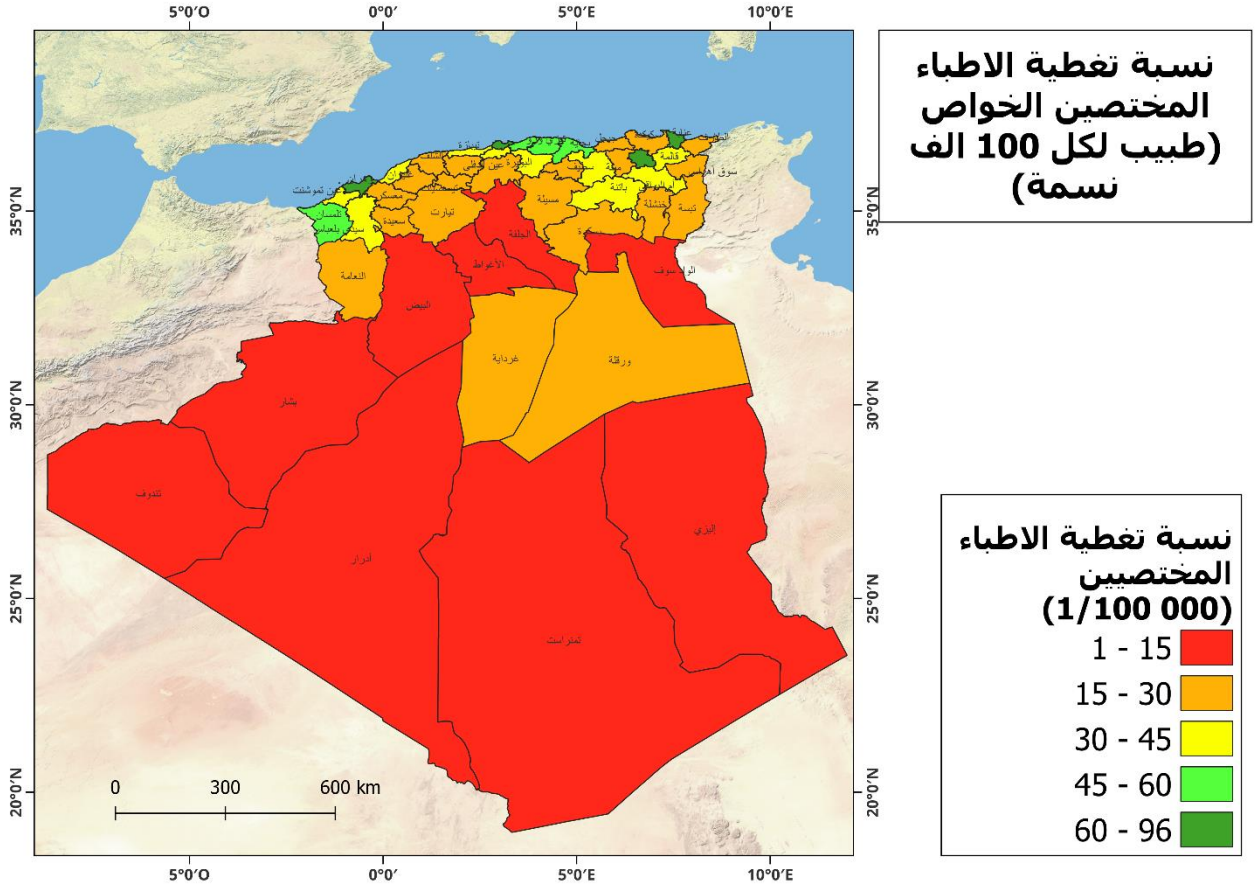
الخريطة 12 : نسبة تغطية قاعات العلاج استنادا لعدد السكان لكل ولاية .



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

هذه الخريطة توضح ما قلناه سابقا بشأن عدد السكان و علاقته بعدد الهياكل الصحية المعروضة في سوق الصحة ، تعطي هذه الخريطة صورة أكثر وضوحا بأن هنالك حتى ولايات في الشمال و تعاني من نقص في عدد قاعات العلاج بينما في الجنوب تمثل قاعات العلاج بديلا عن المستشفيات و الهياكل الكبرى .

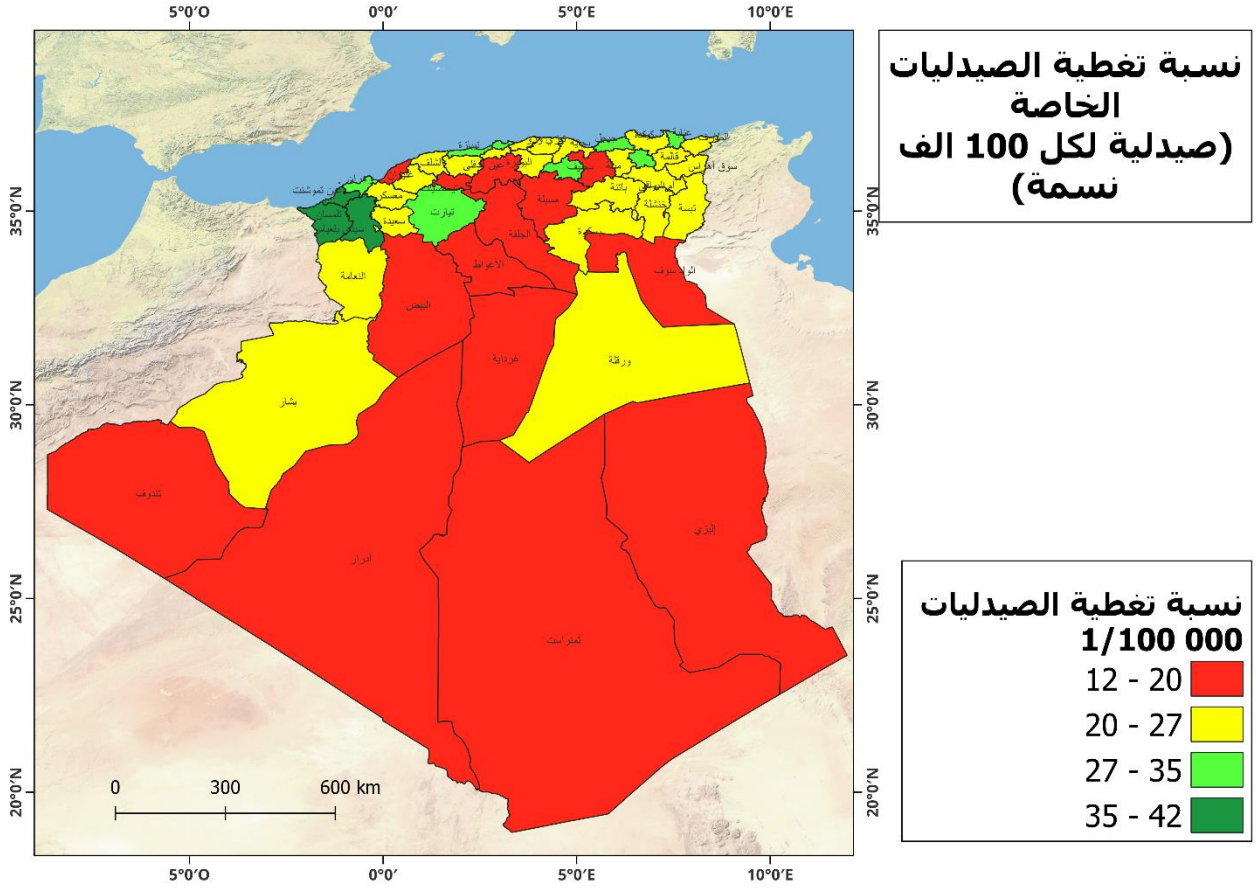
الخريطة 13 : نسبة تغطية الأطباء المختصين الخواص (طبيب لكل 100 ألف نسمة)



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

هذه الخريطة توضح بأن سكان الجنوب و الهضاب يعانون من نقص في عدد الأطباء الخواص لكل 100 ألف نسمة ، و يعود الأمر لأسباب تجارية تتعلق بالحوافز التي يبحث عنها الطبيب الخاص . و التي يجدها في الولايات الكبرى ذات الكثافة السكانية و ليس في الولايات الجنوبية ، لكن يمكن حل هذا المشكل بتقديم تذاكر طائرة مجانية للأطباء الخواص ليخصصوا يوما في الأسبوع للولايات الجنوبية . لتحقيق العدالة و الإتاحة و التغطية الصحية الشاملة .

الخريطة 14 : نسبة تغطية الصيدليات الخاصة (صيدلية لكل 100 ألف نسمة) عبر الولايات .



المصدر : من إعداد الطالب باستعمال احصائيات وزارة الصحة

هذه الخريطة توضح النقص الفادح في عدد الصيدليات بالجنوب الجزائري ، فلا معنى للخدمة الصحية دون خدمة بيع و توفير الأدوية للمرضى و ذويهم ، مما يؤثر دوما على معيار الإتاحة و العدالة و التغطية الصحية الشاملة كمؤشرات لجودة النظم الصحية .

نتيجة :

إن إستخدام نظم المعلومات الجغرافية GIS يعطي صورة أكثر موضوعية لجودة النظام الصحي الجزائري و الخارطة الصحية ، و يمكن استعماله كذلك في رسم خرائط انتشار الأمراض و الأوبئة و التحقيقات الوبائية و ذلك بعد استخدام نظام جمع البيانات الضخمة عبر البطاقة الصحية البيومترية التي نقترحها و التي من خلالها يمكن تحويل المرضى إلى أرقام مشفرة و رسم الخارطة الصحية الدقيقة و استخدام نمائذج التنبؤ في توقع الحالة الصحية لكل ولاية و بلدية و اكتشاف بؤر المرض مسبقا . على سبيل المثال رسم الخريطة الجغرافية للبرك المائية يسمح لنا برسم خريطة وقائية ضد انتشار الملاريا المنتقلة عبر البعوض . أو الكوليرا. و ما قدمناه في هذا المطلب مجرد مثال عن فعالية هذه التقنية الجغرافية .

و قد تبين من خلال هذا المسح الجغرافي أن النظام الصحي الجزائري يعاني من مشكل في عدالة التوزيع الجغرافي للهياكل الصحية و الكوادر الطبية و الصيدليات ، غياب العدالة في التوزيع بالإضافة على نقص الخيارات و بعد المسافة يؤدي إلى ضعف معيار الإتاحة كبعد من أبعاد جودة النظم الصحية ، أي أننا لم نصل بعد لتحقيق التغطية الصحية الشاملة .

خلاصة الفصل الثالث

تم التطرق في هذا الفصل الى تحليل نظام الجودة والتكلفة بالنظام الصحي الجزائري، من خلال أربع مباحث تناولنا في المبحث الاول، تطور المنظومة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال، فقد عملت الحكومة الجزائرية على زيادة الاستثمارات في البنية التحتية الصحية، بما في ذلك إنشاء وتحسين المستشفيات والمراكز الصحية على مستوى البلاد. كما تم تطوير وتحسين نظام التكنولوجيا الطبية وتقديم تدريب للكوادر الطبية لرفع مستوى الكفاءة. وفي المبحث الثاني تم الاشارة الى الدراسة الميدانية وتوصيفها، أما المبحث الثالث فتم التطرق الى تحليل كل من الجودة في النظام الصحي الجزائري عبر التحليل الإحصائي للإستبيان المقدم للمواطنين و لممارسي الصحة ، لكن لسد الفجوة بين الرأي الذاتي لهؤلاء و بين الواقع الموضوعي ، قمنا بتحليل معايير التغطية الصحية الشاملة و الجودة عبر التحليل الجغرافي عبر نظام المعلومات الجغرافية GIS ، ليتبين أنه على الرغم من الاصلاحات التي تخص قطاع الصحة التي تقوم بها الجزائر إلا أن المستهلك الجزائري غير راضي عن الخدمات المقدمة و أن ممارسي الصحة يرون بأم الإشكال هو اشكال مناجمنت و حوافز .

الفصل الرابع

تحليل سوق الصحة في الجزائر

توطئة:

رأينا في الفصل الثالث تحليلا باستخدام النماذج الاحصائية القياسية لجودة الخدمات الصحية من خلال وجهة نظر المواطنين وممارسي الصحة، لكن في هذا الفصل سنحاول أن نقدم دراسة تحليلية دقيقة لمدخلات قطاع الصحة ومخرجاته، بما في ذلك تحليل التكاليف على المستوى الكلي والجزئي وتحليل سوق الخدمات الصحية وفق مبادئ اقتصاديات الصحة التي تطرقنا إليها في الفصل النظري. ثم سنختمها بتحليل لمستوى المناجمنت مع اقتراح إصلاحات عميقة في قطاع الصحة. أرست الجزائر مبدأ الرعاية الصحية المجانية منذ عام 1974. وقد خضع هذا الحكم لمساهمة المستخدمين منذ العقد الأول من القرن الحادي والعشرين. وهو 50 دينار جزائري. الفوائد الصحية التي يتم الحصول عليها من القطاع الخاص بالنسبة لأولئك الذين يتمتعون بالضمان الاجتماعي، يتم تعويضهم جزئيًا من قبل الضمان الاجتماعي. يستفيد اللاجئون وطالبو اللجوء من إمكانية الوصول إلى الخدمات التي تقدمها النظام الصحي الوطني أسوة بالمواطنين وفقا لأحكام القانون الصحة 2018 والدستور الجزائري.

المبحث الأول: تحليل سوق الخدمات الصحية

سوق الصحة:

كأي سلعة أو خدمة يتكون سوق الصحة من العرض والطلب ويمثل العرض هنا كلا من القطاع العام والقطاع الخاص، وفيما يلي نبذة إحصائية عن العرض في سوق الصحة:

المطلب الأول : تحليل العرض في سوق الصحة:[1]

1. **البنية التحتية:** حاولت الدولة الجزائرية ومن الاستقلال أن تستثمر أموالا طائلة في مجال تعزيز البنية التحتية الصحية سواء عبر القطاع العام أو من خلال التسهيلات التي تقدمها للقطاع الخاص.

أ. **القطاع العام:** قطاع الصحة العمومي وحسب إحصائيات 2021 يعرض ما يلي:

- 15 مركز استشفائي جامعي CHU بطاقة استيعاب تقدر بـ 13232 سرير تحت التصرف.
- 01 مرفق صحي جامعي EHU بطاقة استيعاب مقدرة بـ 1045 سرير.
- 91 مستشفى تخصصي EHS يعرض 13277 سرير طبي خاص. مقسمة كما يلي:
- 36 مستشفى للأم والطفل.
- 21 مستشفى للصحة النفسية.

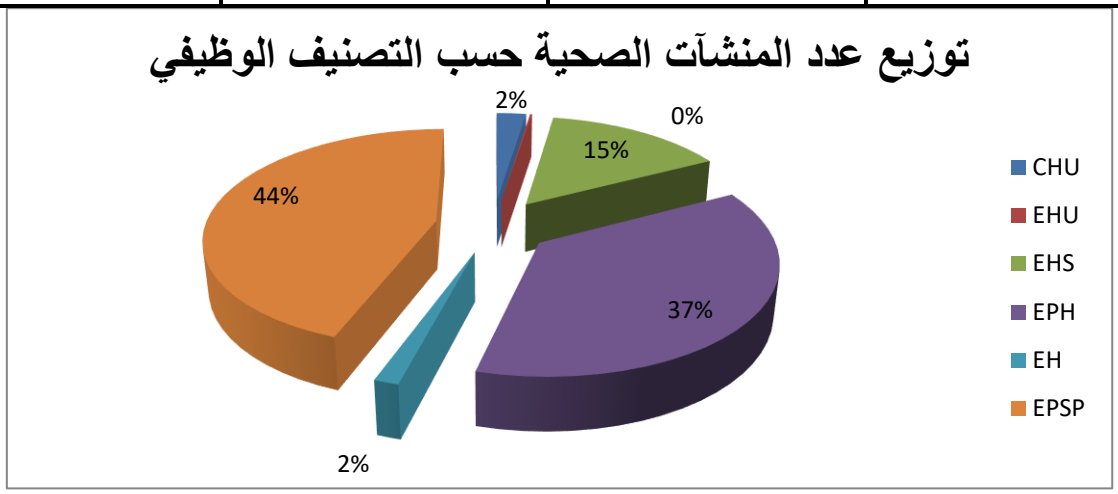
[1]Santé en chiffres 2021 , rapport par Ministér de la population et de la réforme Hospitalier , edition novombre 2022 , algerie , p 09

- 07 مستشفى للتأهيل الوظيفي الحركي.
- 03 مستشفيات لطب العيون.
- 04 مستشفيات لجراحة القلب.
- 10 مستشفيات لمكافحة السرطان وعلاجه.
- 01 مستشفى للجراحات التجميلية.
- 02 مستشفيين للجراحة العصبية.
- 01 مستشفى للأمراض المعدية.
- 01 مستشفى لجراحة العظام والصدمات.
- 01 مستشفى متخصص في الاستعجالات الطبية والجراحية.
- 01 مستشفى متخصص في أمراض الكلى.
- 01 مستشفى متخصص في طب الأطفال.
- 01 مستشفى متخصص في زراعة الأعضاء والأنسجة.
- 01 مستشفى متخصص في الجهاز العضلي الهيكلي.
- 09 مستشفيات بتسيير خاص EH منها 05 مستشفيات عامة و04 مستشفيات للعيون بطاقة استيعابية تقدر بـ 1333 سرير.
- 226 مستشفى عمومي متوزعين عبر التراب الوطني EPHيعرض طاقة استيعابية مقدرة بـ 39883 سرير جاهز للاستعمال.
- 273 مرفق عمومي للصحة الجوارية EPSP مع مرافق جوارية كالاتي:

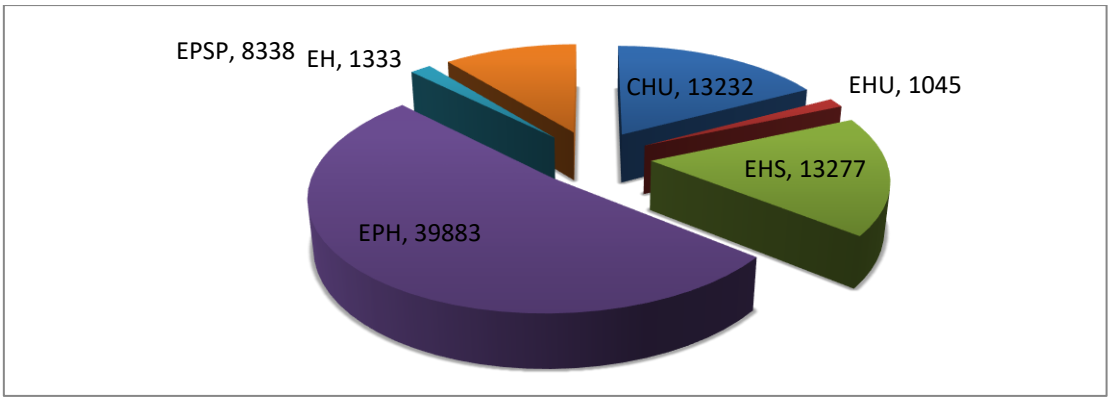
- 1766 عيادة متعددة الخدمات من بينها 391 عيادة تحتوي على مصلحة للأم والولادة توفر 2817 سرير للأمهات الحوامل.
- 13 مصحة توليد مستقلة توفر 151 سرير للأمهات الحوامل.
- 6217 قاعة علاج.
- بالإضافة لـ 1766 عيادة توفر 4694 سرير استعجالي و2817 سرير للأم الحامل و160 سرير لمرضى القصور الكلوي.

الجدول .... توزيع المنشآت الصحية العمومية حسب تصنيف المنشأة. [1]

المنشأة	العدد	النسبة %	عدد الأسرة
CHU	15	2.44	13232
EHU	01	0.16	1045
EHS	91	14.80	13277
EPH	226	36.75	39883
EH	9	1.46	1333
EPSP	273	44.39	8338
المجموع	615	100	77108



المصدر: بناء على معطيات الجدول السابق



المصدر: بناء على معطيات الجدول السابق

[1] Santé en chiffres 2021 , rapport par Ministér de la population et de la réforme Hospitalier , edition novombre 2022, algerie , p 11

تعليق: يتضح من خلال هذه الإحصائيات أن معيار التنوع و الإتاحة متوفر من خلال وفرة عدد المستشفيات و الهياكل الصحية عبر التراب الوطني، أما النقص المسجل في الجنوب

ب. القطاع الخاص[1] : يساهم القطاع الخاص بفعالية كذلك في العرض الكلي لسوق الخدمات الصحية وتتوزع هذه الهياكل الصحية الخاصة كما يلي:

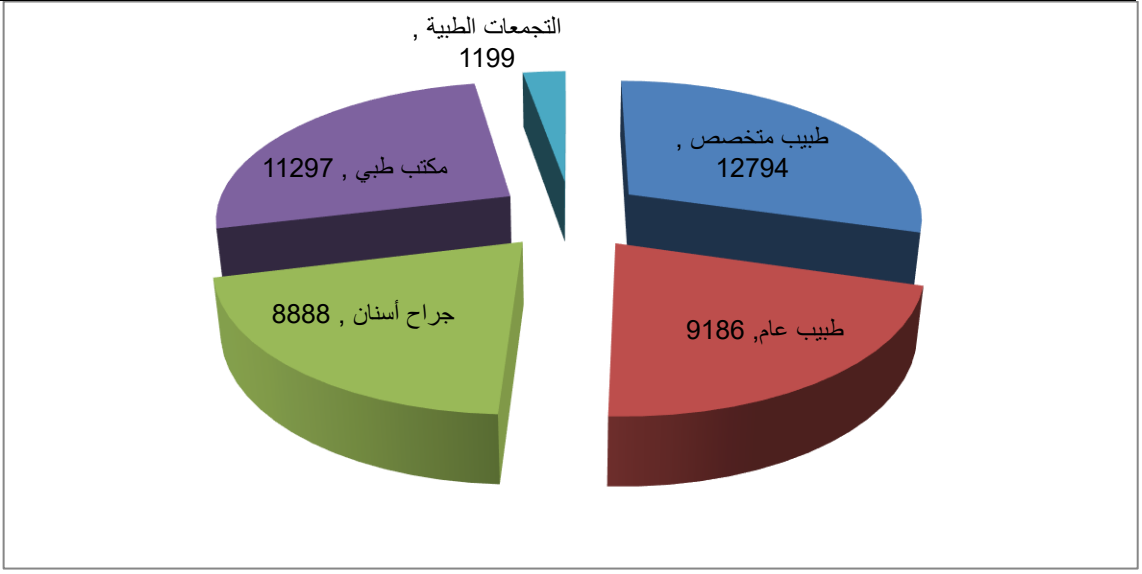
- 41 عيادة طبية متكاملة.
- 311 عيادة جراحية وطبية.
- 180 مركز لعلاج القصور الكلوي يوفر 2264 آلة تصفية.
- 1199 عيادة ممارسة صحية جماعية.
- 12794 عيادة طبية متخصصة.
- 9186 عيادة في الطب العام.
- 8888 عيادة في جراحة الأسنان.
- 11297 صيدلية.

[1] Santé En Chiffres 2021, Rapport Par Ministér De La Population Et De La Réforme Hospitalier, Edition Novombre 2022, Algerie, P 13

توزيع العيادات حسب النوع:

المنشأة	العدد	النسبة %
عيادة طبية	41	9.72
عيادة جراحية	311	73.70
عيادة تشخيص أولي	70	16.59
المجموع	422	100

العيادات الصغيرة	العدد
طبيب متخصص	12794
طبيب عام	9186
جراح أسنان	8888
مكتب طبي	11297
التجمعات الطبية	1199



المصدر: بناء على معطيات الجدول السابق

تعليق: يتضح من خلال هذه الأرقام أن القطاع الخاص رغم ما يقدمه في المنظومة الصحية من خلال تحقيق الوفرة إلا أنه لازال بعيدا عن المشاركة مع القطاع الخاص أو منافسته، فالإستثمار الخاص في مجال بناء المستشفيات الخاصة والمدن الصحية والسياحة الطبية

ج. القطاع الشبه عمومي:

على عكس الهياكل الصحية الخاصة فأن الهياكل شبه العمومية مستقرة سنة بعد سنة حيث أحصينا سنة 2021 ما يلي:

- 686 مركز اجتماعي طبي.
- 820 وكالة صيدلية عمومية ذات طابع تجاري.

2. الموارد البشرية: [1]

في القطاع العام: في 2021/12/31 ارتفع إلى 312657 على مستوى كل الهياكل الصحية العمومية. ويتضح ذلك عبر التفاصيل التالية:

- **57130** عنصر بشري طبي بما فيها الأساتذة الاستشفائيين.
- 165019 عنصر بشري شبه طبي.
- 37169 عنصر بشري إداري.
- 9640 عنصر بشري تقني.
- 41439 عنصر بشري خدماتي.
- 2260 عنصر بشري آخر.

المورد البشري الطبي:

- **4708** إستشفائي جامعي.
- **16080** طبيب مختص.
- 27366 طبيب عام.
- 6692 جراح أسنان.
- 2284 صيدلي.

[1] Santé en chiffres 2021 , rapport par Ministér de la population et de la réforme Hospitalier , edition novombre 2022 , algerie , p 17

المورد البشري شبه الطبي:

المورد البشري شبه الطبي المحصي إلى غاية 2021/12/31 يقدر بـ 165019 على مستوى كل الهياكل الصحية العمومية. يتوزعون كالآتي:

- 104776 شهادة دولة في التمريض بنسبة 63.49 %
- 2473 مؤهل، بنسبة 1.50%.
- 57770 مساعد ممرض بنسبة 35.01%.

بالإضافة إلى المورد البشري غير الطبي أي الإداري والتقني حسب الجدول التالي:

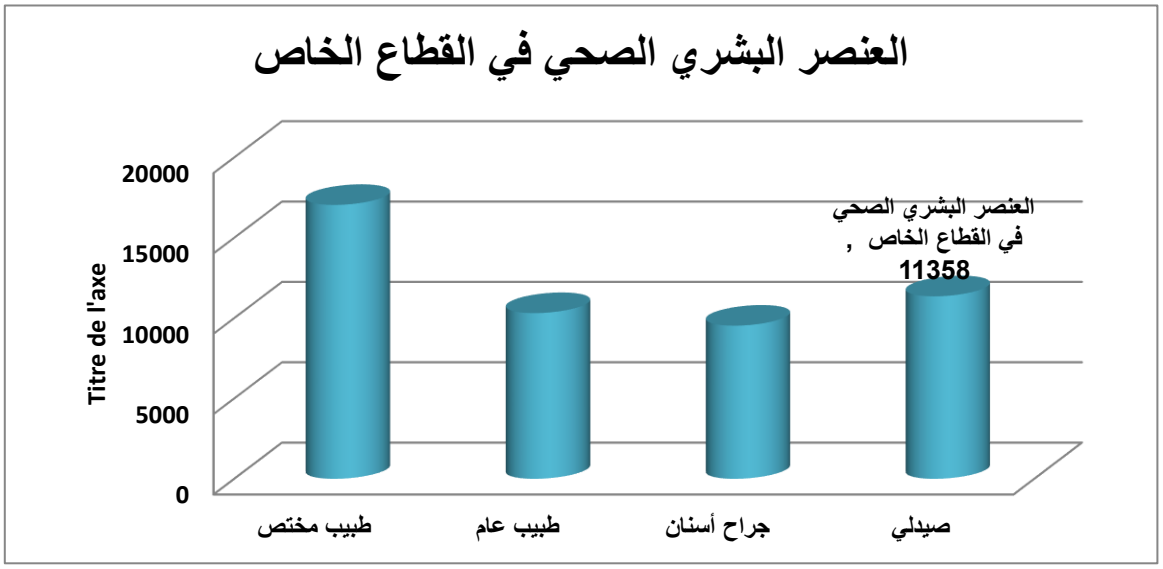
الرتبة	الهيكل الصحي					
	CHU/EHU	EPH/EH	EHS	EPSP	DSP	المجموع
إداري	4151	12703	4120	14669	1526	37169
تقني	1443	3965	1023	2969	240	9640
خدماتي	5845	10196	4097	20850	451	41439
آخر	498	1067	695	/	/	2260
المجموع	11973	27931	9935	38488	2217	90508

في القطاع الخاص[1] : أحصينا حوالي 48247 ممارس صحي موزعة كالآتي:

- 17045 طبيب ممارس مختص.
- 10313 طبيب ممارس عام.
- 9531 جراح أسنان.
- 11358 صيدلي.

[1] Santé en chiffres 2021 , rapport par Ministér de la population et de la réforme Hospitalier , edition novombre 2022 , algerie , p 25

- **المصدر**: بناء على معطيات الجدول السابق



تعليق: نلاحظ أن القطاع الخاص يوفر عرضا مقبولا من الأطباء المختصين كما يشكل القوة في قطاع الصيدلة وجراحة الأسنان.

المطلب الثاني : العمليات الصحية المنفذة سنة 2021:

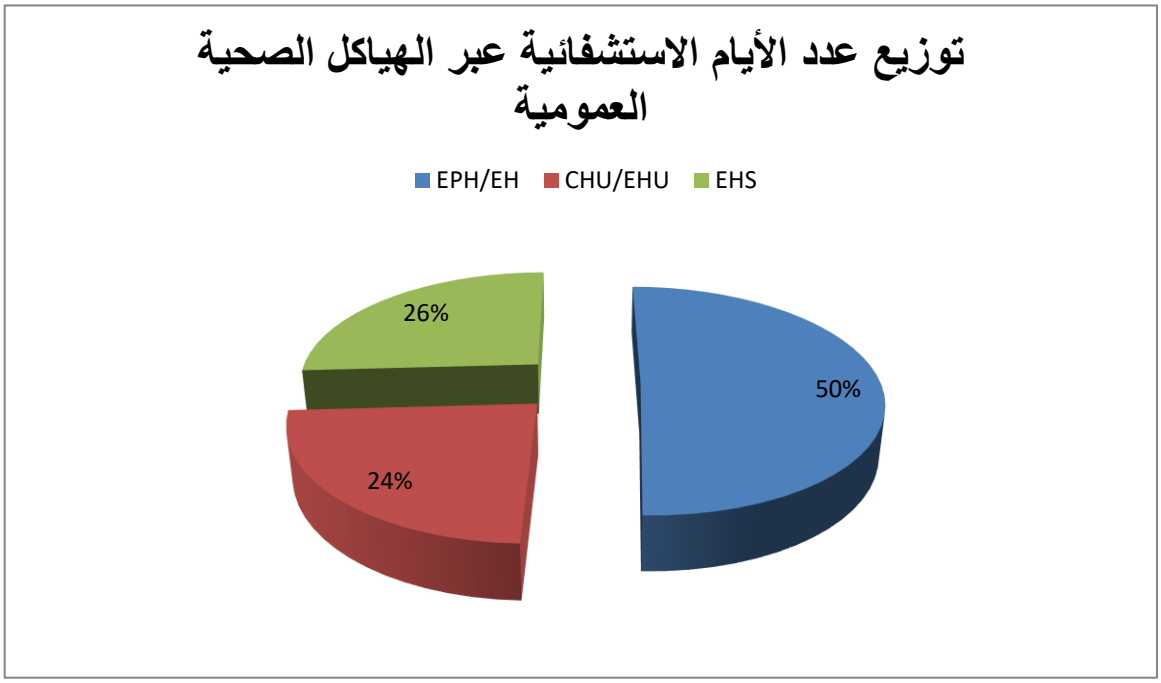
1) **عمليات استشفائية:** عدد المرضى المقبولين على مستوى الهياكل الاستشفائية العمومية قدر بـ 2.971.194 قبول توزع كالآتي:

- 25 %رجال.
- 56 % نساء.
- 19% أطفال.

أما عدد أيام الإستشفاء فقد وصل إلى 10146.489 يوم خلال 2021. هذا النشاط الاستشفائي سمح بالوصول إلى معدل استغلال قدر بـ 45 %من الطاقة الاستيعابية الإجمالية.

توزيع عدد الأيام الاستشفائية حسب الهيكل الصحي [1]:

الهيكل الصحي	عدد الأيام الاستشفائية المقدمة
EPH/EH	**5124481**
CHU/EHU	**2396567**
EHS	**2625441**
المجموع	**10146489**



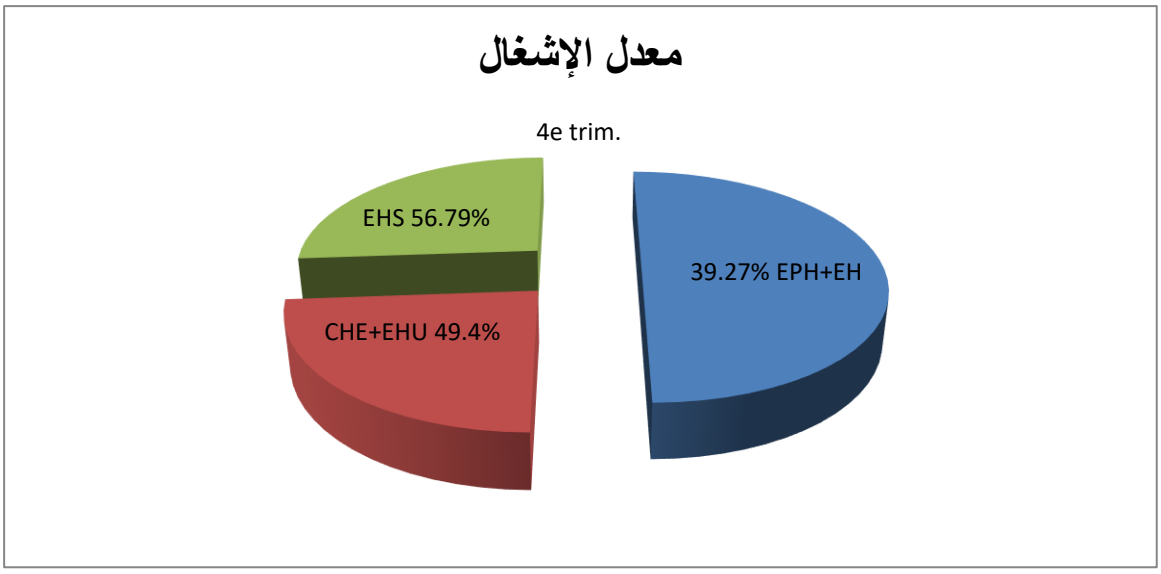
المصدر: بناء على معطيات الجدول السابق

تعليق: أكثر من عشر ملايين استفاد منها المواطن الجزائري طيلة سنة 2021 ورغم ذلك فإن معدل الإشغال لم يصل إلى 50 بالمائة، مما يعني جاهزية دائمة للطوارئ وهو مؤشر جيد يدخل ضمن معيار **الإتاحة** كأحد معايير جودة النظم الصحية.

[1] Santé En Chiffres 2021, Rapport Par Ministér De La Population Et De La Réforme Hospitalier, Edition Novombre 2022, Algérie , P 31

كما تم تسجيل معدل إشغال كالآتي:

الهيكل الصحي	عدد الأسرة	عدد الأيام	معدل الإشغال
EPH+EH	**35756**	**5024481**	**%39.27**
CHU+EHU	**13292**	**2396567**	**%49.40**
EHS	**12667**	**2625441**	**%56.79**
المجموع	**61715**	**10146489**	**45%**



المصدر: بناء على معطيات الجدول السابق

ويبدوا من خلال الشكل الذي يوضح معدل الإشغال أن هياكلنا الصحية كانت في أريحية حيث كان معدل الشغور العام يفوق نسبة 55 .% وهو مؤشر جد هام من مؤشرات جودة النظم الصحية بالإضافة إلى كونه يمثل معيار الإتاحة كأحد معايير جودة النظم الصحية.

- **العمليات الإستشفائية الخاصة بالأمومة** [1]: ويبلغ عدد الأسرة المخصصة لنشاط الأمومة 9431 سرير، وتم تسجيل حوالي 678876 حالة ولادة منها 87049 حالة ولادة تم تنفيذها في المراكز الصحية الجوارية العمومية.

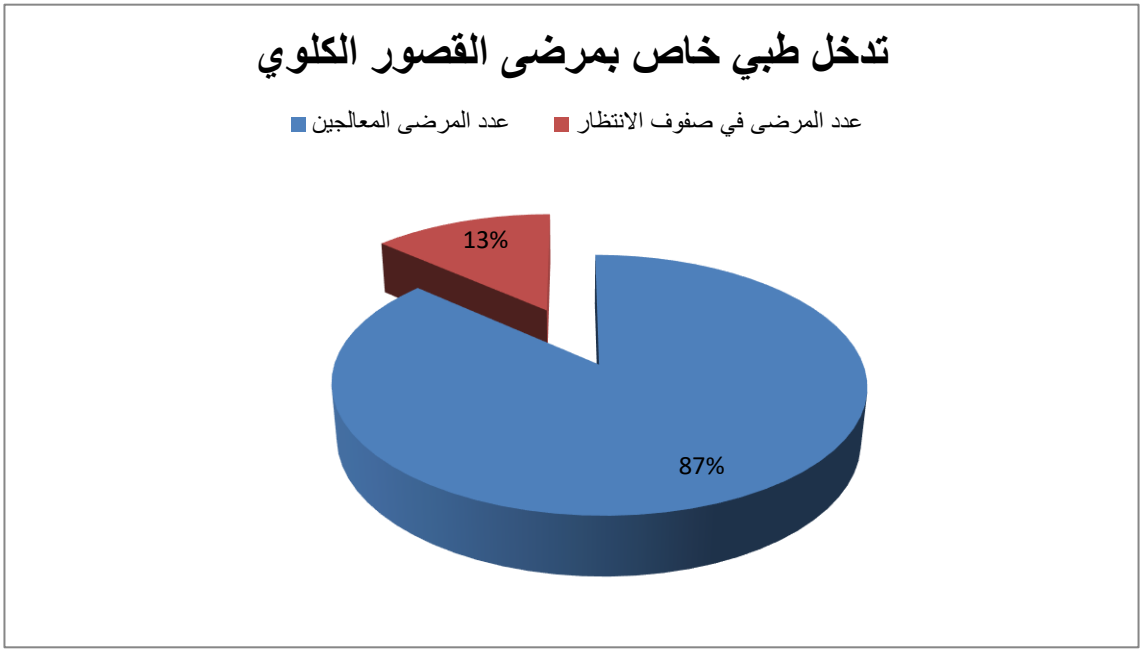
تعليق: من ناحية الولادات توفر المنظومة الصحية خدمات جوارية تشكل دعما لمعيار الإتاحة والآمان والتغطية الصحية الجغرافية، أي الوفرة، تقليص الزمن وتقليص المسافة.

[1] Santé en chiffres 2021 , rapport par Ministér de la population et de la réforme Hospitalier , edition novombre 2022 , algerie , p 36

- **التدخلات الاستشفائية بغرض الكشف والتشخيص:** الهياكل العمومية الصحية حققت حوالي **102.470.520** استشارة طبية موزعة كالآتي:
- **14271394** استشارة طبية وكشف طبي اختصاصي.
- **54387117** استشارة وكشف طبي لدى الطبيب العام.
- **33812009** كشف طبي في الاستعجاليات.
- 4.97 %على مستوى .CHU
- 13.74% على مستوى EPH/EH.
- 2.75%على مستوى EHS .
- 78.54% على مستوى EPSP.
- **تدخلات طبية تقنية:** وهي التدخلات التي تمت من طرف الخدمات التقنية الطبية وهي كل التدخلات التي تشمل الأشعة الطبية، الكشف الوظيفي، المختبر والتحاليل، غرفة العمليات.
- **17138375** تدخل عن طريق الأشعة.
- **3799987** تحليل مخبري.
- **793001** تدخل جراحي.
- **تدخل عبر نشاط طب الأسنان: 4869965** تدخل مقسم كمايلي:
- **72%** استخلاص الأسنان ونزعها
- **28 % تطبيب.**
- **1 %تقويم** الأسنان.
- **تدخل لدى مرضى القصور الكلوي:** هذا النشاط موضح في الجدول التالي:

الهيكل الصحي	عدد الأجهزة	عدد المرضى المعالجين	عدد المرضى في قائمة الانتظار	عدد حصص التصفية .
CHU	**290**	**3024**	**914**	**114342**
EPH	**2885**	**12926**	**1791**	**1405445**
EHS	**56**	**1084**	**14**	**36729**
EPSP	**167**	**531**	**0**	**59744**

المجموع	3398	17565	2719	[1]1616260



المصدر: بناء على معطيات الجدول السابق

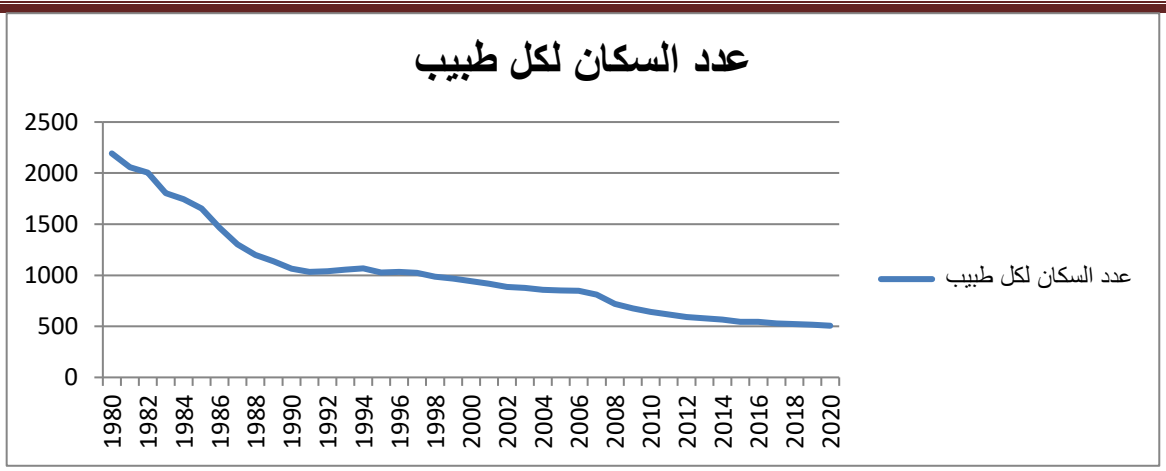
تعليق: من خلال تتبع عدد التدخلات الطبية سواء الأولية، أو العلاجية، أو التقنية، أو الجراحية، أو المتعلقة بمرضى القصور الكلوي، ونظرا لمجانية هذه التدخلات، فأن هذا الأمر يعتبر مكسبا من الناحية الكمية، أم من ناحية النوعية ورضا المريض فلا تتوفر المعطيات. ما يثير الانتباه هو ماذا لو كانت كل هذه التدخلات بمقابل مادي شبه مجاني، كم كانت ستكون إيرادات القطاع الصحي؟ تكلفة الفرصة البديلة.

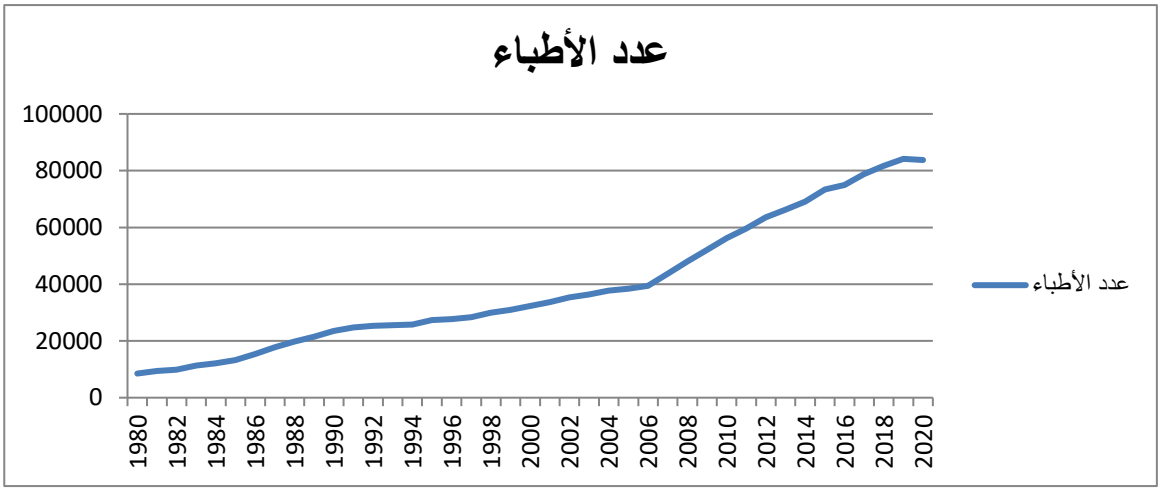
[1] Santé en chiffres 2021 , rapport par Ministér de la population et de la réforme Hospitalier , edition novombre 2022 , algerie , p 45

تطور عدد السكان لكل طبيب منذ الإستقلال:[1]

السنة	عدد الأطباء	عدد السكان لكل طبيب	السنة	عدد الأطباء	عدد السكان لكل طبيب
1962	**1279**	**7835**	**1992**	**25304**	**1038**
1963	**1319**	**7922**	**1993**	**25491**	**1055**
1964	**1301**	**8376**	**1994**	**25796**	**1066**
1965	**1419**	**8007**	**1995**	**27317**	**1027**
1966	**1356**	**8738**	**1996**	**27652**	**1033**
1967	**1453**	**8649**	**1997**	**28344**	**1025**
1968	**1613**	**8029**	**1998**	**29970**	**985**
1969	**1698**	**7861**	**1999**	**30962**	**968**
1970	**1760**	**7562**	**2000**	**32332**	**941**
1971	**1885**	**7289**	**2001**	**33654**	**918**
1972	**1985**	**7139**	**2002**	**35368**	**887**
1973	**2467**	**5938**	**2003**	**36347**	**876**
1974	**2672**	**5675**	**2004**	**37720**	**858**
1975	**3212**	**4909**	**2005**	....	.....
1976	**3875**	**4245**	**2006**	**39459**	**849**
1977	**4321**	**3948**	**2007**	...	...
1978	**5353**	**3282**	**2008**	**47995**	**721**
1979	**6346**	**2855**	**2009**	**52071**	**677**
1980	**8512**	**2193**	**2010**	**56209**	**640**
1981	**9359**	**2058**	**2011**	**59618**	**616**
1982	**9916**	**2005**	**2012**	**63534**	**590**
1983	**11378**	**1804**	**2013**	**66239**	**578**
1984	**12132**	**1746**	**2014**	**69076**	**566**
1985	**13221**	**1654**	**2015**	**37431**	**544**
1986	**15361**	**1466**	**2016**	**74937**	**545**
1987	**17760**	**1303**	**2017**	**81751**	**529**
1988	**19814**	**1200**	**2017**	**84161**	**521**
1989	**21467**	**1137**	**2019**	**83713**	**516**
1990	**23550**	**1063**	**2020**	**84161**	...
1991	**24797**	**1034**	**2021**	...	....

[1] CH5_Sante1962_2020Ar.pdf / OMS.dz





تعليق: نلاحظ أن عدد السكان لكل الطبيب قد انخفض كثيرا عبر السنوات وهذا راجع لسياسة التكوين التي تعتمدها الجزائر، بل إن مخرجات نظام التكوين تزود حتى السوق الفرنسي والخليجي والكندي بالممارسين الصحيين. وهو مؤشر جيد على وفرة الكادر الطبي.

تقييم تطور النفقات الصحية لبضع سنوات:[1]

متوسط صافي الأجور الشهرية في قطاع الصحة منذ سنة 2009 بالدينار الجزائري [2]

القطاع	إطارات	موظف الضبط	موظف التنفيذ	المجموع
2009	48266	27111	14255	25233
2010	49918	32075	15710	27454
2011	56811	34345	19873	31900
2012	59315	35318	20354	32978
2013	69118	38118	21813	36759
2014	85166	40919	23360	42122
2015	91008	41823	23550	43845
2016	91751	41921	23554	44050
2017	94279	42084	24173	45045
2018	97704	42155	24500	46080
2019	97869	42404	24689	46275
[3]2021	98708	42404	24979	46572
2021	99511	43220	24979	47004

[1] F.Z Oufriha, la difficile structuration de système de santé en Algérie : quels résultats ? Les cahiers du CREAD n° 35/36, Alger, 1993. DNS : Dépense Nationale de Santé.

[2] الديوان الوطني للإحصاء.

[3] Résultats de l'enquête annuelle sur les salaires auprès des entreprises mai 2021/ https://www.ons.dz/IMG/pdf/Salaire_mai2021.pdf/ https://www.ons.dz/spip.php?article2989/ONS.dz

تعليق: من الناحية الإسمية نلاحظ ارتفاع في الأجور لكن من الناحية الحقيقية وبعد قياسها مع معدلات التضخم نجد أن ممارسي الصحة على غرار موظفي القطاع العام يعانون من تدني القدرة الشرائية وهو ما يؤثر على الحوافز والأداء المهني لديهم وبالتالي التأثير على جودة الخدمة الصحية.

الرقم الاستدلالي لأسعار الخدمات الطبية والصحية عند الاستهلاك لمدينة الجزائر 1970 إلى 1982[1]

التعيين	الوزن	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
الأساس 1969=100	25.0	104.0	108.0	112.0	113.3	112.7	114.8	114.9
التعيين	الوزن	1977	1978	1979	1980	1981	1982	
	25.0	115.4	125.1	130.8	143.1	169.3	178.0	
التعيين	الوزن	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
الأساس 1982=100	96.1	106.1	109.9	115.6	120.4	125.1	130.1	138.5
	الوزن	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
الأساس 1989=100	33.8	111.7	131.3	220.4	274.8	320.3	410.3	479.6
	الوزن	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
الأساس 1989=100	33.8	527.7	556.7	581.8	603.1	644.0	101.45	102.99
	الوزن	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
الأساس 2001=100	62.0	104.65	105.55	106.56	108.49	110.49	117.22	117.44
	الوزن	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
الأساس 2001=100	62.0	122.61	127.90	133.19	139.05	147.59	157.38	166.30

[1] https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH4_Indice1962_2020Ar.pdf/ONS.dz

	الوزن	2018	2019	2020				
الأساس 2001=100	62.0	173.06	178.43	185.49				

تكلفة استيراد المواد الصيدلانية: **الوحدة : 10^6 دج**

السنة	2010	2011	2012	2013
المبلغ	124423.3	142986.0	173790.9	181564.6
السنة	2014	2015	2016	2017
المبلغ	203166.8	198232.9	221382.3	210101.9

تعليق: يلاحظ أن الدولة الجزائرية تخصص أموال معتبرة لاستيراد المواد الصيدلانية رغم حرصها على إحلال الواردات من خلال تدعيم الصناعة الصيدلانية المحلية، نفس الأمر ينطبق على التجهيزات الطبية وهو ما يتعلق بتكنلوجيا معقدة ومكلفة. لهذا تحاول الدولة الجزائرية استقطاب المستثمرين في مجال صناعة العتاد الطبي والأجهزة الطبية.

المطلب الثالث : تحليل الطلب في سوق الصحة:

تمثل الأسرة الجزائرية الطلب الأكبر على سوق الخدمات الصحية بحيث تخصص جزءا من ميزانيتها دونما لدفع تكاليف الخدمات الصحية لدى القطاع العام أو القطاع الخاص أو من خلال اشتراكات المأمنين اجتماعيا بطريقة شعرية على ما يسمى الضمان الاجتماعي وبطاقات الشفاء.

ويتميز الطلب في سوق الصحة بخصوصية تجعله منفردا وهي أن الطبيب يؤثر في الطلب على الخدمات الصحية لأنه هو من يشخص الحاجيات الصحية للمريض وهو من يصف العلاج والدواء لأن المريض لا يمتلك القدرة المعرفية على ذلك، وبالتي فإن المستهلك في سوق الخدمات الصحية قد يقتني سلعة أو خدمة صحية وهو مكره وليس راغبا فيها ولا قادرا عليها.

كم ينفق الجزائريون على الصحة: حسب المعطيات المتاحة عبر الديوان الوطني للإحصاء وجدنا ما يلي:

الجدول رقم : توزيع المصروفات السنوية لعام 2011 حسب مجموعات المنتجات والخماسيات الوحدة: مليار دج

الفئة الخمسية	1	2	3	4	5	المجموع
الإنفاق على الصحة	15.3	27.7	36.3	50.4	84.4	214.2
مجموع الإنفاق الاسري	377.3	565.4	740.3	978.4	1828.2	4489
النسبة المئوية	%4.1	%4.9	%4.9	%5.2	%4.6	4.8% مقارنة ب 6.2 في 2000

5833دج هو معدل الإنفاق السنوي الفردي على الصحة سنة 2011. مقارنة 3112 سنة 2000

تعليق: يتضح من الجدول السابق أن الأسرة الجزائرية تخصص نسبة ما بين 4 إلى 5 بالمائة من دخلها على الصحة وهو معدل قليل تعكسه سياسة مجانية العلاج في الجزائر لدى القطاع العام.

الإنفاق الأسري على الصحة سنة 2011:

134136761916 دج ..... صحة وعلاج طبي

48182465794 دج ..... نظافة شخصية

55109 مليار دج ..... دواء بالوصفة الطبية

6909 مليار دج ..... دواء بلا وصفة

15172 مليار دج ..... تسعيرة علاج

أنفقت مجموع الأسر الجزائرية سنة 2022 حوالي 657.1 مليار دج على الصحة أي بنسبة 8.2% من مجموع الإنفاق الأسري العام. مقارنة مع 4.8 سنة 2011.

معدل إنفاق الأسرة الواحدة على الصحة سنة 2022 هو 71345 دج مقارنة ب 34185 سنة 2011 بنمو قدره 108.1%. حيث كان المعدل الأعلى مقارنة مع باقي مجالات الإنفاق الأسري. كوفيد 19.

تعليق: معدل الإنفاق الفردي السنوي على الصحة سنة 2022 هو14384 دج مقارنة ب 5833 سنة 2011 بنمو في الإنفاق قدره 146.6%. ويعزى ذلك لارتفاع أهمية الصحة بعد جائحة كورونا وكذلك الأعراض الصحية التي رافقتها. حيث أدرك الناس أن الصحة هي الثروة الأولى بامتياز، بالإضافة إلى ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية الموجهة للرفاهية وجودة الحياة كعمليات التجميل وتقويم الأسنان والتنحيف وشد العضلات.

المطلب الرابع : الوضعية الصحية للسكان:[1]

بلغ حجم السكان المقيمين في الجزائر في الفاتح من جويلية 2023 حسب الديوان الوطني للإحصاء حوالي 000 344 46 نسمة، بمعدل نمو طبيعي قدر بـ 1.52%، حيث واصل الانخفاض منذ 2017، وهي وتيرة انخفاض أسرع مقارنة مع سنة 2020 حيث سجلنا تراجعا بلغ 0.41 نقطة مقارنة مع 2019. ويعود هذا الانخفاض أساسا إلى الارتفاع المحسوس لعدد الوفيات المسجلة خلال 2021/2020 بالدرجة الأولى مع تراجع لحجم الولادات منذ 2017 له أسبابه الاقتصادية المتعلقة بانخفاض القدرة الشرائية وتراجع معدلات الزواج وتزايد معدلات الطلاق السريع. أما في الفاتح جانفي سنة 2024 فقد بلغ عدد السكان 000 700 46 نسمة.

هذه الأرقام مهمة جدا حيث تدخل على التوقع بارتفاع حجم الطلب على الخدمات الصحية.

الولادات:

تواصل الانخفاض المسجل في عدد الولادات الملاحظ إلى غاية سنة 2023، حيث شهدت مصالح الحالة المدنية تسجيل 000 895 ولادة حية خلال ذات السنة، ومنذ 2010 لم ينخفض عدد الولادات تحت عتبة 000 900 ولادة.

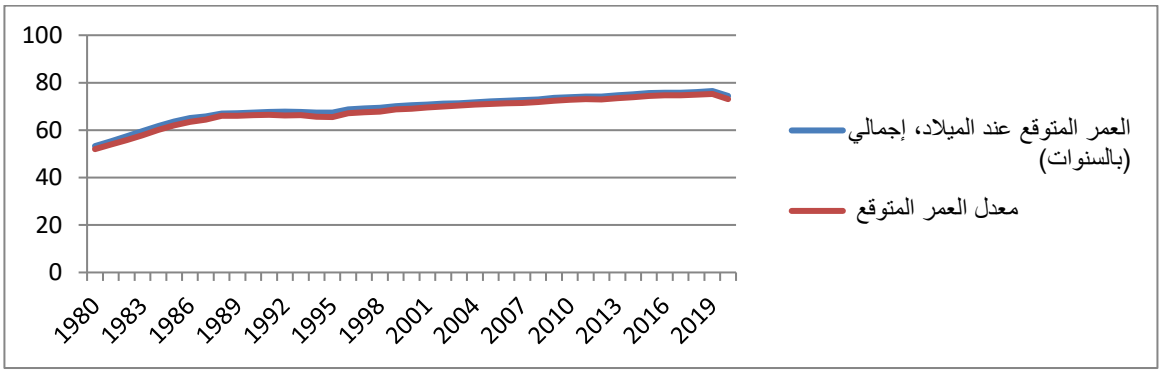
الوفيات العامة:

شهد عامي 2020 و2021 مستوى قياسيا في الوفيات تحت تأثير الأزمة الصحية وعواقبها المباشرة وغير المباشرة بما في ذلك القيود الصحية المفروضة لاحتواء جائحة كوفيد 19، حيث بلغ عدد الوفيات 241 ألفا و258 ألف حالة على التوالي. مع تسجيل تراجع في الوفيات مع سنة 2022 و2023 ليبلغ 203 ألف حالة و192 ألف حالة على التوالي.

[1] DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2020 à 2023/ https://www.ons.dz/IMG/pdf/Demographie_Alg2020_2023.pdf / ONS.dz

وأدى هذا الارتفاع بدوره إلى ارتفاع معدل الوفيات الخام خلال الفترة 2020 2021، حيث انتقل من 4.55 إلى 5.45 بالمائة ما بين 2020/2019 لتصل إلى 5.75 %في عام 2021 قبل أن ينخفض إلى 4.45 %ثم 4.15 % بين عامي 2023/2022 على التوالي.

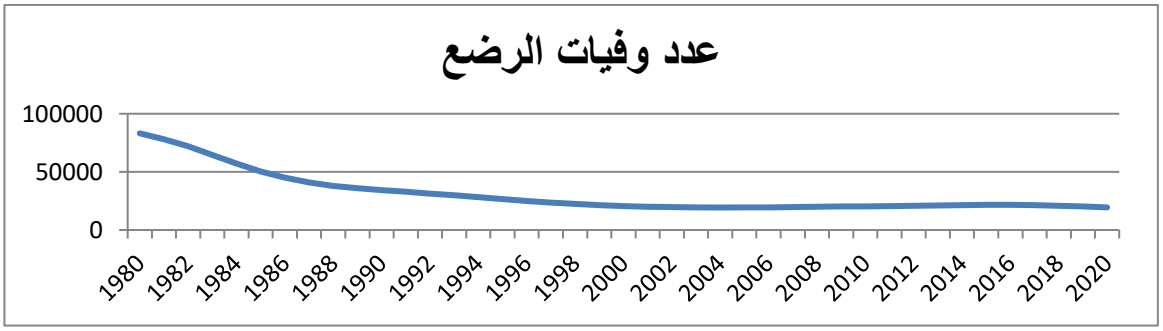
وأدى هذا إلى انخفاض متوسط احتمال البقاء على قيد الحياة المتوقع عند الولادة، حيث سجلنا انخفاضا قدره 1.9 سنة على المستوى الاجمالي ما بين سنتي 2019 و2020. وارتفع المعدل ليصل إلى عتبة 80 عاما لأول مرة لدى الإناث وفي سنة 2023 يستمر هذا الأداء التصاعدي ليبلغ 79.6 سنة عللا المستوى الوطني. 78.2 سنة لدى الرجال و81.0 سنة لدى النساء.

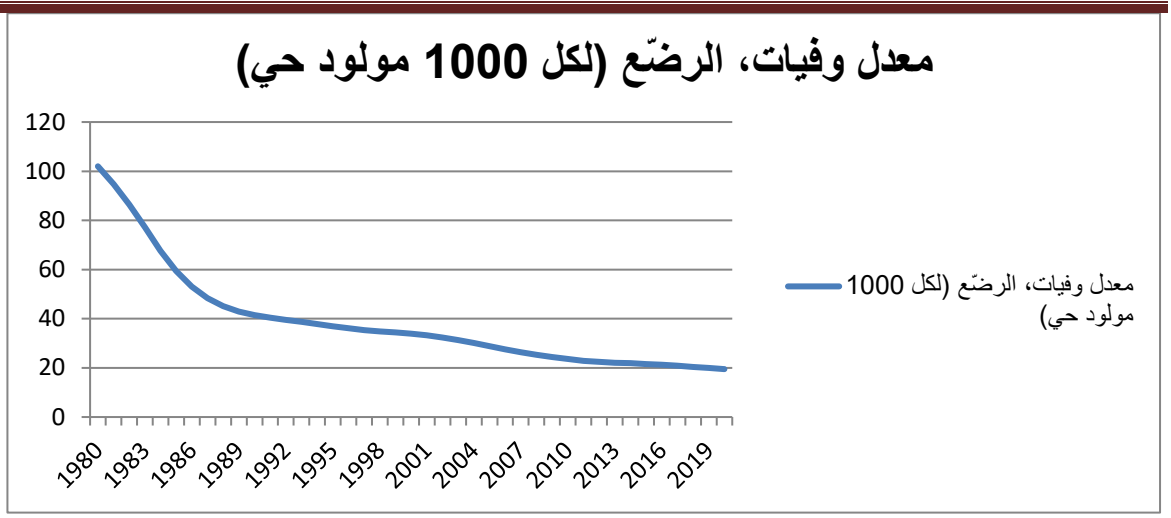


تعليـــق: تحســن معــدل العمــر المتوقــع فــي الســنوات الأخيــرة يعــود إضــافة لتحســن المنظومــة الصــحية، إلــى تحســن المســتوى المعيشــي للفــرد الجزائــري منــذ نهايــة الثمانينــات، رغــم الإنخفــاض المســجل بســبب جائحــة كورونــا والتــي أثــرت علــى الكبــار في السن أصحاب الأمراض المزمنة.

وفيات الرضع:

بلغ حجم وفيات الرضع 17779 سنة 2023 كما سجلنا شبه استقرار في معدل وفيات الرضع خلال الفترة 2023/2020، وبلغ ذات المؤشر 19.9 % على المستوى الوطني خلال 2023.





وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر

شهد معدل احتمال وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر استقرارا خلال الفترة 2021 /2023 بمستوى 22.%

تعليق: انخفض معدل وفيات ال رضع بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة ويعزى ذلك لبرامج متابعة المرأة الحامل على مستوى التراب الوطني وكذلك لتقريب عمليات الولادة الجوارية، ناهيك عن التوجه للعمليات القيصرية تفاديا لمضاعفات الولادة الطبيعية، حيث كان يموت الرضع اختناقا أو بالشلل الدماغي.

المبحث الثاني: تحليل التكاليف في المنظومة الصحية الجزائرية :

من الأهمية بمكان أن نقوم بتحليل تكاليف الخدمات الصحية وذلك عبر التدقيق في النفقات التي ترصدها وزارة الصحة من خلال قانون المالية السنوي.

المطلب الأول : التحليل الكلي لتكاليف الصحة و نفقاتها

تحليل التكلفة في النظام الصحي الجزائري يمثل عنصراً أساسياً لفهم كيفية توجيه واستخدام الموارد المالية في تقديم الخدمات الصحية. إن فحص التكلفة يعزز الفهم حول كيفية تحسين كفاءة تقديم الرعاية الصحية وضمان تحقيق أفضل قيمة ممكنة للمرضى والمجتمع.

في ظل التحديات الاقتصادية والتغيرات المستمرة في النظام الصحي الجزائري، يصبح فهم التكلفة أمرًا حيويًا لتحقيق استدامة الموارد وتحسين جودة الخدمات الصحية. يعمل تحليل التكلفة على تحديد مصادر التكلفة الرئيسية وتوجيه الانتباه نحو الفعالية والكفاءة في استخدام هذه الموارد.

تشمل التكلفة في النظام الصحي الجزائري العديد من العوامل، مثل تكاليف البنية التحتية الطبية، وتوظيف الكوادر الطبية، وتوريد الأدوية والمستلزمات الطبية. يتطلب تحليل التكلفة فهمًا دقيقًا لهذه العوامل وتقديراً لتأثيرها على جودة الرعاية وتكاليفها الإجمالية.

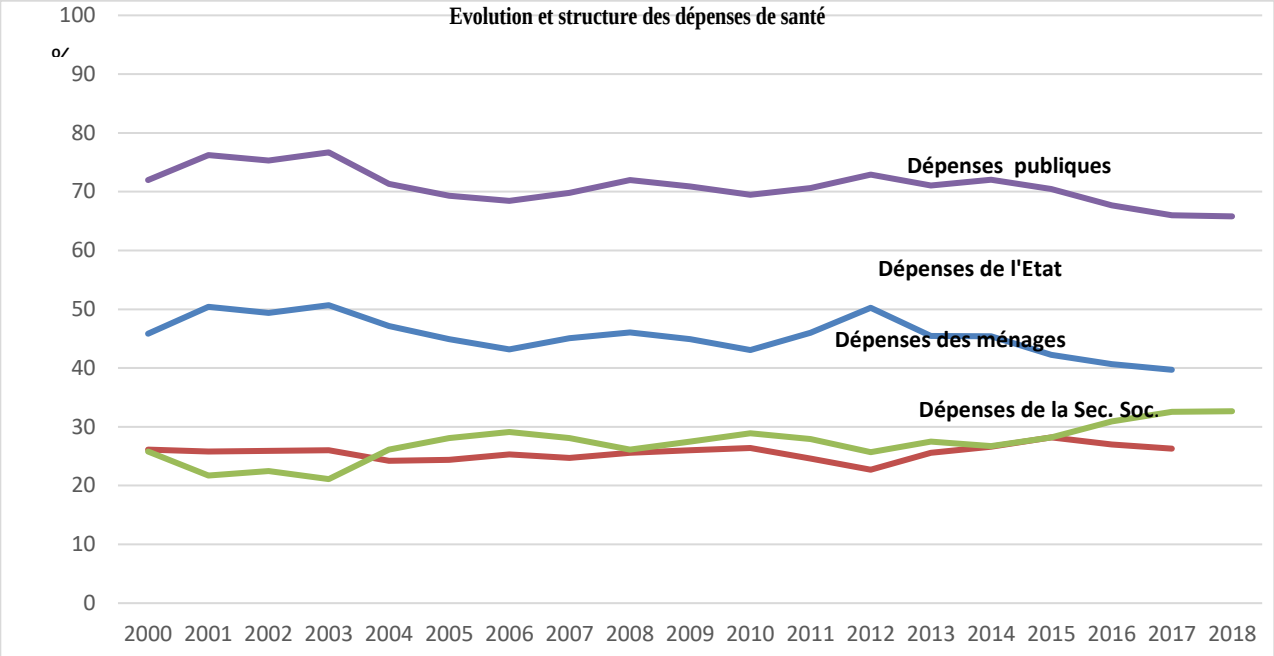
يتضمن نظام التكلفة عدة عناصر تتعلق بتوفير الرعاية الصحية وتشغيل المستشفيات والمراكز الصحية، وتتمثل في العناصر التالية:

1. **تكاليف البنية التحت:** تشمل تكاليف بناء وصيانة المستشفيات والمراكز الصحية، بما في ذلك الهياكل الطبية والتقنية.
2. **تكاليف العمالة:** تتعلق بتكلفة توظيف الأطباء، الممرضين، والموظفين الإداريين، بالإضافة إلى التكاليف المرتبطة بالتدريب والمزايا.
3. **تكاليف الأدوية والمستلزمات الطبية:** تشمل تكلفة توفير الأدوية واللقاحات والمستلزمات الطبية اللازمة لتقديم الخدمات العلاجية.
4. **تكلفة الخدمات الطبية:** تشمل تكاليف العمليات الجراحية، الفحوصات التشخيصية، والعلاجات الطبية الأخرى.
5. **تكاليف الخدمات الإدارية:** تتعلق بتكلفة الخدمات الإدارية مثل الحسابات والتخطيط الاستراتيجي والإدارة العامة.
6. **تكلفة التكنولوجيا الطبية:** تشمل تكلفة الاستثمار في التكنولوجيا الطبية الحديثة وتكلفة الصيانة والتحديث.
7. **تكلفة البرامج الصحية والتوعية:** تشمل تكلفة تنفيذ برامج صحية وحملات توعية للمجتمع.
8. **تكلفة الإدارة الطبية والقيادية:** تشمل تكلفة إدارة السياسات واتخاذ القرارات وتنسيق الخدمات الطبية.
9. **تكلفة البحث والتطوير:** تشمل تكلفة الأبحاث الطبية والابتكارات التكنولوجية في مجال الرعاية الصحية.
10. **تكلفة الأمانة والتأمين:** تتعلق بتكاليف توفير التأمين الصحي وتكاليف التسوية والأمانة.
11. **تكاليف الرعاية الأولية والوقاية:** تشمل تكلفة تقديم الخدمات الصحية الأساسية وبرامج الوقاية.
12. **تكاليف التعليم الطبي:** تتعلق بتكلفة توفير التعليم والتدريب للكوادر الطبية.

تحليل نظام التكلفة يساعد على فهم توجيه الاستثمارات وتحسين الكفاءة في تقديم الرعاية الصحية، ويشكل جزءًا هامًا من إدارة الموارد وتخطيط السياسات الصحية، علاوة على ذلك، يسهم تحليل التكلفة في توجيه السياسات الصحية، حيث يمكن استخدام النتائج لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن توجيه الاستثمارات وتحسين إدارة الموارد المالية. هذا يعزز فهم العلاقة بين التكلفة والجودة، ويشكل أساسًا لتحسين الفعالية وتحقيق التوازن بين تحسين الخدمات

الصحية والحفاظ على الاستدامة المالية. ويبين الشكل الموالي تطور النفقات على الصحة (النفقات العامة، نفقات الدولة، الانفاق المنزلي).

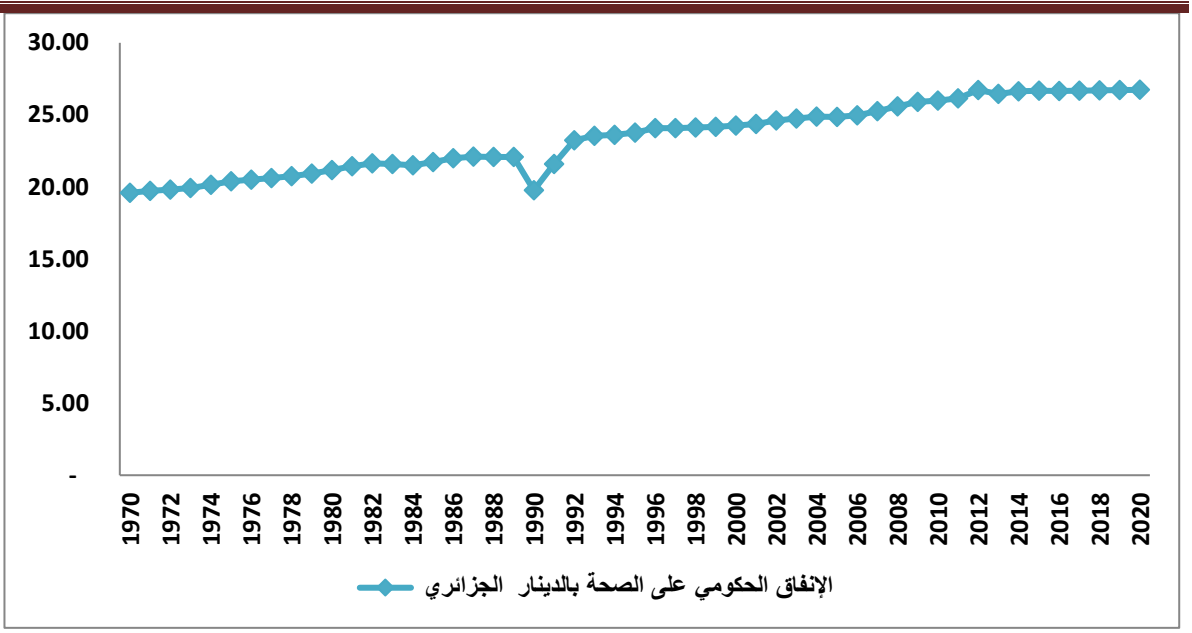
الشكل رقم (3-9): تطور وهيكلة الإنفاق على الصحة



Source : BRAHMIA Brahim, **Economie de la santé : Evolution et tendences des systèmes de santé, OCDE-Pays d'Europre de l'est-Maghreb**, Edition AlphaDoc, Algérie, 2023, p 513.

- من بين المهام الأساسية لوزارة الصحة يمكن أن نذكر على سبيل المثال ما يلي:
- إعداد الاستراتيجيات والسياسة الوطنية وتنفيذها وتقييمها في محال حماية الصحة وترقيتها.
- تنظيم الوقاية وحفظ صحة السكان ومكافحة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة.
- إعداد واقتراح تنظيم المنظومة الوطنية للصحة، لا سيما إعداد الخريطة الصحية.
- إعداد برامج الصحة الجوارية وتنظيم العلاج الطبي في هياكل الصحة.
- إعداد الاستراتيجية والسياسة الوطنية في مجال السكان وتنفيذها وتقييمها.
- تحديد الأولويات في مجال التحكم في النمو الديموغرافي والتخطيط العائلي.
- إعداد الاستراتيجية والسياسية الوطنية في مجال إصلاح المستشفيات وتنفيذها وتقييمها.

وعليه فأن الدولة الجزائرية تخصص منذ الاستقلال ميزانيات معتبرة لتغطية نفقات قطاع الصحة مثلما هو مبين في المنحنى أدناه، حيث يبدوا جليا الارتفاع السنوي المطرد للإنفاق الحكومي على الصحة مع تزايد الأعباء الصحية والنمو الديموغرافي والحضري الذي شهدته الجزائر في السنوات الأخيرة، دون أن ننسى عامل التضخم السنوي الذي يرفع من تكاليف التسيير والتجهيز سنويا.



تعليـــق: يوضـح المنحنـى الارتفـاع المسـتمر للانفـاق الحكـومي علـى الصـحة هـو تلبيـة لتزايـد عـدد السـكان والطلـب علـى الخـدمات الصـحية كمـا ونوعـا. بالإضـافة إلـى ارتفـاع ميزانيات التجهيز الخاصة بمشاريع بناء الهياكل الصحية عبر التراب الوطني.

نصيب الإنفاق الصحي من الناتج الداخلي الخام [1]

السنة	DNS/PIB (%)	مؤشر نمو ن. ص بالقيمة المطلقة
1973	1.6	100
1979	3.5	132
1980	3.6	160
1981	3.8	185
1982	4.0	185
1983	4.2	216
1984	4.4	249
1985	4.4	277
1986	5.2	329
1987	5.4	367

[1] Brahim Brahamia,Economie de La santé , Evolution et tendances des systèmes de santé OCDE_Pays d'Europe de L'Est _Maghreb , alphaDoc , 2023 , p513.

1988	6.0	416
1989	5.5	432

تعليق: ارتفاع نصيب الإنفاق على قطاع الصحة من الناتج المحلي الإجمالي يدل على أهمية قطاع الصحة لدى راسمي السياسات العمومية مقارنة مع الماضي. حيث تبنت الدولة مقاربة مجانية العلاج، وهو مؤشر إيجابي من الناحية الكمية.

المطلب الثاني : مصادر تمويل نفقات المنظومة الصحية في الجزائر.

السنة	نسبة نفقات الدولة على قطاع الصحة	نسبة الضمان الاجتماعي في النفقات العامة الصحة	نسبة الأسر من النفقات العامة للصحة	نسبة النفقات العمومية على الصحة
2019	38.7	26.3	33.44	65.0
2018			32.65	65.8
2017	39.7	26.3	32.54	66.0
2016	40.69	27.0	30.9	67.69
2015	42.26	28.2	28.2	70.46
2014	45.41	26.6	26.7	72.01
2013	45.45	25.6	27.5	71.05
2012	50.23	22.7	25.7	72.93
2011	46.02	24.6	27.9	70.62
2010	43.08	26.4	28.9	69.48
2009	44.9	26.0	27.5	70.90
2008	46.4	25.6	26.1	72.00
2007	45.09	24.7	28.1	69.79
2006	43.16	25.3	29.1	68.46
2005	44.89	24.4	28.1	69.29
2004	47.15	24.2	26.1	71.35
2003	50.69	26.0	21.1	76.69
2002	49.38	25.9	22.5	75.28
2001	50.43	25.8	21.7	76.23
2000	45.86	26.1	25.8	71.96

تعليق: يوضح الجدول بشكل جلي أن الإنفاق الحكومي ونظام الضمان الاجتماعي هو المصدر الأول لتمويل النظام الصحي الجزائري، أما التمويل الأسري فهو أقل من الثلث، ويعزى ذلك لكون الصحة خدمة عمومية وخيار استراتيجي للدولة لأنها تتبنى المقاربة الاجتماعية.

سنركز الآن على هيكل الانفاق الحكومي على الصحة. وتخصص الميزانية السنوية لوزارة الصحة على ثلاث برامج رئيسية، برنامج الوقاية والعلاج، برنامج التكوين في مجال الصحة وبرنامج الإدارة العامة.

وعلى سبيل المثال نجد في الجدول التالي تقسيم ميزانية الصحة المخصصة لسنة 2025.

توزيع رخص الالتزام واعتمادات الدفع حسب البرنامج (بآلاف دج)[1]

البرامج	رخص الإلتزام	اعتمادات الدفع
البرنامج1: الوقاية والعلاج	248 377 023	280 696 869
البرنامج 2: التكوين في مجال الصحة	15 368 178	17 657 332
البرنامج 3: الإدارة العامة	740 638 353	742 638 353
المجموع	1 004 413 554	1 040 992 554

[1] تقرير عن الأولويات و التخطيط لسنة 2025 من مشروع قانون المالية 2025 ، تقرير عن التخطيط و الأولويات لوزارة الصحة ، ص 4

تعليق: يتضح جليا من خلال الجدول، أن برنامج الوقاية والعلاج هو الذي يأخذ حصة الأسد من ميزانية وزارة الصحة يليه برنامج تسيير الإدارة العامة أما برنامج التكوين فله كذلك ميزانيته الخاصة، لهذا فلكي نحصل على خدمة صحية نحن بحاجة إلى الإنفاق على الوقاية والعلاج، الإنفاق على تكوين مقدمي الخدمات الصحية المباشرة، الإنفاق على عملية الإشراف على الإدارة الوصية وبرامجها.

وبالتالي فإن تكلفة الخدمة الصحية = تكاليف العلاج + تكاليف التكوين + تكاليف الإشراف العام /عدد الخدمات الصحية أو التدخلات الصحية.

نفقات المحفظة حسب العنوان ونوع مركز المسؤولية. السنة 2025 (بآلاف دج) [1]

نوع المصالح	نفقات المستخدمين	نفقات تسيير المصالح	نفقات الاستثمار	نفقات التحويل	المجموع
المصالح المركزية	1 222 000	825 530	4 121 012	000 000 146	**152 168 542**
الهيئات الخاضعة للوصاية	/	/	/	269 192 761	**761 269 192**
المصالح غير الممركزة	7 231 455	500 000	23 198 000	/	**455 929 455**
الهيئات الاقليمية	/	/	96 625 365	/	**96 625 365**
مجموع النفقات	**8 453 455**	**1 325 530**	**944 377 123**	**269 192 907**	**040 992 554 1**

وبين التكاليف التي تدخل ضمن الخدمات الصحية لدينا نفقات المستخدمين ونفقات تسيير المصالح ونفقات الاستثمار ونفقات التحويل. كما هو مفصل في الجدول أعلاه. وهي مبالغ معتبرة جدا.

تطور النفقات حسب البرنامج (بآلاف دج)[2]

البرامج	النفقات الفعلية لسنة 2023	تقديرات نفقات سنة 2024	النفقات المتوقعة 2025	النفقات المتوقعة 2026	النفقات المتوقعة 2027
الوقاية والعلاج	**273 735 464**	**287 139 146**	**280 696 869**	**291 346 869**	**291 346 869**
التكوين في مجال الصحة	**5 085 000**	**17 949 138**	**17 657 332**	**18 080 532**	**18 880 408**

[2] تقرير عن الأولويات و التخطيط لسنة 2025 من مشروع قانون المالية 2025 ، تقرير عن التخطيط و الأولويات لوزارة الصحة ، ص 5

[1] مرجع سبق ذكره ص 6

الإدارة العامة	432 519 212	551 561 716	742 638 353	783 353 269	828 499 269
المجموع	711 339 676	856 650 000	1 040 992 554	1 092 780 670	1 138 726 546

تعليق: يوضح الجدول أعلاه بأن النفقات ترتفع من سنة إلى سنة، كما أن الدولة أولت أهمية بالغة للتكوين ويظهر ذلك في ارتفاع التقديرات مقارنة مع 2023 بأكثر من 150%.

بطاقات البرامج ومؤشرات الأداء المستهدفة:

الوقاية والعلاج:

الأهداف الإستراتيجية للفترة 2027/2025:

- تعزيز سياسة الوقاية.
- تحسين الوضع الصحي.
- زيادات قدرات الاستقبال والتدخل الطبي للمؤسسات العمومية للصحة.

المسير المسؤول: المدير العام لمصالح الصحة واصلاح المستشفيات.[1]

الأهداف	مؤشرات الأداء	القيم الحالية	الوحدة	التاريخ	القيم المستهدفة	الوحدة	التاريخ
تعزيز سياسة الوقاية	معدل تغطية التطعيم	BCG: 89 DTCHIB3:77 ROR: 71	%	2023	95	%	2025
	معدل توافر اللقاح	90	%	2023	100	%	2025
	احصائيات تطور المرض	ROUGEOLE: 74 Tétanis : 0 Diphtérie: 04	حالة	2023	0	حالة	2025
تحسين الوضع الصحي	تطور معدل العمر المتوقع	74.5	عام	2023	78.1	عام	2025
زيادة قدرات الاستقبال والتدخل الطبي للمؤسسات العمومية الصحية	تطور قدرات استقبال المؤسسات العمومية للصحة	77 585	سرير	2023	80 005	سرير	2025

[1] مرجع سبق ذكره ص 7

	عدد التدخلات الطبية سنويا	607 935	تدخل	2023	725 668	تدخل	2025

تعليـق: هـذه هـي مؤشـرات **الأداء** التـي تعـول عليهـا وزارة الصـحة وهـي مؤشـرات قابلـة للقيـاس بشـكل واضـح وتعـول الدولـة الجزائريـة كثيـرا علـى تعزيـز الوقايـة الصـحية عبـر تخصـيص بـرامج مكثفـة للتلقـيح والتحسـيس ومحاصـرة الأمـراض السـارية. كمـا أنهـا تسـتهدف تحسـين معـدل العمـر المتوقـع مـن 74.5 إلـى 78.1 فـي آفـاق سـنة 2025 و2026. لكـن يجـب التـذكير بـأن هـذا المؤشـر تتـدخل فيـه محـددات أخـرى خـارج نطـاق قطـاع الصـحة وصـلاحياتها ونـتكلم هنـا هـن الوضـعية الاقتصـادية والاجتماعية والبيئية للسكان.

: قائمة المشاريع الكبرى للدولة . الجارية.[1]

- تعزيز سياسة الوقاية. دراسة ومتابعة وانجاز وتجهيز مستشفى جامعي 400 سرير ببشار.
- دراسة ومتابعة وانجاز وتجهيز مستشفى جامعي 400 سرير بورقلة.
- متابعة وتجهيز مستشفى جامعي 500 سرير بتيزي وزو.
- متابعة وانجاز مستشفى 60 سرير بمينار زرارة ولاية ميلة.
- دراسة تكميلية متابعة وانجاز وتجهيز مركز مكافحة السرطان بالشلف.
- انجاز وتجهيز 80 سريرا للأمومة برج عزوز
- دراسة وانجاز وتجهيز مستشفى 240 سرير يحل محل مستشفى حكيم سعدان.

يتضح من خلال هذه العينة من برنامج المشاريع الكبرى أن المنظومة الصحية تستهدف تحقيق مؤشرات التغطية الصحية الشاملة ذات الأبعاد الجغرافية، ونتكلم هنا عن الجنوب الشرقي والجنوب الغربي وشمال الجزائر. وغربها.

تطور نفقات (تكاليف) التكوين وتدعيم الكفاءات: (بآلاف دج)

البرنامج	النفقات الفعلية لسنة 2023	النفقات الفعلية لسنة 2024	النفقات المرصودة لسنة 2025	النفقات المتوقعة لسنة 2026	النفقات المتوقعة لسنة 2027

[1] تقرير عن الأولويات و التخطيط لسنة 2025 من مشروع قانون المالية 2025 ، تقرير عن التخطيط و الأولويات لوزارة الصحة ، ص 9

التكوين وتدعيم الكفاءات	**5 085 000**	**7 545 050**	**17 657 332**	**080 532 18**	**880 408 18**

تعليق: جدول يوضح بشكل جلي عزم الدولة على زيادة المورد البشري والرفع من كفاءته لمواجهة التحديات الصحية المستقبلية وارتفاع الطلب على الخدمات الصحية.

تقديرات تطور المناصب المفتوحة وكتلة الأجور (بآلاف دج). [1]

المصالح	المناصب المفتوحة						كتلة الأجور			
	العدد			التطور 2025/2024			المبلغ			التطور 2025/2024
	2023	2024	2025	العدد	%	2023	2024	2025	المبلغ
المصالح المركزية	763	774	774	19115	4.55	909447	1135050	1204200	69150
المصالح غير الممركزة	3207	3207	3284	/	0	5776342	6076342	7105455	1029113
الهيئات الخاضعة للوصاية	404663	420163	439278	77	2.40	383065022	395082342	555417323	162665394
المجموع	413224	429033	448033	19782	4.61	394096777	406890897	570654554	163763657

المصدر : وزارة الصحة

تعليق: يشير الجدول أعلاه إلى توقع انتعاش في سوق العمل بقطاع الصحة نظر العدد المناصب التي يتوقع فتحها والتي رصدت لها مبالغ مالية كبيرة جدا خصوصا مع مشروع إعادة صياغة القانون الأساسي لممارسي الصحة.

المطلب الثالث: تحليل التكاليف على المستوى الجزئي:

حاولنا في هذا المطلب أن نقوم بدراسة حالة مستشفى بدائرة الشطية ولاية الشلف و ذلك من خلال الإنتقال المباشر إليه و اللقاء مع مديره الدكتور يوسف حجي و هو باحث أكاديمي كذلك في مجال اقتصاديات الصحة و الذي زودنا بالمعلومات التالية :

جدول يوضح التكاليف الجزئية على مستوى أحد المستشفيات العمومية، مستشفى الشطّية بالشلف بعنوان ميزانية التسيير لسنة 2022.

المصدر: مدير المستشفى الدكتور حجو يوسف.

الرقم	البيان المطلوب	ملاحظة

[1] تقرير عن الأولويات والتخطيط لسنة 2025 من مشروع قانون المالية 2025، تقرير عن التخطيط والأولويات لوزارة الصحة، ص 41.

01	تكلفة مبيت مريض واحد في بعض المصالح: مثلا: مصلحة الطب الداخلي بسعة 30 سرير عدد المرضى الذين تم استشفاؤهم لسنة 2022 = 711 مريض، عدد الأيام الاستشفائية = 3822 يوم استشفائي حساب التكاليف التالية فقط (لجميع المرضى): الاطعام 1825976.17دج الادوية والمستهلكات الصيدلانية 27610944.64دج نفقات مختلفة (لوازم مكتب، مواد النظافة، لوازم البياضة، أدوات وأجهزة غير طبية) = 283388.50 دج تهيئة وصيانة = 120272.66 دج ------ المجموع = 29840581.97 دج دون احتساب تكاليف الماء والكهرباء وأجور موظفي المصلحة	تكلفة الاستشفاء لجميع المرضى 711 مريض = 29840581.97 دج تكلفة استشفاء المريض الواحد في مصلحة الطب الداخلي = 29840581.97 دج / 711 = 41969.87دج
02	متوسط تكلفة علاج المريض في الاستعجالات بسعة 10 أسرة: عدد المرضى الموضوعون تحت الملاحظة (مدة الاستشفاء لا يجب أن تتعدى 24 ساعة) = 1671 مريض نفقات الأدوية (أدوية، ضمادات، لقاحات، امصال) = 17297931.56دج مستهلكات صيدلانية أخرى = 3835951.64دج	كالأشعة والإسعافات الأولية تكلفة المريض الواحد = تكاليف العلاج **21650816.6 دج** + **1589512**دج تكاليف التحاليل والأشعة/ **1671** مريض = **13908.04** دج للمريض الواحد

	نفقات مختلفة (لوازم مكتب، مواد النظافة، لوازم البياضة، أدوات وأجهزة غير طبية) = 423516.40 دج تهيئة وصيانة = 93417.00 دج ------ المجموع === 21650816.6 دج تكاليف التحاليل خلال سنة 2022 = 1425485دج تكاليف الأشعة (أشعة عادية) خلال سنة 2022 = 164027 دج المجموع (تحاليل + أشعة) = 1589512 دج	
03	تكلفة العناية بمريض القصور الكلوي وجلسة التصفية مصلحة تصفية الكلى بسعة 18 جهاز تصفية عدد المرضى المبرمجين: 84 مريض (كل مريض يجري 3 حصص أسبوعيا) عدد حصص التصفية خلال سنة 2022 = 12946 حصة.	عدد الحصص خلال السنة **12946** حصة عدد المرضى **84** مريض مبرمج التكلفة الاجمالية السنوية لمجموع المرضى = **88081000**دج تكلفة الحصة الواحدة = **7000**دج
04	تكلفة بعض العمليات الجراحية كالعملية القيصرية، أو عمليات القلب والقسطرة، أو نزع المرارة، أو الزائدة الدودية، أو جراحة العظام، الشلل الدماغي	تكلفة عملية قيصرية = **50000.00دج** تكلفة ولادة عادية = **35000.00دج** تكلفة عملية جراحية (نزع المرارة) = **40000.00دج**
05	التكلفة الإجمالية لإدارة مستشفى بعدد أسرة معين مثلا سرير (170 سرير)	**592 410 100,00دج**
06	**تكلفة بناء مستشفى وتجهيزه**	**بالتقريب 400 مليار سنتيم**

	مستشفى 240 سرير بجميع الأجهزة الطبية (سكانير، IRM، تعقيم مركزي، 5 قاعات عمليات جراحية بجميع أجهزتها، بالإضافة إلى جميع الأجهزة الطبية في المصالح، 14 جهاز غسيل الكلى، 18 جهاز تنفس اصطناعي، 240 سرير طبي،) + أجهزة ملحقة مثل (3 مولدات كهربائية بسعة 500 ك/و للمولد الواحد، جهاز عاكس كهربائي مركزي onduleur، 3 مكيفات هوائية مركزية، جهاز تدفئة مركزي، جهاز تنقية الهواء في جناح العمليات، 36 كمرات مراقبة، خزان مياه بسعة 5000 متر مكعب، 120 ثلاجة صغيرة في غرف المرضى، 150 تلفاز 42 بوس في غرف المرضى، 260 أريكة، كراسي، مكاتب، طاولات ....الخ)	
07	التكاليف المتوسطة لصيانة العتاد الطبي (مستشفى بدون جهاز سكانير ولا IRM)	**4 000 000,00دج** سنويا
08	التكلفة المتوسطة السنوية لاقتناء الأدوية (مستشفى 170 سرير) فيه مصالح (الاستعجالات الطبية الجراحية 10 أسرة، الجراحة العامة 38 سرير، جراحة العظام 16 سرير، الولادة 30 سرير، طب الأطفال 24 سرير، تصفية الكلى وامراض الكلى 18 جهاز تصفية، الطب الداخلي 32 سرير، أمراض الدم 06 أسرة، الأمراض المعدية 16 سرير، المخبر، الأشعة، مرض السكري 06 أسرة)	**370 000 000,00دج** سنويا
09	تكلفة بعض الأدوية النادرة كأدوية السرطان مثلا أمراض السرطان (العلاج الكيميائي) لمصلحة بسعة 32 سرير وعدد مرضى 5900 مريض	**270 000 000,00دج**

	الأمـــراض النـــادرة مثـــل (أمـــراض فقـــر الـــدم Hémophile	
10	تكلفــة أجــور المســتخدمين حســب المستشــفى المــراد قيــاس حالتــه (مستشــفى بمجمــوع 512 موظــف: 23 أخصـــائي، 37 طبيـــب عـــام، 1جـــراح أســـنان، 20 قابلــة، 11 عــون طبــي فــي التخــدير والإنعــاش، 42 إداري، 53 عامــل مهنــي،12 ســائق، 19 بيولــوجي، 02 نفساني عيادي، 293 ممرض)	**429 260 000,00دج** (الأجور + المنح والعلاوات)
12	النسبة السنوية للعمليات الناجحة	%98

المصدر: مدير مستشفى الشطية بولاية شلف الدكتور حجو يوسف.

تعليق: هذه الأرقام على المستوى الجزئي تعكس بدقة ارتفاع التكلفة الوحدوية للخدمة الصحية سواء كان علاجا عاديا أو تدخلا جراحيا أو جلسة تصفية الدم والتي تكلف 7000 دج للحصة الواحدة على سبيل المثال، هذه التكاليف لا يدركها المواطن المستفيد منها، فماذا لو كان كل مواطن يحصل على فاتورة تضم تكاليف علاجه بينما يقوم التأمين الصحي بدفع الأغلبية ويقوم المواطن بدفع نسبة عشرة بالمائة مثلا؟ وهنالك رقم مهم جدا وهو أن 98 %من العمليات الجراحية ناجحة وهو مؤشر مميز.

المطلب الرابع : تكلفة الفرصة البديلة في المنظومة الصحية الجزائرية : في قطاع الصحة تكلفة الفرصة البديلة هي حجم الإيرادات التي كان بإمكان قطاع الصحة العمومي أن يحققها إذا اتبع نظام تسعيري تجاري مقارنة بالنظام التسعيري المجاني، ولاحتساب هذه التكلفة قمنا بضرب عدد التدخلات الطبية المسجلة سنة 2021 مثلا حسب الإحصائيات المذكورة في بداية هذا الفصل ثم ضربناها في أسعار السوق الحقيقة بعد التواصل مع ممارسي الصحة في القطاع الخاص والحصول على بعض الفواتير. وقد كانت النتيجة كما هو مبين في الجدول التالي:

ملاحظة: التسعيرات التجارية هي تسعيرات تقريبية لمستوى الأسعار في القطاع الخاص الجزائري.

جدول يوضح الإيرادات المتوقعة لو تم اعتماد نظام تسعيري تجاري بدل النظام المجاني. الوحدة دج

التدخلات الطبية	التكلفة الوحدوية	السعر العمومي	السعر الوحدوي التجاري	الإيراد الكلي المفترض تكلفة الفرصة البديلة.
102 470 520 إستشارة طبية	/	50	1500	153 705 780 000
14 270 394 كشف طبي اختصاصي	/	50 دج	2000	28 480 788 000
54 387 117 كشف طبي عام	/	50 دج	1000	54 387 117 000
33 812 009 كشف استعجالي	/	0	500	16 906 004 500
17138375 كشف بالأشعة	98 دج	0	1000	17 138 375 000
793 001 تدخل جراحي	40000 دج	50	80000	63 440 080 000
4 869 965 تدخل في طب الأسنان	/	50	1000	4 869 965 000
2606161 جلسة تصفية دم	7000	0	8000	20 849 288 000
1 146 489 يوم إستشفائي	41969.87 دج	0	30000	34 394 670 000
678 876 حالة ولادة	35000 للولادة العادية 50000 للولادة القيصرية	0	60000	54 310 080 000
3 799 987 تحليل مخبري	853 دج	0	3000	100 399 961 000
المجموع:				395 176 328 500

من إعداد الطالب حسب المعطيات المتوفرة.

تكلفة هجرة المورد البشري:

فقد النظام الصحي الجزائري حوالي 30 ألف طبيب موزعين عبر العالم منها 15 ألف طبيب في فرنسا لوحدها، وإذا أخذنا بالاعتبار نفقات التكوين والتأطير وسنين الخبرة في الجزائر فإن التكلفة باهضه جدا جراء هجرة المورد البشري.

الأسموز البشري:

في الكيمياء هنالك ظاهرة تسمى الأسموز، بحيث ينتقل الماء من الوسط الأقل تركيز إلى الوسط الأعلى تركيز، ولدى البشر كذلك ظاهرة الأسموز الخاصة بهم إذ ينتقل الفرد من الوسط الأقل حوافز إلى الوسط الأعلى حوافز، لهذا فهجرة المورد البشري الصحي سببها الأساسي هو البحث عن الحوافز سواء نحو القطاع الخاص أو نحو الخارج، لضمان جودة الحياة، الإيراد المادي، والتكوين عالي الجودة.

بهذه الطريقة نكون قد حللنا التكاليف من الناحية الكلية ومن الناحية الجزئية بالنسبة للقطاع العام ومن الناحية الجزئية بالنسبة للمواطن. ويبقى القطاع الخاص الذي تخضع أسعاره للعرض والطلب فعلى سبيل المثال

تكلفة الفحص عند طبيب خاص تتراوح بين 2000دج و4000 دج، أما العملية القيصرية في القطاع الخاص فتبلغ تكاليفها 80000 دج، أما التحاليل الطبية فمتوسط أسعار التحاليل الطبية عند الخواص هو 5000 دج للمجموعة الواحدة.

المبحث الثالث: تحليل وتقويم المنظومة الصحية من زاوية المناجمنت.

المطلب الأول : خصائص الخدمات الصحية العمومية

من خلال تحليل التكاليف الخاصة بقطاع الصحة باعتبارها مدخلات إضافة إلى المدخلات الهيكلية والبشرية والمعرفية والتي كلها تحتاج إلى نفقات أي أن لها تكلفة. ومن خلال نتائج الدراسة القياسية والاستبيان الذي تم طرحه على المواطنين ومهنيي الصحة، تبين أن هنالك حلقة مفقودة بين المدخلات والمخرجات. وهو الميكانيزم الذي يحول المدخلات المذكورة أعلاه إلى خدمة نهائية تسمى الخدمة الصحية ومستوى جودتها.

فلتحقيق الفعالية، الكفاءة، الإتاحة، القبول، العدالة، الآمان في توفير الخدمات الصحية، يجب إتباع نموذج مناجمنت عمومي مبني على الفعالية والكفاءة في الإنفاق ومبني على المنافسة والعدالة في تقديم الخدمة.

إن النظام الصحي الجزائري يتبع في تسيير ميزانيته على مبادئ المحاسبة العمومية في تنفيذ النفقات وعلى الصفقة العمومية في تحديد المشتريات، وهذا النظام معروف بالهدر الكبير للموارد نظرا للأسباب التالية:

- تركيز الآمر بالصرف على الجانب الإجرائي والشكلي لتنفيذ النفقات خوفا من المساءلة القانونية، بحيث ما يهم في تنفيذ النفقة هو أن تكون مطابقة للمعايير المنصوص عليها قانونا وبالنص الحرفي خوفا من المحاسب العمومي والمراقب الميزانياتي الذي يركز كثيرا على الجوانب الشكلية في تنفيذ النفقات.
- التركيز على معيار الأقل عرضا في تنفيذ المشتريات دون الإهتمام بمعيار جودة المشتريات في الصفقة العمومية وذلك دوما لأن الأولوية للجانب الإجرائي وليس للكفاءة في صرف المال العمومي.
- مصدر المال يعتبر كذلك محددا رئيسيا في مدى فعالية وكفاءة تنفيذ النفقة، فحينما يكون مصدر المال هو المال العمومي فمنفذ النفقة لا تهمه لا الجودة ولا التكلفة وهذا حسب معايير ميلتون فريدمان للإنفاق، بحيث إذا أنفق الرجل X الميزانية كذا على الرجل Y فإن الرجل X هنا لا تهمه لا الجودة ولا التكلفة. وهو ما يحدث فعلا في نظام الإنفاق بقطاع الصحة حيث ينفق البيروقراطي أموال دافعي الضرائب على المواطنين فلا تهمه لا الجودة ولا التكلفة.
- غياب حوافز تحقيق معايير الجودة والتكلفة لدى الإدارة العمومية في الصحة وذلك لأن الأجر لدى الموظف العمومي ثابت نسبيا ولا يحصل على مكافآت مادية في حالة اعتماده على معايير الكفاءة في التحكم بالتكاليف ولا تهمه معايير الجودة في تنفيذ النفقات.

- غياب المنافسة الأفقية بين المستويات الإدارية وذلك لغياب معايير الأداء والتقييم، بحيث لا يشترك المواطن في تقييم الخدمة الصحية.
- ضعف الأجور في القطاع العام مقارنة مع القطاع الخاص ومقارنة مع الدول الأخرى المستقطبة للكفاءات الصحية يجعل مهنيي الصحة يشعرون بحالة عدم الرضا الوظيفي وبغياب تام للحوافز وهو ما ينعكس على الأداء أثناء تقديم الخدمة العمومية.
- ضعف المردودية المادية للقطاع العام، فهو هيكل مبني على الإنفاق وليس على الإستثمار أو تغطية التكاليف أو تحقيق الأرباح والعوائد المادية، وذلك بسبب نظام تعميم المجانية في العلاج وهو ما يخلق ضغطا على مقدمي الرعاية الصحية دون مكافآت.
- التعامل مع المريض على أنه عبء اجتماعي تُقدم له خدمة عمومية تفضيلية مجانية شبه خيرية يجعل المواطن دوما في موقف ضعف من ناحية التفاوض على الجودة، عكس القطاع الخاص أو نظام التأمين التعاقدي أن يعامل المواطن والمريض على أساس أنه زبون يجب إرضاؤه لضمان وفاءه. أي أن العقد المعنوي المبرم بين مقدم الخدمة الصحية العمومية والمواطن هو عقد تكافلي خيري وليس عقد تجاري خدماتي بين مقدم للخدمة ومشتري ومستعمل للخدمة.
- هنالك قاعدة عامة في الاقتصاد وهي أن المجانية منافية دوما للجودة والمجانية هي ليست صفرية التسعير، بل صفرية الأرباح.
- ميزة الخدمة العمومية بتصنيفها كسلعة عمومية هي غياب معيار التنافسية بحيث يمكن استهلاك السلعة العمومية من طرف عدد غير محدود من الأفراد دون أن يقلل ذلك مما هو متاح للاستهلاك للآخرين[1]، والمعيار الثاني هو عدم الإقصاء أي عدم إمكانية إقصاء[2] الأفراد العاجزين عن اقتناء السلعة العمومية لأسباب تتعلق بالقدرة الشرائية، وبالتالي فإن الخدمة الصحية لازالت تعتبر سلعة عامة بعيدة عن التنافسية وبعيدة عن الإقصاء، بل هي سلعة تضامنية تكافلية لها تسعيرها العمومي الخاص. وهذه التفاصيل تنعكس حتما على الجودة بشكل سلبي.
- تختص الخدمة الصحية بأن الطبيب هو الذي يحدد الطلب على الخدمة فبعد التشخيص هو من يقرر نوعية وحجم وزمن العلاج وهو من يصف الدواء وبالتالي من الصعب على المريض أن يقيم نوعية الخدمة الصحية على أساس الذوق مثلما يقيم فندقا مثلا، لكن التسيير العمومي الحديث غير المفاهيم كليا وأدخل المريض في خانة

[1] McNutt: Public goods and club goods, Page: 2 - 3. Look else: Kaul, 2 Grunberg and Stern: Defining Global Public Goods, Page: 3, in Preference: Global Public Goods, International Cooperation in the 21ST Century, Page: 41.
[2] Local Government and the Provision of Public Goods, New Zealand, 3 Local Government Forum, 2008, Page: 5 - 6

المستهلك الذي يمكن أن يقيم بعض جوانب الخدمة الصحية التي لها علاقة بما يسمى الفندقة الصحية ومعدل الانتظار، ومستوى الإتاحة، والشعور بالأمان، والإنصاف.

- على ذكر الحوافز، فإن هناك نوعين من الحوافز، حوافز دافعة تجعل المورد البشري قابلا للرفع من مردوده[4] كالدخل، الحماية القانونية، مناخ العمل، الوسائل المتوفرة، الإستقرار الوظيفي. وهناك حوافز رادعة كالمنافسة على المناصب، عقود العمل المبنية على النجاعة، حق المريض في تقييم نوعية الخدمة والإستقبال، عقوبات التماطل في تأدية الواجب، العقوبات القانونية الناجمة عن الإهمال والأخطاء الطبية المتعمدة.
- والقطاع العمومي لا يوازن بين هذين النوعين من الحوافز، فإما تجد الأمان الوظيفي والتقاعد والأجر المضمونين وبالتالي غياب الحوافز الرادعة وإما تجد ضعف شبكة الأجور وغياب المناخ العمل الآمن وبالتالي غياب الحوافز الدافعة. على عكس القطاع الخاص الذي يوازن بين هذين الجناحين المهمين إن صح التعبير ومنهما يستمد قوته لكن بتكلفة خدمة عالية الثمن لا يقدر عليها المواطن البسيط ومتوسط الدخل وأحيانا حتى أصحاب الدخول المرتفعة يسافرون للخارج من أجل تلقي العلاج بجودة أكبر وتكاليف أقل. وعليه كيف يمكننا استغلال القوة المالية والمؤسساتية للقطاع العام وكيف يمكننا توفير الحوافز الدافعة والحوافز الرادعة الموجودة في القطاع الخاص لضمان خدمة عمومية صحية ذات جودة عالية تخدم المواطن والصحة العمومية، تخدم الموارد البشرية العمومية وتحافظ عليها من النزيف، تضمن مصلحة الدولة وأمنها القومي الصحي من عبث المضاربين والمتحتكرين والذين يبتزون الناس في أمراضهم وأموالهم؟

المطلب الثاني : التسيير العمومي الحديث كآلية لترقية الخدمة العمومية الصحية:

أ. مفهوم ومبادئ التسيير العمومي الحديث[1]

ظهر مفهوم التسيير العمومي الحديث في حاضنات الأفكار الليبيرالية الجديدة في سبعينات القرن الماضي، عندما استفحلت الأزمة الاقتصادية في الدول الصناعية، حيث شدد هذا الاتجاه على أن أحد الأسباب الرئيسية لهذه الأزمة هو تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية بشكل مفرط، وعلى رأس هذا الاتجاه نجد الاقتصادي النمساوي المعروف فريدريك هايك والاقتصادي الأميركي المعروف ميلتون فريدمان. ويعود مصطلح التسيير العمومي الحديث إلى الباحث كريستوفر هود سنة 1990. ويشير هذا المفهوم إلى سلسلة من الأساليب الجديدة للإدارة العامة التي ظهرت في عدد من دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) في ثمانينات القرن الماضي. وقد جاء هذا المفهوم كرد فعل على عدم قدرة الإدارة العمومية التقليدية على التكيف مع متطلبات اقتصاد السوق التنافسي[2].

[1] لحبيب بلية، التسيير العمومي الجديد كآلية لتحسين حكامة مؤسسات القطاع العام، مداخلة مقدمة في فعاليات الملتقى العلمي الدولي حول تفعيل الدور التنموي للقطاع العام كآلية للنهوض بالاقتصاد خارج قطاع المحروقات، جامعة البليدة، نوفمبر 2018 ص 07. ص 12.

[2] توماس سويل، الاقتصاد التطبيقي، ترجمة رشا سعد زكي، مراجعة مجدي عبد الواحد عنبة، كلمات عربية للترجمة والنشر، الطبعة الأولى 2010، مصر، ص 78.

وإذا كان التحكم في التكاليف هو السبب الرئيسي في تبني هذا المفهوم، فإن مبادئ المنافسة وإدارة القطاع الخاص تشكل جوهر هذا المفهوم. ويندرج كل هذا تحت إطار إصلاح مؤسساتي أشمل للهيئات العمومية يعطي مكانة مهمة للامركزية اتخاذ القرار، وتحفيز المرافق والأفراد، والتفاوض بشأن الأهداف والغايات، والرقابة على النتائج، ونظام تمويل قائم على تقييم النتائج.

ب. يمكن تلخيص هذه المبادئ فيما يلي:

- التركيز على النتائج من حيث الفعالية والكفاءة وجودة الخدمات وعدالة توزيعها.
- استبدال الهياكل التنظيمية التنظيمية ذات البعد الهرمي والمركزي بهيئات تسييرية تعتمد اللامركزية، بحيث تكون عملية اتخاذ القرار بشأن تخصيص الموارد وتقديم الخدمات أقرب إلى نقطة التسليم أو تقديم الخدمة، والتي تأخذ بعين الإعتبار ردود الفعل من طرف العملاء ومجموعة المصالح الأخرى.
- المرونة لاستكشاف البدائل ولتوجيه الأحكام العامة والقواعد التي قد تعطي عوائد أكبر لنتائج السياسة الفعالة.
- زيادة التركيز على الكفاءة في الخدمات المقدمة من قبل القطاع العام، والتي تنطوي على وضع الأهداف الإنتاجية وخلق بيئة تنافسية داخل كل مؤسسات القطاع العام وبينها كذلك.
- تحويل المريض من رعية تحتاج المساعدة حسب المزاج إلى مستهلك زبون يجب إرضاؤه ويُخشى فقدانه إلى مؤسسات أخرى.

جادل بورنيس بأن التسيير العمومي الحديث هو المفهوم المعياري للإدارة العامة التي تتألف من مكونات مترابطة هي: توفير خدمات ذات جودة عالية للمواطنين، زيادة استقلالية المسيرين العموميين ولا سيما من ضوابط رقابة الوكالات المركزية، قياس ومكافأة الأفراد على أساس تلبية الأداء للأهداف، إتاحة الموارد البشرية والتكنولوجية التي يحتاجها المسيرون لأداء نشاطاتهم بشكل جيد، وكذا إدراك المزايا التي قد تنجر من عامل المنافسة (التشجيع على المنافسة)، فتح المجال للقطاع الخاص في تنفيذ السلع العامة بدلا من القطاع العام.

ت. كيفية إسقاط هذه المبادئ على إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية:

إن تطبيق هذه المبادئ على المنظومة الصحية يستوجب اتخاذ طريق ثالث لا يعتمد على المؤسسة العمومية الخدماتية، بل على المؤسسة العمومية ذات طابع الاقتصادي والتجاري الخدماتي، وهذا يعني بالضرورة التخلي عن مبدأ تعميم المجانية والانتقال إلى مبدأ التسعير العمومي المستهدف حسب التجزئة السوقية.

بمعنى خلق مؤسسات استشفائية بنظام الفندقة الصحية توفر خدمات صحية ذات جودة عالية لكن ذات تسعيرة عمومية تنافس القطاع الخاص، مع خلق بطاقة تأمين صحي حسب دخل كل فرد، وتقوم مؤسسات التأمين

الصحية بدفع الفارق بين تسعيرة الفقير مثلا والتسعيرة الحقيقية، تسعيرة متوسط الدخل والتسعيرة الحقيقية، أما أصحاب الدخل المرتفع فيدفعون التكلفة كاملة ولهم الحق في الحصول على تأمين صحي سنوي بامتيازات عالية مثلما هو عليه الحال في سوق تأمين السيارات والممتلكات.

ويجسد هذا الرسم التالي فكرة الخيار الثالث بدل الخيارين الوحيدين:

الشكل 1: المنظومة الصحية الحالية.

ونرى من خلال الشكل أن القطاع العام يشهد اكتظاظ كبير جدا ينهك بدرجة كبيرة الموارد البشرية والمادية للمنظومة الصحية ويشهد نقص في جودة الخدمات إلا ما تعلق الأمر بالشخصيات غير العادية ونتكلم هنا عن المحسوبية.

أما القطاع الخاص فهو يستغل النقص الفادح في جودة الخدمات الصحية بالقطاع العمومي لتوفير خدمات صحية[1] ذات جودة نسبية لكن بأسعار باهضة الثمن، هذا القطاع لا يشكل أي ضرر لأصحاب المداخيل الكبيرة لكنه يؤثر كثيرا على أصحاب الدخل المتوسط والضعيف.

من خلال تجسيد مقاربة التسيير العمومي الحديث يمكن أن نحصل على خيار ثالث حسب الشكل التالي:

[1] ريما مصطفى عمرو محمد، أثر ثقافة المنظمة على أداء العاملين في المستشفيات الخاصة الأردنية، رسالة ماجيستير في الإدارة، كلية الأعمال جامعة عمان العربية، 2017، ص53.

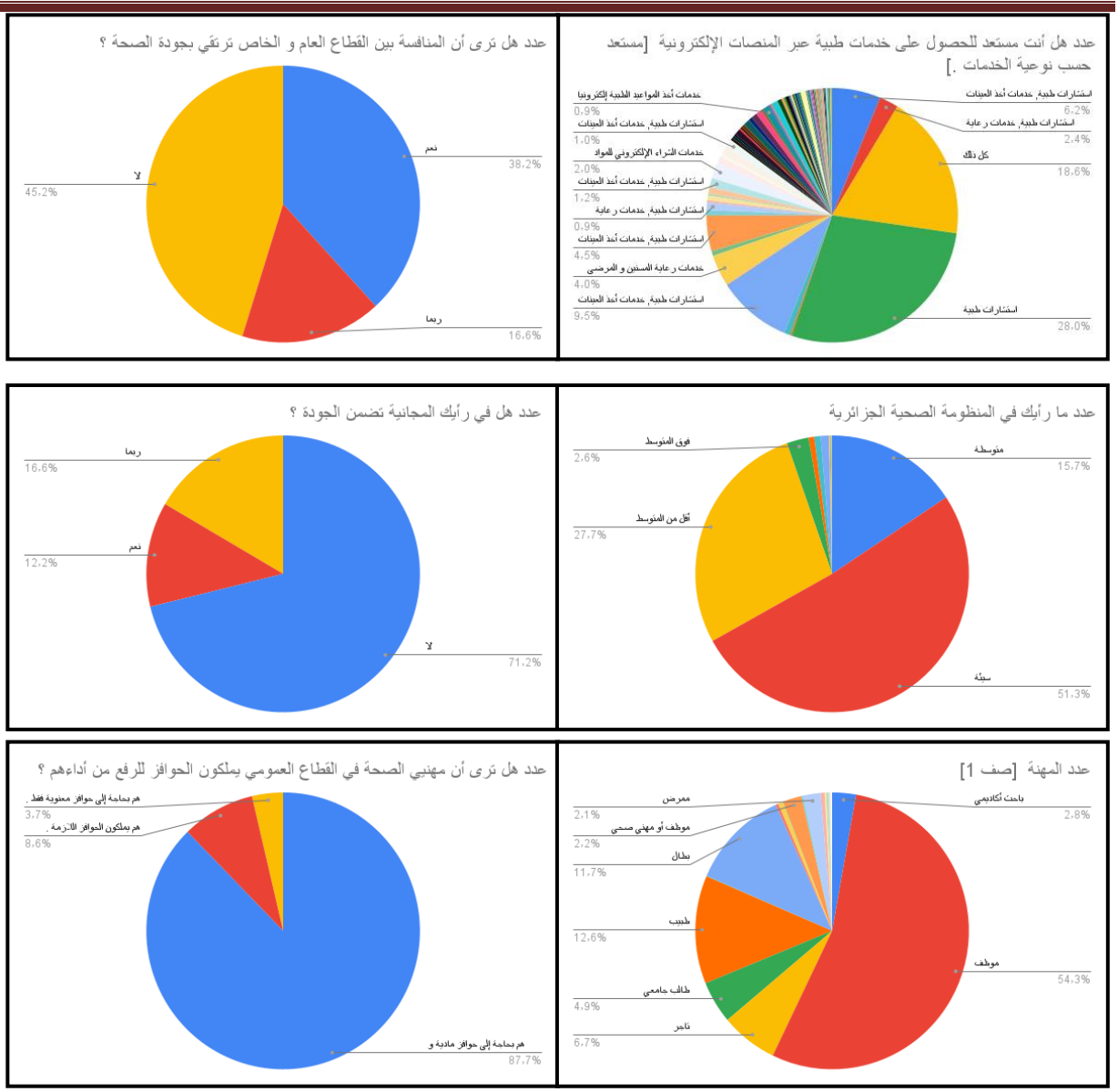
الشكل 02: من إعداد الباحث.

ويوضح الشكل أن الخيار الأوسط هو الخيار الثالث المبني على مبادئ التسيير العمومي الحديث والذي يتعامل مع المرضى كزبائن[13] كما أنه يوفر الحوافز الدافعة والحوافز الرادعة التي تكلمنا عنها سابقا كعقود النجاعة[14]والتنافسية والأجور الكافية والأسعار العمومية المدروسة، كما يعتمد على مبادئ الحوكمة كالشفافية والإدارة الإلكترونية (الرقمنة) ومراقبة التسيير والمشاركة والمساءلة.

هذا الخيار سيسمح بالتنافس مع القطاع الخاص بما يكون في صالح المواطن كما يضمن موارد معتبرة لتمويل قطاع الصحة المجاني خصوصا في المناطق الفقيرة. هذا التنافس بين القطاع الخاص والعام سيسمح بخلق بيئة سياحية طبية[15] إذا تم استغلال الميزة التنافسية للجزائر من خلال الموارد البشرية وتكلفة إنتاج الخدمة الصحية مقارنة بأوروبا والخليج وتركيا ونقصد هنا الأجور، الطاقة، البنية التحتية.

فمثلا، يمكن للمستشفى العمومي أن يتعاقد مع الأطباء المختصين للقيام بتدخلات طبية بالمستشفى وباستغلال الإمكانيات المادية لهذا الأخير لكن بتسعيرة منخفضة يحصل المستشفى العمومي على نسبة 30 بالمائة من إيراداتها.

وفيما يلي نتائج استطلاع وطني قمنا به في جوان2020 شارك فيه أكثر من 1400 مواطن من مختلف الشرائح، يوضح هذا الاستبيان رأي المواطن في المنظومة الصحية وكذا مدى استعداده للتخلي عن المجانية.



الشكل 03: من إعداد الباحث

تعليق: يتضح من خلال نتائج هذا الاستطلاع للرأي أن الأغلبية ترى أن المنظومة الصحية سيئة وأن المجانية لا تضمن الجودة كما أن الأغلبية مستعدة لتحمل جزء من تكاليف الخدمات الصحية بشرط الرفع من جودة الخدمات وهذا ما يتفق مع فرضية الدراسة. وهذا ما يضمنه نهج التسيير العمومي الحديث[16]. طبعا إذا ما تم ربطه بمشروع البطاقة الوطنية البيومترية للسيرة الذاتية الطبية وهو ما يتطلب إصلاح نظام الضمان الاجتماعي وتحويله إلى نظام تأمين صحي تابع لقطاع الصحة ومورد هام من موارد تمويلها. وعلى ذكر نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر الحالي فيمكن القول أنه بحاجة كذلك إلى إصلاح شامل وفتح الباب أمام القطاع الخاص في التأمين الصحي وفي ما يلي لمحة عن الضمان الإجتماعي في الجزائر.

المطلب الثالث : الشراكة بين القطاع العام و الخاص كآلية لترقية المنظومة الصحية:

1 . الإطار المفاهيمي للشراكة بين القطاع العام والخاص:

يعتبر مفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص من المفاهيم ذات المدلولات المتعددة، وإن كان يعد ترجمة للمصطلح الإنجليزي "Partnership Public–Private" أو اختصارا (PPP)، ومن جملة التعريفات التي عرفت بها هذه المقاربة ما يلي:

عرفها قاموس نيو وابستر بأنها "رابطة بين الأشخاص الذين يشتركون في المخاطر والأرباح في عمل ما، أو أية مشاريع مشتركة أخرى بموجب عقد قانوني ملزم"

بينما عرفتها اللجنة البريطانية للشراكة بين القطاعين كما ورد في دراسة Apostolakid and Smith بأنها: علاقة مشاركة بالمخاطرة بين القطاعين العام والخاص بناء على طموح مشترك من أجل تحقيق هدف مأمول للسياسة العامة للبلد " وعرفها Kolzow بأنها "التزام مشترك لمتابعة أهداف اقتصادية مشتركة، يتم تحديدها مشاركة عن طريق قيادات القطاعين". وقد عرفتها الأمم المتحدة بأنها "التعاون والأنشطة المشتركة بين القطاعين العام والخاص بغرض تنفيذ المشروعات الكبرى، وبحيث تكون الموارد والإمكانيات لكلا القطاعين مستخدمة معا، وذلك بالطريقة التي تؤدي إلى اقتسام المسؤوليات والمخاطر بين القطاعين بطريقة رشيدة، لتحقيق التوازن الأمثل لكل من القطاعين. وجاء المجلس القومي للشراكة بين القطاعين العام والخاص فعرفها بأنها: اتفاق تعاقدي بين جهة حكومية (مركزية، ولائية، محلية) وكيانا تابعا للقطاع الخاص، يتم من خلال هذا الاتفاق المشاركة بالأصول والخبرات لكل قطاع في تقديم الخدمة أو تسهيلها لاستخدام الجمهور العام، بالإضافة إلى المشاركة في الموارد،

وتقاسم المخاطر والعوائد المتأتية عند تقديم الخدمة أو المرفق. كما عرفها المنتدى الاقتصادي العالمي بأنها: "اتفاق طوعي بين فاعلين متعددين ومتساويين من قطاعات مختلفة مسبقا يتفقان على العمل سويا للوصول إلى هدف مشترك أو تحقيق حاجة محددة تتضمن المشاركة في المخاطر والمسؤوليات والوسائل والكفاءات"

بينما جاء تعريف صندوق النقد الدولي لمصطلح الشراكة بين القطاع العام والخاص مشيرا إلى "الترتيبات التي يقوم فيها القطاع الخاص بتقديم أصول وخدمات تتعلق بالبنية التحتية جرت العادة على أن تقدمها الحكومة. وقد تنشأ الشراكة بين القطاعين العام والخاص من خلال عقود الإمتياز وعقود التأجير التشغيلي، ويمكن الدخول فيها للقيام بمجموعة كبيرة من مشاريع البنية التحتية الاجتماعية والاقتصادية. إن كانت لا تزال تستخدم بصفة أساسية في مشاريع البنية التحتية ذات الصلة بالمواصلات كالطرق السريعة والجسور والأنفاق وأماكن الإقامة كالمستشفيات والمدارس والسجون.

ومع وجود كل هذه التعريفات وتعريفات أخرى فأن سمات الشراكة بين القطاع العام والخاص تتلخص أساسا فيما يلي: وجود شركاء من القطاع العام والخاص، والاتفاق عبر العقود على الأهداف والاستراتيجيات، ووجود المنافع المتبادلة، والالتزام الرئيسي بالموارد وتنوع الأنشطة، والمسؤولية المشتركة، والمساءلة.

2. . سبل إسقاط هذه المفاهيم كحل لإصلاح المنظومة الصحية الجزائرية:

إذن كما سبق وأن أشرنا من خلال التعريفات السابقة فإن نظام الشراكة بين القطاع العام والخاص هو عبارة عن عقد متوسط وطويل المدى نسبيا يتقاسم فيه الطرفين العام والخاص المخاطر والعوائد وقد قد يكون التمويل مشتركا وقد يكون التمويل عموميا بينما التسيير خاصا وقد يكون التمويل جماعيا مثلما سنراه في فكرة الوقف الصحي بينما التسيير مشتركا.

ومن خلال ما سبق لاحظنا أن التسيير التقليدي للمستشفيات العمومية تنقصها النجاعة والحوافز الدافعة والرادعة والقدرة على تقييم التكاليف بشكل أكثر جدية وهو الأمر الذي نجده في القطاع الخاص، حيث أن هذا الأخير يتعامل بمنطق تعظيم الأرباح وليحقق أرباحا كبيرة عليه أن يضمن زبائن كثر وليضمن زبائن كثر عليه أن يضمن الجودة في الخدمات والأسعار التنافسية.

وإذا تكلمنا عن تقسيم ميلتون فريدمان للإنفاق فنجد أن القطاع العمومي ينفق أموال الريع ودافعي الضرائب على المواطنين المرضى وبالتالي لا تهمه لا الجودة ولا التكلفة، بينما إذا أنفق القطاع الخاص أمواله على استثماراته فتهمه الجودة والتكلفة، وحتى المستهلك الزبون لما ينفق أمواله على نفسه فتهمه تعظيم المنفعة وبالتالي الجودة في ظل قيد الميزانية أي التكلفة.

المطلب الرابع : تقويم المنظومة الصحية الجزائرية :

من خلال هذا كله تأتي أهمية الشراكة بين القطاع العام والخاص في المنظومة الصحية. فيصبح لدينا أربع أنواع من المؤسسات بدل اثنتين.

- مستشفى عمومي مجاني ذو تسيير تقليدي.
- مستشفى عمومي ذو تسيير تجاري حديث.
- مستشفى مبني على الشراكة بين القطاع العام والخاص (بنية تحتية ممولة من الدولة وتسيير يعتمد على القطاع الخاص ودفتر شروط يتفق مسبقا على الأسعار ونوعية الخدمات وفق مقاربة رابح رابح، تربح الدولة رضا المواطن وتأمين الصحة العمومية والاستفادة من دافعية القطاع الخاص ويربح القطاع الخاص موارد مالية وخبرة في التسيير).
- مستشفى خاص ينافس الثاني والثالث وفي الأخير تكون المنافسة في صالح المواطن وفي صالح السياحة الطبية أو العلاجية.

وفي الجزائر هناك طرق كثيرة يمكن تطبيقها كبداية لتبني أسلوب الشراكة بين القطاع العام والخاص ونذكر على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

تبني الدولة مثلا قطبا استشفائيا ضمن مقاربة التسيير العمومي الحديث، وكما تعرفون فإن تجهيز القطب الإستشفائي يتطلب أموال طائلة ومخاطرة كبيرة قد لا يقدر عليها القطاع الخاص، وهنا تكمن فرص الشراكة، حيث يمكن لهذا القطب العمومي أن يؤجر مرافقه وعياداته وقاعات الجراحة وآلات الكشف الطبي المتطورة والمخابر لبعض الأطباء المتخصصين الخواص ضمن عقد شراكة متفق عليه مسبقا يضمن أسعار في المتناول يمكن للتأمين الصحي أن يتكفل بها، ويضمن للأطباء الخواص أيضا مداخيل معتبرة وفرص استثمارية كبيرة باعتبار أن القطب الإستشفائي يعج بطالبي خدمات الرعاية الصحية وطالبي الأطباء المتخصصين. كما يمكن الإستثمار في نظام الفندقة الصحية العلاجية عبر عقود شراكة بين القطاع العام والخاص، يتولى هذا الأخير تسيير الإقامات العلاجية والمطاعم، والنظافة، والصيانة، والحراسة.

إن نظام الشراكة بين القطاع العام والخاص يضمن ما يسمى بحرية الإختيار[21]، فعندما يكون المواطن قادرا على الإختيار بين أربع أنماط من المؤسسات الإستشفائية لكل منها مزايا وتكاليف، فنكون هنا قد خففنا العبء على القطاع العمومي التقليدي الذي أنهكته جائحة كورونا وقد تنهكه أوبئة أخرى نحن غير مستعدون لها.

2- **نظام الوقف الصحي:**

يعتبر إستعمال الاقتصاد السلوكي في السياسات الإقتصادية[22] والإجتماعية التطبيقية من الأهمية بمكان، ولأن الجزائر معظم سكانها من المسلمين، فإن قيم الوقف والزكاة تظل قيم ثابتة خصوصا وأن حفظ النفس والمال والنسل من مقاصد الشريعة. من هنا تأتي أهمية الوقف الصحي كآلية ذكية لضمان موارد كبيرة لبناء مؤسسات صحية عبر استغلال استعداد المواطن المسلم للمساهمة في بناء هكذا مرافق مثلما نراه يبذل أموالا كبيرة لبناء المساجد وتجهيزها بأفضل التجهيزات.

ومن خلال جائحة كورونا لاحظنا الهبة الشعبية التي قام بها الجزائريون في داخل الوطن وخاصة الجالية الجزائرية بالخارج، حيث تكاثفت الجهود لاقتناء مولدات ومكثفات الأوكسجين وساهم حتى المجتمع المدني في هذه الهبة التضامنية. وعليه فإن إعتماد نظام الوقف الصحي لبناء مستشفيات وقفية وتمويلها عبر ما نقترح تسميته بزكاة الصحة والأسهم الصحية سيضمن نقلة نوعية في مجال توفير التغطية الصحية الشاملة.

1.5 ماهية زكاة الصحة التي نقترحها:

هي مقدار من المال تخرجه كل عائلة حسب قدرتها المادية وعدد أفراد أسرتها سنويا لمؤسسات الوقف الصحي الولائية أو المركزية، وتشبه في آليتها زكاة الفطر لكنها أكثر تنظيما وتجميعا، فلو افترضنا دفع 500 دج عن كل مواطن سنويا فنحن نتكلم هنا عما قيمته 20.000.000.000 أي عشرين مليار دينار سنويا وهو مبلغ قادر على تغطية نفقات العديد من المرضى والتي لا يمكن للتأمين الصحي أن يضمن تغطية تكاليفها، هذا دون احتساب أموال الزكاة العادية لأصحاب الدخل ودون احتساب مشاركة الجالية الجزائرية في الخارج بالعملة الصعبة.

2.5ماهية الأسهم الصحية:

من خلال المدرسة السلوكية في الاقتصاد نعلم أن هناك فئة من المواطنين لا تحب استغلال المصطلحات الدينية في هكذا مشاريع، لهذا يمكن لأي مواطن أن يشتري أسهما صحية يتبرع بها للمنظومة الصحية الوقفية على أن يحصل على خدمات صحية في حالة أي مرض مستقبلا من خلال تلك المستشفيات الوقفية.

3- رقمنة قطاع الصحة:

إن رقمنة قطاع الصحة في الجزائر أصبح يشكل أهمية بالغة فيما يسمى بالأمن الصحي والتحقيقات الوبائية، لهذا اقترحنا كباحثين إنشاء ما يسمى بالبطاقة البيومترية الصحية التي تحمل السيرة الذاتية الطبية لكل مواطن، على أن يتم تجميع تلك البيانات في قاعدة بيانات ضخمة[23] لتصميم خارطة صحية دقيقة وتحليل تلك البيانات الضخمة للمساهمة في التحقيقات الوبائية وكذا توقع الأمراض ومعها ضبط قائمة الواردات من الأدوية التي تدفع الدولة الجزائرية من خلال ذلك مبالغ طائلة جدا، ويمكن استعمال برنامج **SIG** (نظام المعلومات الجغرافي) في تطبيق هذه التقنيات، كما أن هذه الفكرة مفيدة جدا للحيلولة دون مشكل عدم تناظر المعلومات بين الطبيب والمريض بسبب مشكل اللغة أو

الخجل أو حالات مرضية معينة، وعليه فإن السيرة الذاتية الطبية تضمن معلومات كافية وتشخيصا دقيقا وبالتالي فعالية أكبر في العلاج. إن إستراتيجية الخدمات الصحية أونلاين أو الطب الرقمي أصبح ضرورية بعد جائحة كورونا لهذا بروز شركات ناشئة في مجال الخدمات الصحية عن بعد أو المتنقلة إلى منازل المواطنين تعتبر سوقا واعدة جدا ستساهم كذلك فيما يسمى بدعم التغطية الصحية الشاملة وضمان فعالية وكفاءة وعدالة في المنظومة الصحية الجزائرية.

ويمكن من خلال كل ما سبق أن نحاول رسم مقاربة جديدة للمنظومة الصحية تعتمد على ثلاث ركائز أقطاب:

1) قطب ممارسة وتقديم الخدمة الطبية:

يتشكل هذا القطب من القطاع العام والقطاع الخاص والقطاع المختلط، مهمته فقط توفير عرض تقديم الخدمات الصحية بالجودة اللازمة والتنافس على استقطاب أكبر عدد من المواطنين والتعامل معهم كزبائن. والاستثمار في البنية التحتية الصحية.

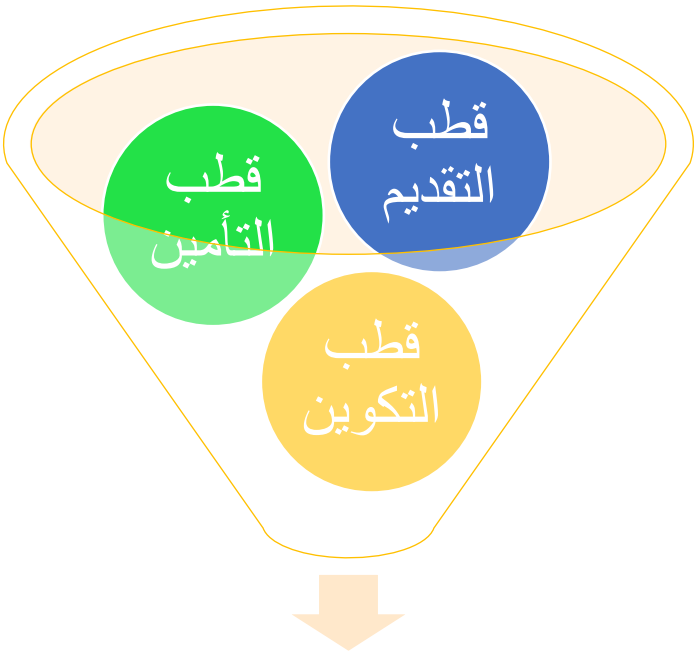
2) قطب تأمين وتمويل الخدمة الصحية:

يتشكل هذا القطب من هيئة التأمين الصحي والتي من مهامها جمع اشتراكات المواطنين عبر أجورهم، عبر الضرائب المخصصة، عبر الأسهم الصحية الاستثمارية، عبر الأسهم الصحية التكافلية، عبر زكاة الصحة والوقف الصحي. عبر إعانات الدولة من الميزانية العامة. يتعاقد هذا القطب مع المؤسسات التابعة لقطب ممارسة وتقديم الخدمة الطبية من مستشفيات عامة وخاصة وفق عقود نجاعة، بحيث يحصل المريض على الخدمة الصحية كاملة بينما يقوم نظام التأمين بدفع التكاليف إنا كليا أو جزئيا حسب التصنيف الاجتماعي للمواطن وقدراته المادية، حسب الامتيازات التي تقدمها له الهيئة المستخدمة، حسب نوعية الخدمة ودرجة ضرورتها أو تصنيفها الخدمات الرفاهية. كما تقوم منصات التمويل التشاركي المقننة حديثا عبر البورصة بتقديم منصات لتمويل الخدمات الصحية بشكل تشاركي تساهمي .HEALTH CRAWD FUNDING وهي عبارة عن منصات تمويل غير ربحية بحيث يقوم السكان بجمع تبرعات لتغطية نفقات العمليات الجراحية المكلفة داخل أو خارج الوطن بطريقة منظمة أو بتمويل مشاريع البنية التحتية الصحية والتجهيزات الصحية. ويمكن للقطاع الخاص أن يستثمر في قطاع التأمين الصحي.

3) قطب تكوين ممارسي ومقدمي الخدمة الصحية:

يركز هذا القطب على دور أساسي وفقط وهو تكوين المورد البشري عبر التعاقد مع الجامعات ومراكز التكوين وخلق جامعات صحية متكاملة وله نشاط استثماري يتعلق بتصدير الكفاءات الطبية بنظام العقود على طريقة عقود لاعبي كرة القدم

الشكل : الأقطاب الثلاثة المقترحة لإعادة هيكلة المنظومة الصحية الجزائرية



الشكل : المهام الرئيسية للأقطاب الثلاثة

قطب التقديم	قطب التأمين	قطب التكوين
• المستشفيات العامة • المستشفيات الخاصة • المستشفيات المختلطة • الصناعات الدوائية و التسويق الدوائي • المنافسة بين الثلاثة	• التأمين الصحي • الأسهم الصحية • التمويل التكافلي • إعانات الدولة • الإستثمار الصحي	• تكوين المورد البشري • الاستقطاب الإستثمار في المورد البشري • تسويق المورد البشري • البحث و التطوير

خاتمة الفصل

إن الإنسان هو هدف التنمية و وسيلتها، لهذا لابد من الاستثمار في صحة الإنسان بشكل أكثر احترافية واستراتيجية، وإذا كان جوزيف كالدور في مربعه السحري للتنمية تجاهل الصحة العمومية كهدف مهم من أهداف السياسات الاقتصادية فإن جائحة كورونا أثبتت أن الصحة العمومية لا تقل شأنا عن النمو الاقتصادي ولا عن معدلات التشغيل ولا عن الصادرات وعلى مؤشرات التضخم، إن جائحة كورونا أثبتت أنه لا قيمة للمصانع ولا للطائرات ولا للوقود ولا للنقود ولا للماكنات دون إنسان سليم من الأمراض يعمل بمردودية وقادر على الاستهلاك وخلق العرض والطلب الفعال. إن هذه الجائحة خلفت ندوبا كبيرة في المنظومات الصحية العالمية والجزائرية على وجه الخصوص فقد فقدنا إطارات كبيرة طبية وغير طبية أنفقت عليهم الدولة الملايير لتكوينهم، وأصبح التفكير في إصلاح المنظومة الصحية جزء لا يتجزأ من الأمن القومي للبلد وهذا ما تجسد في تأسيس الوكالة الوطنية للأمن الصحي.

إن استعمال مبادئ التسيير العمومي الحديث والشراكة بين القطاع العام والخاص وحوكمة قطاع الصحة، سيسمحان من الرفع من جودة المنظومة الصحية وخدماتها وكذلك سيعمل على التحكم في التكاليف بشكل رشيد بعيدا عن الهدر وغياب الكفاءة في الميزانية، فمخرجات المنظومة الصحية عليها أن تكون أكبر من مدخلاتها، لهذا جاءت هذه الورقة البحثية باقتراح بعض الحلول التي من شأنها إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية بشكل خاص والقطاع العمومي الخدماتي بشكل عام.

خاتمة

من خلال أربع فصول كاملة، تطرقت الدراسة في الإطار المفاهيمي إلى ماهية مجال اقتصاديات الصحة حيث تم توضيح مفهوم الصحة ومحدداتها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية كما تمت الإشارة إلى طريقة إدخال علم الاقتصاد على سوق الخدمات الصحية سواء من الناحية الكلية أو الجزئية، إذ أن للخدمة الصحية سوق يتمثل في العرض والطلب وأن لهذه الخدمة تكلفة وتسعير عمومي أو تسعير سوقي خاص، كما أن الطبيب أحيانا قد يمثل العرض والطلب في نفس الوقت نظرا لعدم معرفة المريض لما يحتاجه من بروتوكول علاج. هنا تبين جليا أن للصحة أثر كبير على الاقتصاد لأن الإنسان هدف التنمية ووسيلتها كما تبين أن لهيكل الاقتصاد وميزانه أيضا تأثير على الصحة العامة والفردية. وهو ما أثبتته جائحة كورونا، حيث أدت الجائحة الصحية إلى شلل تام بالاقتصاد العالمي وتغير الكثير من المفاهيم ومن بينها مكانة النظم الصحية في السياسات الاقتصادية، فلو تم ذكر مربع كالدور السحري على سبيل المثال وأهدافه الأربعة، نجد أن الأزمة الصحية أضعفت النمو الاقتصادي العالمي، كما أنها تسببت في الندرة وارتفاع الأسعار، ناهيك عن الخلل في سلاسل التوزيع وبالتالي التوازن الخارجي، بالإضافة إلى التأثير المباشر على التشغيل التام بسبب الركود وغلق المصانع والسفر وحركة السفن التجارية.

ولأن الدراسة قامت بتحليل النظام الصحي الجزائري كان لزاما التطرق لماهية النظم الصحية وأنواعها من حيث الهيكل والأهداف وطرق التمويل وطبيعة الاقتصاد إن كان رأسماليا أو اجتماعيا، بالإضافة إلى تبيان ماهية جودة الخدمات الصحية ومؤشراتها التي تطرقت لها المنظمة العالمية للصحة يمكن تلخيصها في الأبعاد التالية، الأمان، الفعالية، احترام الخصوصية، الزمن الفعال، الكفاءة وأخيرا العدالة في التوزيع.

كما تطرق البحث إلى آليات تمويل النظم الصحية سواء من أموال دافعي الضرائب، أو من مخصصات الريع أو من مقاربة التمويل التكافلي والتأمين الصحي. بعدها قمنا باستعراض نماذج عالمية في النظم الصحية، سواء النظام الأمريكي الذي يعتمد على القطاع الخاص بقوة كمنافس للقطاع العام، أو النموذج الكندي الاجتماعي مع تبني مقاربة الشراكة بين القطاع العام والخاص، أو النموذج السعودي الذي يتبنى مقاربة الفندقة الصحية. أي أننا حاولنا ذكر نماذج من مختلف المستويات الاقتصادية وكذلك الإيديولوجية الاقتصادية المتبناة في هذه الدول.

في الفصل الثالث تطرقنا لتحليل جودة النظام الصحي الجزائري من خلال الدراسة القياسية التي استخدمنا فيها الأدوات الإحصائية القياسية ، عبر إستبيان طرحناه على المواطنين و ممارسي الصحة ، حاولنا أن نعالج فيه أبعاد جودة النظم الصحية عبر المعايير التي أقرتها المنظومة العالمية للصحة ممثلة في معيار **الفعالية** ، **الكفاءة** ، **الإتاحة** ، **القبول** ، **العدالة** ، **الأمان** . ثم واصلنا تحليل الجودة من خلال تحليل الخارطة الصحية الوطنية لدراسة مؤشرات التغطية الصحية عبر كل الولايات حسب التقسيم الإداري المعتمد لـ 48 ولاية ، و استعملنا

في هذا التحليل تقنية نظام المعلومات الجغرافية GIS ، حيث تبينت الفوارق الجغرافية في توزيع الهياكل الصحية و الموارد البشرية مما يؤثر على معايير الإتاحة و العدالة في التغطية .

و دوما في الفصل الثالث و تحليل الجودة قمنا بتقييم المنظومة الصحية من خلال تحليل SWOT الذي استعرضنا من خلاله نقاط القوة و نقاط الضعف التي تتميز بها المنظومة و كذلك المخاطر و الفرص التي لها علاقة بالمحيط الخارجي و محددات الصحة .

في الفصل الرابع حاولنا أن نقوم بتحليل سوق الصحة في الجزائر من خلال تحليل النظام الصحي بلغة الأرقام حيث استعرضنا الاحصائيات الدقيقة للعرض المقدم من طرف القطاع العام و القطاع الخاص في مجال الهياكل الصحية و القدرات البشرية و الخدمات الصحية التي تم تقديمها سنة 2021 . بعدها قدمنا بالتطرق لمصادر تمويل النظام الصحي الجزائري سواء من الميزانية العمومية أو التأمين الصحي أو التمويل الناجم عن الإنفاق الأسري . و على ذكر الأسرة تطرقنا إلى تحليل الطلب في سوق الصحة بالجزائر باستعراض المؤشرات الديموغرافية و كذلك لمعدلات الانفاق الأسري على الصحة .

دوما في الفصل الرابع قمنا كذلك بتحليل التكلفة في النظام الصحي الجزائري من الناحية الكلية عبر تحليل النفقات العمومية على الصحة ، ثم من الناحية الجزئية بتحليل التكلفة الوحدوية للخدمة الصحية عبر استعراض عينة تمثلت في مستشفى عمومي بولاية الشلف و هو مستشفى الشطية ، لندرس بعدها تكلفة الفرصة البديلة في النظام الصحي الجزائري ، أي الإيرادات التي كان بالإمكان استحداثها لو تم تبني تسعير عمومي جديد قائم على معايير اقتصادية و ليس اجتماعية .

قمنا كذلك باستعراض بعض مؤشرات الصحة في الجزائر ليكون ختام الفصل عبارة عن مبحث لتقييم و تقويم النظام الصحي الجزائري ، باستعراض خصوصية الخدمة الصحية كخدمة عمومية غير قابلة للإقصاء و بعيدة عن المنافسة و ذات تسعير عمومي شبه مجاني إلى مجاني .

و نتيجة لذلك اقترحنا تبني مقاربة التسيير العمومي الحديث و الشراكة بين القطاع العام و الخاص لتحقيق الفعالية في الأداء ، الكفاءة في الإنفاق ، العدالة في التوزيع . و ذلك بإعادة هيكلة المنظومة الصحية لتتحول إلى نموذج الأقطاب الثلاثة ، قطب التقديم و قطب التأمين و قطب التكوين . قطب يقوم بصناعة و ممارسة و تقديم الخدمة الصحية ، و قطب يقوم بتوفير التأمين الصحي و حشد الموارد ، و قطب مهمته الأولى هي ترقية الجودة في التكوين و البحث العلمي الصحي بما فيها الدراسات الطبية و البيولوجية و الصناعات الدوائية .

وكانت نتائج هذا العمل كما يلي:

1. **النتائج النظرية للدراسة:**

- إن دراسة وتحليل الجودة والتكلفة في النظام الصحي تمثل مجالًا هامًا، يهدف إلى فهم كيفية تحقيق توازن بين تحسين جودة الخدمات الصحية وكفاءة استخدام الموارد المالية.

- تسهم عملية تحليل الجودة والتكلفة في تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال تحديد الفجوات في الخدمات وتحسين عمليات العلاج والوقاية.

- يُعَدُّ تحليل الجودة والتكلفة إطارًا لاتخاذ قرارات استراتيجية في السياسات الصحية، حيث يتيح للقرارات أن تكون مستندة إلى بيانات دقيقة وتحليل علمي، ويُسهم هذا النهج في تطوير نظم الرعاية الصحية لأي دولة بما يضمن تحسين مستمر في الجودة والكفاءة، وفي نفس الوقت، يعزز الاستدامة المالية للنظام الصحي.

- الرعاية الصحية ذات الجودة تسهم في تحسين حالة الصحة العامة للأفراد، الخدمات الطبية الفعّالة تقلل من انتشار الأمراض، وتحسن التشخيص المبكر والعلاج يسهم في تحسين معدلات الشفاء.

- أظهرت النماذج الصحية في العالم تباينًا كبيرًا في تمويل وتنظيم الخدمات الصحية، مع التحديات والفوائد لكل نظام، تظهر التجربة الدولية أهمية تحسين النظم الصحية بما يتناسب مع احتياجات وظروف كل بلد.

- الصحة والاقتصاد كعنصرين مترابطين يعززان استدامة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، الاستثمار في الصحة يشكل أساسًا للتقدم الاقتصادي، في حين يعود التطور الاقتصادي بفوائد كبيرة على الصحة العامة وجودة الحياة.

2. **النتائج التطبيقية للدراسة**

- المواطن الجزائري في العموم غير راض على جودة الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام بمختلف أبعادها، رغم التكاليف الضخمة التي يستهلكها القطاع الصحي في الانفاق سواء على العنصر البشري أو على التجهيزات، بالإضافة إلى عدم شعوره بالعدالة في توزيع الخدمات الصحية جغرافيا.

- مهنيو الصحة لا يشعرون بالرضا الوظيفي كما أنهم يرون بأن المشكل مشكل مناجمنت ومشكل تعميم مجانية العلاج مما يخلق بيئة ضاغطة عليهم بعيدة عن الحوافز.

- إن تسيير النظام الصحي ينقصه النجاعة والحوافز الدافعة والرادعة والقدرة على تقييم التكاليف بشكل أكثر جدية مقارنة بالقطاع الخاص، حيث أن هذا الأخير يتعامل بمنطق تعظيم الأرباح وليحقق أرباحا كبيرة عليه أن يضمن زبائن كثر وليضمن زبائن كثر عليه أن يضمن الجودة في الخدمات والأسعار التنافسية.

- إن القطاع العمومي ينفق أموال الريع ودافعي الضرائب على المواطنين المرضى وبالتالي لا تهمه لا الجودة ولا التكلفة، بينما إذا أنفق القطاع الخاص أمواله على استثماراته فتهمه الجودة والتكلفة، وحتى المستهلك الزبون لما ينفق أمواله على نفسه فتهمه تعظيم المنفعة وبالتالي الجودة في ظل قيد الميزانية أي التكلفة.

- هنالك استعداد لدى غالبية المواطنين على التخلي عن تعميم مجانية العلاج مقابل ضمان جودة الخدمات وجودة التأمين الصحي.

3. **التوصيات والاقتراحات:**

- تبني مقاربة التسيير العمومي الحديث من خلال الاستفادة من نقاط قوة القطاع الخاص الهادف إلى تسويق الخدمة الصحية وإرضاء الزبون، وكذا تقديم نظام من الحوافز لممارسي الصحة على أساس عقود النجاعة والمنافسة الأفقية والعمودية بين كل الفاعلين في قطاع الصحة.

- يمكن للمؤسسات الاستشفائية أن تؤجر مرافقها وعياداتها وقاعات الجراحة وآلات الكشف الطبي المتطورة والمخابر لبعض الأطباء المتخصصين الخواص ضمن عقد شراكة متفق عليه مسبقا يضمن أسعار في المتناول. ويمكن للتأمين الصحي أن يتكفل بها، ويضمن للأطباء الخواص أيضا مداخيل معتبرة وفرص استثمارية كبيرة باعتبار أن القطب الاستشفائي يعج بطالبي خدمات الرعاية الصحية وطالبي الأطباء المتخصصين.

- الاستثمار في نظام الفندقة الصحية العلاجية عبر عقود شراكة بين القطاع العام والخاص، يتولى هذا الأخير تسيير الإقامات العلاجية والمطاعم، والنظافة والصيانة والحراسة.

- تفعيل الشراكة بين القطاع العام والخاص لضمان ما يسمى بحرية الاختيار، فعندما يكون المواطن قادرا على الاختيار بين أربع أنماط من المؤسسات الاستشفائية لكل منها مزايا وتكاليف، فنكون هنا قد خففنا العبء على القطاع العمومي التقليدي الذي أنهكته جائحة كورونا وقد تنهكه أوبئة أخرى نحن غير مستعدون لها.

- إنشاء ما يسمى بالبطاقة البيومترية الصحية التي تحمل السيرة الذاتية الطبية لكل مواطن، على أن يتم تجميع تلك البيانات في قاعدة بيانات ضخمة لتصميم خارطة صحية دقيقة وتحليل تلك البيانات الضخمة للمساهمة في التحقيقات الوبائية وكذا توقع الأمراض ومعها ضبط قائمة الواردات من الأدوية التي تدفع الدولة الجزائرية من خلال ذلك مبالغ طائلة جدا. كما أن هذه الفكرة مفيدة جدا للحيلولة دون مشكل عدم تناظر المعلومات بين الطبيب والمريض بسبب مشكل اللغة أو الخجل أو حالات مرضية معينة، وعليه فإن السيرة الذاتية الطبية تضمن معلومات كافية وتشخيصا دقيقا وبالتالي فعالية أكبر في العلاج. إن استراتيجية الخدمات الصحية أونلاين أو الطب الرقمي ضرورية بعد جائحة كورونا.

- تبني مقاربة الدعم المستهدف حسب الحالة الاجتماعية للمواطن بشكل عادل وليس متساوي، حيث يستفيد الفقراء من الصحة المجانية ويدفع مرتفعو الدخل مقابل الخدمات الصحية أو مقابل شراء التأمين الصحي السنوي مع تنوع عروض التأمين الصحي.
- تبني أسلوب نظام المعلومات الجغرافي GIS لرسم الخارطة الصحية وتفعيل التحقيقات الوبائية وسياسة الوقاية.
- أعادة هيكلة المنظومة الصحية بتقسيمها إلى ثلاث أقطاب، قطب تقديم الخدمة وصناعة الصحة، قطب التأمين الصحي والتمويل الصحي، قطب التكوين في مجال الصحة.

4. آفاق الدراسة:

يمكن لهذه الدراسة أن تفتح أفاقا جديدة للباحثين لدراسة مواضيع أخرى ، على سبيل المثال لا الحصر :

- **أثر** تحسين جودة الرعاية على التكاليف في المنظومة الصحية الجزائرية: دراسة حالة القطاع الصحي الخاص.
- تقييم الأثر المالي لتحسين جودة الخدمات الصحية –دراسة حالة الجزائر–.
- تحليل اقتصادي لتأثير الإصلاحات الصحية على تكاليف الرعاية وجودة الخدمات في الجزائر.
- دور الشركات الناشئة في ترقية المنظومة الصحية في الجزائر.
- فاتورة الصحة في الجزائر .

في الأخير نوضح أن هذا العمل هو نتيجة اجتهاد بشري لا يخلوا من الناقص و لا يرقى إلى الكمال ، لكنه محاولة لتسليط الضوء على جوانب خفية بطريقة مختلفة . و فرصة لاقتراح بدائل لتحسين السياسة الصحية بالجزائر ، فالصحة هي الثروة الأولى بامتياز .

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولا: المراجع باللغة العربية:

1. الكتب:

- أحمد ماهر وآخرون، **الإدارة المبادئ والمهارات**، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2002.
- بهاء الدين سلامة، **الصحة الشخصية جامعة بنها**، كلية التربية الرياضية، قسم علوم الصحة الرياضية، 2011.
- بهاد الدين إبراهيم سلامة، **الصحة والتربية الصحية**، القاهرة، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، 2001.
- حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012.
- حسين رحم، **مبادئ الإدارة الحديثة النظريات، العمليات الإدارية**، وظائف المنظمة، عمان، دار الحامد، 2006.
- حمود خضير كاظم، "**إدارة الجودة الشاملة**"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2000.
- صقر أحمد صقر، **العولمة والأخلاق**، الصحة والتنمية الاقتصادية، الصندوق الكويتي للتنمية 2000.
- طلال الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، 2004.
- طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، الطبعة الثانية، مكتبة القدس، 2008.
- قطيشات، **وآخرون مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، عمان: دار المسيرة.
- كارل أ. تيلور، **استخدامات بحوث النظم الصحية**، إصدار منظمة الصحة العالمية، صدرت الطبعة العربية عن المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1989.
- مايكل سبنس وموريين لوريس، **اللجنة المعنية بالنمو والتنمية**، الصحة والنمو، البنك الدولي، 2009.
- باربا كارهيس وسيلينا صامويل، **المحددات الصحية شبكة معقدة**، جامعة شيفلد، ورقة بحثية، 2013.
- محسن علي عطية، **الجودة الشاملة والجديد في التدريب**، الطبعة الأولى دار الصفاء، الأردن، 2009.
- مهنا العتيبي، **تقرير الجودة الصحية**، اقتصاديات الصحة، 2015.
- نور الدين عبد الستار العلي، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، دار المسيرة، الاردن، 2008.

2. الأطروحات والرسائل العلمية:

- المجبر منال، **دراسة تقويمية لواقع التربية الصحية في مدارس المرحلة الأساسية في محافظات غزة في ضوء اتجاهات تربوية معاصرة**، رسالة ماجستير غير منشورة، غزه، كلية التربية، جامعة الأزهر، 2004.
- سيد أحمد حسين علي هبة، **إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية**، أطروحة دكتوراه في فلسفة إدارة الجودة الشاملة، كلية الدراسات العليا، السودان: جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015.

3. المجلات والمداخلات العلمية:

– الفاتح محمد عثمان مختار، **اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية،** مجلة أماراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنلوجيا، المجلد الرابع، العدد العاشر، 2013.

– بلقاسم صبري، **الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها،** مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، مارس 2002.

4. التقارير:

– منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة،** تقرير خاص بالصحة، طُبع في مصر، 2010.

– الهيئة العامة للتأمين الصحي، **التأمين الصحي أبعاده السياسية والاقتصادية والاجتماعية،** الإدارة العامة للشؤون العامة، مطابع الشعب، مصر.

– رمسيس عبد العليم جمعة، **التخطيط الصحي لمجتمع الاشتراكية والتنمية،** دراسات اشتراكية، القاهرة، 1958.

– عزة عبد العزيز سليمان، **دراسة تحليلية لمستوى الخدمات الصحية في محافظات جمهورية مصر العربية.**

– معهد التخطيط القومي، **دراسة التوطن الصناعي في مصر حتى عام 2000،** جمهورية مصر العربية، يناير 1987.

– منظمة الصحة العالمية، **بحوث إعادة توجيه النظم الصحية الوطنية،** سلسلة التقارير الفنية رقم 694، جنيف 1983.

– منظمة الصحة العالمية، **تمويل النظم الصحية والسبيل إلى التغطية الشاملة،** تقرير خاص بالصحة، طُبع في مصر، سنة 2010.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

a. الكتب:

- Chanda R, **Trade in health services**, Geneva: World Health Organization Commission on Macroeconomics and Health, Working Group Nº 4, Working Paper Nº 5, 2001.
- Hishikawa Kaoro**, le TQC ou la gestion de la qualité a la japonaise**, Afnor gestion, paris, 1991.
- Janjaroen W, Supakankunti S, **International trade in health services in the millenium: a case of Thailand,** Bangkok: Centre for Health Economics, 2000.
- Gouvernement du Québec**, LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS, MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX AGIR,** Bibliothèque et Archives Canada, 2012.
- Le cout de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé: états de lieux et propositions, Anaes, France, 2004.

- OCDE, **Systèmes de Santé: Efficacité et politiques** , Editions OCDE, 2011.
- P. Den Exter, **International health law: solidarity and justice in healthcare**, Apeldon, Antwepen: Maklu, 2011.
- P. Zheng, T. Faunce, et al, **"Public hospitals in China: privatisation, the demise of universal health care andthe rise of patientdoctor violence ",** Journal of Law & Medicine, 2006.
- Rock Well, Schulz and Alton, **Management of hospitals and Health Services,** (The C.V.Mosgay Company, Toronto) , 1991.
- Schaedle, R., McGrew, J.H., Bond, G., & Epstein, **A comparison of experts' perspectives on assertive community treatment and intensive case management**, Psychiatric Services, 2002.
- W.Jack Duncan, Peter M.Ginter and Linda E. S wayne, **Hand book of Health care management,** Madlen, MA: Black well publishers Inc, 1998.

b. المقالات العلمية:

- Davies, M. and G. Elwyn (2006), **"Referral Management Centres: Promising Innovations or Trojan Horses?"**, British Medical Journal, N° 332.
- Feinsilver Julie M., **« Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism** », Cuban Studies, vol 41, 2010.

c. التقارير والمنشورات:

- David E. Bloom, David Canning, **Population Health and Economic Growth**, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank On behalf of the Commission on Growth and Development, 2008.
- Hughes RG (ed.), **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses**, (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation), AHRQ Publication N° 08-43, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008.
- Background note by UNCTAD Secretariat, **International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries**, Geneva: United Nations Conference on Trade and Development; 1997.
- Williams, S. and J. Buchan, **Assessing the New NHS Consultant Contract. A Something for Something Deal?**, London: King's Fund, 2006.
- Jill Anne Chouinard, From New Public Management to New Political Governance: Implications for Evaluation '2015 Canadian Journal of Program Evaluation / La Revue canadienne d'évaluation de programme
- 30.1 (Spring / printemps), 1–22 doi: 10.3138/cjpe.30.1.1
- Elizabeth E. Tolley & Priscilla R.Ulin ' Qualitative Methods in Public Health 'Published by Jossey-Bass A Wiley Brand One Montgomery Street, Suite 1000, San Francisco, CA
- 94104-4594—www.josseybass.com 'First edition '2005 p 124.
- Gernod Gruening 'Origin and theoretical basis of New Public Management'International Public Management Journal 4 (2001) 1–25 ' p 7 p11 .
- Enrique Cabrero 'BETWEEN NEW PUBLIC MANAGEMENT AND NEW PUBLIC GOVERNANCE: THE CASE OF MEXICAN MUNICIPALITIES 'International Public Management Review · electronic Journal at http://www.ipmr.net
- Volume 6 · Issue 1 · 2005 · © International Public Management Network.

- Jafar Sadegh Tabrizi ‘New public management in Iran’s health complex: a management framework for primary health care system ‘Primary Health Care Research & Development 2018; 19: 264–276 ‘doi:10.1017/S1463423617000767. Downloaded from https://www.cambridge.org/core
- D. Yu, Changes in health care financing and health status: the case of China in **in the 1980s.Beijing, Paperin circulation, Pei, Hospital management in a time of change, 1992.**
- Dominguez, Jorge, **"Cuba since 1959", in Bethell**, Leslie, *Cuba: a short* history, 1993.
- Living With Risk, **A Global Review of Disaster Reduction Initiatives**, InterAgency Secretariat of the International Strategy for Disaster Reduction, 2004.
- Nair C ،Karim R ،Nyers C, **"Health care and health status. A Canada—United States statistical comparison",** Health Reports. 1992.
- Schaedle, R.W., & Epstein, I. **Specifying intensive case management: A multiple perspective approach**, Mental Health Services Research, 2000.
- World Fertility Data 2015. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2015.
- Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, Ronda G. Hughes, Ph.D., M.H.S., R.N. AHRQ Publication N°. 08-0043 April 2008..
- Department of Health Service Provision, **Quality and accreditation in health care services A GLOBAL REVIEW**, WORLD HEALTH ORGANIZATION Geneva, 2003.

d. المواقع الإلكترونية

- Cambridge : Cambridge University Press/
- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century http://www.nap.edu/catalog/10027.html
- Gallegos A. WHO declares public health emergency for novel coronavirus. Medscape Medical News. Available at https://www. medscape.com/viewarticle
- health-insurance-in-canada/
- http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/wfd2015. shtml)
- https://canadanews24.ca.
- https://canadaspeaksarabic.com/
- https://canadaspeaksarabic.com/
- https://faolex.fao.org/docs/.
- https://faolex.fao.org/docs/pdf/sau216363.pdf
- https://jcss.org/
- https://journals.ekb.eg/
- https://miefly.com/health-insurance-in-canada/
- https://ukimmigration.co.uk/ar/features.
- https://www.almamlakatv.com/news/
- https://www.my.gov.sa/wps/portal/snp/aboutksa/HealthCareInKSA
- https://www.qna.org.qa/ar-QA
- https://www.researchgate.net/publication/281190268_Complexity_in_healthcare_management_Why_does_Drucker_describe_healthcare_organizations_as_a_double-headed_monster.
- https://www.un.org/ar/unpdf/sdg-2016-06

- https://www.who.int/health-topics/coronavirus (accessed February 16, 2020)
- Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters (HFA). At http://www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm. Accessed 24 December 2006.
- Iran: Healthcare and Pharmaceuticals Forecast.
- ttps://www.medxjordan.com/ar/healthcare-system-jordan
- https://faolex.fao.org/docs/pdf/sau216363.

الملاحق

ملحق رقم (01): الاستبيان

الطالب: عبد المجيد سجال

جامعة معسكر

التخصص: اقتصاد وتسيير عمومي

عنوان الأطروحة: تحليل الجودة والتكلفة في النظام الصحي الجزائري ~ دراسة قياسية ~

طور الدكتوراه.

تمهيد: تعالج الأطروحة إشكالية انعكاس حجم وطريقة تمويل المنظومة الصحية كمدخلات على مخرجات هذه المنظومة من حيث مدى جودة المنظومة الصحية.

العينة الأولى: عامة المواطنين

من أي فئة عمرية أنت؟

- من 18 إلى 45 سنة
- من 46 إلى ستين سنة
- من 61 سنة فما فوق

ما هو جنسك؟

- ذكر
- أنثى

الدخل

- أقل من 50 ألف دينار شهريا
- من 50 إلى 150 ألف دينار شهريا
- أكثر من 150 ألف دينار شهريا
- دخل غير مستقر

ما هي المنطقة الجغرافية التي تسكن فيها؟

- مدينة في الشمال
- مدينة في الجنوب
- مدينة في الهضاب
- قرية في الشمال
- قرية في الجنوب

هل سبق لك وأن تعاملت مع المنظومة الصحية الجزائرية؟

- نعم كمريض
- نعم كمرافق مريض.

هل ترى أن مؤشرات الصحة في الجزائر قد تحسنت في السنوات الأخيرة؟

- نعم
- لا

هل أنت راض عن الخدمات الصحية في الجزائر؟

- راض بشدة
- راض
- محايد
- غير راضي
- غير راضي بشدة

هل يتلقى الأطفال رعاية صحية كافية؟

- نعم
- لا
- ربما

هل تتلقى النساء الحوامل رعاية صحية كافية؟

- نعم
- لا
- ربما

هل يتلقى أصحاب الأمراض المزمنة رعاية طبية كافية؟

- نعم
- لا
- ربما

هل هناك اهتمام بالصحة النفسية في الجزائر؟

- نعم
- لا
- ربما

- تحتاج إلى اهتمام أكثر

هل تعتقد أن المنظومة الصحية حققت نتائج كبيرة مقارنة بحجم الانفاق الحكومي المخصص للصحة؟

- نتائج جيدة
- نتائج متوسطة
- نتائج مقبولة
- نتائج ضعيفة
- نتائج منعدمة

هل أنت مع إلغاء تعميم مجانية العلاج واقتصاره على الفقراء فقط؟

- أوافق بشدة
- أوافق
- محايد
- لا أوافق
- لا أوافق بشدة

ما هو مشكل المنظومة الصحية في الجزائر؟

- تمويل وتسعير
- تسيير ومناجمنت
- كفاءة المستخدمين
- حوافز عمال الصحة القليلة
- فشل القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص

هل تحصل على الخدمات الصحية بسهولة؟

- بسهولة تامة
- بمجهود بسيط
- بصعوبة
- بصعوبة تامة

أين تكمن الصعوبة؟

- بعد المسافة وتكاليف النقل والمبيت
- كثرة الانتظار وطول المواعيد

- الاكتظاظ والطوابير
- غياب المعلومات عن الخدمات والعيادات المتاحة
- تأميني الصحي لا يغطي تكاليف بعض الخدمات المكلفة غير المتوفرة في القطاع العام
- غير ذلك

هل تجد عديد الخيارات المتاحة نوعا وكما ومسافة؟

- خيارات جد محدودة
- خيارات متاحة
- أنا مخير بين قطاع عام مجاني جودته نسبية وقطاع خاص مكلف للغاية لكن جودته مرتفعة

هل المنظومة الصحية الجزائرية وخدماتها تتلاءم مع تطلعاتك؟

- نعم
- لا
- غير كافي

هل **المرأة تجد عددا كافيا من النساء لتقديم الرعاية الصحية الخصوصية لها؟**

- نعم
- لا
- غير كافي

هل أسعار الخدمات الصحية والأدوية تتلاءم مع قدرتك الشرائية؟

- نعم
- لا
- نعم في القطاع العام
- القطاع الخاص في أسعار مكلفة للغاية

هل توفر لك بطاقة الشفاء خدمات صحية وأدوية كافية؟

- نعم أستفيد منها كثيرا
- لا تغطي أهم الخدمات والأدوية لست مستفيدا منها
- غير ذلك

هل يلقى ذوي الاحتياجات الخاصة رعاية صحية كافية؟

- نعم

- لا
- ربما

هل يلقى كبار السن رعاية صحية كافية؟

- نعم
- لا
- ربما

هل يحصل المواطن مهما كان مقر اقامته وجغرافيته على نفس نوعية الخدمات؟

- نعم
- لا
- ربما

ما هي المنطقة في الجزائر التي ترى أنها لا تتمتع بالتغطية الصحية الشاملة كما ونوعا؟

- الشمال
- الهضاب
- الجنوب
- الريف
- المدن الصغرى
- المدن الكبرى

هل يحصل المواطن مهما كان دخله المادي ومستواه الاجتماعي على نفي الخدمات الصحية كما ونوعا؟

- نعم
- لا
- ربما

هل هنالك محسوبية في المنظومة الصحية الجزائرية؟

- نعم
- لا
- ربما

هل ترى أنه من العدالة أن يحصل مرتفعو الدخل على خدمات صحية مجانية؟

- نعم

- لا
- ربما

هل يتلقى ممارسو الصحة في الجزائر نفس الحوافز بين المستشفيات وبين القطاع العام والخاص؟

- نعم
- لا
- القطاع العام أكثر حوافز
- القطاع الخاص أكثر حوافز

أيهما فيه جودة أكبر، القطاع العام أم القطاع الخاص؟

- القطاع العام
- القطاع الخاص
- كلاهما
- كلاهما يفتقدان للجودة:

هل تثق في المنظومة الصحية الجزائرية؟

- نعم
- لا
- ربما

هل تثق في كفاءة الطبيب الجزائري؟

- نعم
- لا
- ربما

هل تثق في القطاع العام أم في القطاع الخاص؟

- القطاع العام
- القطاع الخاص
- أفضل العلاج خارج الجزائر

العينة الثانية: ممارسو الصحة

هل تشتغل في المنظومة الصحية؟

- نعم
- لا

ما هي وظيفتك في القطاع الصحي؟

- طبيب أو طبيب مختص أو جراح
- صيدلي
- شبه طبي أو مساعد تمريض
- إداري أو محاسب أو تقني أو مهندس اعلام الي في الصحة
- غير ذلك

هل تمارس في القطاع العام أم القطاع الخاص أم هاجرت؟

- القطاع العام
- القطاع الخاص
- بينهما
- هاجرت

كم تمتلك من خبرة في قطاع الصحة؟

- من شهر إلى خمس سنوات
- من خمسة إلى 15 سنة
- من 15 سنة فما فوق

ما هو تقييمك للمنظومة الصحية بالجزائر؟

- جيدة جدا
- جيدة
- متوسطة
- ضعيفة
- ضعيفة جدا

ما هي مشاكل المنظومة الصحية في نظرك؟

- مشكل تسيير ومناجمنت وحوكمة

- مشكل تمويل وتحصيل إيرادات
- مشكل تكوين
- مشكل قوانين
- مشكل غياب الحوافز في القطاع العام
- مشكل عدد السكان الكبير
- مشكل تعميم مجانية العلاج
- غير ذلك

هل تتفق مع سياسة تعميم مجانية العلاج في الجزائر على كل المواطنين مهما اختلفت مداخيلهم ومستواهم المعيشي؟

- موافق بشدة
- موافق
- محايد
- غير موافق
- غير موافق وبشدة

هل تعتقد أن تعميم مجانية العلاج في الجزائر سبب في عدم تقديم حوافز لممارسي الصحة في الجزائر؟

- موافق بشدة
- موافق
- محايد
- غير موافق

غير موافق وبشدة

هل أنت مع أن تقتصر المجانية على الفقراء ومحدودي الدخل فقط؟

- موافق
- غير موافق
- لا يهم

هل إصلاح منظومة تسعير الخدمات الصحية في القطاع العام بحيث يشتري المواطن تأمينا صحيا سنويا حسب مستواه المعيشي يعتبر أمرا ضروريا؟

- موافق

- غير موافق
- لا يهم

ما هي الحوافز التي تبحث عنها كممارس للصحة حسب الأولويات؟

- حوافز مادية كتحسين الأجور وتوفير السكن
- توفير بيئة ملائمة للعمل من تجهيزات وحماية ووسائل
- التحفيزات المعنوية
- كل ذلك

إذا كنت تمارس في القطاع العام هل تفكر في الرحيل إلى:

- القطاع الخاص
- الهجرة إلى الخارج
- البقاء في القطاع العام لأنني مرتاح
- البقاء في القطاع العام لأن المواطن البسيط يحتاجني

هل أنت راض عن التكوين الذي حصلت عليه في الجامعة؟

- راض جدا
- راض
- محايد
- غير راض
- غير راض تماما واحاول إعادة تكوين نفسي وتحيين معلوماتي ومهاراتي

ما هي الحوافز التي تجعلك تقوم بعملك على أكمل وجه؟

- حوافز مادية لها علاقة بالدخل والرفاهية
- حوافز أخلاقية لها علاقة بالقيم الدينية والإنسانية والمواطنة
- في بيئة تنافسية لابد أن أثبت مهاراتي وكفاءتي للزبائن وللمسؤولين
- غير ذلك

هل ترى أن المؤسسة الصحية هي مؤسسة اجتماعية أم مؤسسة اقتصادية؟

- مؤسسة اجتماعية تقدم خدمات اجتماعية للسكان
- مؤسسة اقتصادية تهدف إلى تحقيق إيرادات عن طريق بيع الخدمات
- مؤسسة اقتصادية خدماتية ذات مسؤولية اجتماعية تجاه محدودي الدخل

ملحق رقم (02): أسماء الاساتذة المحكمين لاستبيان الدراسة

الاسم	الجامعة (هيئة العمل)	البلد
مختاري فيصل	جامعة معسكر والمشرف على العمل	الجزائر
براهيم براهمية	أستاذ اقتصاديات الصحة من جامعة قسنطينة	الجزائر
حجو يوسف	مدير مستشفى	الجزائر
قاصب حسين	جامعة بومرداس	الجزائر
أنور سكيو	جامعة تيارت	الجزائر

ملحق رقم (03): أسعار التحاليل الطبية في القطاع الخاص.

Liste des Analyses

Code	Libellé	Tarif
17OH	17oh progesterone	1 500.00
AC OX	Acide oxalique - sérum	5 900.00
AC OXU	Acide oxalique - urines	2 000.00
ACAPL	ANTIPHOSPHOLIPIDES (SAPL)	4 000.00
ACE	Antigene Carcino-Embryonnaire (ACE)	1 000.00
ACETYL	ANTICORP ANTI RECEPTEURS DE L' ACETYLECHOLINE	5 300.00
ACGAD	AC ANTI GAD	6 200.00
ACHBC	ANTI HBc (HBcT)	1 400.00
ACHBCM	Anticorps anti-HBC IgM	1 400.00
ACHBCMG	ANTI-HBc IgM/IGG totaux	2 500.00
ACHBE	ANTICORPS ANTI HBe	1 500.00
ACHBS	Anti corps HBS	1 400.00
ACHCV	ANTI CORPS HCV	0.00
ACML	AMA2/LKM1/LC1/SLA (Liver dot)	3 500.00
ACPLA2R	Autoanticorps anti-PLA2R	0.00
ACR	Albuminurie./ Creatinurie rapport	600.00
ACRETI	AutoAnticorps Anti Réticuline	2 500.00
ACSU	Auto Anticorps anti corticosurrénaliens	3 750.00
ACTH	Hormone corticotrope (Adréno Corticotrophine)	2 000.00
ACTHRO3	ANTI-THROMBINE3/02	4 500.00
ADH	HORMONE ANTIDIURETIQUE (ADH)	6 000.00
AFP	Alpha Foetoproteine (AFP)	1 600.00
AG HBS 2	HEPATITE B AG HBS	1 200.00
AGA	Anticorps anti-gliadine	3 700.00
AGA IGA	IgA anti-Gliadine	2 000.00
AGA IGG	IgG anti-Gliadine	2 000.00
ALB	ALBUMINE	200.00
ALBU	Albuminurie des 24 heures	300.00
ALDO	ALDOLASE02	2 300.00
ALFA	ALFA2 MACROGLOBULINE(7jrs)02	5 800.00
AM	Amylase	1 000.00
AMH	HORMONE ANTI MULLERIENNE	5 000.00
AMYU	Amylase urinaire des 24 H	400.00
ANA	Anticorps Anti-Nucléaires	2 000.00
ANCA	ANCA	3 000.00
ANCA-dot	ANCA-MBG	3 000.00
ANTITG	Anticorps Anti-Thyroglobuline	1 500.00
ARP	Activité Rénine Plasmatique ARP	2 500.00
ASCA	ASCA	3 100.00
ASLO	ASLO	300.00
ASPP	Sérologie aspergillaire	3 500.00
AT3	AT III	0.00
ATB	ATB entero	0.00
ATB entero	Antibiogramme des Entérobacteries	0.00
ATB entero 02	Antibiogramme des Entérobacteries	0.00
ATB PSEUD	ATB PSEUDOMONAS	0.00
ATB STAPH	ATB STAPHYLOCOQUE	0.00
ATB STREPTO	ATB Strepto	0.00

AU	Acide Urique	200.00
AU24	Acide Urique des 24 H	200.00
B2MI	Béta 2 microglobuline	2 000.00
BHCG	Hormone Chorionique Gonadotrope Humaine	1 000.00
BILD	Bilirubine Direct et Indirect	200.00
BILHA	SEROLOGIE DE BILHARZIOSE	3 000.00
BILT	Bilirubine Totale	200.00
BIOASCITE	ETUDE BIOCHIMIQUE DU LIQUIDE D'ASCITE	1 000.00
bioliquide	Biochimie des liquides d'épanchements	1 200.00
BIOLP	ETUDE BIOCHIMIQUE DU LIQUIDE PLEURAL	1 200.00
BK	Culture de Mycobacterium tuberculosis	3 000.00
BNP	NT-proBNP	5 000.00
BRC	BRUCELLOSE02	4 500.00
BRUC	Serodiagnostic Brucellose avec titrage	2 300.00
BW	SEROLOGIE SYPHILIS	500.00
BW DOSAGE	Serologie de la Syphilis	500.00
C3	Complement c3	1 500.00
C4	Complement C4	1 500.00
CA	Calcium	400.00
CA125	CA125	1 000.00
CA153	CA 15-3	1 000.00
CA199	CA19-9	1 000.00
CAD	COMPTE D'ADDIS	200.00
CAL	CALPROTECTINE	5 800.00
CALCIT	CALCITONINE	2 200.00
CARYO	Caryotype	35 000.00
CATECHOL	catecholamines urinaires	6 000.00
CAU	Calciurie des 24 H	400.00
CCP	ANTI CCP	2 500.00
CERU	Céruléoplasmine	2 400.00
CHARGE	ADN Viral de HBV (PCR en temps réel)/relizane	0.00
CHARGE HCV	Charge virale hépatite C/	11 000.00
CHARGE VHB	Quantification de l'ADN du VHB	7 400.00
CHIMI	Chimie des urines	100.00
CHLAMS	Sérologie chlamydia	3 000.00
CHLAMU	Recherche de Chlamydiae dans les urines	1 100.00
CHOL	Cholesterol Total	200.00
CKMB	CKMB	1 000.00
CLC CO	Clairance de la Créatinine Cockroft	200.00
CLC MD	Clairance de la créatinine MDRD	200.00
CLCP	CLAIRANCE DE LA CRÉATININE (PÉDIATRIE)	200.00
CLRC	Clairance de la créatinine	500.00
CMVG	CMV IgG	1 500.00
CMVGM	CMV IGG IGM	3 000.00
CMVM	CMV IgM	1 500.00
CO		0.00
COEF	Coefficient de saturation	0.00
COPRO	Coproculture bacterienne	400.00
COPS3	Copro-parasitologie des selles des 3 Jrs	1 000.00
COR12	CORTISOL A 12H	1 500.00
COR16	CORTISOL A 16H	1 500.00
COR8	CORTISOL A 08H	1 500.00
CORU	Cortisol Urinaire 24H	1 500.00

COVID AB	Sérologie COVID 19	1 500.00
COVID19 AG	Test antigénique du COVID 19	2 500.00
CPK	Créatinine phosphokinase	800.00
CRE	Créatinine	200.00
CRP	C-Réactive Proteine (CRP)	400.00
CRPBIO	C - REACTIVE PROTEINE	300.00
CUIV	CUIVRE SERIQUE	2 300.00
CUU	CUIVRE URINAIRE	2 200.00
CYS	CYSTINURIE	6 500.00
CYTO	cytologie	300.00
CYTOU	CYTOLOGIE URINAIRE	300.00
D-DIMERES	D-Dimères	3 500.00
D4	Delta 4 Androstenedione	1 900.00
DEPA	DEPAKINEMIE	2 500.00
DFG	DFG	0.00
DHT	DiHydroTestostérone	6 000.00
DMU	Dérivés méthoxylés des catécholamines - urines	7 000.00
DNA	Anti DNA natif	2 500.00
E2	ESTRADIOL	1 200.00
EBV-VCA	Sérologie EBV IgM anti-VCA	2 000.00
EBV EA	Sérologie Epstein Barr Virus EA IGG	2 000.00
EBV EBNA	Sérologie EBV IgG ant-EBNA	2 000.00
EBV VCA	Sérologie EBV IgG anti-VCA	2 000.00
ECA	Enzyme de conversion de l'angiotensine	3 500.00
ECBASC	ECB DU LIQUIDE D ASCITE	900.00
ECBCRA	ECB DES CRACHATS	800.00
ECBGOR	ECB D'UN PRELEVEMENT DE GORGE	800.00
ECBLCR	ECB DU LIQUIDE CEPHALO RACHIDIEN	900.00
ECBLP	ECB DU LIQUIDE PLEURAL	900.00
ECBPL	ECB DUN LIQUIDE DE PONCTION	1 500.00
ECBPUS	ECB DE PUS	900.00
ECBU	ECB DES URINES	600.00
ENDOMY	Auto Anticorps Anti Endomysium	1 700.00
EOS	Recherche eosinophilie COLOR MGG	500.00
EPH	ELECTROPHORESE DE L'HEMOGLOBINE	1 200.00
EPP	Electrophorese des Proteines Seriques	1 000.00
EPU	Electrophorèse des protéines urinaires	4 000.00
F2	FACTEUR 2	12 000.00
F5	FACTEUR 5	4 000.00
F8	FACTEUR 8	4 500.00
FACT 5 L	Facteur 5 Leiden	7 500.00
FAN	AC ANTI NUCLEAIRE FAN	2 000.00
FER	Fer serique	300.00
FERRI	Ferritine	1 000.00
FIB	Fibrinogene	300.00
FIL	FILARIOSE	4 000.00
FILA	Recherche de Filariose sanguine	300.00
FLC	Chaines légères libres	8 000.00
FNS	FNS COMPLETE	500.00
FOLATES	Acide folique (vit B9)	2 000.00
FRUCT	Fructosamine	2 000.00
FSH	FSH (Follicle Stimulating Hormone)	1 000.00
FSP	Frottis Sanguin Périphérique	500.00

FT3	FT3 (Triiodothyronine Libre)	900.00
FT4	FT4 (Thyroxine Libre)	900.00
G6PD	GLUCOSE-6-PHOSPHATE DESHYDROGENASE (G6PD) (SANG)	2 000.00
GENO	GENTYPAGE HEP C	13 500.00
GGT	GammaGT	600.00
GH	Hormone de croissance	2 000.00
GHGLU	Test de Stimulation de la GH sous Glucagon	3 200.00
GLU LCR	Glucorachie	300.00
GLU24	Glucosurie des 24 H	250.00
GLUJ	GLUCOSURIE	200.00
GLY	Glycémie	200.00
GP	Groupage phénotypé	0.00
GPP	Glycémie post prandiale	100.00
GS	Groupage Sanguin	200.00
GSP	GROUPAGE PHENOTYPE	2 500.00
GU	Examen de goutte urethrale	600.00
HAPTO	HAPTOGLOBINE	1 500.00
HAV	Hepatite A (IgM Anti-HAV)	1 500.00
HAVG	HAV G	5 000.00
HAVGM	Hépatite A(IGG/IGM)	1 500.00
HBA1C	Hémoglobine Glyquée	800.00
HBE	AG HBE	1 500.00
HBS	HBS- Ag	600.00
HCV	Hépatite C	600.00
HCV02	Hépatite C	1 200.00
HCVG	HCV IgG	2 200.00
HCVM	HCV IgM	2 200.00
HDL	HDL Cholesterol	400.00
HEPAM	Hépatite AM	2 000.00
HGPO	Hyperglycémie provoquée	900.00
HGPO F	Hyperglycémie provoquée (HGPO)	900.00
HIV	HIV (virus de l'immunodéficience humaine)	500.00
HIV 02	HIV (Virus de L'immunodéficience Humaine)	0.00
HIV 2	HIV (Virus de L'immunodéficience Humaine)	1 000.00
HIV6	Sérologie HIV	0.00
HLAB27	HLAB27	4 500.00
HLM	Compte Addis	250.00
HOMO	HOMOCYSTEINE	3 000.00
HOWELL	Temps Howell	200.00
HP	HELICOBACTER PYLORI	1 300.00
HPY	HELICOBACTER PYLORI	2 500.00
HPYLORI02	HELICOBACTER PYLORI02	1 500.00
HSV	Sérologie HSV	3 000.00
HSV M	Sérologie HSV IgM	2 500.00
HSV1	sérologie HSV1 IgM	0.00
HYD	SEROLOGIE HYDATIQUE (20jrs)	4 000.00
IFX	immunotypage/immunofixation	5 000.00
IGA I	IgA	1 500.00
IGE alimentaires	IGE spécifique alimentaire	3 600.00
IgE mixtes	IgE mixtes (pneumallergènes+ trophallergènes)	3 600.00
IGE respiratoires	IGE spécifique réspiratoire	3 600.00
IGET	IGE TOTALES	1 300.00
IGF1	IGF1(INSULINE LIKE GROWTH FACTOR)/ IMMUNOTYPAGE/INSULIN	6 300.00

IGG	Immunoglobuline G	1 500.00
IGM	Immunoglobuline M	1 500.00
INHB	INHIBINE B (7jrs)	7 200.00
INS	INSULINE LIBRE (7jrs)	1 800.00
IONO	Ionogramme Plasmatique	600.00
IONOU	Ionogramme urinaire	600.00
LABO1	trans/cts/fer/BIOMNIS	0.00
LATEX	Latex	300.00
LDH	Lactate Déshdrogénase	600.00
LEISCH	LEISCHMANIOSE	500.00
LEPUR	Recherche de Leptospirose dans les Urines	11 000.00
LH	LH (Hormone Lutéinisante)	1 000.00
LIAS	LIQUIDE D'ASCITE	250.00
LIPA	Lipase	1 300.00
LIPU	Lipase urinaire des 24 H	1 200.00
LIST	LISTERIOSE SEROLOGIE	2 700.00
LKS	LKS (Liver-Kidney-Stomach)	3 200.00
LP	EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES LIQUIDES DE PONCTION	900.00
LPCY	EXAMEN CYTOLOGIQUE DU LIQUIDE PLEURAL	1 000.00
MAU	Microalbuminurie des 24 h	800.00
MBG	anticorps anti membrane basale	3 100.00
MBG DOSAGE	AC ANTI-MEMBRANE BASALE GLOMERULAIRE	0.00
META	Méthanéphrines Urinaires	8 000.00
MG	Magnésium	300.00
MGU	Magnésium urinaire des 24 H	300.00
MNI	MNI-Test	1 500.00
MUSCLE STRIE	AC ANTI MUSCLE STRIE	3 000.00
MYC	SEROLOGIE MYCOPLASME UROGENITAUX	2 000.00
MYCO	EXAMEN MYCOLOGIQUE CULTURE	500.00
MYCOPV	Recherche de Mycoplasme dans un Prélèvement Vaginal	3 600.00
MYCOUR	Recherche de mycoplasme dans un Prélèvement Urétral	3 600.00
MYCSP	Recherche de Mycoplasme dans le sperme	3 600.00
NOCTURE	HEMOGLOBINE NOCTURE	4 600.00
ORO	OROSOMUCOIDE	0.00
OVAIRE	Antiorps Anti Ovariens	2 600.00
PA	Prélevement auriculaire	900.00
PAL	PAL	200.00
PALU	Recherche de Paludisme	500.00
PARA1	EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES	400.00
PARA3	EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES 3 JOURS	600.00
PBJ	Protéinurie de Bence Jones	8 600.00
PC	Prelevement conjonctival02	600.00
PDP	PRELEVEMENT DISTAL PROTEGE	800.00
PEP	PEPTIDE C	4 000.00
PHE	PHENYLANALINE PLASMATIQUE	10 500.00
PHOS	Phosphore	200.00
PHOSU	Phosphaturie des 24 H	300.00
PLA2R	Anticorps anti-recepteur de la phospholipase A2	7 500.00
PNEZ	Prélèvement nasal	700.00
POR	Prélèvement d'Oreille	700.00
PRL	PROLACTINE	1 000.00
PROG	PROGESTERONE	1 000.00
PROT	Proteines Totales	200.00