

جامعة سعد دحلب بالبلدية

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

قسم العلوم الاقتصادية

مذكرة ماجستير

التخصص: نقود، مالية وبنوك

إشكالية تمويل القطاع الصحي في الجزائر

من طرف

بوزيان فاطمة الزهراء

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسا	أستاذ محاضر " أ "، جامعة البلدية	فلاح محمد
مشرفا ومقررا	أستاذة محاضرة " أ "، جامعة البلدية	بن عبد العزيز فطيمة/ بن حمودة،
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر " أ "، جامعة البلدية	مسعداوي يوسف
عضوا مناقشا	أستاذة مساعدة " أ "، جامعة البلدية	معزوز نشيدة

البلدية، مارس 2011

ملخص

تعتبر الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية بمثابة دليل استرشادي للمجهودات التي تبذلها الدول في مجال التنمية والسياسات الاجتماعية وتم قبول هذه الأهداف كإطار لقياس معدل التقدم في عملية التنمية من أجل الوصول إلى النتائج المرجوة .

وتتمثل الأهداف الإنمائية الخاصة بالصحة واضحة بذاتها، فتحسين صحة الفقراء وإطالة أعمارهم غاية في حد ذاتها وهي هدف أساسي للتنمية الصحية وبالتالي التنمية الاقتصادية ، الأمر الذي يتطلب تخصيص موارد مالية ضخمة موجهة لقطاع الصحة سواء محليا أو دوليا ، ولا يتحقق ذلك إلا بالاستثمار في الصحة ، خاصة الاستثمار العمومي الذي يساهم بشكل كبير في دفع عجلة النمو الاقتصادي من خلال تحقيق المؤشرات الصحية التي تعبر عن التقدم والرفاه لأي دولة .

لذا فإن تبني نظام تمويل فعال سواء كان محلي أو دولي يدفع الدول لتحقيق التنمية الاقتصادية وبذلك تحقيق التنمية الصحية، ورفع بذلك الدول إلى تحسين الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع.

والتمويل الدولي يكون بالتزام الدول المانحة والهيئات الدولية في توفير التغطية الصحية اللازمة للدول الفقيرة، أما التمويل المحلي فيتعين على الدولة أن تجد مصادر تمويلية فاعلة ومستدامة لتغطية نفقات الخدمات الصحية خصوصا تلك المقدمة للطبقة الفقيرة .

شكر

الشكر لله على نعمه ظاهرة وباطنه، والحمد لله حمدا يوافي نعمه .

أوجه شكري وتقديري الخالصين إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة بن عبد العزيز فطيمة/ بن حمودة التي قبلت

الإشراف على مذكرتي هذه ، وعلى نصائحها وتوجيهاتها القيمة ، وعلى جميل صبرها .

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى لجنة المناقشة التي قبلت وتحملت هذا الجهد .

كما أتقدم بالشكر:

إلى أمي زهرة عمري ومنيرة دربي ورمز سعادتي ونور حياتي ، التي كان لها الفضل في وصولي إلى هذا

المستوى بدعواتها المباركة ورعايتها وتشجيعها لي حفظها ورعاها الله لي.

وإلى رفيق حياتي الذي قاسمني الجهد والعناء، زوجي، إلى عائلتي الصغيرة و الكبيرة.

وإلى كل من مدى لي يد العون من قريب أو بعيد .

وما التوفيق إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب وهو رب العرش العظيم .

قائمة الجداول

الصفحة	الرقم
55	01 تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من (1996 - 2006)
55	02 العيادات الخاصة في الجزائر سنة 2006
87	03 أهداف والغايات والمؤشرات المتعلقة بالصحة في مجموعة الأهداف الإنمائية للألفية
100	04 تطور معدل البقاء على قيد الحياة حسب الجنس
100	05 تطور نسبة الوفيات عند الأطفال
101	06 تطور نسبة وفيات الأمهات
101	07 تطور نسبة المتابعة الصحية للحمل، الولادات في الوسط الإستشفائي والمتابعة ما بعد الولادة
130	08 المؤشرات الاقتصادية للفترة (1991 – 2004)
132	09 تقسيم الميزانية على أساس عناوين النفقات
164	10 الاحتياجات المالية المقدرة للفترة (2004-2010) للهياكل الإستشفائية وغير الإستشفائية
165	11 الاحتياجات المالي لاكتساب التجهيزات الثقيلة خلال الفترة (2005-2010)
166	12 تطور نسبة التغطية الطبية للفئات الثلاثة خلال الفترة (1996 – 2010)
167	13 تطور نسبة تغطية القاعدة الصحية خلال الفترة (2001 – 2010)
167	14 التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية
167	15 تقديرات الاحتياجات للأطباء في 2010
168	16 تقديرات احتياجات التغطية الصحية في 2010
168	17 تقديرات احتياجات التغطية الصحية إلى غاية 2010

قائمة الأشكال

الصفحة	الرقم
07	01 مستويات الصحة
13	02 مكونات النظام الصحي
32	03 النظم الفرعية المكونة للنظام الكلي للمستشفى والمستفيدين من خدماتها
36	04 مكونات أسواق الخدمات الصحية
38	05 العلاقات المتبادلة بين أسواق الخدمات الصحية
46	06 منحى الطلب يبين مرونة السعر
49	07 سلمية الخدمات الصحية العمومية في الجزائر
68	08 تكلفة التدخلات الأساسية
72	09 وظائف النظام الصحي والعوامل الأخرى المحددة لتحسن أداء النظام
74	10 التفاوت في الإنفاق على الصحة في البلدان العربية 2004
75	11 نصيب الإنفاق على الصحة العامة من إجمالي الإنفاق الحكومي (%) في 20 بلدا عربيا، 2005
76	12 نصيب الإنفاق الشخصي على الصحة من الإنفاق الصحي الخاص (%) في 20 بلدا عربيا، 2005
93	13 النمط الإقليمي في العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ، 1960-2005
94	14 النمط الإقليمي في معدل وفيات الرضع (من كل ألف ولادة حية)
95	15 العمر المتوقع عند الولادة ، 22 بلدا عربيا ، 2005
95	16 نسبة وفيات الأمهات (من كل 100 ألف ولادة حية) ، 21 بلدا عربيا 2004
97	17 معدل وفيات الرضع (من كل ألف ولادة حية) 19 بلدا عربيا ، 2005
97	18 معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (من كل ألف ولادة حية) ، 19 بلدا عربيا، 2005
162	19 مخطط عملية التعاقد

الفهرس

ملخص

شكر

قائمة الجداول و الأشكال

الفهرس

10	مقدمة
15	1- عموميات حول الصحة و الخدمات الصحية
15	1-1- الصحة و النظام الصحي
16	1-1-1- مفهوم الصحة و طبيعة هذا المفهوم
23	1-1-2- النظام الصحي
27	1-1-3- النظام الصحي في الجزائر
35	2-1- اقتصاديات الخدمات الصحية و منظمات الخدمات الصحية
35	1-2-1- الخدمات الصحية و منظماتها
45	2-2-1- اقتصاديات الخدمات الصحية
59	1-2-2- الخدمات الصحية العمومية في الجزائر
67	2- الاستثمار في الصحة من اجل تحقيق أهداف الألفية الثالثة
67	1-2-1- الاستثمار في الصحة من اجل التنمية
68	1-1-2- مدخل عام للاستثمار
70	2-1-2- الاستثمار في الصحة
81	3-1-2- الوضع الصحي في البلدان العربية
86	2-2- التنمية الصحية و الأهداف الإنمائية للألفية
86	1-2-2- التنمية و التنمية الصحية
93	2-2-2- الصحة في الأهداف الإنمائية للألفية
100	3-2-2- المؤشرات الصحية في الوطن العربي و التزام الجزائر بتحقيق أهداف الألفية الثالثة
111	3- تمويل القطاع الصحي في الجزائر

112.....	1-3- واقع التمويل في الجزائر.....
112.....	1-1-3- مدخل عام للتمويل.....
123.....	2-1-3- مصادر تمويل الصحة في الجزائر.....
134.....	3-1-3- تشخيص الجوانب الايجابية و السلبية لنمط التمويل في الجزائر.....
139.....	2-3- إعادة النظر في نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر.....
139.....	1-2-3- تقديم مشروع إصلاح المنظومة الصحية.....
153.....	2-2-3- النهج التعاقدية كأسلوب لتمويل النظام الصحي.....
167.....	3-2-3- الاحتياجات المالية لقطاع الصحة لبلوغ أهداف الألفية الإنمائية.....
180.....	خاتمة.....
185.....	قائمة المراجع.....

مقدمة

يشهد العالم اليوم تطورات عديدة إزدادت وتيرتها مع التطور التكنولوجي ، وقد مس التقدم العلمي الكثير من المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية وقد كان للجانب الخدمي الحصة الأكبر لاسيما وأن قطاع الخدمات أصبح المحرك الأساسي للاقتصاديات المتقدمة وقد حظي باهتمام الباحثين والممارسين من أجل تطويره وتحسينه ويعتبر قطاع الصحة من بين المنظمات الخدمية التي تبارت في تحقيق النجاح على المستوى المحلي والدولي ، خاصة الإهتمام بصحة الفقراء وتحسين مؤشراتهما في العالم وبحلول عام 2015، إن " أهداف التنمية في الألفية الثالثة " التي أقرت في قمة الأمم المتحدة في سبتمبر 2000 ، تدعو إلى إدخال تحسينات ملحوظة في صحة الفقراء ، وتحقيق هذه الأهداف ممكن ولكنه بعيد تماما عن أن يحدث تلقائيا .

فللنجاح في تحقيق " أهداف التنمية في الألفية الثالثة " يتطلب جدية في الهدف وتصميما سياسيا وإرتقا لا كافييا للموارد من البلدان المرتفعة الدخل إلى البلدان المنخفضة الدخل على أساس متواصل وموجه توجيهها صائما والإستثمار في الصحة أمر ضروري للنمو الإقتصادي ويجب أن يكون هو العنصر الأساسي لإستراتيجيات التنمية الوطنية ، وخاصة في البلدان الأشد فقرا في العالم غير أن زيادة التغطية الصحية للفقراء تتطلب إستثمارات مالية أكبر في تدخلات محددة يجربها القطاع الصحي ، إلى جانب هيكله سليمة لنظام تقديم الخدمات الصحية بحيث يمكنه الوصول للفقراء كما أن تمويل القطاع الصحي في أي دولة من بلدان العالم ، ينعش المنظومة الصحية ويطورها فإنتهاج نظام تمويل فعال يعطي للدولة إمكانية الإهتمام بصحة الفقراء خاصة الطبقة الفقيرة .

ولقد ظلت المنظومة الوطنية للصحة ولوقت طويل محل إهتمام أصحاب القرار لأنها تشكل الهيكل المؤطر للنشاط الصحي، والإطار التي تمزج فيها كل السياسات والإستراتيجيات الموجهة والمنظمة نحو تحقيق أفضل رعاية وأكثر حماية لصحة المواطن .

هذا ويعتبر تمويل المنظومة الوطنية للصحة كرهان حقيقي بالنسبة للدولة حيث يرتبط هذا الأخير إرتباط وثيقا مع التوجهات السياسية والاجتماعية ، وتجلي ذلك من خلال الجهود التي بذلتها لتحسين أداء وفعالية القطاع .

وإسهاما منها في تحسين الحالة الصحية للسكان وتوفير خدمات راقية، قامت بإعداد دراسات من أجل تقديم تطورا علمي يساعد على توفير أفضل الخدمات الصحية للأعداد المتزايدة في مؤسسات قطاع الصحة العمومي، ولعل من أهم هذه العوائق التمويل.

فعدم قدرة الدولة الجزائرية على تمويل نفقات الصحة المتزايدة، وعجز الحماية الاجتماعية، إضافة إلى التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفتها الحماية الاجتماعية، إضافة إلى التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفها الإقتصاد الوطني، طرحت مشكل ارتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيه وحاولت الجزائر من خلال سياستها المتعلقة إيجاد بدائل مناسبة تساهم في تفعيل أداء الخدمات، غير أن طرق التمويل الحالية بين عدم القدرة على الإستجابة للإحتياجات الصحية المتزايدة وفي ظل هذه الظروف كان على المنظومة الصحية أن تستجيب لما تفرضه المرحلة الجديدة من تطورات، وكذا التكيف مع المستجدات الجديدة للمرحلة الراهنة .

طرح الإشكالية:

وكمخلص للإشكالية التي نطرحها : إذا كانت الرعاية الصحية ومجانية العلاج حق دستوري ، فإنه هناك حتمية بضرورة إستمرارية تواجد القطاع العمومي بكل خدماته الصحية سواء الوقائية أو العلاجية وكذا المتابعة الصحية خاصة للطبقة المنخفضة الدخل من أجل تحقيق العدالة والمساواة والوصول إلى أهداف الألفية الثالث، نتسأل :

هل تمويل القطاع الصحي دافعا للتنمية أم عبئا عليها ؟

يقودنا هذا التساؤل الجوهري إلى طرح مجموعة من التساؤلات الفرعية التي نوجزها فيما يلي :

- ما طبيعة مفهوم الصحة ؟ وما هو النظام الصحي ؟
- ما هي السياسة الصحية المتبعة في الجزائر؟ وما مدى مساهمتها في تنظيم المنظومة الصحية ؟
- ما مفهوم الخدمات الصحية؟ وما هي معوقات أداء الخدمات الصحية ؟
- ما هو واقع الخدمات الصحية في الجزائر ؟
- ما هي الإستراتيجية المتبعة للاستثمار في الصحة من اجل التنمية؟ وما هي التنمية الصحية ؟
- إلى أي مدى ساهم الإستثمار العمومي في الصحة في تحقيق أهداف الألفية الثالث في الجزائر ؟
- كيف تطور تمويل المنظومة الوطنية للصحة ؟
- ما هي الإجراءات التي أعادتها الدولة الجزائرية لإصلاح المنظومة الوطنية للصحة ؟

الفرضيات:

- وفقا لطبيعة المشكل المطروح والجوانب التي تركز عليها الدراسة في معالجتها للمشكلة والمتمثلة في إشكالية تمويل القطاع الصحي في الجزائر فإننا نضع الفروض التالية :
- 1- هناك إهتمام كبير بالقطاع الصحي من طرف الدولة وهذا ما يترجم التقدم الذي سجلته البلاد في الميدان من هياكل والموارد المادية والبشرية بشتى أنواعها ؛
 - 2- سجلت الجزائر تحسن ملحوظ في مؤشرات الصحة التي أضحت تقارب تلك المسجلة في البلدان المتقدمة، وهذا من خلال التراجع المحسوس لنسبة الوفيات في شتى الفئات ، والإرتفاع المحسوس للأمل في الحياة عند الولادة ؛
 - 3- زيادة الدولة لمخصصاتها المالية لقطاع الصحة ؛
 - 4- الشروع في تطبيق نظام التعاقد للعلاج في المستشفيات مع آليات الضمان الإجتماعي .

أسباب إختيار الموضوع :

لكل باحث أسباب تدفعه إلى إختيار موضوع معين قصد دراسته وكشف الحقائق حوله ، ومن الأسباب التي جعلتنا نتخذ من إشكالية تمويل القطاع الصحي موضوعا للدراسة :

1- الأسباب الموضوعية :

- الأهمية التي يكتسبها الموضوع في الإقتصاد الوطني ، وأهمية المنتج الذي يتمثل في الصحة الجيدة .

2- الأسباب الذاتية :

- وتتمثل في الرغبة في المشاركة من خلال إستخدام البحث العلمي للمساهمة في معالجة موضوع تمويل المنظومة الوطنية للصحة ، من خلال مناقشة إمكانية إستغلال مختلف مصادر التمويل المتاحة من أجل تطوير وتحسين الخدمات الصحية المقدمة ،
- شعورنا بأهمية الموضوع خاصة في ظل المتغيرات والمستجدات والمفاهيم الحديثة و بروز الأهمية الكبرى للقطاع الصحي في النشاط الإقتصادي ؛
- رغبات في تسليط الضوء على الأهداف الإنمائية للألفية الخاصة بالصحة، ومدى مساهمتها في تحقيق التنمية، والإطاحة بالفقر في العالم بصفة عامة والوطن العربي بصفة خاصة .

أهمية البحث :

تظهر أهمية البحث من أهمية الموضوع قيد الدراسة فالقطاع الصحي يستحق الإهتمام نظرا لمساهمته في تنمية إقتصاد الدولة ، وهو ما يجعل بالدول المختلفة تسعى جاهدة للإلمام بمشاكل ومعوقات هذا القطاع والجزائر كغيرها من الدول إحتوت هذا القطاع بإهتمامها بتهيئة محيط مالي ومؤسستي وقانوني يتكفل بهذا القطاع وهو ما نستعرضه من خلال البحث (التركيز يكون على الجانب التمويلي) .

أهداف البحث :

يهدف هذا البحث على معرفة الحقائق المتعلقة بالمنظومة الوطنية للصحة بصفة عامة وكذا نظام تمويلها بصفة خاصة وذلك بعرض تطورات وواقع وضرورة إصلاح نظام التمويل .

منهج البحث :

يهتم هذا البحث بدراسة إشكالية تمويل قطاع الصحة ، وللإجابة على التساؤلات وحل الإشكالية المطروحة قمنا بإتباع المنهج الوصفي التحليلي وهذا لهلائمتنا لطبيعة هذا الدراسة .

صعوبات الدراسة :

أي بحث علمي يواجه صعوبات وقد تمثلت الصعوبات التي تعرضنا لها في النقاط التالية :
-نقص المراجع المتعلقة بتمويل المؤسسات الصحية عامة و تمويل المؤسسات الصحية بالجزائر خاصة؛
-عدم توفر مؤشرات صحية حديثة خصوصا في الجزائر ، وكذلك معطيات حديثة عن الاستثمارات العمومية في قطاع الصحة بالجزائر .

حدود الدراسة :

إشتملت الدراسة في:

الإطار الزمني على الزحول التالي :

مراحل تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر قبل وبعد سنة 1974 ، وتقدير الإحتياجات المالية للسنوات المقبلة إلى غاية 2015
- دراسة أهداف الألفية التالية في الفترة الممتدة 2000-2015 .

- **الإطار المكاني** : الإطار المكاني المخصص لدراسته هو الجزائر كما تم التطرق إلى نماذج تمويل دولية وهي نموذج إنجلترا واليابان وفرنسا ، وكذلك عرض الوضعية الصحية للدول العربية كما تم التطرق إلى تجربة بعض الدول في إتباع النهج التعاقدية وهما فرنسا ومدغشقر والنيبال ، وأخير الجزائر .

خطة البحث :

تم تقسيم الدراسة على ثلاثة فصول على النحو التالي

- **الفصل الأول** : مخصص للإطار المفاهيمي للصحة و الخدمات الصحية وخصائصها وأهميتها وكذلك التطرق إلى النظام الصحي في الجزائر
- **الفصل الثاني** : مخصص لدراسة الإستثمار في الصحة من أجل تحقيق التنمية ، والأهداف الألفية التالية وكذلك الوضع الصحي للبلدان العربية بما فيها الجزائر .
- **الفصل الثالث** : مخصص لدراسة مصادر التمويل في الجزائر وكذلك تقدير الاحتياجات المالية للسنوات المقبلة، وكذلك إصلاح نظام تمويل المنظومة الوطنية للصحة بالتركيز على النظام التعاقدية كبديل مقترح لتمويل المنظومة الوطنية للصحة بغية التكاليف مع المعطيات الجديدة للمرحلة الراهنة ومسيرة الإرتفاع المتسارع للنفقات .

الفصل 1

عموميات حول الصحة والخدمات الصحية

لا تقف عملية بناء الإنسان عند الجانب التعليمي بل تسبقه في جوانب التنشئة و تتلائم معه منذ ولادته وحتى مماته في جوانب الرعاية الصحية و التغذية و في توفير الأمن و الاستقرار له لذا يحتل قطاع الصحة أهمية فائقة ضمن قطاع التنمية الاجتماعية باعتباره القطاع المسؤول عن حماية السكان من كافة الأمراض والوقاية منها، ولما يسهم به ضرورة مباشرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية .

وتعتبر الصحة الجيدة رأس مال الإنسان ، فالحياة بحد ذاتها من السلع النفسية ، ولهذا فللخدمات الصحية هي من أبرز الخدمات التي تزايدت حاجة الإنسان لها عبر العصور .

ومن هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين و تسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها والعمل على تطوير وتنظيم مؤسسات الرعاية الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية و الخبرات العلمية ، والإنفاق على التعليم الطبي ، ودعم الأبحاث والدراسات في شتى مجالات الطب والمعالجة والوقاية وصحة البيئة ، إيماناً بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات ، كل بحسب طاقته ووفق قدراته .

1-1 الصحة والنظام الصحي:

لقد عاش العالم سنوات طويلة من عمره، و في تصوره أن مهمة العلوم الطبية هي علاج المرض فإذا امتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض .

والواقع أن الصحة العامة و صحة المواطن هي أعلى ما تملكه المجتمعات ، وهي ثروة يجب الحفاظ عليها وصيانتها، حيث أن الإنسان هو الهدف لكل ما تقدمه برامج وخطط التنمية من خدمات وأن مطلب الحياة هو أول مطالب ذلك الإنسان ، وأهم مقومات الحياة هي الصحة .

وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام رئيسي ، فلقد ركزت منظمة الصحة العالمية [1] في تقريرها الصادر في عام 2000 على عافية الأشخاص وسلامتهم بدنيا ونفسيا مع التأكيد على الجودة والعدالة، ولتحقيقهما يجب أن يكون هناك نظام صحي يقوم على مبادئ وأسس تنظيمية ، وهذا ما سوف نتطرق له في هذا المبحث.

1-1-1 مفهوم الصحة وطبيعة هذا المفهوم:

لقد أثار مفهوم الصحة اهتمام بالغ الأهمية باعتبارها هدفا من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي، فهي حق أساسي لجميع الشعوب، كما أنها وسيلة مهمة إلى جانب الوسائل الأخرى لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات.

1-1-1-1 مفهوم الصحة:

يصعب تعريف الصحة كما أن قياسها أصعب، إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة، بل يعني القدرة على التمتع إلى أقصاها، فقد أورد مارشال في الفصل الخامس من الجزء الرابع في كتابه "مبادئ الاقتصاد" لدراسة أثر الصحة على السكان و الثروة الاقتصادية تحت عنوان :

The Health and Strength of the population وعرف الصحة بأنها القوة الجسمية والقوة العقلية mental والقوة المعنوية والنفسية للفرد، ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحاجة المسكن، ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه ومستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة، ومدى إمكانية الحصول عليها، فإذا كان المرض أو الانتقاص من حالة السلامة الصحية للفرد يرجع للعناصر السابقة، فإن الخدمات الصحية تهدف إلى تخليص الفرد من المرض وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية [2] ص 17.

كما يعرف البنك الدولي أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم والمتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير [3] ص 71.

وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة: "بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن"، ولكن هذه التعاريف فيها شيء من الغموض لأنها تشير إلى أن الصحة الجيدة تنتج من أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة والكفؤة.

كما يمكن تعريف الصحة الجيدة بأنها مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض إذ أن هناك بعض الأمراض التي قد لا يكون علاجها أو الشفاء منها كلية، مثل المعاقين إعاقة دائمة، أو هؤلاء المقعدين بسبب الشيخوخة [2] ص19.

والصحة العمومية " هي احد الجهود التي ينظمها المجتمع لحفظ صحة الناس وتعزيزها، واستعادتها ؛ وهي توليفة من العلوم، والمهارات والمعتقدات موجهة لصون صحة جميع الناس وتحسينها من خلال إجراءات جماعية أو اجتماعية وتركز البرامج والخدمات، والمؤسسات المعنية بها على الوقاية من المرض والاحتياجات الصحية لعموم السكان ، وتغيير أنشطة الصحة العمومية بتغيير التكنولوجيا والقيم الاجتماعية ، غير أن مراميها تبقى كما هي لا تتغير، وتتمثل هذه المرامي في : خفض معدلات المرض والموت المبترس ، وتقليل ما يسببه المرض للسكان من إنزعاج وعجز، وعلى ذلك تعتبر الصحة العمومية مؤسسة إجتماعية وإختصاص علمي، وممارسة " [4].

فالصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان ، ولقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة. لذلك كما أوضحنا أنفا فمن غير الممكن وضع تعريف يمكن إعتبره ملائما ومتفقا عليه بالإجماع، وعلى ذلك نقترح تعريفا يجمع بين العناصر المشتركة في التعاريف العديدة السابقة، وهذا التعريف هو :

- الصحة العامة هي علم وفن تعزيز عافية الناس البدنية، والنفسية، والإجتماعية، وحفظها واستعادتها، وذلك من خلال تدابير اتقاقية، وتشخيصية، وتأهيلية، تطبق على البشر وبيئتهم وينبغي أيضا لنطاق الصحة العامة أن يشمل المفاهيم الآتية للرعاية الصحية الأولية :
- تغطية جميع السكان بالرعاية التي تقدم إليهم وفقا لحاجتهم، واعتبار تلك الرعاية حقا من حقوق الإنسان التي لكل فرد؛
 - ضمان العدالة لجميع الفئات الجغرافية والإقتصادية والعرقية بغض النظر عن الجنس والمسنين والفئات الخاصة؛
 - تقديم خدمات فعالة ومقبولة ثقافيا وميسورة الكلفة وممكنة التدبير؛
 - استكشاف آليات تمويلية بديلة من دون المساس بالالتزام بتلبية احتياجات السكان والنهوض بالمسؤولية الاجتماعية؛
 - إشراك المجتمعات المحلية في تطوير الخدمات تعزيزا للاعتماد على النفس وتقليصا للاعتماد على الآخر؛
 - ارتباط الأساليب المتبعة تجاه الصحة بسائر القطاعات الإنمائية وإشراكها في إطار من التنسيق والتعاون ؛

- تعزيز مبادرة تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية وتعجيل أنشطتها بإعتبار هذه المبادرة وسيلة لإنشاء هيكليات مجتمعية متعددة القطاعات ومبتكرة لتحسين نوعية الحياة .

1-1-1-2- مستويات الصحة :

الصحة ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة للجميع ولكنها يجب أن تطور وتصلح وتحسن باستمرار، بواسطة الجهود المشتركة من الفرد والمجتمع . إن الصحة تتذبذب في مداها بحيث، يحد في إحدى النهايات الصحة المثالية ثم عدة مستويات مرضية فالموت في النهاية الأخرى وعلى ذلك تكون درجات الصحة كما يلي: [5] ص70

أولاً- الصحة المثالية :

وهي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية و الإجتماعية أي حالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية و متمتعا بكافة الجوانب الصحية البدنية والعقلية والنفسية و الإجتماعية وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية و الإجتماعية تسعى لتحقيقه وأن كان صعب المنال.

ثانيا- الصحة الإيجابية :

وهي حالة يستطيع الفرد فيها والمجتمع مواجهة المشاكل والمؤثرات الإجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية .

ثالثا- السلامة المتوسطة :

لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية او داخلية يقع الفرد في برائن المرض، أي أن الفرد لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين ولكن بصفة عامة لا تظهر الطاقة الإيجابية في الحالة الصحية.

رابعا- المرض الغير الظاهر :

في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض، أي أن هناك قصورا صحيا غير ظاهر، ومعنى ذلك إختفاء الأعراض المرضية الظاهرة ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرض ولكن غير ظاهر سطحيا.

خامسا- المرض الظاهر:

وفي هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تتم عن إصابة بمرض معين ، ويشعر الفرد من جرائها بالآلام والقلق الظاهرين.

سادسا - مستوى الاحتضار:

وهو المستوى الذي يفقد الإنسان معه على قدرة أداء الدور أو الوظائف الحيوية ، وتساء الحالة من وقت لأخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية .
إن هذه المستويات تقسم بالنسبية المطلقة حيث يصعب تحديدها و قياسها قياسا دقيقا ومحددا والشكل (1) الموالي يوضح ذلك: [6]ص49

شكل رقم01: مستويات الصحة [6]ص49

الموت	يقارب الموت (يحتضر)	مرض ظاهر	مرض غير ظاهر	متوسط السلامة	يقارب المثالية (صحة ايجابية)	المثالية

1-1-1-3- العوامل المؤثرة في الصحة :

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

أولاً- عوامل طبيعية : وتتمثل في العوامل المناخية والبيئية الجغرافية.

ثانيا- عوامل بيولوجية (حيوية): وتتمثل في ناقلات العدوى سواء كانت حشرات مثل الذباب والناموس أو حيوانات كالفئران والذئب والكلاب ؛

ثالثا- عوامل إقتصادية : مثل قصور الإمكانيات المادية المتمثلة في عدم وجود إمكانيات لتنفيذ برامج الرعاية الصحية مثل التشخيص و التحصينات أو إنتشار الفقر وعدم توفير الإمكانيات التي تساعد على توفير حياة صحية جيدة من مسكن و غذاء و رعاية طبية؛

رابعا- عوامل بيئية : وتتمثل في عدم توافر المياه الصحية الصالحة و صرف الفضلات بصورة صحية وما يترتب عليها من انتشار الأمراض المعدية مثل النزلات المعوية وتلوث الهواء بعوادم السيارات والمصانع؛

خامسا- عوامل سكانية : حيث التركيبة السكانية وزيادة معدلات المواليد والوفيات والخصوبة ، مما يترتب عليها مشاكل صحية واجتماعية .

1-1-1-4- مؤشرات الصحة العامة :

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

أولاً- القسم الأول: وهو عبارة عن مؤشرات تربط بصحة الأفراد والجماعات وهناك مقاييس معينة لتحديد حجم ونوع الخدمات المطلوبة في مجتمع ما لتحقيق الرعاية الصحية بالشكل الأفضل بالنسبة للأفراد والجماعات ويمكن تقسيم مؤشرات القسم الأول إلى :

أ- مؤشرات إيجابية : نجد فيها كل من :

* **معدل المواليد والخصوبة :** معدل المواليد هو نسبة المواليد الأحياء في السنة إلى عدد السكان في منتصف السنة ، ويقاس معدل الخصوبة بعدد الولادات للمرأة الواحدة ، أما معدل الخصوبة العام فهو نسبة المواليد الأحياء في السنة إلى عدد الإناث في سن الحمل (15-45 سنة). ومعدل الخصوبة الكلي، هو متوسط عدد الولادات للمرأة الواحدة أثناء فترة الإنجاب. ويتم اعتماد معدل الخصوبة الكلي كمؤشر نظراً لسهولة حسابه ودقته . [7]

* **طول العمر المتوقع عند الحياة :** العمر المتوقع عند الولادة يعتبر بصفة عامة بمرده أحسن مقاييس للحالة الصحية للسكن، هو دليل شائع الاستعمال لقياس الحالة الصحية للمجتمع ، وأظهرت إحصائيات العمر المتوقع فروقا غير عادية في المستويات الصحية بين الدول المتقدمة والدول النامية .

ب- مؤشرات سلبية : تتضمن كل من :

* **المعدل العام للوفيات :** يعتبر المعدل العام للوفيات دليلاً معقولاً لمقارنة الحالة الصحية للناس ويعرف بأنه عدد الوفيات لكل 1000 من السكان في السنة بالمجتمع المعني فلو كان معدل الوفيات مرتفعاً دل على انخفاض الحالة الصحية بالمجتمع ونجد ضمن هذا المؤشر كذلك ما يسمى بمعدل وفيات الرضع الذي يعتبر من أكثر المؤشرات حساسية للحالة الصحية ومستوى معيشة الأفراد والبيئة السائدة : [8]ص204

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

ج- مؤشرات الأمراض الاجتماعية: [9] ص44-46 إن الكثير من المشاكل الصحية تحدث بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من عوامل غير طبيعية العادات والتقاليد وبالسيطرة على أسباب هذه المشاكل الصحية يمكن الحد الكبير من الأمراض الناجمة عنها ، ومن مقاييس الأمراض الاجتماعية نجد :

- نسب الفقر والعوز؛
- الجهل والامية ؛
- الإنحراف والجريمة ؛
- الإدمان على الخمر والمخدرات ؛
- الطلاق و الإهمال؛
- الأطفال غير الشرعيين.

ثانيا- القسم الثاني: ويحتوي على مؤشرات ترتبط بالبيئة التي توفر في المستوى الصحي لأي فرد في المجتمع فالبيئة هي مجموعة الظروف والعوامل الخارجية التي تعيش فيها الكائنات الحية وتؤثر في العمليات الحيوية التي تقوم بها هذه الكائنات ، كما تؤثر في تكوين الفرد ونموه وسلوكه بفعل عوامل طبيعية أو اجتماعية أو ثقافية التي تترك بصماتها على حياة الفرد منذ تكوينه إلى آخر حياته، والبيئة ثلاث أنواع :

أ- البيئة الطبيعية : وتشمل الحالات التالية :

- * **الحالة الجغرافية :** وهذه تؤثر في الصحة بشكل مباشر وغير مباشر عن طريق الموقع الجغرافي والارتفاع أو الانخفاض عن سطح البحر ؛
- * **الحالة الجيولوجية :** ويتحدد ذلك بنوع التربة وتوفر المياه وطبيعة المواد الخام والعناصر التي هي ناتج عن طبيعة التشكيل الجيولوجي لمنطقة معينة ، وكل هذا يؤثر على انتشار أمراض سوء التغذية نتيجة لنقص بعض العناصر الأساسية ومثال ذلك نقص الفلورين الذي يسبب تسوس الأسنان؛

* **حالة المناخ :** ويقصد بالمناخ درجة الحرارة والرطوبة ومعدل هطول الأمطار، كما أن للتغيرات في العوامل المناخية تأثير مباشر على صحة الإنسان؛

ب- البيئة الحيوية: ويقصد بها جميع الكائنات الحية التي تحيط بالإنسان ، والتي تعمل كمصدر للطعام كعوامل وسيطة في نقل الأمراض [10] ص193، كمرض الملاريا الذي تنقله بعوضة الأنوفيلين.

ج- البيئة الاجتماعية والإقتصادية : وهي تلعب دورا مهما في معدل انتشار المرض وحدوث

هذه الأمراض ، ويمكن إيجاز العوامل المؤثرة بهذه البيئة فيما يلي:

- كثافة السكان وتوزيعهم بين الريف والمدينة؛

- المستوى التعليمي والثقافي في المجتمع؛

- المستوى الإقتصادي ومستوى الدخل؛

- الإستعدادات الطبية والصحية.

ثالثا- القسم الثالث: وهو عبارة عن مؤشرات مرتبطة بالإمكانات والجهود الموجهة لتحسين

الصحة ، ومن هذه الإمكانيات والخدمات نجد : [11]ص59

- مدى توافر الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية ؛

- نسبة الأطباء لعدد السكان ؛

- توفير المسكن الصحي ؛

- جمع وتصريف القمامة ؛

- توفير خدمات الضمان الإجتماعي التي تكفل للفرد الراحة وزرع الطمأنينة في حالة

مرضه وعطله وشيخوخته وعجزه .

1-1-1-5- إنتاج الصحة: [2]ص20-22

يقصد بإنتاج الصحة باستخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة

ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة ،مستوى المعيشة ونوعية البيئة ،ونوعية

الإسكان، ومستوى التعليم والتحضر ،وطبيعة المهنة ،وساعات العمل ومستوى الدخل

والعادات الصحية والشخصية (مثل: التدخين السجائر،استهلاك الخمر،ساعات

النوم،وممارسة الرياضات المختلفة) وأخيرا مستوى الخدمات الصحية وتحسين المستوى

والوصول إليها .

وعند تخصيص الموارد بهدف إنتاج الصحة الجيدة ،ستتنافس عدة برامج بديلة على تلك

المواد وتلك البرامج ، وبرامج تحسين التغذية بالإضافة إلى برامج نشر الوعي الصحي

لتحسين العادات وبرامج تحسين الإسكان ورفع مستوى التحضر ،بما يشهده من تحسن

مستويات التهوية والإضاءة المنزلية وتحسين مستويات الصرف الصحي والمياه النقية

ويضيف **Deon Filmer** أن هناك مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعالية مرتفعة أو

منخفضة في تحسين الصحة ، وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبية،

فالمدخلات التي تعتمد على حقائق البيولوجية تشمل التغذية و الإسكان و بيئة العمل ، أما المدخلات التي تعتمد على الحقائق الطبية فتتمثل في الخدمات الصحية .

وبناء على ذلك يمكن استنتاج أن هناك جهات عديدة تساهم في رفع مستوى الصحة إضافة إلى الخدمات الصحية وقد قام **Michal Grassmann (1972)** بإعداد نموذج يربط بين نتيجة الصحة ومدخلات الصحة كالمسكن، التعليم وبيئته العمل كمدخلات إضافية إلى الخدمات الصحية ويفترض أن يحاول تعظيم منفعة مدة حياته التي تعتبر دالة في عدد الأيام التي قضاها بصحة جيدة خلال حياته حتى الممات ، وقد عرض نموذجا لذلك مستخدما فيه الإنتاجية الحديثة في التحليل .

ويرى البعض أن دور الطلب والخدمات الصحية في تحسين الحالة الصحية للسكان المبالغ فيه، وأن عناصر أخرى مثل المسكن والتعليم والغذاء ومستوى المعيشية لها تأثير كبير على مستويات الصحة بالمقارنة لما نعتقده بالنسبة لأثر الخدمات الصحية ، وهكذا تمثل الخدمات الصحية مدخلا واحد فقط في إنتاج الصحة، ويجب عدم إغفال أن معظم الخدمات الصحية تقدمها الأسر داخل المنزل باستخدام إجراءات بسيطة ، وليس من خلال الخدمات الصحية الرسمية سواء الخاص أو العام ، وبالتالي هناك علاقة تبادلية مختلفة بين الصحة ومستوى الدخل، ونمط توزيعه والتعليم ... إلخ.

2-1-1 - النظام الصحي:

إن صحة الأفراد تمثل وبدون جدال عاملا حاسما في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي دولة، وهي احد المراكز المتقدمة في معركتنا للحفاظ على الحياة والكرامة الإنسانية. ومما سبق تبدو لنا أهمية وضع نظام صحي يعمل على تلبية احتياجات المواطنين في هذا المجال، ويأخذ على عاتقه كل من الجانب العلاجي والوقائي ، ولنجاح مثل هذا النظام يجب بناءه على قواعد صحيحة حتى يكون أكثر فعالية واقتصاد ، ضمانا لاستمرارية النظام المتبنى.

1-2-1-1- التعريف بالنظام الصحي: هناك عدة تعاريف منها :

- النظام الصحي أو المنظومة الصحية بأنها عبارة عن مجموعة تطبيقات إستراتيجية وعلمية ، كما يعتبر النظام الصحي مهيكلا إلى ثلاثة أنظمة جزئية مترابطة ومنسجمة :

/ النظام الجزئي الأول: أو ما يسمى ب"دائرة الحالات" يعكس الحالة الصحية للأفراد؛

/ النظام الجزئي الثاني: أو ما يسمى ب"مصالح الإنتاج الصحية" يمثل جهاز لإنتاج السلع

أو الخدمات الطبية؛

/ النظام الجزئي الثالث: وهو ما يسمى ب"مكانيزمات التغطية" يتضمن مختلف الهيئات التي تكفلت بالنفقات العلاجية : ضمان اجتماعي، تعاضديه... الخ.

- كما يعرف النظام بمجموعة من العناصر المرتبطة والتي عندما تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شيء ما"، وبهذا المفهوم يمكن تعريف النظام الصحي بأنه مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام الحي والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للأفراد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار.

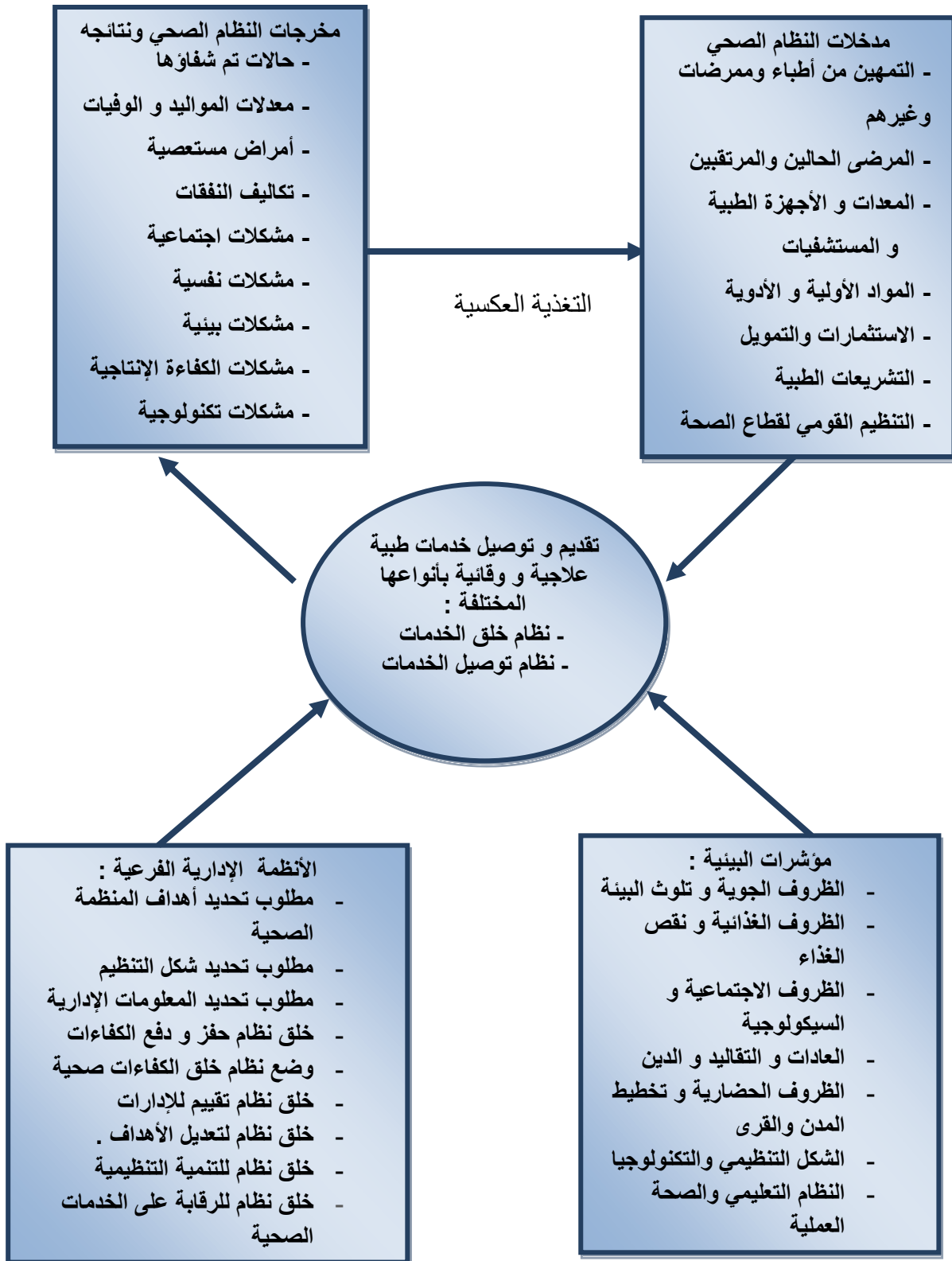
ويرتبط بالنظام مستوياته وعلاقاته وتركيبه التنظيمي وأهدافه، وتفاعله مع البيئة وتحديد مدخلاته وكيفية تشغيلها، ومخرجاته ومؤثرات التغيير والتطوير والنمو وعليه فإن مدخلات النظام الصحي هي الطاقة البشرية المتخصصة من المهارات المختلفة، المرضى الحاليين والمرقبين، المعدات والأجهزة، الأصول الثابتة والمتغيرة، المواد الأولية..... الخ.

ويتطلب ذلك البحث عن طرق تشغيل تلك المدخلات بهدف تقديم خدمات بمستوى معين من تكنولوجيا الطب الحديث أو البدائي، ويترتب عن ذلك مخرجات للنظام كحالات الشفاء التام أو الوفاة أو المواليد، و معرفة علمية طبية من اختراعات جديدة و اكتشاف أمراض جديدة.... الخ. و يتفاعل هذا النظام مع البيئة بأبعادها التكنولوجية والبيئية والصناعية والاجتماعية ونظام

الأعمال والمنافسة والمعلومات... الخ. [12] ص55

ويمكن توضيح ذلك حسب الشكل رقم (2) الموالي :

شكل رقم 02 : مكونات النظام الصحي [12] ص 56



كما يوصف النظام الصحي على أنه للوهلة الأولى لا يبدو كنظام إطلاقاً، و لكن مجموعة معقدة ومشوشة ومبعثرة من التنظيمات والأشخاص يتجهون اتجاهات متفرقة ومشتتة، وفي الحقيقة أن تقديم الخدمات الصحية في الغالب توصف بأنها غير مؤسسية Non system ولكن بنظرة أدق فإن هذه المجموعات من التنظيمات والفنيين تعمل بعلاقات وشبكات من التفاعل بشكل نظامي يمكن التنبؤ به. [12] ص33

1-1-2-2-2- مكونات النظام الصحي:

توجد ثلاث مكونات أساسية للنظام الصحي وهي: [13] ص38-39

أولاً- الأفراد والجماعات: التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية وهو ما يسمى بالعنصر الشخصي، وهو يمثل الأشخاص أو العائلات الذين يحتاجون للخدمات الصحية التي تتوفر لهم في المؤسسات والمنشآت الصحية.

ثانياً- المكون المهني والفني: ويتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجي هذه الخدمات.

ثالثاً- المكون الاجتماعي: ويتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، والتي تقوم بدورها حتى تجعل الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وتشمل هذه الأعباء التي يتحملونها أو يقوموا بها أموراً منها بتنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تشريع وتحسين مستوى الخدمة الصحية، وكذلك تخطيط وتنسيق العلاقات والفعاليات.

1-1-2-3- شروط تحسين قدرات النظام الصحي:

إن تحسين قدرات النظام الصحي يتحقق من خلال: [14]

- تحديث الخريطة الصحية الهادفة إلى التوزيع العقلاني والعادل للموارد في إطار توحيد الأنظمة الصحية التي تعمل على إدماج مجموع المتدخلين بشكل متماسك ولا سيما القطاع الخاص؛
- ضمان الحصول على العلاج عبر ربوع البلاد كلها، عن طريق تعيين الأطباء الأخصائيين في المؤسسات الواقعة داخل البلاد على سبيل الأولوية مدعوماً بمراجعة الخدمة المدنية مراجعة ملائمة، وإعادة تأهيل وتعزيز المنشآت الصحية الجوارية والفرق الطبية المتنقلة وتحسين التجهيزات وصيانتها؛
- مواصلة إجراءات إصلاح المستشفيات.

1-1-2-4- سياسة البنك العالمي في قطاع الصحة:

يقوم البنك العالمي وصندوق النقد الدولي بتصنيف التدخلات التي تترك للدولة في السوق الصحي دورا لمنع الغنيمة للرأسماليين وذلك كما يلي: [15]

- * أن تقوم الدولة بدور إعلامي، مثلا حملة إعلامية للتحسيس بمخاطر التدخين.
- * ضبط تطبيق الأنشطة الخاصة بعرض قواعد على الأطباء أو تفويض المستشفيات.
- * انتقاء أهداف تدخل الدولة في القطاع الصحي، كتقديم الخدمات الأساسية من التلقيح وعلاج الملاريا والوقاية من فقر الدم و علاج الالتهابات العادية، و العناية بالجنين والولادة... الخ.
- ويرى البنك الدولي انه على الدولة أن تنسحب من الخدمات الصحية العلاجية و تتركها للخواص، مبررا ذلك بكون العلاقة بين الكلفة والفعالية ضعيفة في تلك الخدمات، ويوصي بخفض عدد المستشفيات العمومية حيث أنه يعتبرها غير فعالة ويستفيد منها سكان المدن غير الفقراء، واستبدالها بمستوى صفات بالوسط القروي، كما يرى أنه يجب على المستشفيات العمومية أن تغطي تكاليفها لأن أداء التعريفات من طرف المريض يساعد على الاستمرارية المالية للعلاجات الصحية التي تقدمها الدولة حيث يجب تطبيق التعريفات على المدى القريب في المستشفيات بالمدن والتي يستفيد منها غير الفقراء.

لكن حسب البنك الدولي على المدى البعيد يجب على المستشفيات العادية والمراكز الصحية الموجهة للقرابين خاصة الفقراء أن تحاول هي أيضا وضع أنظمة لتغطية التكاليف، وعلى الجماعات المحلية تحمل مسؤولية الصحة أي يجب أن يقع عبئ الصحة أكثر فأكثر على الفرد وعلى التأمينات وليس على الدولة التي تجري تقليص مجانية الخدمات حتى الأساسية منها و تفكيك البرامج الصحية للتغطية الشاملة (لأن المستفيد منها حسب زعمه هو الطبقات الوسطى والعليا) كما يتعين على الدولة أن تشجع نمو القطاع الخاص التجاري في التزويد بالأدوية، التجهيزات الصحية، وحسب البنك الدولي دائما فإنه يمكن للسلطات العمومية أن تساعد على استغلال الطاقات الكبيرة لدى المنظمات غير الحكومية بوضع إطار قانوني مناسب لها.

1-1-3 النظام الصحي في الجزائر:

إن تنظيم القطاع الصحي في الجزائر ظل وما زال محل اهتمام أصحاب القرار، لأنه يشكل الهيكل المؤطر للنشاطات الصحية، والإطار الذي يمتزج فيه كل السياسات والاستراتيجيات الموجهة والمنظمة نحو تحقيق أفضل رعاية وأكثر حماية لصحة المواطن .

1-3-1-1- السياسة الصحية في الجزائر:

تعتبر السياسة الصحية عنصرا أساسيا في أي سياسة وبأية إيديولوجية، وما هو معرف أن أي سياسة كانت هي وليدة حاجات المجتمع، ولا بد لها من رسم خطة قصد بلوغ أهدافها ببعض الوسائل لتكون في المجتمع برنامجا وهذا ما أشار إليه **جوزيف ستايكوس** مدير سابق للسكان والصحة الدولية بالأمم المتحدة " قد تكون هنا سياسات بدون برامج لكنها لا تعمر طويلا " [16] ص 11، من هنا يتضح لنا أن أي سياسة لا يدعمها برنامج فهي عمل عشوائي يسير دون تحقيق النتائج المرجوة ، لذا فالسياسة الرشيدة تتضمن نظرية ، أو منطلقات نظرية تربط الأهداف بالوسائل ، فتؤثر على المواقف والسلوكيات .

وفي ظل الإجماع البشري، وفي ظل سياسة السلطة الاجتماعية ينشأ العمران وتكثر الصنائع ومنها صنعة الطب، وهي من مستلزمات المدينة والضارة من هنا نقول إن السلطة السياسية هي ظاهرة اجتماعية ملازمة لكل مجتمع لكنها بأشكال مختلفة وتتضمن بنى رمزية مختلفة تجسد هذه الممارسة وتضفي عليها الشرعية ، فتحدث أنماط سلوكية وتغييرات في أنماط الحياة ومنها الصحة والمرض ذلك أن برامج الرعاية الصحية تعتبر جزءا أساسيا في منهج الدولة وسياستها العامة لذا تقدم الدولة لأفراد مجتمعها برامج وقائية وعلاجية ، ومن خلال شبكة من الأجهزة والمؤسسات كالمستشفيات والعيادات مصانع الأدوية والعناية بالألم والأسرة لان عدم وقاية هذه الشريحة الأساسية في المجتمع يعني ضعف الأمة وهوانها ، مما يجعلها عرضة للمخاطر ، وهذا ما يسمى بالسياسة الصحية للأسرة والمجتمع والتي تأخذ بالمعايير التالية :

- التدابير الحكومية التي تمت بصلة إلى ميدان أخرى ، شريطة أن تتضمن أهدافا صحية ؛
- التدبير الحكومية التي لا صلة لها بالصحة لكن ومع ذلك تسفر عن تأثيرات صحية واضحة؛

- القطاع يعرف نقائص منذ الاستقلال مما جعله عرضة لعدة إصلاحات ؛

أما عن الصحة في الجزائر فهي لم تزل في أزمة تثير الكثير من الجدل والنقاش منذ 2002 حسب المرسوم التنفيذية رقم 69/168 [17] والذي يمنح للخواص الاستثمار في القطاع الصحي لأول مرة في تاريخ السياسة الصحية بالجزائر هذا القرار كان بين وزارتي الصحة والمالية والذي بموجبه يحدد ثمن العلاج ويلغي الطب المجاني، إلا أن الوزارة التزمت بحماية الطبقة المحرومة وغير المؤمنين والمقدرة بـ 24 مليون نسمة .

وحسب تقرير وزارة الصحة [18] برر إجراءات استثمار القطاع الخاص وتغيير تسعيرة العلاج والأشعة والإقامة بالمستشفى بحتمية تغيير نمط التسيير الذي يتلائم مع نمط دخول الجزائر

اقتصاد السوق ، كما يعرف القطاع عدة نقائص منها الديون التي فاقت 104 مليار دينار جزائري ، وعلى هذا الأساس تنتقل الصحة من الخدمة إلى سلعة هذا ما أوجت إليه عدة مؤشرات منها :

- عدم العناية بالمريض؛
- نقص الأدوية في المستشفيات؛
- ارتفاع سعر الدواء؛
- عدم تعويض بعض الأدوية خاصة المقويات التي تمنح عادة لسوء التغذية و فقر الدم؛
- عدم وجود أسرة داخل المستشفيات؛
- مطالبة المريض بجلب الدواء للعلاج في المستشفى؛
- نقل الديون و إفلاس المؤسسات الصحية العامة.

وبهذا دلت المؤشرات على أن خيارات نمطية وبدائل على الواقع الصحي للأسرة الجزائرية سيظهر للوجود ممثلا في إلغاء مجانية العلاج تحت وطأة الفقر والوضع الاقتصادي المزري بحجة تقويم المؤسسات الصحية وتحسين الخدمات، وفي نفس التقرير تقر وزارة الصحة بأن الأزمة الصحية ستزول بانتقالها من خدمة إلى سلعة بتطبيق رفع ثمن العلاج ومبدأ الدفع حسب القدرة والعلاج حسب الحاجيات بإضافة إلى التقليل من الأعباء المالية، كما أن النمط الصحي القاضي بإدخال القطاع الخاص والمستثمرين هو القادر على حماية الأسرة وحل مشاكلها الصحية بإضافة إلى اللجوء لبطاقات المعوزين لحماية الطبقة المحرومة من المجتمع.

1-1-3-2- نشاطات المنظومة الصحية:

تميز المنظومة الصحية ست نشاطات تختلف أهميتها وأهدافها من نشاط إلى آخر وهي

كالآتي: [19]

أولا- العلاج الطبي أو التطبيب: ويتكون من مجموع النشاطات التي تسعى للتشخيص والعلاج، الهدف منها هو إشباع الحاجة الفردية من الصحة، يعمل على أداء هذه المهمة: الأطباء، أطباء جراحة الأسنان، الصيادلة سواء كانوا ينشطون في مستشفى عام أو عيادات خاصة.

ثانيا- الوقاية الصحية: إذا كان العلاج الطبي هدفه الصحة الفردية، بالمقابل الوقاية الصحية تتدخل قبل ظهور أعراض المرض، وهدفها هو الصحة الجماعية، هناك مستويان للوقاية هما:

أ- الوقاية الصحية الأولية: التي ليس للسلك الطبي تدخل مباشر فيها تهدف للقضاء على أسباب الأمراض، فمنها ما يخص البيئة (معالجة المياه، محاربة التلوث، الوقاية من حوادث المرور، التغذية الحسنة المتوازنة، ممارسة الرياضة).

ب- الوقاية الصحية الثانوية: هذا النوع من الوقاية من اختصاص الأطباء ، هدفها منع ظهور الأمراض، مثل التطعيم، التحاليل الطبية، الفحوصات الوقائية .

ثالثا- نقل المرضى : هذا النشاط يضم مجموع الوسائل المتنقلة التي تساهم في نقل المريض من مكان تواجدته إلى المستشفى أو نقل الطبيب من المستشفى أو العيادة إلى مكان تواجد المريض إذا استدعت الضرورة ذلك، هذه الوسائل عبارة عن سيارات الإسعاف، نقل العمومي، نقل خاص . إن حوادث المرور وبعض الحالات الخطيرة تستدعي تدخل وسائل النقل والإسعاف المتطورة لمعالجة المريض في مكان تواجدته، أو نقله في أسرع وقت إلى أقرب مستشفى.

رابعاً- التدريس الطبي و البحث العلمي : التعليم الطبي يسمح بتكوين إطارات الصحة، هذا هو سبب ضم المنظومة لهذا النشاط فهم الناشطين في المحافظة على صحة الأفراد، حيث تلعب المعاهد الطبية والمستشفيات بمختلف أنواعها وتخصصاتها دور كبير في مجال التكوين والتدريب الطبي، حيث تعمل المعاهد على تكوين وتدريب الطلبة في ميدان الصحة، وتعمل المستشفيات على تطوير مهاراتهم وقدرتهم حيث يتخرج كل سنة مجموعة هامة من: الأطباء، جراحي الأسنان، الصيادلة، التقنيين السامين في الصحة، الممرضين.. [20]

خامساً- مصالح التسيير العام للمؤسسات الصحية: مصالح التسيير يقصد بها الإدارات العامة، إدارات المؤسسات التأمينية ، التي تهدف إلى تسيير الموارد الجماعية للسكان من جانب الصحة ، وإدارة أموال التأمينات من أجل تغطية النفقات العلاجية للمؤمن عليهم .

1-3-3- أسس تنظيم المنظومة الوطنية للصحة :

هناك ثلاثة مبادئ ينبغي الاعتماد عليها من أجل بناء المنظومة الصحية وهذه المبادئ هي :

- التوحيد في تنظيم مصالح الصحة
- المساهمة الفعلية للسكان في النشاطات الوقائية وحماية الصحة بصفة عامة، فهي عبارة عن نظرة جماعية للصحة وضمن الديمقراطية.
- ترقية المعايير الوقائية : تفسر مشكل التنمية والترقية الاجتماعية والاقتصادية، وتظهر المنظومة الوطنية للصحة اجتماعية في مضمونها وغايتها، وتتكون من مجموع الوسائل التي تخص الحماية وترقية الصحة، فالمنظمة الصحية أصبحت موحدة في تنظيمها ولا مركزية في سيرها وذات وسائل مدعمة فعالة تضمن استقلالية تامة متعمدة على خلق الجهوية للصحة .

إن درجة فعالية المنظومة الوطنية للصحة تقاس بتنظيمها و سيرها، وتحدد هذا التنظيم يسمح بسير فعال.

أولاً- مبادئ التنظيم : إن المنظومة الصحية في الجزائر تسيرها وتخططها السلطات العمومية التي تحدد الأهداف الواجب تحقيقها ضمن الخريطة الصحية ، ولذلك تم وضع ثلاثة مبادئ:

- مبدأ التقسيم القطاعي؛

- مبدأ الجهوية ؛

- مبدأ سلمية العلاج.

ثانياً- مبدأ التقسيم القطاعي: إن المرسوم الذي خص مجانية العلاج [21] جاء بشيء جديد فيما

يخص التنظيم، هو التقسيم الجغرافي للمنظومة الصحية إلى قطاعات صحية، الذي يسمح بتلبية حاجيات المواطنين من العلاجات، ويؤكد مرسوم 1984/09/05 على تنظيم نوع جديد من المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري التي تتميز بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية. ويضم القطاع الصحي كل المستشفيات، العيادات، المراكز الصحية، قاعات الإسعاف، والاستشارات الطبية، مراكز لحماية الأمومة والطفولة، مراكز تباعد الولادات، المستوصفات، وكل الهياكل الأخرى التابعة للقطاع العمومي الموجودة في التقسيم الإداري للدائرة ، و يعتبر المستشفى مركز اتخاذ القرار .

لذا فالقطاع الصحي يعتبر محور ولب القطاع العمومي، حيث يتميز بالاستقلالية التامة فيما يخص تنفيذ الميزانية، وباللامركزية الإدارية ، وتخضع له المراكز الطبية وقاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات، حيث أن مستخدميها ونشاطاتها يدخلون في ظل القطاع الصحي. إن التقسيم العمودي، الذي كان في الحقيقة تقسيماً إدارياً، وجاء لتوحيد التسيير الإداري والمالي وتنفيذ البرامج من طرف مختلف القطاعات الصحية للدائرة، يعاني من مشكلة الانتقال من الوظيفة الصحية إلى الوظيفة الإدارية، وهاتان الوظيفتان لا يجمعهما الانشغالات ولا المنطلق ولا حتى الأهداف، ولهذا التقسيم عيوب أخرى منها :

- يزيد من التكاليف وذلك بفتح لكل قطاع صحي مناصب شغل، مثلا (مدير وثلاثة نواب لكل واحد منهم سكرتيرة)، لهذا نلاحظ أن النفقات المستخدمين تحتل المرتبة الأولى وهذا ما يفسر التكاليف الباهظة على مستوى الميزانية؛

- التسيير في كل القطاعات الصحية ، حيث إرتفعت بصفة جد مذهلة بعد إعادة التقسيم الإداري الأخير؛

- أهمل الخدمات الخفيفة واهتم بالطلب الثقيل فهو أول من يخصص بنصيب الأسد من التموين بالأجهزة، الأدوات الصغيرة، تخصيص الأطباء، الشبه طبيين، تخصيص السيارات الصحية، والقائمة ما تزال طويلة، كما أهملت الإسعافات الأولية والوقائية.

ثالثاً- مبدأ سلمية العلاج: إن التحسن العام في سير المستشفيات، وفتح أبوابها للمواطنين مثلما كان أيام العلاج المجاني أصبح غير ممكن اليوم إلا بمساعدة الشبكة الصحية القاعدية، فعلى هذه الأخيرة أن تقوم بكل النشاطات الأساسية، لهذا الغرض تم اعتماد التقسيم الذي يتمثل في سلمية العلاج [22] ص 33، ويتميز هذا المبدأ في نقل النشاطات العلاجية الصحية الأولية للوحدات القاعدية أي تمييز الهيئات غير الإستشفائية عن الإستشفائية، حسب مستويات محددة أخذ بعين الاعتبار درجة التعقيد، وكذلك الاحتياجات التي يمكن تلبيتها .

إن سلمية العلاج تفسر أساساً عملية انطواء المستشفيات على نفسها، تهدف إلى وضع حد كامل "مجانية المستشفيات" بدلا من تحقيق سير كامل لمجموعة الهياكل .

فهل يمكن أن تتحول المستشفيات الجزائرية إلى مركز علاج حديثة كما نريد أن نراها لا كما هي عليه الآن مجرد مرافق إيواء جماعي؟ وهل يمكن الاعتماد على مستشفياتنا في تلبية احتياجات العلاج المعقدة التي لازالت تعاني الكثير حيث ساعدت في زيادة نفقات العلاج في الخارج؟ .

رابعاً- مبدأ الجهوية الصحية: أعدت وزارة الصحة والسكان سنة 1982 الخريطة الوطنية للصحة، بحيث تقسم فيها القطر الوطني إلى 13 منطقة صحية تحتوي كل واحدة منها على عدد من الولايات، وتضم مختلف القطاعات الصحية. [22] ص 33

أ- قطاع صحي من نوع د: الإسعافات الأولية، وتتمثل في المراكز الصحية قاعات الإسعاف والإستشارة الطبيعية، والعيادات .

ب- قطاع صحي من نوع ج: العلاجات العامة، وتتمثل في مستشفيات الدوائر والولايات، وتخصص الطب الداخلي، والجراحة العامة وأمراض النساء والتوليد وطب الأطفال، والتي تهدف إلى تغطية احتياجات الدائرة من العلاجات العامة ويمكن القول أن التغطية الصحية كافية فيما يخص العلاج العام، حيث تصل نسبة هذه التغطية إلى 85% من الخدمات ذات الطابع العلاجي.

ج- قطاع صحي من نوع ب: العلاجات المتخصصة التي تقوم بها المراكز الإستشفائية المتخصصة المتواجدة في مقر الولاية، له 20 تخصصاً ويترأس عدد معين من القطاعات الصحية من نوع ج .

د- قطاع صحي من نوع أ: يخص مقر الجهة ويرأس عدد معين من القطاعات الصحية من نوع ب، حيث يتوجب عليه تقديم الخدمات الصحية في 48 تخصص .

ونلاحظ من هذا أن السلمية مثلما تم تعريفه، ما هو إلا أداة من أجل انه يتمشى عكسا مع الاحتياجات العامة للمواطنين، كما أهمل العلاقات الوقائية وكثف من العلاجات الطبية .
ما تجدر الإشارة إليه أيضا أن المريض لا بد له أن يمر على كل هذه المراحل، مما قد يسبب له على خطر على صحته مثل : المصاب بالسرطان عليه أن يزور :

- قاعات إسعاف واستشارات طبية ؛

- مركز صحي ؛

- عيادة متعددة الخدمات؛

- المستشفى العام للدائرة ؛

- المستشفى المختص للولاية ؛

- المستشفى ذو الاختصاص العالي .

هذه السلسلة لا تخدم المصالح الصحية للمواطن، بل تخدم المستشفى، بحيث تعطي أهمية كبيرة في تكثيف العلاجات الطبية بدلا من تقليصها.

1-1-3-4- الوظائف الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة :

تقوم المنظمة الوطنية للصحة بالوظائف الأساسية التالية :

- توزيع العلاجات؛

- تنظيم نشاطات التكوين في العلوم الصحية ؛

-تنظيم النشاطات الإدارية الصحية.

أولا- توزيع العلاجات: تتميز هذه الوظيفة بالتكامل المستمر للنشاطات الصحية، من تقديم النشاطات الوقائية والعلاجية فتوزيع العلاج يخص كل فئات المجتمع وشرائه من: العائلة إلى الوسط التربوي ووسط العمل ووسط الحياة، ولتحقيق هذا النوع من التكامل تعتمد المنظومة الصحية على ثلاثة عوامل:

- إدارة صحية لامركزية ؛

- سلمية متناسقة للعلاج ؛

- استقلالية المنظمة الصحية .

ثانيا- التكوين في العلوم الصحية: لا يمكن ضمان سيرورة صحية ، في غياب إطارات ذات كفاءات ومهارات عالية ، تم تكوينهم وفق الاحتياج ، وهذا من أجل الربط بين الاقتراب الطبي والاقتراب الإقتصادي للصحة (المقاربة) [23] ص117، ويمس هذا التكوين فئات :

- تقنيي الصحة؛

- الأطباء؛

- موظفي الإدارة الصحية؛

- موظفون مساعدون للمصالح المساعدة .

ثالثا- تنظيم النشاطات الإدارية للصحة :

- إعداد وتشخيص المشاكل الصحية، تحليل الصحة، ومتابعة ووضع معايير من أجل حماية المجتمع؛

- تحديد النشاطات والبرامج الصحية؛

- صياغة الآراء والتوجيهات حول نشاطات التكوين؛

- إشراك المواطنين في تحديد الاحتياجات الطبية .

رابعا- الصيدلية المركزية للمستشفيات: الصيدلية المركزية مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتعد تجارة في علاقتها مع الغير، وتوضع تحت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

وانطلاقا من هذا، تتولى الصيدلية المركزية في إطار السياسة الوطنية للصحة العمومية مهمة تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية وأي تكوين له علاقة بنشاطها، ولهذه الصفة تتولى الصيدلية المركزية ما يأتي:

- إعداد برنامج التموين ببلاتصال بهياكل الصحة العمومية؛

- تبادر بجميع الأعمال التي تتطلبها برامجها التنموية وتنجزها؛

- تضمن مراقبة جودة المنتجات التي تشتريها أو تصنعها بوسائلها الخاصة أو عن طريق هيئات الرقابة الخارجية المعتمدة قانونا؛

- تضمن توزيع المنتجات الصيدلانية والأدوات الطبية الجراحية على الهياكل الصحية العمومية؛

- تضمن عند الاقتطاع تسويق المنتجات الصيدلانية لفائدة المرضى المصابين بداء خاص ويحدد بقرار من الوزير المكلف بالصحة شروط توزيع هذه المنتجات الصيدلانية؛

- تضمن صنع المستحضرات الصيدلانية العامة والاختصاصات الصيدلانية؛

- تحوز وتسيير المخزونات الإستراتيجية حسب المقاييس التي تحددها السلطات المعنية؛

- تساهم المصالح المعنية في تفتيحه مستخدمى الصحة الذين يمارسون نشاطا له علاقة بهدفها وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم.

تمارس هذه الأعمال المتممة في إطار المهام المحددة على هذا النحو مع إحترام دفتر الشروط.

2-1-2-1- إقتصاديات الخدمات الصحية و منظمات الخدمات الصحية:

إن ما يحدث من نمو مضطرب في صناعة الخدمات وما ساهمت به في الناتج القومي الإجمالي لمجتمعاتنا ، أصبحت الخدمات نصب أعين الباحثين و المهتمين بتطويرها وتحسينها ومن ابرز المنظمات الخدمية هي المستشفيات والمراكز الصحية للأفراد وجماعات المجتمع ، سواء كانت وقائية أو علاجية أو جراحية.

ولذا أصبح لازما تطبيق المنهج العلمي وتطبيق التطورات المذهلة في العلوم والتكنولوجيا على هذه المستشفيات وذلك لتحسين جودة الرعاية الصحية للمرضى، خصوصا وان هناك زيادة في الطلب على الخدمات الصحية.

لذا سوف نتطرق في هذا المبحث إلى مفهوم الخدمات الصحية والطلب على الخدمات الصحية وكذا العرض، كما سوف نتطرق إلى نظام الخدمات الصحية في الجزائر.

1-2-1- الخدمات الصحية ومنظماتها :

من ابرز الخدمات التي تهدف إلى إشباع رغبات المستفيدين منها ، هي الخدمات الصحية ، هاته الأخيرة يصعب تحقيقها أو تحقيق الرضا الكامل بها في الدول النامية ، وسنبرز مفهوم الخدمات الصحية وأسباب الاهتمام بها كما سنتطرق إلى منظمات الخدمات الصحية.

1-1-2-1- مفهوم الخدمة الصحية وأسباب الاهتمام بها:

يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها "النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلع أو خدمة أخرى". [24] ص 97
إذن فالخدمة الصحية ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعا ورضا معيناً للمستفيد.

هذا يعني أن هناك أسباب و دوافع عديدة تقف وراء الاهتمام المتزايد والمضطر بدراسة الخدمات الصحية ودورها و بالتحديد إدارة نظم تقديم و توصيل الخدمات الصحية، و ذلك لعدة أسباب أهمها: [13] ص 68-70

- حرمان نظم توصيل الخدمات الصحية من تطبيق نظريات الإدارة والتنظيم ومن بناء نظم إدارتي متخصصة فيها، إما تحت مفهوم أن النظم ما هي إلا نظم طبية متخصصة وحل مشكلاتها لا يأتي إلا من طبيب، أو انه يمكن تطبيق مبادئ الإدارة العامة على المؤسسات الصحية مما لا

يحتاج إلى نظام إداري متخصص لإدارة المؤسسة، حيث أنها وبتابع هذا المنطق سوف تحرم من الإدارة المتخصصة والتي تحقق الكفاءة والفعالية في إنجاز الأعمال وتحقيق الأهداف.

- ندرة الموارد والإمكانيات وتزايد الطلب عليها يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة وضرورة توفيرها لتحقيق الأهداف، وبالتالي تقديم الخدمات المطلوبة وحسب خصائصها.

- ويهتم جميع أفراد المجتمع بالخدمات الصحية، وبنظم الدفع مقابل هذه الخدمات وإنتاجها، وإدارتها وإتاحتها للعملاء، وسواء كانت تقدم عن طريق القطاع الحكومي أو القطاع الخاص الهادف للربح أو غير الهادف للربح، فإن الفرد يبحث عن خدمة شاملة الفحص والتشخيص والرعاية والعلاج حتى يتم الشفاء وهذا في حالة الحاجة إليها، وكذلك فهو يبحث عن الحماية من الأمراض المعدية التي يمكن أن تضره، ويتوقع الفرد وجود خدمات صحية بيئية عامة فحالة تمارس أنشطة ملوثة.

ويهم المديرون وأصحاب المهن الصحية والسياسية بالخدمات الصحية التي يعملون على تقديمها أو التي يضعونها في دعاياتهم الانتخابية، ومن ثم يكون هناك مجموعة مختلفة ومتناقضة أحيانا من الاهتمامات بين من يدفعون مقابل الخدمات الصحية ومن يقدمونها، ومن يصيغونها من خلال الإدارة الإستراتيجية والعلمية، وبين هؤلاء الذين يرغبون من الاستفادة منها عند الضرورة.

أولاً- طبيعة الخدمة الصحية: تتوقف طبيعة تحليل الخدمات الصحية على الهدف من التحليل

وهو مرتبط بعدة جوانب: [2]ص29-31

- فمن الممكن تحليل الخدمات الصحية بأنها ناتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية، وعند تحليل الخدمات الصحية كنتاج يجب تحديد مدى كفاءة إنتاجها، ويساعد تحليل أداء الصناعة العوامل التي تؤثر على عرض وطلب الخدمات الأطباء، رعاية المستشفيات، وأسواق العمالة الأخرى، على استنتاج أداء صناعة الخدمات الصحية، أي أنه يمكن مقارنة سعر ونتاج الصناعة في وضعها الحالي مع السعر والكمية (أو النوعية) التي يمكن أن توجد لو مرت صناعة الخدمات الصحية بتغيير هيكلية.

- وعندما يتجه التحليل الاقتصادي لأسواق الخدمات الصحية كمنتج نهائي، يمكن تحديد أطراف هذه السوق أو لا، حيث تتكون من جانب الطلب على الخدمات الصحية والذي يشمل المرضى بل جميع أفراد المجتمع، وجانب العرض للخدمات الصحية من عيادات طبية خاصة، ومستشفيات حكومية عامة ومستشفيات خاصة، ومعمل التحاليل الطبية، ومراكز الأشعة.... إلخ،

وجاني آخر وهو عارضي الموارد المستخدمة في الخدمات الصحية والتي تشمل سوق العمل من الأطباء و الممرضين، وسوق المعدات والأجهزة الطبية، وسوق الأدوية والخدمات الصيدلانية...إلخ.

- كما يمكن تحليل الخدمات الصحية كأحد المدخلات التي تساهم مع غيرها في تحقيق ناتج يسمى "الصحة الجيدة"، و يمكن تحسين الحالة الصحية بتقديم الخدمات، والقيام بالبحوث الطبية وتنفيذ برنامج الصحة البيئية مثل التحكم في تلوث الهواء، وبرامج التعليم الصحي التي تهدف إلى تغيير نمط حياة المستهلكين، وعند تحديد مقدار الموارد التي يجب تخصيصها لقطاع الخدمات الصحية، إذا كان الهدف يتمثل في تحسين الصحة، يجب أن تعتبر الخدمات الصحية أحد العناصر العديدة التي يمكن أن تحسن الحالة الصحية، حيث يساعد هذا الاتجاه على تحديد مدخلات البرامج التي يجب تخصيص الموارد لتحسين الصحة، فيما إذا كانت برامج لتحسين الخدمات الصحية، أو برامج لتحسين الأغذية، أو برامج لتحسين حالات السكن وتوفير المياه النقية وغيرها، وتختلف المسألة عند تخصيص الموارد، والتي تهتم بالهيكل المناسب لصناعة الخدمات الصحية وتخصيص الموارد لإنتاج الخدمات الصحية ذاتها.

ويجب الأخذ بعين الاعتبار هذين التوجهين، إذ أن كل منهما يناسب سياسات عامة مختلفة عن الأخرى، ولتحديد ما إذا كانت الخدمات الصحية تنتج بكفاءة يجب تحليلها كمنتوج نهائي، أما تحديد أكفاً طريقة لتخصيص الموارد لتحسين الصحة فيتطلب تحليل الخدمات الصحية كأحد المدخلات العديدة لتحقيق هذا الهدف.

ثانياً- خصائص الخدمات الصحية : هناك مجموعة من الخصائص التي تتميز بها الخدمات الصحية عن غيرها منها:

- أن الخدمات الصحية منتجات غير ملموسة، ويقصد بذلك عدم إمكانية رؤيتها أو لمسها من قبل المستفيد قبل شرائها، وهذا يتطلب مهارة في الاتصال بين مقدم الخدمة و المستفيد، والحاجة لهذه المهارة سوف يملئ على المنظمة الصحية توصيل الخدمات بشكل مباشر لتحقيق الاتصال الفعال بينه وبين المستفيدين من الخدمة. [24] ص 198

كما تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية أي أنها تقدم لشخص واحد ، حيث أن لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية، أو أن الطبيب لا يستطيع أن يعالج أكثر من مريض واحد في وقت واحد وبنفس تخصصه، وهذه ليست قاعدة حيث أنها لا تنطبق على كافة الخدمات الصحية لأن هناك خدمات غير شخصية فهي لا تقدم لشخص واحد وإنما لعدد من الأشخاص في آن واحد مثل حملات التوعية الصحية من مرض معين الذي يوجه لكافة أفراد

المجتمع في آن واحد. [25] ص 24

- وبالإضافة إلى ذلك تتطلب الخدمات الصحية في الغالب السرعة في أدائها، وعلى الرغم من تأكيد مقدمي هذه الخدمات على منع المرض خلال تعاملات دورية روتينية من الأطباء، إلا أن الطلب على الخدمات الصحية يتسم بكونه غير قابل للتأجيل، وينظر المستفيد إلى الخدمات الصحية على أنها وسيلة وليست هدف، - عدا القلة الذين يجدون نوعا من الإشباع بالاهتمام بهم طبييا- فالإصابة بالمرض تتطلب علاجاً فورياً للقضاء عليه حين ظهور أعراضه كالتهاب الزائدة مثلاً، وعليه فاتصاف الخدمات الصحية بالسرعة يتطلب انتشار مكاني وزماني كما يلي: [25] ص26-29

أ- انتشار مكاني: إن الانتشار السكاني في الكثير من دول العالم وعلى مساحات واسعة والذي يرتبط مع بعضه بطرق مواصلات ليست دائماً على مستوى جيد، وبسبب الإلحاح في إشباع الخدمات الصحية، فإن ذلك يتطلب انتشار منافذ تقديم الخدمة في أجزاء القطر الذي ينتشر فيه السكان ليكونوا على مقربة من طالبي الخدمة ويتطلب هذا وجود المنظمات الصحية من مستشفيات وعيادات طبية، ومراكز الإسعاف الفوري وغيرها قريبة من الحيز الجغرافي الذي تقطنه مجموعة السكان وفي متناوله حتى تتمكن شملهم جميعاً بالرعاية الصحية.

ب- انتشار زمني: تتميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات، بكونها أكثر إلحاحاً، وتتطلب ضرورة إشباع حاجة المستفيد وذلك بأن تؤدي الخدمات في الوقت الذي يحتاجها فيه، أو في الوقت الذي يقتضي الوقاية للحفاظ على صحته، فقد يحتاج لتلك الخدمات في وقت متأخر من الليل، ويتطلب علاجاً فورياً لا يمكن تأجيله، وكذلك في حالة حدوث وباء معين كالكويليرا مثلاً فإن ذلك يتطلب عدم التأجيل، بل تهرع الأجهزة الصحية بكاملها لوضع الإجراءات المناسبة للوقاية من هذا المرض، كما ينطبق ذلك على الطلب الموسمي للخدمة الصحية، فيظهر ذلك في حالة القيام بحملات مكافحة بعض الأمراض المتوطنة.

وتكمن أهم خاصية للخدمات الصحية في صعوبة تحديد وتقديم وقياس جودة الخدمة [26] بسبب كون الخدمات الصحية غير ملموسة، لذا يتعذر معها تحديد جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد ويصعب تقييم نوعية الخدمة، لأن التقييم يتم على أساس مقارنة ما تم شفاؤهم من المرض في مدة زمنية معينة، أو مقدار التزام الجمهور بالإرشادات والتعليمات الصحية المقدمة لهم من طرف المنظمة، أي ناتج الأداء بين ما حققه النشاط في المنظمة الصحية عند تقييم خدماتها أن تقيم الكفاءة أي تقييم كفاءة الإمكانيات سواء أكانت إمكانات بشرية كالأطباء والمرضى والمساعدات الفنيين والعاملين، وإمكانات مادية كالمستشفيات والعيادات والأسرة والتجهيزات والأموال، وتقييم الفعالية بين ما تم أدائه فعلاً من مدخلات وبين ما كان متوقعاً تقديمه في مدة محددة وعلاقته بما كان يهدف إليه بالإضافة إلى تقييم التكلفة.

علاوة على ما سبق فإنه لا يمكن الاحتفاظ بالخدمات الصحية في حالة عدم الاستفادة منها، كما أنه لا يمكن ملكيتها حيث أن المستفيد من الخدمة الصحية غالباً ما يعتمد على مقدم الخدمة في المستشفى، أو خدمات استشارية، و لهذا فالمستفيد ليس في حالة استقلال تام عن مقدم الخدمة حتى ينتفع من الخدمة، عكس القطاع السلعي أين يكون المشتري أكثر استقلالاً عن البائع في الاستفادة من المنتج.

2-1-2-1- معايير تقديم الخدمات الصحية:

يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في الاعتبار عدة معايير تتصل بالتكلفة والكفاءة والفعالية و العدالة، وهذه المعايير هي التي تحدد إلى أي مستوى سيتم إنتاج الخدمات الصحية كما تحدد في نفس الوقت من سيستفيد من تلك الخدمات، و بأي مستوى و ستعرض تلك المعايير على النحو التالي : [2]ص31-35

أولاً- معيار التكلفة: في جميع الأحوال يرغب مستهلكي الخدمات الصحية أن تكون تلك الخدمات رخيصة لأنهم كدافعي ضرائب، ودافعين لأقساط التأمين، أو العملاء الذين يدفعون مقابل هذه الخدمات مباشرة يريدون أن تكون الأسعار منخفضة، ونحن نرفض أنه ليس هناك شيء مجاني تماماً، ويجب أن يكون هناك شخص ما يدفع المقابل بصورة مباشرة أو غير مباشرة، وهناك اهتمام متزايد من المدربين والأطباء والسياسيين والعملاء بتكلفة الخدمات، وتجنب الفاقد، التخلص من الخدمات التي لا تقدم منفعة لمن يحصلون عليها، ومن ذلك هناك حدود دنيا أساسية يجب ألا تنخفض مستويات الخدمات الصحية دونها.

ثانياً- معيار الفعالية: استخدام طرق جديدة لتنظيم تمويل تقديم الخدمات الصحية المقررة من الموارد المتاحة، حيث أن الوضع الحالي في تمويل الخدمات سواء من الحكومة أو من غيرها من الموارد المتاحة يحتاج إلى تحسين كبير وإدارة أكثر فعالية، ويظهر من التحليلات المختلفة إن الأمر لا يحتاج إلى زيادة الإنفاق العام أو الخاص على الرعاية الصحية بقدر الاحتياج لإدارة أفضل لهذا الإنفاق .

ثالثاً- معيار الكفاءة: عند تقييم الخدمات الصحية يجب أن تحقق لتلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية والافية، فإذا استطعنا تحقيق نفس النتيجة بإجراءات مختلفة، فإننا نود استخدام أرخص هذه الإجراءات مما يمكننا من تقديم خدمات أكثر بنفس التكلفة، أو إنفاق الأموال بطريقة مختلفة، وكذلك فإنه إذا استطعنا تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة بطرق مختلفة فإننا نود اختيار الطريقة الأرخص، ويلاحظ أن الكفاءة مفهوم أعم من التكلفة من حيث أن قياس الكفاءة يتطلب مقياساً دقيقاً للمنافع التي يقدمها العلاج.

رابعاً- معيار العدالة: هناك كثيرون يرغبون أن تكون الخدمات التي تدفع بمقابلها أو تقديمها موزعة بالعدل، أي أنهم يحبون أن يتلقى المرضى ذوي الحاجات المتماثلة خدمات مماثلة، وأن تتساوى المعاملة مع المواطنين ذوي الخلفيات العرقية المختلفة ، وأن تتساوى الفرص بغض النظر، عن محل الإقامة.

خامساً- معيار "الأمان الصحي": يقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوافرة بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض (أي نوع من المرض) حال وقوعه، ولا يقتصر معيار الأمان الصحي على مجرد شعور الفرد بتوافر خدمات صحية فعالة ولكن أن يشعر كذلك بأن تكاليف تلك الخدمات تكون في مستوى قدرته على الدفع.

3-1-2-1- منظمات الخدمات الصحية:

تعتبر المنظمات الصحية من المنشآت العامة في المجتمع الحديث، المستشفيات، عيادات، المستوصفات...إلخ، خاصة أو عامة حيث تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية والوقائية والتعليمية والتدريبية والبحثية، ويعتبر المستشفى أهم وأشمل منشآت صحية والذي يساهم في رفع المستوى الصحي للبلاد ومن ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الاهداف الإنتاجية والاقتصادية، بمستوى كفاءة مرتفع وذلك أصبح الإنفاق على الخدمات الصحية بمثابة إنفاق استثمار في الإنتاج، حيث أن من الأهداف الاقتصادية للعلاج تحويل المريض غير منتج إلى مواطن سليم منتج يضيف بجهده إلى الإنتاج الوطني، ويتغير المفهوم العلمي للمستشفى من الحين لآخر نظرا لما يستجد له من وظائف.

يمكن استعراض عدة تعاريف التي وردت عن المستشفى نجد أن البعض قام بتعريفه على أنه المؤسسة التي تمثل بنشاطها الرئيسي وأداء الخدمات العلاجية والتي يتوفر لها مقومات هذه الخدمات كالأسرة والحجرات.....إلخ.

وهناك آخرون قاموا بتعريفه على انه "أحد أشكال المنظمات التي تهدف إلى إنتاج المزيد من الخدمات حيث أنها تقدم ما يمكن أن يطلق عليه بالصيانة البشرية للموارد الإنسانية المتاحة والمتوقعة في المجتمع". [27] ص80-81

أيضا قامت منظمة الصحة العالمية بتعريف المستشفى على أنه "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي و الوقائي للمواطنين، ويصل بخدمات خارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية.

ويمكن أن نعرف المؤسسة العلاجية "بأنها شركة تملك وتدير الخدمات العلاجية، من خلال المستشفى أو العديد من المستشفيات، تمثل قاعدة لعملياتها، وتتعدد نماذج هذه المؤسسات حسب الموارد والاحتياجات، وتشمل أنواع المؤسسات الشركات الأم ذات التوابع، والاستثمارات المشتركة، ومن الناحية التنظيمية، فأهم العناصر في هذه المؤسسات ليست الإدارة، وتنظيم العمل ومسؤول المؤسسة، ولكنها الهوية الذاتية، والالتزام أيضا". [28]

وبناء على ذلك يمكن تعريف المستشفى على أنه "نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة، وتفاعلها معا يهدف إلى تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والباحثين والعاملين في المجال الطبي"، وتتمثل هذه النظم في :

- نظام الخدمة الطبية ؛

- نظام الخدمات الطبية المعاونة؛

- نظام الخدمات الفندقية؛

- نظام الخدمات الإدارية.

أولاً- تصنيف أنواع المستشفيات: يمكن تقسيم الأنواع المختلفة من المستشفيات وفق التقسيمات

التالية : [24]ص20-21

أ- طبقا لفترة الإقامة:

* مستشفى ذات فترة إقامة محدودة، و فيها يقيم المريض لفترة أقل من 30 يوما.

* مستشفى ذات فترة إقامة طويلة، و فيها تكون متوسط الإقامة من 3 حتى 6 أشهر.

ب- طبقا لنوع الخدمة: نجد

***مستشفى عام:** والتي تقوم بتشكيلة متنوعة من الخدمات العلاجية والجراحية، كخدمات التوليد والخدمات للأطفال والرضع.

***مستشفيات متخصصة:** وهي تقدم الرعاية للأمراض محددة أو مجموعات معينة من السكان مثل مستشفى الأطفال، مستشفى الولادة، مستشفى الأمراض الصدرية، الأمراض التنفسية.

ج- طبقا لشكل الملكية:

* مستشفى حكومي أو ذات ملكية عامة لا تهدف للربح.

* مستشفى خاص يهدف للربح.

* مستشفى خاص تابع لطوائف دينية معينة أو لديانة معينة، أو مستشفى خاص تطوعي.

ثانيا- البيانات الخاصة بالمنظومة الصحية : ويمكن الحصول على البيانات باستخدام الآتي :

[27]ص74

- نماذج خاصة للمنظمة تمثل البيانات الدورية؛

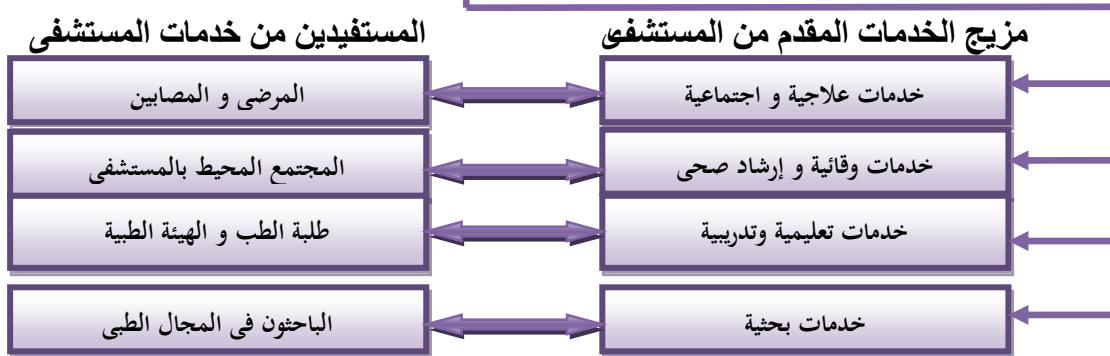
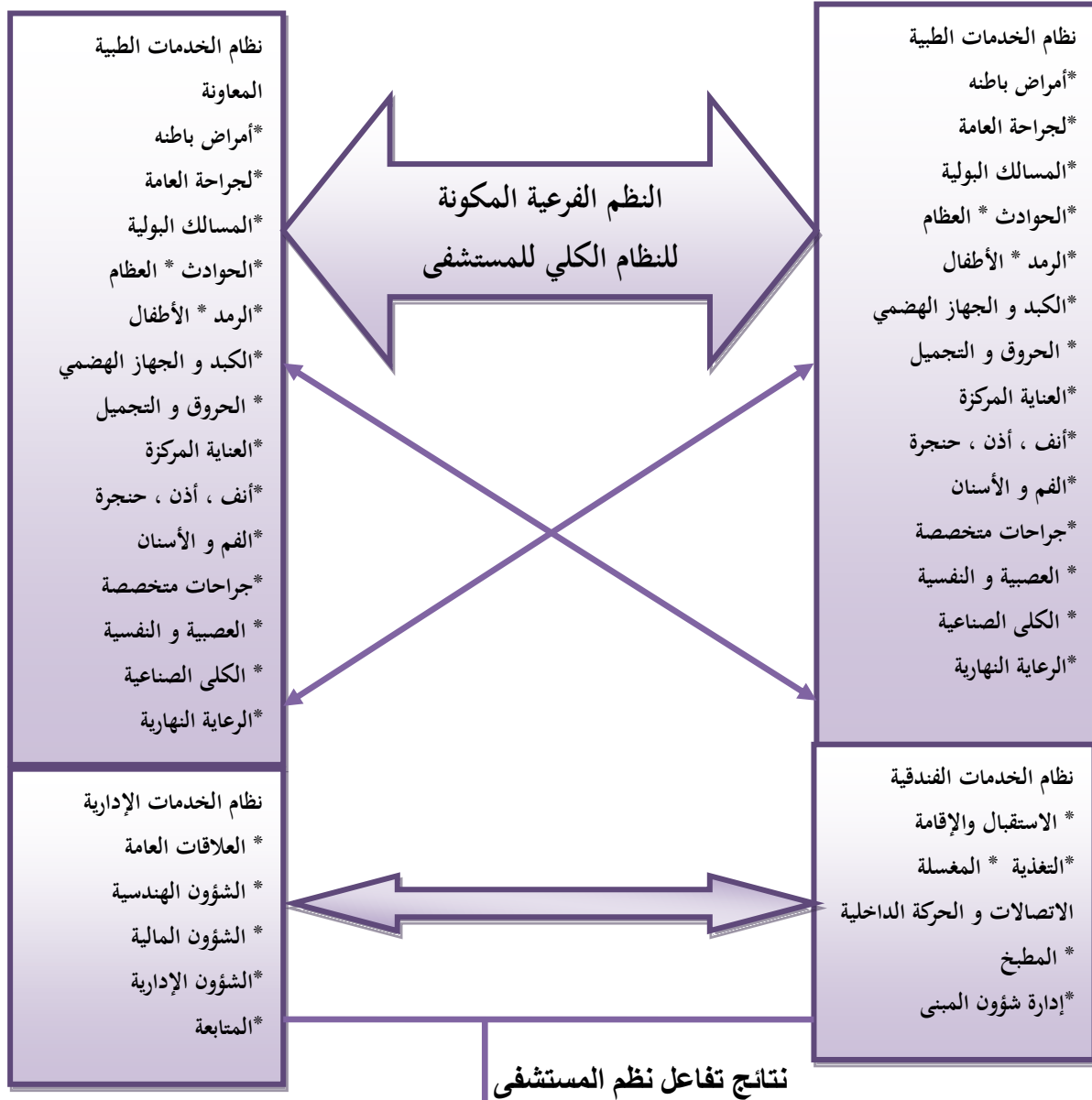
- الزيارات الميدانية والطلبات الخاصة بالمنظمات، وتشمل البيانات الآتي:

ثالثاً- بيانات خاصة بإمكانيات المنظمة الصحية : مثل:

- بيانات يحدد الأسرة و نوعيتها و توزيعها على الأقسام وخصوصها الأسرة المجانية.
 - بيانات يحدد وحدات التجهيزات الخاصة بفروع التخصص المختلفة المختبرات والأشعة والعمليات مع بيانات عن الأجهزة الطبية والعملية المختلفة التي تشملها.
 - بيانات يحدد الأفراد القائمين بالخدمة العلاجية مع بيان التخصص والمؤهلات والخبرة والتدريب وتوزيعهم على الوحدات المختلفة بالمنظمة وتشتمل عملية الحصر تقسيمهم إلى فئات.
- وسوف نلخص ذلك في الشكل التالي :

شكل رقم 03: النظم الفرعية المكونة للنظام الكلي للمستشفى والمستفيدين من خدماتها

[27]ص88



4-1-2-1- معوقات تطوير أداء الخدمات الصحية :

من أهم المعوقات التي يعاني منها قطاع الخدمات الصحية، منها ما يرتبط بعدم كفاءة و عدالة نظام توزيع الخدمات الصحية على جميع أفراد المجتمع ، وعدم كفاءة نظام التأمين الصحي ، بالإضافة إلى المعوقات المرتبطة بتمويل الوحدات الصحية ، وذلك كما يلي : [29]

أولاً- المعوقات المرتبطة بمستوى الخدمات الصحية: تعاني العديد من دول العالم من مشكلات تتعلق بتدهور مستويات الخدمة الصحية المقدمة ومن أهمها ما يلي:

- انخفاض مستوى نظم الرعاية الصحية المتخصصة مثل أقسام الطوارئ؛
- تدهور مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأصحاب الأمراض الخطيرة؛
- طول فترة الانتظار حتى يتلقى المريض الخدمة الخاصة العمليات الجراحية؛
- عدم عدالة توزيع الخدمات الصحية.

ثانياً- المعوقات المرتبطة بتمويل الوحدات الصحية: وتتمثل المعوقات التمويلية في:

- ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية: فارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية يؤدي إلى زيادة الإنفاق على الصحة. ويرجع ذلك إلى ارتفاع تكلفة المعدات الطبية الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى تكاليف إنتاج الدواء هذا من جهة، ومن جهة أخرى انخفاض حجم الموارد المخصصة للرعاية الصحية، وكذا عدم وجود حوافز مالية تحفز العاملين في قطاع الخدمات الصحية على تحسين جودة وكفاءة خدمات الرعاية الصحية خاصة في المستشفيات الحكومية.

ثالثاً- المعوقات المرتبطة بالجهات المقدمة للخدمة: تتمثل في:

- انخفاض كفاءة نظم إدارة المستشفيات العامة، وانخفاض المهارات الإدارية بسبب الانشغال بممارسة الطب عن القيام بالأعمال الإدارية؛
- تعتبر الموارد البشرية احد المكونات الرئيسية لقطاع الخدمات الصحية ، فانخفاض أعداد العاملين في التمريض، وكذا ارتباط مناهج التعليم الصحي في المؤسسات الأكاديمية باحتياجات المجتمع، عدم الاهتمام بتطبيق مفهوم التعليم والتدريب المستمر للعاملين في مجال تقديم الخدمات الصحية ، بالإضافة إلى غياب التنسيق بين الجهات المسؤولة عن رسم السياسات والخطط الصحية من جهة والمؤسسات التعليمية والجامعات من جهة أخرى؛
- انخفاض كفاءة نظم التأمين الصحي، ويعود ذلك إلى اقتصار دور المؤسسات التأمينية على الوساطة المالية بين المؤمن عليهم و الجهات المقدمة للخدمات الصحية ، وكذا إلى نقص الموارد المالية المتاحة ، بالإضافة إلى ارتفاع التكاليف الإدارية لمؤسسات التأمين الصحي.

رابعاً- المعوقات المرتبطة بنظام إدارة الخدمات الصحية: تتمثل في:

- عدم كفاءة نظم الإدارة: نتيجة الزيادة المركزية في إدارة قطاع الخدمات الصحية ، والتي تؤدي إلى اتخاذ القرارات المتعلقة بالقطاع الصحي من خلال المستويات الإدارية العليا. بالإضافة إلى غياب التنسيق بين الوحدات الصحية المسؤولة عن تقديم الخدمات الطبية على مختلف المستويات القومية و الإقليمية؛

- ضعف نظم الرقابة والمتابعة، وعدم كفاءتها يؤدي إلى عدة نتائج من أهمها تفشي الفساد والرشوة، ضعف الرقابة على الصحة وغياب الشفافية والمسائلة الإدارية والمالية على توزيع الموارد المالية بين الاستخدامات المختلفة لقطاع الصحة .
بالإضافة إلى عدم توافر نظام دقيق للمعلومات الطبية والمعايير للرقابة على أداء الوحدات الصحية المختلفة.

1-2-2- إقتصاديات الخدمات الصحية:

إن للصحة خصائص اقتصادية لا بد من اعتبارها ودراستها قبل وضع أية خطط أو استراتيجيات للتنمية الصحية، لذلك يهتم علم الاقتصاد بدراسة طريقة تحديد الاختيارات بشأن أفضل استخدام ممكن للموارد النادرة لإشباع الحاجات الإنسانية المتنوعة وغير المحدودة، وتتمثل المشكلة الأساسية التي تواجه مستهلكي ومقدمي الخدمات الصحية في انه بينما تكون الحاجات الإنسانية غير المحدودة، فإن عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدوداً، وهذا يعني أنه يجب أن تكون هناك اختيارات يقوم بها المستهلكون أو من يمثلهم بشأن الخدمات التي سيشترونها من دخولهم المحدودة، وهناك اختيارات يقوم بها المنتجون بشأن السلع والخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة، وتصبح المعضلة صعبة إذا لم تأخذ في الاعتبار حاجة المستهلكين لتخطيط حاجاتهم المحتملة في المستقبل، وحاجة المنتجين لتخطيط كيفية تلبية هذه الحاجات عندما تظهر.

ومن هنا تبرز مشكلة الخيارات الاقتصادية عندما يحاول المجتمع تقديم إجابات للتساؤلات التالية المتعلقة بالمشكلة الاقتصادية و التي تتمثل في:

- ما هي الخدمات الصحية التي يجب إنتاجها؟ و بأي كميات؟

- كيف يتم إنتاج هذه الخدمات الصحية؟

- ما الذي يجب أن يحصل على تلك الخدمات الصحية؟ وعلى أي أساس؟

إن كل تساؤل من التساؤلات الاقتصادية الأساسية يثير قضية هامة: ما هي أفضل طريقة لتخصيص الموارد؟ وكذلك فإن قضية كيفية تحقيق أفضل استخدام لتحقيق هدف معالجة أكبر

عدد من المرضى، أو تحقيق أقصى مكاسب صحية ممكنة، تدور أيضا حول الاستخدام الكفء للموارد، وإذا أردنا أن لا يتصف توزيع موارد الخدمات الصحية بالعشوائية وعدم الكفاءة فإنه يجب أن يعتمد على نظام واضح لتنظيم وتقديم الخدمات.

1-2-2-1- سوق الخدمات الصحية:

تتطلب دراسة أسواق الخدمات أن نبدأ أو لا بتحليل هي اكل و مكونات أسواق الخدمات الصحية، حتى نتمكن من دراسة و تحليل علاقات التفاعل الأمامية والخلفية بين تلك الأسواق لنتنتج في النهاية منتج نهائي ألا وهو الخدمات الصحية، ومن خلال توصيف هي اكل أسواق الخدمات الصحية نجد أنها تنقسم إلى سوقين هما :

سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي، وسوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية كما يلي: [2]ص75-76

أولاً- سوق الخدمات الصحية لمنتج نهائي:

تتكون سوق الخدمات الصحية من مستويين أساسيين قد تمثل تسلسل رأسي وهما كما يلي:
أ- سوق خدمات الأطباء : في هذه السوق يذهب المريض إلى طبيبه الخاص الذي اعتاد متابعة الفحوص والعلاج لديه والذي قد يستكمل علاج هذا المرض من خلال عيادته الخاصة، وقد يحول مريضه إلى أحد الأطر المؤسسية الصحية لاستكمال العلاج.

ب- سوق خدمات المستشفيات: وتتمثل في عدة أطر مؤسسية تقدم الخدمات الصحية، مثل المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة، ووحدات التشخيص بالأشعة، ووحدات التشخيص بالتحاليل المخبرية، ووحدات الإسعاف وغيرها.

ثانياً- سوق الموارد الصحية:

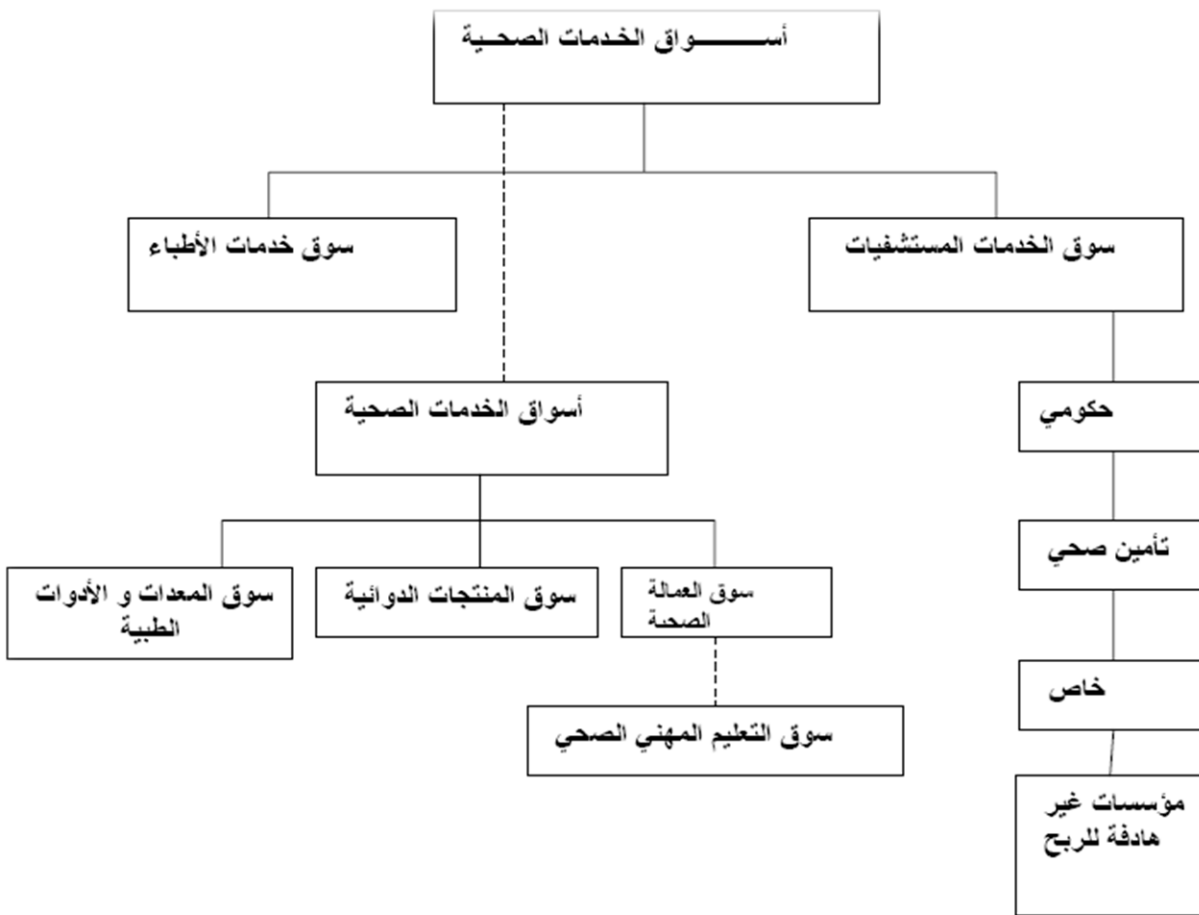
تتمثل سوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية على ثلاثة أسواق فرعية وهي :
أ- سوق العمالة الصحية : وتشمل جميع فئات موارد العمل التي تعمل في إنتاج الخدمات الصحية من الأطباء وهيئات التمريض، والعمالة الفنية لأجهزة التشخيص والعلاج، وغيرها، وترتبط سوق العمالة الصحية بسوق خلفية وهي سوق تعلم المهن الصحية والتي تشمل مؤسسات التعليم الطبي والصحي، حيث يمثل الخريجين من هذه المؤسسات التعليمية بجانب العرض في أسواق العمالة الصحية.

ب- سوق المنتجات الدوائية : ويشمل جانب العرض في هذه السوق على الصناعات الدوائية المختلفة، وكذلك الوحدات التي تقدم الخدمات الصيدلانية سواء اشتملت على تجارة الجملة أو التجزئة للمنتجات الدوائية.

ج- سوق المعدات والأدوات الطبية: ويشتمل جانب العرض في هذه السوق على صناعة المعدات والأدوات الطبية، وكذلك تجارة الجملة وتجارة التجزئة للمعدات والأجهزة والأدوات الطبية.

وتعتبر الخدمات الصحية التي تمثل ناتج سوق الخدمات الصحية ككل منتج نهائي لعدد من الأسواق المرتبطة ببعضها البعض، وتشمل هذه الأسواق أسواق الممرضات المسجلات وأسواق خدمات المستشفيات وأسواق خدمات الأطباء وحتى سوق تعليم المهن الصحية، والشكل رقم (4) الموالي يوضح ذلك:

شكل رقم 04: مكونات أسواق الخدمات الصحية [2] ص 76

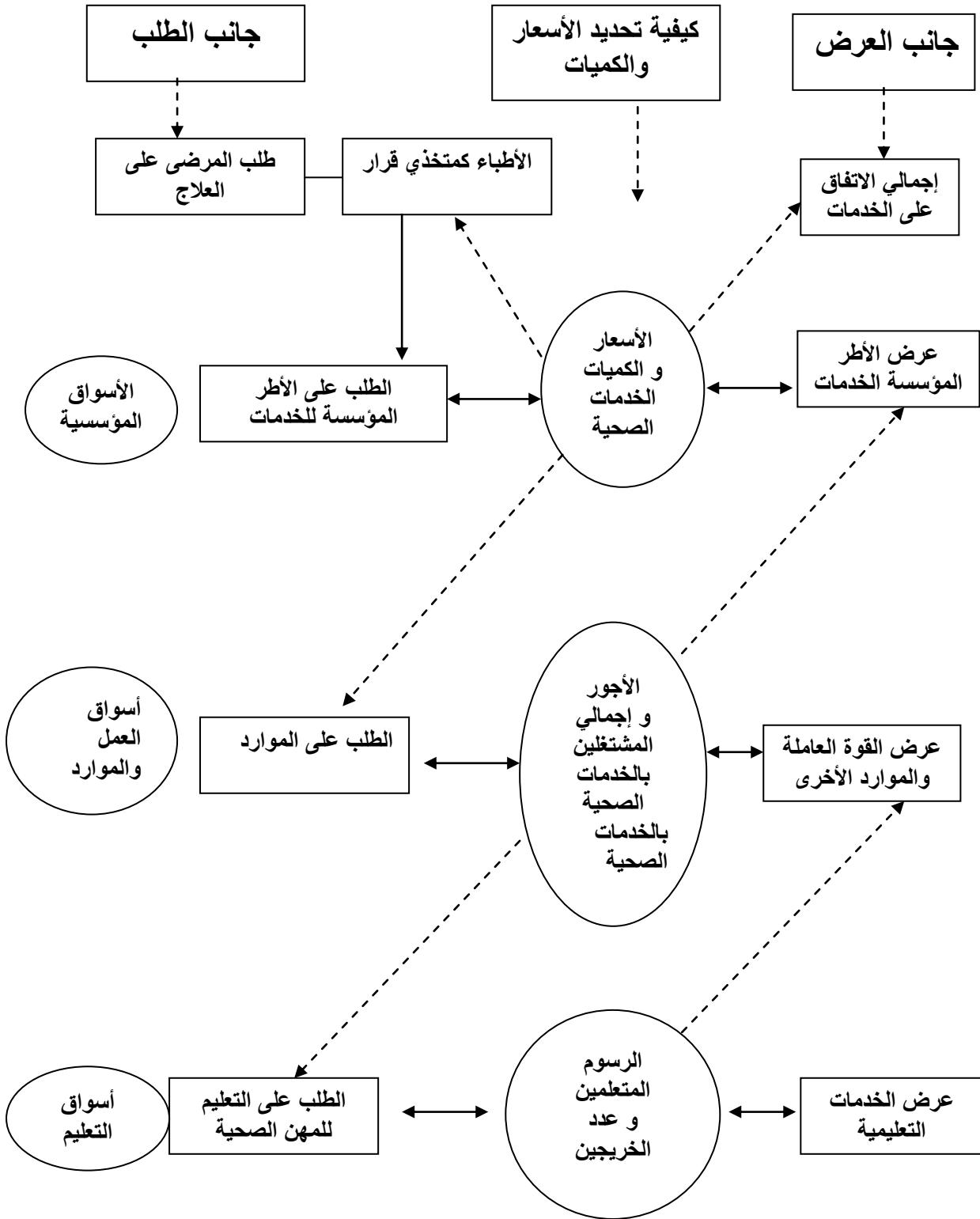


ثالثا- العلاقات المتبادلة بين أسواق الخدمات الصحية : إن نموذج قطاع الخدمات الصحية يصف لنا علاقة الأسواق الفرعية و مكونات الخدمات الصحية ببعضها البعض، التي تكون قطاع الخدمات الصحية، حيث توجد ثلاثة أنواع من الأسواق الفرعية كما تم توضيحه في الشكل (4)، و هذه الأسواق الفرعية الثلاث تتفاعل مع بعضها في إطار محد د، واعتبارا تؤثر وتتأثر فيما

بينها، حيث يعبر عن طلب العميل على العلاج الطبي (بالنسبة لفئة تشخيصية معينة) بالذهاب إلى الطبيب الذي يعتمد تحديده لكيفية علاجه على اعتبارات اقتصادية وغير اقتصادية ويعتمد اختيار الطبيب لأحد الأوضاع المؤسسية المختلفة (مستشفى، عيادة خارجية، دار رعاية، عيادة طبيب) على الأسعار النسبية لكل من هذه الأماكن والتكاليف النسبية بالنسبة للطبيب، وكفاءتها في العلاج ويعتمد الطلب في الخدمات الصحية المؤسسية على محددات طلب المريض، واعتبارات الطبيب، والأسعار النسبية وكفاءة العلاج في الأوضاع المؤسسية المختلفة، وهذه المؤسسات قد تكون مكاملة أو بديلة لبعضها البعض.

وينعكس التغير في الطلب على المواقع المؤسسية المختلفة، و الذي ينتج عن التغير في عمر السكان، في طلب هذه المؤسسات على سوق العمالة و المدخلات الأخرى، و هذه تمثل المجموعة الثانية من الأسواق التي يجب تحليلها، و تمثل هذه الطلبات المؤسسية على العمل و المدخلات الأخرى جانب الطلب من أسواق العمالة الصحية، ويعتمد كذلك طلب المهنيين الصحيين المتوقعين على التعليم على الطلب عليهم في السوق التي سبق وصفها والشكل رقم (5) الموالي يوضح ذلك:

شكل رقم 05: العلاقات المتبادلة بين أسواق الخدمات الصحية [2]ص79



2-2-2-1- طلب وعرض الخدمات الصحية:

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

أولاً- الطلب على الخدمات الصحية: في جانب الطلب على الخدمات الصحية، وكما هي العادة

في أدبيات النظرية الاقتصادية، يتم استكشاف محددات الطلب على الخدمات في إطار نموذج

مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت الافتراضات التالية: [29]

- أن يكون لدى المستهلك النمطي إجمالي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.
- أن يتمكن المستهلك النمطي من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة للمنفعة تكون معرفة على حالته الصحية، وسلعة استهلاكية مجمعة وتتصف الدالة بالخصائص المعروفة لمثل هذه الدوال فيما يتعلق بالمنفعة الحدية.

- أن يتم إنتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطي بواسطة دالة الإنتاج يستخدم فيها مدخلات لإنتاج الصحة وتقنيات إنتاج الرعاية الصحية كمستوى التغذية وصحة البيئة وتتأثر بمستوى المعرفة المتوفرة للمستهلك.

- 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 الواحد.

على هذا الأساس يواجه المستهلك النمطي قيوداً للميزانية يعبر عنه بحيث لا يفوق إجمالي

الإنفاق على السلع الاستهلاكية و الخدمات الصحية الدخل الثابت.

و على هذا الأساس يقوم المستهلك النمطي اتخاذ قراراته الاستهلاكية بتعظيم دالة المنفعة باختيار كمية السلعة الاستهلاكية و كميات مدخلات إنتاج الحالة الصحية و ذلك في ضوء القيود التي تفرضها الموارد المتاحة له في شكل دخل ثابت ودالة إنتاج الحالة الصحية، و يؤدي حل هذه المسألة إلى تعريف دوال الطلب للسلعة الاستهلاكية ، ومدخلات إنتاج الحالة الصحية كدوال في معطيات النموذج، أسعار مدخلات إنتاج الحالة الصحية ومعطيات دوال إنتاج الحالة الصحية وإجمالي الموارد المتاحة والحالة التعليمية وعلى هذا الأساس يمكن تعريف منحني الطلب على الخدمات الصحية على المستوى النظري كعلاقة بين الكميات المطلوبة فيها وسعر الخدمة.

أ- خصائص الطلب على الخدمات الصحية: يتسم الطلب على الخدمات الصحية بمجموعة من

الخصائص و هي: [24]ص184

- أن طالبوا الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي المنتجات الأخرى في كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة و أساليب العلاج المطلوبة وكيفية إشباعهم لحاجاتهم حيث تتأثر الحاجة والطلب على الخدمة بالمستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي لمستفيدي الخدمات؛
- أن الحاجة و الطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض منها بالنسبة للطبيب المعالج فبينما نجد المريض يرى التوقف عن العلاج بعد بداية التحسن في صحته نجد الطبيب المعالج يرى عكس ذلك؛
- إن المريض لا يعرف مراحل وأساليب العلاج المختلفة التي تعد من اختصاص طبيبه الذي يحدد ويقرر الفعالية والكفاءة لتلك الأساليب؛
- وأن الطلب على الخدمات الصحية مشتق من الطلب على الصحة.

ب- تحليل الطلب على الخدمات الصحية : [30]ص286 يتصف الطلب على الخدمات الصحية

بالعديد من الخصائص تجعله يختلف عن العديد من الخدمات الأخرى ولعل من أهم هذه الخصائص قلة معرفة طالبي الخدمة الصحية بطبيعة الخدمات المتوفرة وأساليب العلاج المتوفرة منها وأساليب العلاج المطلوبة، حيث يعد ذلك من اختصاص الطبيب، فهو الذي يقرر كفاءة وفعالية هذه الأساليب ، كما يتأثر الطلب على الخدمات الصحية بالعديد من العوامل والمتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية لطالبي هذه الخدمات.

لذلك فإن الأمر يتطلب ضرورة التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية وذلك للتعرف على حاجات ورغبات المرضى وتحديد أعدادهم مستقبلا.

ويقصد بالتنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية معرفة حجم ونوع الخدمات المطلوب توفيرها خلال فترة مستقبلية، وضرورة الاستعداد لتوفير مثل هذه الخدمات وذلك بغية إشباع حاجات ورغبات الزبائن (العلاج أو الوقاية)، الأمر الذي يعني بقاء واستمرار ونمو المستشفيات في عالم الأعمال الصحية.

وفي ضوء ذلك فإن التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية بالمستشفيات يعد من الأمور الهامة والحيوية عند إعداد تخطيط لأنشطة المستشفى بصفة عامة، وتخطيط لأنشطة التسويق بصفة خاصة، وذلك لأنه يحقق لهذه المستشفيات العديد من المزايا ولعل من أهمها أنه يعكس حجم الطلب المتوقع على الخدمات الصحية مستقبلا، الأمر الذي يتطلب ضرورة الاستعداد له من خلال توفير كافة الموارد المادية والبشرية اللازمة.

وفضلا عن ذلك فإن التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية يحدد حجم المشاركة والتعاون بين مختلف إدارات وأقسام المستشفى للوفاء باحتياجات الطلب المستقبلية وبالإضافة إلى ذلك أيضا فإن التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية يوضح الرؤية كاملة عن المستشفى وأعمالها

فببين نواحي القوة والضعف فيها، وكيفية التعامل معها فضلا عن تحديد إطار تفصيلي يوضح عملاء المستشفى الحاليين والمرقبين وحصاة هذه المستشفى من هؤلاء العملاء. ويتطلب الطلب على الخدمات الصحية ضرورة إجراء تحليل شامل للعوامل المؤثرة في حجم هذا الطلب وذلك للتعرف على اتجاهاتها في السوق مستقبلا و الاعتماد على ذلك في التنبؤ بالخدمات الصحية.

ج- العوامل المؤثرة في الطلب على الخدمات الصحية: هذا وتوجد العديد من العوامل المؤثرة في

الطلب على الخدمات الصحية، يمكن توضيح أهمها بإيجاز فيما يلي:

*** العوامل الخاصة بالمريض:** [30]ص288 يعتبر المريض المحرك الأساسي للطلب على الخدمات الصحية حيث يتحدد هذا الطلب في ضوء أعداد المرضى الذين يطلبون هذه الخدمات لأنفسهم، فكلما زاد عدد هؤلاء المرضى كلما أدى ذلك إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية، وبالتالي زاد الطلب على مدخلات النظام الصحي من رأس مال وعمل وتجهيزات وإمدادات طبية.

وتوجد العديد من العوامل الخاصة بالمريض والتي تؤثر على الطلب على الخدمات الصحية ويمكن إلقاء الضوء على أهمها بإيجاز فيما يلي :

/مدى استقبال المريض وقابليته لاستخدام خدمات الرعاية الصحية: حيث قد يكون لدى بعض المرضى استعداد وقابلية أكثر من غيرهم لاستخدام الخدمات الصحية الأمر الذي يساهم مساهمة فعالة في زيادة الطلب على هذه الخدمات.

/عمر المريض: يوجد لكل فئة من أعمار المرضى أمراض خاصة بها، وينعكس ذلك على حجم ونوعية الخدمات الصحية المطلوبة لكل فئة عمرية من هذه الفئات.

/الجنس: يؤثر أيضا نوع المريض ذكور وإناث على نوعية ومقدار الخدمات الصحية المطلوبة لكل نوع منها.

/الحالة الاجتماعية: تختلف الحالة المرضية للهتزوجين عن غيرهم من غير المتزوجين، الأمر الذي يؤثر أيضا على نوع ومقدار الخدمات الصحية المطلوبة لكل نوع منهم.

/التعليم: فالمتعلمون أكثر طلبا للخدمات الصحية من غير المتعلمين، حيث يتخذون خطوات إيجابية نحو العلاج المبكر للمرض، وذلك بما يتوفر لديهم من وعي وإدراك لمشكلة المرض ومدى خطورته وذلك على عكس الحالة بالنسبة لغير المتعلمين.

/المعتقدات الخاصة للمريض: حيث أن المريض الذي يعتقد في الشعوذة لا يثق في الأطباء ولا في نتائجهم، وبالتالي فهو يعزف عن طلب الخدمة الصحية، وذلك على عكس المريض الآخر الذي يعتقد في كفاءة الأطباء وفعاليتهم في العلاج، فهو يسعى إليهم ثقة في نتائجهم.

* العوامل الخاصة بالمجتمع: توجد العديد من العوامل الخاصة بالمجتمع والتي تؤثر في الطلب على الخدمات الصحية، لعل من أهمها الزيادة السكانية والتراكم المرضي في المجتمع، فضلا عن عدم وعي أفراد لقواعد الصحة العامة فيه، بالإضافة إلى مدى توفير التسهيلات الصحية المتاحة للأفراد بهذا المجتمع.

* العوامل الاقتصادية: [30]ص290 كما توجد العديد من العوامل الاقتصادية التي تؤثر على حجم ونوعية الطلب على الخدمات الصحية أهمها:

/سعر الخدمة الصحية: حيث كلما زاد هذا السعر كلما ترتب على ذلك قلة الطلب على الخدمة الصحية والعكس صحيح؛

/مستوى دخل الأسرة: فالأسر ذات الدخل الكبيرة تنفق على الخدمات الصحية ببذخ، وذلك على الرغم من أن زيادة المنفعة الناتجة عن استخدام الخدمات الصحية تقل عن الزيادة في الدخل؛

/وقت المريض: حيث كلما كان الوقت هاما بالنسبة للمريض وكان لديه قدرة مالية كلما كان مستعدا لدفع ثمن للخدمة الصحية حفاظا على وقته.

ثانيا- عرض الخدمات الصحية : [29] ص06 يلاحظ فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية أن تقنيات إنتاج الخدمات الصحية تشتمل على مدخل العمل في شكل أطباء وكوادر طبية وكوادر طبيو مساعدة بالإضافة إلى عوامل إنتاج وسيطة ورأس مال، ويلاحظ 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 الأطباء والمساعدين من الممرضات والإداريين والصيدالة والكتبة، وينطوي عمل هؤلاء على جوانب مكملة وأخرى محلة لعمل الأطباء من جانب آخر.

وتلعب الإمدادات الطبية كالأدوية والمعدات الطبية والمعدات الرأسالية، دورا هاما 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 الرأسالية في عملية إنتاج العناية الصحية إلا أنها تشكل نسبة متدنية من تكلفة إنتاج الخدمات الصحية في المستويات الأولية للرعاية الصحية.

أ- محددات عرض الخدمات الصحية : [31] مثل ما سبق ذكره في الطلب على الخدمة الصحية، تكون محددات عرضها مرتبطة بجملة من النقاط أهمها:

***السياسة الصحية المنتهجة في البلد:** تتحدد في كل بلد سياسة صحية منتهجة وفق السياسة الاقتصادية والاجتماعية، ومن خلال تحديد نظام سعري صحي والتأمين الاجتماعي المرافق له، تتضح معالم عرض الخدمات الصحية، فالسياسة الصحية تؤثر على عرض العمل والادخار والاستثمار، كما أن الإنفاق الحكومي في قطاعات الصحة له أثره الواضح على تطور وترقية مستوى المجتمع؛

***حجم المرض:** يحدد حجم المرضى إلى حد كبير نوعية الاختصاصات الطبية وعدد الأطباء في مختلف المركز العلاجية وتنوع الأدوية في السوق؛

***التكاليف والسوق التنافسي للخدمات الصحية:** بوجود سوق تنافسي، يمكن أن تتعدد مراكز الخدمات الصحية التي تدخل مختلف تقنيات التسويق الصحي لجلب الزبائن باستخدام الإعلانات التجارية الدعاية والترويجية؛

*** التطور التقني للخدمات الصحية:** كلما تطورت المنتجات المعروضة تقنيا أصبحت مطلوبة أكثر وتلبي احتياجات فئات المجتمع المختلفة؛

***العوامل الدورية والموسمية:** بتغير الفصول على مدار السنة والتغيرات المناخية، يتغير عرض الخدمات الصحية.

3-2-2-1- تحديد أسعار الخدمات الصحية :

يعد النشاط السعري من الأنشطة المهمة والحيوية تمارسها جميع النظم الاقتصادية وبرز استخدام السعر في دراسات السوق ، باعتباره ركنا حيويا من أركانه (البيع والشراء ...) وقد تردد أسماء شتى لمصطلح السعر تلبيه لوجهة النظر للمتعاملين بمفهومه أو الحقل الذي يوظف فيه ، ففي المنظمات الصحية فإن شركات التأمين تفرض (أقساط تأمين) على المشتركين، وتعد للمرضى قوائم حساب بـ (التكاليف) التي قد تحتسب على أساس (الكلف) costs ، كما تدفع المستشفى (رواتباً) إلى التنفيذيين لقاء خدماتهم، وأجور للعمال ، في حين يطالب الطبيب الخاص دفع أجورا لقاء خدماته المهنية للمريض ..

أولاً- أبعاد مفهوم الأسعار: يشمل مفهوم الأسعار بشكل عام على الأبعاد الآتية:

[32] ص 260-262

- إنه قيمة تبادلية : يعبر عنها بوحدات نقدية عما يتم تبادله في السوق (سلعة أو خدمة) تربط بين المنتج والمستهلك؛

- أن تكون معبرا عن تكاليف المنتج ، إذا يجب أن يعكس السعر بدقة تكاليف التشغيل للخدمة المقدمة مع حصة عادلة للاحتياجات المالية التي يكون المريض مسؤولا عنها ؛

- إشباع حاجات الزبون هو التعبير عن المنفعة التي يتبعها الزبون عندما يطلب خدمة ما ،
والسعر هو وصف لقيمة الخدمة والتي هي انعكاس لخصائصها التي تجعلها قادرة على تلبية حاجات
معيّنة وإشباعها ؛

- يجب أن يمثل الاستجابة للمنافسة التي تواجهها المستشفى أياً كانت، فإن التغييرات الهيكلية في
صناعة المستشفى قد غيرت طبيعة المنافسة ، هذه التغييرات أدخلت المنافسة السعرية إلى سوق
المستشفى؛

- والبعد الزمني : إذ أن النقود - بإعتبارها تعبير عن السعر- لها قيمة زمنية يمكن أن يتضمنها
السعر ، فقد يختار زبون ما بعقلانيته طبيباً يتقاضى أجر أعلى يكشف على مرضاه خلال 10
دقائق من الإنتظار، ولا يختار طبيباً يتقاضى أجر أقل إلا أنه يتطلب إنتظار أمد 45 دقيقة أو
أكثر .

ثانياً- تعريف السعر والتسعيرة : هناك عدة تعاريف للسعر تشترك معظمها في إبراز جانب
التعبير عن القيمة النقدية للمنتج المعروض للبيع (من قبل المنتج) أو المطلوب للشراء (من قبل
المستهلك)، و من هذه التعاريف نذكر :

- "القيمة المحددة للمنافع التي يتحصل عليها الفرد من السلع أو الخدمات "؛
- " المقابل أو المبلغ النقدي المدفوع للحصول على كمية معيّنة من السلع أو الخدمات " ؛
- أما في الرعاية الصحية فهو مقدار العوائد التي يحصل عليها المستشفى نظير التكاليف التي
تحملها لتقديم الخدمة.

ولقد عرفته جمعية المستشفيات الأمريكية (AHA) على أنه القيم التي تفرض لقاء كل خدمة،
والتي يجب أن تعكس بدقة تكاليف التشغيل للخدمة المقدمة مع حصة عادلة لتأمين الاحتياطات
المالية الأخرى التي يكون المريض مسؤولاً عنها .

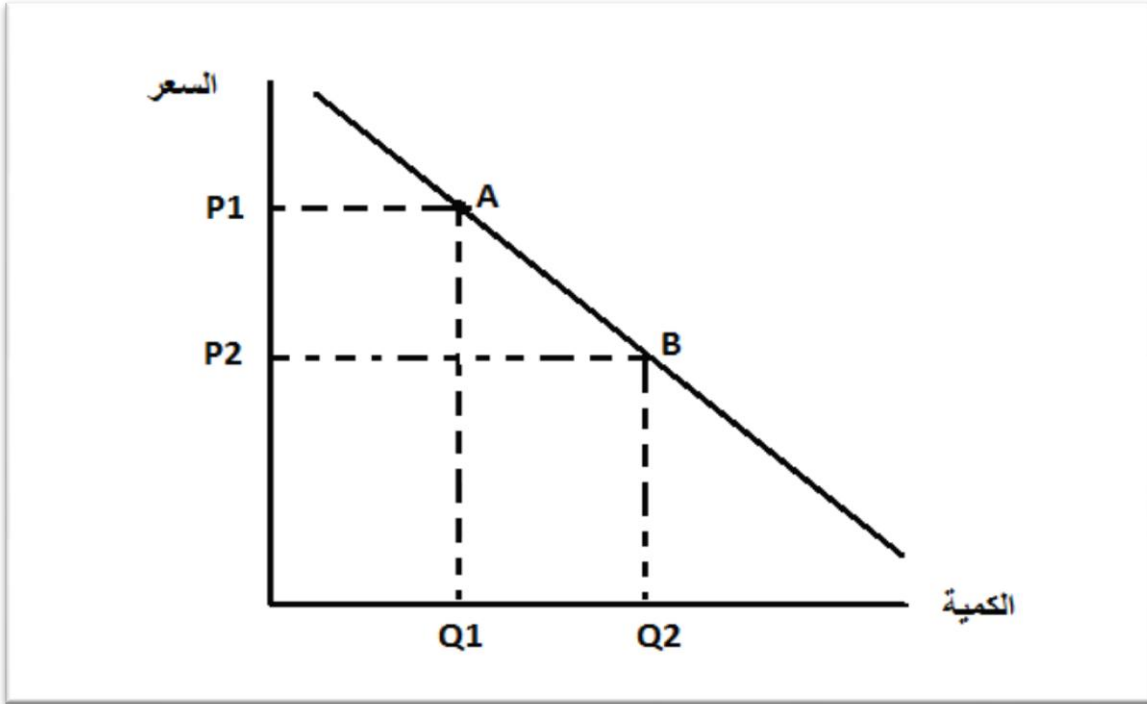
أما التسعيرة فهو قرار وضع الأسعار الذي يتخذ من خلال عملية إدارية متكاملة مع مراعاة
جملة أمور تدخل في مفهوم السعر، فالتسعير هو وضع أسعار عالية بما يكفي لتغطية التكاليف
والحصول على فائدة من جانب وتخفيض الأسعار بما يكفي لجذب الزبائن من جانب آخر .
ومن العوامل المهمة في عملية التسعير هي:

- **التكاليف COSTS :** وهو القاعدة التي تستند عليها عملية التسعير فإذا اعتمدت المؤسسة في
تحديد أسعارها معدلات دون مستوى الكلفة فإن ذلك يعني تكبدها الخسارة أما إذا ما اعتمدت
سعراً أكثر من الكلفة فإن ذلك يعني تحقيق الربح .

- الإيرادات **Revenues**: تمثل النقد المتولد لتغطية تكاليف إنتاج وبيع المنتج أو الخدمة فضلا عن أي مقدار من الربح ، فالإيرادات هي علاقة الطلب بالمنتج ، وإن الزبائن يوازنون سعر المنتج المطلوب مقابل الفوائد المتوقعة منه.

- مرونة السعر **price ELasticity** : وهو تعبير عن حساسية الإيراد الكلي إزاء أي تغير في السعر ، وهو مؤشر يعكس كيفية تأثير الطلب بأي تغير السعر كما هو موضح في الشكل الموالي:

شكل رقم 06: منحنى الطلب يبين مرونة السعر [32] ص 262



بحيث: A و B تمثل حساسية الطلب للسعر

أ- أهمية السعر: [24] ص 207 تحدد أهمية السعر في كونه العنصر الحاسم في إستراتيجية التسويق فهو يؤثر على كل عنصر من عناصر المزيج التسويقي الأخرى ، فضلا عن تأثيره بعوامل التكلفة والطلب ، والعوامل التنافسية ، كما أنه يؤثر على النجاح التسويقي في السوق إضافة للمتغيرات الأخرى غير السحرية .

ب- أهداف التسعير في المنظمات الصحية: هناك ستة أهداف تسعير مختلفة يمكن تمييزها عند إقرار أسعار الخدمات في المنظمات الصحية هي: [32] ص 271

* **تعظيم الربح أو الفائض:** وهو أصعب الأهداف وذلك بالإعتماد على إختيار سعر ملائم يغطي كل التكاليف ويخفض من النفقات ، وتحقق من للمصلحة أكبر ربح ممكن

ويحسب الفائض بطرح صافي إيراد خدمة المريض والمصروفات .

صافي إيراد خدمة المريض=الإيراد الكلى – الخصومات والديون المعدومة و السمحات

* تعظيم العائد لصافي خدمة المريض :

عندما تتعامل المنظمات الصحية مع أسواق تعويض على أساس الكلفة فإن هدف التسعير يكون تعظيم العائد الصافي لخدمة المريض (الذي يتضمن الإيراد الكلي مطروح منه الخصم ، الديوان المعدومة ، السمحات ، المردودات ومصاريف غير مسموح بها) ، وذلك بالتطلع إلى تعظيم عدد المرض المنتقلين الذين تخدمهم المنظمة هؤلاء المرض يساهمون في تحقيق عائدا أعلى وفائضا أعلى لكل خدمة .

* **تغطية التكاليف:** على المؤسسات الصحية أن تتعرف على ماهية تكاليفها من أجل وضع الأسعار و حتى تحديد التكاليف، فعليها الاهتمام ليس فقط بتكاليف التشغيل، بل المردودات والمصاريف غير المسموح بها والمدفوعات المتأخرة أيضا.

* **تعظيم الإستخدام:** تتطلع المنظمات الصحية إلى تعظيم العدد الكلي لمستخدمي خدماتها إن هدف تعظيم صافي العائد لخدمة المريض يؤدي إلى تعظيم المنفعة ، ومن أجل تحقيق أعظم منفعة تقوم المستشفيات والمنظمات الصحية التي تضع خدمة الزبون والفائدة الإجتماعية هدفها من تقديم خدماتها بتخفيض أسعارها .

* **تحديد الإستخدام:** قد يوضع التسعير بهدف عدم تشجيع أكبر عدد ممكن من الناس على شراء منتج معين أو خدمة ما فمثلا أحد أهداف الحكومة في فرض ضرائب عالية على الكحول هو تخفيض إستعمال هذه المنتجات ، بسبب أنها تضر الناس وبالمجتمع لما تخلف من أفلت .

* **تعزيز العلاقات العامة:** قد تضع بعض المنظمات الصحية أسعار لبعض خدماتها على أساس العلاقات العامة، بهدف تعزيز صلتها بالمجتمع والظهور بصورة طبية أمامه فقد تضع بعض المستشفيات تسعير خدمات الطوارئ والعيادة الخارجية في المستشفى بأجور رمزية .
ثالثا- طرق تحديد السعر فى الخدمات الصحية: يمكن تحديد السعر حسب التقسيمات التالية :

أ – تحديد السعر حسب التكلفة:

* **السعر الموجه نحو الربح:** وهذا النوع موجه لتحقيق الحد الأدنى من الأرباح المستهدفة ، وأسعار الخدمة تثببت في هذه الحالة عن طريق الاتحادات والنقابات المهنية التي تنتمي إليها المنظمة وهناك أسلوبين لتحديد سعر الخدمة الصحية .

تسعير بالكلفة + هامش الربح = الأعباء الهيكلية /النشاط المعياري

ومنه: **سعر الخدمة الصحي = التكلفة الكلية + هامش الربح**

*التسعير على أساس الربح المستهدف : تعتمد هذه الطريقة على ما يسمى بالتعادل أي النقطة التي تتساوي فيها التكلفة الكلية والإيراد الكلي (رقم الأعمال دون ربح أو خسارة).

* الأسعار المراقبة من قبل الحكومة: الحكومة تخفض الأسعار بهدف حماية المريض وذلك من خلال تثبيت الأسعار على التكلفة الإضافية أو على أساس هامش الربح .

ب – تحديد السعر على أساس السوق: وهناك أسلوبين لتحديد السعر هما:

* **السعر الموجه نحو المنافسة :** بدون شك عنصر السعر يشكل عامل أساسي لتنافسية

المصحة إذا سيكون السعر محددًا حسب المنافسة لكن لاستعمال هذه الطريقة يكون بحذر ويجب أخذ كل الاحتياطات اللازمة عن عملية التخفيض السعر، فاختلاف مقدمي الخدمة الصحية وتخصصاتهم ومهارتهم وإعداداتهم كالتخصص في الجراحة الباطنية أو جراحة القلب، جراحة العظام يكون له تأثير مباشر في تحديد السعر، وعملية تخفيض السعر في سوق الخدمات الصحية لتحقيق مجموعة من الأهداف تقترحها :

- زيادة شهرة الخدمة المقدمة (الجراحة) .

- تشجيع تجربة الخدمة الجديدة.

- تشجيع تجربة الخدمة غير المعروفة في المصحة لدى بعض المستهلكين (المرضى)

- كسب ولاء ووفاء الزبائن المحليين (قسم الولادة) .

لذا فعملية تخفيض السعر من طرف المصحة تكون بحذر واحتياط شديدين لأنه يمكن أن تشوه صورة أو سمعة المصحة.

* **السعر الموجه نحو المستهلكين:** يحدد السعر بناء على اتجاهات وسلوك المستهلكين

(المرض) حيث يتم تحديد السعر بناء على تقييم المريض بجودة وتكلفة الخدمة المقدمة له، إلا أن نوعية وتكاليف الخدمات قد تختلف من أجل إبقائها منسجمة مع الأسعار.

فتحديد السعر يرتبط بمفهومين هما القيمة والمنفعة ، فالمنفعة هي القدرة المتوفرة في الخدمة الصحية على إشباع حاجة المريض أما القيمة السعرية للعديد من الخدمات الصحية تعتمد القيمة المدركة أكثر من التكلفة، فإذا اعتقد المريض بأن السعر أعلى بكثير من القيمة المتوقع الحصول عليها فإنه سيقدر عدم الإستطباب.

3-2-1 الخدمات الصحية العمومية في الجزائر:

تقاس درجة تقدم المجتمع بالمستوى الصحي لأفراده من خلال الخدمات الصحية التي تقدمها منظماتها الصحية، ولهذا سوف نتطرق في واقع المنظومة الصحية وخدماتها في الجزائر.

1-3-2-1- تنظيم وهيكلية الخدمات الصحية في الجزائر :

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها ، ويوضح الشكل الموالي الصورة السليمة لنظام الخدمات الصحية في الجزائر. ولكي يتضح الأمر أكثر يتم شرح وتحليل مختلف المستويات المشكلة لهذا الهرم على النحو التالي :

شكل رقم 07 : سلم الخدمات الصحية العمومية في الجزائر[33]



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

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

[34]

- وقاية صحة السكان ورعايتها ؛
- التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي ؛
- التنظيم الصحي والخريطة الصحية ؛
- العلاج الطبي في الهياكل الصحية ؛
- تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه الطبيين وتحديد المعلومات؛
- ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها ؛
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية و المستديمة؛
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛
- الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي .

وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية :

ب- ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة و عددهم سبعة (7) وملحقون بالديوان و عددهم أربعة ، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج .

ج- الأمانة العامة : تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده إثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين هياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها .

د- المتفشية العامة : يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية [35] :

- الوقاية من كل القصير و تسيير المصالح الصحية ؛
 - توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛
 - العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛
 - ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل .
- و- المديريات المركزية :** وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي :
- مديرية الوقاية ، مديرية المصالح الصحية ، مديرية الصيدلانية و الدواء ، مديرية السكان ، مديرية التكوين ، مديرية التخطيط ، مديرية التقنين والمنازعات .

ثانيا- على مستوى الولاى : وتندرج في هذا المستوى كل من :

أ- مديرية الصحة و السكان : يكلف مدير الصحة و السكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة و السكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة و السكان، و العمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما و متوازيا و متابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية و تنفيذها ، بالإضافة إلى مراقبة و توزيع الأدوية و المواد الصيدلانية ، و تفقد ظروف خزنها و إعداد التراخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية و العلاج و الأدوية و الموارد البشرية و المنشآت الأساسية و التجهيز التكويني و تطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية و الوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) و ضبطها باستمرار و دراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة ، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة و إعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين و التكفل بالأطفال المعوقين و الأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية و الاجتماعية ، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية الاجتماعية (CHS) التي تنشئها و تسييرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات و الشركات العمومية ليستفيد منها العمال و عائلاتهم ، كما أنها لا تنهون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية .

ب- المراكز الإستشفائية الجامعية : أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974 [36]

و هي نتاج لإتحاد مركز إستشفائي جهوي (660 إلى 700 سرير) و معهد طبي ، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة يعتبر المركز الإستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلال المالي ، و يتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على إقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي، حيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على مركز الإستشفائي الجامعي، و يمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية و بصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الإستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير و يقع بمنطقة حضرية ، و الذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية و يستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة و يهتم بتدريب هيئة فنية في مجال الرعاية و البحث على السواء ، بمعنى يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي :

– الميدان الصحي ؛

– الميدان التكويني ؛

– ميدان الدراسة و البحث .

يدير المركز الإستشفائي مجلس إدارة و يسيره مدير عام و يزود بجهاز إستشاري يسمى المجلس العلمي .

ج- على المستوى المحلي (الدائرة و البلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة و البلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية ، وحدات إستشفائية متخصصة ، ووحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد إحتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بإستعمال الأمتل للموارد المادية والبشرية ، وللحد من الضغط على المراكز الإستشفائية و تطبيقا لسلمية العلاج (des soins hiérarchisation) تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبها في المجتمع ، حيث أوكلت لها مهمة إنتقاء ال حالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة، وهي تتكون على الترتيب من:

* عيادة متعددة الخدمات : مهمتها :

- تقديم مختلف الخدمات الصحية والإستعجالية والفحوصات العامة ؛
- الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛
- تقوم بدور الوساطة بيم المركز الصحي والمستشفى .

* المركز الصحي (Centre de santé):

ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني ، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية ، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة

* قاعات العلاج (Salle se soin):

و هي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000 – 2000 ساكن ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 ، تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى :

- المؤسسات العمومية الإستشفائية؛ (EPH) établissement publics hospitalier
- المؤسسات العمومية (EPSP) établissement publics de santé de proximité
- للصحة الجوارية ؛

- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة. (EHS) établissement Hospitaliers spécialisé
وقد ألغيت المراكز الصحية (Centre de santé) لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات Polyclinique أو إلى قاعات للعلاج (Salles de soin) حسب حالة وضعيتها المادية .

2-3-2-1- ديناميكية مدخلات القطاع المادية والبشرية : [37]

هناك عدة مدخلات في القطاع الصحي و التي سوف نلخصها في النقاط التالية :

أولاً- الموارد البشرية: سجل السلك الطبي نموا قدرت نسبته بحوالي 70% خلال هذه العشرية في الهياكل العمومية بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من 2100 (4000 منهم أخصائيون) في 1999 ، إلى 35000 طبيب ممارس (منهم 13000 أخصائيون) في سنة 2007 ، و قد تمت مرافقة ذلك بتدعيم حضور أطباء أخصائيين في المدن الداخلية بالبلاد ، و عليه فإن عدد الأطباء الأخصائيين العاملين في هياكل الصحة العمومية عبر ولايات الهضاب العليا قد ارتفع من 307 في سنة 1999 إلى 2174 في سنة 2007 ، أما بالنسبة لولايات الجنوب ، إرتفاع عدد الأطباء الأخصائيين الذي لم يكن يتجاوز 80 في سنة 1999 إلى 1000 في سنة 2007 . إن تسيير المنشآت الطبية يبقى بشكل أيضا أولوية من خلال التسيير المختص بالمستشفيات ، وذلك من خلال برامج تكوين أولي و متواصل للمسيرين الذين إستفاد نحو 1000 منهم من تكوين في مجال تسيير إدارة المستشفيات في حين أن حوالي 400 آخرون يتابعون حاليا تكويننا في المدرسة الوطنية للصحة العمومية التي تم تحويلها إلى مدرسة لتسيير إدارة المؤسسات الإستشفائية .

وارتفع عدد أسرة المستشفيات العمومية بشكل محسوس من اقل من 54000 في سنة 1990، إلى قرابة 68000 في سنة 2007 ، أي تسجيل في ظرف عشرية زيادة تعادل كل ما أنجزته الجزائر من مستشفيات من الإستقلال إلى سنة 1998 وفي المقابل، فإن قطاع الصحة ما زال يعاني من نقص في أعوان شبه الطبي الذي يتعين إستدراكه، حيث بلغت عدد مدارس التكوين الشبه طبي (EFPH) 35 مدرسة لسنة 2007، وقد بلغ عدد العاملين في سلك الشبه الطبي لسنة 2009 حوالي 15000 عامل إلا أن الحاجات الإضافية المنتظرة ما بين 2010 و 2015 تقدر بـ 40000 إطار.

ثانيا- مدخلات الأدوية: وفي مجال الأدوية ثم إنشاء وكالة وطنية للمنتجات الصيدلانية، وستصبح عملية قريبا، إذ تمكن مهنتها في تسجيل و التصديق ومراقبة النوعية ومن جهة أخرى تزود المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية بمصلحة للكيمياء المتخصصة مهنتها تدعيم مراقبة المواد الفعالة ، ومكافحة التقليد كما سيخول لهذا المخبر صلاحيات السلطة العمومية ، ومن جهة أخرى ، فإن ترقية الأدوية الجنيصة شكلت محور تحديد نسبة مئوية أدنى للأدوية الجنيصة عند إستيراد الأدوية ، وفي الوقت الذي شرع فيه في دراسات حول المطابقة البيولوجية للأدوية الجنيصة من أجل توسيع إستعمالها ، كما إتخذت عدة إجراءات قصد تشجيع الإنتاج

المحلي للأدوية الجنيسة، موازاة مع إجراءات تحفيزية جديدة ستتم المبادرة بها لاحقا تجاه الصيدليات قصد ترقية هذه الأدوية .

ثالثا- الهدخلات المادية (الهياكل الصحية) : وبهدف تلبية طلبات المواطنين ، تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود هامة للاستثمار من طرف الدولة بغية توسيع وتدعيم شبكة المنشآت الصحية من أجل تكفل أفضل بالمريض ، ومن أجل تحقيق تغطية طبية أفضل و عليه، فبالنسبة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2009 فقط، استفاد القطاع الصحي من 244 مليار دينار من الاستثمارات العمومية من أجل إنجاز مجموع حوالي 800 منشأ منها:

- 20 مستشفى يتسع كل واحد لأكثر من 200 سرير؛

- 70 مستشفى آخر يتسع كل واحد لأقل من 200 سرير؛

- 260 مستشفى ومركز متخصص ؛

- 133 عيادة متعددة الخدمات و 214 قاعات للعلاج .

ومن هذا المجموع :

- تم استكمال 152 إنجاز ؛

- يوجد حوالي 400 مستشفى طور الإنجاز ؛

- سيتم إطلاق عن قريب 200 مشروع آخر تم تسجيله مؤخرا .

وعليه فإن الهياكل الصحية العمومية قد شهدت تطورا معتبرا وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 01 : تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996 – 2006 [33]

2006	2000	1998	1996	الهياكل الصحية العمومية
29	13	13	13	مراكز استشفائية جامعية (CHU)
231	224	187	185	هياكل استشفائية (SH)
36	31	31	21	مؤسسات استشفائية متخصصة (EHS)
520	488	478	446	عيادات متعددة الخدمات (Polyclinique)
1420	1210	1126	1098	مراكز صحية (Centre de santé)
4684	3975	3780	3748	قاعات العلاج (Salle de soin)

يتضح من الجدول أن هناك تطور ملحوظ في الهياكل الصحية خلال هذه العشرية ، أما العيادات الخاصة فقد سجلت في سنة 2006 ما يلي:

جدول رقم 02: العيادات الخاصة في الجزائر سنة 2006 [33]

العيادات الخاصة	عددها
عيادات طبية (clinique médicales)	24
عيادات طبية جراحية (medico-chirurgicales)	160
عيادات تصفية الدم (hémodialysé)	57

كما عمل قطاع الصحة العمومية على تنظيم العلاج على عدة مستويات لتقريب العلاج القاعدي، والعلاج المتخصص من المرضى ، وتقليل الضغط على مصالح الاستعجالات وهذا ما أدى إلى المبادرة ببرنامج لتكثيف مصالح المناوبة ، كما تم إنشاء 168 وحدة خاصة بطب الأورام على مستوى المستشفيات العامة التي ستجنب المرضى التنقل و الانتظار ، وستخفف الطلب على مستوى المراكز المتخصصة .

من خلال دراستنا للخدمات الصحية والنظام الصحي ، فإننا نستخلص أن توفير الصحة للجميع هو الهدف الرئيسي الذي تسعى إليه كل بلدان العالم ، وهو حق من الحقوق الأساسية لكل إنسان ، كما أن الخدمات الصحية على مختلف أنواعها ومستوياتها، تعتبر من الأعمال الخدمية بالغة الأهمية في المجتمع لارتباطها بأهم وأنفس شيء وهي صحة الإنسان وبالتالي حياته، وهذا ما اوجب الاهتمام بهذه الخدمات وبكيفية تطويرها وتحسينها لتلبية احتياجات مستهلكيها.

لذا فان التنظيم الجيد لمنظمات الخدمات الصحية والاستعمال العقلاني للموارد المادية والبشرية المتاحة وتطويرها،يساهم بشكل كبير في تحسين الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع ، وتعتبر الجزائر من الدول التي تسعى إلى تطوير وتنظيم وإصلاح منظومتها الصحية ، ولبلوغ أهدافها المنشودة في القطاع سخرت موارد مالية معتبرة لتعميم الخدمات الصحية ،حيث بلغت نسبة تمركز المؤسسات الصحية تصل إلى 98% من التغطية الصحية.

الفصل 2

الإستثمار في الصحة من أجل تحقيق أهداف الألفية الثالثة

كما سبق و أن ذكرنا في الفصل السابق بأن الصحة تحتل اليوم في المفكرة الدولية موقعا أرفع مما كان عليه في السابق، وقد صار الاهتمام بصحة الفقراء مسألة أساسية في مجال التنمية، بحيث أن ثلاثة أهداف من أهداف التنمية للألفية تقتضي تحسينات صحية مع حلول العام 2015، عناوينها: الحد من وفيات الأطفال ووفيات الأمهات ، وتفشي السيدا والملاريا والسل، وقد توافقت أمم العالم على التسليم بأن التمتع بأكبر قدر ممكن من الصحة هو أحد الحقوق الأساسية لكل كائن بشري، بعيدا عن أي تمييز في العرق، أو الدين، أو المعتقد السياسي، أو الوضع الاقتصادي أو الاجتماعي، بيد أن الصحة هي أيضا، فيما يتجاوز قيمتها الجوهرية بالنسبة إلى الأفراد، شرط مركزي من شروط التنمية الإنسانية الشاملة والحد من الفقر. وإن اعتلال الصحة يضعف من التنمية الاقتصادية ومن الجهود المبذولة للحد من الفقر والاستثمار في الصحة أمر ضروري للنمو الاقتصادي ، والأولوية الأولى في عملية الاستثمار هي إقامة برامج على المستوى المحلي لمكافحة بعض الأمراض و كذا الاستثمار في المجال المعرفي الخاص بالصحة مواكبة مع التقدم التكنولوجي لأن هناك حاجة ملحة للاستثمار في تكنولوجيا جديدة ومحسنة لمكافحة الأمراض الفتاكة على الصعيد العالمي.

2-1- الإستثمار في الصحة من أجل التنمية:

إن الصحة هي حجر الزاوية للنمو الاقتصادي و التنمية الاجتماعية فالشعوب التي تتمتع بالصحة تكون أكثر إنتاجا والأطفال الرضع ينمون أفضل ليصيروا شبابا منتجا، والأصحاء يمكنهم المشاركة في النمو الاقتصادي لبلدانهم .

إن زيادة الاستثمار في الصحة سيتحول إلى عائد إضافي يساوي بلايين الدولارات سنويا والتي يمكن إستخدامها في تحسين أنماط الحياة و البنية الأساسية الاجتماعية في أفقر البلدان .

وإن المستويات الحالية للاستثمار في البلدان النامية بعيدة كل البعد عن ما هو ضروري لمواجهة تحديات الصحة التي تواجهها لرفع مستوى التدخلات الصحية والخدمات الأساسية والتعاون العالي الشامل بين كل من الأمم الغنية والفقيرة أمر مطلوب لرفع مستوى الوصول للخدمات الصحية الأساسية من أجل تحسين صحة الفقراء والجهود المبذولة لبناء آليات تمويل مبتكرة وإطارات عمل جديدة وإيجاد اتحادات قوية بين القطاعات المختلفة حول أهداف مشتركة ستساعد في تحسين الصحة في البلدان المنخفضة الدخل وابتكار نظام الاقتراب من الزبون سيساعد في توسيع التغطية وإتاحة الخدمات الأساسية.

2-1-1-1- مدخل عام للإستثمار :

إن التطورات الإقتصادية التي تشهدها الساحة الدولية الراهنة تحتم على أي دولة م واكبة هذه التغيرات من أجل تحقيق تنمية شاملة ومستدامة بدءا بمحاولة إنعاش إقتصادها وإثارة حركية تطور القطاعات الإقتصادية وتجنيد كل المواد المتاحة ومن المنطلق الإستثمار واحد من الأولويات الرئيسية التي توليها الدول والحكومات أهمية بالغة في برامجها قصد تحقيق التنمية المنشودة ، ومن ثم تحقيق الرفاهية والرفع من مستوى معيشة الأفراد .

2-1-1-1- ماهية الإستثمار :

من المتفق عليه أن الإستثمار هو إستخدام ما أذخر من مال قصد الحصول على عوائد في المستقبل فهو (إستعمال المال قصد إنمائه والحصول على ثمرة منه) .
وتبعاً لذلك يمكن تعريف الإستثمار من خلال وجهات نظر مختلفة حيث ينظر الكلاسيكيون للإستثمار على انه إنفاق ذلك الجزء المدخر من الدخل ، أي أن كل إدخار يتحول بالضرورة إلى إستثمار .

أما عند الكنزين فيقصد ذلك الإنفاق على الزيادة في رصيد المجتمع من السلع الرأسمالية سواء اتخذت هذه الزيادة صورة إقامة مصانع أو منازل أو طرق ..إلخ ، أو صورة الإضافة إلى المخزون من المواد الأولية، السلع الوسيطة، السلع التامة الصنع وذلك خلال فترة زمنية معينة ويتحدد معدل الإنفاق على الإستثمار طبقاً للنظرية الكينزية بعاملين هما سعر الفائدة والكفاية الحدية كرأس المال من خلال هذا التقديم للإستثمار لا يختلف إثنان في أهميته البالغة كعصب للإقتصاد ودوره في التنمية وعليه عمدت الدول وخاصة النامية منها على دعمه وإنعاشه وذلك بتكليف تشريعها وقوانينها تماشياً مع متطلبات النمو الإقتصادي الفعلي ورفع القدرات الوطنية .

ونظرا لوجود مصطلحات عديدة متشابهة للإستثمار ، فإن تحديد مفهومه ينطوي على تعاريف متعددة ومختلفة وفقا لإختلاف وتعدد الزوايا التي ينظر منها إليه ، و عليه يمكن تمييز ثلاث مفاهيم أساسية :

أولاً- النظرية الإقتصادية : وفقا للنظرية الإقتصادية ، فإن الإستثمار هو كل تضحية بواذر مالية أملا في الحصول على نتائج (عوائد) مستقبلية حقيقية متقطعة ومستثمرة في الزمن لكنها ذات مبلغ إجمالي أكبر من النفقة الأولية (الإبتدائية) [38] ص02.

ثانيا- النظرة المحاسبية: يتكون الإستثمار من جميع الأملاك العقارية أو المنقولة مادية أو معنوية مكتسبة أو تم إنشائها من طرف المؤسسة، ومرشحة لكي تبقى بصفة دائمة وعلى نفس الهيئة داخل المؤسسة [39] .

ثالثا- النظرة المالية للإستثمار : الإستثمار هو مجموع النفقات التي تولد عبر مدة زمنية طويلة نسبيا ، مداخليل تضمن إسترجاع النفقة الأولية ، هذا المفهوم يوسع نوعا ما فكرة الإستثمار بحيث يصبح لا يتعلق فقط بالنفقات التي تخلق أصول مادية وإنما كل النفقات التي لا تدخل مباشرة في استغلال المؤسسة : مثل نفقات التكوين والبحث [40] ص362.

2-1-1-2 مجالات الإستثمار:

يقصد بمجال الإستثمار نوع أو طبيعة النشاط الاقتصادي الذي سيوظف فيه المستثمر أمواله بقصد الحصول على عائد ، ويمكن تبويب مجالات الإستثمار من زوايا مختلفة، ولكن من أهم التبويبات المتعارف عليها نوعان هما [41] ص75 :

1 - التبويب الجغرافي لمجالات الإستثمار؛

2 - التبويب النوعي لمجالات الإستثمار .

أولاً- التبويب الجغرافي لمجالات الإستثمار :

تبويب الإستثمارات من زاوية جغرافية إلى إستثمارات محلية وإستثمارات خارجية أجنبية .

أ- الإستثمارات المحلية: تشمل الإستثمارات المحلية جميع الفرص المتاحة للإستثمار في السوق المحلي وبغض النظر عن أداة الإستثمار المستخدمة ويتم الإستثمار المحلي من المؤسسة والأفراد

المقيمين بالبلد و مهما كانت أداة الإستثمار المستخدمة مثل عقار، أوراق مالية، ذهب ... إلخ

ب- الإستثمارات الخارجية أو الأجنبية: تشمل مجالات الإستثمار الخارجية أو الأجنبية جميع

الفرص المتاحة للإستثمار في الأسواق الأجنبية ومهما كانت أدوات الإستثمار المستخدمة.

وتتم الإستثمارات الخارجية من قبل الأفراد والمؤسسات المالية إما بشكل مباشر أو غير مباشر فمثلا لو قام مستثمر يقيم في البلاد الأم بشراء عقار في لندن يقصد المتاجرة فإن الاستثمار يكون إستثمارا مباشرا.

أما لو قام ذلك المستثمر بشراء حصة من محفظة مالية لشركة إستثمار لنفس البلاد غير مباشر بالنسبة للفرد المستثمر واستثمار مباشر بالنسبة لشركة الإستثمار.

ثانيا- التبويب النوعي لمجالات الاستثمار: [41] ص 77-79

تبويب مجالات الاستثمار من زاوية نوع الأصل محل الاستثمار إلى استثمارات حقيقية وإستثمارات مالية وإستثمارات في البنية التحتية .

أ- الإستثمارات الحقيقية أو الاقتصادية: يعتبر الاستثمار حقيقيا أو اقتصاديا متى وفر للمستثمر الحق في حيازة أصل حقيقي كالعقار، و سلع والدهن ... إلخ، ويقصد بالأصل الحقيقي كل أصل له قيمة اقتصادية في حد ذاته، ويترتب على استخدامه منفعة اقتصادية إضافة تظهر إما في شكل سلعة أو في شكل خدمة .

ويطلق البعض على الاستثمارات الحقيقية أو الاقتصادية مصطلح استثمارات الأعمال أو المشروعات Business Investments، ويمكن القول من وجهة عامة بأن فيما عدا الاستثمار في الأوراق المالية .

ب- الإستثمارات المالية : وتشمل الاستثمار في سوق الأوراق المالية حيث يترتب على ذلك عملية الاستثمار فيها حيازة المستثمر لأصل حالي غير حقيقي يتخذ شكل سهم أو سند أو شهادة إيداع إلخ .

2-1-2- الإستثمار في الصحة :

نظرا لأهمية الصحة بالنسبة للمجتمعات قامت اللجنة المعنية بالاقتصاديات الإجمالية والصحية التي أسستها منظمة الصحة العالمية سنة 2000 ببساطة شديدة كيف يستنزف المرض المجتمعات، وكيف أن الاستثمار في الصحة مدخل حقيقي للتنمية الاقتصادية علاوة على ذلك يبين التقرير أن تحسين صحة الناس هو احد أهم محددات التنمية في البلدان المنخفضة الدخل. ويناقش تقرير اللجنة أسلوبا عالميا شاملا للصحة ذا أهداف حقيقية و إطارات زمنية خاصة، ويدعو التقرير القوى العالمية إلى الترابط لتخفيف المعاناة و لتعزيز صحة الإنسان. ويمكن قياس تأثير التدخلات من ناحية تقليل عبء المرض وتحسين أداء النظام الصحي ،وسوف نتطرق في هذا المطلب إلى التوصيات الأساسية لتقرير اللجنة المعنية بالاقتصاديات الإجمالية و الصحة.

1-2-1-2- الحاجة الملحة لزيادة الاستثمار في الصحة: [42] ص 18-22

إن المزيد من استثمارات الجهات المانحة ضرورة ملحة لسد الثغرة المالية في الصحة في البلدان الفقيرة في العالم، فجميع الميزانيات المساعدة قد قلت فعليا في السنوات الحديثة وبعدت حتى عن التقديرات الثابتة للاحتياجات الحالية لرفع مستوى التفعيل.

ونتيجة لذلك يجب على المجتمع المانح أن يتراجع ليس فقط عن خفض المعونات الإجمالية للتنمية ولكن أيضا زيادتها عن المستويات الحالية لتساعد على استمرار التوسع في تغطية التدخلات و الخدمات الصحية الأساسية ، وأكثر من ذلك يجب أن يدعم رفع مستوى البحث والتطوير والتدخلات التي لها مكاسب صحية عامة عالميا (ما يسمى المنافع العامة العالمية)

وبرغم أن مستوى تمويل الجهات المانحة المطلوب يكون غاليا بالمصطلحات المطلقة (27 بليون دولار أمريكي سنويا انطلاقا من سنة 2007 وحوالي 28 بليون دولار أمريكي سنويا بحلول عام 2015) فإن اللجنة تحافظ على حشد الدعم الإضافي، إذا رفعت كل الجهات المانحة معونات التنمية (ODA) لتصل إلى المعيار العالمي الموصي به هو 0,07% من الناتج المحلي الإجمالي .

كما أن قليل من البلدان المتوسطة الدخل تحتاج إلى معونات مساعدة لاسيما لمواجهة التكاليف المالية للتوسع في مكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه وتوصي أيضا اللجنة بأن البنك الدولي ومصاريف التنمية الإقليمية يجب تزيد القروض (بدون امتيازات) لهذه البلدان للارتقاء بالأنظمة الصحية هذا يجب أن يكون بالموازنة مع النتائج المترتبة على الإقتصاد الإجمالي من زيادة الديون .

وبالرغم من العجز الواضح في الموارد، أعلنت اللجنة ملائمة رفع المستوى، وقد زادت المعونات الصحية خلال الأعوام السابقة (بالرغم من أن معونات التنمية الرسمية قد انخفضت) لأن حكومات الجهات المانحة أصبحت على دراية كبيرة بتهديد الأمراض السارية للأمن العالمي وبانتشار الأمراض السارية ونواقل الأمراض خلال الرحلات الدولية والتجارية والهجرة.

إن الموارد والأفكار المبتكرة الداخلة في القطاع الصحي من المعونات الخاصة والمؤسسية هي مشجع آخر للتنمية .

2-2-1-2- وسائل جديدة للاستثمار في الصحة من أجل التنمية:

إن إيجاد وسائل جديدة لاستخدام الموارد الإضافية أمر حاسم لتحسين الصحة و الحد من الفقر لإحراز تقدم يعتد به نحو أهداف التنمية في الألفية الثالثة، وبما أن رفع المستوى سيحتاج إلى زيادة كبيرة في التمويل الدولي فإن المشاركة المعالة بين الجهات المانحة والبلدان المتلقية على

أساس من الثقة المتبادلة والأداء المشترك، هو أمر أساسي، سوف تساعد هذه المشاركة بين البلدان الغنية والفقيرة في تعبئة الاستثمارات الصحية، ورفع مستوى الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية مع التركيز على تدخلات خاصة لمحاربة الأمراض الرئيسية، ومن خلال المشاركات الجديدة يجب تطوير التمويل الصحي ليكون متوازيا مع الصلاحيات اللازمة للبلدان وتحسين التعبئة لعائدات الضرائب من أجل الصحة، وفي هذا السياق يجب تغيير آليات التمويل من الجهات المانحة لتضمن التخفيف من عبء الديون .

تحتاج الجهود المبذولة في الحصول على مزيد من دعم الجهات المانحة إلى آليات مالية مبتكرة مثل: الصندوق العالمي لمحاربة الإيدز والسل والملاريا (GFATM)، والإتحاد العالمي للقاحات والتمنيع (GAVI) وتأسيس الصندوق العالمي للبحوث الصحية (GHRF)، وذلك للمساعدة على تحويل الإنفاق إلى البحث والتطوير، ولدعم مبادرات الحد من الفقر فإن إطار عمل فعالة مثل ورقة إستراتيجية مكافحة الفقر (PRSP) هي وسائل واعدة لتحديد العلاقات بين البلدان المانحة و المتلقية والأشكال الجديدة لتقديم التمويل الإضافي ورفع مستوى القطاع الصحي، مثل الأسلوب الشامل لكامل القطاعات (SWAP) يمكن أن تساعد الجهات المانحة والبلدان المتلقية كأداة نافعة لتنسيق الخطط والأعمال .

كما تقترح الأدلة المقدمة من اللجنة أن الحد من الفقر سيكون أكثر فعالية إذا زادت أيضا الاستثمارات في القطاعات الأخرى، فالاستثمارات التكميلية والتعاون بين القطاعات مثل: التعليم، والمياه، والبيئة، والقطاعات الأخرى، سيكون له تأثير على الصحة، وعلاوة على ذلك، فإن ارتباط وتعاون القطاع الخاص، لاسيما صناعة المستحضرات الصيدلانية، هو الأساس لضمان الأدوية الضرورية جدا إلى البلدان المنخفضة الدخل .

أحد الأولويات الكبرى للجنة المعنية بالاقتصاديات الإجمالية والصحة لرفع مستوى الجهود المبذولة هو استخدام نظام الاقتراب من الزبون (CTC) المبتكر ذو البنية الجيدة، وذلك للمساعدة على زيادة التغطية الصحية للفقراء، لكن تأسيس نظام فعال للاقتراب من الزبون ليس مهمة سهلة، فهو يحتاج إلى قيادة وطنية قوية مقترنة بالقدرة والمسؤولية المحلية، وهذا سيتطلب التزاما سياسيا متجددا، وزيادة في القدرة التنظيمية، وإتاحة للشفافية بصورة كبيرة في الخدمات العامة وفي تقدير الميزانية، مدعوما بزيادة التمويل والشفافية .

2-2-1-2-3- تسيير الاستثمار في الصحة: [42]ص25

إن تسيير الاستثمار في الصحة سوف يسهل أعمال الهيئات الدولية كما يلي :

أولاً- يسهل إطار عمل ورقة إستراتيجية الحد من الفقر (PRSP): آليات تمويل الجهات المانحة ويتضمن من :

- المزيد من شطب الديون [43] ؛
 - قيادة رسمية في إعداد الاستراتيجيات الوطنية؛
 - أسلوب شامل للحد من الفقر؛
 - التنسيق بين الجهات المانحة دعماً لأهداف البلد؛
 - مشاركة المجتمع المدني في كل خطوة من خطوات العملية. [44]
- ثانياً- اللجنة الوطنية المعنية بالاقتصاديات الإجمالية و الصحة (NCMH):**

- يمكن أن تقود مهمة رفع المستوى من خلال :
- تقييم الأولويات الصحية ؛
 - تأسيس إستراتيجية لرفع المستوى؛
 - التعاون مع القطاعات ذات العلاقة بالصحة؛
 - ضمان إطار عمل سليم للاقتصاديات الإجمالية ؛
 - إعداد القيمة القاعدية البوئية ، والأهداف العلمية ، وخطة التمويل وذلك بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي .

ثالثاً- الأساليب الشاملة لكامل القطاعات (SWAps):

- يمكن أن تسهل رفع المستوى عن طريق إمداد الجهات المانحة والمتلقية بآليات تنسيق مبتكرة لتقديم الدعم الإضافي من خلال :
- تخطيط مشترك بين البلدان المانحة والسلطات الوطنية ؛
 - الموافقة على استراتيجيات الدعم ؛
 - تجميع المساعدات للإستراتيجيات التي تقودها البلد والموضوعة من قبلها .

رابعاً- الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFATM):

يمكن أن يدعم رفع المستوى عن طريق تمويل البر امج القطرية وقد اقترحت اللجنة أن ترفع سنويا المبلغ 8 بلايين دولار أمريكي إلى الصندوق العالمي لمحاربة الإيدز والسل والملاريا بداية من سنة 2007 ، وذلك من إجمالي معونات الجهات المانحة المقترح أن يكون 22 بليون دولار أمريكي.

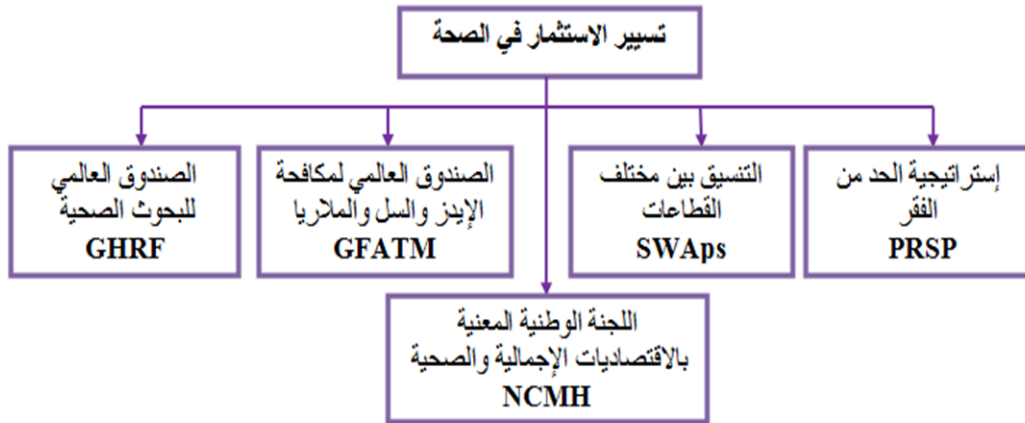
- ويجب على الصندوق العالمي لمحاربة الإيدز والسل والملاريا أولاً :
- توجيه مساعدات للبلدان الفقيرة ؛
 - تقديم الدعم للبلدان ذات الاستراتيجيات الحيوية ؛

- تقديم المنح لإعداد الاقتراحات ؛
- تشجيع الاقتراحات للتعبير عن الحوار الوطني العام حول الصحة ؛
- دعم الجهود المالية الواضحة .

خامسا- الصندوق العالمي للبحوث الصحية (GHRF):

ويمكن أن يدعم البحوث الأساسية و التطبيقية في ميدان العلوم البيولوجية والصحة المتصلة بالمشاكل الصحية لدى الفقراء، و بحوث النظم والسياسات الصحية المطلوبة لمواجهة هذه المشاكل، وتقدر اللجنة أن يخصص سنويا مبلغ 1,5 بليون دولار أمريكي لعمل الصندوق العالمي للبحوث الصحية كجزء من 3 بلايين دولار أمريكي التي تعهدت الجهة المانحة من اجل البحوث والتطوير .

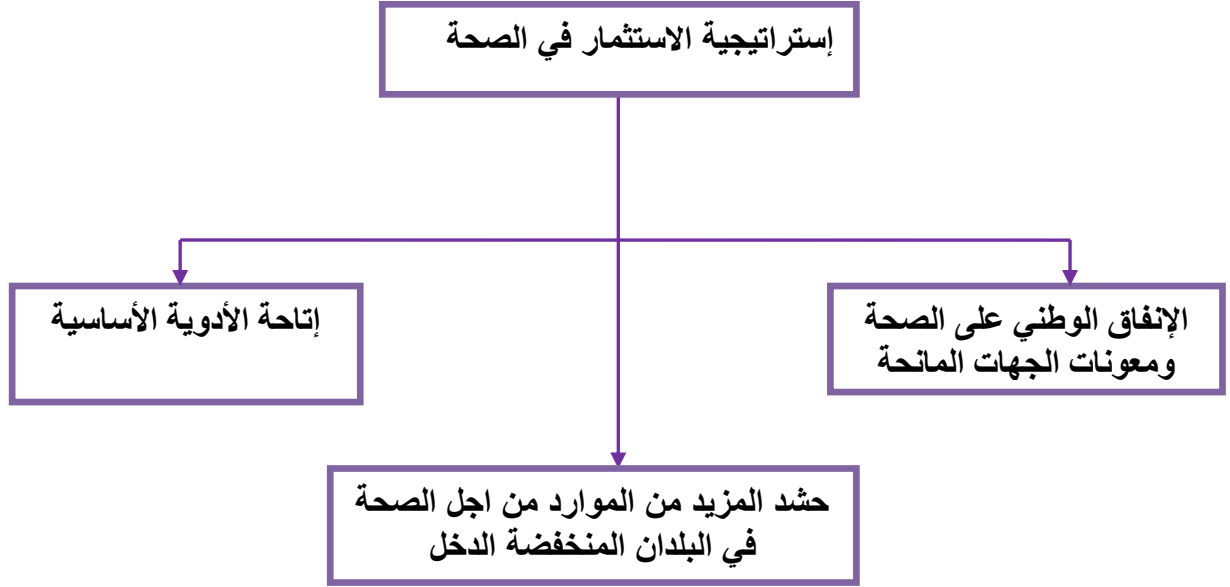
ويمكن توضيح ذلك في المخطط التالي : [45]



4-2-1-2- إستراتيجية الاستثمار في الصحة [46]:

تتمثل إستراتيجية الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية وبخاصة في البلدان العالم الأشد فقرا، في شراكة عالمية جديدة بين البلدان النامية و المتقدمة، فاتخاذ إجراءات جزئية وفي الوقت المناسب يمكن أن يرفع حياة 8 ملايين من البشر على الأقل كل عام بنهاية هذا العقد، ويحلي متوسط عمر الفقراء ويزيد من إنتاجهم وعافيتهم الاقتصادية، ومثل هذا الجهد سيحتاج إلى مبادرتين هامتين : الأولى تتمثل في زيادة في الموارد التي تنفق حاليا في القطاع الصحي سواء من جانب البلدان الفقيرة أو الجهات المانحة، والثانية تتمثل في التصدي للعقبات غير المالية التي حدثت من قدرة البلدان الفقيرة على تقديم الخدمات الصحية .

وإن حجم الجهد المتزايد يعكس من عدة نواحي، مستويات الدخل الشديدة الانخفاض في البلدان المعنية ومستويات الإنفاق الزهيد على الصحة حالياً في تلك البلدان، والتكاليف المطلوبة لتحقيق الحد الأدنى الكافي لمستوى الإنفاق على الصحة وسوف نلخص هذه الجهود المبذولة لتحقيق إستراتيجية مثمرة في النقاط التالية: [45]



أولاً- الإنفاق الوطني على الصحة ومعونات الجهات المانحة:

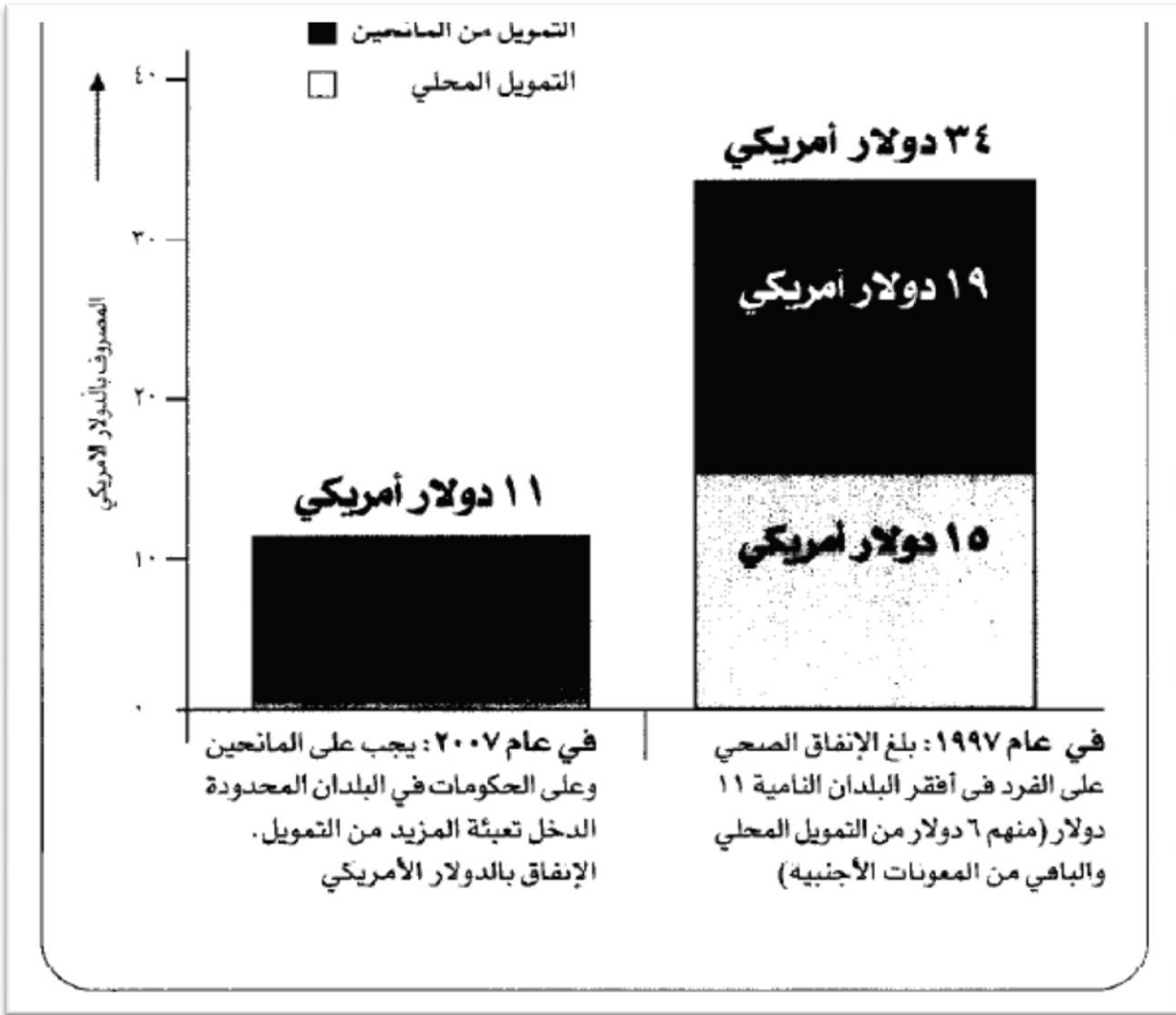
يجب على كل بلد من البلدان المنخفضة و المتوسطة الدخل أن تنشئ لجنة وطنية مؤقتة تعني بالاقتصاد الإجمالي والصحة، أو ما يعادلها لوضع برنامج طويل الأجل لرفع مستوى التدخلات الصحية الأساسية كجزء من إطارها في "ورقة إستراتيجية مكافحة الفقر".

يجب على منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي مساعدة اللجان الوطنية في وضع بيانات وبائية مرجعية ، وأهداف تشغيلية وإطار للتمويل الطويل الأمد الذي تقدمه الجهات المانحة .

وقد جاء في تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاديات الإجمالية والصحة أن أقل إنفاق لرفع مستوى مجموعة من التدخلات الأساسية هو 34 دولار أمريكي في المتوسط لكل فرد / كل سنة ، وهذا يشمل ما هو ضروري لمحاربة تفشي وباء متلازمة العوز المناعي المكتسب من بين أقل البلدان نموا والذي يصل عددهم 48 ، وبالتالي متوسط إجمالي الإنفاق على الصحة حوالي 11 دولار أمريكي لكل فرد كل سنة ومنها 6 دولار أمريكية تأتي من موارد الميزانية (وتشمل دعم الجهات المانحة) والباقي يأتي من إنفاق غير حكومي وهذا حسب عام (1997).

إن مستويات دعم الجهات المانحة منخفضة جدا وتقدر بـ 2,29 دولار أمريكي لكل فرد من أقل البلدان نموا وهذا في الفترة 1997-1999 ، والشكل رقم (8) الموالي يوضح ذلك:

شكل رقم 08: تكلفة التدخلات الأساسية [46] ص 15



ثانيا- حشد المزيد من الموارد من أجل الصحة في البلدان المنخفضة الدخل: [46]

كإستراتيجية أساسية لإعادة تشكيل التمويل الصحي يجب القيام بـ 6 خطوات أساسية :

- زيادة الموارد في الميزانية المحلية للصحة بمقدار 1 % من الناتج الوطني الإجمالي ابتداء من 2007 ليصل إلى 2% من الناتج الوطني الإجمالي بحلول عام 2015 وهذا يعني للبلدان المنخفضة الدخل نفقات إضافية في الميزانية تراوح بين 23 مليار دولار سنة 2007 و 40 مليار دولار بحلول عام 2015 حيث تكون حصة البلدان الأقل نمواً بين 4 مليارات دولار عام 2007 و 9 مليارات دولار بحلول عام 2015 ؛
- زيادة دعم الجهات المانحة لتحويل الإمداد بالمنافع العامة وضمان وصول الفقراء للخدمات الأساسية، وتمثل هذه المنافع العالمية العالمية في ترصد الأمراض على المستوى

الدولي، وجمع البيانات وتحليل الاتجاهات الصحية في العالم (مثل عبء المرض) وتحليل وتعميم أفضل الممارسات الدولية في مكافحة الأمراض والتنظيم الصحي؛

- تعميق مبادرة البلدان الفقيرة HPIC لتغطية البلد ومدى شطب الديون؛
- تحويل النفقات غير الحكومية إلى برامج مسبقة الدفع، ويشمل برامج ميزانية المجتمع؛
- التصدي لعدم فعالية أسلوب تخصيص الموارد الحكومية واستخدامها؛
- إعادة توزيع الإنفاق العام بسحبها من النفقات غير منتجة وتوجيهها إلى برامج القطاع الاجتماعي المعنية بالفقراء.

ثالثاً- إتاحة الأدوية الأساسية: [42]ص22

لا يستطيع الكثير من الناس في البلدان المنخفضة الدخل الحصول على الأدوية الأساسية ويعود السبب الرئيسي في ذلك إلى عدم قدرة الفقراء، أو حكوماتهم على شرائها ولهذا يجب على صناعة المستحضرات الصيدلانية الدولية بالتعاون مع البلدان المنخفضة الدخل ومنظمة الصحة العالمية أن تضمن حصول البلدان المنخفضة الدخل على الأدوية الأساسية من الالتزام بتوفير الأدوية الأساسية بأدنى سعر تجاري ممكن في تلك البلدان، وأن تمنح الترخيص بإنتاج الأدوية الأساسية لمنتجات الأدوية غير المسجلة الملكية وفقاً لما تقتضيه التكلفة، ويجب على حكومات البلدان الأعضاء في منظمة التجارة العالمية أن تضمن حماية كافية للبلدان النامية وبخاصة لحد البلدان التي تنتج المستحضرات الصيدلانية المعنية أن تطبق الترخيص الإلزامي للواردات من المنتجين لأدوية غير مسجلة الملكية في البلدان النامية وأن تضمن الجهات المانحة التمويل الملائم لشراء الدواء والاستعمال الآمن له.

2-1-2-5- الإستثمار المعرفي في قطاع الصحة: [46]

إن زيادة الإستثمار في القطاع الصحي يعتبر في حد ذاته زيادة كبيرة، إلا أن هناك حاجة لإستثمارات إضافية مكملة في المجالات ذات التأثير الهام على تخفيف وطأة الفقر (بما في ذلك التأثيرات على الصحة) وهذه تتضمن التعليم، والمياه والإدماج، والتحسين الزراعي، فالتعلم على سبيل المثال، محددة أساسي للحالة الصحية، كما أن الصحة محددة أساسي لحالة التعليم، والإستثمار في هذين القطاعين المختلفة تؤدي إلى أحسن النتائج إذا تمت معاً، وهذه نقطة أكدت تقديرات للتكلفة خارج القطاع الصحي.

كما أن الإستراتيجية الصحية العالمية السليمة ستستثمر في المعرفة الجديدة أيضاً وأحد المجالات الهامة للإستثمار المعرفي هو البحوث العملية بشأن بروتوكولات العلاج في البلدان المنخفضة

الدخل وما زال هناك الكثير مما يمكن تعلمه عن الأمور التي تحقق أو لا تحقق الغرض المنشود منها والأسباب الكامنة وراء ذلك .

وهناك أيضا حاجة ملحة للإستثمار في تكنولوجيا جديدة ومحسنة لمكافحة الأمراض الفتاكة ، فالنقد الحديث في علم الجينوميات genomics على سبيل المثال ، يتقرب بنا من إستحداث اللقاحات التي طال البحث عنها للملاريا والإيدز والحماية من السل مدى الحياة ، ولذلك تدعو اللجنة المعنية بالإقتصاديات الإجمالية والصحة إلى زيادة كبيرة في تمويل عمليات البحث والتطوير على الصعيد العالمي في مجال الأعباء الثقيلة لأمراض الفقراء .

كما أن الإستثمار في الأبحاث العلمية الأساسية والتطبيقية في العلوم الصحية والطبية الحيوية في البلدان المنخفضة الدخل يحتاج إلى التوسع فيها، بالإضافة إلى زيادة البحث والتطوير الهادف إلى مكافحة أمراض معينة .

ويجب تحقيق تقدم كبير في المعارف الوبائية وذلك من خلال نظم محسنة للترصد surveillance والتبليغ reporting ، وتعد مثل هذه المعرفة بالنسبة للصحة العمومية من بين أهم الأدوات المتاحة للنجاح في مكافحة الأمراض .

كما هناك حاجة ملحة إلى نظام محسن جدا لتقديم المشورة والتدريب في جميع أنحاء البلدان المنخفضة الدخل ، حتى يمكن الدروس المستفادة من أحد البلدان في أماكن أخرى .

والإنتشار الدولي للمعرفة الجيدة وأفضل الممارسات يعد واحدة من أهم القوى الرئيسية رفع المستوى، وهي المسؤولية الرئيسية للمنظمات مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، والهدف الذي أصبح تحقيقه الآن أيسر من خلال الوسائل المنخفضة التكلفة المتوفرة على طريق الانترنت .

وللمساعدة في توجيه نفقات البحث والتطوير المتزايدة فإنه تم إنشاء "صندوق عالمي لبحوث الصحة" تبلغ إعماداته حوالي 51 مليار دولار سنويا ، وهذا الصندوق يدعم البحوث الأساسية والتطبيقية في ميدان العلوم البيولوجية والصحة المتصلة بالمشاكل الصحية التي تصيب فقراء العالم.

كما يجب المبادرة في دعم البحوث القائمة، والتي تشمل " البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال الأمراض المدارية" و«مبادرة بحوث اللقاحات" و " البرنامج الخاص للبحوث والتدريب على البحوث في مجال الإنجاب البشري"، وجميعها من برامج منظمة الصحة العالمية. وتعتبر إجراءات البحوث والتطوير اللازمة لمشروعات طويلة المدى، وتحتاج إلى تمويل دولي، لذا يبقى التهيؤ بزيادة التمويل أمرا حيويا، ويمكن أن يقوم المنتدى العالمي لبحوث الصحة " القائم حاليا بدور هام في التخصيص الفعال لهذه المساعدات الشاملة ولدعم هذا التزايد في البحث

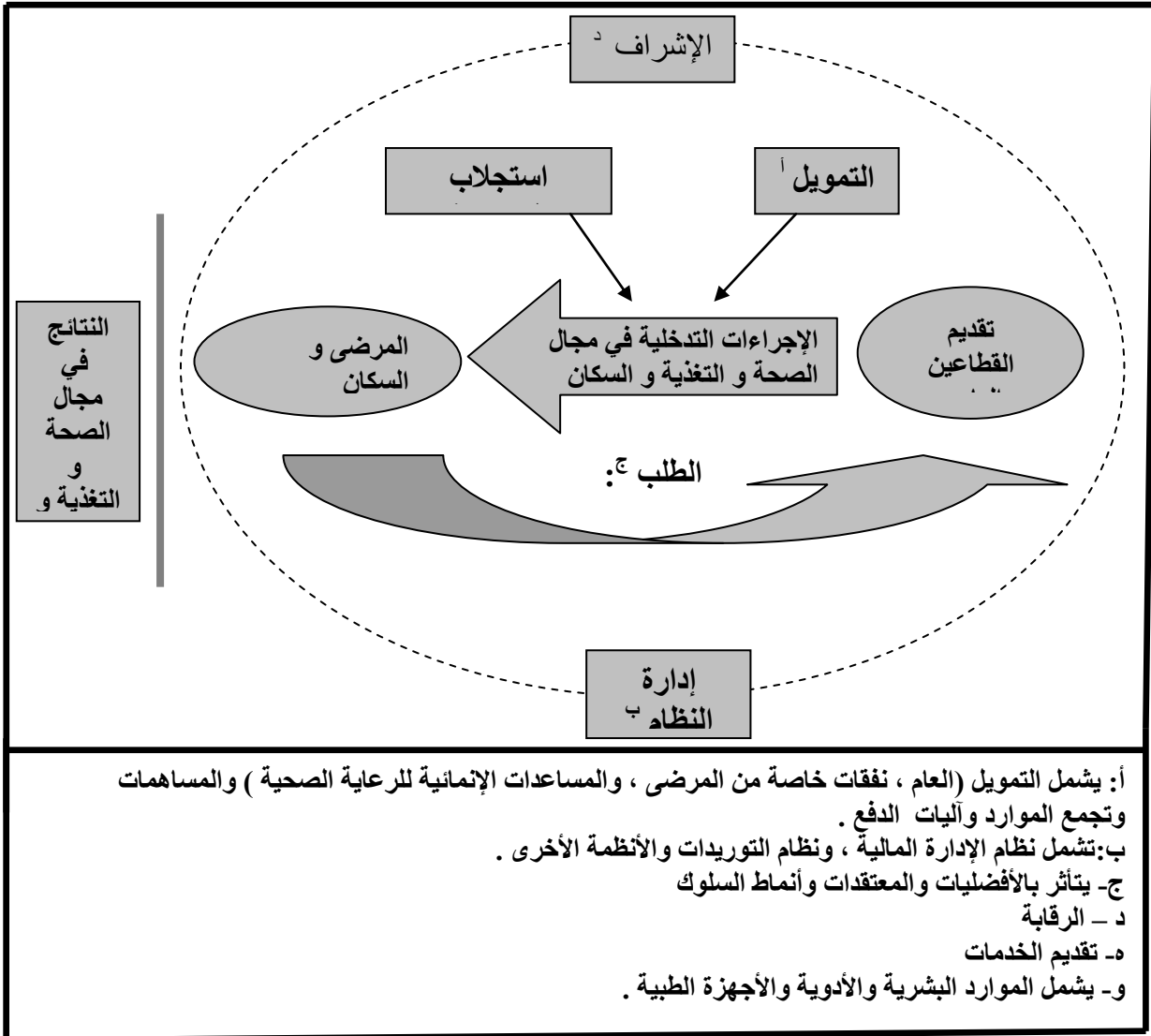
والتطوير يجب إتاحة البث المجاني عن طريق الانترنت للمجلات العلمية الكبرى ، وبذلك تزيد من فرص وصول العلماء في البلدان المنخفضة الدخل لأداة حيوية للبحث العلمي .

6-2-1-2- إستراتيجية البنك الدولي: [47]ص05

لدى البنك الدولي خمسة اتجاهات إستراتيجية في مجال مساعدة البلدان الشريكة على تحقيق نتائج أفضل في مجال الصحة والسكان على مدى السنوات العشر القادمة، وما بعدها، هي:

- تجديد تركيزه على تحقيق النتائج في مجال الصحة؛
- زيادة مساهمته في الجهود التي تبذلها البلدان الشريكة لتدعيم الأنظمة الصحية لتحقيق النتائج المرجوة في مجال الصحة؛
- ضمان الاتساق والتآزر بين تدعيم الأنظمة الصحية وبين الإجراءات التدخلية لمكافحة الأمراض ذات الأولوية ، لاسيما في البلدان المنخفضة الدخل ؛
- تدعيم قدرته على تقديم المشورة للبلدان الشريكة بشأن إتباع نهج متعدد القطاعات إزاء تحقيق النتائج في مجال الصحة.
- زيادة درجة الانتقائية ، وتحسين مستوى التعاون الاستراتيجي ، والتوصل إلى إتفاق مع الشركاء العالميين بشأن التقسيم التعاوني للعمل لمصلحة البلدان الشريكة (الشكل رقم09) .

شكل رقم 09 : وظائف النظام الصحي والعوامل الأخرى المحددة لتحسين أداء النظام [47]



أتاح الالتزام المتزايد للمجتمع الدولي بالصحة فرصة سانحة لم يسبق لها مثيل للبنك الدولي لزيادة مساهمته في تحقيق النتائج في مجال الصحة والسكان على الصعيدين الوطني والعالمي ، ونظراً لتدفق مبالغ قياسية من المعونات إلى برامج الرعاية الصحية العالمية ، فإن البنك ملتزم بالمساعدة في ضمان أن تحقق هذه التدفقات من المعلومات التغيير التحولي المطلوب في شكل تحسين الحالة الصحية ومستوى الدخل داخل البلدان المعنية وفي مجتمعاتها المحلية .
 والبنك الدولي مؤهل – بحكم تركيزه القطري وتواجده على أرض الواقع في البلدان المعنية ، وقدرته على تدعيم الأنظمة الصحية ، ونهجه المتعدد القطاعات – لتعزيز جهود البلدان الشريكة له لتدعيم أنظمتها الصحية لقد تغيرت الصحة العالمية تغيراً جذرياً على مدى السنوات العشر

الماضية لدرجة أننا نحتاج جميعا إلى مضاعفة التزامنا من جديد بمساعدة بلدان العالم النامية ومجتمعاتها المحلية على تحسين الحالة الصحية لشعوبها، وزيادة معدلات النمو الإقتصادي، وتحسين آفاق التنمية .

2-1-3- الوضع الصحي في البلدان العربية:

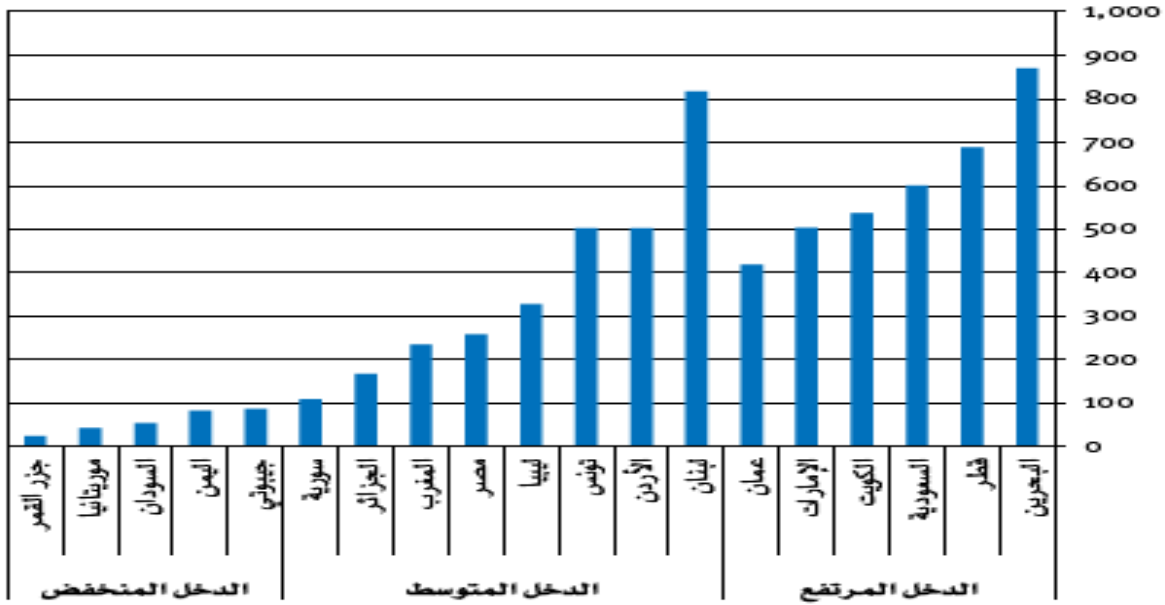
على مدى عقود استثمرت البلدان العربية مبالغ ضخمة في القطاع الصحي، وبخاصة في خدمات الرعاية الصحية، وعلى الرغم من هذه الاستثمارات ظلت الرعاية الصحية تعاني عدة مشاكل، وفيما يلي عدد من الملاحظات المهمة في هذا الصدد: [48] ص 149

- لا يتوافر لدى معظم الدول العربية بعض خدمات الصحة الأساسية (على سبيل المثال، العناية الصحية المجانية للرضع) ، وينطبق ذلك بصورة خاصة على الطبقة الفقيرة في كل من المناطق الحضرية والريفية؛
- تستفيد المستشفيات كميات ضخمة من الموارد في البلدان العربية، وتنفق وزارات الصحة أكثر من نصف ميزانياتها على الخدمات العلاجية التي تعتمد على المستشفيات، والواقع أن بعض المستشفيات الحكومية والخاصة في المنطقة قد أصبحت تتمتع بمكانة مرموقة على الصعيد العالمي، إلا أن ثمة وجوها من التباين الخطير بين مستويات أدائها : فالمناطق الحضرية تحظى بتغطية صحية أوسع مما في المناطق الريفية وليس ثمة تنسيق بين القطاعين العام والخاص ؛
- حاول عدد من البلدان العربية تحسين خدمات الرعاية الصحية الأساسية المقدمة للناس إلا أن هذه المحاولات ما زالت ناقصة في معظم هذه البلدان، وهذا راجع إلى سوء التسيير والإدارة.
- توجه انتقادات واسعة إلى قطاع الصحة العامة نظرا إلى تدني مستوى الجودة وانعدام الكفاءة فيه، وعدم تجاوبه مع احتياجات المرضى، والإحالة المتكررة للمرضى على القطاع الخاص .

وقد حذر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية من الآثار الخطيرة لمثل هذا الوضع وحدد نواحي القصور والاحتياجات الحقيقية وكذا انتهاج مقاربات مناسبة للتعاقد والشراء، وفي تأمين المرافق المناسبة، والصيانة الوقائية، والاستخدام السليم للموارد، والتشديد على مستوى الجودة. ولسوق المعدات والتوريدات الطبية أهمية كبيرة في المنطقة العربية باعتبارها سوقا مربحة تستلزم المزيد من الاستثمارات التي تستهدف الربح ، ويرجع هذا لأهمية قطاع الخدمات الصحية ،لأن من الثابت أن توافر التقنيات الراقية يمكن أن يزيد من مستوى الطلب ، إلا أن التكلفة العالية

، لهذه التقنيات إضافة إلى تكلفة الخدمات الصحية، سوف تولد ضغوطات اقتصادية على البلدان العربية ذات الدخل المنخفض والمتوسط على حد سواء .

شكل رقم 10 : التفاوت في الإنفاق على الصحة في البلدان العربية 2004 [48] ص 157



نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في العام 2004 (مُعادِل القوة الشرائية بالدولار)

وقد ساهمت هذه الضغوطات في عدة بلدان عربية على إقامة مراكز إقليمية ذات تقنية عالية لاجتذاب المرضى الراغبين في التمتع بخدمات طبية ذات تقنية متقدمة ، وما دام الأثرياء في البلدان الغنية ، وحتى الفقيرة ، هم القادرون أكثر من غيرهم على اجتياز الحدود الوطنية سعياً وراء الرعاية الصحية ، فإن " السياحة الطبية " تستنزف العملة الصعبة الثمينة (الدولار) في بلدانهم الأصلية ، ففي اليمن مثلاً ، ينفق على العلاج في الخارج نحو 29 % من إجمالي الإنفاق من الأموال الخاصة والعامة ، وفي حالة المرض تدفع العائلة اليمنية ، من جيبها الخاص ما يقارب ريالين من كل ثلاثة ريالات يمنية يتم إنفاقها على الرعاية الصحية .

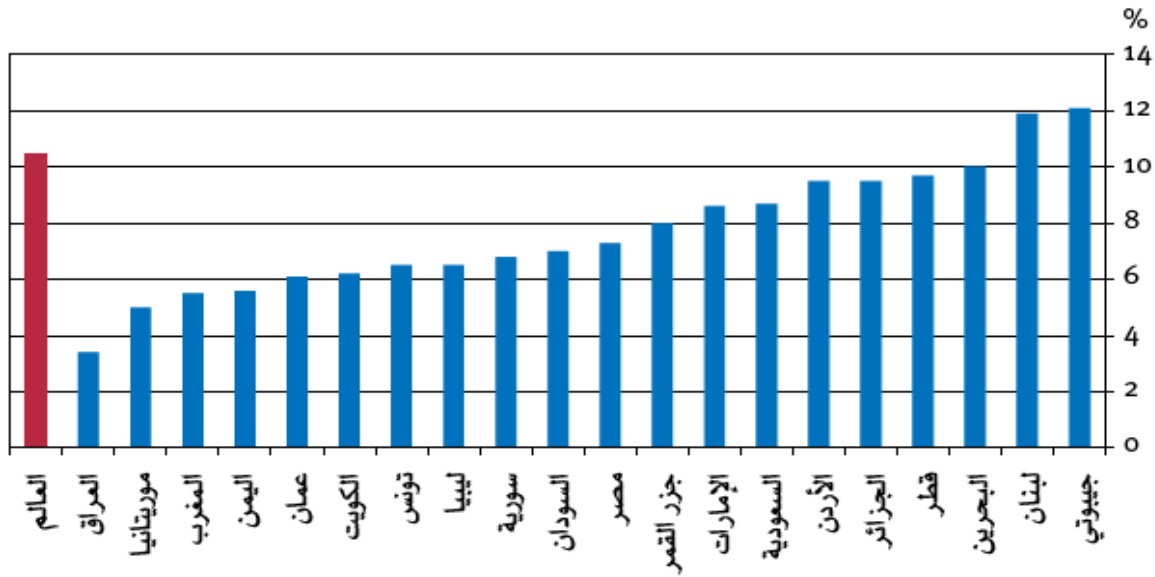
2-1-3-1- عدم كفاية التمويل بشكل عام في مجال الصحة:

تمثل النفقات الصحية في أكثر البلدان العربية ما يتراوح بين 2,4 % و 6 % من الناتج المحلي الإجمالي وهذه النسبة أعلى في لبنان و الأردن (12 و 10 % على التوالي) ، وهي الأقل في العراق و الصومال (2,4 و 2,6 % على التوالي) ، ويتجلى التفاوت الواضح داخل

الإقليم في الإنفاق الفعلي على الصحة وهو يتراوح بين 25 دولارا و 871 دولارا للفرد ، كما تؤثر الترتيبات المالية لتمويل الرعاية الصحية تأثيرا كبيرا في أمن الإنسان فباستثناء بلدان الخليج العربية ، ترصد غالبية البلدان العربية مبالغ لا تذكر نسبيا للقطاع الصحي ، وفي كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط ، حيث تتراوح النفقات الخاصة على الصحة بين 20 و 72 % من النفقات الإجمالية في هذا المجال، لا تتفق الحكومات إلا القليل على القطاع الصحي، وتعد جيبوتي ولبنان من الحالات الاستثنائية المتميزة حيث الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من النفقات الحكومية الإجمالية يتجاوز المعدل العالمي، أما من حيث مستويات التمويل المطلقة فإن البلدان المنتجة للنفط تستثمر مبالغ مالية ضخمة بيد أن تلك الاستثمارات لا تترجم نفسها كغطاية صحية منصفة وعادلة لجميع السكان . [48]ص158

شكل رقم 11: نصيب الإنفاق على الصحة العامة من إجمالي الإنفاق الحكومي (%) في 20

بلدا عربيا، 2005 [48]ص158

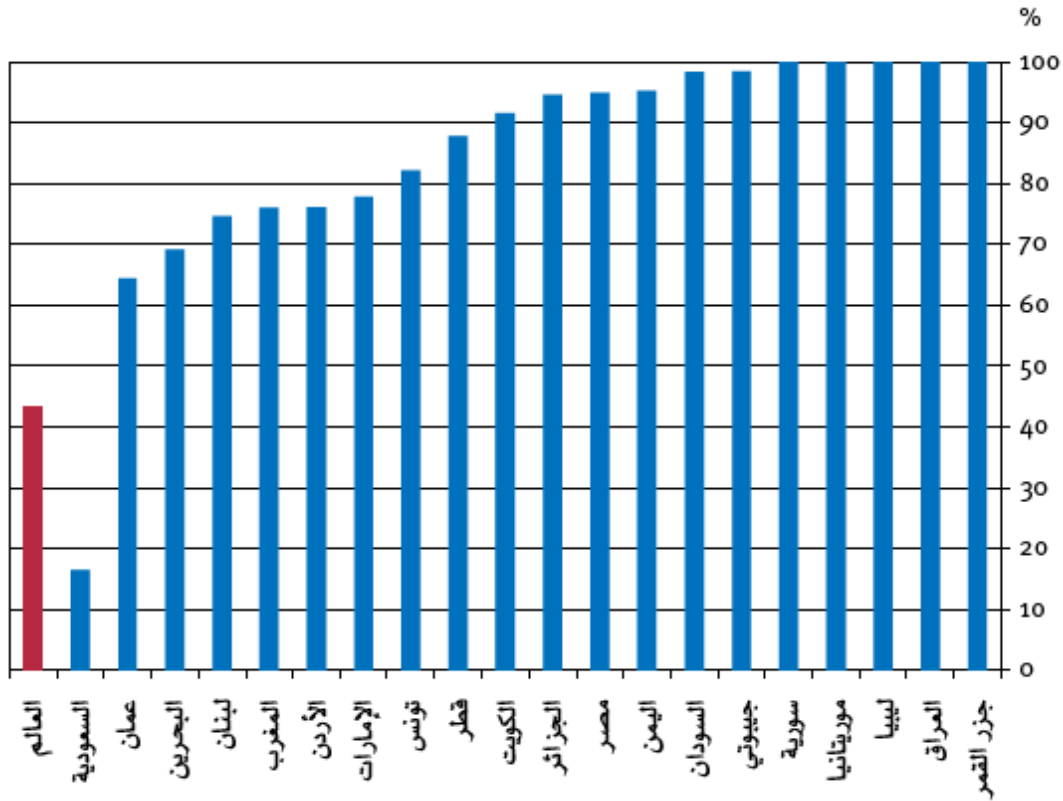


إن إنفاق القطاع الخاص على الصحة لا يعوض النقص في الإنفاق الإجمالي، وذلك أن برامج التأمين الصحي الخاصة بالموظفين ، وهي التي تمثل في البلدان المتقدمة القنوات الرئيسية للتمويل الخاص للخدمات الصحية ، لا تقدم إلا ميزات طفيفة ما يلقي على كاهل المواطنين العرب وأسرهم عبئا ثقيلا من النفقات المتصلة بالصحة وكما يوضح الشكل رقم (11) فإن الإنفاق الشخصي في 19 بلدا عربيا من أصل 20 بلدا شملتها الدراسة مرتفع جدا مقارنة بمثيله في بقاع أخرى من العالم ، ولذلك تأثير كبير في أوضاع الأسرة ذات الدخل المنخفض حيث أن وقوع رب الأسرة فريسة لمرض خطير أو مكلف سيدفع بالعائلة إلى هاوية الفقر، بل أن العائلات في البلدان

ذات الدخل المتوسط معرضة للمخاطر لأن قدرتها الشرائية محدودة مع استمرار الكلفة الصحية بالتصاعد نتيجة التوسع في إتباع سياسات لا تأخذ بالحسبان مستويات الدخل بين مختلف الفئات.

شكل رقم 12: نصيب الإنفاق الشخصي على الصحة من الإنفاق الصحي الخاص (%) في 20

بلدا عربيا، 2005 [48]ص158



* ملاحظة: يعني الإنفاق الشخصي كل ما تدفعه الأسرة، بما في ذلك المنح والدفعات العينية، للأطباء ومزودي الأدوية والمعدات العلاجية، وأية سلع أو خدمات أخرى ترمي أساساً إلى الإسهام في استعادة الأوضاع الصحية للأفراد أو الجماعات السكانية أو تعزيزها، وهي جزء من النفقات الصحية الخاصة.

2-3-1-2- نقص الموارد و تدنى مستوى الأداء :

تعاني نظم الصحة في البلدان العربية أحيانا ضعف القدرات في مجال الصحة العامة، وثمة خصائص عدة تدل على هذه الظاهرة مثل الأداء المتدني للعديد من المؤسسات الصحية العامة وعدم صلاحية البنية الحالية لنشر الوعي العام حول شؤون الصحة، وإعطاء الصحة العامة القليل من الأهمية في عملية صنع القرار، وينعكس هذا الوضع بدوره في الانطباعات والمدرجات الشعبية السلبية التي تشكلت بين الناس عن أداء قطاع الصحة العامة، ونظرا إلى نواحي القصور

هذه يصبح القطاع الصحي غير مهياً بما فيه الكفاية لأداء المهمات المطلوبة لضمان الأمن الصحي العام.

2-1-3-3- إشكالية الإدارة في النظم الصحية : [48]ص159-160

تعاني الإدارة في مؤسسات النظم الصحية العربية من بيروقراطية⁽¹⁾ هرمية قاصرة، ذات أهداف سياسية غالباً ما تتعارض مع النهوض بالصحة العامة، فكبار المسؤولين أصحاب النفوذ والمصالح خارج المستشفيات والعيادات يمارسون نفوذهم في داخلها أيضاً، وغالباً ما تتحكم في إدارة هذه المؤسسات توجيهات ومعايير ونظم بالية قليلة المعرفة وأحياناً بلا قيمة أما الحوافز في هذه النظم فتعمل عكس المطلوب ما يؤدي إلى كبح الابتكار والمبادرة والارتقاء بمستوى الكفاءة، يضاف إلى ذلك أن التسلسل الهرمي للرقابة قد لا يسمح للمؤسسات الصحية بالتكيف والتجاوب مع المشاركة الشعبية والتمكين الضروري لتحقيق أهداف أمن الإنسان بصفة عامة، وخدمة صحة الفقراء بصفة خاصة .

أولاً- افتقار الرؤية الواضحة لمحددات الصحة الأساسية:

النظم الصحية العربية الراهنة لا تؤكد بدرجة كافية المحددات الصحية المهمة وغير مباشرة المتعارف عليها في أوساط المعنيين بالتنمية الإنسانية، مثل الجودة النوعية ودرجة التغطية في مجالات التعليم، وتمكين المرأة، والعدالة الاجتماعية والاقتصادية وهي غير مهياً، ذهنياً للتعامل مع العوامل الرئيسية التي تؤثر تأثيراً واضحاً في صحة وأمن الإنسان، مثل الجنوسة والطبقة الاجتماعية والهوية والاعتبارات الإنسانية .

ثانياً- عدم المساواة في توزيع المهنيين والمعاونين في المجال الصحي :

باستثناء البلدان العربية الأكثر فقراً، مثل السودان والصومال واليمن (حيث يقل عدد الأطباء عن خمسين لكل مائة ألف من السكان) تتمتع معظم البلدان العربية ب أعداد مقبولة نسبياً من الأطباء بالنسبة إلى عدد السكان، مع أن غالبية الأطباء العاملين في بلدان الخليج هم من العمالة الوافدة، ومع ذلك فإن الأطباء لا يتوزعون توزعاً منصفاً في بلدانهم الأصلية، حيث يتمركز معظمهم في المناطق الحضرية، وثمة نقص شديد في أعداد العاملين في مجال الصحة العامة، وفي أعداد أطباء الأسنان والمرضين والمعاونين الطبيين الذين لا يتوزعون توزعاً منصفاً على الإطلاق بين المناطق الحضرية والريفية، وبين المستشفيات والمراكز الأساسية وتعاني المنطق العربية ارتفاع معدلات " هجرة الأدمغة" وبخاصة في أوساط المهنيين في مجال الصحي، سواء من بلدان الدخل المنخفض أم المتوسط إلى البلدان العربية المرتفعة الدخل أ و إلى دول أميركا الشمالية و أوروبا .

2-2- التنمية الصحية والأهداف الإنمائية للألفية:

تعد اليوم الأهداف الإنمائية للألفية التي صادق عليها زعماء العالم سنة 2000 [49] الإطار العام الذي يسمح بمتابعة وتقييم مستويات نمو مختلف المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية التي تركز عليها السياسات العامة والاجتماعية، وإقامة المقارنات الإقليمية والدولية، ولا تقتصر مقارنة الأهداف الإنمائية على التقييم الأولي للمؤشرات الكمية، سواء أكانت الأهداف الإنمائية الأولى أم الجديدة [50] ، بل يتعداه ليخص كذلك الإستشراف المستقبلي لمختلف المؤشرات، ورصد التطورات والتحويلات المستقبلية في كافة الجوانب الحيوية لحياة الشعوب وضمن السياسات الاجتماعية المناسبة.

فالمؤشرات الكمية التي تسمح بتقييم مستويات تحقيق أهداف الألفية الإنمائية قد تصطم ببعض المعطيات المحلية المختلفة التي لا تتوافق بالضرورة مع التعريف الدولي، لذا فيجب على الدول أن تحاول أن تتوافق مع الأهداف العالمية بما يتلائم مع الخصائص الوطنية وهذا ما سوف نحاول التطرق إليه، كما أن هذه الأهداف أكثر واقعية و ترابط فيما بينها، فمثلا الصحة والفقير بحيث الفقر يسبب تدهورا في صحة الناس كما أن المرض مكلف العلاج قد يؤدي إلى الفقر، والصحة والتعليم مرتبطان، فمثلا" وفيات الأطفال ترتبط بالمستوى التعليمي للأهت. ومن المسائل الأساسية في مجال التنمية نجد الاهتمام بصحة الفقراء التي تعتبر جزء من أهداف أي دولة في العالم ، بحيث لا تطور لدولة شعبها يعاني المرض والجوع .

1-2-2 التنمية والتنمية الصحية :

حينما نتناول قضية التنمية في العالم لا بد أن نبرز الموقع الذي تحتله الصحة على خريطة التنمية أي أن الصحة لا تتعزل عن عناصر التنمية نظرا للعلاقة الوثيقة والتفاعل الدينامي بين صحة الإنسان صانع التنمية وبين التنمية كهدف لهذا تعتبر الصحة هدفا من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي فهي حق أساسي لجميع الشعوب، علاوة على أنها وسيلة مهمة إلى جانب الوسائل الأخرى لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات .

1-1-2-2 مفاهيم عن التنمية :

إننا نحيا اليوم عالما غدت فيه التنمية محور كل جهد وغاية كل خطة، حيث زاد الإهتمام بمعرفة موضوعها، وتبيان مقاصدها وأهدافها، وأصبحت الشغل الشاغل والمهم الرئيسي لكل دعاة التحرر وبناء المجتمعات البشرية .

ونظرا لإتساع مجال التنمية وشمولها جوانب متعددة ، فإن تعريفاتها قد لا تغطي مجالاتها كافة بحيث يجد المنتبع لمسار التنمية من فراغ، بل إنه ذو تاريخ طويل، ساهمت فيه وعبر مراحل مختلفة مناطق وبلدان ومجموعات من الباحثين والمفكرين والتيارات الفكرية والسياسية.

أولا- التطور التاريخي لمفهوم التنمية :

لقد مر مفهوم التنمية بعدة مراحل ، تعكس كل منها طبيعة وظروف الدول النامية على الخصوص ومراحل نموها، من حيث طبيعة هياكلها الاقتصادية والسياسية والاجتماعية من ناحية وطبيعة علاقتها بالأنظمة الدولية من ناحية أخرى، من خلال عقدي الأربعينات والخمسينيات كان ينظر للتنمية، على أنها إرتفاع مستوى دخل الأفراد حيث كانت مرادفة لمفهوم النمو الإقتصادي . [51]ص63

وكانت خلال عقد الستينات، تعني مدى قدرة الإقتصاد الوطني على تحقيق زيادة سنوية في الناتج الوطني، بحيث يكون أعلى من معدل زيادة في عدد الفقراء، وإرتفاع معدلات البطالة، فقد أعيد تعريف مفهوم التنمية في منتصف السبعينات، لتصبح عملية تخفيض، أو القضاء على الفقر، سواء توزع الدخل، والبطالة وذلك من خلال الزيادة المستمرة في معدلات النمو الإقتصادي، وقد أصبحت في مرحلة لاحقة تعني النهوض الشامل للمجتمع بأسره، من خلال إشباع الحاجات الأساسية للفرد، بالإضافة إلى تحقيق ذاتيته وشعوره الإنساني، وتوفير حرية الإختيار. [52]ص10-06

ومع بداية التسعينات ، تأكدت الدول النامية أن السياسات التنموية التي إنتهجتها في السابق لم تساهم في حل مشكلاتها، سواء إقتصاديا أو بشريا ، حيث خلقت كل منها مشكلات إضافية .

ثانيا- الملامح العامة لمفهوم التنمية :

تأثر مفهوم التنمية خلال السنوات الأخيرة بتيارات عدة من النظريات والدراسات وأبرز الملامح العامة لهذا المفهوم تتمحور حول نقاط هامة من بينها : [53] ص26

أ- الرؤية: فهو يتضمن رؤية اجتماعية مستقبلية ، ويقترح نموذج تنمية بديلا للنماذج التقليدية، حيث يجب أن تشمل مختلف طبقات الشعب ومكوناته؛

ب- المنهجية: يشد المفهوم على إعتداد منهجية تكاملية تتجاوز التجزئة القطاعية والإقتصادية على المعالجات قصيرة الأجل، إنما تدمج المعالجات ذات الأجل الزمنية المختلفة ضمن تطور إستراتيجي للتنمية ذي طابع شامل مترافق مع التلاحم والإنسجام والتنسيق بين القطاعات والمرافق؛

ج- وضع سياسات ملموسة للتدخل العملي : للتنمية بعد عملي لا يتوقف عند حدود الرؤية المستقبلية ولا عن حدود المنهجية التكاملية ، بل تتضمن ترجمة هذه الرؤية وهذه المنهجية إلى

سياسات عملية وبرامج تدخل قابلية للتطبيق في الميدان ، وفي الظروف المحيطة بكل بلد ، لكي تكون التنمية متجانسة مع حضارة الأمة وتقاليدها؛

د- أسلوب العمل: يقوم على الإعتماد بان اختلاف المصالح في المجتمع أمر موضوعي وأن الإعتراف بهذا الإختلاف يجب أن يتلائم مع القناعة بإمكانية التوصل إلى حلول وسط وتسويات متحركة بين الأطراف ومصالحها .

نستخلص من كل هذا أن التنمية ليست عملية إقتصادية بحتة ، بل إنها ظاهرة شاملة تتكامل فيها جميع جوانب الحياة من ثقافية وإجتماعية وسياسية وما إلى ذلك .

وتعد التنمية وسيلة لبناء الإنسان، فهو عصبها ومركز إهتمامها وهدفها الأساسي ، فهي تهدف إلى تطوير كفاءة الإنسان وتدعيم إعتماده على نفسه وإطلاق قدراته على العمل، وبعد نموذج التنمية البشرية الحياة في حد ذاته وإطلاق قدراته على العمل، وبعد نموذج التنمية البشرية الحياة في حد ذاتها .

ثالثا- أنواع التنمية:

أسفرت الدراسات المهمة بالتنمية لإيجاد موضوع يشكل المحور الرئيسي والإنشغال الأهم ضمن جملة عناصر هذه الظاهرة وقد يكون الدفاع في هذا محاولة لإيجاد حلول لقضايا المجتمعات المتخلفة ، أو قد يكون لعب دورا جديدا يخدم مصلحة المجتمعات المتقدمة ، إذ لا تخلو الأفكار الإقتصادية من التأثير بإيديولوجيات أصحابها ، وقد أثارت نتائج تطبيق أفكار لم تحقق التنمية ، جدلا في الساحة الفكرية [54]ص111 ولا يسعنا المجال هنا إلى سردها ، هذا الفكر التنموي ينص على برامج تخص جوانب مهمة من مشاكل البلدان المتخلفة هذه البرامج صارت تعد من طرف هيئات ومنظمات أممية ودولية.

هذه البرامج التي تعد إنطلاقا من تحديد مؤشرات معنية ليصبح الهدف هو تغييرها بتفعيل العوامل المؤثرة فيها ، في هذا المنطق ووفقا لترتيبها زمنيا نعرض بإختصاص أنواع التنمية كما يلي :

أ- التنمية الإقتصادية: هي عملية الخروج من التخلف وتبحث نظريات التنمية الإقتصادية أسباب التخلف وكيفية التغلب عليها وتتربط التنمية الإقتصادية بنمو السكان وتراكم رأس المال ومستوى التطور التكنولوجي ، و تركيب السكان وتغيير توزيع الدخل بين طبقات المجتمع ، وتغيير توزيع الإنفاق الوطني بين الاستهلاك والادخار ، ويرى البعض أن التنمية الإقتصادية هي عملية يزداد فيها الدخل الوطني ودخل الفرد في المتوسط مع تحقيق معدلات في قطاعات معنية .

ب- التنمية الإجتماعية: تمثل الخصائص الإجتماعية مكانة في نظرية التنمية كونها تمثل عوامل مشجعة أو معيقة للتنمية ، وشكل تيارا فكريا سمي بالنظرية الس سيولوجية التي ترى في الوسط السسيولوجي للمجتمع التقليدي الذي يوجد فيه الرتابة (الروتين) والتخلف تفسيراً للفقر .

وتمثل التنمية الإجتماعية هدفا إستراتيجيا في ظل النظام الإشتراكي، حيث تتحدد مقدا الأهداف العريضة، والتي يتعين تحقيقها في نهاية مرحلة الخطة، ويتحدوا على أساس هذه الأهداف نمط الأولويات أو المجموعة من الحاجات الإجتماعية، التي تتمتع بأسبوقية في الإشباع على ترتيب تفصيلي فيما بينها يبدأ بالأهم فالمهم .

ج- التنمية البشرية : أن قضية التنمية فرضت نفسها على المجتمع الدولي منذ نهاية الحرب العالمية الثانية، وقد عرف مفهوم التنمية تطورا كبيرا منذ ذلك الوقت، وتعرف التنمية البشرية بأنها عملية توسيع القدرات البشرية والإنتفاع بها [55] ص 49 .

فالتنمية البشرية تتعلق بقدرة الناس على العيش طويلا والوقاية من الإصابة بالأمراض والتعليم والتحرر من الأمية والجوع ونقص الأغذية والتنمية بالحريات المدنية والسياسة، أي التنمية البشرية مؤكدا على جانبين :

أحدهما هو تشكيل القدرات البشرية في مجالات الصحة والتعليم والمعرفة، ومستوى الرفاه، والآخر هو تمكين البشر من إستثمار قدراتهم سواء للتمتع في أوقات الفراغ أو في الإنتاج أو للمساهمة في المجالات السياسية والإجتماعية والثقافية وغيرها.

*** أركان التنمية البشرية:** أدت التغيرات السريعة التي شاهدها عالمنا المعاصر إلى التأكد على هذا المعنى الجديد للتنمية وتبني أساليب ومؤشرات تعطي الجوانب الإجتماعية والإنسانية قدرا واسعا من الحركة في صنع التنمية وقياسها، من هنا يجب نسج التنمية حول الناس وليس نسج الناس حول التنمية، وينبغي أن تكون التنمية للناس وبواسطتهم ومن أجلهم، وبناء على هذا تحددت الأركان الثلاثة للتنمية كالتالي : [53] ص 22

- **تنمية الناس :** يجب على كل مجتمع أن يستثمر في قدرات أفراده، كي يتسرى لهم أداء دورهم الكامل في الحياة الإقتصادية والسياسية والإجتماعية لبلدهم ومع زيادة الإهتمام بهذا الجانب سيكون لتنمية الناس وصفل مهارتهم دور متزايد الأهمية في تمكينهم من أن يقو مواجهد منتج خلاف يساعد على تحقيق النجاح الإقتصادي .

- **التنمية من أجل الناس :** فهم المستهدفون بالتنمية، ولا تكون التنمية بشرية حقيقية إلا إذا أشبعت كل حاجات الفرد وأتاحت الفرص للجميع، وإتخذت الإجراءات الوقائية الضرورية من الناحية الإجتماعية.

- **التنمية بواسطة الناس :** يجب أن يشترك الناس مشاركة كاملة في الجهد التنموي في تخطيط إستراتيجيات التنمية وتنفيذها وذلك من خلال الهياكل الملائمة لاتخاذ القرارات.

والتنمية في محصلتها النهائية، وسيلة وليست غاية فهي وسيلة نحو الإرتفاع بمستوى الإنسان الإقتصادي والإجتماعي والسياسي والثقافي ومادام هذا هو هدف التنمية الحقيقية ، فكل ما يؤدي إلى الإضرار بالإنسان جسداً أو روحاً، لا يكون عملاً معادياً للتنمية حتى لو ارتكب باسمها .

2-1-2-2- التنمية الصحية:

استناداً إلى العديد من الدراسات والتقارير أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والإجتماعية ، وعليه أعتبرت هذه المؤشرات مقياساً لمخرجات التنمية الشاملة ، وقد أشار برنامج العمل التاسع (1996 – 2001) لمنظمة الصحة العالمية " إن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية ... ، ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة " ، وقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة. [56] ص 232-235 كما أكد كل من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة ، وما دامت الأهداف التنموية الألفية مرتبطة أساساً بالصحة فإن إحداث تقدم فيها بدرجة كبيرة يعمل على تحسين الوضع الصحي .

أولاً- الصحة و الفقر: لعل الفقر هو أكثر حلقات التنمية بالصحة وقد عرفت القمة العالمية حول التنمية الاجتماعية عام 1995 للفقر بأنها حالة تتصف بالحرمان الشديد من حاجات الإنسان الأساسية والتي تشمل : الحاجات البيولوجية و التعليم و الرعاية الصحية وقد بينت الدراسات والتقارير والإحصاءات وجود علاقة تبادلية قوية بين الصحة والفقر، فمن جهة تأكد الفقر كمسبب أو كعامل مساعد أو كمحفز لاختلال الصحة فالفقراء يمرضون أكثر من وأشد و يموتون أبكر من الأغنياء وتشكل الأهداف الإنمائية للألفية إطار العمل الرامي إلى الحد من وطأة الفقر وتحقيق التنمية المستدامة ، وثمة تسليم واسع النطاق بمركزية الصحة بالنسبة لهذه الأهداف. [57]

ثانياً- التوظيف في الصحة للحد من الفقر: الفقراء يقاسون صحة أسوأ و يموتون أصغر سناً، بحيث في صفوفهم من وفيات الأطفال والأمهات ما يتجاوز بمعدلاته المتوسط العام وهم يتميزون بدرجات عليا من التعرض للمرض، بينما العناية الصحية والرعاية الاجتماعية لا تطلهم إلا قليلاً.

والصحة هي أيضا للفقراء بصورة خاصة وسيلة اقتصادية شديدة الأهمية، فحياتهم بالذات رهن لها، إذ متى ألم بالفقير مرض أو أصابه مكروه قد تقع أسرته بكاملها في خسارة قوامها اثنان، خسارة للدخل وتكاليف عالية للعناية الصحية.

ولقد صار التوظيف في الصحة يعتبر بالنسبة إلى البلدان النامية - وخصوصا بالنسبة إلى الفقراء من سكانها- شرطا لا بد منه لكسر دورة الفقر، فالصحة الجيدة تساهم في التنمية من جهات عدة: فهي تزيد من إنتاجية العمل ، ومستوى التحصيل التربوي والتوظيف، كما تسهل التحول الديمغرافي.

إن الأساس المنطقي الإنساني والاقتصادي الذي يستند إليه التوظيف في الصحة هو ما يعكسه توافق ناشئ حول ما ترتديه من أهمية مفكرة واسعة محدودة حول تحسين الفقراء.

أما المستند المرجعي الحاضر، فهو من جهة يحدد المكونات الجوهرية التي تتكون منها مقارنة مواثية لصحة الفقراء، ومن جهة أخرى يوفر إطارا للعمل في داخل المنظومة الصحية، وفي ما يتعدى هذه المنظومة عبر سياسات تعتمد في قطاعات أخرى كما عبر مبادرات شاملة.

ثالثا- دعم المنظومة المؤتية لصحة الفقراء: [57] من ميزات مقارنة مؤتية لصحة الفقراء أنها تجعل في طليعة الأولويات إعلاء شأن صحة الفقراء وحمايتها وتحسينها.

وهي تتضمن العمل على توفير خدمات ذات جودة عالية نوعيا في مجال الصحة العامة والعناية الشخصية، وكذا العمل على إيجاد آليات تمويل عادلة، لاعتبارها أساسية لتحسين الصحة والخروج من الصحة العليلة المؤدية إلى الفقر، فعلى وكالات التنمية أن تساعد البلدان على تطوير منظومات مؤتية لصحة الفقراء عبر تقوية القدرات المحلية في مجالات عدة نذكر منها:

أ- تقوية قدرة القطاع العام: على النهوض بالوظائف الحيوية المتمثلة في صنع السياسات، وضبط الممارسات، وتقوية الخدمات الصحية وتأمينها، هي من المستلزمات تذهب إلى أبعد من وزارة الصحة منفردة، وتعكس ضرورة أن تضع إصلاح القطاع الصحي في سياق إصلاحات أشمل لمقومات الحكم.

ب- تطوير خدمات القطاعين العام والخاص: عن الخدمات الجديدة والمستجيبة للحاجات الصحية وبالأخص طلبات الفقراء يجب أن يعطى لها الأولوية، وهو يقتضي التركيز عليه، ولبلوغ هذه الأهداف لا بد من الإستماع إلى أصوات الفقراء وأصوات المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني في تخطيط السيرورة وتنفيذها.

ج- بناء شراكة فضلى مع القطاع الخاص أمر حاسم: فالفقراء يقبلون بكثافة على استعمال الخدمات الخاصة، سواء توخت هذه الخدمات الربح أم كانت مجانية:

والقطاع العام في الكثير من البلدان النامية لا قدرة له على إيصال الخدمات الصحية بحد ذاتها لجميع السكان، ولا على ضمان أن الخدمات الصحية المقدمة من قبل القطاع الخاص تؤسس فعلاً للأهداف المؤتية لصحة الفقراء .

إن نوع الشراكة الذين تستطيع الحكومات أن تطوره مع مقدمي الخدمات من العاملين في القطاع الخاص سوف يختلف تبعاً لأنماط الإستعمال ومكان القوة والجودة النسبية المميزة لها . فقد تختار الحكومات الاستعانة بالمنظمات غير الحكومية لتقديم خدمات معينة أو تتطلع إلى تحسين نوعية الخدمات المتوافرة في القطاع الخاص الذي يتوفى الربح، والحق أن هذا الخيار السياسي سيتطلب تقوية القدرة الحكومية على الضبط والتعاقد والمراقبة.

د- توفير منظومات عادلة لتمويل الصحة: إن توفير منظومات عادلة هو أحد الشروط الأساسية لتحسين حصول الفقراء على العناية الصحية وحمايتها من الكلفة الكارثية للصحة العليلة فهذا الهدف يتطلب إستراتيجيات إجتماعية وحمائية فاعلة تتجه إلى التصدي لمعضلة جميع الأخطاء ونظام الدفع سلفاً ، كما تبعد تسديد " رسوم الخدمة " من الجيب للعناية الصحية الأولية التي تحد من إقبال الفقراء على طلب الإفادة من الخدمات المعروضة .

2-2-1-3- معوقات التنمية الصحية: [58]

لا تقتصر التنمية الصحية على تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات، أو زيادة عددها، والإكثار من عدد الأسرة في المرافق الصحية. بل هي أشمل، إذ ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالرعاية الاجتماعية وخطتها. وتتعكس على الخطط الاقتصادية ونجاحها، وفي الوقت ذاته، تعتمد خطط التنمية الصحية على مقدار تمويل الاقتصاد لها، وهي بمثابة أحد المعايير المهمة لوجود أو غياب التنمية الشاملة أو التنمية المستدامة في أي بلد أو مجتمع والتفكير في إصلاح النظام الصحي العام هو الخطوة الأولى نحو التغلب على معوقات التنمية الصحية بيد أن أغلب الدول النامية في العالم، وكذلك الدول العربية، عاجزة عن مواكبة متطلبات التنمية الصحية. ويختلف تشخيص المعوقات من بلد إلى آخر [59]، كما هو موضح في النقاط التالية:

- غياب القرار السياسي الدافع لنجاحها،
- عجز الموازنات عن تغطية تكاليف خطط التنمية الصحية.
- وكذلك بسبب غياب المنهج الإداري الصحيح لإدارة الشأن الصحي العام.
- بسبب الفساد الإداري والمالي.
- غياب الوعي الصحي العام عند المواطنين

- غياب الرؤية الإستراتيجية للتنمية الصحية عند المعنيين بها
- وبعض الدول والمجتمعات يحول الفقر بينها وبين التنمية الصحية،
- وبعضها عدم الاستقرار السياسي هو السبب.
- ويكمن السبب في بلدان عديدة في حجم معدل الزيادة السكانية السنوي، وعدم قدرة الدول على كبح جماح معدلات الإنجاب .

ومن أسباب ضعف وبطء عجلة التنمية الصحية في أغلب بلدان العالم الثالث، ومن بينها الدول العربية، عدم معرفة الحقائق، وغياب آليات الحصول على البيانات والإحصاءات الدقيقة ، فالمعلومات والمعارف الدقيقة والمناسبة التوقيت حاسمة الأهمية بالنسبة لمتخذي القرارات، وعدم تحديد الأولويات الصحية، ورصد الاتجاهات الصحية. فالبيانات والإحصاءات الجيدة تساعد على استخلاص العبر من المبادرات الصحية الناجحة وتجنّب أخطاء الماضي، كما ذكرت الدكتورة مارغريت تشان المدير العام لمنظمة الصحة العالمية في رؤيتها لمستقبل المنظمة ، التنمية الصحية للفرد تفضي إلى التنمية الاجتماعية وزيادة الإنتاجية في التنمية الاقتصادية وهذا ما أكدته الدكتورة تشان التي تؤمن بـ: «أن تحتل الصحة مكانة مركزية في برنامج العمل الاجتماعي والاقتصادي والسياسي. فالصحة الجيدة تعزز التنمية الاجتماعية والإنتاجية الاقتصادية، وتُساهم في الاستقرار السياسي واستتباب الأمن» لذلك من أهم أهداف التنمية المستدامة «... حق كل إنسان التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه»، عبر تركيز الاهتمام على الإنسان، لأن تحسين الصحة هو السبيل لتحقيق التنمية الشخصية والاجتماعية والاقتصادية المستدامة. بعض الدول العربية تضع الخطط الصحية وتسعى لتجاوز معوقات التنمية ولكنها تحتاج إلى الالتزام الصارم في تنفيذ استراتيجياتها الصحية، من خلال وضع النظام الصحي وآلياته بصورة واضحة وسلسة، وإلا أمست الخطط الموضوعية معرضة للتعثر والفشل، والأموال المبذولة معرضة للهدر والضياع .

وبالتالي تعود لتكتشف مرة أخرى، بعد القيام بالبحوث والدراسات الجديدة، بأن معوقات التنمية الصحية، من أي طبيعة كانت، لا تزال تعرقل الجهود. لذا ينبغي استهداف معالجة تلك المعوقات قبل وخلال العمل على ترجمة خطط التنمية الصحية.

2-2-2- الصحة في الأهداف الإنمائية للألفية:

في سنة 1990، تم تحديد أهداف إنمائية ثمانية للألفية الجديدة (للقرون الواحد والعشرين) والمقرر بلوغها سنة 2015 قصد التقليل من ظاهرة الفقر ومكافحتها من الدول الفقيرة نفسها وبمساعدة الدول المتقدمة الغنية، والتي تتجسد في ثماني أهداف وغايات تسعى كل الدول بلوغها،

سوف نتطرق لها بالتفصيل في هذا المطلب ، كما سوف نتطرق إلى الغاية من هذه الأهداف وكيف يتم تكييفها حسب الخصائص الوطنية.

2-2-1- الأهداف والغايات والمؤشرات المتعلقة بالصحة: [60]

يمكن أن تلخص في الجدول التالي:

جدول رقم 03 : الأهداف والغايات والمؤشرات المتعلقة بالصحة

في مجموعة الأهداف الإنمائية للألفية [61]

المؤشرات الصحية	الغايات الصحية
الهدف 1 : القضاء على الفقر المدقع و الجوع	
الغاية 1 : تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد إلى النصف في الفترة ما بين 1990 و 2015	
4- عدد الأطفال ناقصي الوزن يقل عمرهم عن خمس سنوات 5- نسبة السكان الذين لا يحصلون على الحد الأدنى لاستهلاك الطاقة الغذائية	الغاية 2: تخفيض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع إلى النصف في الفترة ما بين 1990 و 2015
الهدف 2 : تحقيق تعميم التعليم الابتدائي	
الغاية 3: كفاءة تمكن الأطفال في كل مكان ، سواء الذكور أو الإناث منهم ، من إتمام مرحلة الابتدائي بحلول 2015	
الهدف 3: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	
الغاية 4: إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الإبتدائي والثانوي ويفضل أن يكون ذلك بحلول 2005 ، وبالنسبة لجميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015	
الهدف 4: تخفيض معدل وفيات الأطفال	
13 - معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 14- معدل وفيات الرضع 15- نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة الممنعين ضد الحصبة	الغاية 5 : تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990 و 2015
الهدف 5 : تحسين صحة الأمهات	
16- معدل وفيات الأمومة 17- نسبة الولادات التي تجرى تحت إشراف عاملين صحيين من ذوى المهارة	الغاية 6 : تخفيض معدل وفيات الأمومة بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة الثلثين في الفترة ما بين 1990 و 2015
الهدف 6: مكافحة فيروس العوز المناعي البشري / الإيدز و الملاريا و غيرهما من الأمراض	
18- ارتفاع معدل انتشار فيروس العوز المناعي البشري لدى النساء الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 24 عام 19 - معدل استخدام وسائل منع الحمل 20- نسبة الأيتام الذين يزاولون الدراسة إلى المدارس وتزيد غير الأيتام الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و 14 سنة على المدارس 21- معدلات الانتشار والوفيات المرتبطة بالملا ربي	الغاية 7 : وقف انتشار فيروس العوز المناعي البشري / الإيدز بحلول عام 2015 و بدء انحصاره اعتبار من ذلك التاريخ

<p>22 – نسبة السكان المقيمين في المناطق المعرضة لخطر الملاريا الذين يتخذون تدابير فعالة للوقاية من الملاريا وعلاجها</p> <p>23- معدلات الانتشار والوفيات المرتبطة بالسل</p> <p>24 – عدد حالات السل التي اكتشفت وتم شفاؤها في إطار إستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر</p>	<p>الغاية 8 : وقف انتشار الملاريا و غيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 و بدء انحصارها اعتبارا من ذلك التاريخ</p>
الهدف 7: ضمان الاستدامة البيئية	
<p>29- نسبة السكان الذين يستخدمون الوقود الصلب</p> <p>30 – نسبة السكان الذين يمكنهم بصورة مستدامة الحصول على مصدر محسن للمياه</p> <p>31- نسبة السكان الحضريين و الريفيين الذين يمكنهم الحصول على إصاح محسن</p>	<p>الغاية 9: إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات و البرامج القطرية و انحصارها فقان الموارد البيئية</p> <p>الغاية 10 : تخفيض نسبة الأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على مياه الشرب و موافق الإصاح المأمونة إلى النصف بحلول عام 2015</p> <p>الغاية 11: تحقيق تحسين كبير بحلول عام 2020 لمعيشة ما لا يقل عن 100 مليون من سكان الأحياء الفقيرة</p>
الهدف 8 : إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية	
<p>الغاية 12 : المضي في إقامة نظام تجاري و مالي يتسم بالانفتاح و التقيد بالقواعد و القابلية للتنبؤ به و عدم التمييز</p> <p>الغاية 13: تلبية الاحتياجات الخاصة الأقل البلدان نموا</p> <p>الغاية 14 : تلبية الاحتياجات الخاصة للبلدان غير الساحلية و الدول الصغيرة الجزرية</p> <p>الغاية 15 : المعالجة الشاملة لمشاكل ديون البلدان النامية باتخاذ تدابير على المستويين الوطني والدولي لجعل تحمل ديونها ممكنا في المدى الطويل</p> <p>الغاية 16 : التعاون مع البلدان النامية لوضع و تنفيذ استراتيجيات تتيح للشباب عملا لائقا ومنتجا</p>	
<p>46- نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على الأدوية الأساسية بأسعار ميسورة بشكل مستدام</p>	<p>الغاية 17 : التعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية لإتاحة الأدوية الأساسية بأسعار ميسورة في البلدان النامية</p>
<p>الغاية 18 : التعاون مع القطاع الخاص لإتاحة فوائد التكنولوجيات الجديدة ، و بخاصة تكنولوجيا المعلومات و الاتصال</p>	

إن الغايات الإنمائية للألفية كما يوضحها الجدول هي أهداف العالم المحددة كمياً و الملزمة زمنياً للتصدي للفقر المدقع بأبعاده الكثيرة – وهي فقر الدخل – والجوع والمرض وانعدام المأوى اللائق والاستعداد مع العمل في الوقت ذاته على تحقيق المساواة بين الجنسين وزيادة التعليم وتحقيق الاستدامة البيئية وهذه الغايات هي أيضاً حقوق أساسية من حقوق الإنسان – وهي حق كل إنسان على هذا الكوكب في أن يتمتع بالصحة وان يحصل على تعليم وعلى مأوى وعلى

الأمن علي النحو المتعهد به في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وفي إعلان الأمم المتحدة للألفية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2005) .

تلك هي الغايات أما الأهداف تتمثل في الهدف الكمي لهذا البرنامج وهو انتشار أكثر من 500 مليون شخص من هوة الفقر المدقع، وستتوقف معاناة أكثر من 300 مليون شخص من الجوع، وسيتحقق أيضا تقدم هائل في صحة الطفل، ويعمل البرنامج علي إنقاذ أرواح (30) مليون طفل يموتون قبل بلوغهم الخامسة كما يعمل البرنامج لإنقاذ أرواح أكثر من مليوني أم. تحقيق الغايات يعني انخفاض عدد من يفتقرون إلي مياه الشرب الآمنة بمقدار (350) مليون شخص، وانخفاض عدد من يفتقرون إلى فوائد الصرف الصحي الأساسي بمقدار (350) مليون شخص بما يتيح لهم أن يتمتعوا وينعموا بحياة أوفر صحة وأكثر كرامة، ويستهدف البرنامج أعداد إضافية من الفتيات والنساء تقدر بمئات الملايين لتحقيق المساواة بين الجنسين وبتاح لتلك النساء والفتيات الفرصة الاقتصادية والسياسية، وسوف يتوفر لهن مزيد من الأمن والسلامة، ويستهدف هذا البرنامج حياة وآمال من يسعون إلي فرص جديدة لوضع نهاية لعبء الفقر الطاحن وللمساهمة في النمو والتجديد الاقتصاديين (مشروع الأمم المتحدة للألفية (2005 : 2) . إن الغايات الإنمائية للألفية بالغة الأهمية من حيث تغيير الفكر التخطيطي النمطي والتقليدي، ووضع قيد التنفيذ المنهجي، والإصرار على تحقيق هذا النوع من التخطيط يعتبر عملاً جسوراً ينبغي الإصرار على القيام به من قبل كل الدول المعنية.

إن الغاية من وراء أهداف الألفية هو تشجيع الدول على دفع عملية التنمية إلى الأمام بخطوات حثيثة، وهو أمر لا يمكن أن يتم دون هذا الشعور بالملكية الوطنية ، وقد بينت التجارب إن أفضل النتائج تتحقق عندما ينجح البلد المعني في صياغة التوازن الأمثل بين الطموحات وبين القدرات الواقعية، وهو أمر يختلف من منطقة إلى أخرى، ومن بلد إلى آخر ، عند وضع الخطط التنموية اتحاديا أو ولائيا لابد من مراعاة مؤشرات ومعدلات الألفية الإنمائية .

2-2-2-2- التوجيهات الاستراتيجية الأساسية لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية : إذا استمرت

الاتجاهات التي سادت عقد التسعينات فلن تتمكن معظم البلدان النامية من بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، وليس هناك حاليا أية منطقة في العالم النامي تسير على طريق تخفيض الهدف المتعلق بوفيات الأطفال، أما بالنسبة لوفيات الأمومة فإن القوانين تشير إلى انخفاض هذه المعدلات أقتصر على البلدان التي تسودها مستويات وفيات متدنية ، في حين تشهد البلدان التي ترتفع فيها وفيات الأمهات ركودا في هذه المعدلات بل أنها تسجل زيادة .

ولتغلب على هذا البطء المتقدم المحرز يتطلب توسيع نطاق البرامج الصحية الحالية توسعا هائلا، وزيادة الاستثمار بصورة كبيرة يتطلب القطاعات الاجتماعية بوجه أعم وبذل المزيد من الجهود في مجالي الطاقة والإيصالات كما يتطلب [60]:

أولاً- التعاون من أجل الصحة : تقتضى الضرورة التفاني في بذل الجهود لإستنهاض الجميع من أجل الصحة مما يعني زيادة التمويل من الميزانيات الوطنية و مستويات أعلى بكثير من المساعدات الإنمائية من أجل الصحة، و إتباع نهج أكثر تساوفا و فعالية في توفير المعونة والمزيد من التعاون فيما بين بلدان الجنوب ، و تسليم الأهداف الإنمائية للألفية، بوصفها ميثاقا بين الشمال والجنوب، وكذلك توافق آراء موننتيري في المؤتمر الدولي لتمويل التنمية (مارس 2002) .

ثانيا- الصحة الإنمائية : ويعني هذا موضوع الصحة ضمن إطار إنمائي أوسع نطاق يمنح الأولوية للنمو مع توفير العدالة، والتلاحم الإجتماعي ، والحماية الإجتماعية وتمكن الفقراء، وحماية الموارد الطبيعية، وخصوصا المياه المأمونة اللازمة حتى يستخدمها الإنسان وعليه يتعين أن تكون الإستراتيجيات الصحية راسخة الجذور في السياسات العمومية الإجتماعية الرامية إلى الحد من الفقر وتنفيذ ذلك السياسات .

ثالثا- زيادة الإستثمار في الصحة العمومية : إن زيادة الإستثمار وتوطيد دعائم النظم الصحية أمران لا بد منهما ، حيث إتاحة فرص الإستفادة الشاملة من النظم الصحية العريضة القاعدة بكل بلوغ 20% إلى 70% من الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بوفيات الأطفال ، و 70% إلى 80% من تلك المتعلقة بوفيات الأمومة ، وتعد النظم الصحية الفعالة والعادلة شرطا مسبقا لبلوغ الهدف المتصل بمكافحة الإيدز والملاريا والأمراض الأخرى ، وكذلك بلوغ الأهداف المتعلقة بالتنمية والأمومة المأمونة .

رابعا- توفير الموارد البشرية الصحية : لا يمكن أن تؤدي النظم الصحية ووظائفها على ما يرام دون توافر العاملين المدربين تدريبا جيدا والذي يتلقون أجورا كافية وقمة جوانب مختلفة لمسألة الموارد البشرية الصحية ، تتعلق أساسا بأوجه القصور والنقص .

فأوجه النقص في أجزاء من إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حادة بشكل يحد من إمكانية توسع نطاق البرامج الرامية إلى بلوغ الأهداف الإنمائية ، بما في ذلك البدء في معالجة الإيدز، وهنا حاجة إلى إتخاذ إجراءات فيما يتعلق بالمرتبات والحوافز والإستثمار في التدريب السابق للخدمات وفي الخدمة ، وتعديل مزيج التوظيف والمهارات والمبادرة إلى سد الثغرات في مجال إنشاء الخدمات، وتنسيق المبادرات التي تطلقها الجهات المانحة، وتوفير الرعاية والمعالجة للعاملين الصحيين المتأثرين بالإيدز والعدوى بفيروسه .

خامسا- نوع الجنس : تشكل المشاغل المتصلة بنوع الجنس أمرا أساسيا في الأهداف الإنمائية للألفية والمثال على ذلك إنتقاء الجنس قبل الولادة ووأد البنات سيؤثر على التقدم المحرز في اتجاه تخفيض وفيات الأطفال في بعض الأقاليم، كما يترك الزواج المبكر والعنف الممارس ضد المرأة أثرهما على صحة الأمهات ، وتزيد ممارسة الجنس غير المرغوب فيه أو ألقسري من خطر الإصابة بعدوى فيروسى الإيدز ولا بد أن تسترشد الجهود الرامية إلى بلوغ " الأهداف " بفهم أوجه الجور والظلم بين الجنس وتشجيع المرأة على أعمال حقوقها .

سادسا- العدالة والإنصاف : يتطلب أن تكون المشاغل المتصلة بالعدالة والإنصاف الأساس الذي تقوم عليه الإستراتيجيات والسياسات الصحية ، حيث يمكن بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية بدون أن يتحسن بالضرورة الوضع الصحي للفقراء وأشد الناس تأثرا - الذين عادة ما يصعب الوصول إليهم أكثر من سواهم ، ولرفع هذا لابد من وجود نظم صحة أكثر عدالة وإنصاف ، وخصوصا تحقيق المزيد من العدل في توزيع الخدمات الصحية الجديدة النوعية ، والتي ، والتي تتركز عادة في المركز الحضرية وتقدم للسكان الذين هم أيسر حالا نسبيا .

وقد يكون النظام الصحي في حد ذاته سببا من أسباب الفقر ، كما هو الحال إذا كانت تكاليف الرعاية الصحية تؤدي بالفقراء أو من هم في خصاصة إلى الفاقة ، أو إذا كان عدم الحصول على الرعاية يؤدي إلى الإصابة بالعجز مدى العمر، مما يحد من القدرة على كسب الرزق .

سابعا- الإهتمام بالبيئة : يتعين الإهتمام بالعوامل البيئية التي تؤثر في صحة البشر للحد من تعرض السكان ولاسيما الفئات الأفقر حالا للمخاطر الطبيعية ، وكذلك الحد من تدمير أو تدهور الموارد الطبيعية .

ثامنا- الإهتمام بالدول الهشة : إن الدول الهشة ، ومنها البلدان الخارجة لتوها من نزاعات عصفت بها وكذلك البلدان التي تضعف فيها الضوابط والسلطات ، تتطلب إهتماما خاصا وكبيراً. بحيث يعيش ملايين البشر في هذه البلدان، ولا يمكن بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية دون تلبية الإحتياجات التي تنفرد بها ، وهناك حاجة ملحة لإتباع نهج جديدة إزاء التنمية الصحية في مثل هذه الأماكن على وجه الإستعجال ، وعلى هذه الدول أن تدرك الإحتياجات الحقيقية وتعترف بها، وأن توجد توازنا بين تعزيز القدرات الحكومية ، وذلك بإسهام الأطراف الفاعلة غير الحكومية على سبيل المثال .

2-2-2-3- تكييف أهداف الألفية حسب الخصائص الوطنية: ثمة ثلاثة احتمالات للتعامل وطنيا

مع أهداف الألفية العالمية، وهي:

- هل نعتمد الأهداف العالمية بدون تعديل؟

- هل نكيف الأهداف العالمية مع الخصائص الوطنية، دون تغيير جوهرها فيها؟
- هل نقوم بتحويل الأهداف العالمية وتكييفها جوهرها بما يتلاءم مع الخصائص والأولويات الوطنية؟

وكل خيار من هذه الخيارات الثلاثة يتطلب القيام بسلسلة من الخطوات. وسوف نتحدث عن الخيار الثالث باعتباره المحور القابل للنقاش.

أولاً- تحويل الأهداف العالمية وتكييفها جوهرها بما يتلاءم مع الخصائص والأولويات الوطنية:

هذا الخيار يتطلب القيام بجهد تحليلي للأوضاع الوطنية، وللسياسات والخطط الوطنية المعتمدة، وللقدرة الوطنية، والربط بينها وبين أهداف الألفية. والقيام به يتطلب وقتاً أطول من الخيارين السابقين، ويتطلب توفر قدرات بشرية مؤهلة، ومستوى أعلى من المشاركة من قبل الأطراف المعنيين بالتنمية كافة. إن هذا الخيار يعني أن الجهات الوطنية قد استوعبت تماماً ما هي أهداف الألفية، وما هي أوضاع البلاد، وبناء على ذلك تقوم بإعادة صياغة وإنتاج أهداف الألفية التي تتناسب مع أوضاعنا، مع الحرص على البقاء ضمن المسار العالمي الذي يشكل الإطار العام المشترك لجميع البلدان. [62]

أ- مبادئ عملية توطين الأهداف:

هنالك مبادئ وأسس لعملية التوطين لا بد منها، ويفترض بعملية التوطين، أو عملية التوفيق والتخطيط الوطني لأهداف الألفية أن تتم وفق الأسس المتعارف عليها، والتي تتحقق من خلالها الملكية الوطنية لهذه العملية، وهذه المبادئ (أو الأسس) هي:

- 1- أن تستجيب لطلب وحاجة البلد المعني؛
- 2- أن تكون منسقة على المستوى الوطني مع إشراك كافة الأطراف المعنية قطاعياً ومحلياً؛
- 3- أن تستند إلى الحقائق والأدلة؛
- 4- أن تعتبر النتائج المحققة أساس تقييم الإنجاز وأساس تصحيح المسار.

ب- الخطوات المطلوبة لنجاح توطين أهداف الألفية:

إن تحقيق الاتساق بين الاستراتيجيات الوطنية، وبين أهداف الألفية يتطلب القيام بخمس خطوات أولها ذات طابع منهجي، تليها أربع خطوات عملية وهي على النحو التالي:

- 1- الخطوة الأولى: تحديد الرؤية (أو التصور) وموقع أهداف الألفية بالنسبة لإستراتيجية التنمية الوطنية؛
- 2- تكييف الغايات (والأهداف) العالمية وتوطينها، بمعنى إعادة إنتاجها بما يتناسب مع خصائص التنمية وظروفها الوطنية.
- 3- تحديد أهداف وسيطة قابلة للمساءلة السياسية؛

- 4- ترجمة الأهداف والغايات إلى سياسات وبرامج وتدخلات قابلة للتنفيذ خلال مدة زمنية محددة (سنتين أو ثلاث سنوات)، أو في بعض الحالات خلال دورة التخطيط المعتمدة وطنياً؛
- 1 - تقدير كلفة هذه البرامج والسياسات، واستخدام ذلك في مناقشة ووضع الموازنات، ورصد مخصصات التنمية، والتفاوض مع المانحين والجهات الدولية.

3-2-2 المؤشرات الصحية في الوطن العربي والتزام الجزائر بتحقيق أهداف الألفية الثالثة:

إن بلوغ أهداف الألفية يتطلب بلوغ مؤشرات صحية متفق عليها عالمياً ، وينبغي لكل دول العالم الالتزام بتحقيقها بحلول العام 2015 ، وباعتبار الوطن العربي من هذه الدول فإن سعيها لبلوغ هذه الأهداف من الأولويات المعتمدة في سياساتها المتبعة خاصة في المجال الصحي .

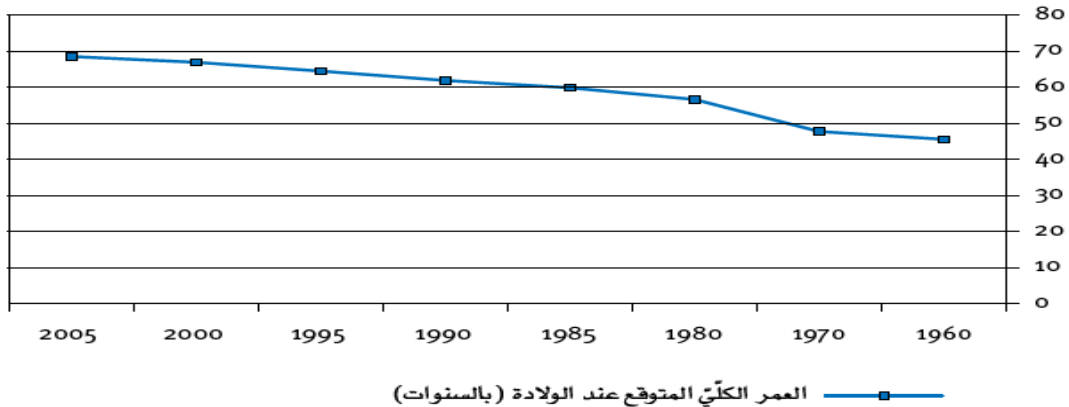
2-3-2-1 المؤشرات الصحية في الوطن العربي:

إن المنطقة العربية قد شهدت خلال العقود القليلة الماضية تحسناً كبيراً في المجال الصحي علماً بأنها بدأت أصلاً في وضع متأخر جداً ، ففي الفترة الممتدة منذ ستينات القرن المنصرم وحتى مطلع الألفية الجديدة ، تفوقت المنطقة العربية في وقع الأمر على معظم بلدان المناطق النامية في مجال تأخير الوفاة وإطالة العمر. [48]ص149

و يمكن ملاحظة ذلك في زيادة 23 سنة على العمر المتوقع عند الولادة، وإنقاص معدل وفيات الأطفال من 152 إلى 39 من كل ألف ولادة حية.

شكل رقم 13: النمط الإقليمي في العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، 1960-

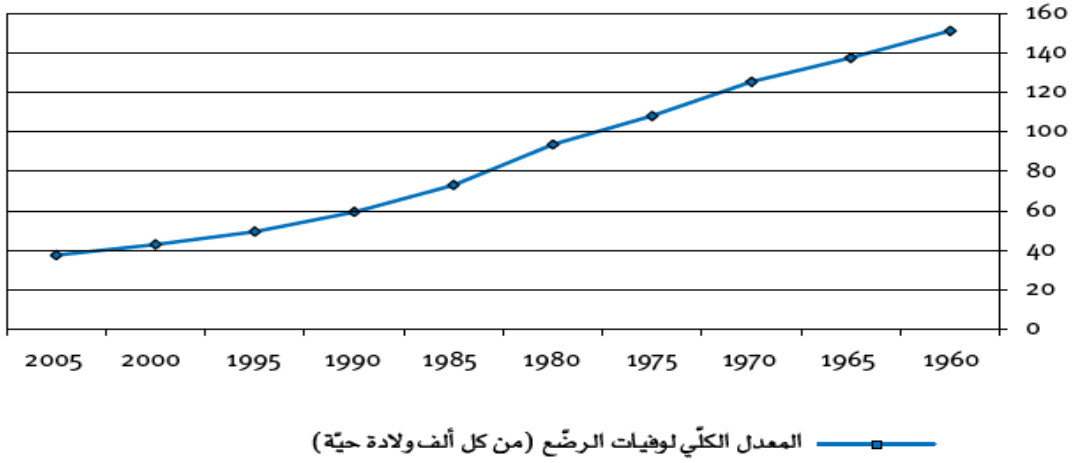
2005 [48]ص149



ملاحظة: الرقم هو المعدل الموزون، وفق النسبة السكانية للبلد.

ومع أن حصيلة المؤشرات الكلية إيجابية فإن التحديات ما زالت قائمة ، وما زال في وسع البلدان العربية أن تحسن التغطية الصحية للمواطنين بما يتناسب والثروات المتوفرة بها .
ومن أبرز التحديات المطروحة الآن تعديل التباين الملحوظ بين مختلف البلدان العربية و التصدي لأوجه الغبن الموجودة في داخلها ، و يجدر بنا في هذا السياق أن نتذكر أن النجاحات الماضية لم تقم فقط على الاستثمارات الضخمة التي سخر للتوسع الكمي في نظم الصحة ، بل كانت كذلك وليدة التطورات الاقتصادية الاجتماعية الرئيسية التي أعقبت الفورة النفطية في سبعينات القرن المنصرم ، وأسهمت في الارتقاء بالأوضاع الصحي .

شكل رقم 14 : النمط الإقليمي في معدل وفيات الرضع (من كل ألف ولادة حية) [48]ص150



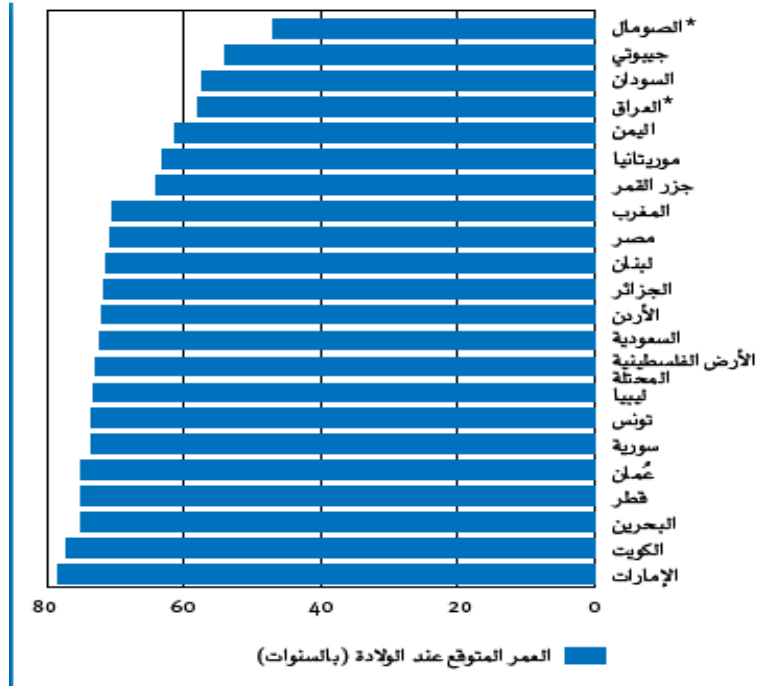
ملاحظة: الرقم هو المعدل الموزون، وفق النسبة السكانية للبلد.

أولا - العمر المتوقع عند الولادة ونسبة وفيات الأمهات في البلدان العربية :

بلغ العمر المتوقع عند الولادة في معظم البلدان العربية نحو سبعين سنة على الرغم من ذلك يمكن أن نلاحظ تفاوتاً أساساً في هذا في هذا الصدد بين المجموعات والمناطق الفرعية وسواها ، ففي جيبوتي والسودان والصومال والعراق على سبيل المثال، لا يزيد العمر المتوقع على ستين عاماً، بينما يتجاوز أربعة وسبعين عاماً في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وعمان وقطر والكويت.

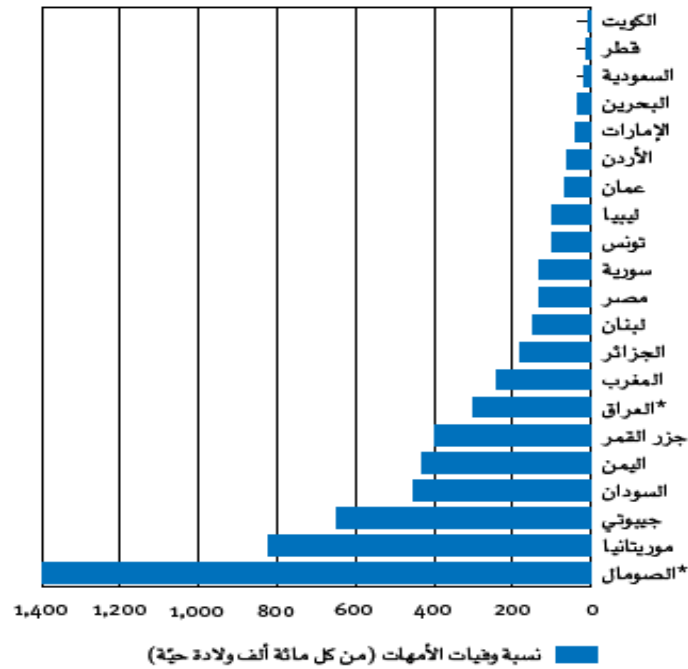
وكما في بقاع أخرى من العالم، يزيد العمر المتوقع للنساء عليه عند الرجال، وباستثناء قطر والصومال، حيث الفجوة في العمر المتوقع بين الجنسين هي عام وعامان على التوالي، فإن الفرق في المنطقة ككل يراوح بين 3 و 5 أعوام.

شكل رقم 15 : العمر المتوقع عند الولادة، من كل 22 بلدا عربيا ، 2005 [48]ص150



شكل رقم 16: نسبة وفيات الأمهات (من كل 100 ألف ولادة حية)، 21 بلدا عربيا 2004

[48]ص150



* البيانات عن العراق والصومال تعود إلى العام 2006 ، واليونيسف 2008 .
 ** عدلت نسب وفيات الأمهات أعلاه بناء على مراجعات اليونيسف ، ومنظمة الصحة العالمية ،
 وصندوق الأمم المتحدة للسكان بغرض تفسير المشكلات الموثقة الخاصة بحالات القصور في
 الإبلاغ وسوء التصنيف.

وتتجلى نواحي التفاوت بين المناطق العربية الفرعية في بقية المؤشرات، فنسبة وفيات الأمهات، مثلا تتراوح بين أربع وفيات لكل مائة ألف ولادة حية في الكويت، وأكثر من أربعمائة لكل مائة ألف في جيبوتي والسودان والصومال وموريتانيا واليمن، كما تتراوح نسب وفيات الأطفال الرضع بين ما يقل عن ثمانية لكل ألف ولادة حية في الإمارات وأكثر من ستة وسبعين لكل ألف ولادة في موريتانيا واليمن، وثمانية وثمانين لكل ألف ولادة في جيبوتي .

وتتفاوت مستويات التقدم بالنسبة إلى تحقيق الغاية 5 من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثلة في خفض نسبة الوفيات بين الأمهات بمعدل ثلاثة أرباع بحلول العام 2015، ويرجع هذا التفاوت إلى اختلاف الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية بين منطقة وأخرى، وفيما تتجه المنطقة العربية بأكملها إلى الوجهة الصحيحة في هذا المجال، فإن ذلك لا يصح على المناطق الفرعية الأربعة جميعا، ففي عام 2000 كانت نسبة وفيات الأمهات هي الأدنى في بلدان مجلس التعاون الخليجي أي بنسبة تعادل 17 حالة من كل مائة ألف مولود حي، نظرا إلى أن 98,2% من الولادات تتم في هذه البلدان بإشراف متخصصين، وفي حين انخفضت النسبة في البلدان العربية الأقل نموا في العام 2000 بنحو 37,9 في المائة لتصل إلى 637,6 حالة من كل مائة ألف مولود حي، فإنها تبقى أعلى بدرجة كبيرة من النسبة المسجلة في البلدان النامية التي تبلغ 450 حالة من كل مائة ألف مولود حي.

إن نسبة وفيات الأمهات في البلدان العربية الأقل نموا هي الأعلى في المنطقة، وقد وضع 44,8% من المواليد في هذه البلدان تحت إشراف متخصصين في العام 2000، مسجلا ارتفاعا قدره 22% عما كان الوضع عليه عام 1990، تتأثر أنماط إشراف المتخصصين على الولادات ونسب وفيات الأمهات في البلدان العربية الأقل نموا بالوضع السائد في السودان الذي يشهد نحو 50 في المائة من المواليد الأحياء في تلك المنطقة الفرعية، وتتم ولادة أقل من نصفهم بقليل دون إشراف متخصصين، وفي العام 2000 بلغت نسبة وفيات الأمهات 509 حالات من كل مائة ألف ولادة حية

ثانيا- نسبة وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة: [48]ص149

على هذا المنوال تراوح نسب وفيات الأطفال ممن هم دون الخامسة بين أقل من عشرين من كل ألف مولود حي في معظم بلدان الخليج إلى ما يزيد على مائة من كل ألف في جيبوتي وموريتانيا واليمن، كذلك ثمة تفاوت واسع بين المناطق الريفية والحضرية، حيث ترتفع النسب إلى أعلى مستوياتها في الريف .

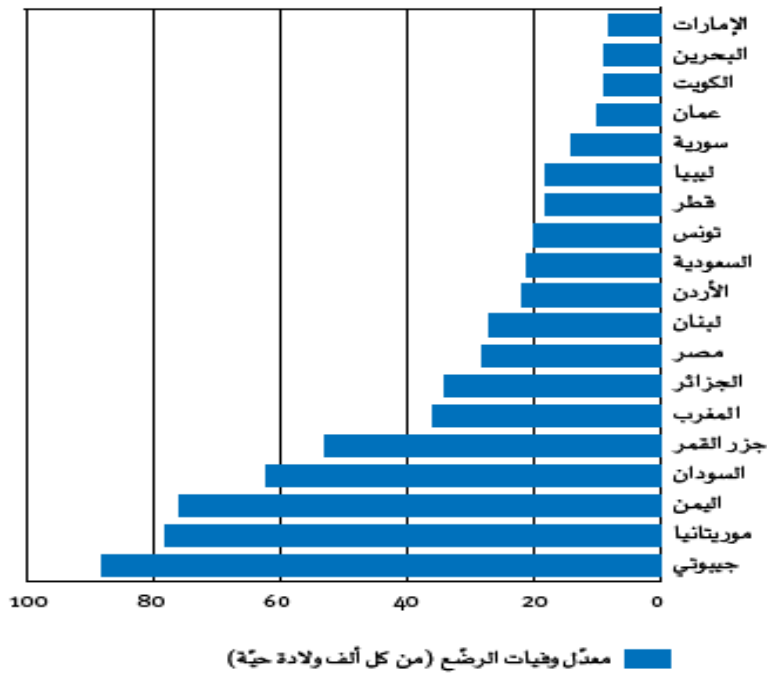
ومن الأنماط المثيرة للاهتمام انتشار نقص التغذية في البلدان الفقيرة و الدول التي عاشت الحرب؛ وذلك دليل على الندرة المتزايدة للغذاء. تبلغ نسبة انتشار نقص الوزن بين الأطفال دون

سن الخامسة 26 % في الصومال، وتصل إلى 40 % في السودان و اليمن (وفقا للبيانات المتاحة عن فترة 1996-2005).

يضاف إلى ذلك أن تزايد حالات نقص التغذية بين الأطفال دون الخامسة يصل إلى 14 % في الإمارات و 10 % في الكويت، باعتبارها دول غنية يمثل مصدرا للقلق، كما يشير ذلك إلى أن الفوائد الصحية المتوقعة لم تتحقق على الرغم من وفرة الموارد المالية المتاحة في بعض البلدان .

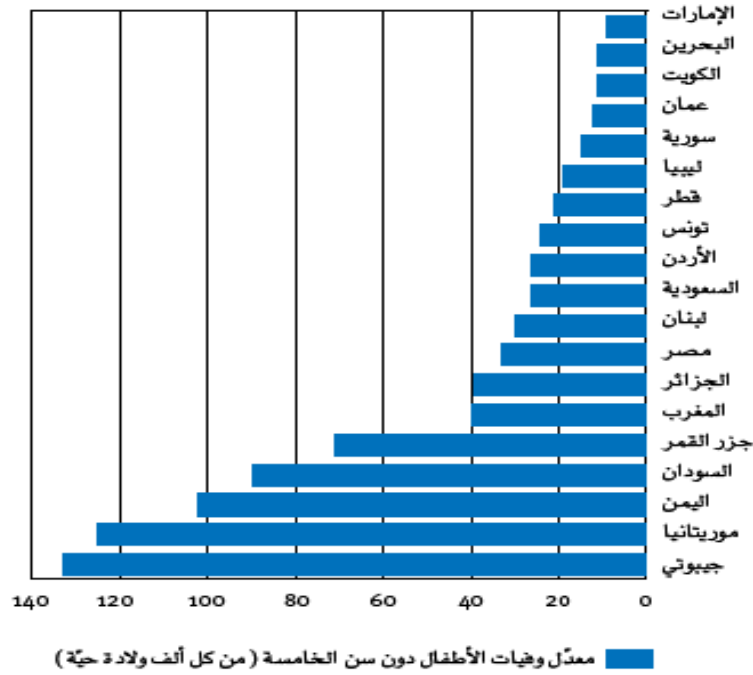
شكل رقم 17: معدل وفيات الرضع (من كل ألف ولادة حية) 19 بلدا عربيا، 2005

[48]



شكل رقم 18: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (من كل ألف ولادة حية)، 19 بلدا

عربيا، 2005 [48]



وتشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن أهم العوامل التي تسبب التفاوت في المستوى الصحي في البلدان العربية هي:

- مستوى الدخل ؛
 - مكان السكن (في المناطق الحضرية أو الريفية)؛
 - مستوى التحصيل العلمي للأم .
- وعلى صعيد المنطقة العربية ، تدل المؤشرات الصحية جميعا على ارتفاع الدخل الوطني يتلازم مع تحسن في المستوى الصحي ، ويؤدي ذلك إلى الفوارق الواضحة بين البلدان العربية.

2-2-3-2- التزام الجزائر بتحقيق أهداف الألفية الثالثة خاصة المتعلقة بالفقر والصحة:

باعتبارها من دول العالم لقد تعهدت الجزائر بانجاز الأهداف التنموية الواردة في برنامج الألفية حيث ابرز رئيس الجمهورية السيد عبد العزيز بوتفليقة في الكلمة التي ألقاها يوم 06 سبتمبر 2006.

بمناسبة قمة الألفية، انشغال البلدان النامية من أجل المساهمة في التنمية العالمية، وهذا في سياق تطبعه العولمة وتطور تقنيات الإعلام. وأكد السيد الرئيس ومن خلال تصريح الألفية تعهد الدولة الجزائرية بتحقيق هذه الأهداف.

وعليه انخرطت الجزائر في هذا البرنامج الذي يفتح مرحلة من الكفاح المندمج ضد الفقر والامية والمجاعة والفوارق بين الجنين ووفيات الأطفال والأمومة وتدهور البيئة والشروع في تجسيد شراكة عالمية من أجل التنمية تركز على قيم الحرية والمساواة والتضامن وتقاسم المسؤوليات. ومن خلال دراستنا هذه فإن الأهداف التي تهمنا تلك التي تعتنى بالصحة والفقر، لأنه وبوجود الفقر تعتل الصحة.

أولاً- الأنشطة المسطرة لتحقيق الألفية والنتائج المتوصل إليها:

بادرت الجزائر في إطار التنمية الاقتصادية والاجتماعية من خلال إرساء برنامج لدعم الإنعاش الاقتصادي بغلاف مالي يبلغ 60 مليار دولار للفترة 2005-2009 هدفه بعث الآلة الاقتصادية الجزائرية لفائدة المواطن الجزائري وأعطى هذا البرنامج ثماره من خلال النتائج المتوصل إليها:

أ- تقليص حالات الفقر القسوة والمجاعة : خلال السنوات الأخيرة وبفضل انتعاش التطور الاقتصادي فقد تم القضاء على حالات الفقر والقسوة من خلال المجهودات الكبيرة التي قامت بها الدولة الجزائرية حيث: [63]

- أنشئت وزارة للتعاون والتشغيل من أجل تقديم المساعدة للفئات الاجتماعية الهشة.
- إنشاء آليات مختلفة تشرف عليها الدولة من أجل تقليص البطالة، خاصة لدى فئة الشباب وتمكينهم من الحصول على منصب عمل لائق أو إنشاء مؤسساتهم الخاصة، فقد تم تراجع نسبة البطالة من 30% سنة 2000 إلى 15,3% سنة 2005.
- تعزيز الجزائر استراتيجياتها في مجال التنمية من خلال انتهاج مسعى لمحاربة الفقر والتهميش بداية من شهر أكتوبر 2005 بواسطة:

*إنشاء لجنة وزارية مشتركة لمتابعة التوصيات المنبثقة عن الندوة الوطنية لمحاربة الفقر والتهميش التي نظمت سنة 2005 حيث مكنت هذه الندوة من تبني إستراتيجية وطنية، تحدد الأهداف الواجب بلوغها وتضع آليات عملية، تندرج في إطار تحقيق الهدف الأول لمعاهدة الألفية من أجل التنمية.

وفي هذا المجال انتهجت الجزائر سياسة على عدة أصعدة:

1- جهد متواصل في مجال التكوين على كافة المستويات ؛

2- ترقية نمو اقتصادي بمستوى معتبر و متواصل بهدف إعطاء دفع على مستوى توفير عروض عمل؛

3- وضع سلسلة من الآليات التشجيعية على صعيد الاندماج المهني و إنشاء المؤسسات.

*إنشاء مرصد للشغل ومحاربة الفقر لتقييم الوضع في مجالي الشغل والفقر وتقديم المقترحات من أجل تحسين وضعية المواطن مكنت مختلف هذه الآليات من تقليص نسبة الفقر من 6% سنة 2000 إلى 14% سنة 2006.

أما بالنسبة للحد الأدنى للفقر فإذا استعملنا لمعيار دولار يوميا فان نسبة الأشخاص الذين يعيشون حالة فقر وقسوة تراجعت من 1,9% سنة 1988 إلى 0,8% سنة 2000.

وبالتالي فان الهدف المزمع تحقيقه إلى غاية 2015 فقد تحقق.

ب- تخفيض نسبة وفيات الطفولة: [64] عرفت صحة الطفولة تطورات محسوسة من سنة 1990 إلى سنة 2007 وهذا التحسن هو ثمرة:

- لتطبيق برامج محاربة الأمراض الوبائية، وعمليات تلقيح الأطفال والوقاية من الأمراض وتباعد الولادات؛

- مضاعفة الهياكل الصحية عبر كافة التراب الوطني خاصة تلك المتعلقة بحماية الأم و الطفل؛
- تحسين التغطية الصحية للسكان بتعزيز كافة الجهود التي بذلتها الدولة ومكنت كل هذه الجهود من تحقيق مؤشرات معتبرة خاصة تلك المتعلقة بالأمل في الحياة عند الولادة وفي تقليص نسبة الوفيات لدى الأطفال.

جدول رقم 04: تطور معدل البقاء على قيد الحياة حسب الجنس [63]

السنة	1991	2005	2009
نساء	67,8	73,6	76,5
رجال	66,8	75,6	75,5

جدول رقم 05: تطور نسبة الوفيات عند الأطفال [63]

السنة	1990	1999	2000	2002	2004	2005	2007	2009
نسبة الوفيات الرضع	46,8	39,4	36,9	34,7	30,4	29,7	24,7	24,2

(لكل 100 ولادة حية)

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك تحسنا ملحوظ في انخفاض عدد وفيات الأطفال [65]. كما أن هناك انخفاض جوهري في عدد الوفيات عند الولادة حيث انتقل من 96,5 لكل 100000 ولادة حية سنة 2005 إلى 88,9 لكل 100000 ولادة حية سنة 2007.

وحسب الدراسات فقد سجلت الجزائر كذلك زيادة محسوسة في معدل الحياة عند الولادة مرورا من 72 في 1999 إلى 75,7 في عام 2007 وهو نفس مستوى البلدان المتقدمة.

ج- تخفيض وفيات الأمهات: لا تزال وفيات الأمهات عند و قبل الولادة تشكل مشكلا عويصا للصحة العمومية في الجزائر، فبالرغم من الجهود التي بذلت منذ 1970 في ميدان صحة الأم و الطفل، فان نسبة وفيات الأمهات في مرحلة بعد الولادة تبقى معلقة بالنسبة للسلطات الجزائرية، و قد باشر قطاع الصحة خلال حقبة التسعينات أعمالا و برامج إزاء المرأة الحامل، تتمثل في:

[64]

- تعزيز الرعاية الصحية للحمل، و التغطية الأوسع للولادات في الوسط الإيستشفائي
- والرعاية الصحية ما بعد الولادة؛
- مضاعفة الهياكل الصحية؛
- توفير الكوادر الطبية.

وقد ساهمت مثل هذه الأعمال في تقليص نسبة وفيات الأمهات وتم تسجيل 90% من الولادات تتم في وسط مدعم بوسائل طبية، و تشكل وفيات الأمهات 10% من مجموع وفيات النساء اللواتي أعمارهن تتراوح ما بين 15 إلى 49 سنة. ويمكن ملاحظة تقلص نسبة وفيات الأمهات من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 06: تطور نسبة وفيات الأمهات [63]

السنة	1992	1999	2004	2008
نسبة وفيات الأمهات	215	117	99,5	86,5

(لكل 100000 ولادة حية)

كما شرعت وزارة الصحة في ابريل 2006 في تطبيق البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة و هذا على مدار ثلاثة سنوات أي من 2006 الى 2009 وهذا لتقليص نسبة وفيات الأمهات و المواليد بنسبة 5% السنة الأولى ليصل

إلى 30% سنة 2008، بغلاف مالي يقدر ب 2,07 مليار دينار تطبيقا للمرسوم التنفيذي رقم 05-439 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة ، وفي الجدول التالي سنوضح تطور نسبة المتابعة الصحية للحمل، والولادات في الوسط الاستشفائي والمتابعة ما بعد الولادة.

جدول رقم 07: تطور نسبة المتابعة الصحية للحمل، الولادات في الوسط الإستشفائي والمتابعة

ما بعد الولادة [63]

السنة	1992	2002	2006
نسبة المتابعة الصحية للحمل	57,7	87,0	89,4
الولادة في وسط استشفائي	76,0	92,2	95,3
المتابعة الصحية ما بعد الولادة	20,3	30,1	32,1

د- القضاء على داء السيدا: وفيما يتعلق بمحاربة داء السيدا، شرع في تكثيف العمل الصحي في

منتصف التسعينات من خلال : [64]

- تفعيل اللجنة الوطنية لمحاربة داء السيدا؛

- القيام بتدخلات قطاعية شملت الحركات الجمعوية على مستوى التصور الاستراتيجي؛

- المصادقة وتنفيذ برنامجين متتاليين على المدى المتوسط في منتصف التسعينات بالتعاون مع

المنظمة العالمية للصحة (بين 1991 و 1999) و برنامج آخر وسيط (1994 و 1995)؛

- إنشاء آلية ملائمة وإطار تشريعي للتكفل بالمرضى؛

- إنشاء على المستوى الوطني لآلية التعاون بين الجزائر و الأمم المتحدة و دائرة مكافحة السيدا.

وقد أظهرت عدة مسوحات، بان نسبة انتشار هذا الداء بالجزائر يعد ضعيفا حيث قدرت نسبة

الإصابة بداء السيدا سنة 1998 عند المتبرعين بالدم تدور حول 0,014%.

وحسب توقعات منظمة الأمم المتحدة للسيدا و المنظمة العالمية للصحة العمومية يتضح أن

نسبة تواجد فيروس السيدا في الجزائر عند الكهل تصل إلى 0,1% هذا ما يوضح بان 9,5

شخص مصاب بداء السيدا. تحليل لحالات حاملي الفيروس والتي تبقى ناقصة، توضح أن انتشار

داء السيدا لا يمكن استبعاده لسبب وجود مؤشرات مساعدة منها الانتقال المحلي بنسبة 43,08%

من الحالات وعن طريق العلاقات الجنسية بنسبة 40,63%.

تقع التنمية الصحية من أولويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، لذلك عملت الدول ولازالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية اللازمة للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية وبالخص الطبقة الفقيرة، فالفقر يسبب اختلال الصحة والعكس بالعكس .

ومن اجل تحقيق هذا بادر زعماء العالم سنة 2000 المصادقة على الأهداف الإنمائية للألفية، والتي تطالب المجتمع الدولي بتركيز جهوده على تحقيق تحولات مختلفة الجوانب الحيوية للمجتمعات البشرية التي يمكن قياسها وتتبعها، وذلك من خلال تحديد مقاييس معيارية لقياس مختلف المجالات الحيوية وبالأخص قطاع الصحة الذي له تأثير على مستوى نمو وازدهار المجتمعات البشرية في البلدان النامية من جهة، وفي البلدان الغنية التي تساعد في تمويل البرامج الإنمائية من جهة أخرى، لذا ساهم في وضع إستراتيجية للاستثمار في الصحة من اجل تحقيق التنمية في بلوغ هذه الأهداف.

وباعتبار الدول العربية من هذه الدول بادرت في العمل من اجل تحقيق هذه الأهداف ، ونجد أن نسبة التقدم في تحقيقها متفاوت من بلد إلى آخر ، فالجزائر البلد المعني من الدراسة حقق نسبة تقدم ملحوظة مقارنة مع الدول الأخرى، وكذا مقارنة السنوات الأخيرة مع السنوات السابقة فان النتائج المتوصل إليها تبين مدى الاهتمام الموجه من قبل السلطات لقطاع الصحة ، وحسب الدراسات في المجال فان الجزائر تعد من بين الدول التي استطاعت الحد من ارتفاع نسبة الوفيات خلال الأربعين سنة الماضية، حيث تمكنت من خفض عدد وفياتها بنسبة 2% كل عام بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و60 سنة ، وهذه مؤشرات تدل على إمكانية بلوغ الأهداف بحلول عام 2015 .

الفصل 3

تمويل القطاع الصحي في الجزائر

من اجل الوصول إلى أهداف الألفية وتحقيقها فقد كرس الدستور مجال مسؤولية الدولة عندما نص في مادته 54 "الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية و المعدية و بمكافحتها".

بالإضافة إلى ما وضعه التشريع منذ سنة 1993، بحيث أصبح على عاتق الدولة أيضا "نفقات العلاج الخاصة بالمعوزين غير المؤمنين اجتماعيا، وكذا نفقات التكوين والبحث"، فان تطبيق هذه المبادئ يقتضي بذل مجهودات كبيرة واستثمارات عمومية ضخمة وكذا مشاركة كافة القطاعات بما فيها المجتمع المدني.

وإذا كانت منظومتنا الصحية تتميز ببعض الاختلالات، خاصة من جانب التمويل، باعتباره المورد الأساسي لتغطية النفقات الصحية لذا فمشكل تحديد مصادر التمويل لقطاع الصحة من المبادئ الرئيسية والأولويات التي تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي وكل هذا مدعما بإطار ملائم في مجال التكوين والإعلام و الاتصال.

لذا بدأت الدولة الجزائرية في السعي لإصلاح المنظومة الصحية بهدف إيجاد بديل لتمويل القطاع الصحي، موازاة مع ذلك، فيجب على الإصلاحات أن تأخذ في الاعتبار مجموعة من التوجهات القادرة على ترقية النظام الصحي، وجعله يعتمد على الفعالية والإنصاف، على أساس نظرة اقتصادية لا إدارية في تسيير ومنح الموارد، من اجل تغطية احتياجات المجتمع الجزائري بكل طبقاته.

- وهنا يتبادر لأذهاننا مجموعة من التساؤلات أهمها :

- ما هو واقع التمويل الصحي في الجزائر ؟

- وهل يكفي الضمان الاجتماعي كمول رئيسي للمنظومة الصحية أو هناك بديل عنه ؟

- وما مدى نجاح مشروع إصلاح المنظومة الصحة ؟

3-1-1- واقع التمويل الصحي في الجزائر:

تهدف أنظمة التمويل إلى توزيع تكلفة المرض على عدد كبير من السكان والذي يمكن أن يكون على مستوى منطقة، أو بلد كامل، أو فئة عاملة معينة، أو مجموع مؤمنين ينتمون إلى صندوق معين - إلى غير ذلك.

ثم إن تبني إستراتيجية العلاجات الصحية الأولية في 1978 من طرف الدول النامية، والركود الاقتصادي الحالي الذي يعرفه عدد هائل من الدول، ترك كل بلد يناقش ويتساءل عن موارد وطرق تمويل الخدمات الصحية، مما أدى إلى تنوع الحلول، وهذا ما يدل على مدى تعقيد المشاكل وتعدد زوايا الاقتراب والتحليل .

إن مشكل تمويل الصحة في الجزائر يطرح اليوم تحت عدة أشكال، ولو تأملنا قليلا في تطورات تمويل الصحة، وخاصة بعد تطبيق مجانية العلاج في المصالح الصحية العمومية سنة 1974، والتي تميزت بتغطية مالية لكل النشاطات الصحية، وخاصة الفترة أين كانت الوضعية المالية للبلد جد حسنة من جراء تدفق الموارد الخارجية (صادرات البترول)، فلقد انتقلت طريقة تمويل النفقات الصحية في الجزائر من تقنين موضوعي وضماني - رغم أن طرق التسديد التي كانت آنذاك دفع ثمن العلاج لمنتجي العلاج عن طريق التسعيرة حسب يوم الاستشفاء بعد مغادرة المستشفى - إلى إدخال المساهمة الجزافية أو الميزانية الإجمالية للقطاعات الصحية ؛ بمعنى وضع إجراءات مركزية لتمويل مسبق النفقات الصحية.

3-1-1-1- مدخل عام للتمويل:

تعتبر وظيفة التمويل من الوظائف البالغة الأهمية في مختلف المؤسسات وخاصة الكبيرة منها، لما يترتب عليها من اتخاذ مجموعة من القرارات أهمها تلك القرارات المتعلقة باختيار مصادر التمويل، وطرق التمويل.

3-1-1-1-3- مفاهيم أساسية حول التمويل:

سوف نتطرق إلى مفهوم وظيفة التمويل في المؤسسات الاقتصادية وكذلك أهميتها بالنسبة لها، وكذلك حاجة الوحدات الاقتصادية للتمويل من اجل ممارسة نشاطاتها، كما نتطرق للأهداف المرجوة من تمويل القطاع الصحي.

أولاً- مفهوم وظيفة التمويل: لقد تباينت الآراء بين الاقتصاديين الذين تناولوا بالدراسة مفهوم التمويل، وإذا لم يتفق حول تعريف واحد له وإنما تفاوتت هذه الأخيرة بين وصف لأعمال المدير المالي إلى تركيز الاهتمام بكيفية الحصول على الأموال واستخدامها كما اختلفت وتعددت المفاهيم الخاصة بالتمويل عند المفاهيم الفكرية الاقتصادية وتراوحت بين: [66] ص 83

أ- عند الكنزيين : التمويل هو الفعالية المتعلقة بتخطيط وتجهيز الأموال ورقابته وإدارتها في المؤسسة.

ب- المدرسة الحديثة: هو مجموعة الوظائف الإدارية المتعلقة بإدارة مجرى النقد والرامية لتمكين المؤسسة من تنفيذ أهدافها ومواجهة ما يستحق عليها من التزامات في الوقت المحدد لها.

ج- المدرسة الحديثة: يلعب دورا هاما في التخطيط المالي وإدارة الأصول ومواجهة المشاكل الاستثنائية لضمان استمرار وبقاء المؤسسة، بالإضافة إلى تجهيز وسائل الدفع.

وعموما نستطيع القول بأن التمويل هو عملية انتقال رؤوس الأموال من أماكن وفرتها إلى أماكن ندرتها، وتتم هذه العملية من خلال مجموعة من الوسطاء الماليين (بنوك، شركات تأمين، صناديق ادخار...)، ويعد التمويل احد مجالات المعرفة، ويتكون من مجموعة من الحقائق والأسس العلمية والنظريات التي تتعلق بالحصول على الأموال من مصادرها وحسن استغلالها في مؤسسات الأعمال والحكومات. [67] ص 19

ثانيا- أهمية التمويل: لكل بلد في العالم سياسة اقتصادية وتنموية يتبعها أو يعمل على تحقيقها من أجل تحقيق الرفاهية لأفراده، وتتطلب هذه السياسة التنموية وضع الخطوط العريضة لها والمتمثلة في تخطيط المشاريع التنموية وذلك حسب احتياجات وقدرات البلاد التمويلية. ومهما تنوعت المشروعات فإنها تحتاج إلى التمويل لكي تنمو وتتواصل حياتها، حيث يعتبر التمويل بمثابة الدم الجاري للمشروع، ومن هنا نستطيع القول بأن التمويل له دور فعال في تحقيق سياسة البلاد التنموية وذلك عن طريق توفير رؤوس الأموال اللازمة لإنجاز المشاريع التي يترتب عليها:

- توفير مناصب شغل جديدة تقضي على البطالة؛
- استغلال ايجابي للموارد المالية المتوفرة؛
- تحقيق التنمية الاقتصادية للبلاد؛
- توفير عوائد لأصحاب الموارد المالية .

ثالثا- الوحدات الاقتصادية و حاجاتها للتمويل: تتبع الحاجة للتمويل من كل القطاعات غير المالية، أي من المؤسسات العامة والخاصة، من العائلات أو الخواص، من الدولة أو من الخارج.

أ- المؤسسة: تحتاج المؤسسة إلى موارد مالية مختلفة للحصول على التجهيزات الضرورية (أراضي، معدات، مباني...) من أجل مواكبة التطور الصناعي والتجاري، كما تقوم المؤسسة بمجموعة من النشاطات، (الإنتاج، البيع)، والذي ينشأ عنها حقوق والتزامات، إلا أن توازن دخول الأموال وخروجها لا يحدث دوماً، لذلك تحتاج المؤسسة إلى مساعدات من أجل تغطية اختلالاتها المؤقتة منها والدائمة. [68] ص8

ب- الخواص: تنشأ الحاجة لديهم إلى الأموال بسبب الفرق الموجود بين مستوى مداخلهم ومستوى المصاريف التي يجب أن يقوموا بها وتتبع الحاجة من:

- صعوبات مؤقتة في السيولة؛

- ضرورة تسديد مصاريف استثنائية؛

- الرغبة في اقتناء أو استبدال المعدات؛

- الرغبة في الحصول على الملكية.

ج- الدولة: من الواضح أن النمو الاقتصادي للدولة وبقاء المؤسسة ذاتها في ميدان الأعمال، يتوقفان على كفاءة أداء الوظيفة المالية، مما يسمح بمواجهة تلك التحديات، وحاجة الدولة للتمويل تتجزأ إلى نقاط يمكن تلخيصها في:

- عجز ميزانية الدولة؛

- عجز في الأنظمة الاجتماعية للضمان الاجتماعي؛

- حاجة الجماعات المحلية إلى القروض من أجل الاستثمار؛

- حاجة المؤسسات العامة (زيادة نفقات المؤسسات الصحية...) إلى الموارد المالية

لمعالجة عجزها في الاستغلال والاستثمار؛

- حاجات أخرى لم تقدر على تغطيتها مداخل الدولة.

د- الخارج: تقدم الدولة المتطورة إلى الدول النامية أموالاً لأجل قصيرة أو طويلة في شكل قروض أو هبات أو استثمارات مباشرة في مؤسسات تجارية أو صناعية أو شراء قيم منقولة، ويعد خروج رؤوس الأموال في هذه الحالة إغانة تحسب في تعداد الحاجة العامة للتمويل.

[69] ص23

رابعاً- أهداف وظيفة التمويل في القطاع الصحي: تسعى وظيفة التمويل إلى تحقيق العديد من الأهداف منها:

- خدمة السياسة العامة للمؤسسة الصحية، بتمويلها لوظائفها الأخرى بالوسائل الضرورية

التي تحتاجها لبلوغ الأهداف الخاصة والعامة المخطط لها؛

- التدخل بشكل مباشر أو غير مباشر لجمع الأموال الضرورية لكل سياسة تنتهجها المؤسسة؛

- تضمن اتحاد العوامل الفعالة لتحقيق مردودية أكبر.
- وتقوم بدور المراقبة للتأكد من أن الأهداف الموضوعية في البداية يمكن الوصول إليها عن طريق الوسائل المناسبة (التشخيص، قياس الفروقات في تقرير الأهداف وجدول الانحراف)، وهذا بإمكانه زيادة فعالية المؤسسة.

3-1-1-2- معايير تقييم التمويل:

- إن لطرق التمويل آثار على الأداء العام للنظام الصحي وبهدف تقييم نظام صحي ما يجب الاعتماد على ثلاثة معايير أساسية:
- أولاً- العدالة:** وهي المعيار الأساسي الذي يسمح بتقدير الوصول إلى العلاج، إن المبدأ المحدد للعدالة في نظام الصحة هو صيغة الدفع غير المباشرة للنفقات الاجتماعية، أما التمويل المباشر هو أكثر تناقص والذي يعرض المستهلكين لخطر الإنفاق الحالي، فطريقة الدفع غير المباشر هي الأكثر تفضيلاً من طرف المرضى من الطرق الأخرى، حيث إعادة تجميع الدخل بغرض تغطية الخطر المستقبلي لها أهمية كبيرة، وتدخل في الدفع غير المباشر عدة اعتبارات منها: عدد الصناديق، حجم الصناديق وطريقة الانضمام إليها وكذا المنافسة بين هذه الصناديق كل هذه الميزات تؤثر على العدالة. [70]ص130
- ومن هنا نستنتج أن مجانية العلاج والضمان الاجتماعي يضمنان العدالة في الوصول إلى العلاج لمختلف فئات الشعب بمختلف طبقاته، أما الدفع المباشر فيعد عائقاً في الوصول إلى العلاج ويقصد الطبقات الفقيرة والمعوزة.
- ثانياً- الفعالية:** قد ينتج عن أساليب التمويل نتائج تؤثر على الأداء العام للنظام الصحي مما يؤثر على فعاليته وهذا ما نلاحظه في التمويل العام، حيث تسببت العراقيل البيروقراطية في التأثير بشكل واسع على المريض، وكذلك انعدام الرقابة على استغلال موارده المالية تجعله غير فعال لدرجة كبيرة، على عكس نظام التمويل الخاص الذي يكون أكثر فعالية بتجنبه التبذير والإدارة السيئة، أما التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي يكون أكثر فعالية إذا تبعه نظام مراقبة دقيق.
- ثالثاً- الاستمرارية:** إن أغلب أنظمة التمويل التي تطبق بشكل مستمر ودائم هي التي تتميز بالفعالية نتيجة استقرارها، والأمثلة العالمية تشير أن الدول النامية لا تكون فيها استمرارية في تطبيق أنظمتها لأنه غالباً ما تظهر فيه أزمات. [71]ص46

3-1-1-3- أنماط تمويل الخدمات الصحية:

تتمثل أهم التحديات التي تحول دون تطوير قطاع الخدمات الصحية في نقص الموارد المتاحة لتمويل الإنفاق على الصحة، خاصة في ظل الارتفاع المضطرب لتكاليف تقديم الخدمات الصحية. وفي سبيل التغلب على هذه العقبة قامت بعض الدول بإجراء عدد من الإصلاحات في السياسة التمويلية وتتمثل هذه الإصلاحات في الفصل بين التمويل وتقديم الخدمة، تنويع مصادر التمويل ورفع كفاءة نظم تمويل الوحدات الصحية.

أولاً- الفصل بين التمويل وتقديم الخدمة: اتجهت العديد من الدول خاصة المتقدمة منها إلى تطبيق مبدأ الفصل بين تقديم الخدمة من ناحية وبين تمويلها من ناحية أخرى، عن طريق السماح بوجود جهات أخرى لتقديم الخدمات الصحية بالإضافة إلى القطاع العام، وبصفة عامة يمكن تقسيم نظم الرعاية الصحية إلى عدة أشكال رئيسية بالاعتماد على طبيعة العلاقة بين التمويل وتقديم الخدمة، أو بمعنى آخر هل يتم تقديم الخدمة من خلال نفس الجهة المقدمة للتمويل أم لا؟ ويمكن استعراض هذه النظم من خلال أربعة أنواع على النحو التالي: [72]

أ- نظام الشرائح: يشير نظام الشرائح إلى تعدد الجهات المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية، أو بمعنى توزيع مسؤولية تقديم الخدمات الصحية بين أكثر من جهة، يتولى كل منها تقديم الرعاية الصحية إلى فئة أو شريحة معينة من المجتمع (أو من الممكن أن تقدم نفس الجهة الخدمات الصحية لأكثر من شريحة في نفس الوقت)، ومن الدول التي تطبق هذه النظم "المكسيك". ويتطلب هذا النظام ضرورة التنسيق بين جهات مختلفة التي تقدم الرعاية الصحية بما يضمن توافق الخدمات الصحية مع احتياجات المجتمع. وتتمثل الجهات المقدمة للخدمات الصحية وفقاً لهذا النظام في:

* **نظم التأمين الصحي:** تتولى تقديم الرعاية الصحية إلى العاملين في القطاع الرسمي للدولة.
* **وزارة الصحة:** تتولى تقديم الخدمات الصحية إلى الفئات محدودة الدخل والمتوسطة بصورة أساسية.

* **القطاع الخاص:** يقدم الخدمات الصحية للطبقات الغنية والمتوسطة، وفي بعض الأحيان للطبقات الفقيرة أيضاً.

ب- النظام العام المتكامل: يتسم هذا القطاع بمحورية دور القطاع العام في كل من تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحية لمختلف شرائح المجتمع (القطاع المسيطر على الخدمات الصحية)، ويتم تمويل الخدمات الصحية بصورة أساسية من خلال حصيلة الضرائب [2] ص 279 ، كما يتم توزيع هذا التمويل على المستشفيات والوحدات الصحية العامة على أساس القدرة الاستيعابية

لكل منها، أو بمعنى آخر على أساس عدد السكان الذين يتم رعايتهم من قبل هذه الوحدات ومن الدول التي تتبع هذا النظام "كوستاريكا".

ج- نظام التعاقد من الباطن: يتفق هذا النظام مع النظام السابق في كون الحكومة أو القطاع العام تمثل المصدر الأساسي لتمويل الخدمات الصحية، إلا أنه يختلف مع النظام السابق في أن تقديم الخدمات الصحية يتم من خلال القطاع الخاص، وذلك بصورة مجانية أو بأسعار رمزية، أو بمعنى آخر يقوم هذا النظام على الفصل بين التمويل وتقديم الخدمات الصحية، ومن الدول التي تطبق هذا النظام "البرازيل".

د- النظام التعاقدى: وفقا لهذا النظام تعتبر نظام التأمين الصحي المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية (وذلك من خلال الاشتراكات التي يدفعها المشاركون في هذا النظام)، ويعتمد هذا النظام على القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية من خلال التعاقد بين نظم التأمين الاجتماعي والمؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص، ولقد اتبعت فرنسا عدة آليات لزيادة موارد التأمين الصحي من أهمها: [72]

- زيادة مساهمة الموظفين في التأمينات الاجتماعية (من خلال زيادة نسبة التأمينات التي تستقطع من المرتبات).
- زيادة مساهمة أصحاب العمل (من خلال زيادة نسبة التأمينات التي تدفع عن كل موظف).

ثانيا- تنويع مصادر التمويل: بدأت بعض الدول في الاعتماد على مصادر جديدة لتمويل الإنفاق على الصحة إلى جانب الاعتماد على الضرائب وتمثل هذه المصادر في:

أ- زيادة مساهمة المجتمعات المحلية: حيث تقوم المستشفيات في دول مثل السويد بالحصول على جزء من مواردها من السلطات المحلية.

ب- زيادة مساهمة منظمات المجتمع المدني غير الهادفة للربح: حيث يتم التنسيق بين السلطات المحلية وهذه المنظمات لتوجيه جزء من مواردها إلى إنشاء وإدارة الوحدات الصحية، خاصة في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات الصحية.

ثالثا- رفع كفاءة نظم تمويل الوحدات الصحية: [73] ص 70 تسعى الدول إلى تطوير نظم تمويل الوحدات الصحية بصورة مستمرة، بحيث يتم ربط التمويل بالكفاءة، ويمكن في هذا السياق استعراض أهم طرق تمويل الوحدات الصحية المختلفة (خاصة المستشفيات) سواء كانت عامة أو خاصة والمتمثلة في كل من التمويل الكلي حسب نسبة العمال، حسب نوع الخدمة وحسب الجودة.

أ- **التمويل الكلي أو الموازنة الكلية:** ينطوي هذا النظام على حصول الوحدات الصحية على موارد لتغطية كافة مصروفاتها دون التطرق إلى طبيعة مجالات الإنفاق وما إذا كانت ضرورية

أم لا، وغالبا ما تطبق هذه الآلية في ظل نظم الرعاية الصحية التي تكون فيها الحكومة هي الجهة الرئيسية في كل من تمويل وتقديم الخدمات الصحية، ويعيب هذا النظام أنه لا يعطي حافز للجهات المقدمة للخدمات الصحية لتحسين جودة هذه الخدمات.

ب- التمويل حسب نسبة الأشغال: يقوم هذا النظام على الربط بين حجم التمويل المقدم للوحدات الصحية وبين عدد الأسرة التي يتم شغلها في هذه الوحدات الصحية.

ويطبق هذا النظام في ظل وجود تعددية في الجهات المقدمة للخدمات الصحية، أو بمعنى آخر في ظل مشاركة القطاع العام في تقديم الخدمات الصحية، كما هو الحال في ألمانيا وفرنسا والنمسا، وعلى الرغم من أن هذا النظام يقوم بربط التمويل بنسبة الأشغال، إلا أنه لا يأخذ في الاعتبار أهمية الخدمات الصحية المختلفة وتكلفة الحصول عليها.

ج- التمويل حسب نوع الخدمات: تتوقف قيمة التمويل المقدم للوحدات الصحية وفقا لهذا النوع من آليات التمويل، على حسب طبيعة الخدمات الصحية المقدمة من قبل هذه الوحدة (خدمات رعاية أولية أم خدمات متخصصة)، ويطبق هذا النظام في اليابان وبعض المقاطعات في سويسرا.

د- التمويل حسب الجودة: يتميز هذا النظام في أن قيمة التمويل تتوقف على حسب مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها هذه الوحدات، بما يساعد على تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال زيادة المنافسة بين الوحدات الصحية المختلفة.

3-1-1-4- نماذج من أنظمة التمويل في العالم:

هناك عدة دول تتبن نفس أنظمة التمويل رغم اختلاف السياسات المتبعة، غير أن هناك عدة نماذج من أنظمة التمويل في العالم تختلف باختلاف السياسات المتبعة، وسوف نذكر بعض من أنظمة التمويل لدولة أمريكا، وانجلترا وفرنسا.

أولا- نظام التمويل الأمريكي: [74]ص33 يتركز هذا النظام على الحرية التامة للأفراد فيما يختارونه إنطلاقا من تنوع نظم التأمين وتقديم العلاج، أما من حيث الممارسة الطبية فهو يختلف عن نظريه في أوروبا كونه ليس هناك مصالح طبية مثلما هو الحال في المملكة المتحدة مع تدخل للسلطة الفدرالية في تمويل الصحة. كما يختلف عن مثيله الأوروبي من حيث التأمين على المرض فليس هناك تأمين على المرضى بالولايات المتحدة في حين أن الإستهلاك الطبي بها يعد من أكبر المعدلات المسجلة في العالم ويتوفر على نوعين من التمويل.

أ- التمويل الخاص: النفقات التي تغطيها الشركات الخاصة للتأمين :

***التأمينات الخاصة:** وهي مؤسسة ذات صبغة تجارية وذات هدف ربحي وخدمتها موجهة لتغطية تكاليف المكوث في المستشفى، مصاريف الجراحة، الأعمال الطبية المقدمة في منزل المريض أو في المستشفى ومصاريف التحليل، وقد تتوسع لتمثل خدمات طبية، ومن المؤسسات نذكر :

(BLUE GROSS و BLUE SHEILD)

ب- **التمويل العمومي:** من المتعارف عليه أن الحكومة ليس لديها أي إهتمام بالصحة العمومية ولكن من منطلق ومبدأ العدالة الإجتماعية أنشأ كل MEDICAVE و MEDICACT سنة 1965.

* **النظام الأول :** خاص بالأشخاص الذين يفوق سنهم 65 سنة وهو مسير من طرف هيكل عمومي خاص ويتوفر على نوعين من التأمين :

- تأمين المصاريف الطبية الأخرى تتحمل فيه الدولة الفيدرالية جزء والجزء الأخر يتحمله العامل الأجير.

- تغطية المكوث في المستشفى المنح تدفع بالتساوي بين الأجير والمستخدم والدولة الفدرالية.

- المبدأ للتعويض هو السعر المقبول .

* **أما النظام الثاني:** هو عبارة عن برنامج مساعدة طبية موجهة للطبقات ذوي الدخل الضعيف وكل دولة فيدرالية لها الحرية في التفاوض مع السلطات المركزية فيما يخص الإعانات التي يمكن تقديمها للأشخاص القاطنين بها.

تتقاسم التمويل فيه كل من الدولة الفيدرالية، الولايات الأخرى الجماعات المحلية لمعدلات مختلفة حسب دخل السكان، وهناك اقتراحات بغرض إدخال تعديلات في النظام الصحي الأمريكي والتي تسعى للتكفل بجميع أفراد المجتمع، ومن بينها المنافسة الموجهة، حيث في

إطارها تكون مراقبة للدولة بهدف تأمين والتوزيع العادل للمصادر. [75] ص30

ثانيا- نظام التمويل في إنجلترا: من أهم مميزاته هو التدخل الواسع ، وأقل تكلفة ، ومانح العلاج في إنجلترا هو النظام للصحة الذي أنشأ سنة 1948 وكل المؤسسات الأخرى مرتبطة به، تسييره وزارة الصحة ، على جانب تواجد قطاعات خاصة .

وجدير بالذكر أن اللجنة الوطنية للصحة تقدم خدمات صحية وخدمات الضمان الاجتماعي

حوالي 70 % من النفقات تغطي عن طريق الأجر والضرائب الاجتماعية كما أن معيار الإقليمية وعدد السكان معتمدين في إطار مناطق تضم مقاطعات بحيث أن المؤسسات الصحية في هذه المقطعات تسيير من طرف وزارة الصحة العمومية .

في هذا النظام مجال اختيار الطبيب محدود لدى المريض ولا يمكنه أن يلجأ إلى الأخصائي إلا عن طريق موافقة طبيبه الخاص على مستوى مؤسسة المقاطعة، بالمقابل فإن الفحوصات الطبية مجانية .

فالمركز الوطني للصحة هو الذي يدفع أجر الطبيب عن طريق قائمة تسجيل خاصة، والطبيب متعاقد مع المركز فهو غير مالك لمرضا ه ويتقاضى أجره حسب القائمة ويمكنه المعالجة لحسابه الخاص خارج المركز، وكل المستشفيات تدار على أساس ميزانية المستشفى. فهذا النظام ورغم المجانية استطاع أن يكون ذو تكلفة أقل بالنسبة للدول الأوروبية ويعود ذلك لجودة مراقبة النفقات الصحية.

ثالثا- نظام التمويل الفرنسي : أسس النظام الفرنسي على مبدأ التوافق بين المبادئ الليبرالية ومبادئ التضامن عن طريق التمويل الاجتماعي لذا نجد أن تمويل المنظومة الصحية الفرنسية يضمن غالبيتها الضمان الاجتماعي الذي أنشأ في سنة 1945 وهو هيئة خاصة شبه عمومية نظرا لكونه مؤطر من طرف وزارة الصحة وتشارك في تمويله التأمينات الخاصة مؤسسات الادخار والعائلات.

تأتي إيرادات الضمان الاجتماعي من المستخدمين المؤمن عليها وبدرجة أقل مساهمات الدولة في الشكل إعانات ويتكون من أربعة فروع :

- العائلة ؛

- حوادث العمل؛

- الشيخوخة ؛

- المرض (التأمين على المرض) .

وهذه الأخيرة هي أهم الفروع المضبوطة ببعض الشروط أهمها مبلغ المساهمة، عدد ساعات العمل المؤداة وهي تغطية غالبية المواطنين الفرنسيين (99%) إن التأمين على المرض يتشكل من مختلف الصناديق والنظم التي تخص النشاط المهني لمنخرطيها :

الأجراء: النظام العام

الفلاحة : التعااضدية الاجتماعية الفلاحية

والخدمات الممنوحة تختلف من صندوق إلى آخر، ولطالب العلاج الحرية إلى أي هيئة صحية يختار، فله أن يختار الطبيب (العام أو الخاص) يطلب الاستشارة من شاء ويعوض عما دفعه على أساس قاعدة تسعيرات. أما إذا سجل النظام التكميلي تعااضديات أو تأمينات خاصة، فلا يعوض إلا عن جزء من التسعيرة .

يعوض كذلك لشخص المؤمن عن الأدوية إن أشير إليها في القائمة الاحتياطات المعوض عليها من طرف صندوق التأمين على المرض .

وهناك طريقة الدفع المباشر التي تعمم حاليا ، فالمريض في هذه ال حالة بإمكانه عدم تسديد إلا الشطر الذي يتحمله والباقي يسدد من طرف الصندوق وهذه الطريقة مستعملة بشكل واسع في العلاج الإستشفائي .

وبعد 1983 تم تبني جزافي الاستشفاء للعلاج الذي هو مساهمة يومية جزافية لمصاريف الإقامة في المستشفى في حالة إذا ما إختار المريض مؤسسة عمومية ؛ أما إذا إختار المريض مؤسسة خاصة لا تربطها عقود مع هيئات الضمان الاجتماعي فمجموع النفقات الإستشفائية تكون على عاتقه .

عرف نظام الإستشفائي الفرنسي مشكل عويص متمثل في ارتفاع نفقة العلاج بصفة متواصلة دون إمكانية التحكم فيها مما يفرض إعادة مراجعة الأمور، يقابل ذلك رفض لفكرة إصلاح النظام الإستشفائي إلا أن الواقع تكلم بغير ذلك . [74]ص35

إن المشاكل التي يعاني منها قطاع الصحة في فرنسا هي من مخلفات النظام القديم ، فكان لزاما الإنطلاق في إصلاحات تمس القطاع العام والخاص مع التنسيق بينهما قصد إيجاد التوازن بين مختلف المؤسسات الصحية عبر المناطق المختلفة.

وكانت التدابير المتعلقة بالإصلاح هي نتيجة للدراسات والتحليل التي قام بها مجموعة من الخبراء فيما يخص نظام الحماية الاجتماعية والمشاكل التي حالت دون تجسيد الإصلاح والتي أدت إلى ارتفاع نفقات العلاج .

توالى عدة مخططات لتكريس الإصلاح وإعادة التقييم ، وجاء الأمر الصادر في 24 أبريل 1994 لتحديد المحاور الكبرى التي تتمحور حولها الإصلاح، في نفس التاريخ صدر ثلاث أوامر تنفيذية :

- الأمر 344/96 المتعلق بتنظيم الضمان الاجتماعي ؛
 - الأمر 345/96 المتعلق بالتحكم الطبي في نفقات العلاج؛
 - الأمر 346/96 المتضمن الإصلاح الإستشفائي في قطاعين العام والخاص .
- وتهدف أحكام الأمر 96 إلى :
- توفير علاج ذو نوعية للجميع والوصول إلى التحكم في النفقات الإستشفائية ؛
 - ملائمة نشاط المؤسسات الصحية مع الحاجيات ؛
 - وجعل في مستوى المسؤولية مصالح الدولة ،مصالح الحماية ضد المرض ومؤسسات الصحة وكذا جمعيات المتعاملين وهذا بتوحيد سلطة اتخاذ القرار والمبادرات المتعلقة بالتخطيط، وللحيلولة دون التهرب من المسؤولية .

وفي نفس الاتجاه استحدثت وكالة جهوية للاستشفاء في كل منطقة مهمتها وضع سياسة إقليمية لتوفر العلاج في المستشفيات وتحليل النشاطات الصحية في المؤسسات والتنسيق فيما بينها وكذا تحديد موارد وإمكانيات كل مؤسسة . تدير هذه الوكالة لجنة تنفيذية تتكون من ممثلي مصالح الدولة ومصالح الحماية ضد المرض وممثلي المتعاملين والمؤسسات الصحية . كما أن نظام التعاقد الذي يربط بين مصالح الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية (قانون الاستشفاء 1991) لم يدخل حيز التنفيذ بصفة فعالة ، ومع ذلك يبقى التعاقد النمط الوحيد الذي يربط الوكالة الجهوية للاستشفاء بمؤسسات الصحة والذي يهدف إلى :

- تفويض المؤسسات الصحية سلطة تقييم نوعية وكمية الخدمات الصحية؛

- تطوير التنسيق في النشاطات بين المؤسسات الصحية في إطار علاقة تكاملية؛

- التحكم في نفقات العلاج وإعادة النظر في تمويل المؤسسات الصحية .

أ- مشاكل النظام الصحي الفرنسي: تتمثل المشاكل التي تعاني منها النظام الصحي الفرنسي فيما يلي :

- ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، ويرجع السبب في ذلك إلى ارتفاع معدل استخدام الأدوية.

- ارتفاع تكاليف التقنيات الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج بالإضافة إلى عجز

ميزانية وزارة الصحة، حيث ارتفع العجز من 2 مليار أورو سنة 2001، ثم إلى 11 مليون أورو سنة 2003، وقد وصل إلى 27 مليار أورو مع نهاية سنة 2010 .

ب- التجربة الفرنسية المتبعة لتحكم في تنامي نفقاتها الصحية: [73] ص 81

ومن أجل الوقوف في وجه هذه العراقيل تبنت فرنسا مجموعة من سياسات الإصلاح تمثلت

فيما يلي :

* **زيادة موارد نظام التأمينات الاجتماعية :** وتشمل جملة من الزيادات منها :

- زيادة مساهمة العاملين : كان هناك بديلين لزيادة قمة المتحصلات التي تساهم بها الموظفون من خلال :

- **البديل الأول** يتمثل في زيادة نسبة التأمينات التي تستقطع من مرتبات الموظفين من 7.5%

إلى 7.7% من إجمالي نسبة المرتب التي تخضع للتأمين .

- **البديل الثاني** في زيادة النسبة التي تخضع للتأمينات من المرتب 95% من إجمالي المرتب.

- زيادة مساهمة أصحاب المعاشات : تم زيادة نسبة التأمينات التي تستقطع من دخول أصحاب

المعاشات أو التحويلات التي تقدم لغير القادرين على العمل من 6.2% من إجمالي قيمة المعاش أو التحويلات .

- زيادة مساهمة أصحاب العمل : تم زيادة نسبة 3% مع بداية سنة 2005

- زيادة الإقتطاعات المطبقة على الإستثمار : تضمن إجراءات زيادة موارد التأمينات الإجتماعية أيضا، زيادة نسبة التأمينات التي يدفعها المستثمرون 1.5% إلى 8.5% من إجمالي الأرباح .

* **زيادة أسعار خدمة المبيت في المستشفيات :**

تم زيادة سعر خدمة المبيت بالمستشفيات من 10.6 يورو /يوم إلى 13 يورو /يوم مع بداية سنة 2004، وسنة 2007 تم زيادة السعر إلى 16 يورو/يوم .

* **زيادة الضرائب المفروضة على شركات الأدوية :** بالإضافة إلى الإجراءات السابقة قامت السلطات الفرنسية بزيادة نسبة الضرائب المفروضة على مبيعات شركات الأدوية .

* **تحويل نسبة من الضرائب على التبغ إلى وزارة الصحة :** سوف تقوم الدولة بتحويل مليار أورو سنويا من متحصلات الضرائب على منتجات التبغ إلى وزارة الصحة .

3-1-2-2- مصادر تمويل الصحة في الجزائر:

عرفت الجزائر غداة الاستقلال على جميع الأصعدة، وكان لذلك أثر البارز على المنظومة الصحية، حيث خرج المستعمر تاركا المؤسسات مشلولة بسبب الهجرة المكثفة للخبرات والإطارات المسيرة ، ورغم الصعوبات المتعددة الأشكال فقد اتخذت السلطات التدابير اللازمة لتعويض الفراغ الرهيب بجميع القطاعات لتحقيق التوازن .
فتطور بذلك قطاع الصحة كغيره من القطاعات متأثرا بالتقلبات السياسية، الاقتصادية والاجتماعية وهنا نتساءل: كيف تطورت المنظومة الصحية في ظل التشريعات والقوانين المنظمة للقطاع ؟

3-1-2-1- الأسس القانونية لتمويل قطاع الصحة:

و يمكن تقسيم مراحل التطور إلى أربعة :

أولا- المرحلة من الإستقلال إلى غاية 1973: مر قطاع الصحة بمرحلة عويصة بعد الاستقلال إلى 1973 وذلك نتيجة:

- مغادرة الإطارات الفرنسية للبلاد أنتج فراغ في التكفل الصحي بالمواطنين والذي كان يقتصر على المدن الكبرى فقط .

- اعتماد الجزائر النصوص الفرنسية المنظمة للقطاع، مما نتج عنه تعايش بين نظامين متناقضين نظام صحي وطني اجتماعي، ونظام معتمد على الضمان ضد المرض ذو أصول ليبرالية، دور الدولة فيه ثانوي وظل الأمر كذلك إلى سنة 1973، مرحلة مجانية العلاج .

ثانيا- مرحلة ظهور أمر 1973 إلى غاية 1976 : يعتبر الأمر 73 / 65 المؤرخ في 28

سبتمبر 1973 [76] أول نص تتخذه الحكومة الجزائرية في الميدان الصحي ، وجاء مكرسا لمبدأ مجانية العلاج في القطاعات الصحية ومؤسسا لإنشاء اشتراكي ، تماشيا مع التوجيه السياسي للدولة ، نظام صحي وطني تتكفل فيه الدولة بنفقات العلاج .

أ- ظهور الميثاق الوطني عام 1976: بناء على الأمر رقم 57/76 المؤرخ في جويلية 1973

[77] المتضمن الميثاق الوطني أكد مجانية العلاج التي أشار إليها أمر 1973 حيث نص في إحدى بنوده أن الدولة هي التي تتكفل بضمان الحماية و ترقية صحة السكان أو مجانية العلاج تشكل قاعدة الصحة العمومية في الجزائر ، فالدولة هي التي تتكفل بتمويل الصحة بالنسبة لكل أنواع العلاج ولكل الشرائح الاجتماعية .

ب- ظهور دستور 1976: ظهر دستور 1976 بموجب الأمر رقم 76-97 المؤرخ في 22

نوفمبر 1976 [78] كرس ما جاءت به التشريعات التي سبقته و التي من بينها :

" حق المواطن في مجانية العلاج الذي يتكفل به نظام الصحة الشامل المجاني "

ثالثا- مرحلة من 1976 إلى 1992: رغم أن المشروع الجزائري أجرى تعديلات هامة في

ميدان الصحة، إلا أنه بموجب قانون 05/85 المؤرخ في 26 جمادي الأول عام 1403 الموافق لـ 16 فبراير 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، بقي متمسك بمبدأ مجانية العلاج كمكسب لا يمكن التراجع عنه، وخصص لمجانية العلاج جزء في الفصل الثالث من الباب الأول، وقد تناولت كل مادة منه فكرة تعبر صراحة عن هذا النهج الذي واصلت الجزائر إتباعه .

ونصت المادة 20 منه على أن القطاع العمومي يشكل الإطار الهام لتجسيد مجانية العلاج طبقا لإحكام المادة 67 من الدستور (دستور 1976) ، وهذا ما يفسر أن المشروع واصل إغلاق الباب في وجه القطاع الخاص، تماشيا مع متطلبات الحياة السياسية والاجتماعية آنذاك ، ونصت المادة 21 منه على أن الدولة تضع موضع التطبيق كل الوسائل والإمكانات الموجهة لحماية وترقية الصحة وذلك من خلال ضمانها لمجانية العلاج ، وهذه المادة حملت الدولة مسؤولية حماية وترقية الصحة بصفة مجانية .

أما المادة 22 فقد تضمنت في أحكامها تعداد الجوانب التي تشملها المجانية والمتمثلة في :

" الخدمات العلاجية والمعرفة بأنها مجموعة نشاطات الصحة العمومية، أعمال الفحص، العلاج والاستشفاء من الأمراض، وهذه المهام تقدم بصفة مجانية في جميع هياكل الصحة العمومية " .

أ- دستور 1989: في دستور 1989 [79] أكد المشروع الجزائري في المادة 51 على حق المواطنين في الرعاية الصحية وأنه من واجب الدولة التكفل بالوقاية من الأمراض الوبائية المعدية ومكافحتها، ويفهم من هذا أن التمويل محتوى في مفهوم التكفل فيما يتعلق بالوقاية .

رابعاً- المرحلة من 1992 إلى اليوم : وضع المشروع الجزائري نصب عينه أسلوب تمويل يركز على الاتفاق بين الأطراف المعنية، وذلك بغية المرور إلى نظام قائم على العلاقات التعاقدية وذلك لتفادي عيوب التمويل الجرافي المشار إليه سابقاً، وكانت أداة ذلك قانون المالية 1993 إلا أن تجسيد ذلك لم يكن بالأمر السهل والمتيسر، فكان لزاماً أن يقوم على أرضية مثارة بالحوار والنقاش بعيدة عن الارتجالية والعشوائية ومن أهم ما صب في هذا الاتجاه عقد مؤتمر في شهر ديسمبر 1990 وكان موضوعه الرئيسي إصلاح المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي وقد شكلت ست لجان من أجل إثراء الموضوع.

وفي نفس الشهر عقدت حلقة للخبراء بمدينة جانت تم التوصل من خلالها إلى :

- تقدير نتائج الأيام الوطنية حول إصلاح المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي ؛
- اقتراح خطة عمل مرفقة بجدول زمني من أجل المشروع في الإصلاح ، وحدد الأول من جانفي 1991 تاريخ الانطلاق .بناء على ذلك عقدت اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بتنفيذ إصلاح المنظومة الصحية حلقة دراسية يومي 17 و 18 مارس 1991 بالمعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر، ومن أهم ما تم دراسته:

تحضير إستراتيجية للبدء في مباشرة إصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية طبقاً لتوصيات الأيام الوطنية المنعقدة في ديسمبر 1990 بالجزائر العاصمة ومن بين ما تم تداوله قصد جعله موضع التنفيذ تمويل المنظومة الوطنية للصحة العمومية على أساس نظام تعاقدية الذي جاء به قانون المالية لسنة 1992 خاصة المادة 175 منه الفقرة 2 والتي نصت على ما يلي:
" يطبق هذا التمويل على أساس علاقة تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كفاءته عن طريق التنظيم "

ليلي قانون 26/91 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 [80] المتضمن المخطط الوطني لسنة 1992 مؤكداً على النهج الجديد المراد إدخاله على المنظومة الصحية، ومعللاً الدوافع والأهداف التي وراء اللجوء إليه حيث جاء في المادة 11 الفقرة 01 من نفس القانون ما يلي:

تجسيد أعمال الوتيرة الاجتماعية الرامية إلى الحفاظ على التوازنات الاجتماعية للمواطنين .
الفقرة 05 : إعادة ترتيب كفاءات تمويل وتسيير هياكل الصحة العمومية من أجل ترشيد التكلفة وتحسين العلاج .

مما يعني أن الدوافع إلى إعادة النظر في نظام تمويل للصحة، هو تفادي طريقة الجزافية وإرساء قاعدة تركز على نظام التعاقد بين الأطراف الممولة وقطاع الصحة، والهدف هو عقلنة التكاليف وتحسين نوعية الخدمات بدرجة ترضي المترفقين والمهنيين على حد سواء .

أ- قانون المالية 1995: لقد ورد في الأمر رقم 03/94 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994، المتضمن قانون المالية لسنة 1995 وفي المادة 132 منه في الفقرات 2-3-4 ما يلي [81]:
"يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم، وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، وتتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمعوزين غير المؤمنين اجتماعيا".

ومن خلال النص يتبين تجاوز الإشارة إلى العلاقة التعاقدية بين الضمان الاجتماعي وقطاع الصحة، لينتقل إلى كيفية استعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الاجتماعي والدولة ففيما يخص الأولى هي للتكفل بنفقات المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، أما المعوزين غير المؤمنين اجتماعيا فتتكفل بهم الدولة .

ب- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 07 يناير 1995 : حدد القرار طبيعة وقيمة الموارد المتأتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية، وعلى أثر ذلك أصبح المواطن يساهم في تمويل الخدمات الصحية التي يستفيد منها في المؤسسات الصحية العمومية باستثناء بعض الفئات الاجتماعية التي تتكفل بها الدولة .

وقد كانت مساهمة المنتفعين في مصاريف الصحة من بين توصيات البنك الدولي سنة 1988 وكانت ضمن شروط تطبيق إعادة الجدولة، إلا أن هذه المساهمة تبقى رمزية ولم يكن لها أي تأثير في تسيير المؤسسات الصحية.

وللإشارة فإن أغلبية الطالبين للعلاج لا يدفعون المقابل إما بسبب مرض مزمن، أو عوز أو أسباب أخرى مستثناة في القرار الوزاري المشار إليه أعلاه.

ج- المراسيم التنفيذية رقم 465/97 ، 466/97 ، 467/97 : [82]

إن المناقشات المتعددة الهادفة إلى إيجاد حلول للأزمة الخانقة التي تعيشها المنظومة الصحية، أفرزت مجموعة من الإصلاحات المتتابعة وهي خطوات إيجابية في طريق الإصلاح، خاصة في ظل التغيرات الاجتماعية والإقتصادية التي شاهدها الجزائر والعالم كله .

ومن ثمار هذه الإصلاحات إعادة هيكلة المؤسسات الصحية المقررة بموجب المراسيم التنفيذية المشار إليها أعلاه، والتي تضمنت مجموعة من التغيرات في تنظيم وتسيير المؤسسات الصحية،

فالدولة والضمان الإجتماعي هما الممولان الرئيسيان للمؤسسات الصحية ، ونتج هذا عن التسبب في التسيير المالي، والتعسف في حق الضمان الإجتماعي من خلال النظام الجزافي الإستشفائي، وقد جاءت عملية إصلاح هذه الوضعية بتحديد مسؤولية كل جهة (الدولة، الضمان الإجتماعي) أضافت المراسيم في باب الإيرادات مصادر جديدة مثل إعانات الجماعات المحلية، التخصيصات الإستشفائية، الإيرادات المختلفة، تسديدات التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية، فضلا على إعانات الدولة، كما أصبح بإمكان المؤسسات الصحية أن تتحمل على إيرادات جديدة من خلال تطبيق نظام التعاقد مع هيئات والمؤسسات فيما يخص الخدمات الصحية ذلك ما أشارت إليه على التوالي المادتين 25 و32 من المرسوم التنفيذي 465 /97 و467/97 أثناء تعداد مكونات باب الإيرادات للمؤسسات الصحية العمومية .

3-1-2-2- مراحل تطور تمويل المنظومة الوطنية للصحة:

مر القطاع الصحي بعدت مراحل سوف نذكرها في النقاط التالية وذلك حسب التطورات الزمنية ابتداء من بعد الاستقلال.

أولاً- نظام التمويل قبل 1974 التمويل المختلط : كان نظام التمويل في هذا المرحلة يتميز

بضعف الوسائل حيث كان من المستعجل، آنذاك إعادة تنشيط الهياكل والمنشآت الصحية الموروثة عن الإستعمار، من أجل ضمان الخدمات الصحية للمواطن كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة نسبيا / إذا كانت لا تفوق 1.5 من الناتج القومي الخام. اعتماد القطاع العام في هذه المرحلة، على ثلاث مصادر مختلفة ، لكنها متكاملة في تمويل قطاع الصحة ، والتي تقابل ثلاث فئات من المرضى يستقبلهم المستشفى، وذلك عن طريق تحديد الهوية الإجتماعية لكل شريحة، هذه المصادر هي: [83]

أ- التسبيقات : هذه التسبيقات هي عبارة عن المساهمة العمومية التي يتحملها الدولة والجماعات المحلية والتي كانت تمثل حوالي 60% من مجموعة النفقات الصحية والمخصصة لتغطية تكاليف الأشخاص المستفيدين من المساعدة الطبية المجانية والذين يمثلون السكان الأصليين عديمي أو ضعيفي الدخل حيث كانت هذه النفقات تعوض من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85% أما النسبة الباقية والمقدرة بـ 15% فكانت تعوض من طرف صناديق التضامن التابعة للمحافظات والبلديات لحساب الجماعات الإقليمية المحلية : 08% على حساب المحافظات؛ 07% على حساب البلديات .

ب- عائد تسديد المصاريف: تتمثل في مساهمة صندوق الضمان الإجتماعي لقاء الخدمات الإجتماعية المقدمة لصالح المنخرطين من الأجراء وذوي حقوقهم في شكل منحة التكفل (prise

(en charge) التي تمنح على أساس السعر اليومي المحدد سنويا هذه المساهمة تشكل 30% من إجمالي النفقات الصحية .

ج- العائدات الخاصة : تتمثل العائدات الخاصة ما يدفعه المرضى ذوى الدخل الكافي كأصحاب الأعمال الحرة التجار الحرفيون علاجهم بحكم أنهم لا يتوفرون على أي تغطية إجتماعية هذه المساهمة تمثل حوالي 10% من النفقات العامة للصحة والتي تحسب على أساس السعر اليومي المقرر سنويا .

وإذا كان النظام المالي الذي ساد في الفترة قدم الكثير من المزايا فيما يخص التسيير المالي فإن العراقيل الناتجة خاصة عن الحجم العام للديون غير المغطاة إضافة إلى الحواجز المالية التي كانت تحول دون تلبية إحتياجات المواطنين، وعرقلت السير العادي للنظام الصحي، دفع بالسلطات العمومية إلى التفكير في نظام تمويل جديد خاصة بعد إنتهاج سياسة تصنيعية ساعدت على تمويل مختلف المشاريع الإجتماعية .

ثانيا- نظام التمويل بعد 1974 مجانية العلاج: إن تطبيق مبدأ مجانية العلاج سنة 1974 ، رافقه

مراجعة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية، حيث تم وضع آلية للتمويل المسماة، الميزانية الإجمالية والتي تسهل تلبية إحتياجاتهم الصحية، بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزافي للمستشفيات تحدد سنويا عن طريق قانون المالية وتحتوي على مصدرين للتمويل هما : مساهمة الدولة ومشاركة صندوق الضمان الإجتماعي بهدف التغطية، وبطريقة غير مباشرة النفقات الصحية للمؤمنين إجتماعيا وذوي الحقوق . يغطي هذا الجزافي مصاريف التسيير، وكذا المبالغ المعتبرة الموجهة للإستثمارات، وقد عرف نمو ملحوظ علما وانه لم تكن هناك إجراءات واضحة تربط النشاط بمعايير التقييم والناجعة سواء من طرف الإدارة المركزية أو الهيئات المكلفة التسيير على مستوى المؤسسات الصحية .

3-2-1-3- الوضعية الاقتصادية ونظام التمويل في الجزائر :

إرتباط نظام تمويل الصحة في الجزائر طرديا بالوضعية الاقتصادية .

أولا- مرحلة التنمية الشاملة من 1967 إلى 1986 : أدت إيرادات المحروقات والإعتمادات

الخارجية الممنوحة في شكل قروض إلى نمو اقتصادي محسوس، كنتيجة للإستثمار المكثفة ، فاستفاد قطاع الصحة بدوره من برامج شامل مس أغلبية مناطق الوطن، حيث اتسعت رقعة التغطية الصحية بزيادة في أي عدد الهياكل (مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات ، مراكز صحية ، قاعات العلاج) .

وأدى برامج التكوين إلى زيادة محسوسة في عدد الأطباء والشبه الطبيين، كما أدى تطبيق مبدأ المجانية إلى الحصول على العلاج في أي مستوى كان والتي بلغت ذروتها في هذه المرحلة، كما تميزت هذه الفترة بإحتكار القطاع العام بغرض الخدمات الصحية إلى غاية الثمانينات والذي تدعم بتأميم الهياكل التابعة لصندوق الضمان الإجتماعي أما القطاع الخاص فكان شبه منعدم .
[74]ص46

ثانيا- مرحلة الأزمة الاقتصادية 1986 – 1988: أدى تراجع سعر البترول في منتصف الثمانينات إلى إفراز أزمة اقتصادية ومالية خطيرة ، كونها المصدر الرئيسي لتمويل الاقتصاد الوطني (95 %)، هذه الوضعية انعكست سلبا على التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، هذه الضغوطات زادت حدتها بسبب ثقل المديونية الخارجية سنة 1993 التي كانت تمتص 5/4 من الإيرادات الخارجية. [84]ص25

استمر مبدأ المجانية الكلية للخدمات الصحية إلى غاية 1985 تاريخ بداية الأزمة الاقتصادية والمالية التي دفعت بالسلطة العمومية إلى التفكير في إعادة صياغة هذا المبدأ حسب المعطيات الجديدة الهادفة إلى عقلنة منح واستعمال الموارد وإشتراك المرضى أكثر في التكفل بحاجياتهم العلاجية .

ففي بداية سنة 1986 تم توقيف التوزيع المجاني للأدوية، ورفعت الحواجز التي كانت أمام القطاع الخاص والذي توسع في عرض خدماته : عيادات الفحص، عيادات الإستشفاء، التصوير الطبي، وهذا مما يمثل تمويل العائلات للخدمات العلاجية والذي كان يعتمد أساسا على الدولة والضمان الاجتماعي .

ثالثا- الوثبة الاقتصادية و مرحلة اقتصاد السوق من 1988 إلى اليوم: انعكس استمرار الأزمة الاقتصادية (1986) سلبا على أغلبية القطاعات الاقتصادية والاجتماعية حيث عجزت الدولة عن تسديد ديونها ابتداء من 1993 ودخلت في مفاوضات مع صندوق النقد الدولي والبنك العالمي للتوصل إلى إبرام اتفاقية للتخفيف من الصعوبات المالية، وهذا ما انجر عنه إعادة جدولة الديون الخارجية ، وبالموازاة مع ذلك شرع في تطبيق إصلاحات بهدف استقرار العملة الوطنية وتخفيف تمويل الصحة أكثر من ضرورة .

هنا شرعت وزارة الصحة منذ 1995 في إصدار مجموعة من القوانين تؤسس لمساهمة المرضى في تكاليف العلاج الذي يحصلون عليه لتقليل التكاليف على ميزانية الدولة ، وهي لا تمثل سوى 2 % من الميزانية الإجمالية للمؤسسات الصحية ، ولكنها بذرة في تغطية التكاليف العلاجية ، وتعد تجاوز لفكرة المجانية الكلية وتجلب بوضوح نزعة التخلص من النظام الجزافي في بناء علاقات تعاقدية بين الهياكل الصحية وصناديق الضمان الاجتماعي في بناء علاقات بين

الهيكل الصحية وصناديق الضمان الاجتماعي ، هذه العلاقة من شأنها دعم ومراقبة ومحاسبة للموارد الممنوحة .

3-1-2-4- دور الضمان الاجتماعي في تمويل المنظومة الوطنية الصحية: [85] ص 60-61

إن تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي يعد من أهم النقاط الواجب التطرق إليها ، نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كممول رئيسي .
في البداية يجب القول بأن الضمان الاجتماعي في الجزائر، حتى بعد الاستقلال بقي يسير على شكل النظام الفرنسي، المتميز بتعدد الأنظمة مما يعقد الأمر، باعتبار أن مختلف تلك الأنظمة مستقلة في أعمالها تسييرها، أهم هذه الأنظمة هو النظام العام للمأجورين بالنظر إلى عدد المنتمين إليه، الذي يضم عمال قطاع الصناعة، البناء، التجارة، الخدمات وغيرها.
كما انه كان هناك إضافة إلى نظام موظفي الإدارات العمومية، مجموعة من الأنظمة الخاصة كتلك المتعلقة بالمناجم، عمال البحر، الغاز، وعمال السك الحديدية، وكذا النظام الزراعي المهني في شكل تعاونيات.
أما النظام المتعلق بغير المأجورين، فلم يتم إنشائه إلا عام 1967 هو موجه للمهن الحرة، للتجارة والحرفين ويدعى (CASNOS) .

مجموعة هذه الأنظمة يترأسها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS) الذي يقوم بمهام التنسيق و التنشيط مما يزيد تعقد نظام الضمان الاجتماعي في هذه الفترة هو انقسام الوصاية، نظرا لمشاركة عدة وزارات فمثلا: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS) كان تابعا لوزارة العمل في وقت ما وعاد في 1991 إلى وزارة الصحة.
التعاونيات الفلاحية كانت دوما نظاما للوحدة تابع لوزارة الفلاحة فقبل إنشاء مجانية العلاج، كان يقدم خدماته الطبية مباشرة، و بعد وضع المجانية تخلى عن قاعات العلاج التي كانت تملكها وزارة الصحة، واحتفظ فقط بمهام التعويضات.
إضافة إلى ذلك فإن تعقيد وضع هذا النظام يظهر على مستوى آخر يتمثل في تعدد و اختلاف نسب المساهمة للمنتمين لمختلف هذه الأنظمة، و كذا اختلافات في الخدمات المقدمة.

أولاً- مميزات النظام: [83] ص 55 في النظام العام يستفيد المنتمون من:

أ- خدمات مادية: هي تمثل تكلفة المرضى، وتشمل تغطية المصاريف الصيدلانية، الجراحية، والمكوث في المستشفى، وتمثل معدل التعويض فيها 80 % يمكن أن يرتفع إلى 100 % في الحالات الخطيرة كعمليات أو الأمراض المزمنة.

ب- خدمات مالية: تمثل تعويضي، يخص الذين يتقاضون آخر فقط مثال: تعويض الأجر اليومي عند غياب لأسباب مرضية.

ج- التأمينات الاجتماعية: مثل تأمين الأمومة، الذي يعتبر جزافي لمجمل المصاريف الطبية والصيدلية.

د- حوادث العمل والأمراض المهنية: حيث أصبحت من شأن الضمان الاجتماعي منذ 1967 المتعلقة بالولادة، وكذا بتأمين الوفاة.

و- الحركة الصحية الاجتماعية والعائلية: ذلك نظرا لاهتمام الضمان الاجتماعي بتسيير الصحة والمخيمات الصيفية، فهو إلى جانب الحركة الصحية يقوم ببعض الأنشطة الاجتماعية .

كل ما سبق هي الخدمات التي تهتمنا والتي تدور في محيط الصحة، إلا أننا نذكر فقط أن الصندوق له مهام أخرى اجتماعية متعلقة بالتقاعد والشيخوخة وغيرها .

فهو إذا النظام الأكثر شموله، نفس الشيء يقال بالنسبة لنظام المناجم وكذا عمال البحر على العكس من ذلك فنظام الموظفين وكذا النظامين الخاصين المتعلقة بسونلغاز وكذا عمال السكك الحديدية ، لا يقدمون سوى الخدمات المادية والتأمينات الاجتماعية، الباقي يقدمه صاحب العمل . أما نظام غير المأجورين يهتم بتقديم الخدمات المادية ، وكذا الخدمات المقدمة من كل نظام هذا التعدد يسري كذلك على نسب الاشتراكات المقطعة من المعنيين .

أما في مرحلة ثانية كانت هناك عملية توحيد للضمان الاجتماعي، فعقب صدور قوانين 02 جويلي 1983، ثم حل جميع الأنظمة المتواجدة وإنشاء نظام موحد لتأمينات الاجتماعية الذي يضم حوادث العمل والأمراض المهنية، وعليه فهو يضم مجموعة الفئات العاملة في جميع النشاطات وأغلبها .

بالموازاة مع هذا التوحيد في الأنظمة، هناك توحيد في نسب الاشتراكات وكذا بالنسبة للخدمات المقدمة فهي نفسها، بمعنى أن الأعباء والامتيازات لمختلف مجموعات العمال متمثلة، كذلك الأمر بالنسبة للأعباء الواقعة على عاتق مختلف المؤسسات قطاعات النشاط حيث أن جزء من الأعباء يتحملة العامل وجزء آخر يتحملة صاحب العمل .

وعليه ففي الغالب النسبة موحدة في جميع القطاعات، ما عدا بعض الاستثناءات عندما يكون صاحب العمل ذا صفة خاصة مثلا بالنسبة للإرادات العمومية فالنسبة التي تشارك بها في الضمان الاجتماعي أقل مثل تعاونيات قداماء المجاهدين كذلك .

على العموم ، فلقد تم إصدار تعليمية وزارية 5 جانفي 1992 تجعل الإدارة في نفس المستوى مع باقي قطاعات النشاط الأخرى بالنسبة لسنة 1993 ، كما تنظم هذه التعليمية في مرحلة انتقالية حيث أن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، حوادث العمل و الأمراض المهنية

(CNASAT) هو المسير لمجموعة التأمينات المتعلقة بالحصة ، بينما هناك صندوق وطني للتعاقد (CNR) المسير للنظام الموحد ليبقى صندوق الأجور و يدعى (CNAS). [86]

معنى ذلك أنه رغم توحيد تسيير نسب الاشتراكات وكذا الخدمات المقدمة ، فإن مفهوم الضمان الاجتماعي يبقى نفسه، حيث أن المادة 5 من القانون المؤرخ في 2 جويلية 1983 تنص على الهياكل الأخرى غير العمومية للصحة، فإن المصاريف التي تحملها المؤمن يتم تعويضها من طرف هيئة الضمان الاجتماعي بنسبة 80 % من المصاريف عبر التنظيم .

بعبارة أخرى فإن نظام التأمين الإلزامي يشارك في تمويل القطاعات الصحية العمومية لكنه يبقى متميزا ويخضع لمنطق تسيير آخر، يصبو إلى تعويض مصاريف العلاج في القطاع الخاص أساسا، مما يؤدي بنا إلى نظام علاج ممول أكثر فأكثر عن طريق التأمين الاجتماعي وفق إجراءات مختلفة- تبعا للقطاع- اهو عام أو خاص، فهناك إذا فرق كبير بين أصحاب القرار في السياسة الصحية هم وزارة الصحة والهياكل الموضوعة تحت وصايتها، وبين الهيئة الممولة أو التي تدفع ، المتمثلة في الضمان الاجتماعي، بما في ذلك التكفل بنقل المرضى إلى الخارج وغيرها، مما يجعل وسائل الرقابة وكذا التقليل من نفقات عن طريق وضع سياسة محكمة فيها عن طريق الضمان الاجتماعي أمر مستحيلا تقريبا. [85] ص64

فالحالة المالية للضمان الاجتماعي حافظت لمدة طويلة على فائض في مصادرها، هذا النمو كان محددًا بوتيرة الاستثمار العمومي، دفع الأجور للأفراد العاملين في المجتمع لكن ذلك لم يدم وصار الصندوق يتخبط في مشاكل مالية.

في بداية الثمانينيات وبصفة خاصة بين 1980 و 1984 متوسط النمو السنوي كان يقارب 16 % من المدخلات ، وذلك نظرا لزيادة عدد المنخرطين في الضمان الاجتماعي من 2,18 إلى 2,92 عام 1984.

استمرت الوضعية المالية الحسنة، والتميز بنوع من فائض في ميزانية الضمان الاجتماعي إلى غاية 1986 – 1987، غير أنه ابتداء من 1988 لوحظ عجز متزايد، لانخفاض نسبة الشغل، زيادة عدد المستفيدين، والاستمرارية في تدعيم النفقات الصحية من التمويل للقطاعات الصحية، الاستثمارات، والعلاج في الخارج. [75] ص58

لمحاولة إيجاد حلول لهذا العجز المالي، يجب القيام بإعادة هيكلة الضمان الاجتماعي من جهة، وكذلك التفاوض مع الدولة فيما يخص طريقة تسيير موارد من جهة أخرى.

في ما يخص إعادة الهيكلة، فذلك متعلق باعتبار الصندوق مؤسسة عمومية ذات صيغة إدارية إذن يخضع للمحاسبة العمومية، غير أن تسيير موارده ونفقاته تتبع لقواعد المحاسبة الخاصة نظرا

لطبيعة نشاطه وغياب أي قرض محدد في إطار ميزانية الدولة، والاستقلالية المطبقة من حيث الاشتراكات، إضافة لتكلفة تسيير الوكالات المحلية الموزعة جغرافياً.

أما عن علاقة الصندوق مع الدولة فإن مسؤولي الضمان يشكون خاصة من كون الدولة لا تدفع دائماً اشتراكاتهم، وهنا المشكل يأتي خاصة من المؤسسات والإدارات العمومية، فلقد مثلته عام 1986 حوالي 90 % من حجم الاشتراكات غير المغطاة (حوالي 12,5 مليار دينار)، إضافة إلى ذلك، ففي أغلب الأحيان تأخذ الدولة من مصادر الضمان الاجتماعي لتمويل نفقات تعد من مهامها، تعني هنا نفقات الصحة والتكفل بمجانبة العلاج، وكذلك فهي تفرض عليه التكفل بالمصاريف الطبية للغير مؤمنين عند العلاج في الخارج، ما يمكن القول هو أن الضمان الاجتماعي يدخل مرحلة يتخبط فيها بمشاكل مالية في وقت يحتاج فيه إلى موارد أكبر للحفاظ على توازن الخدمات على العموم.

كما أن المشاركة في ميزانية القطاعات الصحية، المؤسسات الإستشفائية الجامعية والمتخصصة يتم بدفع شرائح فضيلة للحساب الخاص للخزينة، المسمى بـ " مصاريف الاستشفاء المجاني".

وعليه، يمكن القول أنه على المستوى المالي، فإن تطور هذه المشاركة تبين تدرج إيجابي نسبياً يترافق مع تطور مشاركة الدولة، مما يترجم نوع من التوازن في مشاركة كل من الطرفين. (حوالي ثلث مقابل ثلثين)، بينما على مستوى المؤسسات، فإن طبيعة الأعباء، تعرف تغيرات عبر قانون المالية لسنة 1994.

بالفعل، للمرة الأولى، هذا القانون - عبر مادته 147 - يبين الوجهة المخصصة لمساهمات الضمان الاجتماعي، بالموازاة وجهة مساهمات الدولة فالأولى تخص التغطية المالية للأعباء الطبية للمؤمنين الاجتماعيين، وكذا ذوي حقوقهم، أما الثانية فتخص مصاريف الوقاية، التكوين، البحث الطبي والعلاج الموجه للمعوزين الغير مؤمنين اجتماعياً.

إن هذا التوزيع الجديد للأدوار يوضح التخلي المالي لصندوق الضمان الاجتماعي فيما يخص كل نفقة غير مرتبطة مباشرة بالتكاليف الطب للمنتمين إلى الصندوق، مثل هذا التغيير في قواعد السير، يحمل نتائج هامة في إطار مشاركة صناديق الضمان الاجتماعي لم يعد بالإمكان تقديرها مسبقاً، ولا يمكن تحديدها عن طريق قوانين المالية، ولو على "أساس تقديري إجمالي".

فإن الضمان الاجتماعي كان يمول إضافة إلى هيكله الخاصة الاستثمارات الاجتماعية والصحية، ذلك حتى بداية الثمانينيات أين لم يصبح يقدم العلاج، الذي عاد إلى القطاع العمومي والخاص بالدولة، وعليه فإن مصاريف الاستشفاء ارتفعت، منذ 1993 وهو تاريخ أول عجز

فإن مشاركة المنتمين تمت في حوالي 1 إلى 2 مليار دج ، كما هناك العلاج في الخارج و الذي تم التخفيض منه بصفة كبيرة بأكثر من 70% عام 1995.

على العكس مما سبق فإنه فيما يخص تعويضات المصاريف الطبية والموارد الصيدلانية فقد عرفت تطورا كبيرا، ففي حين كانت تمثل 1/2 مليار دج عام 1980، فإنها أصبحت 8 مليار دج عام 1994، ذلك بسبب إعادة توازن مبالغ الأدوية التي كانت مدعومة من الدولة، إضافة إلى التغييرات النقدية الحاصلة " من إعادة تقديم العملة " كما أن تسارع المؤمنين الاجتماعيين في طلب التعويضات، وكذا توسع القطاع الخاص للصحة يفسر هذا التطور.

3-1-3- تشخيص الجوانب الإيجابية والسلبية لنمط التمويل في الجزائر:

لأي نظام متبع ايجابيات وسلبيات ،وبالتالي فان لنظام تمويل القطاع الصحي في الجزائر سلبيات وإيجابيات نلخصها في العناصر الآتية.

3-1-3-1- إيجابيات نظام تمويل الصحة :

إن تحديد مصادر التمويل مسبقا يعد من الأمور الإيجابية ، فتحديد المصادر تكون الرؤية واضحة في التزام الأطراف بحصصها التمويلية ، وفي هذا الاتجاه بدأ التفكير منذ 1998 عن مصادر أخرى لتمويل قطاع الصحة لاسيما إنشاء رسوم على النشاطات الملوثة للبيئة المؤثرة على صحة المواطن .

كما أن نظام التمويل الجزافي عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب إيجابي من حيث الطابع التضامني في كفالة العلاج لشرائح كبيرة في المجتمع بالأخص صحة الفقراء ، بغض النظر عن التعريف الاجتماعية وهو يمكن الاحتفاظ به من حيث تكيف النمط مع ضبطه ضمن منظومة متكاملة الجوانب .

ومن صور الايجابية توصية ميثاق الصحة لسنة 1998 والمنبثق عن الملتقى المذكور أعلاه ضرورة الإبقاء على مساهمة الدولة كضامن للجانب الإستشفائي في إطار التضامن الوطني، والمحافظة على الحد الأدنى من التوازن على المستوى الاجتماعي، واستمرار حضور معنى السلطة العامة من حيث التخطيط والتنظيم والإشراف على مختلف البرامج، والتي تشهد على دور الدولة في القضاء على العديد من الأمراض والأوبئة الفتاكة، ومن ذلك البرنامج الموسع للتطعيم، برامج الصحة المختلفة وبهذا تكون قد ساهمت الدولة في تحقيق أهداف الألفية بسعيها الدائم في تحسين مؤشرات الصحة، وهذا فضلا عن الجهود المتواصلة في مجال التكوين الذي يعتبر من أهم الاستثمارات العمومية في مجال الصحة التي تخصص لها ميزانية معتبرة .

3-1-3-2- سلبيات نظام تمويل الصحة :

يمكن التطرق إلى سلبيات نظام التمويل من خلال النقاط التالية :

أولاً- ارتفاع النفقات الوطنية للصحة : إن ارتفاع نفقات الصحة يظهر جليا في تدهور شروط

إقامة المرضى، وكذا الوسائل الطبية المتخصصة للعلاج لاسيما الأدوية و الأجهزة الطبية.

وهذا ما يفسر تراجع ميزانية قطاع الصحة، خاصة خلال الفترة الممتدة من 1991 –

2001، بالمقارنة مع بعض المؤشرات الاقتصادية، حيث كانت تمثل 2,2 % من الناتج الوطني

الخام، لتتقلص إلى 1,4 % سنة 2001 .

وهذا ما يمكن توضيحه من خلال الجدول التالي :

جدول رقم 08: المؤشرات الاقتصادية للفترة 1991 – 2004 [68]ص85

2004	2001	1999	1997	1995	1993	1991	
10	6.4	6.4	6.7	8.2	8.7	12.1	(B/صحة/كلية %)
4.8	1.4	1.6	1.5	1.8	2.2	2.2	(ميزانية الصحة/PIB) %

ويضاف إلى كل هذا، ارتفاع ديون قطاع الصحة ، والتي ارتفاعات من 11,7 مليار دج ، وهي

موزعة على :

- المركز الإستشفائية الجامعية CHU بـ : 29,5 % ؛

- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة بـ : 7 % ؛

- القطاعات الصحية بـ : 63,5 % .

وهذه الديون مقدمة حسب عناوين النفقات إلى : [68]ص85

- 51 % الأدوية و التلقيحات؛

- 21 % نفقات أخرى (ماء ، غاز ، كهرباء ، هاتف) ؛

- 20 % نفقات المستخدمين ؛

- 3 % الآلات الطبية؛

- 3 % لصيانة الأجهزة؛

- 2 % للتغذية .

كل هذه الديون شكلت عبأ على السير الحسن للمنشآت الصحية ونوعية العلاج المقدم .

يعتبر النظام الوطني من أكبر المستهلكين من حيث حجم الميزانية المخصصة للقطاع الصحي

إلا أنه وبمقابل ذلك أصبحت الموارد المالية المخصصة لهذا الأخير ثابتة خلال السنوات الأخيرة

ويضاف إلى ذلك انخفاض PIB نسبة الموجهة للصحة العمومية . ومن جهة أخرى فمن يوم

لآخر تتضاعف حاجة القطاع للموارد توافقا مع المتغيرات الصحية والبشرية، مما يستوجب تحميل أعباء أكبر فأكبر على شخص المريض باعتباره المستفيد من خدمة المصالح العمومية إلى درجة أنه أصبح مجبوا على تحمل أعباء تشخيصات في مجالات معينة تضمن فقط من طرف القطاع الخاص .

وتبقى الإمكانيات المالية التي تحظى بها قطاع الصحة وإلى غاية يومنا هذا محدودة وهذا ما يتوضح جليا من خلال نسب مختلف المشاركات سواء من طرف الدولة أو الصندوق الوطني للتامين وكذا الأفراد.

ومن جهة أخرى تبقى نسبة النفقات في زيادة مستمرة مما يخلق تعارضا يعتبر أساسا لاحتدام المشاكل التي يواجهها قطاع الصحة، منذ التسعينيات. وقد أنتج نقص الموارد الذي يعاني منه قطاع الصحة مديونية للهياكل الصحية مرفوقة بالمشاكل الناتجة عن توزيع الموارد المتوفرة حسب الهياكل الصحية والنتائج الملموسة.

وفي الأخير يمكن القول بأن عدم استعمال مؤشرات تسمح بتقييم نجاعة وفعالية النشاطات والهياكل، كذا عدم توافق هاته الأخيرة وتلائمها مع التحولات الاقتصادية المستجدة يعتبر تفسيراً جزئياً للمشاكل والعراقيل المشهودة بخصوص التسيير في القطاع .

ثانيا- إختلالات التسيير المالي: إن النقائص المرتبطة بالتسيير المالي في القطاع الصحي يعود أساسا لسببين جوهريين:

أ- الاستقلالية المالية المقيدة بمبادئ قانون المالية إلى جانب التدخلات المختلفة للسلطة

الوصية: إن ميزانية المؤسسات الصحية يمكن أن تعرف على أنها عمل تقديري مجسد من خلال جدول تقييمي لعمليات مستقبلية، يسمح من خلاله للأمر بالصرف بالاتفاق في حدود تقديرات الميزانية.

ومن المعلوم أن قانون المالية يقوم على أساس مبادئ رئيسية تتمثل في كل من:

- مبدأ السنوية؛ - مبدأ الوحدة؛ -مبدأ الشمولية؛ - مبدأ تخصيص الإعتمادات؛ - مبدأ التوازن.

ورغم أن هاته المبادئ قد أقيمت لهدف جوهرى يتمثل في مراقبة النشاطات المالية للمؤسسات من طرف مجلس الإدارة خلال مختلف المراحل التي يمر بها قانون المالية، إلا أنها أصبحت حاليا تعتبر عائقا تقنيا يعرقل السير الأمثل للمؤسسات الصحية، وكذا تنفيذها لمهامها التي تنصب في الحفاظ على صحة السكان وحمايتهم من جهة، كما تحد أكثر فأكثر من الاستقلالية المالية لهاته المؤسسات من جهة أخرى، ويمكن توضيح ذلك من خلال التطرق لأمثلة عن هاته المبادئ وتوضيح أثارها السلبية على مدى الاستقلالية المالية، فمثلا مبدأ الوحدة يعتبر ذو طبيعة تحد من مبادرات المسيرين لاعتباره لا يسمح بمعرفة دقيقة لحجم الموارد والنفقات الحقيقية لمراكز

القرارات، ومن ثم فهو يتباعد كل البعد عن إمكانية تحديد سعر تكلفة مريض أو يوم استشفائي، وكذا التكلفة الدقيقة للخدمات المقدمة .

ب- نقائص النظام المحاسبي : إن كل من المحاسبة الإدارية ومحاسبة المواد تعتبران تقنيتين أساسيتين للتسيير، إلا أنهما غير كافيتين، حيث أصبحت لا تتجاوب ومتطلبات الوضعية الاقتصادية المجسدة، وكذا اهتمامات المسيرين داخل هاته الهياكل التي تتطلب فعالية أكثر من تلك المحققة من هاتين الأداتين من خلال بحثها عن التدقيق والتعمق المحاسبي لأجل التوصل إلى تقدير التكاليف الصحية، وانطلاقاً من ذلك تجلت عدم فعالية النظام المحاسبي، الشيء الذي اوجب استحداث تغييرات جذرية وتوجهات جديدة نحو المحاسبة التحليلية في محاولة للتوصل لأهداف محددة مبنية أساساً على تدعيم وتسهيل التسيير بصفة عامة.

ثالثاً- عدم الخضوع لمعيار الجدوى الاقتصادية : إن الدولة الجزائرية، خاصة بعد وضع مبدأ المجانية حيز النفاذ عملت على تخصيص مبالغ مالية هامة للقيام بميدان الصحة، الأمر الذي جعل هذا القطاع يعتمد على تمويل عمومي شامل لجميع نواحيه من دواء، يد عاملة، أسرة في المستشفيات... الخ.

كما تجدر الإشارة إلى أن هذه المبالغ لم تتوقف عن الزيادة، إلى أن ذلك لم يتم متابعته بمراقبة ملائمة تعمل على صيانة وضمان استغلال عقلاني لهذه الموارد. فهذه الزيادة المبالغ فيها على مستوى ميزانية تسيير الصحة مرت من 194 مليون دينار عام 1963 إلى 13 مليار دينار عام 1988 [87] ، والملاحظ انه لا يمكن تبرير هذه الزيادة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة إنما مسألة مجانية العلاج هي السبب الرئيسي.

فمثلاً القطاعات الصحية منح لها اعتماد قدره 79,63% من إجمالي اعتماد قطاع الصحة، أما المؤسسات الصحية الجامعية فمنح لها اعتماد بنسبة 46,30% ، وأخيراً المؤسسات المتخصصة منح لها اعتماد قدره 2,60% بصفة أكثر دقة يلاحظ في تقسيم الميزانية على أساس عناوين النفقات إن حصة الأسد تعود لنفقات المستخدمين ، حيث إن الجدول التالي يبين تقسيم القروض لمختلف نفقات عام 2002 :

جدول رقم 09: تقسيم الميزانية على أساس عناوين النفقات [75] ص 68

النسبة (%)	طبيعة القروض
75,3	المستخدمين
03,72	التكوين
02,68	التغذية
10,02	الدواء
00,94	الوقاية
01,46	العتاد الطبي
01,03	وقاية الهياكل والعتاد
04,74	نفقات أخرى
00,11	نفقات البحث العلمي

وعليه من خلال الجدول يمكننا أن نلاحظ الفرق الكبير بين مختلف عناوين الإنفاق ، فنلاحظ بان نفقات المستخدمين هي التي تحتل الصدارة وهي تعد مشكلا حقيقيا حيث أن المؤسسات الصحية تدفع الأجور لأشخاص موجودين فعليا في المؤسسات الصحية ولكن لا يع ملون sur effectif، في حين أن النفقات الخاصة لتكوين العمال، إعادة الرسكلة، وكذا نفقات البحث العلمي بغرض الزيادة في المردودية و نوعية العمال تعد ضعيفة، نفس الشيء يقال عن النفقات الأخرى التي لا تقل أهمية ، (العناية بالعتاد الطبي وشرائه مثلا) تشير كذلك من خلال الأرقام السابقة الذكر فيما يخص نفقات مختلف المؤسسات الصحية، بان القطاعات الصحية هي التي تستحوذ على الصحة الكبرى بالنسبة لباقي المؤسسات الصحية في إطار ميزانية الدولة المخصصة لنشاط الصحة، ذلك أخذنا بعين الاعتبار الحاجات الاجتماعية للأفراد للوصول إلى النسب الخاصة بعدد الأطباء حسب السكان، أو عدد الأسرة حسب السكان، دون تحسن للتكاليف الناجمة عن تسيير كل ذلك وهنا يبدو معيار الجدوى الاقتصادية غير محترم. [75] ص 68-69

ما يمكن قوله إن نظام صحي دون أهداف تعادل القروض الممنوحة ، حتى انه لا يوجد إجراءات تسيير تبحث أو تعمل على الاقتصاد في الوسائل بغرض الوصول لأهداف محددة ، وابتسط مثال هو الاتساع الكبير في النسيج العمراني للصحة العمومية و ما يحتاجه كوسائل للتسيير.

2-3- إعادة النظر في نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر:

يعتبر إصلاح المنظومة الوطنية للصحة من الأولويات المطلقة في برامج الحكومات منذ التسعينات، وكان من المفروض أن يعرف قطاع الصحة إصلاحا على غرار باقي القطاعات لكن تأخر لأسباب عديدة منها عدم وجود رؤية واضحة لإصلاح، ففي باقي 1992 عملت الحكومة على إعداد الأيام الوطنية للصحة وجندت الخبراء والمختصين والمهنيين من أجل إعداد خطة لإصلاح المنظومة الوطنية للصحة، وخرجت هذه الأيام بتوصيات لكنها ماتت بمجرد خروجها .

ولعل تجارب الدول في العالم في مجال الإصلاح ولاسيما الدول الشيوعية التي تعتبر من التجارب الرائدة في هذا المجال فأمام الإرتفاع المذهل لتكاليف الصحة وارتفاع عدد الأشخاص غير المؤمنين صحيا بسبب الفقر والبطالة والخوف من الأمراض الفتاكة ، فالعالم ينفق حوالي 12 % من الدخل العالمي على الصحة.

لذلك فالخدمة العمومية الخاصة بالصحة يجب أن تشمل جهود الدولة لضمان الحق في الخدمات الصحية وتمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج الوقائي والإستشفائي الجوهري، وبالمقابل إصلاح المنظومة الصحية من أجل تحسين الأداء فيها .

2-3-1 تقديم مشروع إصلاح المنظومة الصحية:

يقصد بمشروع الإصلاح تلك التعديلات المدرجة على مختلف التعديلات المدرجة على مختلف الهياكل الصحية والتي تسمح بتمويل وتسيير الاستشفاء العمومي ، والبحث عن الحلول الأكثر نجاعة لتنظيم ومراقبة الاستشفاء في القطاعين العمومي والخاص ، بطريقة تضمن تكييفهما مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تعرفها البلاد . [88]ص01

وستتطرق من خلال هذا المطلب إلى أهم جوانب مشروع إصلاح المستشفيات في ظل نظام الصحة الجزائري، وذلك من خلال عرض دوافع وأهداف هذا المشروع ودراسة ملفاته، وسيكون الغرض من ذلك إبراز أوجه قصور التمويل الصحي وطرق معالجتها في هذا الإطار.

2-3-1-1 دوافع الإصلاح الإستشفائي:

إن دوافع الإصلاح الإستشفائي تتمثل أساسا في الواقع الوطني والعالمي وما تفرضه مختلف المتطلبات الصحية التي لها علاقة بالتغير الديمغرافي والوبائي وبالتقدم العلمي المذهل المحقق اليوم في ميدان الطب.

أولاً- تطور الوضع الوطني: إشتدت مطالبة السكان بحماية صحية أكبر وتحسين ملموس في الخدمات الطبية خصوصاً في ظل استنادها للدستور الذي يكفل حق الأسرة في هذه الحماية ، ولاسيما فيما يخص ظروف معيشة المواطنين الذين لا يستطيعون العمل بعد أو لم يعودوا قادرين عليه والذين أصبحوا عاجزين تمام عن القيام به. [89]

إن هذا التركيز للحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان نجم عن مبدأ المساواة في الإستفادة من العلاج والخدمات الصحية بالنسبة لجميع المواطنين، غير أن هذا المبدأ طرح مسألة التوازنات الضرورية بين: [90]

- تخصيص الموارد وتلبية الحاجيات؛
 - تحديد الأولويات والمساواة في الإستفادة من العلاج ؛
 - الخدمة العمومية والفعالية؛
- كما تميز الوضع الوطني بتدخل القطاع الخاص في الصحة ، هذا التدخل الذي شهد توسعا كبيرا منذ التفتح الإقتصادي خلال العشرية الأخيرة .
- وبالرغم من الضغوطات التي عرفتھا الخدمة الصحية في القطاع العمومي فإنھا تمكنت من تحقيق تقدم ملموس في المجالات التالية :
- المنشآت القاعدية والتجهيزات؛
 - التكوين ووفرة المستخدمين؛
 - توسيع الإستفادة من الخدمات الصحية الأساسية مما جعل المواطنين يتبنون برامج النشاط الصحي والتي تمت مباشرتها .
- إن هذه الجهود الإيجابية بالإضافة إلى تلك التي بذلتها قطاعات أخرى مثل التربية ، الشغل السكن، ساهمت كلها في تحسين المؤشرات العامة لصحة السكان، في الوقت نفسه أفرز هذا التقديم أعباء جديدة صارت على عائق الدولة وتحتاج إلى موارد إضافية، ولكي تتحسن الإمكانيات المادية الصحية ينبغي من جهة تدعيم الخدمة الصحية العمومية بتسهيل توسيع الاستفادة منها وتحسين فعاليتها .ومن جهة أخرى استغلال قدرات القطاع الخاص والعلاج الذي يقدم استغلالاً أفضل لكي يتسنى التكفل بالمواطنين في أحسن الظروف .

ثانياً- التغير الديمغرافي والوبائي: تميزت الوضعية الديمغرافية بما يلي: [74] ص79

- انخفاض في معدل النمو الديمغرافي الذي انتقل من 2.5% إلى 1.5% في السنة ؛
- انخفاض في عدد الولادات؛
- تراجع سن الزواج ؛
- إرتفاع عدد السكان الذين تزايد أعمارهم عن 60 سنة .

إن هذه الوضعية تستوجب إعادة تنظيم المنشآت الصحية بما يتماشى والمتطلبات الجديدة في مجال العلاج، لاسيما من خلال إعداد وتطوير برامج صحية جديدة ذات جودة.

أما الوضع الوبائي فإنه تميز بظهور أمراض غير معدية ترتبت بوجه الخصوص عن التصنيع والتعمير الفوضوي وتغير سلوك المواطنين ، كما سجل أيضا استمرار بعض الأمراض المعدية ، فكل هذه العوامل أفرزت حاجيات صحية جديدة تتطلب اليوم إعادة النظر في المنظومة الصحية بهدف الحفاظ على نشاطاتها وتطويرها بما يتماشى والتحديات الجديدة لبلوغ أهداف الألفية. كما تفرض الوضعية الصحية الراهنة تعديل البرامج الصحية الوقاية من الأمراض المعدية وغير المعدية بل لا بد من إعادة المفاهيم المرتبطة بها، فالمعطيات الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية تشير إلى أنه ستتصاعد الحاجة إلى المنظومة الصحية في السنوات القادمة مستلزمه نجاعة أكبر في التنظيم .

إن تدهور البيئة بسبب النظافة وتفقر ظروف المعيشة وسوء تصرف المواطنين لاسيما الحضر منهم كلها عوامل أثرت سلبا على الصحة. كما إن المتطلبات المتعلقة بإرتفاع الحاجات الصحية تستلزم في المرحلة الحالية تحسين الخدمات الصحية من خلال تثمين الموارد البشرية وعقلنة الإمكانيات المادية وكذا تكييف الإطار التنظيمي .

3-2-1-2- مفهوم الإصلاح الإستشفائي :

إن مفهوم الإصلاح الإستشفائي يقتضي تعريف الإصلاح وكذا معرفة مختلف الأهداف المرجوة من خلاله .

أولا- تعريف الإصلاح : ظهرت فكرة الإصلاح منذ عام 1963 ، ويعرف قاموس أكسفورد الإصلاح تعديل أو تبديل نحو الأفضل في حالة الأشياء ذات النقائص ، وخاصة في المؤسسات والممارسات السياسية الفاسدة أو الجائزة، إزالة بعض التعسف أو الخطأ، الإصلاح يوازي فكرة التقدم، وينطوي جوهريا على فكرة التغيير نحو الأفضل وخاصة التغيير الأكثر ملائمة من أجل تحقيق الأهداف الموضوعية من قبل أصحاب القرار في حقل معين من حقول النشاط الإنساني، يمكن التمييز بين ثلاثة مستويات للإصلاح :

أ- المستوى الأول : الإصلاح بوصفه إستراتيجية للوصول إلى السلطة أو المشاركة فيها ، وهي الإستراتيجية التي تقابل ما يعرف بإستراتيجية الثورة، أو الاتجاه الثوري في التغيير، وتعتمد الإصلاحية منهج بناء القوة من أسفل بصورة تدرجية و تراكمية و سلمية ، أو بسط الهيمنة الأيديولوجية على مجتمع المدني و مكوناته إلى أن تتمكن من الاستحواذ والسيطرة السياسية على المجتمع السياسي ، فيما يسمى بحرب المواقع .

ب- المستوى الثاني: الإصلاح بوصفه عملية تطوير مجتمعي مستمرة تتعلق بتحسين أداء الأنظمة والمؤسسات الاجتماعية من حيث الكفاءة والفعالية، وهو ما نطلق عليه الإصلاح السياسي أو القانوني أو المالي أو الإداري أو الاقتصادي، وغير ذلك .

ج- المستوى الثالث: الإصلاح الفردي وأبعاده القيمة والأخلاقية والنفسية والمعرفية والإدراكية والسلوكية، وكل ما يتعلق بتقويم النفس وتهذيبها وبناء القدرة الفردية على الحكم والتمييز بين ما هو قبيح وما هو جميل، وتعزيز الثقة في الذات و القدرة على نقدها، امتلاك المعرفة والمهارات العملية النافعة والقدرة على تمثيل الذات والآخرين والدخول معهم في علاقات تفاعل وتطوير هوية مشتركة .

ويعرف الإصلاح الإستشفائي: من خلال طبيعته على أنه وسيلة ضبط وحوار وتحليل ، كما يمكن تعريفه من خلال دوره على المسؤول عن وضع تسويات بصورة ضرورية مواجهة لتحديث وتفعيل الهياكل الإستشفائية الوطنية وإضفاء الطابع الإنساني عليها ، كل هذا يتطلب قيام روح اجتماعية جديدة تتعاون فيها حكومة نشيطة ذات قدرات فعالة مع قطاع خاص وأهلي يتمتع بالحيوية والإحساس الوافر بالمسئولية الاجتماعية ومؤسسات مدنية قوية تمثل مختلف فئات الشعب من برلمان ونقابات وصحافة وجمعيات أهلية وأجهزة رقابة شعبية ، وإصلاح الجهاز الإستشفائي إصلاحا كاملا وتحديثه وتطوير على أرفع مستوى .

ثانيا- أهداف الإصلاح: تتمثل أهداف الإصلاح الإستشفائي فيما يلي : [88] ص3

- مطالبة أجهزة العلاج والاستشفاء مع حاجيات المواطنين الصحية ؛
 - منح مستخدمي الصحة الوسائل الضرورية للاستجابة للحاجيات الصحة والاجتماعية ؛
 - التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطنين ؛
 - إثبات حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى بالخصوص ؛
 - ضمان الموارد المالية الضرورية للسير الحسن لمؤسسات الصحة ؛
 - تطوير فعالية النفقات المخصصة لمؤسسات الصحة .
- إن تحقيق هذه الأهداف يرتكز على مجموعة من المبادئ :
- شمولية العلاج والمساواة في الاستفادة منه؛
 - التضامن والعدل والاستمرارية؛
 - التنظيم السلمي والعدل للهياكل والعلاج ؛
 - اللامركزية والتنسيق فيما بين القطاعات؛
 - التقييم والمراقبة.

3-1-2-3- محتوى الإصلاح الإستشفائي :

يشمل محتوى الإصلاح مختلف المحاور التي سيمسها الإصلاح بالإضافة إلى التطرق إلى مختلف العراقيل التي قد تقف أمام تحقيق أهداف الإصلاح واقتراح الحلول اللازمة قصد التخلص من هذه القيود .

أولا- ملفات الإصلاح: لقد ركز المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات على ستة ملفات أساسية يمكن عرضها فيما يلي: [88]ص5

أ- ملف الخدمات الصحة و طلب العلاج: تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ونظمه الإستشفائية الفرعية، وذلك ليتفادى عزل المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي ، الوبائي، المالي والتنظيمي.

ب- ملف الهياكل الإستشفائية : ويتكلم عن إصلاح الهياكل الإستشفائية وذلك بوضع جملة من الأهداف كتطوير مراقبة الدولة لمؤسسات العلاج ودرجة استقلالية هذه الأخيرة .

إن تحقيق هذه الأهداف يمكن في إدخال وسائل التخطيط والضبط مالي لمختلف مؤسسات العلاج من خلال مشاريع المؤسسات واقتراح تقوية كفاءات عرض العلاج من خلال السلمية وشبكات العلاج و تنمية إجراءات التعاون مع الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة القانونية لهذه المؤسسات و حاجيات الصحة المرتبطة بإقليم تواجدها .

يكرس هذا الملف أيضا مشاركة المواطن في تنظيم نظام العلاج مع الأخذ بعين الاعتبار حقوقه وواجباته، إن هذا يعني اقتراح أحسن تكفل بالمرضى أي تطوير أو تحسين كيفية استقبالهم ، إعلامهم ، إيوائهم ، إطعامهم ، وعلاجهم .

يحيوي هذا الاقتراب المريض وجمعيات المرضى من خلال آرائهم حول شبكة وكيفية العلاج من جهة و مؤسسات الصحة المعنية من جهة أخرى .

ج- ملف الموارد البشرية: ويعالج فكرتين أساسيتين هما ترقية وتثمين مستخدمين من خلال مراجعة وضعياتهم القانونية وشروط وكفاءات العمل وكذا تكوينهم من جهة وإعادة توظيفهم من جهة أخرى .

فللتكوين هو حاجة ملحة لكل فئات المستخدمين، والهدف المنشود هو تأهيل مستخدمين والمطابقة بين التكوين ومختلف الوظائف المشغولة.

إن ضرورة مراجعة وضعيات العمل يتض من تدخل قطاعات أخرى كقطاع التعليم العالي، التكوين المهني.

د- ملف الموارد المادية: ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية اللازمة لسير نشاط شبكة العلاج، وتوزيعها عقليا على كافة الهياكل الصحية.

و- ملف التمويل: ويتكون عن توسيع الموارد، ككيفية تمويل المستشفيات وضرورة إعادة النظر في النظام من حيث التسيير المالي بإدخال سهولة محاسبية ثم الإهتمام أيضا بالتمويل التعاقدى للنشاطات لا للهيكل والتعريف الدقيق لحجات الصحة بإدخال المحاسبة التحليلية وتقييم النشاطات والتسيير.

هـ- ملف اشتراك القطاعات: إن القطاع الصحة يرتبط بقطاعات أخرى كقطاع المالية، التكوين المهني، التضامن، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التعليم العالي، الجماعات المحلية والبيئة، وبالتالي يجب على هذه القطاعات المشاركة في الإستراتيجية العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ثانيا- عراقيل الإصلاح : لقد ركز مشروع إصلاح المستشفيات على تحديد أهم العراقيل التي يعاني منها كل من القطاعين العمومي والخاص على مستوى التمويل ، التنظيم ، الإعلام، المستخدمين، والتي كانت المنطلق الأساسي لتقديم مجموعة تدابير عاجلة للنهوض بالنظام الصحي الوطني وسنحاول الإحاطة بما جاء به هذا المشروع فيما يلي: [91]

أ- العراقيل المرتبطة بالتنظيم و الوسائل المادية و البشرية: ويمكن تعدادها في النقاط التالية:

- تعدد أجهزة التدخل على مختلف المستويات ؛
- عدم تلاؤم أنظمة المؤسسات ؛
- هياكل تنظيمية غير محدودة ؛
- نقص في إجراءات التسيير؛
- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين مختلف الجهات وكذا داخل الجهة الواحدة؛

- إحباط المستخدمين نتيجة شروط العمل السيئة ، عدم التقدم في المسار المهني ؛
- التجهيزات غير الكافية بالإضافة إلى غياب سياسة الصيانة ؛
- انقطاع المواد الصيدلانية المرتبطة بقيود مالية وتنظيمية ؛
- عدم مراجعة مدونة الأعمال الطبية ؛
- غياب مرافقة المؤسسة للمرضى طول الفترة الاستشفاء وانقطاع في متابعتهم؛
- غياب الفعالية والنوعية في خدمات العلاج ؛
- نقص في تقييم النشاطات الطبية .

ب- العراقيل المرتبطة بالتمويل : نلاحظ نقصا في وسائل التمويل مما زاد في تفاقم الوضعية الصحية خصوصا وأن ميزانية المؤسسات الصحية في انخفاض مستمر منذ سنة 1987 وعموما يمكن تلخيص بعض القيود فيما يلي :

- توزيع غير عادل للموارد ؛
- عدم خضوع ميزانية المستشفيات لأي دراسة مسبقة ؛
- غياب التحكم في التكاليف والنفقات ؛
- عدم توازن ميزانيات القطاعات الصحية .
- ج- العراقيل المرتبطة بالإعلام :** يمكن تلخيصها في :
 - مكتب الدخول ليس إجرائياً ؛
 - عدم كفاءة المستخدمين المكلفين بالتقنين والتصنيف الدولي للأمراض ؛
 - سوء الاهتمام بالملفات والتقارير الإدارية ؛
 - عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية؛
- د- العراقيل المرتبطة بالتكوين:** ونذكر منها :
 - نظام التعليم والتكوين لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجات المتعلقة بقطاع الصحة؛
 - التكوين الأكاديمي ليس في مصاف التجاوب مع الكفاءات المطلوبة لممارسة المهنة؛
 - عدم الإنسجام بين الدراسة الأكاديمية والخبرة المهنية ما ينقص من الكفاءة أو يعدها في بعض التخصصات الطبية وشبه الطبية ؛
 - تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي (المدرسة الوطنية للإدارة) لا يستجيب لمتطلبات التسيير الإستشفائي .
- و- العراقيل التي يواجهها القطاع الخاص:** وتتمثل في العراقيل التالية :
 - غياب أنظمة قانونية واضحة للمؤسسات الإستشفائية الخاصة وشبه العمومية ؛
 - غياب دفاتر الشروط لهذه المؤسسات ؛
 - غياب المعايير التطبيقية في القطاع الإستشفائي الخاص من ناحية تنظيم النشاطات الطبية ؛
 - عدم وجود مدونة و فوتره غير محنية؛
 - غياب التعاون بين القطاع العمومي و الخاص ؛
 - فوضى في ساعات العمل و تكاليف الأعمال؛
 - مشكل الحصول على العلاج بالنسبة للفئات المعدمة ؛
 - غياب المشاركة في نظام إعلامي صحي ؛
 - غياب المشاركة الفعلية في نشاطات الوقاية .
- ثالثاً- مفاتيح الإصلاح :** [74] ص86 إن نجاح الإصلاح ببعض النقاط التي يجب إعطاؤها أهمية كبرى والتي تعتبر مفاتيح هذا المشروع:

- أ- نوعية العلاج:** ركزت الدولة على هذه النقطة في ملف الهياكل الإستشفائية ويتم ذلك من خلال تقييم العلاجات الإستشفائية، تحسين الممارسات الطبية ، وضع إجراءات صارمة للتحكم في تصرفات المستخدمين، ويتأتى ذلك بواسطة تحسين استقبالهم، إعلامهم ، إيوائهم وكذا إطعامهم وخصوصا نوعية العلاج الذي يتلقونه . هذا الاقتراب يتضمن المريض ومؤسسات المرضى، من خلال آرائهم حول شبكة العلاج ونوعيته.
- ويمكن للجزائر الاستفادة من تجارب الدول الأنجلوسكسونية ، خصوصا إذا أدركنا أن التكاليف المتولدة عن صعوبات التنظيم واللانوعية يمكن أن تصل إلى 20 % من مجموع تكاليف المؤسسة ، ويعرف نظام تأمين النوعية الذي يمكن أن ينفذ داخل المؤسسات الصحية بأنه مجموع النشاطات المخططة والمهيكله الهادفة إلى تحسين الخدمة المقدمة بأقل التكاليف.
- ب- التحسيس بالمسؤولية :** يمكن أن نعرف التحسيس بالمسؤولية على أنه إلزام بالقيام بأحسن مردود داخل المؤسسة الإستشفائية ، وتحمل نتائج هذا المردود ؛ إن هذا التعريف يفترض وجود هيئة مكلفة بمراقبة نتائج الأعمال ومقارنتها بتلك المتوقعة .
- وفيما يلي بعض الشروط التطبيقية للتحسيس بالمسؤولية :
- وصف دقيق للمسؤوليات من خلال توضيح الأعمال الواجب القيام بها والنتائج المطلوبة .
 - إمكانية القيام بالأعمال المطالب بها فيجب مثلا توفر الوسائل الضرورية لذلك .
 - تقييم المردود بصورة واضحة ومفهومة حتى يتسنى للمعنيين إدراك النقائص التي تخللت تدخلاتهم .
 - الثقة المتبادلة وهي الأساس للوصول إلى الأهداف المسطرة من الجهات المختصة .
- ج- دمج المستشفى في محيطه:** إن تفتح مؤسسة الصحة على محيطها يفهم على أنها يجب أن :
- تشارك في نظام علاج شامل ؛
 - تتعاون مع باقي المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة .
 - إن الأهداف المرجوة من دمج المستشفى في محيطه تتمثل فيما يلي :
 - تحديد دور كل مؤسسة بالنسبة إلى محيطها ، الأمر الذي سيؤدي إلى عقلنة عرض العلاج؛
 - تكفل أحسن بالمرضى خصوصا من الناحية الاجتماعية لاسيما المسنين و المعاقين ؛
 - تنظيم شبكة العلاج بصورة تستجيب للطلب ؛
 - تحقيق عرض شامل للعلاج داخل جميع المؤسسات الصحية دون استثناء .

3-2-1-4- السياسات الجزئية لإصلاح نظام التمويل: [74]ص87-90

ومن أجل الإصلاح يجب على الدولة أن تتبع سياسات تمكنها من التحكم في أنظمتها وفي شتى مؤسساتها ، وكذا الحال بالنسبة لنظام التمويل في المنظومة الوطنية للصحة .

أولاً- التحكم في التمويل: التمويل هو الأداة أو الوسيلة التي تمكن المستشفيات من مباشرة المهام المنوط بها، إذ هو العمود الفقري للتسيير ويكتسي أنواعا عديدة، كالتمويل بالأدوية، التمويل بالأغذية والتمويل بالأجهزة والمعدات وغيرها، إذ لا تكاد نقر بمؤسسة صحية إلا وجد هيكلها وجهازها خاصا يتكفل بالتمويل. كما أن التمويل يكتسي طابعا معقدا تدخل فيه اعتبارات عديدة مادية وأخرى موضوعية، ويكبر حجمه أو يصغر بالنظر إلى حجم المؤسسة الصحية و تنوع اختصاصاتها، وارتفاع عدد الأسر بها وتنوع المهام المنوط بها (الاستشفاء، التكوين، العلاج، البحث) إن التمويل يتم بوسائل عديدة، كالطلب عند الحاجة إلى المواد أو يتم عن طريق التعاقد المسبق ، أي يتم بتسليم المواد والحاجات جملة واحدة أو بالأقساط .

هذا النوع من التمويل إستراتيجي وهام للمستشفيات وقطاع الصحة عموما ، لأنه الميزة التي تطبع القطاع عن غيره من القطاعات، كما أن الأدوية تتميز بديمومة تدفقها وتوفرها في السوق لأنها أساسية وإستراتيجية ، لذلك يجب اتخاذ سياسة محكمة في التمويل، تتميز بخصوصيات ومميزات منفردة، وذلك إما بإنتاجها محليا أو باتخاذ سياسة عقلانية تسيير الميزانية والإعتمادات المخصصة لهذا الجانب وتوظيفها مما يخدم ميزات هذا النوع من التمويل .

لقد عرف التمويل في الأدوية في الجزائر مراحل عديدة إذ في السنوات الأولى من استقلال الجزائر عانت الجزائر اضطرابات عديدة في هذا المجال وتم انتهاج أسلوب تمويل محتكر من طرف الدولة إلى غاية سنوات الثمانينات، حيث أن الدولة هي المستورد الوحيد للأدوية ، والممول الرئيسي للسوق الوطنية في مجال الأدوية .

كما أن تبني الجزائر لمجانبة العلاج منذ 1974، أدى إلى إستهلاك كبير للأدوية التي كانت أسعار بعضها مدعمة والبعض الآخر مجانا ، وتدعيم احتكار الدولة لهذا المجال بنص المادة 184 من القانون 05/85 المتعلق بحماية و ترقية الصحة ، ونظرا للإستهلاك الواسع للأدوية في سنوات السبعينات حددت قائمة الأدوية التي من الواجب إستيرادها ، وذلك بغرض التحكم في سياسة إستيراد الأدوية ولو نسبيا .

وبعد الاندماج في اقتصاد السوق، انفتحت الدولة أكثر على العالم الخارجي وبدأ الخواص يساهمون في الإستيراد ، ولكن رغم بقاء بعض العراقيل ولدت مشاكل أخرى كعدم فعالية وقدرة المنتج الوطني على المنافسة نتيجة لخصوصية إقتصاد السوق ، ومشاكل أخرى كنقص بعض

الأدوية وفساد بعضها لإنهاء مدة الصلاحية . لذلك يجب إتخاذ سياسات إصلاحية للتحكم في التموين وذلك بـ :

أ- سياسة تسيير التموين : فيجب وضع برامج وطنية محكمة لتوزيع الأدوية وحماية المنتج الوطني من المنافسة ، وضمان تغطية سليمة و متواصلة في مجال الأدوية للسوق الوطنية .

ب- وضع احتياطي وطني من الأدوية : خاصة الضرورية و ذات الإستعمال الواسع ، و ذلك لمحاربة الأمراض الطارئة و المستعجلة و التي تتطلب تواصل في التزويد الأدوية ، إي يجب أن يكون على المستوى كل مستشفى احتياطي خاص بها من الأدوية يعتبر مخزون للاستعمال في الوقت المناسب .

ج- اعتماد سياسة إحصائية للمستهلكات من الأدوية : بالنظر إلى النمو السكاني وكذلك الإستطباب الذاتي و تأثيراته على كمية الأدوية المستهلكة ، للعلم فإنه يعتبر مشكل خطير في الجزائر بسبب فوضى في الطلب على الدواء لأنه يزيد الطلب على الدواء ، هاته النسبة لا تخضع إلى برمجة مسبقة .

د- تشجيع العمل بفكرة طبيب العائلة: أي وضع ثقة في طبيب معين وإتباع نصائحه والاكتفاء بما وصفه هذا الأخير من الأدوية الأخير من دواء.

و- القضاء على فكرة الأدوية بالكمية والاكتفاء بالتنوع : أي تشجيع وصف الدواء الفعال على توزيع الأدوية التي على أقل فعالية .

هـ- وضع مدونة وطنية للأدوية : التي يجب استردادها والتي تكون فعالة أكثر بغض النظر على كمية الأدوية . بالإضافة إلى :

- تشجيع الإنتاج المحلي و حمايته من المنافسة ؛
- تفعيل دور المؤسسات الجهوية لتوزيع الأدوية ، ومعهد باستور للجزائر IPA؛
- توظيف المحاسبة التحليلية لتسيير الأدوية ؛
- التعاون و تبادل المعلومات في مجال استهلاك الأدوية بين مختلف المؤسسات الإستشفائية .

ثانيا- التموين بالمواد الغذائية: إن التموين بالمواد الغذائية في الجزائر يعتمد أساسا على التكفل

بضمان توفر المواد الغذائية ذات الاحتياج الضروري، ونفس الشيء بالنسبة للمريض داخل المستشفى، هذا الأخير يزود بالحاجات الغذائية من السوق الوطني.

إن المواد الغذائية يتزود بها المستشفى لا تراعي فيها كمية الحريريات التي يحتاجها المريض ، وهو ما أدى إلى فوضى وأزمات في التموين في ظل نقص الإعتمادات المالية المخصصة لها .

لذلك يجب انتهاج سياسة محكمة في هذا المجال تعتمد على:

- تفادي كساد السلع : وذلك بتقديم الطلبات حسب الحاجة ، و تطبيق مبدأ FIFO و LIFO .

- حساب تكلفة كل سرير في مجال الغذاء: بتوظيف المحاسبة التحليلية والقيام بإحصائيات دقيقة
- اجتناب التمويل العشوائي بالأغذية، وإعتماد أسلوب التمويل حسب كل مصلحة ، بمعرفة كمية
المخزون والحاجة .

- اجتناب التبذير بحصر عدد الوجبات المقدمة للمرضى ، مع الأخذ بعين الاعتبار الوجبات التي
تقدمها العائلة للمريض .

- اعتماد سياسة الاشتراك في التمويل بالأغذية بين المريض والدولة والضمان الاجتماعي .

ثالثا- التمويل بالأجهزة والمعدات : يعرف التمويل بالمعدات والأجهزة في الجزائر فوضى

كبيرة ، وذلك لأنه لا يعتمد على دراسة للملائمة، والتوزيع المناسب لها ، بالإضافة إلى وجود
قائمة من المعدات التي تعتبر قديمة ، وتجاوزاتها التكنولوجية ، مما يدفع إلى وجوب تجديدها، مع
الأخذ بعين الاعتبار الأخطاء التي وقعت في مجال التمويل سابقا و ذلك بـ :

- التركيز على نظام الإعتماد ، أي لا يمكن لي مؤسسة صحية أن تشتري أي جهاز أو عتاد إلا
بترخيص من وزارة الوصية (الإعتماد) ، وهذا بغرض توزيع عادل و ملائم للحاجات ، مع
الأخذ بعين الاعتبار الخصوصية التي تتمتع بها كل منطقة .

- التحكم في التجهيز العالي وقليل المردودية ، بالنظر إلى فعالية والحاجات المرتفعة للسكان .

- اعتماد خريطة صحية لتوطين الأجهزة بناء على عدد الأسرة، مثلا جهاز سكانير لكل 800
سرير، وجهاز أشعة لكل 10 أسرة ، بالإضافة إلى تدعيم الإنتاج الوطني في مجال صناعة
التجهيزات والمعدات الطبية ، وتشجيع القطاع الخاص في هذا المجال .

وخلاصة القول ، فإن التمويل في الجزائر يعرف مشاكل كبيرة لكن يسهل التحكم فيها بانتهاج
سياسات وطنية محكمة للتمويل ، تعتمد على دراسات وإحصائيات للطلب والاحتياجات في مجال
الأدوية والأغذية، وكذا المعدات الطبية وتجنب التبذير وسوء التوزيع و فوضى التمويل، وكذا
التحكم في التكاليف لتحقيق نوعية علاج معتبرة بأقل التكاليف، من أجل تجنب التبذير وسوء
استعمال الإعتمادات ، لأن المعطيات المحاسبية تعتبر أساسية و ذات أولوية لاتخاذ القرارات
اللازمة التي تسمح بالتسيير العقلاني .

لهذا يجب اعتماد نظام محاسبي خاص يتماشى مع طبيعة المؤسسة الإستشفائية ، كما يجب أن
تكون هذه المحاسبة مرنة تسمح بالتحليل الموضوعي للمعطيات المالية والمحاسبية .

ولذلك فإنه بالنظر للدول المتقدمة في التسيير الإستشفائي التي تبنت محاسبة خاصة بالمستشفيات
من خلال وضع مخطط محاسبي استشفائي يعتمد على عدة أنواع من المحاسبة التي تتلائم مع
طبيعة المؤسسة الإستشفائية ففرنسا مثلا تبنت مخطط محاسبي استشفائي يحتوي على محاسبة

المواد من أجل تسيير المخزون من خلال استعمال عدة وثائق تمسك مع حركات الموارد والتي تتمثل في :

- الجدول اليومي الخاص بالمدخلات والمخرجات المسجلة بنظام كرونولوجي (زمني).
 - السجل الكبير الخاص بالمواد.
 - الموازنات الثلاثية .
 - LES COMPTE DE GESTION الذي هو عبارة عن تلخيص لحركات المواد.
- هذه المنهجية في تقييم المواد تسمح بإعداد مخطط التمويل بالمواد في الميزانية القادمة، مع تجنب التبذير، من جهة أخرى نستعمل للمحاسبة ميزانية للقيم العقارية والمنقولة للمؤسسة الإستشفائية التي تهتم بحسابات الإهلاكات الخاصة بالتجهيزات والمباني من أجل تحديد سياسة التجهيزات والمباني مع تجديدها في الوقت المناسب .
- كما يجب التأكد على ضرورة إدخال المحاسبة التحليلية التي تعتبر كأداة لتطوير وتحسين المصالح الإستشفائية التي يجب استغلالها خاصة في حساب التكاليف الخاصة بكل مصلحة إستشفائية .
- تسمح المحاسبة التحليلية بحصر فعالية العمل أو الحركة المتخذة من طرف أي مصلحة من خلال الإعتماد على المعطيات الممنوحة من المحاسبة الإدارية ومحاسبة المواد قصد حساب التكاليف الخاصة بكل مصلحة التي تصبح كدعامة للقيام بالتقديرات .
- ولذلك فإن المحاسبة التحليلية عبارة عن منهجية أو طريقة في التسيير تسمح باستخراج مؤشرات ذات طابع إقتصادي من أجل المتابعة للسير الداخلي للمؤسسة الإستشفائية إتخاذ القرارات المناسبة لعقلنة التسيير
- كما أن المحاسبة التحليلية تهدف إلى التحكم في الاستعمال العقلاني للموارد إلى جانب قياس النشاطات وفعالية المصالح الإستشفائية وتجنب التبذير .
- ولن تتحقق هذه الأهداف إلى عن طريق التحديد والتحليل المدق لمختلف التكاليف الإستشفائية، وبصفة خاصة تهدف المحاسبة التحليلية المعتمدة في المؤسسات الإستشفائية إلى ما يلي :
- حساب السعر اليومي الإستشفائي الذي ينتج عن العلاقة بين سعر التكلفة والسعر اليومي .
 - تقدير وتقويم ظروف السير أو التسيير التي تتطلب معرفة عميقة للسير الداخلي للمصالح الإستشفائية
- إذا المحاسبة التحليلية تعتبر كوسيلة معرفة وأداة في تناول المسيرين والسلطات الرقابة وهدفها تسيير أكثر توجيهها .

وهذا يمكن القول أن المحاسبة التحليلية تسمح بإعتماد التقديرات الخاصة بالميزانية بالنظر للنشاط الحقيقي للمؤسسة الإستشفائية ، إن النظام المحاسبي الإستشفائي الواجب تبنيه يعتبر كنظام للقيام بعملية أخذ القرار المناسب إلى جانب أنه يسمح بمراقبة التسيير بصفة متواصلة ، غير أن هذا النظام المحاسبي يجب أن يدعم بنظام الإعلام الآلي قصد تجمع المعطيات المحاسبية وتحليلها، إن المعطيات المحاسبية تساهم في إعداد لوحات القيادة الخاصة بكل مركز المسؤوليات وتحليلها عن طريق مراقبة التسيير .

3-2-1-5- إحتواء التكاليف وعقلنة الإختيارات الميزانية: [92] ص139

إن الهدف الأساسي من إحتواء التكاليف هو محاولة عقلنة الموارد المالية والحد من التبذير والإنفاق غير المدروس، واكتشاف المنشآت والمصالح التي هي مستخدمة بطريقة غير اقتصادية، وبالتالي فإن عقلنة الوسائل هو الذي يمكن من قياس فعالية الوسائل المالية للمؤسسة الصحة ، واكتشاف المجالات التي تمكن من تحقيق أكبر قدر من الوفرة في النفقات كالوقاية منه .

أولاً- إحتواء التكاليف: تعبر تكلفة الوحدة، عن النسبة بين تكلفة كمية معينة من السلع أو

الخدمات، وعدد الوحدات المنتجة أو المباعة من تلك السلع أو الخدمات .

أ- فتكلفة المريض المعافى : يمكن حسابها عن طريق تقييم تكلفة العلة ، مثلا يمكننا حساب تكلفة المريض المعالج في الخارج ، وهذه الطريقة تتطلب توفير معلومات إحصائية يصعب الحصول عليها، بالإضافة إلى مشكل آخر وهو خروج المريض من المستشفى دون إكمال العلاج ، كما انه هناك بعض الأمراض المزمنة التي تحتم على المريض التردد كثيرا على المستشفى ، وبالتالي إستغلال السرير .

ومن هنا يمكن القول أن هذه الطريقة صعبة التطبيق لأنها تتطلب إحصائيات جد دقيقة .

ب- أما تكلفة العلة: فهي تكلفة إجمالية للصحة ، ويجب علينا معرفة كل مريض بالنسبة للميزانية العامة رغم الإشكال الذي يواجه إقتصاد الصحة والمتمثل في صعوبة تعريف منتج أو نتيجة الصحة إلا انه يمكن الاعتماد على حدى الطرق التالية:

- تحليل تكلفة فعالية ؛

- تحليل تكلفة فائدة ؛

- تحليل تكلفة منفعة .

بالإضافة إلى اللجوء إلى بعض مؤشرات الحالة الصحية للتعبير عن المزوج والذي يتمثل عادة في معدل الوفيات معدل العيش عند الولادة أو معايير أخرى مثل : عدد الأطباء ، عدد الأسرة ، معدل شغل الأسرة... الخ ، ورغم كل هذا الإختلافات فلا بد من :

- تعميم حساب التكاليف ليشمل جميع الخدمات المقدمة من المركز الإستشفائية وغير الإستشفائية؛
- العمل وفق لمفاهيم إقتصاديات الصحة فيما يتعلق باتخاذ القرار الصحي ، مع تفعيل دور التحليل المالي للتكاليف ؛
- ترشيد الإستهلاك بالنسبة للمستفيد من الخدمة وذلك بالمشاركة في جزء تكلفة العلاج .
- ثانيا- عقلنة الاختيارات الميزانية :** وهو عبارة عن إجراء يتعلق بتحسين استعمال الموارد، عن طريق المفاضلة بين البرامج ، وتحديد الهدف أو الأهداف المراد تحقيقها ، بالبحث عن مجموع الوسائل الملائمة من حيث فعاليتها وتكاليفها للحصول على النتائج المسطرة .
- ويهدف هذا الأسلوب إلى إيجاد إرتباط وثيق بين الوسائل التقليدية لتحليل الميزانية، وسياسة اتخاذ القرارات الخاصة

بتحقيق أهداف المؤسسة الصحية، ولكل هذا عبر المراحل التالية: [92] ص139

- دراسة الأهداف؛
- إحصاء الوسائل؛
- دراسة محاسبية للوسائل والأهداف ؛
- تحديد البرامج المتعلقة وتقييمها؛
- اتخاذ القرار؛
- المراقبة .

3-2-1-6- توسيع وتنويع المصادر المالية :

إن السير الجديد للمؤسسة صحية يتوقف على تسيير مالي ممتاز وعلى أحسن تنظيم ، لتصبح المؤسسة الصحية أكثر فعالية ومردودية ، لكن مؤسستنا الصحية هي اليوم على عكس ذلك تواجه مشاكل وصعوبات عدة ، تنعكس سلبا على سيرها العادي خاصة فيما يتعلق بالتسيير المالي ، لذلك لبد من توسيع مصادر التمويل لتشمل كذلك :

أولا- الجماعات المحلية : تعتبر الجماعات المحلية بمثابة المسؤول الأول عن الوقاية العمومية ، والتي تساهم بصورة مباشرة في التخفيض من الأمراض الناتجة عن المحيط ، وبالتالي فإنه لا بد من دفع الجماعات المحلية لاهتمام أكثر بالمؤسسات الصحية التابعة لها إقليميا الاجتماعى سنويا، أو تحمل الفواتير المقابلة للعلاج الذي تلقوه في المستشفى .

كما يجب عليها أن تتكفل بنظافة المحيط وحماية الأفراد من الأمراض بقدر المستطاع، وكذا المساهمة في تمويل الميزانية .

ثانيا- الرسوم المفروضة على المؤسسات التي تتسبب في تلويث البيئة: إن هذا الرسم هو شبه

جبائي ، يخصص لميزانية المؤسسة الصحة ، وتحدد نسبة حسب درجة التلوث ، ذلك إن هذه المؤسسات ساهمت في ظهور بعض الأمراض التنفسية الحادة .

ثالثا- الرسم على الخمور: يتم تبرير هذا الرسم بأن المادة انعكاسات صحية وإجتماعية خطيرة ،

إذ بالرفع من نسبة الرسم على الخمور ستكون السلطات قد حاولت من جهة جلب موارد إضافية للمؤسسة الصحية، ومن جهة جلب موارد إضافية للمؤسسة الصحية، ومن جهة ثانية سيقبل عدد المستهلكين لهذه المادة.

أما التبغ فهو ينتج أمراض خطيرة كالسرطان الرئة والأمراض القلبية لذا يجب أن ترفع السلطات المختصة من نسبة هذا الرسم .

رابع- الموارد الخاصة للمؤسسة الصحية: تؤمن هذه الموارد من مساهمة المستخدمين، والطلبة

المتمرنين في نفقات الإطعام، كما يمكن توسيعها إلى فتح فرع في ميزانية المؤسسة الصحة ويكون خاص بمساهمة المتبرعين، أو الحصول على عوائد التغطية الصحة الناتجة في النشاطات والمقابلات وإحياء التظاهرات وذلك بالتعاقد مع الهيئات المنظمة لها.

خامسا- التأمينات الإقتصادية: تقدم التأمينات الإقتصادية مشاركتها في التمويل الصحي ، حسب

القوانين والإجراءات السارية المفعول ، وذلك على إعتبار أن هذه المؤسسات تتكفل طبيا بالخسائر الناتجة عن مؤمنها ، وهنا تجدر الإشارة إلى تطبيق القرار الوزاري الخاص بحوادث المرور، والخاص بالأشخاص الذين يتعرضون لحوادث المرور، بحيث يجب أن تتحمل شركات التأمين المؤمنة لديها السيارة المسببة للحدث مصاريف العلاج الخاصة بهم.

سادسا- مشاركة المؤسسات الصناعية والتجارية: وهذا عن طريق الإتفاقيات المبرمة بينها

وبين المؤسسة الصحة من أجل المتابعة والتغطية الصحية لمستخدميها ، وهذا في إطار نشاط طب العمل الذي يعد إجباري على كل مؤسسة ، وهذا طبقا للقانون رقم 07/88 المؤرخ في 26 جانفي 1988 والخاص بالوقاية والحماية من الحوادث المهنية ، وعليه يمكن إيجاد صيغة تعاقدية بين المؤسسات الصحية ، على أن تكون قيمة التعويض تعكس التكلفة الحقيقية للعلاج، وان تكون هناك مراقبة فعلية من طرف كل مفتشيات العمل لكي يطبق إجباري من طرف كل المؤسسات العامة والخاصة .

3-2-2- النهج التعاقدى كأسلوب لتمويل النظام الصحي :

قبل التطرق إلى مفهوم النهج التعاقدى، من الضروري الإلمام بالطبيعة القانونية للعقد الذي

يبقى في جميع الأحوال شريعة المتعاقدين.

3-2-2-1- الأسس القانونية: لمعرفة النهج التعاقدية يجب التطرق إلى الأسس القانونية للعقد

وكذا شروط صحته وأطرافه ، وهذا ما سوف نتطرق إليه في هذا الجزء من البحث .

أولاً- تعريف العقد: العقد الإداري هو عبارة عن عمل قانوني صادر عن توافق إدارتين حرتين، تتجهان لإحداث أثر قانوني على المعقود عليه، في مواجهة طرفيه فتحصل الأطراف المتعاقدة التزامات و تكسبهم حقوقاً .

إذا فالعقد الإداري هو تطابق إدارتين أو أكثر على إنشاء التزام، نقله، تعديله أو زواله، بمعنى آخر تطابق طرفين على ترتيب أثر قانوني.

وعليه فالعقد الإداري هو عقد كسائر العقود الأخرى، من حيث انعقاده و قوته الملزمة في مواجهة طرفيه ، إلا أن أحد طرفي العقد هو الإدارة، يمتاز على الطرف الأخر امتيازاً لا نظير له، حيث تستطيع الإدارة أن تراقب تنفيذ العقود وتوجيه المتعاقد معه ، كما تستطيع الإدارة أن تراقب تنفيذ العقود و توجيه المتعاقد معه، كما تستطيع أن تعدل في بعض شروط تنفيذ وتفرض إجراءات على المتعاقد، كل ذلك بحكم أنها سلطة عامة، تصطلح بتنظيم المرافق العامة وتسييرها من أجل تحقيق منفعة عامة [83]ص82 .

ثانياً- شروط صحة العقد :

لضمان صحة العقد يجب توفر الشروط التالية :

أ- **مبدأ سلطان الإدارة بمفهوم النهج التعاقدية :** قبل أن نتناول مدى حرية المتعاقدين في إبرام العقد يجب الرجوع على مفهوم العقد، ثم تبيان أطرافه ومحلّه، فمن خلال تعريف العقد يتضح لنا أن العقد المزمع إبرامه هو عقد تأدية عمل أو أداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع تكاليف الخدمة المقدمة.

*** أطراف العقد :** هي:

- المستهلك أو المريض ؛
- القائم بإنتاج الخدمة الصحية أو الطبيب أو المرفق العام؛
- الممول للعملية الإنتاجية الذي يتمثل في صندوق التأمينات الاجتماعية من جهة والدولة بمفهومها الضيق من جهة أخرى.

*** محل الالتزام :** وهو عبارة عن عملية الالتزام بتأدية عمل أو تحقيق نتيجة أو بذل عناية .

ما يمكن قوله عن الخدمة الصحية أنها تدخل أساساً في باب الالتزام ببذل الجهود والعناية من قبل الطبيب المعالج أو المرفق الصحي من أجل الوصول إلى نتيجة يقصدها الطرفان، إلا أن النتيجة

المقصودة لا يمكن اعتبارها محلاً لالتزام المدين. لأن الطبيب أو المرفق الصحي في هذه الحالة ملتزم ببذل عناية وفقاً لأصول وأخلاقيات مهنة الطب.
وعليه فإن محل الالتزام بهذا المفهوم هو تأدية العلاج أو إجراءه، لا إنهاء المرض أو استئصال العلة.

فالشفاء لا يمكن اعتباره محلاً لالتزام الطبيب أو المرفق الصحي، و العناية بهذا المعنى لا يمكنها أن تخرج عن إطار عناية الرجل العادي بعائلته.
فالتبيب أو المرفق الصحي يكون قد وفى بالتزامه إذا بذل في تنفيذه من العناية ما يبذله الشخص المعتاد، حتى ولو لم يتحقق الغرض المقصود.
من خلال ما سبق تبين أنه يمكن التعرف على إدارة أطراف العقد من خلال طبيعة الغرض الذي يقصد بالعقد الوصول إليه، ويكون التزام المدين ببذل عناية إذا كانت النتيجة التي تراد تحقيقها ذات طبيعة إجمالية بمعنى أن عقد تأدية الخدمة الصحية هو عقد إجمالي رضائي وملزم للجانبين.

ب- مبدأ الرضائية بمفهوم التعاقدى: إن العقد حسب مفهوم النهج التعاقدى هو عقد إجمالي ورضائي ملزم للجانبين، فالرضائية بهذا المفهوم يمكن اعتبارها حجرة الزاوية التي تقوم عليها العلاقة التعاقدية بين أطراف العقد.

***إرضاء المستهلك:** من المعروف أن المستهلك يتمتع بحماية قانونية من كل أنواع الغش والتدليس، زيادة على هذا فله المستهلك حق الاستفادة من الكمية والنوعية التي هو في حاجة إليها، بناء على المقابل الذي بإمكانه دفعه.

على هذا الأساس نرى أن إرضاء مستهلك الخدمة الصحية، مرتبط بمدى تكفل الطبيب المعالج أو المرفق الصحي به، بالإضافة إلى هذا يمكن قياس ذلك بمدى نجاعة العلاج المقدم له ومدى إحساسه بالشفاء.

فإذا كانت عملية تقييم الشفاء تبدو من الصعوبة، إلا أن العلوم السلوكية الحديثة تحاول دوماً الاقتراب من المعروف بمدى اقتناع المستهلك بنجاعة الخدمات الصحية المقدمة له.

*** إرضاء الطبيب أو المرفق الصحي:** نظراً لأهمية هذا الجانب فإن من الضرورة تحليله من خلال زاويتين:

- كما سبق ذكره فإن الطبيب ملزم ببذل عناية ما يبذله الشخص المعتاد، بمعنى أن رضاء الطبيب المعالج مرتبط بمدى نجاعة العلاج الذي يقدمه من جهة، ومدى احترام لأصول وأخلاقيات مهنة الطب من جهة أخرى.

بالإضافة إلى كل هذا لا يمكن أن نغفل أن إرضاء الطبيب مرتبط أيضا بمقابل الخدمة التي يقدمها، فلا يمكن أن نتصور أن تكون تكاليف الخدمة المقدمة أقل من سعرها الرسمي .
- فيما يخص تكاليف الخدمة فإن المرفق الصحي مطالب في كل الأحوال أن لا يتجاوز خدماته مجموع الإعتيادات التي يحصل عليها ، وإلا تعرضت ميزانية للعجز و الاختلال و التي ما ينجر عن ذلك من إفلاس وفقدان للثقة والمصادقية مع المتعاملين .

* إرضاء ممول العملية الإنتاجية :

إن لرضى ممول الخدمة الصحية أهمية كبيرة ذلك أن كمية و نوعية الخدمة الصحية تبقى رهينة عملية التمويل من قبل صناديق التأمينات الاجتماعية من جهة الدول من جهة أخرى.
فرضاء الممولين يمكن حصره في نقطتين هامتين:
- يقاس رضى الممول بمدى تحكم الطبيب المعالج أو المرفق الصحي في تكاليف العلاج والوقاية ، بمعنى أن الخدمة الصحية لا يمكنها أن تخرج عن إطار الإعتمادات المحددة لها، ولا يمكنها أيضا أن تخرج عن مبادئ التحليل الاقتصادي .
- إن إرضاء الممولين مرتبط بنوعية الخدمة الصحية المتقدمة، ومدى تأثيرها على الحياة الفردية والاجتماعية، وكذلك بمدى اقتناع المريض بها .
إلا أنه من الضروري أن نبين أن الغاية المثلى للممول هي تحقيق المنفعة الحدية، بأقل تكلفة ممكنة، وهذا ما يدفعنا إلى التساؤل عن مدى نجاعة العلاقة التي يمكن أن تقوم مستقبلا بين المؤسسة الصحية ومموليها .

ج- مبدأ السبب في النهج التعاقدى : يقصد بالسبب الباعث أو الدافع على تعاقد، ويشترط المشروع أن يكون السبب مشروع، بحيث يتماشى ومتطلبات النظام العام، فمثلا لا يحق لأي طبيب أن يضيف أدوية مخدرة أو منومة قصد استعمالها لغرض الإدمان.
وعليه فإن السبب من منظور النهج التعاقدى يكمن خاصة في ضبط الأموال التي تمنحها كل من الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي، على أساس الإحصائيات. والحسابات التي تقدمها الهيئات الصحية، كما يكمن السبب في الخدمة الاجتماعية التي يتعين على الدولة ضمانها عبر ما يعرف بالمرافق العام.

من خلال ما سبق يظهر أن النهج التعاقدى أصبح المخرج الوحيد لسد ثغرات نظام التمويل الجزافي ، الذي أصبح فيه الممول يرى أنه يدفع أكثر مما يتعين دفعه ، وصاحب الخدمة الصحية يرى أن نفقات خدماته الصحية لا تغطي كلية، وبين هذا وذاك يبقى تقدير المهمة النبيلة المؤداة في حالة تقهقر مستمر.

بصفة عامة يظهر النمط الجديد في تمويل القطاع الصحي كعقد إذعان، فرض من طرف المشروع على الطرفين الرئيسيين، الممول من جهة و صاحب الخدمة الصحية من جهة أخرى، وأن أي نزاع يمكن أن ينشأ بين هذه الأطراف يرجع اختصاص الفصل في القاضي الإداري.

3-2-2- التمول عن طريق التعاقد: [83]ص88

بعد أن عرفنا ما المقصود بالعقد من الناحية القانونية نستطيع الآن أن نتكلم عن التمول بالتعاقد أولاً- تعريف المنظمة العالمية للصحة للتعاقد : بالنسبة لهذه المنظمة فإن التعاقد هو : " عبارة عن اتفاق (أو عقد) يتضمن اتفاق بين عونين اقتصاديين (أو أكثر)، والذي عن طريقه أو بواسطته يلتزم بالتنازل أو الاحتفاظ، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء ". أي أنه عبارة عن ارتباط إداري لشركاء مستقلين .

فهناك من يرى أنه يمنح الأرباح والامتيازات، في حين ترى أطراف أخرى أنه يمنح الحلول التعاونية

ثانياً- النهج التعاقدية في الجزائر: بموجب قانون المالية لسنة 1992 المادة 175 منه، اتجه المشروع الجزائري، ولأول مرة منذ تطبيق مجانية العلاج، إلى اقتراح نظام تمويل جديد مبني على علاقات تعاقدية، مثل ما جاء في الفقرة الثانية من المادة المذكورة أعلاه : " يطبق هذا التمول على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة و تحدد كفاءته عن طريق التنظيم " .

كما تم التأكيد على هذا النهج في قانون المالية لسنة 1993 المادة 128 منه الفقرة الثانية : " يتم تطبيق هذا التمول على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة و السكان عن طريق أساليب تحدد بموجب طرق تنظيمية " . ونظرا لعدم استعداد المؤسسات الصحية من الناحية التطبيقية لتجسيد هذه التوجيهات، بقيت هذه التشريعات حبرا على ورق، إلى غاية سنة 1995 أين تم تناول هذا النهج مرة أخرى، بحيث ورد في قانون المالية لسنة 1995 وبالضبط في المادة 132 منه الفقرة (2، 3، 4) على التوالي أنه :

" يتم تطبيق هذا التمول على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان، وحسب الكفاءات التي تحدد عن طريق التنظيم " .
" تخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين اجتماعيا و ذوي حقوقهم " .

" تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية ، التكوين، البحث الطبي وخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا " .

والملاحظ هنا أن مشروع انتقال من ذكر العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الصحية والضمان الاجتماعي إلى توضيح كيفية استعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الاجتماعي والدولة ، إذ يغطي الأول نفقات المؤمنين اجتماعيا وما يتبعهم من ذوي الحقوق ، بينما يتكفل الثاني بتغطية تكاليف الأشخاص المعوزين غير المؤمنين .

وفي 07 يناير 1995 صدر قرار الوزاري المشترك الذي حدد طبيعة وقيمة المتأتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية ، حيث أصبح المواطنون يساهمون في تمويل الخدمات الصحية التي يتلقونها في المؤسسات الصحية، هذه المساهمة التي كانت من أهم التوصيات التي قدمها البنك الدولي سنة 1988، كشرط لقبول إعادة جدولة ديوان الجزائر. إلا أن هذه المساهمة لم تدم طويلا، بسبب إعفاء أكثر من نصف الوافدين على المصالح الصحية عن طريق إصدار المنشور الوزاري رقم 01/ و.ص.س / المؤرخ في 1995/04/05 والمتعلق بأساليب تطبيق الإجراءات الواردة في القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 1995/01/07 المحدد لطبيعة ومبلغ الموارد في القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 1995/01/07 المحدد لطبيعة ومبلغ الموارد الناتجة عن النشاطات الخاصة للمؤسسات العمومية الصحية .

ونظرا للصعوبات التي يعيشها صندوق الضمان الاجتماعي، واعتباره أنه لا مفر النهج التعاقدية، فقد عاد المشروع مرة أخرى ليؤكد على هذا المنهج في المراسيم التنفيذية الثلاثة والمتضمنة على التوالي تحديد قواعد إنشاء (المراكز الإستشفائية الجامعية، المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، والقطاعات الصحية) وتنظيمها وسيرها .

حيث جاء في الباب الثالث والخاص بالتنظيم المالي، إن من بين إيرادات التي تعتمد عليها المؤسسات الصحية توجد :

"الإيرادات الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي والخاصة بالعلاج المقدم للمؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم، و عن التعاقد مع التعاونيات والمؤسسات وهيئات التكوين "

كما تم حصر دور الدولة في المساهمة في أعمال العلاج والوقاية والبحث الطبي والتكوين ، والتكفل بالمعوزين غير المستفيدين من التأمينات الإجتماعية .

ثالثا- مميزات النهج التعاقدية : إن مميزات النهج التعاقدية متعددة وكثيرة، نذكر منها:

- عن النهج التعاقدية يعيد وبشكل منطقي دور الدولة كحاكم ومنظم في حالة ما إذا وصاية الدولة الممارسة حاليا عن طريق الإقتطاع عوضت بالنظام التعاقدية؛

العلاقة (مؤسسات صحية /صناديق الضمان الاجتماعي) يكون لها إمكانية اللجوء إلى الدولة كحاكم أو كمشرف؛

- النهج التعاقدى يعيد أسلوب التفاوض ، التشاور والشفافية ، الذي يؤدي بدوره إلى ترشيد عملية منح وتوزيع الموارد؛

- يسمح بتحديد مسؤولية كل من مقدم الخدمات العلاجية ، وممول هذه الخدمات ، بهدف عقلنة الموارد ؛

- يتيح مراقبة أحسن لتزايد نفقات الصحة ، كما يسمح بتقليص التبذير ، ويشج مسيري المؤسسات الصحية على الرفع من مستوى أدائهم وعلى تسيير عقلاني للموارد المتاحة لهم؛

- يسمح بخلق التوازن ما بين مستوى مشاركة صناديق التأمينات الإجتماعية ، والتكاليف المترتبة عن إستهلاك منخرطها للخدمات الصحية؛

- يسمح بشكل جدي تحديد وضعية ومكانة المريض، من أجل تحديد جيد للإعانات التي تقدمها الدولة للطبقات الفقيرة والمحرومة...؛

- يسمح بإعتماد منطق النتائج عوض منطق الموارد.

رابعاً- شروط تطبيق النهج التعاقدى: إن أهم الشروط الواجب توفرها نذكر ما يلي:

- تحديث مكتب القبول ؛ رد الإعتبار له ؛ توسيعه ؛ وإدخال الإعلام الآلي في تسييره بالإضافة إلى ضرورة وضع هيكل تنظيمي متجانس ؛ وتعميمه على مستوى الوطن .

- تقنين وإقرار الدعائم الإعلامية وتعميمها؛

أهم هذه الدعائم هي : - إستمارة العلاج ؛ - إستمارة الدخول؛ - طلب التكفل .

- تبليغ وتحسيس كل الأعوان الصحيين :- الممارسين الطبيين ؛ - المراقبين الطبيين ؛ -

أعوان مكاتب الدخول .

وذلك عن طريق :

- أجهزة التسيير والأجهزة الإستثمارية ؛ - الملتقيات ؛ - الأيام الإعلامية ... الخ

- وضع آليات تسيير حديثة وفعالة، وذلك باللجوء إلى:

- إستعمال طريق حديثة في حساب التكاليف، بإدخال المحاسبة التحليلية ؛

- ضبط عدد المستخدمين ، والرفع من مردود يتهم، عن طريق تحفيزهم وخلق روح

المبادرة عندهم بهدف تحقيق نتائج إيجابية؛

- تحيين قائمة الأعمال الطبية وتبسيطها لتسهيل إستعمال رموزها من طرف الأطباء؛

- وضع برنامج حقيقي في مجال التكوين المتواصل، بإتجاه الممارسين الطبيين والشبه الطبيين

لتمكينهم من لعب دور أساسي في تقديم المعلومات ؛

- خلق ديناميكية في تسيير المصالح الصحية بإشتراط النتائج، وذلك بالربط بين منح الموارد والأهداف المحددة لكل مصلحة بإعتبارها مركز مسؤولية؛
- التقديم الدوري لمدى تنفيذ المشروع، وتقديم التصحيحات الأزمنة عن طريق الأخذ في الحسبان مختلف التجارب الجهوية؛
- التحسين التدريجي لعملية إستعمال إستمارة العلاج والفوترة المنتظمة على أساس هذه البطاقة، بعد أن تتم إعادة النظر في التسعيرات الحالية .
- ضرورة وجود تغطية قانونية ، تنمية وتقنية لهذا النهج ، من شأنها أن :
- تسمح بتحديد وبوضوح أهداف كل من المصالح الصحية ، ومصالح الضمان الإجتماعي .
- تسمح بتعريف المراحل وتحديد الأجل .
- تسمح بتحديد مسؤولية كل الأطراف الفاعلة في المنظومة الصحية

خامسا- أنواع التعاقد: يمكن أن نميز :

أ- التعاقد الداخلي : المقصود بهذا التعاقد أن يمنح المدير تفويض تسيير لرؤساء المصالح، هذا التفويض يجب أن يتم على أساس عقد تفاوضي ما بين رئيس المصلحة والمدير، بحيث تحدد فيه أهداف ووسائل ومعايير المتابعة ، أساليب تعبئتهم وإه نضامهم بنتائج تسييرهم بالإضافة إلى آثار عدم تنفيذهم للعقود ، كما أن نجاح النهج التعاقدية يمر حتما بالإرادة المشتركة ، في تطوير وتوزيع وسائل تحليل النشاط (المحاسبة التحليلية) وتكوين التكاليف هذا العقد في حالة وضعه حيز التطبيق ، يمكنه تغيير توزيع السلطات والمسؤوليات على مستوى الفرق، كما يمكن الذهاب إلى حد إمكانية قيام عقود مباشرة ما بين المصالح وصندوق الضمان الإجتماعي ، على حساب إستقلالية المؤسسات العمومية .

ولكن حتى وإن تحصل رؤساء المصالح على تفويض إمضاء المدير ، فإنهم يبقون تحت السلطة السلمية لهذا الأخير، لأن التفويض يتم على أساس عقد تفاوضي ويمكن أن يتضمن الجانب اللوجستيكي ، التجهيز، المستخدمين ، بالإضافة إلى المسائل المالية ، للسماح بممارسة جزاء من صلاحيات الأمر بالصرف .

ب- التعاقد الخارجي : يجب إعتداد أسلوب تسيير يكون مؤسس على نظام

(PRESTATAIRE- PAYEUR) ، كما أن هذا الأسلوب من شأنه إلغاء النظام التقليدي السابق والذي كان يعتمد على المساهمة السنوية المحددة للمؤسسات الصحية ، وعليه تصبح العلاجات تغطى في حينها على أساس ACTS، أي أن المستشفى يتحصل على إعتمادات أكبر كلما قدم علاجات وخدمات أكبر للمرضى ، الشيء الذي من شأنه خلق نوع من المنافسة بين

المؤسسات الصحية ، بهدف تحسين النوعية وتخفيض سعر الخدمات ، هذه السياسة تعتمد على المعاينة التالية :

إنطلاقاً من كون المرضى يمكنهم إستعمال حريتهم في إختيار المؤسسات الصحية، فإن هذا سيدفع بهذه الأخيرة إلى المنافسة ، عن طريق تحسين نوعية خدماتها العلاجية وتسهيل عملية الحصول عليها .

وعليه يصبح النظام الصحي يخضع إلى معايير السوق المبنية على تعاقد العلاقات ما بين المؤسسات الصحية (كمنتج للعلاجات) وصناديق الضمان الاجتماعي (كمشتري للعلاجات)، هذا التعاقد الذي يحدد الحجم الأقصى للخدمات، وثمان كل خدمة علاجية).

*** مكتب الدخول :** إن تحليل الوضع الحالي لتنظيم وسير مكتب الدخول في أغلبية المؤسسات الصحية يستدعي أخذ تدابير صارمة بشكل استعجالي ، حتى يتم تحديد النشاطات المنوطة بهذا الهيكل ، وكذلك نظراً للدور الإستراتيجي الذي يحتله في مجال التسيير [93] .

وبالفعل فإن مكانة وأهمية مكتب الدخول المكرس رسمياً على مستوى الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية تظهر جلياً من خلال شبكة العلاقات الداخلية والخارجية التي يتعين عليه التكفل بها بوصفه المصدر الرئيسي لنظام الإعلام والتقييم الدوريتين لنشاطات العلاج، و الذي يضمن معالجة ومتابعة المعطيات بشكل ملائم.

إن العلاقات التعاقدية التي يتعين تطويرها في المستقبل فيما يخص تمويل نشاطات المؤسسات الصحية مع مختلف الشركاء ، تفرض مسبقاً إعادة الاعتبار وتفعيل مكتب الدخول .

*** الإجراءات الواجب اتخاذها :** تتلخص هذه الإجراءات أساساً فيما يلي :

- التدعيم الكمي و النوعي للوسائل البشرية والمادية حتى يتسنى لمكتب الدخول أداء مهامه في ظروف أحسن؛

- إعادة الاعتبار لكل مهام المسندة إلى مكتب الدخول وذلك من خلال إعداد بطاقات قبول المرضى واعتماد السجلات المختلفة، بما فيها سجلات الحالة المدنية؛

- تحضير مختلف المتدخلين بغية تمكين تحديد الوظائف المرتبطة بالفترة في أفضل الآجال؛

هذه العملية ستسمح برصد وتحليل المعلومات ومؤشرات النشاط (الاستشارات الطبية

الخارجية، العلاج المتنقل، الأعمال الطبية التقنية، أيام الإيواء في المستشفى، نسبة شغل الأسرة، المدة المتوسطة للإقامة، نسبة تجديد الأسرة...) وكذا استغلال استمارات العلاج ومتابعة

وتصنيف الملفات الإدارية للمرضى .

ومن شأن هذه العملية كذلك أن تسمح بالتكفل العلمي بإصدار كشف الحسابات (الفوترة) ومتابعة التسديدات، وتسيير وكالة النفقات والمدخيل (الصندوق)، والمشاركة في تحليل الكلفة وتقيس نشاطات العلاج ، وأخيرا إدارة المنازعات .

ولتسهيل هذه العملية يصبح من الضروري تزويد هذا المكتب ببرنامج معلوماتي يساعد في معالجة المعلومات .

* **إستمارة العلاج :** إذا اعتبرنا أن مكتب الدخول هو بمثابة الرئة في المؤسسة الصحية ، فإن استمارة العلاج تمثل الأكسجين الذي تننفسه هذه المؤسسة، رغم ذلك ، ورغم أهميتها في التسيير تم التخلي عنها مباشرة بعد تطبيق مجانية العلاج .

وعليه فإن العودة إلى المنطق الاقتصادي في تسيير المؤسسة الصحية يتطلب ضرورة رد الاعتبار لهذه الوثيقة المهمة ، و التي تساعد في :

- التقييم والتحكم في التكاليف؛ - التوزيع العقلاني للموارد ؛

- تحديد المسؤولية بالنسبة لأعوان الصحة.

إلا أن هذا لا يكفي ما لم تدعم العملية بإدخال المحاسبة التحليلية.

3-2-2-3- أهداف التعاقد: [74]ص87-90

اللجوء إلى التعاقد كنمط جديد في تمويل قطاع الصحة يهدف إلى تحقيق جملة من الأهداف التي من شأنها رفع فعالية قطاع الصحة الذي شهدت هياكله عدة اضطرابات في التسيير منذ تأسيس مجانية العلاج التي قلصت من حجم المسؤولية على مستوى المؤسسات الصحية من حيث كونها مؤسسة عليها بلوغ أهدافها بأقل وسائل ممكنة ، فالدافع إلى التحكم في النفقات وكيفية تحصيل الموارد غائبين ما دام التمويل يضمه صندوق الضمان الاجتماعي ومساهمة الدولة عن طريق الدفع الجزافي .

نتج عن ذلك علاقة عكسية بين النفقات (ارتفاع مستمر) والخدمات (في تدني مستمر) حيث قدرت نسبة الارتفاع بين 93 و 96 بـ 19 % على سبيل المثال.

ولوضع حد لهذا التناقص الصارخ تم التفكير في المنهج التعاقد كإسلوب جديد في تمويل

المؤسسة العمومية للصحة الذي يبرره مبدئيا مجموعة من الأهداف هي :

أولا- التحكم في النفقات : يتعين على المؤسسة الصحية بلوغ الأهداف المسطرة بأقل تكاليف

ممكنة ولهذه الفكرة هدفين هما :

- التأسيس لنمط تمويل عن طريق التعاقد من جهة، و التوجه تدريجيا نحو المبادرة الحرة و حرية

المنافسة من جهة ثانية، هذا التحول من شأنه أن يوصل إلى ثلاثة نتائج مهمة هي:

أ- الدقة في التمويل : بحيث يتم على أساس حسابات دقيقة تحوصل مجمل الخدمات المقدمة و تكاليفها بتوفر المعطيات الإحصائية والمحاسبية يمكن الوصول إلى مرجعيات لمعدلات الإنفاق وبذلك تسهل عمليات المقارنة، الضبط والتصنيف .

- حرية المبادرة والمنافسة التي من شأنها تحفيز المؤسسات العمومية إلى التفكير في تحسين نوعية الخدمات وتهيئة الظروف لجلب أكبر عدد ممكن من الزبائن .

ب- تشخيص التكاليف وعقلنة الإنفاق : لا يقصد بالتشخيص هنا التكاليف الإجمالية الكلية وإنما ينبغي الوصول معرفة تكلفة أبسط خدمة مؤداة ، وذلك يحتم تفويض أكثر للصلاحيات والمسؤوليات والابتعاد عن المركزية على مستوى المؤسسة ويمكن الانتظام في حلقات نوعية أو تنظيمات ثانوية تشتغل في جو تنافسي في إطار الأهداف المسطرة ، أما عقلنة الإنفاق فتكون بالاستغلال الأمثل للموارد المتاحة مع إمكانية التوجه نحو التنازل المدروس لجهات خارجية في بعض المجالات كالحراسة والإطعام والنظافة وفق دفتر شروط دقيق شأنه ضمان النجاعة والفعالية في تقديم الخدمات .

ثانيا- التحكم في بعض المؤشرات الصحية : تعتبر الاستشفاء من أهم المؤشرات الصحية ، وبالتالي فإن عدم التحكم في هذا المؤشر يؤدي إلى الزيادة في حجم النفقات ، فيتعين المراجعة الدائمة للإستعمال الفعلي للأسرة ، وكأمر مكمل توفير وسائل التشخيص لتفادي طول المكوث دون جدوى والتسيير العقلاني للموارد البشرية والتفصيل الدقيق لكل وظيفة والتوصل إلى إنجاز استمارة المنصب FICHE DE POSTE وعموما فإن أهداف التعاقد تدور حول المحاور التالية :

- تحقيق أكبر شفافية في العلاقات التي تربط بين ممولي ومقدمي العلاج، فمن غير المعقول ألا يعرف الطرف الممول الكيفية التي صرفت بها الأموال التي قدمها .

- تمكين هيئات الضمان الاجتماعي لمعرفة نوعية وكمية الخدمات الصحية المقدمة اجتماعيا فمن غير المعقول أن تستمر هيئة الضمان الاجتماعي في الإنفاق على مؤمنين وغير مؤمنين بما فيهم الأثرياء والمتهربين وغير المعرفين اجتماعيا من الممارسين على مستوى السوق الموازي وما يتبعه من تهرب ضريبي وتأميني .

ثالثا- تحسين نوعية الخدمة : إن التعاقد لا يمس فقط إجراءات التمويل ولكن نوعية العلاج والإيواء والإطعام من خلال الرقابة اللصيقة التي يضطلع بها الشركاء الممولين .

يضاف إلى ذلك أن المجال يفتح تدريجيا للمبادرة الخاصة، وهذا من شأنه إيجاد منافسة بين قطاعين العمومي والخاص ولو أن هذا الأخير يهدف إلى تحقيق الربح واستعداد لما يمثله القطاع

الخاص من منافسة إنطلاقاً من المدونة في التسيير والتكيف بتعيين على القطاع العام أن يولي أهمية لما يلي :

- سلوكيات المعاملة وحسن الاستقبال والتوجيه ؛
- تطوير وسائل الإتصال بالمرضى و ذويهم مع إطلاعهم على وضعيتهم قصد إسهامهم في تحقيق الأهداف التي تصبو إليها المؤسسة ؛
- التركيز على جانب النوعي للعلاج مع احترام مبدأ التدرج ؛
- إرساء قواعد التواصل مع المحيط الذي غالباً ما ينتقص قيمة الخدمات التي يقدمها المستشفى بالإقناع قصد كسب ثقة الزبون مع انخراط كل المستخدمين و المتدخلين في هذا الموضوع ؛
- إرساء قواعد المرونة في التسيير و فسح المجال أمام الكفاءات لتجسيد قواعد التسيير الحديثة .

3-2-2-4- بعض التجارب العالمية في ميدان التعاقد: [83]ص98

- من بين التجارب نذكر دولتين تطبق التمويل عن طريق التعاقد وهي فرنسا ، مدغشقر .
- أولاً- النهج التعاقد في فرنسا :** إن القانون المؤرخ في 31 جويلية 1991 وضع جهاز تخطيط يهدف إلى عقلنة تطور النشاطات الإستشفائية العمومية والخاصة ، والتحكم في تزايد نفقات التأمين على المرض .
- في هذا الإطار يطرح مفهوم العقد متعدد السنوات (LE CONTRAT PLURIANNUEL)، الذي يعتبر وسيلة لمختلف الشركاء - مؤسسات صحية - دولة - تأمينات - لضمان الانسجام بين مشاريع المؤسسات الصحية وأهداف التخطيط الصحي الجهوي.
- أ- الأهداف:** هذا التعاقد يسمح بـ:
- تحديد (في ما يخص الأهداف الأساسية) التوجيهات الإستراتيجية للمؤسسة الصحية على شكل برنامج جهوي للمنظمة الصحية (S.R.O.S) ؛
 - تحديد و بشكل جيد الأهداف و الوسائل المقررة خلال الملتقى الجهوي للصحة (الدولة ،قطاع الصحة، مهنيي الصحة)؛
 - تحديد أجال التطبيق؛
 - ضمان مشاركة المؤسسة الصحية في الشبكة العلاجية؛
 - وضع العناصر المالية والبشرية الضرورية لتطوير المؤسسة الإستشفائية المتخصصة.
- ب- الخصوصية :** إن النهج التعاقد يوضع في المقدمة الإدارة في تحديد المسؤوليات عند أعوان وشركاء النظام الصحي، وذلك عن طريق تدعيم الاستقلالية والرؤية متوسطة المدى على

مستوى المؤسسات، بحيث يصبح التعاقد يشكل العلاقة العادية والمفضلة ما بين المؤسسات الصحية والسلطة صاحبة القرار (الوكالة الجهوية) . وعليه فالمؤسسات الصحية عمومية كانت أو خاصة، تعتبر معنية بسياسة التعاقد، كما أن درجة أمان ونوعية الخدمات العلاجية هي أولى اهتمامات السياسة الجديدة ، فإذا كانت في السابق مؤسسات الصحة مطالبة بتقييم ممارستها المهنية، أساليب تنظيم العلاجات وكل الإجراءات المتعلقة بالتنكف الكلي للمريض، لتحقيق النوعية و النجاعة ، فإن ذلك لم يكن إلا إجراء داخلي خاص بالمؤسسة

ج- أنواع التعاقد: هناك نوعين من للتعاقد في فرنسا:

- التعاقد الإلزامي أو الإجباري بين المؤسسة الصحية و الوصاية، في شكل عقد أهداف ووسائل متعدد السنوات؛

- التعاقد الإجباري داخل المؤسسة الصحية في حالة تفويض التسيير حسب مركز المسؤولية ؛

ثانيا- النهج التعاقدى في دولة مدغشقر: إن السياسة الوطنية للصحة في هذا البلد تعطي الأولوية للامركزية النظام الوطني الصحي، الذي يجب أن يجسد عن طريق ما يسمى المجمعات الصحية، والذي يعتمد أكثر فأكثر على علاقات تعاقدية ما بين مختلف الأطراف، لا على علاقات كلاسيكية (التفويض / لامركزية).

أ- لامركزية النظام الصحي في مدغشقر : تمثلت هذه اللامركزية في تحويل فعلي للسلطات والموارد ، بحيث أعطيت للبلديات صلاحيات تسيير المراكز الصحية القاعدية (بالإضافة إلى المدارس الابتدائية)، الشيء الذي تطلب تحويل أو نقل الصلاحيات ما بين وزارة الصحة والبلديات، إلا أن الوزارة فرضت اتفاقيات بين التدبير في المجمعات الصحية والبلديات .

لكن يحق للبلدية اختيار أسلوب تسيير هذه الهياكل الصحية :

- إما أن تسيير بنفسها ، عن طريق الوكالة ؛

- إما أن تمنح الاستغلال إلى منتج العلاج (جمعيات خيرية، جمعيات المرضى، كما يمكن أن تمنح إلى القطاع الخاص).

ب- مشاكل تطبيق النهج التعاقدى : قبل الشروع في تطبيق المنهج التعاقدى ، وقبل البدء في تعديل الإطار القانوني الذي يتطلبه هذا المنهج ، ثم تحديد الأساليب و حصر المشاكل .

من بين هذه المشاكل التي طرحت :

- مشكل تسيير مستخدمي المراكز الصحية القاعدية، من ناحية الأجر، التوظيف، الإشراف .

- البلديات الجديدة، هل لها القدرة والإمكانات لإقامة تعاقد مع فريق التدبير في المجتمعات الصحية، أو جمعيات التسيير .

- هذه الفرق أو المجموعات التديبيرية للمجمعات الصحية ، هل تملك القدرة على إقامة عقود ؟
 وهل لها القدرة على متابعة وتقييم أداء المركز الصحية القاعدية ؟
 - إذا كان كل مركز صحي يمتلك عقد خاص ، هل تبقى الحديث على المجتمعات الصحية
 بالنظرة الإجمالية السائدة .

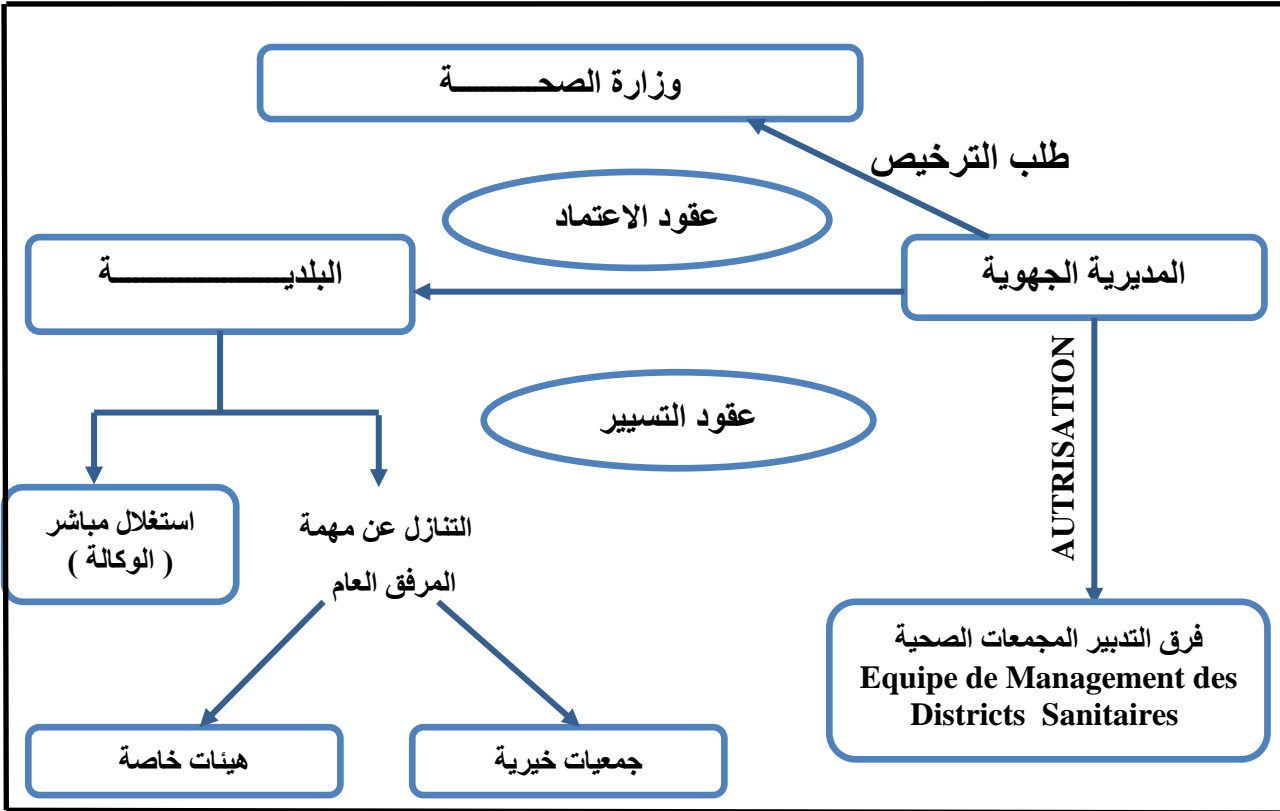
- ما هو دور الوصاية المركزية في هذا النهج الجديد ؟ ماذا يمكنها أن تقدم لفرق التديبير ؟
ج- مميزات النهج التعاقدى : شرعت المديرية الجهوية للتطوير الصحي (D.R.D.S) في
 تطبيق التعاقد سنة 1992 ، بحيث تم إدخال مشاركة الجماعات في التنظيم الصحي ، و من ذلك
 الحين بدأت جمعيات المرضى تشارك في :
 - تسيير و بشكل مستقل الصيدليات ؛

- المشاركة (في تسيير المراكز الصحية القاعدية) مع مستخدمي الصحة .
 كما تم الاتفاق على عقود التمويل والتسيير المشترك مع فرق التديبير للمجمعات الصحية،
 و جمعيات مستعملي المرافق الصحية ورئيس المركز.
 وعلى هذا الأساس يطرح اليوم، أسلوب تسيير جديد يسمى " أسلوب التسيير المشترك
 اللامركزية للمركز الصحية " .

د- أنواع العقود : حسب الشكل رقم (19) هناك نوعين من العقود .
 * عقود الاعتماد: في هذه الحالة العلاقة ما بين مجموعات التديبير في الجمعيات الصحية
 والبلدية ، وهي عبارة عن تعهد مشترك أو متبادل، يحدد مهام و دور المؤسسة الصحية (هل هي
 محددة من طرف الدولة أم تحدد حالة بحالة)، وأسلوب تسيير المراكز الصحية القاعدية التي
 أصبحت تابعة للبلدية ، ووسائل (خاصة المستخدمين) الممنوحة من طرف كل من هذه
 المجموعات و البلدية .

* عقود التسيير [83] ص 102: يبرم هذا النوع من الاتفاقيات عندما لا ترغب البلدية في
 تسيير المركز الصحية القاعدية بنفسها، حيث تتنازل عن هذا الدور لصالح هيئات قانونية
 كالمجمعات مثل " جمعيات مستعملي المصالح الصحية " أو أي هيئة خاصة .
 هذه الهيئات تلتزم عن طريق التعاقد باحترام مهام المرفق العام، وتنصيب لجنة تسيير بالتنسيق
 مع عمال المركز الصحي .

الشكل رقم 19: مخطط عملية التعاقد [82] ص 103



3-2-3- الاحتمالات المالية لقطاع الصحة لبلوغ الأهداف الإنمائية:

لبلوغ أهداف الألفية سوف تتغير الاحتياجات الصحية كما ونوعا، وسعيا لتحقيق الهدف الاستراتيجي الداعي إلى وصول العلاج لجميع المواطنين بشكل عادل وتحسين نوعية العلاج والخدمات، فلا بد من استجابة طرق التمويل للاحتياجات المالية . ومن خلال الجهود التي تبذلها الدولة لتحقيق الهدف المسطر فإننا سوف نتطرق في هذا المطلب إلى التقديرات المالية التي تعبر على حجم الاستثمارات العمومية الموجهة لقطاع الصحة .

3-2-3-1- التقدير المالي للمشاريع مع أفق 2011 :

أن نوعية عرض العلاج في الوقت الراهن توجه عدة عوامل تؤثر على التشغيل الفعال لهذا النظام، وضمن هذه العوامل نلاحظ قدم الهياكل خاصة الإستشفائية منها ، ونقص الهياكل الخاصة بالاستعجالات، وقدم التجهيزات التي تطرح ضرورة التكيف مع التكنولوجيا الجديدة التي تتناسب وإحتياجات العلاج و التكوين على أساس أن جزءا مهما من التجهيزات الطبية و الإدارية الحالية

معطلة أو بطل استعمالها ، أما على المستوى الصحي العام فإن انتشار الأوبئة و تزايد الأمراض المزمنة تفرض إعادة النظر في مستوى الخدمات المعروضة، بهذه الصورة نرى ضرورة استخدام وسائل طبية تساهم في التقدم العلمي والتكنولوجي، واستحداث تكنولوجيا جديدة للكشف والعلاج والاتصال والتكوين للاستجابة لاحتياجات السنوات القادمة، ولمسايرة هذا الطرح سطرت السلطات العمومية العديد من المشاريع الصحية الممثلة في :

أولا- الإنجازات الخاصة بالهياكل إلى غاية سنة 2010 [94]:

1. ترميم المستشفى المدمر نتيجة الزلزال 2003 .
2. إنشاء أكبر مستشفيات في وسط وشرق البلاد .
3. ترميم 10 مستشفيات منجزة سابقا .
4. إنشاء و تجهيز 06 مراكز خاصة بالسرطان.
5. إنشاء و تجهيز 03 مراكز إقليمية خاصة بالمحروقين.
6. إنشاء و تجهيز معهد وطني للكلى .
7. إنشاء و تجهيز معهد وطني للقلب .
8. إنشاء و تجهيز 03 مراكز نفسية، تتكون من 230 مصلحة للطب النفسي و 158 مركز وسيط للصحة العقلية.

إنشاء هياكل غير الإستشفائية في البلديات: 40 مستوصف متعدد الخدمات و 100 مركز صحي. وتتضح التقدير المالي الضروري لأجل تحقيق الهياكل الجديدة الإستشفائية منها وغير الإستشفائية وإعادة تجديد الهياكل الصحية المتضررة من خلال الجدول التالي :

جدول رقم 10 : الاحتياجات المالية المقدرة للفترة 2010/2004 للهياكل الإستشفائية وغير

الإستشفائية [94]

الوحدة مليار دينار جزائري		الاحتياجات المالية من أجل تحقيق الهياكل الإستشفائية					
2010/2004	2010	2009	2008	2007	2006	2001	2004
53.526.000	4.337.000	12.652.000	13.255.000	6.677.000	7.080.000	8.075.000	
الاحتياجات المالية من أجل تحقيق الهياكل غير الإستشفائية							
4.050.000	900.000	600.000	750.000	750.000	600.000	45.000	0
الاحتياجات المالية من أجل تجديد الهياكل الإستشفائية							
2.200.000	0	0	250.000	550.000	850.000	550.000	0
مجموع الاحتياجات المالية							
59776.000	5.237.000	13.252.000	14.255.000	7.977.000	8.530.000	9.075.00	1.450.00

ثانيا- الإنجازات الخاصة بالتجهيزات الطبية والإدارية : وتتمثل في اكتساب:

18- جهاز معالجة السرطان

- 18 جهاز صوري

-18 كاميرا قاما

-07 رنان مغناطيسي

- 32 جهاز سكانير

- 13 أنجيوجراف

ويوضح التقدير المالي الضروري لأجل تحقيق تلك التجهيزات خلال الفترة 2005 – 2010 من المعطيات المجدولة:

جدول رقم 11 : الاحتياجات المالية لاكتساب التجهيزات الثقيلة خلال الفترة 2005-2010

[94]

الاحتياجات المالية من اجل اكتساب التجهيزات الثقيلة (الوحدة : مليار دينار جزائري)						
2005	2006	2007	2008	2009	2010	الفترة 2005-2010
6.270.000	6050.000	5.650.000	5.345.000	5.305.000	5.217.000	33.837.000

وبعملية بسيطة يتضح أن التقدير المالي الكلي للهيكل الإستشفائية والهيكل غير الإستشفائية المتوقع إنجازها وتجديد الهياكل الضعيفة واكتساب التجهيزات الطبية الثقيلة إلى غاية سنة 2010 بلغ 936.130.000 دج منها 33.837.00 دج من أجل تزويد الهياكل بتجهيز طبي وضروري. تتمثل هذه المشاريع الخطوط العريضة لإستراتيجية قطاع الصحة سعيا لتحسين عرض العلاج للمواطنين، وهذه التوجيهات تتركز على تحليل الوضعية الحالية وإعداد الوسائل البشرية والمادية والمالية المناسبة لجلب التغيير النوعي المتوقع طبقا لتوصيات الخاصة بالإصلاح الإستشفائي ، الذي يذكر ببعض المعايير المستعجلة : [94]

- تزويد هياكل الصحة العامة بتجهيزات طبية ضرورية من أجل تشغيلها؛
- رد الاعتبار لبعض هياكل الصحة القديمة المنجزة في عهد الإستعمار ؛
- ترقية الصحة لبعض الأمراض خاصة الصحة العقلية ؛
- الوضع المناسب للمخابر من أجل البحث العلمي ؛
- إنشاء معاهد متخصصة لأمراض الدقيقة الخاصة بالقلب، الكلى، السرطان.

3-2-3-2- التغطية الصحية المنتظرة في سنة 2011 مقارنة بالمؤشرات المعمول بها :

إن التحليل المستقبلي لنظام الصحة يكون بتحديد الأولويات التي تواجه الإصلاح، من أجل إحداث تغيير ملموس في الحالة الصحية للسكان، وتحسين مؤشرات الصحة للسنوات القادمة، حيث أن التغطية الصحية المنتظرة (عرض العلاج) والتغطية المرغوب فيها (الطلب على العلاج) في السنوات القادمة تمكن من تقدير حجم العجز في تلبية الطلب المستقبلي بما يسمح من تحضير سياسات تمويلية قادرة على الإستجابة للمتطلبات الصحية المتزايدة للسكان .

أولا- العرض المنتظر للعلاج إلى غاية 2010:

أ- مؤشرات التغطية الصحية بالأطباء : إن متوسط التطور السنوي لنسب التغطية الخاصة بالأطباء وأطباء الأسنان والصيدالة خلال الفترة : 1996-2004 هي على التوالي : 1.27 % 3.4 % وإذا اعتمدنا هذه المعدلات في 2010 فإن تم توفير :

طبيب عام واحد لكل 1457 نسمة، وطبيب مختص واحد لكل 2052 نسمة، وصيدلي لـ 4492 نسمة ، وطبيب أسنان جراح لكل 3241 نسمة ، التي تكون بالنسبة على المعطيات سنة 2001 كالتالي : 7054 طبيب 920 جراح أسنان و 2661 صيدلي ، ويتضح من خلال الجدول التالي :

[95]

-جدول رقم 12 : تطور نسبة التغطية الطبية للفئات الثلاثة خلال الفترة 1996 – 2010 [96]

السنة	صيدالة	جراحي أسنان	أطباء
1996	7372	3636	1031
1998	6809	3681	977
2000	6308	3679	987
2001	6210	3656	967
2010	4560	3692	862

ب- مؤشرات التغطية الخاصة بالقاعدة الصحية : لدينا بالنسبة للعيادات متعددة الخدمات أنه خلال الفترة 1995 – 2001 ، 44 هيكل جديد وضعت تحت الخدمة ، أي أن نسبة التغطية انتقلت من تزايد عدد السكان من عيادة واحدة متعددة الخدمات لكل 60435 ساكن إلى عيادة واحدة لكل 61131 ساكن ، وباعتماد نفس معدل الإنجاز لسنة 2010 فإن هناك عيادة متعددة الخدمات لـ 62192 ساكن، أي تم إنجاز 52 وحدة ، وتنتضح أكثر وضعية القاعدة الصحية من خلال الجدول التالي :

جدول رقم 13: تطور نسبة تغطية القاعدة الصحية خلال الفترة 2001 – 2010 [96]

2010	2001	2000	1995	
556	504	497	460	عيادات متعددة الخدمات
62/1	61/1	61/1	60/1	نسبة التغطية
5979	5368	5216	4865	قاعة علاج + مركز صحي
57/1	57/1	58/1	57/1	نسبة التغطية
34550000	30810000	30365000	27800000	عدد السكان

ج- مؤشرات التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية : الملاحظ خلال الفترة : 1990 – 2001 أن كثافة الأسرة الإستشفائية في القطاع العام عرف تقلصا في التغطية حيث أنتقل من 2.024 سرير لكل 100 ساكن إلى 1.88 سرير ، وهذا يعني أنه في سنة 2010 وصل إلى نسبة 1.69 سرير من أجل 1.000 ساكن ، وهذا ما يتجلى من المعطيات المجدولة . [97]

جدول رقم 14: التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية [96]

2010	2001	2000	1995	1990	
58631	58039	44955	56144	55544	العدد الإجمالي للأسرة
1.69	1.88	1.48	2.02	2.024	نسبة سرير/1000 ساكن
34550000	30810000	30365000	27800000	24710000	عدد السكان

ثانيا- الطلب المنتظر على العلاج إلى غاية 2010: يقوم الطلب على تثبيت الهدف المرغوب فيه، وتقدير الجهود الإضافية اللازمة للوصول إلى تغطية كاملة على العلاج ، وتظهر مؤشرات التغطية في : [98]

أ- نسبة التغطية للأطباء : إذا ثبتنا نسبة التغطية الوطنية بـ: طبيب واحد لكل 700 ساكن ، فإن الطلب على الأطباء إلى غاية 2010 سيكون 49.357 طبيب ، أي بزيادة قدرها 17.482 طبيب عن عدد الأطباء الممارسون في سنة 2001 .

ب- نسبة التغطية القاعدة الصحية : بداية نشير أن بلوغ نسبة عيادة متعددة الخدمات 60.000 ساكن عوض عيادة لـ: 62192 ساكن يتطلب سنويا بناء 20 هياكل إضافي ، أي ما يعادل 72

هيكل جديد في المجموع ، و نتفق أن بناء الهياكل الصحية بمختلف أنواعها تتطلب استثمار متماسكا ودائما أي ضمان تخصيص أموالا ضخمة بشكل مستمر

ج- عدد الأسرة الإستشفائية لكل 1000 ساكن : خدمة للمرضى يجب ضمان الوفرة والتسيير الجيد للأسرة، وبالتالي العودة على الأقل إلى معدل التسعينيات أي لا ينظر نسبة 1.69 بل العودة إلى نسبة 2.0% ، وهذا يتطلب إنشاء إلى غاية 2010 حوالي 11061 سرير إضافي زيادة عن الموجود 2001 .

ومما سبق نستخلص الجداول التالية والتي توضح فرق التقدير بين العرض المتوقع الوصول إليه في 2010، والطلب المرغوب لنفس السنة على اعتبار :

جدول رقم 15: تقديرات الاحتياجات للأطباء في 2010 [94]

الاحتياجات في 2010	القيم في 2010	
//	700	نسبة طبيب لكل ساكن المرغوبة
17842	49357	الأطباء الضروريين
//	34550000	عدد السكان في 2010

جدول رقم 16: تقديرات احتياجات التغطية الصحية في 2010 [94]

الاحتياجات في 2010	القيم في 2010	
//	60000	نسبة العيادات المتعددة الخدمات المرغوبة
72	576	عدد العيادات المتعددة الخدمات الضرورية
//	5000	نسبة (قاعات العلاج + مراكز العلاج) المرغوبة
154	6910	قاعات العلاج + مراكز العلاج الضرورية
//	34550000	السكان في 2010

جدول رقم 17: تقديرات احتياجات التغطية الصحية إلى غاية 2010 [94]

احتياجات 2010	القيم في 2010	
	2.0	نسبة (أسرة / 1000 ساكن) المرغوبة
11061	69100	عدد الأسرة الضرورية
	34550000	عدد السكان في 2010

ومن خلال ما سبق نلاحظ الفرق في التغطية الصحية بين تغطية الطلب المرغوبة أو المراد الوصول إليها وبين ما تم الوصول إليه ، وهذا يجعلنا ندرك الاحتياجات المالية الضخمة التي يجب أن يوفرها قطاع الصحة العمومي من أجل تلبية الطلب على الهياكل الصحية .
والواضح أن النظام الصحي اليوم ليس بإمكانه تحمل احتياجات السكان ، من أجل ضمان مستقبل جيد وتحسين مستوى الأداء العام للخدمات في ظل النمو الديمغرافي والتغيير في طبيعة واحتياجات الصحة، من المستحيل في الظرف الراهن التفكير في طريقة مثلى لتمويل نظام الصحة العمومي حتى يستجيب لمبادئ الجودة والفعالية .

3-2-3-3- البرنامج التنموي في الجزائر في الفترة الممتدة من 2010 إلى 2014: [99]

يندرج هذا البرنامج ضمن ديناميكية إعادة الاعت بلو الوطني التي انطلقت أول ما انطلقت قبل عشر سنوات ببرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي الذي تمت مباشرته سنة 2001، على قدر الموارد التي كانت متاحة وقت ذاك و تواصلت الديناميكية هذه ببرنامج فترة 2004 - 2009 الذي تدعم هو الآخر بالبرامج الخاصة التي رصدت لصالح ولايات الهضاب العليا ولايات الجنوب. وبذلك بلغت كلفة جملة عمليات التنمية المسجلة خلال السنوات الخمس الماضية ما يقارب 17,500 مليار دينار من بينها بعض المشاريع المهيكلة التي ما تزال قيد الانجاز.
وستخصص الجزائر خلال السنوات الخمس المقبلة 2010 - 2014 غلafa ماليا لم يسبق لبلد سائر في طريق النمو أن خصصه حتى الآن والمقدر بحوالي 286 مليار دولار والذي من شأنه تعزيز الجهود التي شرع فيها منذ عشر سنوات في دعم هندسة التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
وتعكس قيمة الاستثمارات العمومية في هذه الفترة إدارة السلطات العمومية في المحافظة على هذه "الديناميكية الخاصة" التي تشمل جميع قطاعات النشاط لا سيما بالنسبة للمنشآت القاعدية والصحة وفك العزلة عن المناطق الريفية وتطويرها (بإدخال الكهرباء و التزود بالمياه الصالحة للشرب، وتوفير التعليم والصحة من خلال الانجازات المبرمجة).
ويشير المختصين في المسائل الاقتصادية إلى أن هذا المخطط الذي يتضمن انجازات ضخمة في جميع القطاعات لا يسعى إلى التعجيل بوتيرة التنمية البشرية وضمان الرفع من المستوى الاجتماعي فحسب وإنما يرمي كذلك إلى إرساء توسيع معصرن للفضاءات في أفق تجسيد القانون الأخير لتهيئة الإقليم.

أولا- أهداف المخطط التنموي في مجال الصحة : إن ما يهمننا من المخطط التنموي هو قطاع

الصحة والتي تعمل على تحديث القطاع الصحي وتحويله إلى قطاع تنموي حديث يرفد عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة من خلال العمل على تعزيز الصحة العامة للسكان

وتطوير نظام التمويل الصحي وتحسين أداء الخدمات الصحية وتطوير الإدارة والتخطيط والإشراف على القطاع الدوائي، حيث استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي يقدر بـ 619 مليار دينار في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2010 - 2014.

وفيما يلي الأهداف المحددة للمخطط التنموي للفترة الممتدة 2010 - 2014 في مجال الصحة:

أ- الأهداف المرتبطة بتعزيز الصحة العامة للسكان: لقد تم تسطير جملة من الأهداف تشمل:

- بلوغ أهداف التنمية للألفية في المجال الصحي المتمثلة في خفض معدلات وفيات الأطفال والأمهات، والمحافظة على معدل الانتشار الحالي لملازمة عوز المناعة المكتسبة.

- تعزيز الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية وخفض معدلات الخصوبة الإجمالية للمرأة الجزائرية من معدلاتها الحالية، ورفع معدلات استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة حيث أن 62,5% من النساء يستعملن وسائل منع الحمل.

- تعزيز أنماط الحياة الصحية للوقاية من الأمراض عن طريق خفض انتشار عوامل الخطورة الرئيسية الثلاثة المسببة للعبء المرضي في الجزائر وهي التدخين، السمنة، سوء التغذية بمقدار الثلث.

- الوقاية والإكتشاف المبكر للأمراض المزمنة في رفع نسبة المواطنين ذوي الوعي الكامل بعوامل الخطورة المسببة للأمراض القلبية والسرطان والسكري.

- الوقاية من الحوادث وتخفيف عبئها الاجتماعي والاقتصادي بخفض معدل الوفاة من الحوادث بمقدار الربع.

ب- الأهداف المرتبطة بتحسين أداء نظام الخدمات الصحية:

- المحافظة على مستويات التغطية بالخدمات الصحية الأساسية ورفعها لتصل إلى 100% في جميع الولايات، وتحقيق الحد الأدنى للكفاية الذاتية في خدمات المستويين الثاني والثالث على مستوى الولايات.

- التوسع في توفير الخدمات الإستشفائية لتحسين معدل إمداد أسرة المشافي، ورفع نسبة مشاركة القطاع الخاص في هذا التوسع ضمن الخارطة الصحية الجديدة.

- كما سيتم تعزيز الطاقم الشبه الطبي الذي يعد 100 ألف موظف في كل التخصصات والذين يمارسون في المؤسسات الصحية العمومية وذلك بفضل شبكة تتكون من 24 مدرسة مختصة تندرج ضمن المخطط الخماسي 2010-2014.

ج- الأهداف المتعلقة بتحديث القطاع الدوائي: اتخذت تدابير وإجراءات لعقلنة استيراد الدواء

وتشجيع إنتاجه محليا من قبل المتعاملين العموميين والخواص، حيث سجلت الفاتورة الجزائرية لاستيراد الأدوية انخفاضا بأزيد من 44% خلال شهر ماي 2010 مقارنة بالسنة المنصرمة التي

سجلت 6,1 مليار دولار فاتورة للمواد الصيدلانية ويعد ذلك أهم انخفاض يسجل بعد القرار الذي اتخذته الحكومة في جانفي 2009 لمنع استيراد الأدوية المصنوعة محليا.

وضمن هذا المنظور أمر رئيس الجمهورية الحكومة بتشجيع الصناعة الصيدلانية الوطنية من خلال تحديد لها هدفا محدد، يتمثل في تغطية حاجيات الوطن وخوض التنافسية الدولية على أكبر مدى لضمان تمويل البلاد بالأدوية والمنتجات الطبية بأفضل الشروط.

وحرصت السلطات العمومية في هذا الشأن على مراقبة سوق الأدوية وأجابت على متطلباتها، لا سيما ضمان العلاج للمرضى وتوفير الدواء اللازم لذلك، فأجاز الوزير الأول مؤخرا في تعليمته إلى وزارتي الصحة والمالية، استيراد أي دواء في طابع استعجالي في غضون 24 ساعة، لإنقاذ حياة المريض.

ونظرا للمكانة الهامة التي ما فتئت تحتلها الأدوية الجنسية في السوق الوطنية أعطى رئيس الدولة تعليمته لمواصلة العمل المباشر على مستوى المخبر الوطني لمراقبة الأدوية من أجل إنشاء مخبر المعادلة البيولوجية الذي يعد أداة لضمان مراقبة نوعية وفعالية الأدوية الجنسية.

د- الأهداف المتعلقة بالهيكل الإستشفائي : انجاز 172 مستشفى و 45 مركب متخصص في الصحة و 377 عيادة متعددة التخصصات و 1000 قاعة علاج و 17 مدرسة للتكوين الشبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين .

وتصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن البرنامج التنموي 2010 - 2014 حسب الأولويات التي تستهدف التقليل من الفوارق الصحية بين الولايات أو مؤسسات استشفائية متخصصة و هيكل جواريه متخصصة حسبما جاء في برنامج العمل لوزارة الصحة و الإسكان وإصلاح المستشفيات للفترة 2009-2010.

كما يشمل البرنامج تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية مع العلم انه من الضروري توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و 34800 سرير في أفق 2015.

ثانيا- الهدف الخاص بتطبيق نظام التعاقد [100]: أشار رئيس الجمهورية في إطار جلسات الاستماع السنوية التي يخصصها لنشاطات مختلف قطاعات الحكومة : **"إنني في انتظار أن يتم تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات مع هيئات الضمان الاجتماعي في نهاية سنة 2009 على أبعد تقدير وأن على الوزراء المعنيين تحمّل مسؤولياتهم في هذا المجال".**

وتجسيدا لأوامر رئيس الجمهورية قررت وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، الشروع في تطبيق نظام التعاقد للعلاج في المستشفيات مع آليات الضمان الاجتماعي من دون أن ينتج هذا التطبيق أثرا ماليا لمدة سنة كاملة، وهذا بداية من السنة القادمة 2011.

أ- يهدف تطبيق نظام التعاقد : إلى تحسين نوعية العلاج دون إغفال السعي لإضفاء مزيد من الترشيح على تسيير مؤسسات الصحة العمومية التي سيبقى تمويلها على عاتق خزينة الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي.

ب- مشروع العلاج بالتعاقد [101] : يركز مشروع العلاج بالتعاقد في المؤسسات العمومية على شبكة معلوماتية واسعة، وعلى تحديث مكاتب الاستقبال في المستشفيات ، وإحداث بطاقة وطنية على مختلف الصناديق للمؤمنين اجتماعيا وتشمل الأشخاص المعوزين ، أو ما يعرف بطاقة الشفاء التي تعتبر بمثابة مفتاح النظام المعلوماتي الذي يربط المؤسسات الإستشفائية بوكالة الضمان الاجتماعي، وسيتم تطبيق هذا التدبير في المرحلة أولى بالمستشفيات، ثم يعمم لاحقا تعميما تدريجيا على سائر مؤسسات الصحة العمومية بما فيها المراكز الإستشفائية .

ج- فترة الخدمات الصحية : ستتم فترة الخدمات الطبية وفق نظام استثنائي في مرحلة أولى يعتمد بصفة أساسية على تكلفة المكوث _يوما واحد بالمستشفى قبل أن يتم حسابها على أساس العلاج الطبي المقدم ، هذا الأخير سيأخذ في الحسبان فترة تكاليف العلاج بداية من تسعيرة العملية الجراحية وصولا إلى ثمن الأدوية التي قدمت للمريض، مما يعني أن الفاتورة ستصبح فاتورة تفصيلية، غير أن المواطن لن يدفع شيئا بطريقة مباشرة على اعتبار أن العملية التعاقدية بين المستشفيات وصناديق الضمان الاجتماعي توفر آلية خاصة للدفع .

سيسري هذا النظام الجديد من دون انعكاسات مالية فعلية مدة عام كامل بما يمكن من وضعه قيد التجريب من جهة، كما توفر هذه المدة للعمال والموظفين غير الصرح بهم لدى صناديق الضمان الاجتماعي مهلة لتسوية وضعيتهم إزاء هذا الواجب القانوني .

3-2-3-4- أكبر خطة إصلاحية شاملة للخدمات الصحية: [102]

تتوقع دراسات استشرافية في الجزائر، أن يبلغ عدد السكان حدود 44,8 مليون نسمة سنة 2025 (يقدر حاليا بـ34 مليونا)، كما تشير الدراسات ذاتها إلى وصول معدل الولادات إلى 16,9 في الألف، ومعدل الوفيات العامة إلى 4,5 في الألف ومعدل النمو إلى 1,24 % ومعدل طول العمر إلى 80 سنة، وستكون لهذه التحولات الديمغرافية آثار على التركيبة السكانية وتجديدها، وكذا على الاقتصاد والمجتمع، وهو ما جعل السلطات الجزائرية تفتتح بحتمية تسريع إصلاح صحي عميق يقوم على تقريب الصحة من المواطن، وترتيب مستويات العلاج، مع إعادة التركيز على الوقاية والعلاج العادي، والتكفل بالانتقال الوبائي والفوارق الجغرافية وتحسين نوعية الخدمات .

وللوفاء بالمطلوب، أعدت وزارة الصحة الجزائرية برنامجاً شاملاً يقضي بانجاز 88 مستشفى عامًا، و 94 مستشفى متخصصًا، وأربعة معاهد محلية مختصة، فضلاً عن 311 عيادة متعددة التخصصات و 221 هيكلًا صحيًا آخر، وتنوي الحكومة التكفل بالانتقال الوبائي من خلال 26 برنامج وقاية و 8 برامج علاج و 4 برامج دعم بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دينار جزائري، وستتيح إصلاح تسيير الأدوية من خلال إنشاء وكالة محلية مركزية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجنسية إلى جانب محاربة الأدوية المزيفة، إضافة إلى مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها، وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الإستشفائي في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي، مع تعيين الأطباء الأخصائيين في مناطق الجنوب والهضاب العليا، وتطوير التكوين وتدعيم التأطير .

وتسعى الخطة الحكومية إلى تطوير تسيير المستشفيات ومقاييس التسيير، وتنظيم التمويل وتحسين نوعية الخدمات والتكفل براحة المريض وبأمنه، إضافة إلى إزالة الفوارق الصحية على مستوى الولايات الـ 48، من خلال استكمال إقامة نظام للمتابعة الصحية، وتطوير تسيير المستشفيات، وتحديد مقاييس الجودة ومؤشرات النجاعة الخاصة بالهياكل الصحية، حتى يمكن التكفل بالأمراض غير المتنقلة، كما تراهن السلطات على إيصال الأدوية الجنسية إلى مستوى 80% من الاستهلاك الإجمالي، والنهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال وتدعيم صحة الأم والطفل.

منذ مجيء الطب المجاني، وضعت كل الوسائل المالية من اجل تلبية الاحتياجات في المجال الصحي وتحقيق الأهداف المسطرة من طرف وزارة الصحة.

غير أن المنظومة الحالية للتمويل أثبتت محدوديتها، وأصبح من الضروري إيجاد نوع من التوافق بين احتياجات الأنشطة الصحية ووسائل التمويل، فلا بد من ادخالا آليات العقلنة في اقرب الأجال.

ثم إن ظاهرة النمو الديمغرافي والحرص على رفع نوعية العلاج في الهياكل الصحية، يتطلب موارد تمويل ضخمة، ولهذا لا بد من التفكير في إيجاد مصادر أخرى، انطلاقا من أن الدولة لا يمكن أن تستمر في التمويل دون تحقيق نتائج وأهداف.

كما أن صندوق الضمان الاجتماعي يعاني من عجز مالي نتيجة لتقلص وعاء الاشتراكات والذي مرده إلى زيادة معدلات البطالة التي تمس شرائح كبيرة من المجتمع. إن منظومة التضامن الاجتماعي جزء لا يتجزأ من السياسة الاقتصادية للبلاد، فدوره في التنمية جد ضروري، وكل تذبذب في هذه المنظومة، يؤثر حتما على التوازن العام للاقتصاد الوطني.

ومع عدم قدرة الدولة على تمويل النفقات المتزايدة للصحة، وعجز الحماية الاجتماعية، إضافة إلى التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفها الاقتصاد الوطني، فقد تحمل صندوق الضمان الاجتماعي، ولفترة طويلة خاصة منذ 1974 معظم التكاليف والنفقات الوطنية للصحة.

كل هذه العوامل تشكل تهديدا حقيقيا للتوازن المالي للصندوق خاصة وأننا نعلم مساهمة الضمان الاجتماعي كانت في شكل جزافي يحدد كل سنة في قانون المالية. وكنتيجة لهذا كان على المنظومة الوطنية للصحة أن تستجيب لما تعرضه المرحلة الجديدة من متطلبات، وكذا التكاليف مع المستجدات المعاصرة، وكل هذا بغية تحسين وترقية تقديم الخدمات الصحية، وترشد استعمالها.

ثم إن قطاع الصحة في الجزائر قد كان لمدة طويلة يعتمد على نمط تنظيمي سلمي أي نمط هرمي وهذا انطلاقا من أن الإدارة الوصية التي كانت هي المقررة والمستحوذة على القرارات وهذا النمط كان لا يبين العيوب في التسيير أو التكفل ولكن أصبح يظهر رويدا خاصة لما صار العلاج مكثف ومركز بتكاليف غير معقولة.

لذا قد أصبح الحل الوحيد للمشروع هو التفكير في طرق جديدة أو نمط جديد في تسيير القطاعات الصحية من اجل التكفل الجيد بالمريض بتكاليف اقل وهذا بإنشاء وخلق بما يسمى بأهداف، لذا نرى أن التعاقد قد خصص بعض المسؤوليات منها ما يهم التنظيم أي فرقة العلاج

في مهمتها ومسؤوليتها من اجل تسهيل مهمته والتقرب من أهداف هذا العقد، ومنها ما هو كيمي وكيمي كالمحاسبة وروح المبادرة والتكفل.
في الأخير نقول أن التعاقد لا يشمل الإطار القانوني وإنما يسهل الإطار الروحي والعقلي ويذهب إلى الواقع العملي، حتى نتمكن من إعطاء التكيف الحقيقي لما يحتاجه المواطن.

خاتمة

هناك شعور متعاظم بأن الصحة تمثل جانبا رئيسيا من جوانب الأمن البشري، وبأنها تحتل موقعا بارزا في المناقشات التي تتناول أولويات التنمية، و بلوغ الأهداف المتعلقة بالصحة يعتبر جزء لا يتجزأ من الأهداف الإنمائية للألفية التي اتفق بشأنها 189 من قادة العالم من خلال إعلان الألفية الصادر في عام 2000، لذا فان تطوير وتحديث النظم الصحية وتعزيزها من الأمور الأساسية لتحقيق التقدم في بلوغ تلك الأهداف، ولن تكون معدلات التقدم الراهنة كافية إلا إذا استثمر بشكل عاجل في النظم الصحية.

وفي حال عدم الإسراع في إحراز التقدم في مجال تطوير النظم الصحية، ستواصل الأمراض في إحداث عدد كبير من الوفيات، وتشمل الوفيات السنوية التي يمكن تفاديها في البلدان النامية ما يلي: حوالي 11 مليون حالة وفاة جراء الإصابة بالمalaria وأكثر من نصف مليون حالة وفاة تطاول النساء خلال فترة الحمل وأثناء الولادة، كما يؤدي الايدز والعدوى بفيروسه بحياة ثلاثة ملايين شخص في السنة.

وكما قال المدير العام لمنظمة الصحة العالمية "جونغ- ووك لي": "إن بناء نظم صحية قوية يستلزم إدخال تحسينات على جميع القطاعات الحكومية، أي على إدارة الأموال العامة، وتخطيط القوى العاملة، والطرق والهيكل الأساسية وكذلك يمكن إنقاذ أرواح عدة ملايين من الأطفال سنويا، ومن التقدم بنسبة 70 إلى 80% صوب بلوغ الهدف المتعلق بوفيات الأمومة." والنظم الصحية لا تقتضي الاستثمار العاجل فحسب، بل تقتضي أيضا التزام البلدان النامية بتعزيز آليات المساءلة ومنح الأولوية للصحة في الخطط الوطنية والخطط الخاصة بالحد من وطأة الفقر، وكذلك الالتزام السياسي على الصعيد العالمي من اجل تمويل الأهداف الإنمائية للألفية على المدى الطويل بحيث يعتبر من الأمور الجوهرية، وفي جمعية الصحة العالمية لعام 2005 دعت الدول الأعضاء في المنظمة الجهات المانحة إلى رفع مستويات المساعدة الإنمائية الرسمية لكي تبلغ 7% من الناتج الوطني الإجمالي، كما دعت البلدان النامية إلى منح الأولوية لمسألة الصحة في ميزانياتها الوطنية.

وباعتبار الجزائر من بين الدول النامية فهي تسعى إلى بلوغ أهداف الألفية، لذا أولت اهتماما بالغاً لقطاع الصحة، ويظهر هذا حالياً لما قامت به من إصلاحات في المنظومة والتي مازالت تشهد وتيرة سريعة في تنظيم وإعادة هيكلة المنظومة وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العلمية، وكذا توفير الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع، مهما كان وضعها الاجتماعي والاقتصادي، لذا فإن الدولة الجزائرية قامت باستثمارات عمومية ضخمة كلفة الخزينة ما يقارب 619 مليار دينار، موجه لتنظيم وتوسيع نشاطات القطاع ومن أجل تغطية هذه النفقات تسعى الدولة إلى إيجاد آليات تمويل جديدة، حيث أن النظام التمويلي في القطاع لم يعرف تطور ملفاته منذ السبعينات، ولحل مشكل التمويل لا يعني بالضرورة خصوصية الهياكل العمومية الموجودة، ولكن التفكير في تطوير التضامن الوطني بطريقة متماسكة ودينامكية.

وكحل لمشكل التمويل طرح النظام التعاقدى كنهج جديد في تمويل المنظومة الصحية، حيث نصت القوانين المالية المتلاحقة منذ 1993 على أن تمويل المؤسسات الصحية يتم على أساس تعاقدى بين المؤسسات الصحية وهيئات التضامن الاجتماعي وحدد مجال تدخل الدولة في أنشطة الوقاية، العلاج القاعدي، الاهتمام بالمعوزين والتربية الصحية، إلا أن تجسيد ذلك اعترضه عدت عقبات على أصعدة مختلفة ومتنوعة.

إن أسلوب التعاقد يطرح اليوم وبالحاح كبديل وحيد لجزافي دفع المستشفيات، بهدف التحسين النوعي لعرض الخدمات الصحية، ووضع سياسة حقيقية لتحديد مسؤولية مختلف الأعوان داخل المؤسسة الصحية التي تواجه خيارات صعبة ناتجة عن التحولات التي يعيشها النظام الاقتصادي.

أن تطور أي نظام صحي ما هو إلا نتيجة لعمل عدة شركاء مسؤولين في ميدان تنظيم إنتاج الخدمات الصحية، وتمويلها. كل له دور يقوم به بحيث يعود للدولة مناقشة ووضع السياسة الصحية بمشاركة مختلف الأعوان.

- نتائج اختبار الفرضيات:

لقد حاولنا في دراستنا الإجابة على الإشكالية التي تتمحور حول أفضل آليات تمويل القطاع الصحي تحقق عن طريقها التنمية، ومن خلال ما تم تناوله في فصول البحث فقد تم الإجابة على الأسئلة الفرعية. كما تم اختبار الفرضيات التي وضعت وتمثل نتائج اختبار الفرضيات فيما يلي:

-فاقد اثبت البحث من خلال الفصل الأول صحة الفرضية الأولى والإجابة على السؤالين الأول والثاني عندما تم استعراض طبيعة الخدمات الصحية والتركيز على مدى خصوصيتها الشيء الذي يبين أهميتها، خصوصا في بناء وتعزيز النظم الصحية وهذا ما يثبت اهتمام دول العالم

بقطاع الصحة بصفة عامة والدولة الجزائرية بصفة خاصة، فلقد عملت الدولة على تنظيم وهيكلية المنظومة وتوفير الخدمات الصحية لجميع أفراد المجتمع .

- ومن خلال ما جاء في الفصل الثاني للإجابة على السؤالين الثالث و الرابع واختبار لصحة الفرضية الثانية والثالثة توصلنا إلى:

صحة الفرضية الثانية حيث أن خلال السنوات الأخيرة وبفضل إنعاش التطور الاقتصادي تم تحقيق أهداف الألفية الخاصة بالصحة فحسب الدراسات اثبت أن الجزائر تعد ضمن السبع الدول التي استطاعت الحد من ارتفاع نسبة الوفيات خلال الأربعين سنة الماضية، حيث تمكنت من خفض عدد وفياتها بنسبة 2% كل عام بين الأشخاص اللذين تتراوح أعمارهم بين 15 و60 سنة وذلك مقارنة بدول أخرى سجلت فيها النسبة ارتفاعا ملفتا و هي استراليا، ايطاليا، كوريا الجنوبية، الشيلي، تونس، الو.م.ا.

كما سجلت تخفيض في نسبة وفاة الطفولة ووفيات الأمهات وزيادة في نسبة الولادات، ويرجع ذلك إلى الجهود المبذولة في مجال ترقية الصحة، إضافة إلى التشريعات الجديدة التي تولي اهتماما أكثر بالصحة و البيئة.

وفيما يخص الفرضية الثالثة، فقد أسهمت الدولة الجزائرية باستثمار ات عمومية كبيرة قطاع الصحة وتتمثل في إنشاء هياكل جواريه للصحة العمومية(عيادات متعددة الخدمات، مصالح الولادة...) وكذلك هياكل استشفائية خاصة بالأُم والطفل ومراكز مكافحة السرطان، وكذلك توفير زيادة في استقطاب الموارد البشرية من أطباء، صيادلة، وجراحي أسنان... وفيما يخص بالأدوية فإنه تم إنشاء وكالة وطنية للمنتجات الصيدلانية تعمل على تسجيل والتصديق والمراقبة النوعية، وكذلك ترقية الأدوية الجنسية.

وقد تم الإجابة على السؤالين الخامس والسادس واختبار الفرضية الرابعة في الفصل الثالث، بحيث قامت الجزائر بعدة إصلاحات في قطاع الصحة والهدف الأسمى من هذه الإصلاحات هو إعادة الهيكلة للقطاع وكذا إيجاد مصادر تمويل جديدة، لتغطية النفقات الضخمة الموجهة للمنظومة الصحية وتوصلت نتائج الإصلاحات إلى ضرورة انتهاج نظام التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي للعلاج في المستشفيات والذي سوف يبدأ تطبيقه مع حلول عام 2011.

- نتائج وتوصيات البحث:

من خلال هذا البحث وصلنا إلى جملة النتائج التالية:

- للوصول بصحة الإنسان للمستوى المثالي وهو الصحة الجديدة، يجب أن تؤدي الخدمات الصحية في نظام مهيكّل و مؤطر بطريقة مثلى وكذلك الاستعمال العقلاني للموارد المادية والبشرية يسمح بحصول كل أفراد المجتمع على أحسن الخدمات الصحية.
- يعتبر الاستثمار في الصحة العمومية يمكن من بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية كما يزيد من دعائم بناء النظم الصحية السليمة والفعالة والعادلة، كما يساهم في تحقيق التنمية لكل بلدان العالم.
- إن توفير منظومات عادلة لتمويل الصحة هو احد الشروط الأساسية لتحسين حصول الفقراء على العناية الصحية وحمايتهم من التكاليف العالية، وبالتالي الوصول إلى تحقيق التنمية وبلوغ أهداف الألفية ، لذا تسعى الجزائر إلى إيجاد مصادر تمويلية تغطي حجم النفقات الموجهة إلى قطاع الصحة وخاصة تلك التي تحظى بها الطبقة الفقيرة.
- النظام الصحي في الجزائر مثله مثل باقي قطاعات النشاط الوطني الأخرى، يجب أن لا يتجاهل حقيقة وأهمية النهج التعاقدى الذي يوفر له وسائل التنظيم وتقاسم السلطة بين الدولة، الشركاء الاجتماعيين، الأعوان ومستعملي المؤسسات الصحية.
- رغم ما حققته الجزائر من نتائج جيدة من خلال مؤشرات الصحة إلا أن سوء تقديم الخدمات الصحية وبيروقراطية النظم الصحية في الجزائر ما زال قائما، ويرجع هذا إلى سوء التسيير والإدارة في المنظومة من أولويات الإصلاح.

ونصل إلى أهم التوصيات: فيما يخص الجانب التنظيمي:

- يجب أن تقوم السياسة الصحية في الجزائر على تكييف الإطار التنظيمي للمنظومة الصحية وفق التحولات الاجتماعية والاقتصادية والمحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديته وذلك بإدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية لخلق منافسة نوعية.
- إقامة جسور بين القطاع العمومي، الشبه العمومي والخاص لخلق نوع من التكامل في عملية تقديم الخدمات العلاجية.
- أما من ناحية مصادر التمويل فاننا نقترح:
- إبقاء مساهمة الدولة لضمان التضامن الوطني والانسجام الاجتماعى من جهة، واستمرارية صلاحياتها القانونية والرقابية كسلطة عمومية في مجال التخطيط والتنظيم من جهة أخرى.
- تدعيم نظام التغطية الاجتماعية وتعميم النظام التعاقدى والإنفاقي في العلاقات بين الممول والهياكل الصحية.
- البحث عن مصادر بديلة لتمويل نفقات الصحة بتحديد وإقامة مكانزمات من شأنها السماح بمساهمة:

- التأمينات الاقتصادية.

- ال تعاؤديات والتأمينات التكميلية القائمة على الاشتراكات الإدارية.

- الهياكل المحلية والجهوية لتغطية المخاطر الوبائية الخاصة.

- الضرائب لكل النشاطات المتسببة في التلوث و على كل المواد التي تؤثر سلبا على صحة المواطن.

- آفاق البحث

كغيره من البحوث يحتاج هذا البحث جهود إضافية من قبل الباحثين حتى يكتمل، لذل ك

فان الدراسة التي قمنا بها تطرح أمامنا جملة من المواضيع التي يجب أن تعالج مستقبلا،

وسوف نطرح بعض المواضيع ذات الصلة بالموضوع:

- الاستثمار في الصحة من اجل تقليص الفقر.

- التنمية المستدامة و الصحة .

- الأهداف الإنمائية للألفية في المنطقة العربية .

- التلوث البيئي و أثره على النظام الصحي .

قائمة المراجع

1. منظمة الصحة العالمية، بتاريخ 2010/09/11، على الرابطة : <http://www.who.int/ar>
2. طلعت الدمرداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس، مصر، 2006.
3. البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة (واشنطن دي، سي: البنك الدولي، 1993).
4. تعاريف المعاجم للصحة العمومية، "جون لاست"، معجم الوبائيات، 1988، عن منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي، القاهرة، 2003/10/02، تاريخ الاطلاع 2010/11/09، على الرابطة : <http://www.emro.who.int/Rc50/arabic/infdoc5>
5. إقبال إبراهيم مخلوف، "الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دون ذكر سنة النشر.
6. إقبال إبراهيم مخلوف، "العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية"، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991.
7. مصطفى العبد الله الكفري، "مقال حول قياس اثر السياسات السكانية ومدى فاعليتها"، العدد رقم 822، بتاريخ 2004/05/02، تاريخ الاطلاع 2010/11/09، على الرابطة : <http://www.ahewar.org/m.asp?!=349>
8. سعيد عبد العزيز عثمان، "قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة"، دراسة نظرية تطبيقية، الدار الجامعية الإسكندرية، 1998.
9. أيمن مزاهرة، و آخرون، "علم اجتماع الصحة"، دار اليازوري، عمان، 2003.
10. محمد احمد بيومي، "علم الاجتماع وقضايا السياسة الاجتماعية"، دار المعرفة، الإسكندرية، 1998.
11. احمد فايز النماس، "الخدمات الاجتماعية الطبية"، دار النهضة العربية، بيروت، 2000.

12. فريد راغب النجار، "إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية"، دار النهضة العربية، القاهرة، 1981.
13. عبد المهدي بواعنة، "إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية"، دار الحامد، عمان، 2004.
14. تاريخ الاطلاع 2010/06/06 على الرابطة:
- <http://www.mcrp.gov.dz/ministre-arab>
15. مقال، "قانون التغطية الصحية: أحد أوجه تطبيق لسياسة البنك الدولي في مجال الصحة"، جريدة المناضل-، العدد 04، بتاريخ 2005/01/15، تاريخ الاطلاع 2010/11/11، على الرابطة:
- <http://almounadil-a.info//article148.html>
16. نقلا عن سالم الكسواني، "السياسة والتنمية"، بحث مقدم للمؤتمر العربي الأول، السياسة السكانية والتنمية في البلدان العربية، عمان 1985
17. المؤرخ في 06 فيفري 2002 والمعدل للمرسوم 204/88 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988.
18. التقرير السنوي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ووسائل الإعلام جانفي 2002.
19. عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الوسائل المادية.
20. وزارة الصحة تاريخ الاطلاع 2010/06/12، على الرابطة: <http://www.santé.dz>
21. الأمر رقم 65/73 المؤرخ في ذي الحجة عام 1393 هـ الموافق لـ 1973/12/28 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية العدد 84 للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لسنة 1973.
22. زيدات سناء، "إدارة المؤسسات الإستشفائية"، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2002.
23. قي دونالد، "مدخل لإقتصاد الصحة"، منشورات جوان ليبي، لبنان، 1991.
24. فوزي شعبان مذكور، "تسويق الخدمات الصحية"، ايتراك، القاهرة، 1998.
25. زكي خليل المساعد، "تسويق الخدمات الصحية"، دار حامد للنشر، عمان، 1998.
26. أحمد الكردي، "قياس جودة الخدمات الصحية"، بحث مقدم لقسم إدارة الأعمال جامعة بنها 2010، نشر في 2010/10/21 على الرابطة:
- <http://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/posts/156677>
27. السيد عليوة، "إدارة الأزمات في المستشفيات"، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة 2000.

28. نظير خاجا، "المؤسسات العلاجية الإسلامية في الولايات المتحدة الأمريكية"، دراسة متكاملة للتنظيم والإدارة، بتاريخ 08-01-2006، تاريخ الاطلاع 10/09/2010، على الرابطة :

[http:// www.islamset.com](http://www.islamset.com) (en ligne)

29. علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003، المعهد العربي للتخطيط

الكويت، تاريخ الاطلاع 29/03/2010، نقلا عن الموقع : www.Arab-api.org

30. أحمد محمد غنيم، "إدارة المستشفيات - رؤية معاصرة"، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، جمهورية مصر العربية، الطبعة الأولى، 2006.

31. بن عبد العزيز فطيمة / بن حمودة، مداخلة بعنوان: "التنمية الصحية من أجل تقليص الفقر"، الندوة الدولية حول تجارب مكافحة الفقر في العالمين العربي والإسلامي، أيام 01-03 جويلية 2007، المنظمة من طرف جامعة سعد دحلب البليلة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بالتعاون مع المعهد الإسلامي للبحوث والتدريب بجدة وبمشاركة اتحاد مجالس البحث العلمي العربية بالخرطوم.

32. تامر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة العربية، 2005.

33. مديرية الصحة و السكان .

34. بموجب المرسوم التنفيذي رقم 90-124 المؤرخ في 30 أفريل 1990.

35. بموجب المرسوم التنفيذي رقم 90 - 188 المؤرخ في 23 جوان 1990 .

36. بموجب قانون رقم 74 – 100 الصادر في 13 جوان 1974 .

37. إجتماع مصغر خصص لقطاع الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، بتاريخ 15 سبتمبر 2008، على الرابطة :

<http://www.elmouradia.dz/arabe/Activitesara/2008/09/w150908.htm>

38. Abdellah Boughaba , "Analyse et évaluation des projets". ED.BERTI. Alger. 1998

39. S.N.C –Plan comptable National –1975

40. Pierre Conso: " La gestion financière de l'entreprise" –Tome 2 – Dunod – Paris –1978

41. محمد مطر، "إدارة الاستثمارات، الإطار النظري والتطبيقات العملية"، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة، 2006.

42. الإستثمار في الصحة – موجز لنتائج اللجنة المعنية بالإقتصاديات الإجمالية للصحة – الصادر عن منظمة الصحة العالمية 2003، ص18، على الرابط :-
[dsa222.pdf/http://www.emro.who.int/dsa](http://www.emro.who.int/dsa_dsa222.pdf)
43. شطب الديون، تاريخ الاطلاع 2010/11/21، على الرابطة :
<http://www.dw-werld.de/dw/article/0,,1611645,00.html>
44. المجتمع المدني، تاريخ الاطلاع 2010/11/21 على الرابطة :
<http://ar.wikipedia.or/wiki/index.php.p>
45. من اعداد الطالبة بناءا على المعطيات
46. الموجز التنفيذي: الاقتصاد الإجمالي والصحة: "الإستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية". تقرير اللجنة المعنية بالإقتصاد الإجمالي و الصحة، الصادر عن المنظمة العالمية للصحة 2001، على الرابط: <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa453.pdf>
47. التنمية الصحية- إستراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة و التغذية والسكان – عن البنك الدولي 2008، تاريخ الاطلاع 2010/03/11، على الرابط :
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/OverviewArabicFinal.pdf>
48. الصحة و أمن الإنسان، مقارنة جديدة، الفصل السابع، عن تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009، تاريخ الإطلاع 2010/04/24 على الرابط:
<http://www.arab-hdr.org/publications/contents/arabic/2009/ch7-a.pdf>
49. تقرير الأمين العام للأمم المتحدة الخاص بالألفية، دور الأمم المتحدة في القرن 21، الأمم المتحدة، تاريخ الاطلاع 2010/07/20، على الرابطة:
<http://www.un.org/arabic/millennium/sg/report/summary.htm>
50. البنك الدولي، الأهداف الإنمائية الجديدة، تاريخ الاطلاع 2010/07/20، على الرابطة:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTARABICHOME/EXTFAQSARABIC/0,,contentMDK:20433000~pagePK:98400~piPK:98424~theSitePK:727307,00.html>
51. كامل البكري، "التنمية الاقتصادية"، الدار الجامعية، لبنان، 1988 .
52. إبراهيم العيسوي، "التنمية المفهوم والمؤتمرات"، مذكرات تدريبيه غير منشورة، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، (1994).
53. محمد حسن دخيل، " إشكاليات التنمية الاقتصادية المتوازنة "، دراسة مقارنة، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، 2009.

54. عدنان سليمان، "نقد الخطاب التنموي"، مجلة جامعة دمشق المجلد 13، العدد الثاني، 1997.
55. عبد القادر محمد عبد القادر، "إتجاهات حديثة في التنمية"، الدار الجامعية، الإسكندرية 2003.
56. محمد عثمان عبد المالك، "الصحة و التنمية و الفقر" - مناقشة و تعقيب، عن sudqnese journal of public health: October 2007, vol.2 (4) تاريخ الاطلاع 2010/03/30 على الرابطة: <http://www.sjph.net.sd/files/vol2i4p232-235.pdf>
57. نظرة عامة، "التوجيهات والمستندات المرجعية لهيئة مساعدة التنمية، الفقر والصحة"، عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، 2003، تاريخ الاطلاع 2010/05/12، على الرابطة: <http://www.oecd.org/dataoecd/3/43/28894823-pdf>
58. كاظم الشبيب، مقال، "معوقات التنمية الصحية"، صحيفة عكاظ العدد 2202، تاريخ الاطلاع 2010/07/17، على الرابطة: <http://www.okaz.com.sa/okaz/osf/20070628/Con20070628121251.htm>
59. طبقاً لما جاء في تقرير أصدرته منظمة الصحة العالمية يوم 22 آب/أغسطس 2005، فإن معظم الدول النامية لا تسير على الطريق الصحيح لتحقيق أهداف تنمية الألفية بالنسبة للرعاية الصحية. موقع «يو.إس.إنفو» شؤون دولية قضايا عالمية».
60. المجلس التنفيذي، "بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة": تقرير عن الحالة السائدة، عن منظمة الصحة العالمية، ديسمبر 2004، الدورة الخامسة عشر بعد المائة، تاريخ الاطلاع 2010/11/09، على الرابطة: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf-files/EB115-5-ar.pdf>
61. الوثيقة A/57/270 (31 تموز / يوليو 2002) و التقرير السنوي الأول المرتكز على " دليل التفصيلي لتنفيذ و إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية، تقرير الأمين العام A/56/326 (6 أيلول / سبتمبر 2001) قاعدة البيانات الخاصة بمؤشرات الألفية التي تم التحقق منها في تموز / يوليو 2003 منظمة الصحة العالمية، إدارة الأهداف الإنمائية للألفية السياسات الصحة والإنمائية، تاريخ الاطلاع 2010/11/09 على الرابطة: apps.who.int/gb/ebwha/pdf-files/EB115-5-ar.pdf

62. طه بامكار ، "أهداف الألفية الإنمائية " ، مقال رأىء ، صحيفة سودانيزاونلاين.كوم
الالكترونية ، تاريخ نشر المقال 2009/12/09 ، تاريخ الاطلاع : 2010/03/18 ، على الرابطة
<http://www.sudaneseonline.com/av1/publish/article-2984.shtml> :
63. حسان صوابر ، المدير الفني المكلف بالسكان و الشغل ، الديوان الوطني للإحصائيات –
الجزائر – أهداف الألفية للتنمية ، التجربة الجزائرية ، تاريخ الاطلاع 2010/07/17 على
الرابطة :
- http://www.escwa.un.org/divisions/scu/events/Workshop_Information/Shared%20Country%20Experiences/Algeria%20Experience%20Adapting%20MDGs_Arabic.ppt
64. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، مساهمة برنامج الأمم المتحدة للتنمية في الجزائر لتحقيق
أهداف التنمية للألفية، تاريخ الاطلاع 2010/03/17 على الرابطة :
- <http://www.dz.undp.org/arabe/omd/nat-omd.html>
65. وزارة الشؤون الخارجية ، رئاسة الجمهورية ، اجتماعات تقييمه لقطاع الصحة والسكان ،
الأرشيف ، تاريخ الاطلاع 2010/07/17 ، على الرابطة :
- <http://193.194.78.233/ma-ar/stories.php?story=10/09/05/6979566>
66. شوقي الهموندي ، المؤسسات الاقتصادية ، دار النهضة ، بيروت ، 1983.
67. عدنان الدغستاني و عبد الفتاح السيد النعماني، التمويل الإداري ، الجزء الأول، دار المريخ
للنشر،الرياض، 1993.
68. العلواني عديلة، "تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في الجزائر " ،
رسالة ماجستير، جامعة بسكرة ، 2004 .
69. يخز يعدل فريدة، "تقنيات و سياسات التسيير المصرفي " ، ديوان المطبوعات الجامعية،
الجزائر 2000.
70. "GRO- Harlem Brundiland, rapport sur la santé dans le monde",
OMC, France
71. Lamri Larbi , cours de la santé publique E.N.S.P., 2001
72. مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ، قطاع الدراسات التنموية ، تجارب دولية في تطوير
الخدمات الصحية ، فبراير 2005 ، تاريخ الاطلاع 2010/07/17 ، على الرابطة :
- http://www.163.121.20.10:3100/includes/site_Map.asp-167k

73. عدمان مريزق، "إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر و آليات التحكم فيه"، بحث منشور في: Revue des « Reformes Economiques et Integration en Economie Mondiale », publication semestrielle du Laboratoire, Ecole Supérieure de Commerce , Alger, N°01-2006
74. مقدر طارق، "إصلاح المنظومة الوطنية للصحة، من خلال إعادة النظر في نظام تمويلها"، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2008.
75. بار جميلة، "أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، 1994.
76. الأمر رقم 65/73 المؤرخ في ذي الحجة عام 1393 هـ الموافق لـ 1973/12/28 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية العدد 84 للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لسنة 1973.
77. الأمر رقم 57/76 المؤرخ في رجب عام 1396 هـ الموافق لـ 1976/07/05 المتضمن نشر الميثاق الوطني.
78. الأمر رقم 97/76 المؤرخ في 30 ذي القعدة عام 1396 هـ الموافق لـ 1976/11/22 المتضمن إصدار دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية العدد 94 لسنة 1976.
79. حسب المادة 51 من دستور 1989 للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية .
80. القانون رقم 26/91 المؤرخ في 11 جمادى الثاني عام 1412 هـ الموافق لـ 1991/12/18 المتضمن المخطط الوطني لسنة 1992 ، الجريدة الرسمية العدد رقم 65 للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لسنة 1991 .
81. الأمر رقم 03/94 المؤرخ في 27 رجب عام 1415 هـ الموافق لـ 1994/12/31 المتضمن القانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية العدد 87 لسنة 1994.
82. أنظر :
- المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها و سيرها .
- المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها .
- المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها و سيرها .

- هذه المراسيم مؤرخة في 02 ديسمبر 1997 الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية العدد 81 لسنة 1997 .
83. جمعي محمد، استقلالية التسيير عنصر أساسي لفعالية النظام الصحي الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، 1992.
84. العمري العربي، مقال بعنوان : "تمويل النظام الوطني للصحة" ، مجلة المسير، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، سنة 1998.
85. F.Z OUFRIHA , "Cette chère santé : Une Analyse économique du système de soins en Algérie" ,OPU,10/1992.
86. المرسوم التنفيذي المؤرخ في 04 جانفي 1992 المتضمن النظام القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي.
87. مصطفى خياطي ، مقال بعنوان : مستقبل المستشفى ، مجلة إدارة ، المدرسة الوطنية للإدارة، العدد رقم 01 ، 1992.
88. المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات ،الألوية والأنشطة المستعجلة ، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات ، وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، 12 جانفي 2003.
89. المادة 58 من الدستور .
90. المادة 59 من الدستور.
91. تاريخ الاطلاع 2010/03/17 على الرابطة،
- <http://www.ands.dz/réforme-hospitalière/appel-contribution.htm> ;
- Message du Ministre ; 16/03/2005
92. زميت خوجة ، " تحليل تكاليف الصحة في الجزائر" ، رسالة ماجستير ، جامعة الجزائر ، 1998-1999 .
93. التعليم رقم 03 المؤرخة في 2000/02/07 و المتعلقة بتنظيم وسير مكتب الدخول.
94. وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات ، تاريخ الاطلاع 2010/11/23 ، على الرابطة : <http://www.Ands.dz/développement>
95. وزارة الشؤون الخارجية ، رئاسة الجمهورية ، اجتماعات تقييمه لقطاع الصحة والبرنامج الخماسي، بتاريخ 2009/09/09، تاريخ الاطلاع 2010/07/17 ، على الرابطة:
- <http://193.194.78.233/photos/gov/proar.pdf>

96. وزارة الصحة والسكان ، مديرية التخطيط .
97. تاريخ الاطلاع 2010/11/23 ، على الرابطة: www.Ands.dz/le_ministre/html
98. وزارة الشؤون الخارجية ، جلسات الاستماع ، ليوم 2010/09/06 ، تاريخ الاطلاع 2010/07/17 على الرابطة :
- <http://193.194.78.233/ma-ar/stories.php?storh=10/09/05/6979566>
99. البرنامج الخماسي 2010-2014، تاريخ الاطلاع 2010/07/17 على الرابطة :
- <http://193.194.78.233/photos/gov/proar.pdf>
100. جريدة المساء ،مقال بعنوان "ضرورة تجسيد النظام التعاقدى في العلاج بالمستشفيات"، بتاريخ 2008/09/15، تاريخ الاطلاع 2010/07/17 على الرابطة :
- <http://www.e-massa.com/ar/content/view/38216/41/>
101. سمير بلعمري ،مقال بعنوان ،العمل بنظام التعاقد يعتمد على فوترة الأدوية والخدمات الطبية، لا علاج أو استشفاء مجاني لغير المؤمنين بعد جانفي المقبل،جريدة الشروق اليومي،العدد 2939 ،بتاريخ 2010/05/20 ، صفحة الحدث.
102. مقال بعنوان ، خطة إصلاحية شاملة للخدمات الصحية في الجزائر ، تاريخ الاطلاع 2010/07/23 على الرابطة :
- <http://www.ensan.net/news/141/ARTICLE/3395/2008-04-14.html>