

# وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Mohamed Chérif Messadia  
Souk Ahras



جامعة محمد الشريف مساعديت  
سوق أهراس

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

سنة: 2018

قسم العلوم الاقتصادية

## مذكرة

مقدمة للحصول على شهادة الماستر

تأثير أزمة النفقات على أداء القطاع الصحي  
دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

الشعبة

علوم اقتصادية

التخصص

اقتصاد وتسيير المؤسسات

من إعداد :

جباري حسام الدين

جامعة سوق أهراس

أستاذ محاضر ب

الأستاذ المشرف : أبو طير نبيل

لجنة المناقشة :

جامعة سوق أهراس

أستاذ محاضر أ

الرئيس : سوالم صلاح الدين

جامعة سوق أهراس

أستاذ مساعد أ

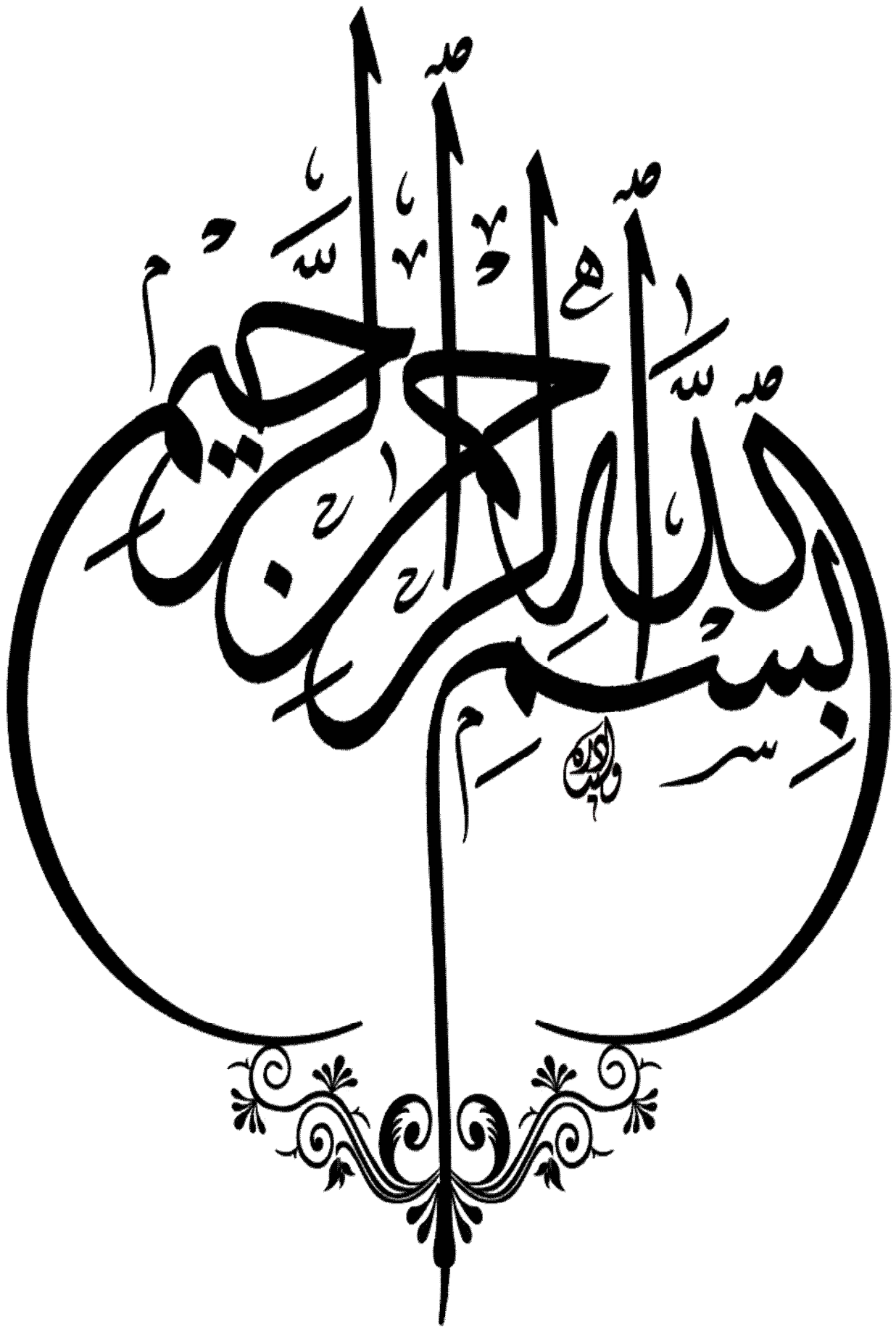
المناقش : مواسم إلهام

جامعة سوق أهراس

أستاذ محاضر ب

المشرف : أبو طير نبيل

رقم : ...../2018



## خاتمة شكر و تقدير

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ  
وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴿١٩﴾ سورة النمل (19)

بعد رحلة بحث وجهد واجتهاد تطلت بإنجاز هذا البحث، نحمد الله عز وجل على نعمه التي من بها علينا فهو العليّ القدير، فالحمد والشكر لله عز وجل والصلاة والسلام على خير الأنام وأشرف المرسلين سيدنا وقدوتنا محمد عليه أفضل وأزكى التسليم. وعليه أتقدم بالشكر الجزيل والتقدير الكبير إلى الأستاذ الفاضل الدكتور "دخمان زبير" على حسن قبوله الإشراف على هذا العمل وتقديمه لي النصح والتوجيه المتواصل، فكان مثال للأستاذ المصنم والأستاذ المعاملة، والأستاذ الأخلاق وزرع في معاني إتقان العمل، فما حسبي إلا أن أقف أمامه وقفة احترام وتقدير سائلا الله القدير العليم أن يضع ما بذله معي من عطاء وجهد وتعب ومشقة في ميزان حسناته إنه السميع المجيب.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الأستاذ المحترم "أبو طير نبيل" على توجيهاته القيمة ورعاية صدره وإرشاداته الصائبة التي لم يبخل بها عليا في إنجاز هذا البحث، سائلا المولى عز وجل أن يجعل ما بذله معي من جهد في ميزان حسناته. وأتوجه بخالص الشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذا البحث.

وإلى كل من بذل معي جهدا ووفرا لي وقتا، ونصح لي قولا، أسأل الله أن يجزيهم عنى خير الجزاء.



DODA  
DODA

# إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم " قل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون "

صدق الله العظيم

الحمد لله الواحد المعبود، عم بحكمته الوجود، وشملت رحمته كل موجود ، أفتتح بحمده الكلام وبحمده أفضل ما جرت به الأقلام، أحمده على توفيقتي لإتمام هذا البحث سبحانه.

إلى ملائكي في الحياة .. إلى معنى الحب وإلى معنى العنان والتفاني .. إلى بسمه الحياة وسر الوجود إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أعلى العبايبه  
أهني الحبيبة

إلى من كلله الله بالحبيبة و الوفا .. إلى من علمني العطاء دون انتظار .. إلى من أحمل اسمه بكل افتخار .. أرجو من الله أن يمد في عمرك لثري ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار وستبقى كلماتك نجوم أهددي بها اليوم و هي الغد وإلى الأبد ..

والذي العزيز

إلى من بوجودها أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها.. إلى من هي لحياتي خير أنس وبهاء .. إلى الوجه المقعم بالبراءة .. إلى سر ابتسامتي .. إلى

الرائحة أختي

إلى أروع من جسديت الحب بكل معانيه فكانت لي السند والعطاء.. إلى التي تحملت الكثير وعانت لأجلي لتبني دربي.. إلى جنة عيوني وهبة الله لقلبي.. إلى توأم روحي وسعادتي وكل حياتي  
خطيبي، حبيبي، هريكة حياتي





الفهرس

أولا - قائمة الجداول :

الرقم	العنوان	الصفحة
01	تطور مؤشر الإجمالي الإنفاق على الصحة بالدول محل المقارنة ( مقدرًا بملايين الدولارات الأمريكية ).	37
02	معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص).	38
03	تطور الإنفاق العام على الصحة بالجزائر للفترة 2002- 2014 ( نسبة مئوية ).	47
04	نصيب نفقات الصحة في الميزانية العامة للدولة للفترة 2008- 2015 (مليون دج).	49
05	الإمكانات البشرية الخاصة بمديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس.	68
06	تطور عناوين الميزانيات بمديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس.	78
07	ميزانية الولاية للمؤسسات الصحية.	79
08	تطور نفقات الدواء بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية بالولاية.	80
09	تطور نفقات التكوين بالمديرية.	80
10	تطور النفقات الصحية حسب المصادر.	81
11	تطور نفقات المستخدمين على مستوى المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم.-.	82
12	تطور عدد المستخدمين (كل فئات) بمستشفى محل الدراسة -المستشفى القديم.-.	83
13	تطور نفقات الدواء بالنسبة للمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم.-.	84
14	نفقات التكوين بالمستشفى محل الدراسة - المستشفى القديم.-.	84
15	تطور مؤشرات الحالة الصحية.	85
16	تطور عناوين الميزانيات في المستشفى محل الدراسة.	86

## ثانيا - قائمة الأشكال :

الرقم	العنوان	الصفحة
01	المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان في ولاية سوق أهراس.	64
02	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية -المستشفى القديم-.	74

## ثالثا - قائمة الرموز والمختصرات :

OMS	منظمة الصحة العالمية.
PNS	البرامج الصحية الوطنية.
TNN	البرنامج الوطني لمكافحة الكزاز.
HIV	الفيروسات البشرية.
DDS	مصلحة المصالح الصحية.
L.O.R.L	مصلحة الأنف والأذن والحنجرة.

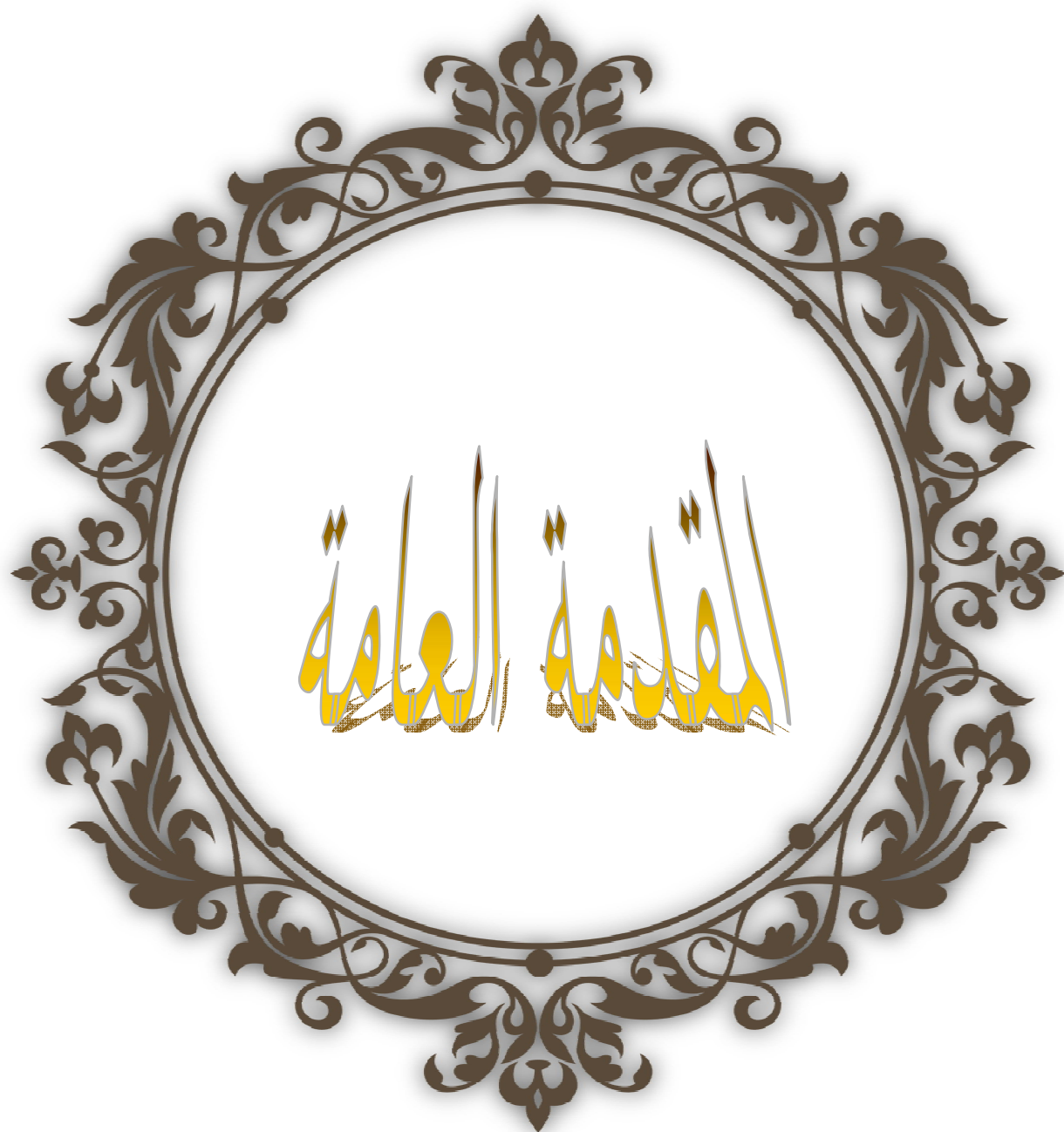
## رابعا - قائمة الملاحق :

الملحق رقم (01)	عينة من الأجهزة الطبية بالمؤسسة الإستشفائية -المستشفى القديم-.
-----------------	--

خامسا - خطة البحث :

	الشكر
	الإهداء
ب	قائمة الجداول.....
ت	قائمة الأشكال.....
ت	قائمة الرموز والمختصرات.....
ت	قائمة الملاحق.....
ث	خطة البحث.....
01	المقدمة العامة :.....
08	الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة.....
09	تمهيد.....
10	المبحث الأول : مفاهيم أولية حول اقتصاد الصحة.....
10	المطلب الأول : مفهوم اقتصاد الصحة.....
35	المطلب الثاني : أهم مؤشرات اقتصاد الصحة.....
38	المبحث الثاني : نشأة اقتصاد الصحة.....
38	المطلب الأول : ظهور فرع اقتصاد الصحة.....
40	المطلب الثاني : أهمية اقتصاد الصحة.....
42	المبحث الثالث : دراسة تحليلية لنفقات القطاع الصحي.....
42	المطلب الأول : التحليل الكيفي لنفقات القطاع الصحي.....
45	المطلب الثاني : تطور النفقات على مستوى القطاع الصحي.....
49	المبحث الرابع : ميكانيزمات معالجة عراقيل النظام الصحي وأثره على تطور النفقات.....
49	المطلب الأول : معيقات النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها.....

54	المطلب الثاني : أثر تطور النفقات على أداء الخدمات الصحية .....
59	خلاصة.....
60	الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس .....
61	تمهيد.....
62	المبحث الأول : مديرية الصحة والسكان والمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - لولاية سوق أهراس .....
62	المطلب الأول : مديرية الصحة والسكان لمحة عامة .....
68	المطلب الثاني : المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - سوق أهراس.....
75	المبحث الثاني : خطوات إجراء الدراسة الميدانية.....
75	المطلب الأول : مجال الدراسة.....
75	المطلب الثاني : متغيرات وأدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة.....
77	المبحث الثالث : تحليل نفقات مديرية الصحة والسكان والمؤسسة الإستشفائية -المستشفى القديم-.....
77	المطلب الأول : تطور النفقات على مستوى مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس.....
79	المطلب الثاني : تطور النفقات على مستوى المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم- بولاية سوق أهراس .....
86	خلاصة.....
87	الخاتمة العامة .....
91	قائمة المراجع.....
	قائمة الملاحق
	الملخص



تصدر قضية الصحة الأجندة الدولية لحقوق الإنسان مما أعطى الدول والمجتمع الدولي فرصة عظيمة وتحدياً جديداً. إذ يشكل التوافق العالمي في سياسات الصحة أحد أهم المشكلات الرئيسية. بحيث يعد قطاع الصحة قطاعاً مركباً ومعقداً جداً في إدارته وتشابكه فهناك أكثر من 100 منظمة عالمية كبرى معنية بقطاع الصحة بما يفوق أي قطاع آخر ومع ذلك لا توجد هيكلية جماعية أو تنسيق عالمي كافي.

وعلى هذا الأساس يحتاج قطاع الصحة إلى آليات تضمن التمويل طويل المدى كما تتدخل محددات غير صحيحة عديدة في مخرجات الصحة مما يدعو إلى التناول الأفقي والقطعي المركب في آن واحد كما تتدخل السلوكيات الفردية في مخرجات الصحة والتي من الصعب التحكم فيها أو تغييرها. وأيضاً يسهم القطاع الخاص بثقل في تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحية ومع ذلك يغيب دوره عند مناقشة ووضع السياسات الصحية.

من جهة أخرى تعتبر الصحة عنصراً ومكوناً أساسياً للتنمية البشرية حيث أن هناك تفاعل ديناميكي بين صحة الإنسان صانع التنمية وبين التنمية كهدف منشود فعندما تمكن الأفراد من إشباع حاجاتهم المادية إلى حد ما انتقلوا ضمن سلم الحاجات لإشباع تلك الحاجات غير المادية ومنها خدمات الرعاية الصحية وخلال هذا الانتقال أضحى جلياً دور خدمات الرعاية الصحية في خدمة المجتمع والاقتصاد على حد سواء على اعتبار أن الفرد المتمتع بصحة جيدة يعد مورد بشري جاهز للاستعمال في العملية الإنتاجية. ومن أبرز النتائج التي أظهرتها الدراسات السابقة فيما يتعلق بعلاقة الصحة بالنمو، أنه توجد هناك علاقة سببية تبادلية بين الصحة والنمو، فالصحة تؤثر بطريقة مباشرة على النمو من خلال تأثيرها على الإنتاجية، حيث أن الصحة الجيدة تُعطي الفرد المقدرة على بذل مجهود أكبر خلال نفس وحدة الزمن. والعمل لوقت أطول خلال نفس اليوم والعيش حياة إنتاجية أطول، وكل هذه عوامل تساعد على زيادة الإنتاج والإنتاجية. وعلى اعتبار أن الصحة هي سلعة شبه سوقية تتميز بعدم القدرة على الاستبعاد يفشل السوق في توفيرها لكل أفراد المجتمع. وإنما يمكن أن يوفر بعضها للقادرين فقط. فإنه يستلزم على الدولة تمويل وتوفير الرعاية الصحية والصحة العامة لأفراد المجتمع. وتأسيساً على ما سبق يبدو جلياً دور الدولة في تحقيق الأمن الصحي، ولا يتأتى هذا إلا من خلال وجود سياسة إنفاقية رشيدة للحكومات تعمل على توسيع الخيارات الصحية أمام أفراد المجتمع وتوفير التمويل العادل للخدمات الصحية والسعي نحو الاستجابة لحاجيات السكان.

على الرغم من أهمية هذا القطاع الحيوي إلا أنه لم يحظى إلا بإهمال القليل من الباحثين الاقتصاديين والاجتماعيين فعلى الرغم من أهميته وخصوصيته وتفردته عن باقي القطاعات من خلال بعده الاجتماعي ووقعه الإنساني. فجعل الأبحاث كانت تنصب على القطاعات

الاقتصادية إلا أن الواقع الحالي فرض على المفكرين الاهتمام بهذا الجانب عبر التحاليل النظرية والأبحاث الانتقادية للسياسات المنتهجة ونتائجها. فالمشاكل التي عرفها هذه القطاع وبالأخص حالة الانسداد على مستوى هياكله، والتي كانت نتاجا لتفاقم الحالة المالية والتسييرية لها هي من أكثر العوامل التي أدت إلى الحديث عن السياسات المتبعة لتسوية جوهر هذه المشاكل خاصة وأن الأرقام المتعلقة بدرجة تحقيق مختلف أهداف النظم الصحية بينت وجود علاقة إيجابية بين درجة تطوير النظام الصحي ومستوى أدائه كما أشارت في نفس الوقت إلى أن مستوى الإنفاق على الصحة لوحده لا يشكل محددًا رئيسيًا لتطوير الكفاءة الاقتصادية للنظم الصحية. ونلاحظ في هذا الصدد أن دول نامية تنفق مبالغ مالية متواضعة بالمقارنة بما ينفق في الدول المتقدمة، قد حققت نتائج جيدة فيما يخص تحقيق الأهداف الرئيسية والكفاءة العامة للنظام الصحي.

ويختلف حجم الإنفاق الصحي من بلد لآخر كما تختلف أنظمة الرعاية الصحية بينها وتباين نتائج الإنفاق الصحي للحكومات على الحالة الصحية العامة، وان ظهور مشكل ضغط النفقات الصحية المتزايدة جعل تحديد طبيعة العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي ونتائجه الصحية في غاية الأهمية وهذا ما جعل النقاشات اليوم مستمرة حول العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي الحكومي ومخرجات الصحة الوطنية لأن تحديد طبيعة هذه العلاقة سيسهم في المساعدة على اتخاذ القرارات الملائمة والفعالة فيما يخص الإنفاق الصحي خاصة مع ضغط تكاليفه.

أما بالنسبة للجزائر فقد شهدت هذه القطاع تطورات كبيرة تزامن مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام. وقد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذه القطاعات، وهو محاولة القيام بالتغييرات الضرورية في المنظومة الصحية عبر تطبيق سياسات مبرمجة أما من الناحية المادية فتظهر تنمية هذه القطاعات من خلال مخصّصاتها المالية من الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع في التنمية.

لكن على الرغم من ارتفاع حجم الإنفاق على هذا القطاع، وما تبذله الدولة من جهود في سبيل الرفع من مستوى الخدمات الصحية إلا أن الاستفادة من ذلك مازال دون المستوى المطلوب أين بقي عرضة للعديد من المشاكل ( نتيجة للقصور الإداري من جهة وعدم فعالية السياسات الموضوعية من جهة أخرى). إن الارتفاع المذهل في تكاليف القطاع الصحي جعل السلطات وجميع الفاعلين بالقطاع تتساءل عن هذا المشكل وعن السياسة الواجب إتباعها لتسويته وبهذا فقد أصبح ينظر إلى الصحة كمصدر للنفقات الباهظة والتبذير بدلا من كونها منفذ لدفع وتيرة النمو. وأمام هذه التحديات النوعية فقد بات لزاماً على المشرفين عليها التفكير بصفة جدية في سبل مواجهة هذه التحديات وبالتالي المحافظة على جودة الخدمات الصحية من خلال عقلانية وحسن تسيير الطاقات المسخرة حتى

تؤدي المهام المرسومة لها على أكمل وأحسن وجه. وبذلك تتفادى المصير المشؤم الذي آلت إليه القطاعات الاقتصادية الأخرى وكل ذلك لا يأتي إلا ببروز نية صادقة في تغيير نمط التسيير وكذا التحليل الهيكلي والمالي لجوانب الإنفاق بهذه القطاعات مع استبعاد الإنفاق الغير فعال.

#### أولا - الإشكالية :

بناء على ما سبق يمكن طرح الإشكالية التالية :

#### ✓ ما مدى تأثير أزمة النفقات على كفاءة أداء الخدمات الصحية ؟

يشترك من صميم هذا التساؤل الرئيسي أسئلة فرعية أخرى تتمحور حول الدراسة شكلا ومضمونا وتحليلا في الإجابة عليها، وعلى سبيل المثال :

✓ ماهي أهم التطورات التي مست القطاع وأنظمتها وكذا هياكله وأهم مصادر تمويله ؟

✓ هل أن الوضعية التي آلت إليها هذه القطاعات الصحية مردها عوامل مالية، أم لأسباب أخرى يمكن التحكم فيها متى أردنا ذلك ؟

✓ هل من بين أسباب زيادة مستويات النفقات في القطاع الصحي وجود قصور واضح على الأداء في القطاع ؟

#### ثانيا - فرضيات الدراسة :

بعد جمع المراجع المختلفة التي لها صلة بموضوع البحث استطعنا صياغة الفرضيات التالية التي تحدد ساحة النقاش وترسم بذلك حدودا

للبحث وهي كالتالي :

✓ يعد انخفاض مستوى فعالية القطاع نتيجة لعدم ملائمة السياسات المنتهجة على مستوى القطاع الصحي باعتبارها لا تتماشى والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية الراهنة.

✓ أساس تمويل القطاع الصحي هو الدولة والضمان الاجتماعي والأسرة.

✓ سوء تسيير الإمكانيات المتاحة بالقطاع أدى إلى تزايد الإنفاق الصحي غير المبرر وبالتالي عدم القدرة على إشباع الطلب المتزايد على العلاج.

#### ثالثا - أهمية الدراسة :

من خلال هذا البحث يتم إبراز مدى تطور هذه القطاعات الصحي في الجزائر، وما يتطلبه من نفقات من أجل تحقيق الأهداف

المتوخات منه، وفي الأخير يتم تقييم مردود هذا القطاع مع إبراز الأسباب التي أدت إلى اختلاله.

رغم أهمية الدراسات السابقة التي تمت بنفس هذا الموضوع، إلا أننا حاولنا من خلال هذا البحث إعطاء تقييم شامل للقطاع من جميع الجوانب التي تمس المنظومة الصحية الجزائرية بشكل عام، مع إجراء بعض المقارنات الدولية من حيث المؤشرات الصحية وذلك من أجل على مردود القطاع. كما سعت الدراسة إلى البحث عن نموذج تطبيقي يمكن من خلاله دراسة تأثير أزمة النفقات على أداء القطاع، إذ تعتبر هذه الفترة نقطة تحول لإجراء عمليات التطور والتغيير في المنظومة الصحية مما يمكن من تعديل الأداء وتحقيق الأهداف وأداء رسالتها نحو توفير خدمة صحية للمواطنين على أحسن وجه وبمستوى يتسم بالكفاءة والفعالية.

### رابعا - أهداف الدراسة :

تمثل أهداف هذا البحث في مجموعة من النقاط الرئيسية التي يمكن بلورتها على النحو التالي :

- ✓ التعرف على مختلف العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى تحسين وتطوير مستوى وكفاءة المنظمات الصحية.
- ✓ هيكله القطاع الصحي وأهم الإصلاحات التي شهدتها، وكذا تقييم مردودية هذا القطاع ومحاولة تحديد الخلل به مع معرفة الأسباب التي أدت إلى فشله في تأدية مهامه.
- ✓ التوصل إلى بعض الاقتراحات التي يمكن أن تساهم في تنمية وتطوير الأداء وتدعيم قدراته على تقديم خدمات صحية متميزة تتفق مع أهداف القطاع وتوقعات المرضى.
- ✓ وفي الأخير نسلط الضوء على ولاية سوق أهراس، كعينة لدراسة تطور نفقات هذا القطاع بشيء من التفصيل.

### خامسا - منهج الدراسة :

بالنظر إلى أهمية الدراسة فقد اعتمدنا على تطبيق المناهج المعتمدة في الدراسات الاقتصادية وذلك من خلال تطبيق المنهج الوصفي التحليلي من خلال إظهار الإطار النظري لاقتصاد الصحي، ثم يكون تحليلا عند الحديث عن جانب التمويل والإنفاق على القطاع الصحي كما اعتمدنا على المنهج الإحصائي خلال الفترة محل الدراسة.

### سادسا - دوافع اختيار البحث :

لقد تم اختيار موضوع البحث للأسباب التالية :

- ✓ نقص الدراسات التي تتناول البحث في ميدان الصحة، خاصة باللغة الوطنية.
- ✓ الوضعية السيئة التي يعيشها هذا القطاع خاصة في الآونة الأخيرة.
- ✓ أهمية هذا الموضوع في الاقتصاد الوطني باعتبار أن هذا القطاع هو الأكثر استهلاكاً للموارد المالية والأكثر تأثيراً على تنمية البلاد.

سابعاً - الدراسات السابقة :

لقد تم التطرق لهذا الموضوع من طرف عدد من الباحثين الذين تناولوه بالدراسة من جوانب مختلفة، نذكر بعضها فيما يلي :

1- نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة إستشفائية، مذكرة ماجستير، في الاقتصاد المالي، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة، 2005/2004.

تمكنت الدراسة من التوصل إلى أن ارتفاع التكاليف الصحية ليس ناتجاً من ارتفاع ميزانية التسيير والتجهيز فقط للمؤسسة الإستشفائية، بل ناتج أيضاً إلى بعض الأخطاء و التجاوزات في التسيير، التي ينتج عنها ارتفاع تكلفة المتوج الإستشفائي خصوصا والتكاليف الإستشفائية عموماً.

2 - علي دحمان محمد، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، العلوم الاقتصادية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.

وصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة سلبية لأثر الإنفاق العام على إنتاجية القطاع الصحي بحيث يتحدد هذا الأخير بمجموعة من العوامل التي ليس صلة بالنمو الاقتصادي. كما تبين لنا أيضاً بأن إنتاجية الإنفاق الصحي (من خلال مؤشرات الرعاية الصحية) لا تتحدد فقط بنمو الإنفاق الصحي بل بعوامل أخرى ونذكر بالأخص عملية تسيير الموارد حسب أولويتها، البرامج الصحية المعتمدة... الخ.

3 - وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، أطروحة دكتوراه، في علوم التسيير، جامعة باتنة 1، 2016/2015.

وصلت هذه الدراسة إلى أن نموذج (Servqual) يساهم في تقييم مستوى الخدمات الصحية من خلال الأبعاد التي يركز عليها أفراد المؤسسات الإستشفائية العمومية والتي تعكس مستوى رضاهم، إضافة إلى أهم الآليات التي تسمح بتحسين هذه الخدمات.

4 - عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007.

حيث ركزت هذه الدراسة على مفهوم الجودة من منظور المستفيد، كما وقف عند معوقات تقديم خدمات صحية ذات جودة، لزاولا معرفة أسبابها و سبل علاجها.

5 - مهديد يمينة، بحري أبو بكر، تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، مذكرة ماستر، علوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2016/2015.

قد تمكنت هذه الدراسة من التوصل إلى أن المريض راضي على جميع الأبعاد ( الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف).

### ثامنا - تقسيمات البحث :

من خلال ما تطرقنا إليه سابقا جاء اختيارنا لموضوع البحث، ومن أجل الإجابة على الإشكالية العامة والإحاطة بالإمام بمختلف جوانب الموضوع فقد ارتأينا تقسيمه إلى فصلين بالدراسة والتحليل كما يلي :

**الفصل الأول :** سنتناول في هذا الفصل الإطار المفاهيمي لاقتصاد الصحة، وقد قسم بدوره إلى أربعة مباحث، المبحث الأول خصص لمفاهيم أولية حول اقتصاد الصحة، المبحث الثاني فقد خصص لأهم مؤشرات اقتصاد الصحة، أما المبحث الثالث سنتطرق فيه لدراسة تحليلية لنفقات القطاع الصحي، والمبحث الرابع خصص لدراسة ميكانيزمات معالجة عراقيل النظام الصحي وأثره على تطور النفقات.

**الفصل الثاني :** خصص هذا الفصل للدراسة الميدانية حيث سنتناول فيه دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس، وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث، فالمبحث الأول يدرس مديرية الصحة والسكان والمؤسسة الإستشفائية -المستشفى القديم- لولاية سوق أهراس، والمبحث الثاني خصص لخطوات إجراء الدراسة الميدانية، أما المبحث الثالث فقد خصص لتحليل نفقات مديرية الصحة والسكان والمؤسسة الإستشفائية -المستشفى القديم-.

### تاسعا - صعوبات البحث :

إن الصعوبات التي واجهتنا أثناء انجاز هذا البحث لا تختلف عن تلك التي هي مألوفة لدى بقية الباحثين والتي نوجزها في ما يلي :

✓ صعوبة الاتصال بالمصالح المعنية للإدلاء بأي معلومات لها صلة بالموضوع، بل واعتبروه يتسم بحساسية مفرطة، وهو ما يكرس مبدأ البيروقراطية لدى الإدارات العمومي.

✓ ندرة الدراسات التي تتناول موضوع تقييم نفقات الصحة وإن وجدت فهي لا تتناول إلا بعض الجوانب الفنية نتيجة انعدام معايير يستند إليها في عملية التقييم.

✓ طبيعة الأنظمة المغلقة والتي تصعب من وجود بيانات وإحصائيات دقيقة (غير موثوق به) والتي غالبا ما تدفع الباحث إلى العزوف عن أي دراسات نقدية لهذه السياسات.

الفصل الأول :

الإطار المفاهيمي لاقتصاد الصحة  
الإطار المفاهيمي لاقتصاد الصحة

### تمهيد :

يحتل قطاع الصحة أهمية فائقة بإعتباره القطاع المسئول عن حماية السكان من كافة الأمراض والوقاية منها، ومن هنا كان الإهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين وتسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها والعمل على تطوير مؤسسات الرعاية الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العلمية بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات.

الصحة شرط أساسي للفرد لأداء أدواره على أكمل وجه من دراسة، عمل، إبداع ... فالصحة في المجتمع عبارة عن ثروة يجب المحافظة عليها وتأمينها، ولهذا أصبحت الصحة ليس مهمة فردية بل محل اهتمام المجتمع ككل. بالرغم من أن الصحة ليس لها ثمن. بالمقابل وللمحافظة عليها أو تحسينها فإنه يتطلب ذلك تكاليف باهظة أصبحت تثقل كاهل التنظيمات الممولة لها. لذا فقد تطلب ذلك تدخل الاقتصاد في ميدان الصحة للبحث عن أحسن السبل للتحكم في النفقات الصحية المتزايدة سنة بعد سنة حيث تعدت نسبتها نسبة تزايد الناتج الداخلي الخام لمختلف دول العالم. كما عجل دخول التقنيات الاقتصادية ميدان الصحة بظهور فرع اقتصادي جديد يسمى " باقتصاد الصحة " من أجل عقلنة النفقات في هذا الميدان وجعلها أكثر فعالية.

لقد أضحي الاهتمام بالإنتفاق الصحي من الأولويات التي يسعى المهتمين والمشرفين على هذا القطاع إلى معرفتها وبالتالي التحكم فيها. إن هذا التحكم في الإنتفاق يكون بمدف الحصول على أكبر قدر من الموارد وبنفس التوليفة من العوامل والموارد والوسائل الداخلية في إنجاز النتائج وهذا بانتهاج توزيع جيد للوسائل المادية والمالية والبشرية التي تؤدي للاحالة إلى تحسين وتطور في المردود الصحي ونوعيته. وحتى نلقي الضوء على مختلف هذه النقاط، قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربع مباحث :

**المبحث الأول : مفاهيم أولية حول اقتصاد الصحة.**

**المبحث الثاني : نشأة اقتصاد الصحة.**

**المبحث الثالث : دراسة تحليلية لنفقات القطاع الصحي.**

**المبحث الرابع : ميكانيزمات معالجة عراقيل النظام الصحي وأثره على تطور النفقات.**

### المبحث الأول : مفاهيم أولية حول إقتصاد الصحة

يهتم علم الاقتصاد بدراسة طريقة تحديد الخيارات الأفضل من أجل الاستخدام الأمثل للموارد النادرة لإشباع الحاجات المتنوعة، وتصبح المعضلة أصعب إذا لم يأخذ بعين الاعتبار حاجات المستهلكين المحتملة في المستقبل. وهنا تظهر أهمية إقتصاد الصحة، فرغم الصعوبات التي واجهها من حيث المحتوى والشكل إلا أنه وُلد وتطور بسرعة لإيجاد حل للتناقض القائم بين الحاجات الإجتماعية من جهة والقيود الاقتصادية من جهة أخرى.

#### المطلب الأول : مفهوم إقتصاد الصحة

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات، فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرقي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي، لذلك فهي تولى أهمية كبرى للمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها.

#### أولاً - مفهوم الصحة :

بالرغم من أنه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية إلا أن الصحة ليست كذلك، فلا يمكن الاتجار بالصحة، ويصعب تعريف الصحة، بل إن قياسها أصعب، إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة، بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها<sup>1</sup>. ولقد كان ينظر للصحة على أنها : "علاج للمرضى، فإذا ما توسع مفهومها لا يتجاوز أن تكون وقاية من الأمراض"<sup>2</sup>. كما إهتم الاقتصاديون الأوائل باقتصاديات الصحة، فقد عرف الاقتصادي مارشال Alfred Marshall الصحة بأنها " القوة الجسدية والقوة العقلية والقوة المعنوية أو النفسية للفرد"<sup>3</sup>.

كما يعرف البنك الدولي : " أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثورة والتعليم في سلوك الأفراد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير"<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، دار الكتب المصرية، الطبعة الثانية، الزقازيق، مصر ، 2006، ص17.  
<sup>2</sup> - عصامي سفيان، دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها (المرضى)، مذكرة ماجستير، تخصص علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2006/2005، ص23.  
<sup>3</sup> - Alfred Marshall, **Principle of Economics**, The Macmillan Press Ltd, London, 1977, PP 161-169.  
<sup>4</sup> - وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، أطروحة دكتوراه، في علوم التسيير، جامعة باتنة 1، 2016/2015، ص05.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

ولكن هذه التعريفات غامضة تشير إلى أن الصحة الجيدة تنتج عن أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة والكفؤة. ولا يقتصر الأمر على وجود درجات متفاوتة من الصحة السيئة، ولكن هناك أبعادا مختلفة أيضا، إذ أن الألم والعجز البدني والاضطراب العقلي والنفسي تمثل جوانب من الصحة السيئة<sup>1</sup>. هذا الاختلاف في التعاريف جعل منظمة الصحة العالمية تعطي مفهوما أشمل عن الصحة وإعتبرتها : "حالة من إكمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد إنعدام المرض والعجز"<sup>2</sup>.

فحسب هذا التعريف تعد الصحة أشمل من أن تكون معالجة المرض، فهي تمتد لتشمل صحة الجسم، وصحة العقل أو يسمى بالصحة النفسية. والتي تعني "العلاج الوقائي للإضطرابات العقلية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الفرد"<sup>3</sup>.

وصحة المجتمع والبيئة وهي حالة توفر الموطن البيئي السليم والمستقر للكائنات الحية، وعلى رأسها الإنسان بحيث يستطيع أن يعيش حياته بشكل سليم ويحافظ على بيئة سليمة<sup>4</sup>، إذ لا بد من أن ينظر إلى الصحة من مجال أبعد من أن تكون مجرد رعاية طبيب مريض، كما لا يجب أن تكون المجتمعات صحية عياديا فقط، ولكن يجب أن تشعر بالصحة جسمانيا واجتماعيا<sup>5</sup>. والصحة الجيدة مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض أو عدم التوازن، تنتج من أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة والكفؤة<sup>6</sup>. وقد إعتبرت منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة، أما العنصر الأساسي لمعافاة الفرد والتنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة<sup>7</sup>.

### 1- الصحة العامة :

تتكون من كلمتين إحداهما هدف عام وهو الصحة، وثانيها أفراد المجتمع، وهذا يؤكد على ضرورة تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، فالصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة، والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر للأمراض، مع تعليم أفراد المجتمع وتثقيفهم على كيفية تطوير الحياة الصحية، وذلك

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي، القاهرة، 2007، أنظر الموقع :

[http:// www.emro.who.int/Rc50/arabic/infdoc5\\_05/03/2018](http://www.emro.who.int/Rc50/arabic/infdoc5_05/03/2018).

<sup>2</sup> - الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية : [http:// www.who.int/features/factfiles/mental health/ar\\_05/03/2018](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ar_05/03/2018).

<sup>3</sup> - صالح حسن الدهوراي، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، الأردن، 2005، ص13.

<sup>4</sup> - المرجع السابق، ص129.

<sup>5</sup> - نظام موسى سويدان، عبد المجيد البروراي، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار حامد، الأردن، 2009، ص233.

<sup>6</sup> - طلعت الدمرداش ابراهيم، مرجع سبق ذكره، ص18.

<sup>7</sup> - الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية : [http:// www.who.int/whr/2010/AR/index.html\\_05/03/2018](http://www.who.int/whr/2010/AR/index.html_05/03/2018).

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

بمجهودات منظمة في المجتمع، من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة<sup>1</sup>، وهناك من يرى أن الصحة العامة هي الخدمات الصحية التي تمول من طرف القطاع العام<sup>2</sup>. تتفرع الصحة العامة إلى :<sup>3</sup>

**1-1 الصحة الوقائية :** وتهدف إلى منع حدوث الأمراض، والحد من إنتشارها.

**2-1 الصحة العلاجية :** وتهدف إلى علاج المرضى وإخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها إلى الحالة الطبيعية، عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة، وصولاً إلى الهدف الأسمى وهو تخفيف الآلام وإنهاء الأعراض المرضية.

**3-1 الصحة المهنية :** متعلقة بصحة العاملين في المهن المختلفة.

وعند الحديث عن الصحة، لا بد من التطرق لمفهومى الطب والمرض، فالطب هو تشخيص وعلاج الفرد، أما المرض فهو حالة الإنحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسمياً أو عقلياً أو اجتماعياً أو نفسياً، مما يؤثر عليه وعلى شخصيته<sup>4</sup>.

من خلال ماسبق نجد أن الصحة هي القوة والسلامة الجسمية والعقلية، النفسية للفرد والسلامة الاجتماعية المتمثلة في السكن، التعليم، الغذاء، مستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة... الخ، والمرض هو الإنقاص من حالة السلامة الصحية للفرد، التي ترجع أسبابها للعناصر السابقة.

**2- مستويات الصحة :**

الصحة حالة نسبية، فكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة، فالطرف الأول هو الصحة المثالية، والطرف الآخر هو إنعدام الصحة، وهناك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين، وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كما يلي :<sup>5</sup>

**1-2 الصحة المثالية :** وهي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية أي الحالة التي يكون فيها الفرد خالياً من أية أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية التي تسعى لتحقيقه وإن كان صعب المنال.

<sup>1</sup> - أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005، ص 13.

<sup>2</sup> - عصامي سفيان، مرجع سبق ذكره، ص 24.

<sup>3</sup> - أحمد محمد بدح وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 18-19.

<sup>4</sup> - عصامي سفيان، مرجع سبق ذكره، ص 26.

<sup>5</sup> - المرجع السابق، ص 27-28.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

**2-2 الصحة الايجابية :** وهي حالة يستطيع الفرد فيها مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أية أعراض مرضية.

**3-2 السلامة المتوسطة :** لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض.

**4-2 المرض غير الظاهر :** في هذه الحالة لا يشكو الفرد أعراض، أي أن هناك قصوراً صحياً غير ظاهر ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكشف المريض أن هناك مرضاً غير ظاهر سطحياً.

**5-2 المرض الظاهر :** في هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تتم إصابته بمرض معين.

**6-2 مستوى الاحتضار :** وهو المستوى الذي يفقد فيه الإنسان جميع قواه وكل قدرته على أداء الوظائف الحيوية وتسوء حالته من وقت لآخر وبالتالي يصعب إستعادة حالته الصحية .

### 3- إنتاج الصحة :

يقصد بإنتاج الصحة استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة مستوى التغذية، ونوعية البيئة، ونوعية الإسكان ومستوى التحضر، ومستوى التعليم وطبيعة المهنة وساعات العمل، ومستوى الدخل، والعادات الصحية الشخصية، وأخيراً مستوى الخدمات الصحية وتحسين مستوى الوصول إليها<sup>1</sup>.

وعند تخصيص الموارد بهدف إنتاج الصحة الجيدة، سيكون هناك عدة عناصر بديلة على تلك الموارد، وتلك البرامج هي كالتالي :<sup>2</sup>

✓ برامج التعليم؛

✓ برامج تحسين التغذية؛

✓ برامج تحسين البيئة وخفض مستويات التلوث البيئي؛

✓ برامج نشر الوعي الصحي لتحسين العادات الصحية للشخصية؛

✓ برامج تحسين نوعية الإسكان، ورفع مستويات التحضر؛

✓ برامج رعاية الشباب وحضر ممارسة الرياضات الفردية والجماعية؛

<sup>1</sup> - Paul J.Feldstein, **Health Care Economic**, John Willey, New your, Second Edition 1983, P15.

<sup>2</sup> - طلعت الدمرداش ابراهيم، مرجع سبق ذكره، ص20.

✓ برامج الخدمات الصحية.

ويمكن القول أن هناك مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعالية مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة، وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبية، وتشمل المدخلات التي تعتمد على حقائق بيولوجية مثل التغذية والمسكن و بيئة العمل، والمدخلات التي تعتمد على حقائق طبية هي الخدمات الصحية<sup>1</sup>.

ثانيا- الخدمات الصحية :

### 1- التعريف :

لقد تعددت تعريف الخدمة الصحية نذكر منها ما يلي :

عرفت الخدمة الصحية على أنها : " أوجه النشاط غير الملموس التي تقدم للمستهلك (المريض) والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المستهلك (المريض)، والتحرر من المرض والسعي نحو السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية... الخ، يتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية سواء كانت عامة أو خاصة.<sup>2</sup>"

أعتبر هذا التعريف الخدمات الصحية نشاط غير ملموس، يقدم من طرف الخدمات الصحية التي تكون عامة أو خاصة للمستهلك (المريض) لإشباع حاجاته من تحسين الصحة أو شفاؤه من المرض.

كما يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها : "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة. سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض<sup>3</sup>. تناول هذا التعريف الخدمات الصحية بمفهوم واسع، مصنفا إياها إلى ثلاث مجموعات (خدمات علاجية، خدمات وقائية، خدمات إنتاجية) هدفها رفع المستوى الصحي للأفراد باعتبارها خدمات يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة.

<sup>1</sup>- Deon Filmer, **Health Policy in Poor Countries**, World Bank, Policy Research Working Papers, Washington, 1989, P08.

<sup>2</sup>- زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص291.

<sup>3</sup>- عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007، ص19.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

تعرف الخدمة الصحية كذلك على أنها: "الخدمات العلاجية أو الإستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في مركزه الطبي الخاص، أو في مؤسسة صحية عمومية أو العناية التمريضية التي يقدمها طاقم التمريض، أو التحاليل المخبرية التشخيصية التي يقدمها قيمة المختبر لشخص ما، أو لعدة أشخاص، غير أن الرعاية الطبية (الخدمات الصحية) قد تقدم رعاية صحية وقائية، كان يقدم الطبيب المعالج لشخص ما معلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وكيفية الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه مستقبلاً، وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية<sup>1</sup>.

من خلال هذا التعريف نجد أن الخدمات الصحية إما خدمات علاجية أو إستشفائية أو تشخيصية أي أنها تشمل كل الخدمات الصحية التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، وتتضمن فحوص المريض وتشخيص مرضه، تقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد والملائم لحالته وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له، لمساعدته على تحسين صحته ومعالجة أي مشكلة تعترض راحته النفسية والجسدية داخل المؤسسة الصحية.

### 2- خصائص الخدمة الصحية :<sup>2</sup>

تمتاز الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص هي :

- ✓ **عدم تجانس الخدمات الصحية :** توجه الخدمات الصحية إلى عدد من الأفراد، يختلفون في طبيعتهم وأمراضهم وخصائصهم النفسية فالخدمة الصحية تتنوع من فرد إلى آخر وحتى بالنسبة للفرد الواحد.
- ✓ **عدم القدرة على التنبؤ بالطلب :** لا يمكن التنبؤ بأي درجة من الدقة ما يكون عليه الطلب على الخدمة الصحية، فقد تظهر حالات فيروسية، حوادث خطيرة، كوارث طبيعية أو مراعاة مصلحة تجعل التخطيط شيء يصعب تحقيقه.
- ✓ **لا ملموسية الخدمة الصحية :** وهذا ما يتوجب ضرورة وجود اتصال مباشر بين مقدم الخدمة (الطاقم الطبي) والمستهلك (المريض) حتى تتحقق الاستفادة الكلية من هذه الخدمات.
- ✓ **عدم التوافق بين توقعات المستهلك (المريض) والخدمة الصحية المقدمة له :** فقد يضع مريض معين توقعات حول ما يحصل عليه من خدمة صحية، ولكن الجانب الجسدي والنفسي تعتبر خارج نطاق تحكم الطبيب، كما لها تأثير على نتيجة الخدمة الصحية المقدمة، فإن نفسية المريض تحدد كيف يتم أتباعها

<sup>1</sup> - عصامي سفيان، مرجع سبق ذكره، ص38.

<sup>2</sup> - فريد كورتال، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008، ص ص 315 - 316.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

✓ الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل : تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين يقتضي سرعة

علاجية عند ظهور الأعراض ويترتب على هذه الخاصية بعدين أساسيين هما :

➤ **البعد المكاني :** والذي يقضي بضرورة إنتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد بها الأفراد،

بمعنى آخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.

➤ **البعد الزمني :** والذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها (عند ظهور الحاجة إليها)،

سواء كانت خدمات علاجية، أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.

✓ تتميز الخدمات الصحية على أنها خدمات عامة أي موجهة إلى كافة أفراد المجتمع، الهدف من تقديمها تحقيق منفعة عامة لمختلف

المستهلكين (المرضى).

✓ تتميز الخدمات الصحية بكونها يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة، فهي مرتبطة بحياة الفرد وشفائه.

✓ في مؤسسات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتنوع قوة القرار في

المؤسسات الصحية بين الإدارة ومجموعة لأطباء.

✓ صعوبة تحديد وتقييم جودة الخدمات الصحية.

✓ تتكون الخدمة الصحية من عناصر يكمل بعضها البعض.

✓ تستهلك الخدمات الصحية وقت إنتاجها : إذ لا تظهر الخدمة الصحية إلا عند حضور المستهلك (المرضى) عندها يمكن أن يقوم

الطبيب بتقديم الخدمة الصحية له.

### 3- الطلب على الخدمات الصحية :

الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة، إذ أن كل الخدمات الصحية يمكن إعتبارها مدخلات لإنتاج

الصحة، أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها، ولكن تطلب بدافع رغبة الفرد في الاحتفاظ بمستوى صحي جيد أو رغبة في تحسين

مستوى صحته.

### 3-1 مفهوم الطلب على الخدمات الصحية :

إن الطلب على الخدمات الصحية يعتمد على الطلب على الصحة، وعلى إدراك العلاقة بين الخدمات الصحية والصحة، تتمثل

إحدى الصعوبات عند محاولة التنبؤ بهذا الطلب في أن الأفراد يقيمون الحالات الصحية المتساوية بطرق مختلفة. إذ أن إصابات الركب قد

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

تسبب نفس الدرجة من الألم لفردين مختلفين، ولكن مضاعفاتها تكون أكبر بالنسبة للاعب كرة القدم المحترف بالمقارنة بأي شخص عادي، وكذلك يختلف الطلب على الخدمات الصحية باختلاف الهيكل العمري للسكان<sup>1</sup>.

كما أن الطلب على الخدمات الصحية يمثل شراء ضغط أو شراء ضرورة في أغلب الأحوال، فإن زيارة طبيب الأسنان قد تكون غير مريحة وتسبب الإنقباض لدى البعض، ولكنها تمثل شراء ضروريا للتخلص من آلام الأسنان، كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء جراحة قد يكون أمرا غير متحسبا ولكنه ضروريا لتخليص المريض من آلامه واستعادة صحته أو تحسنها<sup>2</sup>.

وفي معظم الدول المتقدمة يكون المستهلك في حماية القانون، حيث لا يسمح للعارضين بتنظيم حملات إعلانية أو ترويجية مضللة عن منتجاتهم، و يجب أن تكون السلع مناسبة للغرض الذي تباع من أجله، ويستطيع المستهلك الحصول على قدر كبير من المعلومات عن المنتجات المختلفة من خلال تقارير المجالات ومنظمات المستهلكين، ولكن هذا الوضع غير قائم في نظم الخدمات الصحية الرسمية، حيث يقوم الممارس العام أو الأخصائي أو جهة حكومية بالشراء نيابة عن المستهلك، وعادة ما تكون أهداف هؤلاء المشترين غير واضحة، فإذا كان الهدف يتمثل في تعظيم المنافع الكلية أو المكاسب الصحية، يجب تخصيص الإنفاق بطريقة تجعل المنفعة الحدية لكل جنيه متساوية لكل الخدمات التي يتم شراؤها<sup>3</sup>.

وعندما تقوم منظمة بالشراء نيابة عن مجموعة من المرضى، يجب أن نفترض أن المشتري لديه معلومات كافية عن مجموعة العملاء، حتى يمكن اتخاذ قرارات شراء سليمة<sup>4</sup>. وفي معظم الأحوال يكون مستهلك الخدمات الصحية غير قادر على تقييم كفاءة الخدمة الصحية، ومن ثم فهو يوكل لطبيبه مهمة اتخاذ قرار الشراء للخدمات الصحية ليس دليلا على تفضيل المستهلك كما هو الحال في باقي السلع والخدمات الأخرى<sup>5</sup>. ولكن كيف يمكن تقدير وتقييم منافع العلاج؟ يوجد في حالات عديدة نقص في المعلومات المتعلقة بكفاءة

<sup>1</sup> - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص31.

<sup>2</sup> - طلعت الدمرداش ابراهيم، مرجع سبق ذكره، ص90.

<sup>3</sup> - المرجع السابق، ص90.

<sup>4</sup> - المرجع السابق، ص90.

<sup>5</sup> - هبة أحمد أنصار، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد، جامعة القاهرة، مصر، 1983، ص31.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

العلاج، بل إن هذه الكفاءة تعتمد على دقة التشخيص، وهذه عملية تتعرض لقدر من الخطأ. وبالإضافة إلى ذلك، يوجد قدر كبير من عدم التأكد من نتائج بعض أنواع العلاج<sup>1</sup>.

وغالبا ما تتوصل المنظمات الكبيرة إلى توقيع عقود كبيرة مع الموردين لمجموعة كاملة من الخدمات، وليس لعلاج فردي، ولا يكون حجم وسعر كل بند محددا على حدة، ولذلك لا يدرك المشتري أسعار الخدمات المختلفة، وهكذا يحتاج المشتري إلى معرفة الإجراءات والتغيرات الحديثة في الممارسة الإكلينيكية في عدد كبير من التخصصات. وهذه العملية مكلفة في حد ذاتها، بل أن تكاليفها قد تفوق منافعها<sup>2</sup>.

ويمكن أن يكون الطلب على الخدمات الصحية متقلبا بصورة موسمية، بمعنى أنه لا يكون موزعا بالتساوي طوال العام، فبعض المرضى يكونون أكثر عرضة للحوادث أو المرض خلال الشتاء، وبعض الأمراض تظهر بصورة متقطعة في صورة أوبئة، وعادة يمكن التنبؤ بالخدمات الانتقائية Elective Services، وذلك يسمح بالتخطيط والإدارة الدقيقة<sup>3</sup>.

يعرف الاقتصاديون الطلب بأنه الرغبة في شراء أو خدمة، والتي تساندها القوة الشرائية اللازمة، ففي علم الاقتصاد نجد أن الطلب لا يعني "الحاجة" أو "الاحتياج"، فالفقراء والمحرمون لديهم حاجات عديدة، ولكن ليس لديهم قدرة شرائية، وبالتالي لا يستطيعون طلب السلع التي يحتاجونها. والطلب عبارة عن تدفق عبر الزمن وتعني الزيادة في الطلب زيادة مستمرة في معدل التدفق، مع إرتفاع متوسط عمر السكان، يفترض توافر التمويل لدفع مقابل الخدمات الإضافية<sup>4</sup>.

### 3- مفهوم التنمية البشرية :<sup>5</sup>

لقد كان للبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة دور كبير في إبراز وإعادة التركيز على البعد الإنساني في مناهج التنمية، وذلك مع صدور أول تقرير للتنمية البشرية عام 1990، والذي أعطى مفهوما جديدا للتنمية تركز حول الإنسان باعتباره أداة للتنمية وغايتها. وبحلول

<sup>1</sup>-Donaldson and k. Gerard, **Economics for Health Financing**, Macmillan, Prentice Hall, London, 1998, P122.

<sup>2</sup>- Gavin Mooney, **key Issues in Health Economics**, Harvester Wheat sheaf, New York 1994, P44.

<sup>3</sup>- سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1999، ص32.

<sup>4</sup>- المرجع السابق، ص32.

<sup>5</sup>- سليمان بوفاسة، ساعد محمد، تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية - دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى -، مجلة المالية والأسواق، جامعة مستغانم، 2017، صص196-197.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

عام 1993 أطلق البرنامج هذه الرؤية الجديدة للتنمية تحت عنوان : "التنمية البشرية المستدامة" التي تضع الإنسان في قمة أولوياتها، إذ أعيد الاعتبار للفكرة القائلة بأن الناس هم وسيلة التنمية وغايتها.

إختلف المنظرون حول وضع تعريف شامل للتنمية البشرية، لأن البدايات الأولى شهدت صياغة أفكار ونظريات تهتم برأس المال

المادي بدلا من الاهتمام بالإنسان، لذا سنحاول التوفيق بين مختلف هذه التوجهات للوصول إلى تعريف شامل للتنمية البشرية.

جاء في تقرير التنمية البشرية لعام 1990 تعريف التنمية البشرية على أنها : "عملية توسيع خيارات الناس"، وفي واقع الحال أن هذه الخيارات يمكن أن تكون بلا نهاية وتتغير بمرور الوقت ويمكن حصرها في ثلاثة عناصر :

✓ أن يحيا الإنسان حياة مديدة صحيحة.

✓ أن يكتسب المعرفة.

✓ أن يحصل على الدخل والموارد اللازمة لتحقيق حياة كريمة.

الذي يسمح بتطوير قدرات البشر وذلك بتوفير الصحة والتعليم وذلك حتى يمكنهم من الإنتاج، والتنمية من أجل الناس فنحنى بها

توزيع ناتج النمو الاقتصادي توزيعا عادلا، أما التنمية بواسطة الناس هي إعطاء مجال للأفراد للمشاركة في صنع هاته التنمية. والتنمية البشرية كما تشير إليها تقارير التنمية البشرية المستدامة على أنها : "الإنصاف، الحكامة، والاستدامة وهي التمكين".

وأشار التقرير نفسه أنه إذا لم تتحقق هذه الخيارات الأساسية الثلاث، فهناك خيارات أخرى تصبح غير متاحة وصعبة المنال، ومن

بين هذه الخيارات : الحريات السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية، وكذا التمتع باحترام الذات، وتمكين الإحساس بالإتتماء إلى

المجتمع وفرص الإبداع والإنتاج وضمن حقوق الإنسان وغيرها. ومن خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن للتنمية البشرية جانبان :

✓ تشكيل بناء القدرات البشرية عن طريق تحسين المستويات الصحية والمعرفة والمهارات؛

✓ إنتفاع الناس بقدراتهم المكتسبة لزيادة الإنتاج والتمتع بأوقات الفراغ، والمشاركة في الأمور السياسية والاجتماعية والثقافية.

### رابعا - المؤسسات الصحية :

تعتبر المؤسسات الصحية من المنشآت العامة في المجتمع سواء كانت مستشفيات، عيادات، مستوصفات، أو مراكز صحية، عامة

أو خاصة، باعتبارها تتولى تقديم متنوع من الخدمات الصحية، حيث إنتقل مفهوم هذه المؤسسات من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى

إعتبارها مؤسسات منتجة للصحة، من خلال تحويل المريض غير المنتج إلى مواطن سليم يضيف بمجده إلى الإنتاج القومي، والذي نتج

عنه توسع في مفهوم ووظائف هذه المؤسسات.

### 1- التطور التاريخي للمؤسسات الصحية :

إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى المستوى الحالي من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدءاً من الحضارات القديمة وحتى الوصول إلى العصر الحديث. وبالتالي يمكن التمييز بين ثلاثة مراحل أساسية لتطور المؤسسة الصحية، تتمثل فيما يلي :<sup>1</sup>

✓ المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة؛

✓ المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي؛

✓ المؤسسة الصحية في العصر الحديث.

يمكن إلقاء الضوء على كل مرحلة من هذه المراحل بإيجاز فيما يلي :

### 1-1 المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة :<sup>2</sup>

إن تاريخ المؤسسات الصحية يرجع إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد وذلك في المعابد الإغريقية، ويعتبر أبوقراط (Hippocrate) أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد. كما إستخدم فراعنة مصر (حوالي 600 سنة قبل الميلاد) معابدهم لإيواء ومعالجة المرضى. وسميت "بمعابد الشفاء". وانشأ الفارسيون مستشفيات في المدن الرئيسية أطلق عليها اسم "بيمارستانات"، وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى. أما الحضارة الهندية (خلال الفترة 232-273 قبل الميلاد) فقد شهدت بناء مستشفيات عرفت باسم "سكيسستا CKISTA"، قيل أنها كانت على درجة عالية من النظافة. وقد خصص الرومان (خلال الفترة 350-500) أماكن ملحقة بالكنائس المسيحية لإيواء وعلاج المرضى، كما أنشأوا أيضاً مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود. تميزت المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة بعدد من الخصائص، لعل من أهمها ما يلي :

✓ إستخدام المؤسسات الصحية كمكان لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز على صحة الفرد الشخصية من حيث الإهتمام

بتغذيته ونظافته؛

✓ إستخدام المؤسسة كمركز للتدريب؛

✓ دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة على المرضى؛

<sup>1</sup> - أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، طبعة أولى، مصر، 2006، ص14.

<sup>2</sup> - سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، طبعة أولى، الأردن، 2007، ص18.

✓ الإهتمام بنظافة بيئة المؤسسة الداخلية.

### 2-1 المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي :<sup>1</sup>

شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطوراً ملحوظاً، وكانت " خيمة رفيده " التي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله - صلى الله عليه وسلم-، أول مستشفى ثابت في هذا العصر، وأقام الوليد بن عبد الملك مستشفى متكاملًا في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء.

أما في العصر العباسي، فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في بغداد ودمشق والقاهرة، وتم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاث مجموعات : مؤسسات صحية ثابتة (مثل : مستشفيات السجون)، ومؤسسات صحية متنقلة (مثل : مستشفى السبيل التي ترافق الحجاج) ومؤسسات العزل (مثل : دور المجانين). ومن أبرز الخصائص التي مرت بها المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي ما يلي :

✓ عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين؛

✓ إختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المؤسسة الصحية؛

✓ وجود مؤسسات متنقلة يتم إرسالها إلى المناطق النائية بصفة دورية؛

✓ إنشاء مؤسسات صحية عامة ومتخصصة؛

✓ الإهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمؤسسة، والتركيز على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.

### 3-1 المؤسسة الصحية في العصر الحديث :

يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمؤسسات الصحية وأعمالها، فقد حملت الثورة الصناعية الكثير من التغييرات الإجتماعية التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية وبالتالي تأسيس مستشفيات جديدة. وفي أعقاب الحربين العالميتين الأولى والثانية، وبعد بناء صرح اقتصادي وصناعي ضخم، ظهرت المؤسسات الصحية بكثرة لخدمة ما يتعرض له العمال من حوادث في العمل والتنقل، وخدمة لأمراض تلوث الجو وأمراض البيئة الصناعية بشكل عام، ولقد زاد عدد وحجم هذه المؤسسات، وظهرت الحاجة الماسة إلى إدارة تلك المؤسسات بفعالية وكفاءة.

<sup>1</sup> - عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات : المفاهيم والتطبيقات، منشورات العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003، ص05.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

أما في وقتنا الحاضر، فقد إتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متعددة، وأصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لإعتمادها على أفراد المجتمع وتأثرها بالبيئة.

وقد تم وصفها بأنها نظام الإنسان الاجتماعي، وذلك لأن الإنسان هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده، وهو صانع الخدمة وفي نفس الوقت المنتفع بها<sup>1</sup>.

أهم ما يميز المؤسسات الصحية في العصر الحديث ما يلي :<sup>2</sup>

✓ التركيز على العيادات الخارجية وتقديم الخدمات الصحية في منازل المرضى؛

✓ التركيز على إستخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع؛

✓ التركيز على معايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.

### 2- مفهوم المؤسسة الصحية :

إهتمت العديد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة في المجال الصحي بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية، وتباين هذا المفهوم بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها المؤسسة الصحية، كل حسب نظرتة وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعرف لدى<sup>3</sup>:

✓ المرضى : الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم.

✓ الحكومة : إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

✓ الإطار الطبي : المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية.

✓ إدارة المؤسسة الصحية : مؤسسة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات

مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال.

✓ شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية : سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية.

<sup>1</sup> - تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012 ص21.

<sup>2</sup> - أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص20.

<sup>3</sup> - تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص ص 21-22.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

كما عرفت المؤسسة الصحية بأنها " كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة والصيانة الطبية"<sup>1</sup>.

أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فقد عرفتھا من المنظور الوظيفي : "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيھا العلاجي و الوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية"<sup>2</sup>.

واستخدمت بعض الدراسات والبحوث مدخل النظم في تعريف المؤسسة الصحية، فقد عرفتھا بأنها "نظام كلي مركب من مجموعة من النظم الفرعية والتي تتميز كل منها بطبيعة مميزة وخصائص خاصة، والتي تتفاعل معها بغية تحقيق مجموعة من الأهداف الصحية المرجوة"<sup>3</sup>.

فهي بذلك عبارة عن " تركيب اجتماعي انساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة، يشمل مدخلات ومخرجات، ويتكون من ثلاثة عناصر أساسية : أفراد وجماعات تحتاج لخدمات صحية، أفراد أو مهنيين متخصصون. بميادين صحية متنوعة ومنظمات إجتماعية إنسانية تنظم أسلوب تقديم الخدمة الصحية وأسلوب التمويل والشراء للخدمات وتقنين وتشريع الخدمات والتخطيط والتنسيق ورسم الأهداف والسعي المتواصل لتحسين الخدمات ومراقبة ذلك"<sup>4</sup>.

بتحليل المؤسسة على هذا الأساس يجب الأخذ بعين الاعتبار خصوصياتھا المتمثلة في :

✓ النظر للمؤسسات الصحية على أنها مؤسسات إجتماعية عليها أن تحقق العدل الاجتماعي، هذه الخاصية فرضت عليها وضعية متناقضة، فهي من جهة مضطرة إلى الحفاظ على بقائها ونموھا بكل ما يتضمنه ذلك من خصائص التعامل الاقتصادي، ومن جهة أخرى يتوجب عليها ضمان البعد الأخلاقي للإنتاج العلاجي، لكون الصحة حق أساسي يقتضي توفير الخدمات الصحية الضرورية وإتاحتها للجميع.

<sup>1</sup> - عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية، وزارة الصحة، الرياض، 2005، ص62.

<sup>2</sup> - سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص27.

<sup>3</sup> - أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص24.

<sup>4</sup> - A.Belghiti Alaoui, **Principes Généraux de Planification à l'Hopital Rabat**, Sans Edition, 2005, p17.

✓ وجود نوعين من العاملين مهني الصحة و المسيرين، فعلى المؤسسة الصحية مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية ومسؤولية إدارة الموارد، والتحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤديوا مهامهم.

### 3- خصائص المؤسسة الصحية والأهداف الأساسية لها :

تعددت الخصائص التي تميز المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات كما توجد عدة أهداف أساسية لهذه المؤسسة، ومن خلال هذا المطلب سيتم التعرف على هاته الخصائص والأهداف.

### 3 - 1 خصائص المؤسسة الصحية :

هناك عدة خصائص تميز نشاط المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات الأخرى، منها:<sup>1</sup>

### 3-1-1 تعدد أسعار الخدمة الواحدة : ففي الوقت الذي قد تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم

بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عنها لفئة مختلفة، كما قد تختلف طرق تحصيل

الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل، أو وفقاً لتعاقدات بين المؤسسة الصحية وجهات عمل معينة.

### 3-1-2 وجود خطوط للسلطة : الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلاً بالجهاز الإداري، أما الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي

يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ، أما

النوع الآخر من السلطة هو السلطة النقابية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح أن يكون لها موقع تفاوضي قوي.

### 3-1-3 تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف وذلك لأن متطلبات العمل

في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل.

### 3-1-4 تتعامل المؤسسات الصحية في صراع مع مشكلة الحياة والموت وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما

أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص وقليل ما يتحمل الخطأ.

### 3-1-5 اعتماد نشاط المؤسسات الصحية أساساً على كفاءة ومهارة العنصر البشري حيث تبرز أهمية كفاءة ومهارة العنصر البشري

في تمييز نشاط مؤسسة عن أخرى من خلال المعاملة الحسنة، الاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية.

<sup>1</sup> - حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2007/2006، ص21.

**3-1-6** إعتبار المؤسسات الصحية بمثابة نظام لا يمكن مكننة نشاطاته أو توحيدها وهذا عائد لإختلاف إحتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية.

### **3-2** الأهداف الأساسية للمؤسسات الصحية :<sup>1</sup>

هناك عدة أهداف عامة يمكن أن تعد القاسم المشترك بين مختلف المؤسسات الصحية، ومن بينها الأهداف التالية :

### **3-2-1** لإرتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى :

أهداف (Henrick Blwm) وذلك يكون بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها، وقد اقترح هنريك بلوم أهداف تفصيلية لهذا الهدف هي :

- ✓ السعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر؛
- ✓ خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض؛
- ✓ خفض مستوى القلق الناجم عن المرض؛
- ✓ تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها لقاحات؛
- ✓ تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.
- ✓ تأمين الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة التي تحتاج إليها برامج خدمات الرعاية الصحية بصفة دائمة، والإستغلال الأمثل لهذه الكفاءات ودعم البرامج التعليمية والتدريبية التي تعمل على تنمية قدرات هذه الكفاءات؛
- ✓ تطوير نظام المعلومات الصحية بما يتيح توفير المعلومات عن الأوضاع والجهود الصحية وفي الوقت المناسب؛
- ✓ تشجيع القطاع الخاص على المشاركة في تشغيل المرافق الصحية الحكومية وعلى وضع المشروعات الصحية، بما يؤدي إلى تحقيق التنمية الصحية الوطنية؛
- ✓ تأمين الموارد المالية اللازمة لتغطية نفقات إنشاء المرافق الجديدة وتجهيزها وصيانة القائم منها، والموارد المطلوبة لأنشطة التشغيل السليم لشبكة خدمات الرعاية الصحية؛
- ✓ تحقيق التكامل والتنسيق بين الخدمات المعنية ببرامج الرعاية الصحية وخدماتها على المستوى الوطني؛

<sup>1</sup> - طلال بن عايد الأحمدى، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2004، ص ص 20-21.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

✓ وضع الضوابط وإعداد المعايير وتحديد الإجراءات التي تكفل الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية؛

✓ تشجيع البحوث والدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسية التي تواجه المؤسسات الصحية.

### 3-2-2 التعليم والتدريب :

حيث يتم تدريب العاملين في التخصصات المختلفة لإكتساب العاملين مهارات جديدة وهذا يتم بأسلوب نقل الخبرات من شخص لآخر وذلك ينطبق على معظم أنشطة الطب والتمريض، المعامل والورش، المغاسل وكافة الأعمال الإدارية.<sup>1</sup>

### 3-2-3 إجراء البحوث :

كالقيام بالبحوث الطبية مثل البحوث الإكلينيكية في المعامل وبحوث التسجيل الطبي، والبحوث الإدارية مثل البحوث المالية والخاصة بالعاملين، والبحوث السلوكية والعديد من البحوث الأخرى.<sup>2</sup>

### 3-2-4 وقاية المجتمع من الأمراض :

يعتبر هذا الهدف من بين أهم أهداف المؤسسات الصحية، وذلك لأن الوقاية أقل تكلفة من العلاج.

### 3-2-5 الربحية :

يعتبر الهدف الثاني بعد تقديم الرعاية الصحية وخاصة في المستشفيات الخاصة، وإن كان تحقيق الربح من خلال القيم الإنسانية وعلاج المرضى وإنقاذ المصابين يبدو غريبا إلا أن هناك مجموعة من المستشفيات في الأساس هي شركات ومشروعات فردية تسعى لتحقيق الربح وذلك من أجل البقاء والاستمرارية والتوسع، كما نجد أيضا أن المستشفيات العامة قد تسعى للربح من خلال تخصيص بعض الأقسام للعلاج بأجر وتقديم بعض الخدمات التشخيصية بأجر رمزي وذلك من أجل زيادة دخلها وتدعيم القدرة المالية.<sup>3</sup>

## 4 - أنواع المؤسسات الصحية :

يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية :<sup>4</sup>

✓ المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية، على سبيل المثال : المستشفيات، العيادات ومراكز العلاج؛

<sup>1</sup> - محمد ربحان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث (الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات : تقنيات نظم المعلومات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر 2004، ص 36.

<sup>2</sup> - المرجع السابق، ص 36.

<sup>3</sup> - المرجع السابق، ص 36.

<sup>4</sup> - A.Belghiti Alaoui, Op,Cit, P11.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

✓ المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية، تمثل في وزارة الصحة وكل الهيآت الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية.

كما تعددت تصنيفات المؤسسات المنتجة للخدمات الصحية، نظرا لتعدد التعريفات التي تناولتها من جهة، وتعدد الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى، يمكن تقسيمها حسب المعايير التالية<sup>1</sup>:

**1-4 التصنيف حسب الملكية والإشراف:** ويمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات حسب هذا المعيار:

**1-1-4 المؤسسات الحكومية:** تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، ولا تهدف إلى تحقيق الربح، وتأخذ عدة أشكال أهمها:

**أ- المؤسسات الحكومية العامة:** تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها، وتضم أكثر من قسم وتخصص لخدمة جميع فئات المجتمع بالجان، أو مقابل دفع رسوم رمزية.

**ب- المؤسسات الحكومية لخدمة فئات خاصة:** تتميز بتبعيتها لوزارة أو مصلحة حكومية معينة، بحيث تقتصر خدماتها على العاملين وأسره في هذه الجهات وعلى سبيل المثال: المستشفيات العسكرية.

**ج - المؤسسات الحكومية التخصصية:** تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص حالات مرضية معينة وعلاجها، وعلى سبيل المثال: مستشفى الأمراض الصدرية، ومستشفى العيون.

**د - المستوصفات والوحدات العلاجية:** هي مؤسسات صغيرة الحجم تقتصر الخدمة فيها على إجراء الكشف الطبي، ووصف العلاج للمرضى بالجان، أو مقابل رسوم محدودة نسبيا. ومثال على ذلك مستوصفات الرعاية الأولية بأنواعها.

**هـ - المؤسسات الجامعية:** هي نوع من المستشفيات التي تلحق بكليات الطب، وتقوم بخدمات المؤسسات العامة نفسها، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية من أجل ممارسة التدريب العملي لطلاب الكلية.

**1-4-2 المؤسسات الخاصة:** تختلف المؤسسات الخاصة عن المؤسسات الحكومية في أنها تكون ملك لأفراد أو جمعيات خيرية أو

شركات خاصة، ويتم إدارتها وفق أسلوب إدارة الأعمال في القطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح، ومن أهم أنواعها:

<sup>1</sup> - ميساء فتحي عيد أبو حصرية، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية، مذكرة ماجستير، إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2016، ص ص 63-65.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

أ- مؤسسات بأسماء أصحابها : تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء وأساتذة، يتولى هؤلاء إدارتها وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى، وهذا النوع بالدرجة الأولى يعتمد على خبرة أصحابها ومهارتهم وسمعتهم، وجودة ما يقدمونه من خدمات صحية لمرضاهم.

ب- مؤسسات الجمعيات غير الحكومية : يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والخيرية عن طريق الهبات والتبرعات التي تحصل عليها، وقد تأخذ شكل المؤسسات العامة أو المؤسسات المتخصصة، من حيث خدماتها التشخيصية والعلاجية، ولا تسعى لتحقيق الربح، إنما إلى تقديم خدمات صحية بأسعار رمزية.

ج - مؤسسات صحية استثمارية : يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات المقدمة تأخذ شكل شركات الإسهام أو ذات المسؤولية المحدودة، وتكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.

**4-2-4 التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية :** وتنقسم حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع :

**4-2-4-1 مؤسسات مركزية :** وتخدم تجمعات سكنية متوسطة تقع في ضواحي المدن، وتتراوح سعتها السريرية ما بين 100-500 سرير.

**4-2-4-2 مؤسسات المناطق الإقليمية :** وتقوم بتنظيم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى في منطقتها، وتتوقف سعتها السريرية على الإحتياجات الصحية للأفراد.

**4-2-4-3 مؤسسات محلية صغيرة :** وتقدم خدماتها لتجمعات سكنية صغيرة، ولا تزيد سعتها السريرية عن 100 سرير.

**4-3-4 التصنيف حسب معيار جودة الخدمة الصحية المقدمة :** تنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى :

**4-3-4-1 المؤسسات المعتمدة :** وهي تلك التي تعترف بها بعض الهيئات العلمية التخصصية، حيث تمثل للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خدماتها الصحية بمستوى أفضل.

**4-3-4-2 المؤسسات غير المعتمدة :** لا تمثل لأي شروط أو ضوابط بخلاف المؤسسات المعتمدة.

**4-4 التصنيف حسب معيار التخصص:**

**4-4-1 مؤسسات عامة :** تجمع بين أكثر من تخصص وقسم، وتخدم مناطق واسعة من السكان.

**4-4-2 مؤسسات متخصصة :** تتخصص في علاج نوع واحد من الأمراض.

وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية نذكر منها :<sup>1</sup>

**5-4 الربحية :** مؤسسات تسعى لتحقيق الربح، ومؤسسات لا تسعى لتحقيق الربح.

**6-4 مدة إقامة المريض :** مؤسسات ذات إقامة قصيرة، ومؤسسات ذات إقامة طويلة.

**7-4 الجنس :** مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض، مثل : مستشفى أمراض النساء والتوليد.

**8-4 العمر :** مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب عمر المريض، مثل : مستشفى الأطفال.

### 5- وظائف المؤسسات الصحية :

إن الوظائف التي تمارسها المؤسسات الصحية تختلف باختلاف أنواع هذه المؤسسات، وفي ما يلي عرض لأهم هذه الوظائف :<sup>2</sup>

**1-5 الرعاية الطبية والصحية :** تعتبر الوظيفة الرسمية للمؤسسات الصحية، وتمثل في : الخدمات التشخيصية، والعلاجية التأهيلية، والاجتماعية، والنفسية المتخصصة، التي تقدمها الأقسام العلاجية، وما يرتبط بهذه الخدمات من خدمات مساندة، والتي يمكن حصرها

في الآتي :<sup>3</sup>

**1-1-5 تقديم الخدمات الفندقية :** هي الخدمات التي تهتم بإقامة المرضى، وفي نفس الوقت تمثل مكان تواجد العنصر المعالج :

(تشخيصات طبية، وخدمات شبه طبية)، والعنصر غير الطبي : (صيانة، وإطعام)، وكذا مكان تواجد أهالي المرضى وذويهم.

**2-1-5 الخدمات التقنية :** هي الوظيفة التي تجمع الوسائل التكنولوجية الخاصة بخدمات التشخيص والعلاج، مثل : (مختبرات

التحاليل، وأقسام الأشعة)، وتتم ممارسة هذه الوظيفة إستنادا إلى توصيات الأطباء.

**3-1-5 الخدمات اللوجستية :** تتعلق بكل المهام التي تدعم النشاط الرئيسي، مثل إقامة المرضى وخدمات الإطعام، ويمكن أن تنجز

هذه الوظيفة من قبل قسم داخلي تابع للمؤسسة أو جهات خارجية خاصة.

**4-1-5 الخدمات الإدارية :** تشمل هذه الوظيفة : وحدات التوجيه، والتنسيق والرقابة، وكذلك وحدات إدارة الوسائل :

(الإدارة العامة، المالية، الموارد البشرية... إلخ) ويرتبط حجم هذه الوظيفة بحجم المؤسسة الصحية نفسها، فقد تشمل عشرة أشخاص

في المراكز الإستشفائية الصغيرة، وعشرات الأشخاص في المستشفيات الجامعية الكبيرة.

<sup>1</sup> - تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 29.

<sup>2</sup> - عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، مرجع سبق ذكره، ص ص 10-08.

<sup>3</sup> -Farida Djellal et al, " L'Hopital Innovateur " de L'Innovation Médicale à L'Innovation de Service, Paris : Masson, 2004 ,P48.

**5-1-5 التعليم والتدريب :** يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات العاملين والمتخصصين كافة في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وهذا ما تمثله المؤسسات الصحية خاصة الجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ومراكز تدريب للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والاحصائيين، وتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وتزويد الهيئات الطبية والمعالجة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى. ومنه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها، بالإضافة إلى نقل التجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم وتبادل المعلومات معهم.

**6-1-5 البحوث الطبية والاجتماعية :** تساهم المؤسسات الصحية من خلال المعامل والمختبرات وما تحتويه من تجهيزات، وسجلات طبية، وحالات مرضية متنوعة، وعناصر بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية للمساهمة في تقديم العلوم الطبية، وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية.

**7-1-5 وقاية المجتمع من الأمراض :** تتمثل هذه الوظيفة في وقاية أفراد المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع، وتشجيعهم على فهم أهم المشكلات الصحية سعياً وراء القضاء عليها، ويتطلب الأمر ضرورة قيام المؤسسات الصحية بدور فعال في مجالات التوعية الصحية من خلال :<sup>1</sup>

✓ تنظيم الندوات للمرضى وذويهم لتوعيتهم بالأسباب المؤدية إلى هذا المرض وطرق المحافظة على الصحة.

✓ إصدار نشرات إرشادية وإذاعة برامج للتوعية الصحية تساعد على تفهم أفراد المجتمع لسبل الوقاية من الأمراض المختلفة.

مما سبق نجد أنه رغم تعدد تصنيفات المؤسسات الصحية واختلاف الأنشطة التي تمارسها، إلا أن تقديم خدمات صحية هو الأساس الذي وجدت من أجله.

### خامساً- الرعاية الصحية و الرعاية الطبية :

**1- الرعاية الصحية :** هي الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة وسليمة علمياً ومقبولة إجتماعياً، وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها، وهي المستوى الأول لإيصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي الوطني وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعملون<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 47.

<sup>2</sup> - وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص 102.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

أي أنها مجموعة الإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع أفراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي لهم والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها<sup>1</sup>.

إن أي نظام صحي يتضمن أربعة مستويات في الرعاية الصحية، وهذا من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي والنوعي الذي تتطلبه الحياة، ويمكن ذكرها كما يلي :<sup>2</sup>

**1-1 مستوى الرعاية الصحية الذاتية :** وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد والعائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليه، التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويتوقف هذا المستوى على مستواهم الثقافي والاجتماعي.

**1-2 مستوى الرعاية الصحية الأولية :** وتعرف على أنها الخدمات الصحية الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، بمشاركة الأفراد، بتكاليف يمكن توفيرها وهي جزء من النظام الصحي للبلد، ويمثل هذا المستوى أوسع المستويات الخدمية الصحية، يتم تقديم الرعاية الصحية الأولية في المؤسسات الصحية (مستوصفات، عيادات قروية، عيادات الأمومة والطفولة... الخ)، وهناك تسعة عناصر تمثل الخدمات الصحية التي تحقق هذا المستوى، وهي (رعاية الأم والطفل، طب الأطفال والصحة المدرسية، مكافحة الأمراض السارية، صحة البيئة وتحسينها، صحة الإنسان والوقاية العلاجية، صحة العيون والإرشاد والتثقيف الصحي، الفحص السريري والمعالجة الدوائية، الفحص السريري والمداخلة الجراحية البسيطة).

**1-3 مستوى الرعاية الصحية المتخصصة :** عند عجز المستوى الثاني في مواجهة بعض الحالات فإنه يوجه مباشرة إلى مستوى الرعاية الصحية المتخصصة، من أجل تقديم نوع معين من الخدمات الصحية المتخصصة، كالجراحة وأمراض القلب والأمراض النفسية، ويشمل هذا المستوى على أخصائيين في الفروع المختلفة، بحال إليهم المرضى للمشورة والعلاج، والخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المؤسسات الصحية من مستشفيات وعيادات متخصصة.

**1-4 مستوى الخدمات الصحية المتطورة المتخصصة :** وهي الخدمات الصحية التي ليس بالمستطاع تقديمها في المستوى الثاني والثالث، وهي خدمات متخصصة في مجال الطب والجراحة، تكون معقدة كجراحة القلب والدماغ.

<sup>1</sup> - عصماني سفيان، مرجع سبق ذكره، ص37.

<sup>2</sup> - خامت سعديّة، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة ماستر، تخصص تسويق، جامعة العقيد أكللي محند اولحاج، البويرة، 2012/2011، ص ص56-57.

**2- الرعاية الطبية :** ينصب تركيز الرعاية الطبية على التشخيص المبكر، وإعادة التأهيل الطبيعي، وذلك عند الحاجة، فهي تركز على المرض وطرق علاجه، كما يمكن القول أنها : "الخدمات التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، من تقديم العلاج والغذاء، الدواء والمعاملة الحسنة، وبالتالي هي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه أو إلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية، وتقديم الدواء اللازم للعلاج، والغذاء الجيد والملئ لحالته وحسن معاملته من طرف القوى الطبية، لمساعدته على إستعادة صحته.

تصنف الرعاية الطبية إلى قسمين رئيسيين هما :<sup>1</sup>

**1-2 رعاية طبية مباشرة :** هي الخدمات التي يقوم بها الطبيب بنفسه، مثل تشخيص المرض وعلاجه.

**2-2 رعاية طبية غير مباشرة :** وهي الخدمات الصحية التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير الطبيب، وتشمل خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية، وصور الأشعة، وخدمات حفظ السجلات الطبية، والشؤون المالية والإدارية المتعلقة بالخدمات الصحية. ولا يجب الخلط بين مفهومي الرعاية الصحية والرعاية الطبية، فهذه الأخيرة فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت الرعاية الطبية هي التي تعمل مع المرضى فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حدوث المرض، بل تعمل على منع حدوثه، وإذا ما حدث تعمل على معالجته، وفي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده، ما يتطلب مرحلة التأهيل للمريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج.

**سادسا- تعريف اقتصاد الصحة :**

سوف نتناول في هذا الصدد مجموعة من تعاريف الاقتصاديين تناولوا ذلك في كتاباتهم من أهمهم :

" P.BONAMOUR ET F.GOYOT " في كتابهما " Economie médicale " الإقتصاد الطبي، والذي كتب من طرف اقتصادي وطبيب : " فرع من المعرفة يهدف إلى عقلنة النشاط الطبي والذي يدرس الحالة المثلى لتوزيع الموارد المتاحة لضمان أحسن علاج وأحسن حالة صحية للسكان، تحت قيود الموارد المتاحة"<sup>2</sup>.

هناك تعريف " H.GUITTON " و الذي يعتبر من الاقتصاديين الأوائل الذين تناولوا موضوع التحليل الاقتصادي للصحة. هذا

التعريف ينقسم إلى جزأين :<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص ص 56-57.

<sup>2</sup>-P. Bonamour et F. Guyot, **Economie médicale** : Editions Médicales et Universitaires, Paris 1979, p 07.

<sup>3</sup>-Guy DELANDE, **Introduction à l'Economie de la Santé**, Edition John LIBBEY, Paris 1991, pp 12-13.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

**1- الجزء الأول :** فرع وصفي يهتم " بمعرفة المعطيات الأساسية (طبيعية ، مؤسساتية ، فردية وجماعية) التي تهدف إلى استرجاع

الصحة الضائعة و الوقاية حتى لا تضعيع ". ثم يتطرق إلى تكاليف الصحة، تفسيرها والبحث عن أحسن الطرق للتنبؤ بها.

**2- الجزء الثاني :** فرع نموذجي يهتم : " بتنفيذ تدريجي لمنظومة صحية والتي تصبو إلى المثالية الاقتصادية أي التوازن الأمثل بين

الإيرادات والتكاليف". في هذا المجال يقوم الاقتصاد ببلورة حكم حول فعالية المنظومة الصحية.

يعرف الاقتصاد الصحي بأنه : " ذلك العلم الذي يفسر المفاهيم والظواهر الاقتصادية للخدمات الصحية مع محاولة ضبط عمليات

الأسعار والندرة النسبية والكميات للخدمات الصحية موضحاً أغراضها ومتعلقاتها وتوظيفاتها وفعاليتها وجميع معطياتها لخدمة الإنسان"<sup>1</sup>.

كما يعرف الاقتصاد الصحي بأنه : " أحد فروع علم الاقتصاد والذي يهدف إلى تطبيق الأدوات الاقتصادية المتعارف عليها في

مجال الخدمات والرعاية الصحية، بغرض المساهمة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهذا القطاع الهام لتحسين كفاءته، وكذلك المساهمة في طرق

للتفكير فيما يتعلق بالصحة واستخدام الموارد الخاصة بالخدمات والرعاية الصحية، والتي تتميز بالندرة، ومن ثم ضرورة تحقيق التخصيص

الكفاء لهذه الموارد بهدف تعظيم المنافع الاجتماعية التي يمكن الحصول عليها من الموارد المستخدمة في إنتاج الصحة"<sup>2</sup>.

وفي نفس السياق يعرف الاقتصاد الصحي : " بأنه فرع من فروع علم الاقتصاد والذي يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد

على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة، بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل"<sup>3</sup>.

كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت السياسات الصحية تزيد أو تخفض من الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع

الرعاية الصحية. كذلك يهتم علم اقتصاديات الصحة أساساً بتخصيص الموارد الاقتصادية النادرة بين استخدامات الرعاية الصحية

المتنافس عليها، والتي تزداد مواردها ندرة، بينما تزداد الحاجة إليها مع مرور الزمن ويقوم علم اقتصاديات الصحة بالإجابة على ثلاث

تساؤلات أساسية هي :<sup>4</sup>

✓ كيف يتم تقديم الرعاية الصحية بأقل تكلفة ممكنة ؟

✓ كيف يتم توزيع الخدمات الصحية على من يحتاجونها ؟

<sup>1</sup> - سليمان بوفاسة، ساعد محمد، مرجع سبق ذكره، ص195.

<sup>2</sup> - المرجع السابق، ص 195.

<sup>3</sup> - المرجع نفسه.

<sup>4</sup> - المرجع نفسه.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

✓ كم من الموارد المحدودة يرغب المجتمع في إنفاقها على الرعاية الصحية ؟

النقاط المشتركة بين التعاريف السابقة - بصفة عامة - أن الحقل المدروس هو الصحة، والتقنيات الاقتصادية تعمل على الاستجابة

لمتطلبات التسيير من أجل عقلنة النفقات الصحية. بالإضافة إلى النقاط المشتركة هناك نقاط اختلاف بين الاقتصاد والصحة، نذكر أهمها

فيما يلي :<sup>1</sup>

✓ **اختلاف حقل التحليل** : الطب يهتم بالمريض وعلته، بالإضافة إلى ذلك يرفض الجهاز الطبي الاهتمام بمشاكل التسيير. ولا

يكتفي بذلك بل يجهد من يقوم بتمويل نشاطه الطبي، فهو يهدف أساسا لتحسين حالة المريض و محاولة إشفائه. أما

الاقتصادي فهو يهتم بالمقابل بتفسير سلوك الأفراد الذين ينتجون، يستهلكون، يتبادلون، ويقصى منهم أصحاب العلة، هذه

الفئة تخرج عن إحتصاصه.

✓ **إختلاف في الهدف** : الهدف الطبي هو الاستجابة لأكبر شريحة من طالبي الصحة وتوفير نتائج الاكتشافات العلمية في هذا

الميدان والتجهيزات المتطورة من أجل إنقاذ حياة المرضى. أما الهدف الاقتصادي فهو عقلنة سير المنظومة الصحية ومحاولة إيجاد

أحسن السبل لاستعمال الموارد المتاحة لمحاكمة أكبر طلب للصحة، بالإضافة إلى السهر على فعالية الأداء.

✓ **إختلاف في منطق التحليل** : المنطق الصحي يتمثل في استرجاع الحالة الصحية والراحة الجسدية والعقلية للمريض دون

الإهتمام بالتكاليف الناتجة عن ذلك والعبارة التالية تلخص ذلك " ليس للصحة ثمن " .

بالمقابل المنطق الاقتصادي يكشف على الجانب الذي أهمل من طرف الناشط في الصحة وإن لم يكن للصحة ثمن فالصحة تكلفة،

هذه التكلفة أصبحت تثقل كاهل ممولي الصحة. حيث يهدف الاقتصادي لمعرفتها ومحاولة عقلنتها.

من خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن الاقتصاد الصحي يركز على تحليل القضايا الصحية و يقيم سياساتها وتشريعها وأنظمتها

من حيث تأثير كل منها على العرض والطلب على خدمات الرعاية الصحية، وكذا يخطط لإنتاجها بكفاءة وتوزيعها بعدالة و يحدد

تكاليف ومنافع أي من خياراتها.

<sup>1</sup> - نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة إستشفائية، مذكرة ماجستير، في الاقتصاد المالي، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة، 2005/2004،

### المطلب الثاني : أهم مؤشرات اقتصاد الصحة<sup>1</sup>

تتعدد وتنوع مقاييس ومؤشرات الصحة العامة التي يمكن الإعتماد عليها في تحديد المشكلات الصحية ومن ثم تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية بصفة خاصة ومن ثم تحديد كفاءة النظام الصحي بصفة عامة. ويمكن تقسيم هذه المؤشرات إلى فئات، تتضمن كل من العمر المتوقع عند الميلاد، وإتجاه الوفيات ومسبباتها ومعدلاتها الكلية والنسبية.

**أولاً- مؤشرات أو معدل الوفيات :** وتستخدم في تحديد المشاكل الصحية ويشتمل على ثلاث مؤشرات هي :

✓ مؤشر معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي (إحتمال الوفاة بين الولادة والسنة الأولى من العمر).

✓ مؤشر معدل وفيات الأطفال ما بين سنة وخمس سنوات من العمر لكل 1000 مولود حي.

✓ مؤشر معدل وفيات البالغين (إحتمال الوفاة ما بين 15 سنة و60 سنة من العمر).

**ثانياً- مقاييس أو معدل إنتشار الأمراض :** وهي تعتمد على الوفيات ولا تعطي صورة حقيقية لمستوى الصحة والمرض، وبالرغم من أن

بعض الأمراض لا تؤدي إلى الوفاة مثل الأمراض العقلية ويمكن قياس معدلات الإصابة وإنتشار المرض بما يلي :

✓ معدل الإصابة بالمرض (معدل حدوث المرض الحادة والمزمنة).

✓ معدل انتشار المرض وتشمل أمراض القلب والأمراض المزمنة كالسكري.

✓ معدل الأمراض النوعية كالسرطان والقلب والأمراض العقلية.

**ثالثاً- مؤشر النفقات الصحية بالدول محل المقارنة :**

عادة ما يقاس المستوى الصحي لبلد ما بمعدل الأمل في الحياة، والذي يمثل متوسط عدد السنوات التي يعيشها الأفراد، فكلما

إرتفع معدل الأمل في الحياة كلما دل ذلك على إرتفاع في مستوى التنمية الصحية، ومن ثم إرتفاع معدلات التنمية البشرية، ومن بين

الأساليب المستخدمة في تقييم مجهودات بلد ما في مجال التنمية الصحية نجد أسلوب التكلفة الذي ينعكس فيما بعد على الحالة الصحية

للسكان، ويعتمد هذا الأسلوب على مبدأ أن هدف النظام الصحي يتمثل في تعظيم صحة السكان (الفعالية) إحتمالاً على الموارد

المتوفرة (التكلفة)، وهذا كله من إختصاصات تطبيقات الاقتصاد الصحي. وجدير بالذكر أن المعايير المستخدمة وفقاً لهذا الأسلوب

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص ص 196-198.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

(أسلوب التكلفة) فيما يخص تقييم مستوى النفقات الصحية، فإن أحد المعايير المستخدمة عادة يتمثل في المبلغ الإجمالي للنفقات الصحية، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال التحليل التالي :

### 1- مؤشر الإجمالي الإنفاق على الصحة بالدول محل المقارنة (الناتج المحلي الخام) :

يعرف الناتج المحلي الخام بطريقة الإنفاق بأنه : "إجمالي قيمة السلع الموجهة إلى تلبية الطلب الكلي في المجتمع (أي مجموع الإنفاق النهائي) ويشمل الإنفاق الاستهلاكي الخاص والإنفاق الاستثماري و الإنفاق الحكومي وصافي التعامل الخارجي (الصادرات ناقصاً الواردات) خلال فترة زمنية معينة تكون عادة سنة"<sup>1</sup>.

### الجدول رقم (01) : تطور مؤشر الإجمالي الإنفاق على الصحة بالدول محل المقارنة (مقدرا بملايين الدولارات الأمريكية)

السنوات	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
السعودية	9.45	11.22	18.40	23.87	28.35	31.77	35.44
الجزائر	1.91	3.33	8.24	10.53	12.55	13.19	14.08
المغرب	1.54	3.01	5.31	5.94	5.89	6.16	6.44
السودان	4.22	1.11	4.29	4.44	4.24	4.59	5.10

المصدر : سليمان بوفاسة، ساعد محمد، تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية - دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى -، مجلة المالية والأسواق، 2014، ص198.

من الجدول أعلاه وبحسب مؤشر إجمالي الإنفاق على الصحة نجد أن السعودية تأتي في مقدمة الترتيب، إذ مثل نصيب الصحة بها 9.45 مليون دولار أمريكي لسنة 2000 ، ليرتفع مؤشر الإنفاق إلى 35.44 مليون دولار سنة 2014. أما الجزائر فعرف هذا المؤشر بما تطورا ملحوظا، فبعدما كان لا يتجاوز 1.91 مليون دولار أمريكي سنة 2000 تضاعف مسجلا أرقاما مقبولة ليصل إلى 14.08 مليون دولار سنة 2014. في حين جاءت المغرب في المرتبة الثالثة من حيث مؤشر إجمالي الإنفاق الصحي بإنتقال هذا الأخير من 1.54 مليون دولار سنة 2000، ليصل إلى 6.44 مليون دولار سنة 2014، أما السودان تذيلت الترتيب وحافظت على نفس المبلغ 4 مليون دولار أمريكي من عام 2000 إلى 2013 ليرتفع قليلا إلى 5.10 مليون دولار أمريكي في سنة 2014<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - [http:// www.sama.gov.sa](http://www.sama.gov.sa), 02/05/2018.

<sup>2</sup> - سليمان بوفاسة، ساعد محمد، مرجع سبق ذكره، ص199.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

من خلال ما سبق يتضح حجم التفاوت في مؤشر إجمالي الإنفاق على الصحة في الدول محل المقارنة وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى إعتبارات مالية، فالسعودية ثم الجزائر بحكم أنهما دول نفطية تملك موارد مالية كبيرة، مقارنة بالمغرب والسودان، مما ينعكس إيجاباً على حجم الإنفاق الإجمالي على قطاع الصحة.

رابعا - مخرجات مؤشر الصحة :<sup>1</sup>

بعد تقييمنا لمؤشر الإنفاق الصحي أحد أهم تطبيقات الاقتصاد الصحي، سنحلل إنعكاساته على مخرجات الصحة، من خلال :

**1- معدل إجمالي الوفيات (كل 1000 شخص) للدول محل الدراسة :**

**الجدول رقم (02) : معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص)**

الدول محل الدراسة	السنوات	البيان	معدل الوفيات لكل 1000 شخص
الجزائر	2000		5.12
	2005		5.00
	2010		5.11
	2014		5.13
السودان	2000		3.69
	2005		3.49
	2010		3.41
	2014		3.40
السعودية	2000		6.34
	2005		6.15
	2010		5.90
	2014		5.70
المغرب	2000		10.51
	2005		9.48
	2010		8.38
	2014		7.76

المصدر : سليمان بوفاسة، ساعد محمد، تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية - دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى -، مجلة المالية والأسواق، ص201.

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص201.

من الجدول أعلاه يتبين أن معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص) في دولة المغرب يفوق بكثير الدول محل الدراسة بـ 10.51، 9.48، 8.38، 7.76 لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014 على التوالي، تليها السعودية بـ 6.34، 6.15، 5.9، 5.7 لنفس السنوات، ثم تليها الجزائر، مع تفوق طفيف للسودان في إنخفاض معدل الوفيات وهذا لا يعني أن المستوى الصحي بها جيد وللتذكير معدل إجمالي الوفيات يضم معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخمس سنوات ومعدل وفيات الأمهات ومعدل وفيات الفئات العمرية أكثر من خمس سنوات.

### المبحث الثاني : نشأة اقتصاد الصحة

#### المطلب الأول : ظهور فرع اقتصاد الصحة<sup>1</sup>

فرع اقتصاد الصحة فرع من المعرفة في نشأة، ظهر في نهاية سنوات الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا، ثم ظهر هذا الفرع في فرنسا بداية سنوات السبعينات. في بادئ الأمر كانت هناك محاولات جادة من طرف الباحثين لجمع الأفكار والبحوث التي كانت متفرقة من حيث مواضيع البحث، لكنها كانت تصب كلها في ميدان الصحة. الانطلاقة الحقيقية لاقتصاد الصحة كانت في عشرية الثمانينات تحت ضغوطات مالية والتي دعت ضرورة تدخل نظام تسيير فعال في الميدان الصحي. هذه القيود تمثلت في تنامي النفقات الصحية المتزايدة سنة بعد سنة، أين دقت الدول الغربية ناقوس الخطر في نهاية السبعينات.

وقبل هذا التاريخ كان لهذه الدول نمو اقتصادي متواصل قرابة ثلاثين سنة، حيث اهتمت بالجانب الاجتماعي من توفير الخدمات الصحية لأكثر عدد ممكن لطالبيها دون الأخذ بعين الاعتبار حجم النفقات الصحية وتزايدها. ومع نهاية السبعينات ظهرت أزمة مالية أنقصت من قدرات تمويل قطاع الصحة. وظهرت ضرورة تدخل مقاربات اقتصادية في ميدان الصحة، وهذا لتنظيم هذا القطاع وإعطائه دفعة جديدة من حيث مساعدة المسير في بلورة القرارات، توجيه السياسة الصحية والتخطيط الصحي.

سرعة تطور فرع اقتصاد الصحة كان سببه أنه علم مفترق "Science carrefour" هذا ما أشار إليه J.DE : « "BOURBONBUSSET" إنه من الأهمية خلق وتطوير علاقات مباشرة بين حقول البحث المختلفة. ويجب الملاحظة أنه غالبا

<sup>1</sup> - نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص14.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

وبالتقاء فرعي معرفة مختلفين تحدث نتائج هامة، إذا إنه ليس من العشوائي أن العلوم المركبة من إسمين هي التي تتطور بسرعة «. ويضيف في نفس السياق أنه يجب الحد من الاحتكار العلمي، ويقصد بذلك أن كل فرع يبقى منغلقة على أفكاره، يجب التفتح على العلوم الأخرى لإيجاد تقارب ومحاولة البحث للوصول إلى نتائج لم يحققها الفرع الأحادي لوحده.

ظهور اقتصاد الصحة في النصف الثاني للقرن العشرين كفرع للمعرفة مستقل بذاته، وتطوره في الربع الأخير من هذا القرن لم يأتي صدفة، بل أن العلاقة اقتصاد -صحة ليست جديدة بل قديمة وسبقت القرن العشرين.

انفصال فرع اقتصاد الصحة كفرع مستقل بذاته، كان الفضل فيه لأفكار و أبحاث عدة مفكرين من بينهم " F.QUESNEY " والذي يعتبر من اقتصاديين الأوائل الذين تمكنوا من الفرعين المعرفيين، في ذلك الوقت. بالرغم من أنه اقتصادي في أبحاثه - وهو الواضع للوحة الاقتصادية - والذي يعتبره البعض كأب للاقتصاد الكلي، إلا أنه طبيب في تكوينه. إن اكتشافه للدائرة الاقتصادية كان من تأثير اكتشاف الطبيب الإنجليزي " W.HARVEY " للدورة الدموية. هذه هي أول نقطة مشتركة تم اكتشافها بين فرعي المعرفة وهي التركيبية البيولوجية والتركيبية الاجتماعية. على الرغم من أن الاقتصاد والصحة فرعي معرفة مختلفين من حيث الموضوع والمنهج ... إلا أن هناك نقاط مشتركة وجوهرية تستدعي سرد أهمها فيما يلي :

✓ كلا الفرعين يهتمان بالإنسان إما على مستوى الفرد أو على مستوى المجتمع ككل.

✓ كلا الفرعين يحتويان على ميكانيزمات للتعديل الذاتي : جسم الإنسان كموضوع الصحة، والسوق كموضوع علم الاقتصاد.

✓ التعقيد في الظواهر موضوع الدراسة، والتي لا يكفي لتفسيرها بيان مبسط ذو متغيرات خطية بل نظام معقد ومتشعب يحتوي على

متغيرات دائرية، إذا أثرت على عضو ما تتأثر التركيبية الكلية وذلك لمدى علاقة مكونات النظام فيما بينها.

### أولا - أسباب ظهور فرع اقتصاد الصحة<sup>1</sup>:

هناك عدت أسباب عجلت بظهور فرع اقتصاد الصحة، من هذه الأسباب ماهو اقتصادي ومنها ماهو اجتماعي، مايهمنا

كأقتصاديين الأسباب الاقتصادية بالدرجة الأولى التي أدت لظهور هذا الفرع من المعرفة.

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص ص 17-19.

### 1- الثقل الاقتصادي للنفقات الصحية :

يعد من أهم العوامل التي ساعدت على ظهور اقتصاد الصحة، حيث أن الاستهلاك الطبي العام كان يتميز بنمو أسي، فنذكر على سبيل المثال فرنسا : قدرت النفقات الصحية لها سنة 1950 : 3 ملايين فرنك فرنسي ثم 30 مليار فرنك فرنسي سنة 1965 لتصل إلى 550 مليار فرنك فرنسي سنة 1990.

في الجزائر لم تختلف الوضعية كثيرا عن باقي دول العالم، حيث كان هناك تزايد كبير لهذه النفقات الصحية من سنة إلى أخرى وقد وصل معدل النمو السنوي المتوسط لهذه النفقات معدل 40 % للفترة بين 1980 و1990 حيث قدرت النفقات الصحية لها سنة 1980 بـ 6112 مليون دينار جزائري ثم 12625 مليون دينار جزائري سنة 1985 لتصل إلى 46006 مليون دينار جزائري سنة 1992.

### 2 - البحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي :

تزايد النفقات الصحية تزامنا مع الرفاهية الاقتصادية التي سادت الدول المصنعة خلال الثلاثين سنة التي تلت نهاية الحرب العالمية الثانية، فقد أصبح من الضروري تطبيق تقنيات التسيير في ميدان الصحة تزامنا مع الركود الاقتصادي ومحدودية الموارد المالية التي تلت مرحلة اليسر المالي هذا من جهة، من جهة أخرى عقلنة النفقات لغرض إشباع طلبات أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع تحت قيد الموارد المتاحة.

#### المطلب الثاني : أهمية اقتصاد الصحة<sup>1</sup>

يعتبر تمتع الإنسان بصحة جيدة هدف أساسي للتنمية البشرية وهدف من أهداف الألفية الثالثة، لأن الصحة الجيدة تساهم في النمو الاقتصادي من عدة نواحي :

**أولا - من زاوية إنتاجية العمل :** إن الصحة الجيدة تعطي للفرد المقدرة على بذل مجهود أكبر خلال نفس وحدة الزمن، والعمل لوقت طويل خلال نفس اليوم مما يساعد على زيادة الإنتاج والإنتاجية.

**ثانيا - من خلال تحسين استخدام الموارد الطبيعية :** تسمح الصحة الجيدة لأفراد المجتمع باستخدام الموارد الطبيعية التي يتعذر الوصول إليها بسبب المرض.

<sup>1</sup> - دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، العدد 06، 2015، ص ص 139 - 140.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

فالصحة مهمة لأن الناس يولون أهمية كبيرة للعيش حياة طويلة خالية قدر الإمكان من أي اعتلال بدني، ويوضح خبراء اقتصاديات التنمية بوجود علاقة إرتباط قوية ومستمرة بين الدخل والصحة في السنوات الأخيرة، قام الخبراء الاقتصاديون بتعميق فهمهم لأهمية الصحة من الناحية الاقتصادية، واعتبرها أحد أشكال رأس المال البشري الذي يمكن استخدامه بشكل أفضل، على غرار المعرفة والمهارات لدى الشعوب، وبما أن الصحة تمثل عاملاً محددًا أساسياً لقيمة العمل، وهو الأصل الرئيسي الذي تمتلكه معظم الشعوب الفقيرة، فإنها تتسم بأهمية خاصة لقدرة الأفراد والأسر على النهوض بمستوياتهم المعيشية أو إبقائها فوق خط الفقر.

تتمثل أدق الأدلة على قيمة الصحة من الناحية الاقتصادية في - تحليلات الاقتصاد الجزئي - لأنها تقوم في المعتاد على حجم العينات الكبيرة وأدوات القياس الوفيرة لمستويات الصحة والدخل ومحدداتها بالإضافة إلى ذلك، هناك دراسات جزئية عديدة تركز على القضايا المتعلقة بصحة الأفراد، تقوم على أساس التجارب العشوائية الخاضعة للرقابة. اتضحت من خلال بعض الدراسات الأكثر دقة الآثار الإيجابية لعدة أمور منها : آثار علاج نقص الحديد في الدم على المشاركة في قوى العمل والإنتاجية ومكاسب الدخل في أندونيسيا، أما - دراسات الاقتصاد الكلي - التي تستعرض الصورة الأكبر، فهي بطبيعتها أقل دقة، لكنها تفيد بأن سلامة الصحة العامة هي محرك قوي للنمو الإقتصادي حيث يزداد نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي بما يقدر بـ 04% من كل سنة إضافية في متوسط العمر المتوقع. هناك عدة قنوات تعمل في هذا المسار، منها الآثار الإيجابية للصحة على إنتاجية العمل، ومعدل الإلتحاق بالمدارس، والتحصيل العلمي، والوظيفة الإدراكية للبشر، ومعدلات الإدخار، لأن الناس يدخرون أكثر تحسباً لفترات التقاعد الأطول أجيالاً، والإستثمار الأجنبي المباشر الذي يقترن غالباً بالتكنولوجيا الحديثة وتوفير فرص العمل وزيادة التجارة. وزادت أهمية الصحة العالمية بدرجة كبيرة خلال العقدين الماضيين مع شغل هذا الموضوع مكانة رئيسية كمؤشر وأداة للتنمية الإجتماعية والاقتصادية، فوفقاً لما ورد في مقال نشر في نوفمبر 2013 في مجلة " the atlantic " حول أكبر 20 إبتكاراً ساهمت أكثر من غيرها في صياغة طبيعة الحياة الحديثة، فإن خمسة من هذه الإبتكارات يرتبط مباشرة بالصحة وهي : البنسلين، عدسات النظر، اللقاحات، نظم الصرف الصحي، عقاقير منع الحمل<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - دريسي أسماء، مرجع سبق ذكره، ص ص، 140-141.

### المبحث الثالث : دراسة تحليلية لنفقات القطاع الصحي

سنحاول من خلال مبحثنا هذا التعرف على التحليل الكيفي لنفقات القطاع الصحي، وكذا تطور النفقات على مستوى القطاع الصحي.

#### المطلب الأول : التحليل الكيفي لنفقات القطاع الصحي

##### أولا- تعريف النفقة الصحية :

الإنفاق على الرعاية الصحية يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية، ويشكل الإنفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه، ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والأفراد<sup>1</sup>.

##### ثانيا- التحليل الكيفي لنفقات القطاع الصحي :<sup>2</sup>

فقبل التطرق إلى طرق تحضير الميزانية وتطبيقها يمكن لنا أن نشير ولو بإيجاز إلى بعض العموميات التي ولا بد من معرفتها.

#### 1- تحضير الميزانية

##### 1-1 تقنيات التسيير المالي

**1-1-1 تعريف الميزانية :** هو الفعل الذي من خلاله تحدد المدخلات والنفقات السنوية، فهو الوثيقة الوحيدة الموجودة، أي أنه يحضر

مرة واحدة وسابقا لحلول السنة التي ينفذ فيها. وهو يتكون من 3 أجزاء :

✓ الميزانية الأولية و التي تسمى أيضا الميزانية التنبؤية.

✓ الميزانية الإضافية (Budget additionnel).

✓ الميزانية الخاصة (autorisation spéciale).

**1-1-2 السنة المالية، التسيير :** المصالح المالية تنفذ في مراحل تدعى : السنة المالية، التسيير.

<sup>1</sup> - معروز نشيدة، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، جامعة البليدة 2، 2015، ص 398.

<sup>2</sup> - Faugère JP, Les emplois hospitalier une approche économique, collection voisine, Economica, 1981, p225.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

أ- السنة المالية : هي المرحلة التي من خلالها تنفذ خدمات الميزانية، هذه المرحلة تبدأ من 1 جانفي إلى غاية 31 ديسمبر. إلى الخدمات المنفذة والحقوق المحصل عليها خلال هذه المرحلة هي وحدها تنتمي إلى السنة المعتبرة. غير أنه يسمح بمرحلة إضافية للغلق النهائي، وهي تسمح بتكملة بعض الخدمات وإتمام تغطية بعض المواد، وهي تطول إلى غاية 25 فيفري من السنة الموالية.

ب- التسيير : وهو يشمل مجمل عمليات المحاسبة خلال السنة.

### 1-1-3 تحضير، مصادقة، وتقديم الميزانية :

الميزانيات والحسابات تحضر من طرف المدير المالي أو المدير ويصادق عليها الوالي بعد مصادقة المجلس الإداري، وهي تحضر على أساس تنبؤات مالية للسنة الجارية وعلى أساس ما بقي تغطيته من نفقات السنة الماضية. تبعث هذه التنبؤات إلى الوزارة المعنية بغرض الدراسة ومنح القروض الخاصة بالمستشفيات والقطاعات الصحية في إطار ميزانية الدولة، العامة، فبعد إسداء القروض من طرف الوزارة المعنية لكل المستشفيات والقطاعات الصحية والجامعية، ترسل بقرار وزاري رسمي إلى المديرين المختصين للقيام بتقسيم تلك القروض حسب إحتياجات مؤسساتهم الصحية وذلك حسب عناوين وأقسام وبنود نجدها في ميزانية أي مستشفى أو قطاع صحي أو جامعي. فبعد هذا التحضير تعرض هذه الميزانية على أعضاء المجلس الإداري ثم إلى الوالي للمصادقة عليها وتصبح رسمية وتبدأ في تنفيذها السلطة الوصية. يتطلب خلال تنفيذ الميزانية تقديم في آخر كل ثلاثي الوضعية المالية لكل مؤسسة صحية، تظهر فيها القروض الممنوحة والتزامات وتصفيات المؤسسة الصحية، كما يظهر فيها تخلصات قابض الضرائب المختلفة.

### 1-1-4 الحساب الإداري :

يستوجب على كل مؤسسة صحية في نهاية كل سنة مالية تقديم حساب يسمى بالحساب الإداري، الذي يعد بمثابة وسيلة مراقبة للتسيير المالي للمؤسسة الصحية، حيث أنه يعكس التصرفات الإدارية للإدارة الصحية خلال سنة. الحساب الإداري وحيد يحضر من طرف الأمر وهذه الوثيقة يجب أن تشمل :

✓ بقايا التغطية.

✓ بقايا التسديد.

✓ التحويلات التي حدثت خلال السنة.

✓ النتيجة النهائية.

### 1-2 تحضير الميزانية :

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

إن تحضير مصادر تمويل القطاع العمومي يتميز بتسديد إداري محظ وذو مركزية هامة، ونظرا لغياب نظام إعلامي واضح، مرن دقيق، لا يمكن القيام بتقديرات سليمة للتكاليف، ولا لتنبؤات مالية سليمة خاصة بالميزانية، وما زاد الطين بلة التباطؤ الكبير للإجراءات المستعملة حاليا.

المؤسسات الصحية عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري، وتحديد الميزانية فيها يطبعه الصبغة الإدارية وبعيدة كل البعد عن المنظور الاقتصادي التي تحبذ العقلانية في استعمال المصادر. وللتعرف على كيفية تحضير الميزانية سوف نحاول دراستها على مستويين : على مستوى القطاعات الصحية وعلى مستوى وزارة الصحة.

### 1-2-1 تحضير الميزانية على مستوى القطاعات الصحية :

فكما نعلم ونظرا لانعدام الحاسبة العامة والتحليلية في الإدارات الصحية، فإن الطريقة المتبعة من طرف مديري القطاعات الصحية لتحديد تنبؤات المصادر المالية لمختلف عناوين ميزانية القطاعات الصحية، تتمثل في متوسط النفقات الجارية في ثلاث سنوات سابقة يضاف إليها معدل إضافي يختلف من قطاع إلى آخر، فلا يوجد إذن نسبة أو معدل إضافيان موحد بين مختلف القطاعات ويكون مقررا من طرف وزارة الصحة العمومية. نشير أيضا لكل عنوان من الميزانية له نسبة إضافية تختلف عن الآخر (يوجد 9 عناوين للنفقات في ميزانية التسيير). والمعدل الأكبر غالبا ما يكون لصالح نفقات أجور العمال (مع العلم أن تمويل المستخدمين الطبيين يأخذ الحجم الكبير). قيمة هذا المعدل الإضافي تأخذ بطريقة غير دقيقة ولا تركز على قواعد محددة بل غالبا ما تكون من إختراع مديري القطاعات الصحية، وهم غالبا ما يركزون في ذلك على الارتفاع الذي قد يحدث في أسعار عوامل الإنتاج والمواد مضافا إليها النفقات التي قد تحدث خلال السنة، ومشاريع التوسيع للمصالح القائمة والمراد القيام بها في تحديد تنبؤات نفقات المستخدمين يركز مديري القطاعات الصحية على قائمة المستخدمين الموجودين فعليا في القطاع، مع الأخذ بعين الاعتبار الزيادة التي قد تطرأ من جراء الزيادة في التوظيف، أو التعديلات الحادثة في الوضعية الإدارية للمستخدمين (الترقية، الترسيم...) غير أنه بالمقابل لا يأخذ بعين الاعتبار إمكانية خروج بعض المستخدمين للتقاعد، التحويلات (Les mutations)، الاستقالات، والتحويل على الإستداع خلال السنة، وهذا ما من شأنه يخفض في حجم القروض المطلوبة. أما نفقات الغذاء، غالبا ما يركزون في تنبؤاتهم على عدد أيام المكوث في المستشفى وعدد الوجبات (وغالبا ما يكون مبالغ فيه) هذا فضلا عن تغيرات التي تحدث في أسعار المواد الغذائية و النفقات التي أجريت في سنة سابقة. ونشير هنا إلى أن هذه التنبؤات يجب أن تتبع بتبريرات وملاحظات غير أنه في الغالب ما يستهان بها ولا تأخذ بعين الإعتبار وغير مقنعة، فكل شيء أصبح مجرد إجراءات إدارية، وأصبح بعض المديرين لا يقومون بها إطلاقا، علما منهم أنها سوف تترك جانبا لدى الوزارة الوصية.

### 1-2-2 تحضير الميزانية على المستوى المركزي :

ميزانية التسيير تحضر وتصادق على أساس عناوين النفقات من طرف وزارة الاقتصاد على قاعدة :

✓ القروض المستهلكة في السنة المالية السابقة.

✓ القروض الضرورية واللازمة لتسيير هياكل جديدة.

✓ التغيير في الأسعار.

غير أن هذه المعايير تبقى غير كافية لأنها لا تهتم بتمويل البرامج والأنشطة، ضف إلى ذلك وفي إطار تحضير التنبؤات للميزانية، فإن

المنهجية المتبعة هي بعث جداول إحصائية لكل المؤسسات الصحية، ثم تقوم الوزارة الوصية (مصلحة الميزانية في وزارة الصحة)

بمراجعتها وتحليلها مع العلم أن عدد الجداول يبلغ تقريبا 4000 جدول، فهذا العمل غير العلمي غالبا ما يؤدي إلى الوقوع في عراقيل،

والفصل فيها يطول والحكم فيها غالبا ما يكون على قواعد غير سليمة.

تحديد ميزانية المؤسسات الصحية على المستوى المركزي يجب أن تتبع بمرسوم يحدد كيفيات التمويل بتطبيق قانون المالية وبقرار

وزاري يجمع الميزانيات حسب المؤسسات الصحية وحسب عناوين النفقات، وما يجب أن نشير إليه أنه في الواقع هناك ضغط كبير

وظاهر لمصالح وزارة المالية في تخصيص الميزانيات حسب عناوين النفقات هذا بغض النظر عن أن الدراسة والمشاورات التي تجريها وزارة

المالية في الواقع وإن صح القول غير جادة لأن ما يصلها إلا مجرد أرقام، دون أي تحليل فلا نجد وسائل علمية تستعملها لذلك.

**المطلب الثاني : تطور النفقات على مستوى القطاع الصحي**

#### أولا- تطور الإنفاق الصحي في الجزائر :<sup>1</sup>

إن زيادة عدد السكان وإرتفاع حجم الاستثمارات في قطاع الصحة سواء كانت بنية تحتية أو تجهيزات طبية دفع بوتيرة الإنفاق

الصحي إلى الأعلى. لذا سيكون مطلب التحكم في نفقات قطاع الرعاية الصحية أمرا حاسما لضمان قدرة الجزائر لتلبية الإحتياجات

الصحية للسكان، ولذلك تعد مسألة احتواء النفقات الصحية الوطنية من أهم التحديات التي تواجهها السلطات العمومية، حيث أن

إنخفاض الناتج المحلي الإجمالي عزز الحاجة إلى التحكم في الإنفاق خاصة وأن الجزائر تعتمد على النفقات العمومية لتمويل قطاع الرعاية

<sup>1</sup> - معروز نشيدة، مرجع سبق ذكره، ص ص 398-399.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

الصحة. ويبين الجدول الموالي تطور الإنفاق العام على الصحة بالجزائر نسبة إلى الناتج المحلي وإجمالي الإنفاق العام للفترة 2002-

2014

الجدول رقم (03) : تطور الإنفاق العام على الصحة بالجزائر للفترة 2002- 2014 ( نسبة مئوية )

السنوات	2014	2013	2009	2008	2006	2002
الإنفاق حسب نوع النشاط	88.77	87.48	86,2	81,6	77,3	74
	عام					
الإنفاق نسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي	11.23	12.52	13,8	18,4	22,7	26
	خاص					
الإنفاق نسبة إلى إجمالي الإنفاق العام	6.77	6.23	5,8	4,4	3,6	4,3
	10.9	10.7	10,6	10,7	9,5	9,1

المصدر : معزوز نشيدة، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، جامعة

البلدية 2، 2015، ص 398.

نلاحظ من خلال الجدول أن الإنفاق الصحي نسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي إرتفع من 4.3% سنة 2002 ليصل إلى 6.77%

سنة 2014. ويلاحظ توالي القطاع العام المسؤولية الرئيسية في تمويل قطاع الصحة بتحقيق نسبة إنفاق حكومي يصل إلى 88.77%

سنة 2014. ومسألة التحكم في هذا الارتفاع المذهل في النفقات الصحية من أهم تحديات السياسة الوطنية عن طريق معرفة أسباب

هذا النمو والتي عادة ما تكون متعددة ومعقدة نظرا لارتباط الصحة بالعديد من المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والإجتماعية والثقافية

وحتى السياسية.

ثانيا- عوامل تزايد نفقات الصحة :<sup>1</sup>

إن تزايد نفقات الصحة في الجزائر يعود إلى مجموعة من العوامل يمكن إيجازها في النقاط التالية :

**1- العمر والجنس والنمو الديموغرافي :** ترتفع نفقات العلاج في سن الولادة ثم تبدأ في الانخفاض تدريجيا أثناء فترة الشباب إلى غاية

50 سنة، ثم تبدأ في الارتفاع تدريجيا وهذا بفعل الأمراض التي تزيد مع إرتفاع السن. وكذلك التزايد المستمر لعدد السكان أدى إلى

تزايد الإنفاق العام على الصحة في الجزائر، فقد إرتفع معدل النمو الطبيعي من 1,48% سنة 2000 إلى 2,07% سنة 2013،

فعدد السكان بعد أن كان 30416000 نسمة سنة 2000 أصبح 38297000 نسمة سنة 2013.

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 399.

**2- نمو الدخل :** يرتبط نمو الدخل غالبا بتزايد الطلب على الخدمات.

**3- تطور الأمراض الوبائية :** إن انتشار الأمراض المعدية، وكذلك الارتفاع في عدد المصابين بالأمراض المزمنة يؤدي إلى ارتفاع النفقات الصحية بشكل مذهل، مثلا سنة 2014 أعدت وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات مخطط وطني للتكفل بمرض السرطان الذي يشمل التكوين والتدريب بالإضافة إلى التكفل بالتداوي بالخارج للحالات المستعصية.

**4- التقدم التكنولوجي :** تمثل التحسينات في التكنولوجيات الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية. فقد أدى التطوير المستمر للأدوية الجديدة إلى زيادة هائلة في الوقاية من مشكلات صحية وفي علاجها، ولكنه نظرا لارتفاع تكلفة التكنولوجيا أسهم أيضا في سرعة نمو الإنفاق.

**5- أثر بومول :** يشير هذا الأثر المسمى باسم منشئه الاقتصادي ويليام ج . بومول، إلى الزيادة الكبيرة نسبيا في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية، بما في ذلك في الخدمات المقدمة من الحكومة. ففي الرعاية الصحية، يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء والمرضات/المرضين دون المساس بمستوى الخدمات.

### ثالثا - تطور حجم الإنفاق على الصحة :<sup>1</sup>

يخضع حجم الإنفاق على الصحة إلى ضرورتين أساسيتين : الطلب الاجتماعي على الصحة المرتبط بالاحتياجات الديمغرافية المحددة بالطاقة البشرية التي ينبغي المحافظة عليها من خلال توفير الرعاية الصحية الضرورية، والطلب الاقتصادي على الصحة والناجم عن وضع سياسة تنمية اقتصادية وإختيار تكنولوجي واحتياجات المجتمع للموارد البشرية القادرة على تأطير الاقتصاد الوطني. لتحديد وتحليل حجم الإنفاق على الصحة يمكن الاعتماد على مؤشرين : نسبة ما يخصص للصحة من الميزانية العامة للدولة، وحصص الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام.

**1- الإنفاق على الصحة في الميزانية العامة للدولة :** هذا المؤشر يبين كيف تتنافس الصحة كل سنة مع مختلف القطاعات التي تتطلب إنفاقا عموميا، أي الأولويات التي تمنحها السلطات العمومية للصحة في مجموع نشاطاتها.

<sup>1</sup> - سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الشهيد حمه لخضر-الوادي، الجزائر، العدد السابع، 2016، ص ص 372-374.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

جدول رقم (04) : نصيب نفقات الصحة في الميزانية العامة للدولة للفترة 2008 - 2015 (مليون دج)

السنة	نفقات الصحة			النفقات العامة للدولة			الصحة في الإنفاق العام %		
	التجهيز	التسيير	المجموع	التجهيز	التسيير	المجموع	التجهيز	التسيير	المجموع
2008	3689	129201	132890	2305000	20179669	4322969	0.2	6.4	3.1
2009	14837	178323	193160	2598000	2593741	5191741	0.6	6.8	3.7
2010	13563	195012	208575	3331952	2838000	6169952	0.4	6.9	3.4
2011	13813	227859	241672	3184120	3434307	6618427	0.4	6.6	3.6
2012	3711	404945	408656	2820417	4608250	7428667	0.1	8.8	5.5
2013	12684	306926	319610	2544207	4335614	6879821	0.5	7.1	4.6
2014	17058	365947	383005	2941714	4714452	7656166	0.6	7.8	5
2015	2349	381972	384321	3885785	4972278	8858063	0.1	7.7	4.3

المصدر : سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000 - 2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الشهيد حمه لخضر-الوادي، الجزائر، العدد السابع، 2016، ص ص 372-374.

نلاحظ من خلال الجدول أن نصيب الصحة السنوي من إجمالي الإنفاق العام للدولة ارتفع من 3.1% إلى 4.3% خلال الفترة 2008-2015 أي بمعدل نمو بلغ 38.7% وأن المتوسط السنوي لنصيب الصحة من إجمالي الإنفاق العام للدولة خلال الفترة السابقة بلغ 4.2%، إذ تستحوذ نفقات التسيير على الجزء الأكبر حيث بلغت قيمتها 7.2% من نفقات التسيير العامة خلال الثمان سنوات الماضية. مع العلم أن متوسط اعتمادات الدفع المخصصة لتجهيز قطاع الصحة لا تتجاوز 4% سنويا من إجمالي ميزانية الصحة.

لقد عرفت الفترة 2008-2015 تطورا غير منتظم لمجموع نفقات الصحة حيث تميزت بالتناقص أحيانا وبالتزايد أحيانا أخرى إذ سجلت أعلى زيادة سنة 2012 (69%)، أما سنة 2013 فقد سجلت انخفاضا ملحوظا (-22%). بالنسبة لبنية نفقات التسيير فإن المعروف أن العامل البشري في المؤسسات الاستشفائية يمثل أهم عنصر وخاصة السلك شبه طبي، وهكذا فإن نفقات المستخدمين تمثل حوالي ثلثي نفقات التسيير، وإذا أضفنا هذه الأخيرة إلى نفقات الدواء فإن هذين العنصرين يمثلان 80%. أما بالنسبة لنفقات التجهيز (إعتمادات الدفع المفتوحة) لنفس الفترة فتموها كذلك غير منتظم، مع العلم أن الوضعية المالية للاعتمادات المفتوحة تبين أن نسبة إستهلاكها ضعيفة حيث قدرت في المتوسط بـ 25% سنويا وكانت أعلى نسبة سنة 2010 (53%) وأدنى نسبة سنة 2015

(3%). هذا الوضع يدل على خلل في تسيير هذه الأموال الطائلة المرصودة لبناء وتجهيز المؤسسات الاستشفائية وعدم الالتزام بانجاز البرامج المسطرة في آجالها.

**2- نصيب نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام :** هذا المؤشر يمثل الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة، كما يعتبر من ضروريات التخطيط والتنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية والإجتماعية المختلفة. إن نسبة الإنفاق العمومي على الخدمات الصحية من الناتج الداخلي الخام في الجزائر قدرت في المتوسط بـ 2% سنويا، وهي نسبة ضئيلة جدا على الرغم من الوفرة المالية الناجمة عن ارتفاع أسعار النفط.

إن عجز القطاع الصحي العمومي على تغطية إحتياجات السكان من الخدمات الصحية أدى إلى تطور القطاع الصحي الخاص، وهكذا فإن صعوبة الحصول على الخدمات الصحية العمومية والتي ترجع أساسا لعدة أسباب كسوء الاستقبال وبعد المؤسسات الاستشفائية عن مقر سكن المريض والمواعيد الطويلة... الخ، ساعد على إنتشار العيادات والمصحات الخاصة. لكن هذا التطور الكبير للقطاع الصحي الخاص لم يتم بشكل منظم وفي إطار مشروع تنموي صحي وطني حيث لم تعرف أهدافه بشكل واضح ولم تحدد علاقته بالقطاع العمومي، صف إلى هذا فإن التعريف المطبقة غير خاضعة للرقابة. والجدول التالي بين لنا نصيب نفقات الصحة الكلية (القطاعين العمومي والخاص) في الناتج الداخلي الخام في الجزائر وبعض البلدان المتقدمة والنامية.

**المبحث الرابع : ميكانيزمات معالجة عراقيل النظام الصحي وأثره على تطور النفقات.**

**المطلب الأول : معوقات النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها**

**أولا - معوقات النظام الصحي في الجزائر**

فيما يلي حوصلة عن العقبات والمشاكل الأكثر بروزا، وتمس جوانب جد مهمة لأوجه قصور النظام الصحي في الجزائر، وعرض

للإختلالات التي يعاني منها هذا الأخير :

**1- الإختلالات المرتبطة بالتمويل :**

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة إختلالات تتمثل في نقص الوسائل المادية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة

الأولى، ويمكن إرجاع ذلك إلى مايلي :<sup>1</sup>

✓ تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كافي للموارد المالية؛

✓ ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها؛

✓ مديونية ثقيلة؛

✓ غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

✓ قلة الموارد المالية وسوء توزيعها بحيث يعتمد النظام الميزاني للمؤسسات الصحية على نسبة كبيرة من التمويل الحكومي. بما يقارب

60% في حين تبقى مساهمة باقي الهيئات الأخرى مساهمة محتشمة، وهو ما يفسر العبء الكبير الذي تتحمله الحكومة في توفير

خدمات صحية تتماشى وحجم الطلب عليها<sup>2</sup>.

✓ غياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، وهذا راجع بالضرورة إلى الاعتماد على طرق

تقليدية في عملية تقدير الإعتمادات؛

✓ إن إتباع نظام التمويل الحالي من شأنه أن يعرقل مشاريع تطوير النظام الصحي وفق العبء الاقتصادي الحقيقي والتخطيط المبني

على أساس الكلفة الصحية ذات الكفاءة والمردود العالي، وكذلك إعاقاة تطبيق مشروع نظام الضمان والتأمين الصحي؛

✓ تكريس القطاع الصحي لأهم موارده لصالح المستشفى أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية<sup>3</sup>.

### 2- الإختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين :

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي

موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس تمثلت أهم هذه الإختلالات في مايلي :

<sup>1</sup> - مهديد يمينة، بحري أبو بكر، تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، مذكرة ماستر، علوم التسيير، جامعة ابو بكر بلقايد، تلمسان، 2016/2015، ص109.

<sup>2</sup> - عدمان مرزيق، مرجع سبق ذكره، ص 106.

<sup>3</sup> - عدمان مرزيق، مرجع سبق ذكره، ص 106.

### 1-2 العراقل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية :<sup>1</sup>

ونبرزها في الآتي :

- ✓ تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة. بما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة؛
- ✓ تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة؛
- ✓ تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها؛
- ✓ نقص في صيانة العتاد الطبي؛
- ✓ نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطأة الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية؛
- ✓ تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.

### 2-2 العراقل المرتبطة بالإعلام :<sup>2</sup>

النظام الإعلامي الحالي لا يعلمنا إلا بجزء بسيط فقط من الواقع الواسع لطالب العلاج ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، ومن أهم الإختلالات نجد ما يلي :

- ✓ إنعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض، إذ نتج عنه إنعدام أي استغلال لهذه الرموز؛
- ✓ سوء تناول الملفات والتقارير الطبية، وعدم تكييف ومرونة بعض السجلات الإدارية.

### 3-2 إختلالات مرتبطة بالتكوين :<sup>3</sup>

لقد تمثلت النقائص المسجلة في جانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العام والخاص) فيما يلي :

- ✓ عدم استجابة مدارس التكوين شبه الطبي إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين؛
- ✓ إتساع الهوة بين مخرجات قطاع التعليم العالي وسوق الشغل وبالأخص قطاع الصحة، وهو ما تم التماسه من خلال المسيرين الذين تم تكوينهم على مستوى مؤسسات التعليم العالي والذين لا يستجيبون لمواصفات التسيير على مستوى القطاع الصحي؛

<sup>1</sup> - عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، علوم التسيير، جامعة ابو بكر بلقايد، تلمسان، 2012/2011، ص ص 143-144.

<sup>2</sup> - سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد الأول، 2014، ص 04.

<sup>3</sup> - عدمان مرزوق، مرجع سبق ذكره، ص 107.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

✓ عدم استجابة التكوين الأكاديمي لمتطلبات الميدان الصحي وهو ما ترتب عنه نقص فادح في بعض الاختصاصات الطبية وشبه الطبية، وهو ما يؤكد بالضرورة أن نظام التعليم والتكوين لا يأخذ بعين الاعتبار النقائص والإحتياجات المسجلة بالقطاع.

ثانيا- طرق المعالجة والتدابير المقترحة للنظام الصحي في الجزائر :

### 1- التدابير المتعلقة بتمويل القطاع الصحي :<sup>1</sup>

✓ البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال إسترداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية؛

✓ إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير؛

✓ قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث بصدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن؛

✓ الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري؛

✓ تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامّة عن المستشفى؛

✓ وضع مخطط حسابات المستشفى؛

✓ ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات؛

✓ إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات؛

✓ إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات؛

✓ الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات؛

✓ تظّل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجال، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية؛

✓ جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية؛

✓ تدعيم الإجراءات الموجودة بحساب التكلفة؛

<sup>1</sup> - عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص ص 142-143.

✓ وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى؛

✓ مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

### 2- التدابير المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية :<sup>1</sup>

✓ الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الإدارة المركزية وهياكلها غير المركزية؛

✓ مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض

محفز؛

✓ إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تتكفل بصيانة العتاد الطبي؛

✓ جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلًا وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤولياتها؛

✓ تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.

### 3- التدابير المتعلقة بالإعلام :<sup>2</sup>

نتيجة للإختلالات المسجلة على مستوى نظام الإعلام فقد كان من الضروري التصدي لمثل هذه الفجوات مع تعزيز الاستفادة

من المعلومات الصحية وهذا من خلال تبيين مجموعة من التدابير المتمثلة فيما يلي :

✓ إعادة العمل بالمنهج التقليدي والمعروفة مع ضرورة التقيد بالمهام المنجزة طبية كانت أو غير طبية وذلك من خلال مسك ملف

المريض ومتابعة حالته بطريقة تدريجية إلى حين تعافيه؛

✓ تحديد المجالات التي يمكن توظيفها في مجال الإعلام الآلي مع إرفاق هذا الملف بالتكوين الضروري لذلك؛

✓ إنشاء هياكل وطنية و جهوية مكلفة بإقامة منظومة إعلامية مع تزويدها بكل الوسائل الضرورية لإنجاز مهامها.

### 4- التدابير المتعلقة بجانب التكوين :<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 144.

<sup>2</sup> - علي دحمان محمد، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، العلوم الاقتصادية، جامعة ابو بكر بلقايد،

تلمسان، ص ص 138-139.

<sup>3</sup> - المرجع السابق، ص 137.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

نظرا للتلازم الوطيدين بين الجانب المادي والبشري فقد كان من الضروري إرفاق الإصلاح المتعلق بالجانب المالي بإصلاحات أخرى تتعلق بجانب التكوين للموظفين أو بصيغة أخرى للفاعلين بالقطاع على إختلاف مسؤولياتهم (سلك طبي : شبه طبي والإداريين)، ويمكن إجمال هذه التدابير فيما يلي :

✓ إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وكذا تقدير مواصفات جديدة للتكوين ومحتويات التعليم المتقدم، وهذا من خلال التنسيق مع قطاع التعليم العالي؛

✓ تحديد الحاجيات الملحة إلى محترفي الصحة ومواصفات التكوين؛

✓ إجراء عملية تكوين نوعي ومرحلي للأخصائيين الطبيين؛

✓ وضع قنوات للمرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسير المهن والإعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها؛

✓ وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي؛

✓ إعادة تنظيم مؤسسات التكوين التابعة للقطاع حسب حاجيات هذا الأخير؛

✓ مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.

وإستنادا على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، ولكي يتم تجسيدها في

الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني، إداري، مالي وإجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.

### المطلب الثاني : أثر تطور النفقات على أداء الخدمات الصحية

تتبع أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية من أهميتها في حياة الأمم والشعوب لما تقدمه من خدمات يحتاجها أي إنسان. لذلك

خصص هذا المطلب لتوضيح مفهوم وأهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية، بالإضافة إلى تسليط الضوء على أهم المعايير المستخدمة في التقييم.

### أولاً - مفهوم تقييم الأداء في المؤسسات الصحية :

لقد وردت تعريفات كثيرة لتحديد مفهوم تقييم الأداء ومنها :<sup>1</sup>

عُرف تقييم الأداء بأنه : "إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها، ومقارنة تلك الأهداف بالأهداف المتحققة، ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقاً، مع تحديد أسباب تلك الانحرافات وأساليب معالجتها".

كما عرف بأنه " العمل المنجز بالكمية والنوعية والطريقة التي تتم بها تنفيذه، خلال فترة محددة على خلفية الوضع الإجمالي للعمل، والقسم الرسمي محاولة لوضع شخصية معينة وخصائص سلوكية للفرد وتأثيره على العمل ومساهمته بإنجاز أهداف المؤسسة".

وعُرف تقييم الأداء بأنه "عملية قياس منطقية موجهة لأنشطة المستشفى لتأشير مدى فعالية وكفاءة الجهود المبذولة في إطار هذه الأنشطة لتحقيق أهداف معينة في ضوء المقارنة بين ما تم إنجازه فعلاً وبين المعايير الموضوعية مسبقاً".

مما سبق نجد أن تقييم الأداء يشمل وضع معايير معينة ثم جمع المعطيات اللازمة لقياس تلك المعايير، ثم مقارنة مستوى الأداء الراهن بمستوى الأداء المرغوب في حدود تلك المعايير لتحديد الانحرافات بغرض تصحيحها. أما في المنظمات الصحية فتقييم الأداء يحدد مدى قدرتها على تحقيق أهداف الرعاية الصحية، ويسعى إلى تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة في حدود ما هو متاح من موارد.

### ثانياً - أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية :

الصحة ليس لها ثمن بل لها تكلفة، وهذه التكلفة ما فتئت تتزايد وتتضاعف، وتمويل الخدمات الصحية هو ما يؤرق الدول والحكومات مهما كانت درجة تطورها والنفقات المخصصة لقطاع الصحة، وحصة الأسد من هذه الأموال تستهلكها عامة المستشفيات نتيجة طبيعة نشاطها المتعدد بين العلاج والفحص والوقاية والتكوين والبحث وغيرها<sup>2</sup>. وتبرز أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية نتيجة الاعتبارات التالية :<sup>3</sup>

✓ يعكس تقييم الأداء التطور التاريخي للمنظمات الصحية، وتحليل أنشطتها وفعاليتها للفترة الماضية على نحو يسهل من مهمة معالجة نقاط الضعف وتعزيز نقاط القوة في أداؤها؛

<sup>1</sup> - منير مصلح محمد الوصايي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن، مذكرة ماجستير، تسيير عمومي، جامعة الجزائر3، 2012/2011، ص28.

<sup>2</sup> - نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، طبعة أولى، عمان، الأردن، 2012، ص177.

<sup>3</sup> - منير مصلح محمد الوصايي، مرجع سبق ذكره، ص ص 28-29.

## الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لإقتصاد الصحة

- ✓ توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمتخذي القرار، على نحو يوضح كيفية سير الأنشطة والفعاليات في المنظمة الصحية ومدى التزامها بالتوجيهات الصادرة من قبلهم؛
- ✓ تبين مدى قدرة المنظمة على استغلال الموارد المتاحة له في تحقيق أهدافها ومدى نجاحها في التخطيط والتنفيذ لتحقيق ذلك؛
- ✓ تكشف الانحرافات عن المعايير الموضوعية والممارسات الخاطئة والسلبية والإيجابيات، على النحو الذي يسهل من مهمة البحث عن أسباب هذه الانحرافات والمعالجات الضرورية لها؛
- ✓ تسهل مهمة تحقيق الوفورات الاقتصادية من خلال تعزيز التناغم بين مختلف أقسام المؤسسة الصحية وأنشطتها وتفعيل حالة التكامل بينها على النحو الذي يقلل من الهدر والضياع في الموارد؛
- ✓ توفر الفرصة لإيجاد نوع من المنافسة الإيجابية بين المؤسسات الصحية من ناحية، وبين الأفراد العاملين فيها من ناحية أخرى. الأمر الذي من شأنه زيادة الإنتاج كمّاً ونوعاً وتحسين الجودة مع ترشيد التكاليف.

### ثالثاً - عناصر تقييم الأداء :<sup>1</sup>

سبق التنويه إلى أن تقييم الأداء يهتم بقياس العمل ومدى تحقيق العاملين للمستويات والنتائج المطلوبة من خلال طرق عملية تلتزم بها إدارة المنظمة لقياس الأداء بشكل مستمر يغطي كافة جوانب العمل، مستخدمة في ذلك أدوات خاصة لقياس الأداء مصممه لهذا الغرض تقوم بتجميع بيانات حقيقية ودقيقة عن الأداء. يتكون نظام تقييم الأداء من عناصر تظهر في شكل خطوات تنظيمية تمثل ممارسات تطبيقية تهدف إلى صيانة النظام أو جزء منه أو تحسينه وتطويره، والتي يمكن حصرها في التالي :

#### 1- تحديد الهدف من التقييم :

يعتبر تحديد الهدف أحد أهم أسس التقييم، فلا معنى لهذه العملية إذا لم تحدد المنظمة وجهتها فيما تقوم به أنشطتها من عمليات، فتحديد الهدف هو شرط أساسي لتقييم الأداء يتم من خلاله تحديد خطط سير المراحل اللاحقة بعد اعتمادها باعتبار أن هناك من الأهداف ما لا يصلح أو يحتاج إلى تعديل بسبب صعوبة أو إستحالة تحقيقه.

#### 2- تحديد مسؤوليات تقييم الأداء :

<sup>1</sup> - <http://www.uob.edu.ly>, 02/05/2018.

هي مرحلة مهمة للحد من التداخل والتعارض عند القيام بعملية التقييم، كما أنها كفيلة بالردود على التساؤلات عدة أهمها ما يلي :

**1-2 تحديد المسؤول عن تقييم الأداء :** حيث يتم ذلك بعدة طرق من أهمها، قيام الرئيس بتقييم أداء مرؤوسيه، أو قيام المرؤوس بتقييم أداء الرؤساء، أو قيام الأفراد في المستوى الإداري الواحد بتقييم أداء زملائهم، أو من خلال التقييم الذاتي، أو من خلال تشكيل لجنة مختصة يتم تزويدها بجميع الإمكانيات والمعلومات للقيام بعملية تقييم الأداء.

**2-2 تحديد عدد مرات التقييم :** وهي تتوقف على ظروف وطبيعة العمل والغرض من التقييم حيث يمكن أن تكون سنوية أو نصف سنوية أو دورية أو شهرية.

**2-3 تحديد مواعيد التقييم :** وهي مرحلة تتسم بالحساسية البالغة حيث فيها يقوم الرؤساء باختيار إحدى طريقتين، تتمثل الأولى في اختيار موعد التقييم عند نهاية العمل، بينما الثانية يتم فيها التقييم طوال زمن العمل وهي وإن كانت تتطلب جهداً وكلفة أكبر إلا أنها الأكثر ملائمة من الطريقة الأولى التي يعاب عليها أن زمنها المحدد لا يقدم كل المعلومات.

**2-4** إن مرحلة تحديد المسؤولية يجب أن يتم فيها تحديد مسؤوليات القائمين على تقييم الأداء من مشرفين ورؤساء مباشرين والتي من أهمها استلام المعلومات الواردة عن العمل وفحصها، وإعداد التقارير والمراسلات الصادرة إلى المسؤولين في الوقت المحدد متضمنة الانجازات والمعوقات والتوصيات المتعلقة بما كتقدم الدعم الفني والإداري وإعداد قاعدة بيانات للأداء وعقد الاجتماعات المشتركة وإعداد برامج للمراجعة والمتابعة المستمرة لمخرجات كل مرحلة وإعداد خطط العمل ومتابعة تنفيذها، وأخيراً إقامة النشاطات التدريبية وتحديد إحتياجاتها وتقييمها.

**2-5 تحديد وحدات القياس :** إن مقاييس الأداء المعتمدة هي المقاييس التي تعكس وضع المنظمة وحالتها مما يؤكد ضرورة إهتمامها عند تصميم المقاييس بما يحقق لها تغذية عكسية تزودها بما تحتاجه من بيانات ومعلومات عن طبيعة العمليات ومخرجاتها وكل ما يتعلق بالانجازات الفعلية التي تمت والظروف المحيطة بها والتوقعات المستقبلية في ظل نظام للاتصالات الفعلية في نقل المعلومات إلى المختصين في الوقت المحدد.

**2-6 قياس الأداء :** تؤسس هذه المرحلة التي تعتبر إحدى مراحل الرقابة على بحث الأصول والأسس العلمية للمؤشرات المعتمدة للتأكد من أن ما تم إنجازه مطابق لما يلزم عمله. فهي تعتمد كلياً على الهدف من العملية الرقابية والتي تحدد ما إذا كانت عملية القياس ستكون كلية تشمل جميع أوجه النشاط، أم هي جزئية أو مرجعية لعمل ما أو لعينة معينة أم هي قياس وقتي لفترة محددة.

**2-7 مقارنة الأداء الفعلي وتحديد الإنحرافات :** إن هذه المرحلة الرئيسية في عملية تقييم الأداء يتم فيها استخدام المعايير كوسيلة لمقارنة الأداء الفعلي بالأداء المخطط لذلك فهي تركز على توفر المعلومات والبيانات الكافية عن الأداء التي تعتبر مصدراً للحكم عن الأداء الفعلي ومقارنته بالأداء المخطط لتحديد الإنحرافات. إلا أن استخدام مؤشرات التقييم عند إجراء المقارنة قد تتم وفقاً لمستويات مختلفة، فهناك مجالات عمل معينة تتطلب التطابق التام بين الأداء الفعلي والمعايير المعتمدة، في حين أن هناك مجالات أخرى يسمح فيها بالإنحرافات وفقاً لنسب محددة عن أرقام المعايير نظراً لضالة الانحراف وعدم أهميته.

### رابعا - الخصائص التي يجب توفرها في معايير تقييم الأداء<sup>1</sup>:

عند اعتماد معايير ومؤشرات القياس وتصميم نظام القياس يجب مراعاة توفر مجموعة من الخصائص في هذه المعايير والمؤشرات، نلخصها في الآتي :

- ✓ ضرورة تناغم مقاييس الأداء استراتيجياً مع غايات المنظمة وأهدافها؛
- ✓ يجب أن تتضمن مقاييس الأداء خليطاً من المقاييس المالية وغير المالية؛
- ✓ ينبغي أن تتضمن نظم قياس الأداء تلك المقاييس التي تسهل من مهمة المنظمة في تقييم فعاليتها إلى جانب كفاءتها؛
- ✓ تكامل المقاييس المستخدمة وعدم تضاربها أو تناقضها، وإتسامها بقدر من المرونة؛
- ✓ يجب أن تبين مدى كفاءة استغلال المنظمة لمواردها باتجاه توليد المخرجات؛
- ✓ يفترض أن تكون المعلومات اللازمة للمقاييس المختارة متوفرة في التوقيت المناسب، وأن تكون تكلفتها معقولة بشكل يسمح بالحصول عليها؛
- ✓ يفترض تحديد الأهمية النسبية والوزن الخاص لكل مقياس على نحو مختلف وبحسب أهمية كل منها. حيث يعكس الوزن العلاقة بين الأداء المراد قياسه وبين الأهداف التنظيمية التي يسهم فيها.

<sup>1</sup> - منير مصلح محمد الوصافي، مرجع سبق ذكره، ص36.

### خلاصة :

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل التطرق إلى الإقتصاد الصحي كفرع حديث يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الإقتصاد على قضايا الرعاية الصحية لتوضيح جوانبها المختلفة، بحيث تصبح أكثر فعالية للتحليل كما يقدم معايير لتقييم السياسات الصحية ومدى كفاءتها الاقتصادية، بإيجاد حلول للتوفيق بين الموارد المتاحة والطلبات المتعلقة بالمحافظة أو تحسين صحة المواطنين، كما تعمل المؤسسة الصحية على تنظيم وتوزيع الخدمات الصحية بمختلف أنواعها على مختلف أفراد المجتمع هذا من جهة، ومن جهة أخرى تسهر على تكوين وتدريب كل الفاعلين في ميدان الخدمات الصحية. هذا وأصبح من الضروري تطبيق التحليل الاقتصادي في مجال الصحة وهذا نظراً للزيادة في النفقات الصحية، الأمر الذي يستدعي البحث عن أسبابها وكيفية إستخدامها بطريقة عقلانية للوصول إلى التحكم في التكاليف وتحقيق الفعالية في الأداء.

الفصل الثاني :

دراسة حالة

القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

الفصل الثاني -  
دراسة حالة

القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

### تمهيد :

بعد أن قمنا في الفصل النظري لبحثنا بعرض مشكلة البحث والتطرق لأهم الجوانب المتعلقة بها. نحاول من خلال دراستنا الميدانية ترجمة هذه الحقائق إلى معطيات ملموسة وذلك من خلال تحويل المعطيات النظرية إلى حقائق واقعية في ضوء البيانات والمعلومات التي تحصلنا عليها من الميدان، ويعد هذا الفصل نقطة البداية في دراستنا الميدانية حيث نسعى من خلاله إلى توضيح أهم الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها في سبيل تحقيق الأهداف السالفة والإجابة على التساؤلات التي طرحتها الدراسة، وبناءً على هذا سوف نخصص :

**المبحث الأول :** مديرية الصحة والسكان والمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - لولاية سوق أهراس.

**المبحث الثاني :** خطوات إجراء الدراسة الميدانية.

**المبحث الثالث :** تحليل نفقات مديرية الصحة والسكان والمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم -.

### المبحث الأول : تقديم مديرية الصحة والسكان والمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - لولاية سوق أهراس

#### المطلب الأول : مديرية الصحة والسكان لمحمة عامة<sup>1</sup>

تعتبر مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس، إدارة عمومية، في شكل مصلحة غير مكرزة للدولة تحت وصاية وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووالي الولاية، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، الذي يُحدّد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها.

وحسب المادة 08 من المرسوم التنفيذي رقم 97-261 سالف الذكر، فإن مديرية الصحة والسكان الولائية تسهر وتضع حيز التنفيذ كل التدابير التي من شأنها أن تؤطر النشاطات الخاصة بالصحة والسكان، وبهذه الصفة تُكَلّف بما يلي :

- ✓ تسهر على تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتصلة بأنشطة الصحة والسكان؛
- ✓ تنشيط وتنسيق وتقوم تنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة، لاسيما في مجال الوقاية العامة وحماية الأمومة والطفولة والحماية الصحية في الأوساط الخاصة وكذلك في مجال التحكم في النمو الديموغرافي والتخطيط العائلي وترقية الصحة التناسلية؛
- ✓ تسهر على إحترام السلم التسلسلي للعلاج، لا سيما بتطوير كل النشاطات التي تهدف إلى ترقية العلاج القاعدي؛
- ✓ تطور كل عمل يهدف إلى الوقاية من إدمان المخدرات ومكافحتها وخصوصا في اتجاه الشباب؛
- ✓ تسهر على التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمادية والمالية دون المساس بالصلاحيات المخولة قانونا لرؤساء مؤسسات الصحة؛
- ✓ تشجّع وتطور كل أنشطة الإتصال الإجتماعي لا سيما التربية الصحية بالإتصال مع الجمعيات الإجتماعية المهنية والشركاء الآخرين المعنيين؛

✓ تسهر على وضع جهاز يختص بجمع المعلومات الصحية والوبائية والديموغرافية واستغلالها وتحليلها وتبليغها؛

✓ تنشيط الهياكل الصحية وتنسيقها وتقومها؛

✓ تسهر على وضع الإجراءات المتعلقة بحفظ المنشآت وتجهيزات الصحة وصيانتها حيز التنفيذ؛

✓ تتولى تأطير هياكل الصحة ومؤسساتها العمومية والخاصة وتفتيشها؛

✓ تعد التراخيص المتعلقة بممارسة المهن الصحية وضمان مراقبتها؛

<sup>1</sup> - وثائق مقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

✓ تعد المخططات الإستراتيجية بالإتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الإسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كوارث مهما كانت طبيعتها؛

✓ تدرس برامج الإستثمار وتتابعها في إطار التنظيمات والإجراءات المعمول بها؛

✓ تتابع وتقوم بتنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة وتقومها؛

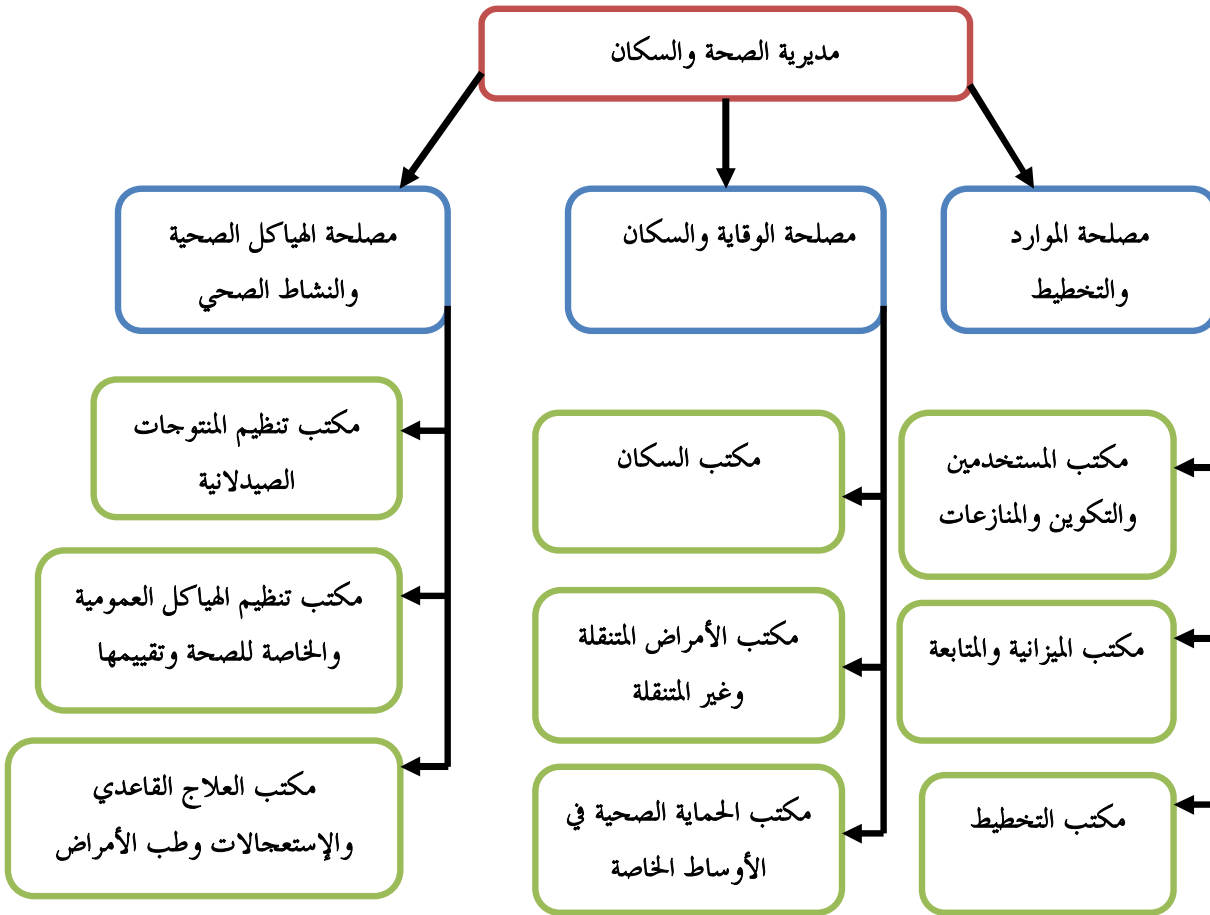
✓ تشرف وتسهر على السير الحسن للمسابقات والإمتحانات المهنية.

أولا - الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان :

حسب المادة 5 من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 12 مايو سنة 1998 المتضمن المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان في

الولاية، فإن المديرية تتضمن 03 مصالح و09 مكاتب موزعة حسب الشكل التالي :

شكل رقم (01) : المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان في ولاية سوق أهراس.



المصدر : من إعداد الباحث بالإستناد على معلومات مقدمة من طرف مديريةية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس.

### ثانيا - البرامج الصحية التي تشرف عليها المديرية :

إن الجوهر الأساسي من وجود مديريات الصحة والسكان، هو راحة المريض وعلاجه، أي العناية بصحة المواطن، لهذا فإن مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس تعمل في إطار حل القضايا الصحية المختلفة التي تواجه السكان، والمعتمد أن يتم إتباع برامج تم وضعها مسبقا من قبل الوزارة الوصية. حيث يكون تنفيذ البرنامج الصحي من خلال موارد مشتركة، وخدمات بتنظيم وطريقة متماسكة، في الزمان والمكان، بغية تحقيق أهداف محددة في ما يتعلق بمشكلة صحية محددة.

### 1- خطوات البرنامج الصحي :

لوضع أي برنامج صحي وتنفيذه يجب اتباع الخطوات التالية :

✓ تحديد الأولويات؛

✓ صياغة المشكلة مع تحديد السكان المستهدفين؛

✓ صياغة الأهداف والأنشطة؛

✓ تحديد الموارد؛

✓ وضع خطة التشغيلية؛

✓ تنفيذ البرنامج؛

✓ تقييم البرنامج.

### 2- البرامج الصحية الوطنية (PNS) :

يوجد عدة برامج، نذكر منها على سبيل المثال :

✓ البرنامج الوطني لمكافحة انتقال الأمراض المنقولة بواسطة المياه؛

✓ البرنامج الوطني لمكافحة الأمراض الحيوانية ؛

✓ البرنامج الوطني لمكافحة السل؛

✓ البرنامج الوطني لمكافحة Paludienne؛

✓ البرنامج الوطني لمكافحة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي/الإيدز؛

✓ البرنامج الوطني لمكافحة مرض الروماتيزمية؛

- ✓ البرنامج الوطني لمكافحة التهاب السحايا النخاعي؛
- ✓ البرنامج الوطني لمكافحة الإسهال؛
- ✓ البرنامج الوطني لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة؛
- ✓ البرنامج الوطني لمكافحة البروتين energitic سوء التغذية؛
- ✓ البرنامج الوطني الموسع للتطعيم الوطني؛
- ✓ البرنامج الوطني لاستئصال شلل الأطفال؛
- ✓ البرنامج الوطني لمكافحة TNN : النيو ناتال الكزاز؛
- ✓ البرنامج الوطني لمكافحة الوفيات ومرض الأمهات وحديثي الولادة؛
- ✓ البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الرضع؛
- ✓ البرنامج الوطني للسكان؛
- ✓ برنامج الصحة الوطنية في مجالات محددة: الصحة المدرسية؛
- ✓ البرنامج الوطني لصحة الفم في الوسط التربوي؛
- ✓ البرنامج الوطني للصحة العقلية.

### 3- الحالات والأمراض المخصصة للتبليغ الإجباري :

وضعت الوزارة الوصية قائمة بالحالات والأمراض التي يجب التبليغ بها إجبارياً، وبشكل دوري، من ذلك :

الكوليرا، حمى التيفوئيد، العدوى التي تنقلها الأغذية الجماعية، التهاب الكبد الفيروسي، الخناق، الكزاز، السعال الديكي، شلل الأطفال، الحصبة، التهاب السحايا الدماغى، إتهاب السحايا أخرى غير السلي، السل؛ الملاريا، داء الليشمانيات الحشوي، داء اللايشمانيات الجلدي، كيسة الكيسة المائية، الغضب، الفحم، الحمى المالطية، البلهارسيا، الجدام، داء اللولبية النحيفة، إتهاب الإحليل بالمكورات البنية، التهاب الإحليل غير السيلاني، Syphylis، العدوى مع Immunodéficienne الفيروسات البشرية HIV، التيفوس، الطاعون، الحمى الصفراء، التراخوما.... الخ.

ثالثا - المؤسسات التي تشرف عليها المديرية :

تشرف مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس على مؤسسات خاصة وعمومية مختلفة عبر تراب الولاية، تُغطّي مجملها

الكثير من الخدمات الصحيّة التي يحتاجها المواطن، وهي:

**1- ثلاثة مؤسسات عمومية إستشفائية:** تقدم خدمات المكوث الإستشفائي، والعمليات الجراحية، والولادة... الخ، وهي :

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية المستشفى القديم، سوق أهراس؛

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية ابن رشد؛

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية هواري بومدين سدراتة،

**2 - أربعة مؤسسات عمومية للصحة الجوارية :** تضم 26 عيادة متعدد الخدمات، وقاعات علاج، تغطي الخدمات الصحية والعلاج

الجواري اليومي للمواطن خاصة المناطق النائية، والأرياف، والمؤسسات هي :

✓ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سوق أهراس؛

✓ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تاورة؛

✓ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سدراتة؛

✓ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مداوروش،

كما تراقب المديرية أيضاً العيادات والمراكز الطبية الخاصة، مثل :

✓ المصحة الطبية الجراحية ابن سينا؛

✓ المصحة الطبية المنار،

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

رابعا - الإمكانيات البشرية الخاصة بمديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس :

تعتمد مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس في تسيير شؤونها على عتاد بشري، مكوّن من مدير تنفيذي و38 موظفاً

وعاملاً، مقسمين حسب الأسلاك والرتب التالية :

جدول رقم (05) : الإمكانيات البشرية الخاصة بمديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس

عدد المناصب	الرتبة	
01	مهندس في الإعلام الآلي	الأسلاك المشتركة، الأسلاك التقنية، وأسلاك العمال المهنيين
05	متصرف	
02	تقني سامي في الإعلام الآلي	
07	ملحق رئيسي للإدارة	
01	محاسب إداري رئيسي	
02	ملحق الإدارة	
01	متصرف محلل	
01	عون إدارة	
02	كاتبة	
01	عون حفظ البيانات	
01	مهندس معماري	
01	سائق سيارة من الصنف 01	
01	بيولوجي في الصحة العمومية من الدرجة الثانية	الأسلاك النوعية
01	بيولوجي في الصحة العمومية من الدرجة الأولى	
01	ممرض متخصص للصحة العمومية	
01	مساعدة طبية رئيسية للصحة العمومية	
01	مساعدة إجتماعية رئيسية للصحة العمومية	
02	عون وقاية من المستوى الأول	الأعوان المتعاقدون
01	عامل مهني من المستوى الأول بالتوقيت الكامل	
04	عامل مهني من المستوى الأول بالتوقيت الجزئي	
01	سائق سيارة من المستوى الأول بالتوقيت الكامل	

المصدر : وثائق مقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

وبالنظر إلى مركز المديرية ودورها فإنها تفتقر إلى أعوان عموميين آخرين، على سبيل المثال : طبيب مفتش في الصحة العمومية، صيدلي مفتش في الصحة العمومية، مختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية، قابلة للصحة العمومية ... الخ، باعتبارها رتب حساسة وضرورية داخل المديرية.

المطلب الثاني : المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القلم - سوق أهراس<sup>1</sup>:

أولا - النشأة والموقع :

أسس المستشفى الجهوي كما كان يسمى سابقا ومنذ أزيد من قرن وثلاثون سنة 1872 أي وقت الاستعمار، وكان وقتها يضم مصالح الجراحة والطب العام ثم أصبح بعد ذلك يضم مصلحة الجراحة والاستجالات، وقد كان يعتبر من أهم المؤسسات الصحية المكونة للقطاع الصحي سابقا ومقر إدارته.

المؤسسة العمومية الإستشفائية تقوم بتقديم خدمات علاجية تمتاز بميزتين أساسيتين هما الديمومة و المساواة، ذلك لأن خدماتها مجانية وأحيانا تكون رمزية، فالمستشفى لا يفرق بين الغني و الفقير ولا الكبير و الصغير، حيث أنه يقدم خدمات على مدار 7/7 أيام و24/24 ساعة.

كما أنه يقدم برامج تحسيسية خاصة على مستوى الأرياف والمناطق المعزولة، ذلك لتجنب الأمراض المنتقلة عبر المياه أو الحيوانات مثلا هذا كله من أجل ضمان صحة المواطن.

أما عن موقع المؤسسة، فهي تقع في الشمال الشرقي لولاية سوق أهراس وتحديدًا بطريق تونس، يحدها شمالًا أولاد إدريس، وغربًا المشروحة والحنانشة، وجنوبًا بلدية الزعرورية وتيفاش أما من الشرق ويلان.

تتربع على مساحة إجمالية تقدر بـ 07 هكتارات، أفتتح عام 1880 يحتوي على 34 قاعة علاج، عدد المراكز الصحية قدر بـ 06 مراكز.

ثانيا - تعريف المؤسسة الإستشفائية :

إن المؤسسة العمومية الإستشفائية "المستشفى القديم" انبثقت عن تقسيم جديد للخارطة لسنة 2008، وأنشئت في نفس السنة بمرسوم تنفيذي رقم 07/140 في 2007/05/19 وهي مؤسسة ذات طابع إداري تقدم خدمات إستشفائية وغير إستشفائية.

<sup>1</sup> - وثائق مقدمة من طرف مركز معالجة المعطيات بالمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القلم - سوق أهراس.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

تختص بالجراحة أساساً، إضافة إلى مصالح الأمومة والطفولة، وجناح الاستعجالات ناهيك عن مصالح اخرى تدعم هذه المصالح. تبعا للتقسيم الجديد الذي قسم القطاع الصحي سابقا إلى مؤسسات عمومية منها الإستشفائية والجوارية، وتدعى هذه المؤسسة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - المستشفى القديم - وهي مؤسسة مستقلة بذاتها ولها إدارة متكون من مديرية عامة وثلاث مديريات فرعية وهي :

✓ المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية؛

✓ المديرية الفرعية للنشاطات الصحية؛

✓ المديرية الفرعية لإدارة الموارد البشرية.

أما ميدانيا فهو عبارة عن مؤسسة يتواجد بها جل المواطنين الذين يعانون من أعراض مرضية بقصد الحد من جميع الأمراض بطريقتين :

**1- الطريقة الأولى :** وهي الاستعجالات، حيث يتلقى المريض كل الإسعافات الأولية.

**2- الطريقة الثانية :** هي المكوث بالمستشفى عدة أيام.

ويعتبر المستشفى المؤسسة الوحيدة التي تحد من معاناة المرضى وتمنحهم العلاج والقوة لمباشرة الحياة العملية.

**ثالثا - مهام ومصالح المؤسسة :**

**1- المصالح :** تحتوي المؤسسة العمومية الاستشفائية على عدة مصالح وفروع نذكر منها :

**1-1 المصالح الإدارية :** تتكون من المديرية العامة وثلاث مديريات فرعية.

**1-1-1 المديرية العامة :** هي التي تسهر على كل المصالح الصحية للمستشفى من ناحية حفظ الوثائق، المستندات، الصادر، الوارد،

كما تقوم بتسيير كل شؤون القطاع الصحي وهذا كله تحت اشراف المدير العام وتتكون هذه الأخيرة من ثلاث مديريات فرعية

كالتالي :

**أ - المديرية الفرعية للوسائل المادية و المالية :** تركز على الجانب الاقتصادي للمؤسسة، حيث تختص بالميزانية العامة للمؤسسة كميزانية

الصيانة والمطبخ... الخ، كما تسهر على تمويل القطاع من الناحية المادية (الشؤون المالية)، والمسؤولية عن تمويل كل ما يخص القطاع من

مستلزمات وتمثل مهامها في :

✓ إستقبال وتخزين المواد الاستهلاكية ومختلف البضائع، وتوزيع هذه البضائع على المصالح المعنية؛

✓ تجديد الدفاتر والسجلات القانونية والإبلاغ الدوري لجميع الهياكل ومدير المؤسسة على نتائج الميزانية.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

وتنقسم هذه المديرية إلى ثلاث مصالح هي :

✓ **مصلحة التموين :** تعمل على تموين القطاعات بالتجهيزات، المنشآت، الأدوات الطبية، وكل ما تحتاجه الإدارة من وسائل أثاث وآلات؛

✓ **مصلحة الصيانة :** تعمل على صيانة الأدوات والوسائل الطبية، الحظيرة، وأثاث الإدارة؛

✓ **مصلحة الغسل والتنظيف :** تعمل على توفير النظافة في القطاع الصحي.

**ب - المديرية الفرعية للنشاطات الصحية :** هي التي تسهر على سير شؤون المصالح الصحية عبر كل البلديات وتمثل مهامها في :

✓ **المراقبة المستمرة لجميع البلديات، وتموينها بالأدوية ووسائل النظافة؛**

✓ **إدارة شؤون المستشفى، مثل كميات الوسائل المستخدمة في الصحة من آلات وأجهزة كما تشرف هذه المديرية على أربعة مكاتب هي :**

✓ **مكتب الوقاية :** يتكفل بجانب البحث العلمي في حالة حدوث أي وباء أو مرض معدى، ويسهر على وضع البرامج الوقائية وبرامج التلقيح الوطنية؛

✓ **مكتب الدخول :** يتكفل بتسجيل جميع المعلومات الخاصة بكل مريض (تاريخ الدخول، الخروج، رقم السرير، المصلحة التي أدخل إليها...، كما يتم تسجيل كل الولادات الوفيات)، وتدفع فيه الرسوم المفروضة المتعلقة بالمرضى؛

✓ **مكتب التوجيه :** يقوم بتوجيه المراقبين الطبيين والإداريين وتزودهم بالطرق الجديدة في المعاملات؛

✓ **مكتب النشاطات :** يتكفل هذا المكتب بجمع المعلومات والإحصائيات الخاصة بجميع النشاطات للوحدات التابعة للقطاع الصحي وإستغلالها لتحسين الرعاية والتكفل بالمرضى.

**ج - المديرية الفرعية لإدارة الموارد البشرية :** تسهر على تسيير شؤون المستخدمين والموارد البشرية طبقا للتنظيم المعمول به، كما

تختص بعدد المستخدمين في المستشفى من عمال عاديين وأطباء، إداريين، وتمثل مهامها في :

✓ **تسيير كل المصالح الخاصة بالعمال والعمال؛**

✓ **العمل على حل النزاعات وتسويتها.**

وتنقسم هذه المديرية إلى أربع مكاتب هي :

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

- ✓ مكتب حساب الكلفة : هو مكتب استحدث مؤخرا وله علاقة مع كل رؤساء المصالح، بحيث يقوم كل رئيس بتقديم تقرير شهري حول مصلحته، يتم في هذا المكتب حساب تكلفة كل مريض خلال مدة إقامته بالمستشفى؛
- ✓ مكتب إدارة الموارد البشرية : يهتم بكل شئ يتعلق بحركات العمال من تعيينات، ترتيبات، وترقيات، حيث يقوم بتعيين العمال بعد تنصيبهم في مكان عملهم؛
- ✓ مكتب المحاسبة : تنقسم الميزانية حسب تفسيرها، وذلك خضوعا لأوامر المدير العام، كما تهتم هذه المصلحة بكل ما يتعلق بالإيرادات والنفقات وكل العمليات الإدارية؛
- ✓ مكتب الاجور : يعمل على حساب الأجر الشهري لجميع العمال، وتعبئة الوثائق اللازمة إلى حين التقاعد.

### 1-2 المصالح الاستشفائية وهي كالتالي :

- 1-2-1 مصلحة المصالح الصحية DDS : تهتم هذه المصلحة بالإشراف على المصالح الموجودة بالمستشفى، حيث أهما تهتم بالتقارير وكذا جداول المناوبة الخاصة بالاطباء المختصون أو العاملون، وتكون دوما متناسقة مع الإدارة، كما لها علاقة بمصالح الصيدلة والوقاية، الحيوية، مواد ضد تحثر الدم وضد الأوجاع إلى أن يسترجع المريض شبه حالته الطبيعية لتصبح وظائفه الحيوية معتدلة.

- 1-2-2 غرفة العمليات المبرجة BLOK OPERATOIRE DE PRPGRAMME : هي قاعة معمقة تستقبل المرضى المبرجين للإستفادة من عمليات جراحية عدة ومتنوعة، وذلك بعد فحص طبي دقيق وعدة تحاليل وأشعة خلافا عن غرفة العمليات الاستعجالية.

- 1-2-3 غرفة العمليات المستعجلة BLOK OPERATOIRE D'URGENCE : هي الوحيدة التي تتكفل بكل الحالات الاستعجالية بشتى أنواعها، مثل جراحة العظام، الجراحة العامة، الحروق، و التسمم... بإستثناء حالات الأمراض النسائية، وطريق عملها اليوم بكامله 24/24 ساعة بالإضافة إلى المرحلة الاستشفائية في قسم الإنعاش الجراحي الاستعجالي.

- 1-2-4 مصلحة الإنعاش الجراحي BLOC RENIMATION D'URGENCE : هي الوحدة المكتملة لغرفة العمليات الاستعجالية، حيث يتم فيها التكفل بالمريض من بعد العملية إلى التحسين التام أو التوجيه إلى مصلحة الجراحة العامة ( نساء أو رجال أو الإنعاش المبرمج).

- 1-2-5 مصلحة العيون OPHTALMO : هي مصلحة تختص في جراحة العيون و تعمل هذه المصلحة أيضا بإجراء النظارات للمرضى.

**1-2-6** مصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة **L.O.R.L** : مصلحة مختصة في جراحة الأنف والأذن والحنجرة، حيث يقوم الأطباء

القائمين على هذه المصلحة بمعاينة المرضى المصابين بعدة أمراض منها اللوزتين...إما أن يكون العلاج بالدواء أو العملية الجراحية.

**1-2-7** مصلحة جراحة الأسنان **STOMATO** : إن مصلحة طب الأسنان تعتبر اختصاص طب الأسنان، حيث أن أي مريض

يلتحق بهذه المصلحة يفحص بطريقة دقيقة حتى يتسنى للطبيب أن يقرر إذا كان التدخل بالعلاج أو النزاع أو الترميم.

**1-2-8** مصلحة التوليد وأمراض النساء : هي مصلحة تختص بكل ما يتعلق بالحمل وأمراض النساء وتنقسم بدورها إلى أقسام :

**أ - مصلحة أمراض النساء GYNECOLOGIE** : تختص بالعمليات القيصرية وأمراض الجهاز التناسلي، كذلك تختص بعمليات

الإجهاض وحالات الإغتصاب.

**ب - مصلحة الولادة MATERNE** : تحتوي على 14 قاعة ولادة، مهمتها توليد النساء بطريقة عادية.

**ج - مصلحة ما بعد الولادة NEO NATALE** : تختص بالأطفال حديثي الولادة من 01 إلى 30 يوم، تقوم هذه المصلحة بعلاج

الأطفال الذين أصيبوا بأمراض في فترة الحمل أو أثناء الحمل مباشرة.

**1-2-9** مصلحة الصيدلة المركزية **LA PHARMACIE CENTRALE** : هي مصلحة تعمل على توزيع الأدوية على

المصالح الاستشفائية، حيث كل يوم يأتي مسؤول الصيدلة التابع للمصلحة التي تعمل بها مع إحصار دفتر الصيدلة التابع له والذي يحتوي

على كل ما يستحقونه من دواء، ويجب أن يكون الدفتر ممضي ومختوم من طرف مسؤول المصلحة التي يعمل فيها بمراقبة قائمة الدواء

الموجودة عنده، ويتم تقديمه وفي الأخير يحتفظ الصيدلي بورقة لتسهيل الحسابات التي يقومون بها كل شهر.

**1-2-10** مصلحة حفظ الجثث **LA MORGUE** : تعتبر مصلحة حفظ الجثث من بين المصالح التي لها أهمية كبيرة للمستشفى،

حيث تعمل على حفظ الشخص المتوفي والذي يكون قد ادخل من طرف الطبيب بعد معاينة أسباب الوفاة، وهذا بعد ساعتين من

الوقت الذي توفي فيه.

**1-2-11** مصلحة الجرد **INVENTAIRE** : وهي عملية تقوم بها جميع مؤسسات الدولة عمومية كانت أو إقتصادية لإحصاء

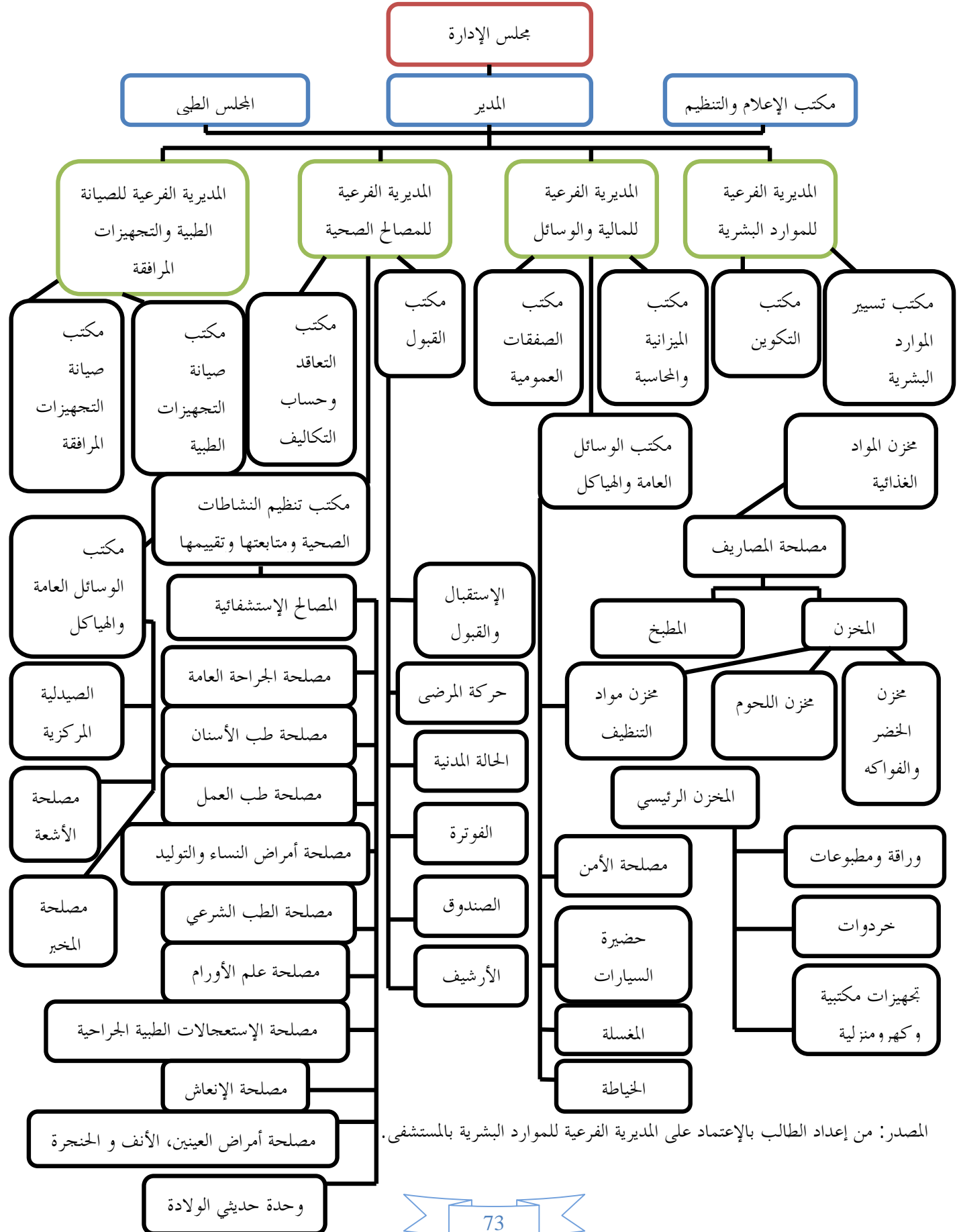
الوسائل المستعملة فيها، وذلك بوضع أرقام وراء جميع هذه الوسائل، وفي نهاية كل سنة يعاد إحصاء هذه الوسائل إذا كانت صالحة

للاستعمال، وفي حالة تلف هذه الوسائل يتم وضعها في مخزن تابع لهذه المصلحة ثم إجراء الجرد.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

رابعا - الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية - المستشفى القدم - :

الشكل رقم (02) : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية - المستشفى القدم -



المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمستشفى.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

يشمل التنظيم الداخلي للمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم-، الموضوعة تحت سلطة المدير الذي يلحق به مكتب الإعلام

والتنظيم وكذا المجلس الطبي، ما يأتي :

✓ المديرية الفرعية للموارد البشرية؛

✓ المديرية الفرعية للمالية والوسائل؛

✓ المديرية الفرعية للمصالح الصحية؛

✓ المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة.

تشمل المديرية الفرعية للموارد البشرية مكاتبين :

✓ مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات؛

✓ مكتب التكوين.

تشمل المديرية الفرعية للمالية والوسائل ثلاثة (3) مكاتب :

✓ مكتب الميزانية والمحاسبة؛

✓ مكتب الصفقات العمومية؛

✓ مكتب الوسائل العامة والهاكل.

تشمل المديرية الفرعية للمصالح الصحية ثلاثة (3) مكاتب :

✓ مكتب القبول مكتب التعاقد وحساب التكاليف؛

✓ مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها.

تشمل المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة مكاتبين :

✓ مكتب صيانة التجهيزات الطبية؛

✓ مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

### المبحث الثاني : خطوات إجراء الدراسة الميدانية

تتمحور الدراسة حول محاولة معرفة تأثير أزمة النفقات على أداء القطاع الصحي من خلال تحليل المعلومات حول تطور النفقات، وإستخلاص النتائج.

#### المطلب الأول : مجال الدراسة

يعتبر اختيار مجال الدراسة خطوة هامة في البحث لكي يستطيع الباحث أن يطابق ما هو نظري مع الجانب التطبيقي، وتختلف خصوصيات كل دراسة، ومن هذا المنطلق راعينا في بحثنا هذا اختيار القطاع الصحي لولاية سوق أهراس. ولقد تمت هذه الدراسة في إطار حدود زمنية ومكانية وبشرية معينة كما يلي :

**أولا - الحدود الزمنية :** لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة ابتداء من 2018/01/28 إلى 2018/05/08.

**ثانيا - الحدود المكانية :** بهدف التعرف على تأثير أزمة النفقات على أداء القطاع الصحي، إختارنا لتحقيق هذه الدراسة مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس، وكذا المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - بذات الولاية.

**ثالثا - الحدود البشرية :** شملت دراستنا على مجموعة من مسؤولي المصالح بمديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس وكذا المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - بذات الولاية.

#### المطلب الثاني : متغيرات وأدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة

##### أولا - متغيرات الدراسة :

لقد تميزت إشكالية البحث بوجود متغيرين اثنين هما : أزمة النفقات وأداء القطاع الصحي، حيث نسعى من خلال هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربطهما ومدى التأثير والتأثير المتبادل بينهما؛ فالمتغير التابع في هذه الدراسة هو أداء القطاع الصحي.

##### ثانيا - أدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة :

بحكم طبيعة وخصوصية موضوع البحث المتعلق بتأثير أزمة النفقات على أداء القطاع الصحي، إستوجب علينا الإعتماد على المنهج فقد تم الحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بالدراسة الميدانية على مرحلتين :

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

**أولاً - المرحلة الأولى :** كانت دراسة إستطلاعية لمديرية الصحة والسكان بالولاية للحصول بعض البيانات حول نفقات المديرية وميزانية الولاية للمؤسسات الصحية، كما تم إستطلاع المؤسسة العمومية الاستشفائية - المستشفى القديم- للتعرف على سير عمل المستشفى.

**ثانياً - المرحلة الثانية :** هي دراسة ميدانية لجمع البيانات الأولية من مختلف مختلف المصالح لإختبار فرضيات البحث وتحليله، ومن بين الوسائل التي تم استخدامها في جمع البيانات المستهدفة في هذه الدراسة في إطار المنهج الوصفي التحليلي، تم استخدام المقابلة بشكل أساسي في عملية جمع المعلومات والبيانات، والتي من خلالها سعت إلى الحصول على معلومات أكثر دقة وتفصيل وقد كانت أسئلة الباحث مكتوبة وبطريقة منهجية مقننة، بالإضافة إلى إعتداد الباحث على أداة الملاحظة، وبعض الوثائق المقدمة سواء من مديرية الصحة والسكان بالولاية أو المؤسسة العمومية الاستشفائية - المستشفى القديم - بذات الولاية.

**1 - المقابلة :** تعد المقابلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات والمعطيات في دراسة الأفراد والسلوك الإنساني، وتعرف بأنها " حوار أو محادثة أو مناقشة موجهة، تكون بين الباحث عادة وبين جهة أخرى تمثل شخص أو مجموعة أشخاص، وذلك بغرض التوصل إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة يحتاج الباحث للتوصل إليها في ضوء أهداف معينة."<sup>1</sup>

وبالنظر إلى موضوع بحثنا المتعلق بتأثير أزمة النفقات على أداء القطاع الصحي، فقد انصبت مقابلتنا في استجواب مدير الصحة والسكان لولاية سوق وأهراس وكذا مدير المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - بذات الولاية، مجموعة من مسؤولي مديرية الوسائل المادية والمالية والمراقبة، وتضمنت مقابلاتنا مجموعة من الأسئلة دارت حول مختلف مصالح ونشاطات المديرية والمستشفى، وأهم الصعوبات والعراقيل التي تواجه تآدية هذه المصالح لنشاطاتها في أحسن صورة من ناحية النفقات. ونشير في هذا الصدد إلى صعوبة الحصول على كل المعلومات لحساسية الموضوع بالنسبة لهذه الجهات.

**2 - الملاحظة :** بالإضافة إلى المقابلة إستخدمنا أداة الملاحظة خلال فترة التريص كأسلوب في البحث، بهدف التأكد من الفرضيات المنطلق منها.

### 3 - سندات ووثائق المصلحة :

تم تقديم لنا أثناء فترة التريص مجموعة من الوثائق ذات العلاقة بموضوع بحثنا.

<sup>1</sup> - عامر قنديلجي، البحث العلمي وإستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية، دار المسيرة للنشر، عمان الأردن، 2001، ص 154.

المبحث الثالث : تحليل نفقات مديرية الصحة والسكان والمؤسسة الإستشفائية -المستشفى القديم-

لقد بات تدهور الوضع الصحي من المظاهر الأساسية التي أصبحت تسود الولاية نتيجة لرداءة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية العمومية، إذن إلى ما يرجع ذلك : هل لنقص الموارد المالية ؟ أم إلى سوء التسيير ؟. إن الإجابة على هذا الاستفسار يتطلب منا دراسة تحليلية للقطاع الصحي بالولاية عبر التطرق إلى :

- ✓ تطور النفقات على مستوى مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس؛
- ✓ تطور النفقات على مستوى المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم- بولاية سوق أهراس.

المطلب الاول : تطور النفقات على مستوى مديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس

أولا - تطور عناوين الميزانيات بمديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس :

جدول رقم (06) : تطور عناوين الميزانيات بمديرية الصحة والسكان لولاية سوق أهراس (بالدينار الجزائري)

السنوات	2013	2014	2015	2016	2017
النفقات					
المستخدمين	25850000	31230000	25030000	24986200	33180000
التكوين	38000	38000	29500	29500	29500
التغذية	660000	900000	800000	800000	800000
الوقاية	560000	590000	560000	560000	620000
الآلات الطبية	700000	850000	900000	900000	900000
المجموع	27808000	33608000	27319500	27275700	35529500

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف بمديرية الصحة والسكان

من خلال الجدول يتضح لنا التطور الملحوظ في الاعتمادات المالية المخصصة لكل قسم خاص بنفقات تسيير القطاع الصحي للولاية، لكن ومن جهة أخرى نلاحظ أن نفقات الموظفين تستحوذ على الحصة الأكبر (حصة الأسد) من نفقات تسيير القطاع الصحي بنسبة لا تقل عن 91.61% كأدى حد لسنة 2016 و 93.39% كأقصى حد لسنة 2017 ، أما بالنسبة لباقي النفقات الأخرى، فلا يخصص لها سوى نسبة ضئيلة جدا من ميزانية تسيير هذه القطاعات وعلى هذا الأساس فهذه الأرقام تكرر مبدأ سوء التوزيع في اعتمادات التسيير حيث نلاحظ الفرق الشاسع الكائن بين نفقات المستخدمين والنفقات الأخرى وهذا ما زاد مشكل التمويل الصحي

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

حيث أصبح القطاع الصحي للولاية إن صح القول كمجرد وسيلة لإمتصاص البطالة، وبصفة أخرى أن القطاع الصحي يمول ويدفع أجور للأشخاص بطالين موجودون لكن لا يعملون (بطالة مقنعة) في حين أن النفقات الخاصة بتكوين العمال وإعادة الرسكلة والبحث العلمي بغرض الزيادة في مردودية ونوعية العمل تعد ضعيفة ونفس الشيء يقال عن النفقات الأخرى، ولا تقل أهمية عن العناية بالعتاد الطبي وشرائه مثلا.

ثانيا - ميزانية الولاية للمؤسسات الصحية :

الجدول رقم (07) : ميزانية الولاية للمؤسسات الصحية (بالدينار الجزائري)

2017	2016	2015	2014	2013	السنوات
					النفقات
325500000	320346300	326508000	393100000	517160000	ميزانية الولاية للمؤسسات الصحية

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان

من خلال الجدول يتضح أن ميزانية الولاية للمؤسسات الصحية عرفت انخفاضا معتبرا خلال الفترة 2017/2013 حيث انخفضت من 517 مليون دينار جزائري الى 325 مليون دينار جزائري أي بمعدل انخفاض قدرة 37% وربما يرجع أسباب هذا الانخفاض إلى تراجع موارد الجزائر بسبب تراجع أسعار البترول وبالتالي تراجع عائدها من النفط وهذا من شأنه أن يؤثر على نوعية الخدمات الصحية وتوفير أدوات العمل الضرورية في الوقت المناسب.

ثالثا - تطور نفقات الدواء بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية بالولاية :

الجدول رقم (08) : تطور نفقات الدواء بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية بالولاية (بالدينار الجزائري)

2017	2016	2015	2014	2013	السنوات
					المؤسسة الصحية
300000000	300000000	300000000	300000000	230000000	المؤسسات الإستشفائية والمؤسسات العمومية الجوارية

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان

من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أن نفقات الأدوية قد شهدت هي الأخرى زيادة في قيمة الاعتمادات المخصصة لها بما يقارب 230 مليون دينار جزائري، لتصل إلى 300 مليون دينار جزائري سنة 2014، ومنه عرفت نفس المبلغ بوتيرة ثابتة حتى سنة 2017.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

حيث أن الزيادة الثابتة في الطلب على الادوية نظرا للطابع الاجتماعي للعرض دون الأخذ بعين الاعتبار ميكانيزمات المراقبة فسوق الدواء أصبح كبير ويستورد بالعملة الصعبة مطبقا الاستراتيجية للبحث الاقتصادي حيث نلاحظ أنه يعرض دون تخطيط وتكشف ودون إجراءات عقلانية و منه التبذير في مختلف المستويات رغم الأزمة وأثرها .

رابعا - تطور نفقات التكوين بالمديرية :

الجدول رقم (09) : تطور نفقات التكوين بالمديرية (بالدينار الجزائري)

2017	2016	2015	2014	2013	السنوات
29500	29500	29500	38000	38000	نفقات التكوين بالمديرية

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن نفقات التكوين بالمديرية عرفت وتيرة ثابتة سنة 2013 و2014. بمبلغ يعد محتشم جدا قدر بـ 38000 ألف دينار، لينخفض إلى 29500 سنة 2015، ويستقر عند ذات المبلغ إلى سنة 2017. نظرا للضرورة التي تعيشها البلاد بسبب قلة الايرادات النفطية ورغم الجهود المبذولة في المجال التكويني الا اننا نلاحظ انها ثابتة خلال الفترة محل الدراسة.

المطلب الثاني : تطور النفقات على مستوى المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القدم - بولاية سوق أهراس

أولا - تطور النفقات الصحية حسب مصادر التمويل :

مصادر التمويل كما نعلم جد محدودة وتمثل في : الدولة، الضمان الاجتماعي والعائلات. فلنقدم الجدول التالي :

جدول رقم (10) : تطور النفقات الصحية حسب المصادر (بالدينار الجزائري)

2017	2016	2015	2014	2013	السنوات
35000000	30000000	25000000	26000000	24000000	الدولة
21000000	19000000	17500000	16000000	15000000	الضمان الاجتماعي
14000000	13000000	12000000	10000000	9000000	العائلات
70000000	62000000	54500000	52000000	48000000	المجموع

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف مكتب مدير المالية والوسائل بالمديرية الفرعية للمالية والوسائل بالمستشفى - القدم -

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن النفقات الصحية للمستشفى تأتي من ثلاث مصادر وهي الدولة، الضمان الاجتماعي والعائلات. إلا أن مساهمة الدولة من إجمالي النفقات الصحية تمثل الجزء الأكبر والأهم خلال فترة الدراسة 2017/2013، حيث بلغت مساهمة الدولة 50% سنة 2014/2013، هذا المعدل تراجع نسبيا سنة 2015 بـ 45.87% و 2016 بـ 48.39%، ليعود إلى 50% سنة 2017. بينما يحتل الضمان الاجتماعي والعائلات المركزين الثاني والثالث على الترتيب من حيث النفقات الصحية.

أما من حيث إجمالي النفقات الصحية للمستشفى فقد عرفت زيادة معتبرة خلال فترة الدراسة إذ ارتفعت من 48 مليون دينار جزائري سنة 2013 إلى 70 مليون دينار جزائري سنة 2017 أي بمعدل زيادة قدرها 45%.

### ثانيا - تطور نفقات المستخدمين :

إن النشاط الصحي يعد من أنشطة الخدمات الذي يشغل العدد الكبير من المستخدمين نظرا لكونه يركز عليهم في تقديم خدماته للأفراد، وظروف عمل هؤلاء المستخدمين، تصرفاتهم، العلاقات الكائنة بين مختلف فئات المستخدمين تحدد تكاليف، فعالية ونوعية العلاج المقدم. كما أن التطور التقني في هذا القطاع يزيد في تكاليفه عكس القطاعات الأخرى، وذلك نظرا للتخصص المتزايد للأفراد وهذا يعني وسائل جديدة ودقيقة، مواد أكثر تكلفة بغرض الوصول إلى نوعية جيدة للعلاج. وإن المستخدمين في هذا القطاع جد متنوعين نجد الأطباء، الشبه طبيين، الإداريين، المتعاقدون، وعددهم في إرتفاع متزايد، الأمر الذي زاد في حدة النفقات الصحية، خصوصا التعديلات التي تطرأ على مستوى الأجور.

### جدول رقم (11) : تطور نفقات المستخدمين على مستوى المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - (بالدينار الجزائري)

السنوات	2013	2014	2015	2016	2017
الأطباء	48360000	49800000	51080000	53562000	54682000
الشبه طبيين	72240000	74360000	75889000	76685000	78596000
الإداريين	24012000	25800000	26600000	27560000	29056000
المتعاقدون	17412000	19220000	21050000	23059000	24580000

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف مكتب الأجور بالمديرية الفرعية للمالية والوسائل بالمستشفى

-القديم-.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن، نفقات الأطباء عرفت معدل ثابت خلال السنوات من 2013/ 2017 بمعدل 29% من إجمالي نفقات المستخدمين، رغم وجود زيادة ملموسة في النفقات على هذه الفئة خلال هذه الفترة، لكنها تعد ثابتة بالتوازي مع النفقات العامة للمستخدمين. بالنسبة لفئة الشبه طبيين والتي نلاحظ الفئة التي حازت حصة الأسد من إجمالي النفقات، إلا أنها رغم الزيادة في معدلاتها فقد عرفت تراجع محسوس، بلغ سنة 2013 44.58% ليتراجع تدريجيا ويصل إلى 42.05%. بالإضافة لفئة الإداريين فقد عرفت هذه الفئة زيادة في معدلاتها من 14.82% سنة 2013 إلى 15.54% سنة 2017، ثم فئة المتعاقدون كذلك عرفت زيادة في معدلاتها من 10.75% سنة 2013 إلى 13.15% سنة 2017.

جدول رقم (12) : تطور عدد المستخدمين (كل فئات) بمسشفى محل الدراسة -المسشفى القديم- (تطور إجمالي نفقات المستخدمين بالدينار الجزائري).

التطور	السنوات	2013	2014	2015	2016	2017
تطور عدد المستخدمين (كل الفئات)		547	558	565	525	595
تطور إجمالي نفقات المستخدمين		162024000	169180000	174619000	180866000	186914000

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمسشفى - القديم-

بالإضافة إلى ما سلف في الجدول رقم (11)، نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن تطور عدد المستخدمين (كل الفئات) عرف زيادة من سنة 2013 و 2014 حيث بلغ 547 مستخدم سنة 2013 ليصل إلى 558 مستخدم سنة 2014، لكن في سنة 2015 عرف تراجع 565 مستخدم ليتراجع أكثر سنة 2016 بسبب تقاعد عدد معتبر من المستخدمين، لكن سرعان ماتم استغلال المناصب المالية الشاغرة بعنوان 2016 في سنة 2017 ليصل إلى 595 مستخدم زيادة قدرت بـ 70 مستخدم.

ثالثا - تطور النفقات المخصصة للأدوية :

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

الجدول رقم (13) : تطور نفقات الدواء بالنسبة للمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم - (بالدينار الجزائري)

2017	2016	2015	2014	2013	السنوات
					المؤسسة الصحية
250000000	95000000	85000000	75000000	50000000	المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم -
%83.33	%31.66	%28.33	%25	%21.74	النسبة من إجمالي نفقات الدواء بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية بالولاية

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف الصيدلية المركزية بالمستشفى - القديم -

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن نفقات الدواء بالمؤسسة الإستشفائية عرفت تزايد معتبر خلال السنوات 2017/2013، حيث سجل معدل 21.74% سنة 2013 ليستمر في التزايد تدريجيا، ليصل إلى مستوى قياسي سنة 2017 بـ 83.33% من إجمالي نفقات الدواء بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية بالولاية، هذه النسبة من الزيادة المعتبرة ترجع بالأساس إلى بناء هياكل جديدة بالمؤسسة الإستشفائية منها مصلحة جديدة للتوليد ومركز لمعالجة الأورام السرطانية.

رابعا - تطور النفقات المخصصة للتكوين بالمستشفى محل الدراسة - المستشفى القديم - :

الجدول رقم (14) : نفقات التكوين بالمستشفى محل الدراسة - المستشفى القديم - (بالدينار الجزائري)

2017	2016	2015	2014	2013	السنوات
					النفقات
600000	600000	600000	600000	600000	نفقات التكوين بالمستشفى محل الدراسة - المستشفى القديم -

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمستشفى - القديم -

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن نفقات التكوين بالمستشفى عرفت وتيرة ثابتة بمبلغ قدر بـ 600 ألف دينار خلال السنوات 2017/2013. وهذا لا يخدم المصلحة العامة نظرا لتزايد وتيرة النمو مع معدل الزيادة السكانية إذا قورن بالسنوات السابقة، حيث تعد عملية النفقات الخاصة بتكوين العمال والبحث العلمي بغرض الزيادة في المردودية ونوعية العمل التي تعد ضعيفة، وهذا إن دل فإنما يدل على سوء إستخدام الموارد للمؤسسات الصحية بعقلانية وتحكم وتوزيع.

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

### خامسا - نفقات الأجهزة الطبية (شراؤها و صيانتها) :

نلاحظ من خلال الجدول المرفق في الملحق (أ)، أن أكثر من نصف الأجهزة الخاصة بهذا القطاع تتعرض للعطل ويصعب جدا إستصلاحها في الوقت المناسب فهذا العدد يختلف من فترة إلى أخرى حسب نوع العطل الذي طرأ على الجهاز من جهة وتوفر قطاع الغيار اللازمة في الوقت المناسب وسرعة التدخل لتصليح الجهاز من جهة وهذا كله مرهون بأمور أخرى سوف نتطرق إليها من خلال تحليلنا هذا فمشكل تعطيل الأجهزة الطبية وخاصة منها ذات الاستعمال الواسع كجهاز الأسنان والأشعة منتشرة بكثرة في أغلب القطاعات الصحية للولاية وذلك راجع إما لعدم وجود مخزون من قطع الغيار المناسبة أو لرداءة نوعية الجهاز المشتري نذكر على سبيل المثال نوع Echographes الإيكوغرافي الذي إنتشر بكثرة في قطاعنا الصحي فهذه الآلات ورغم تشغيلها الحديث إلا أنها لم تلبث أن تتعطل وتصل مدة العطل غالبا مدة شهرين على الأقل نظرا لعدم وجود قطع الغيار إما لكون المؤسسة المنتجة قد أعلنت إفلاسها أو التباطؤ الكبير الذي يحدث عند الإستجابة لطلبات القطاعات الصحية من طرف المديرية وهذا حسب أقوال المستخدمين لكن غالبا ما تقوم الخلية البيوطبية الموجودة على مستوى القطاع بتصليح ظرفي للعتاد bricolage ما يلبث أن يتعطل ثانية ضف إلى كل ذلك المشاكل المتعلقة بالتسيير العادي للقطاع الصحي ذلك أن الخلية البيوطبية لا تقوم بالعناية الوقائية نظرا لعدم توفر وسائل النقل ونعلم بعد المراكز الصحية والقطاعات المتعددة الخدمات عن الإدارة وعن بعضها البعض.

نشير أيضا هنا إلى أن المشاكل المتعلقة بالعراقيل القانونية في خضم الأزمة المالية والتي تخص الإستيراد من الخارج عن طريق Autorisation globale d'importation (A.G.I) جد محدود فالقانون يحدد إطار لما يجب أن يستورده مدير القطاع الصحي من الخارج أو تقوم جهات أخرى دون مشاركة الخلية البيوطبية المختصة في الميدان والموجودة في القطاع .

### سادسا - تطور مؤشرات الحالة الصحية :

#### الجدول رقم (15) : تطور مؤشرات الحالة الصحية

السنوات	2013	2014	2015	2016	2017
مؤشرات الحالة الصحية					
إجمالي الوفيات	222	303	203	201	224
معدل وفيات الأطفال - حديثي الولادة-	%3.35	%3.96	%1.29	%2.67	%3.09
إجمالي الولادات	3879	4083	3946	5242	5629

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالمستشفى - القديم-

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

نلاحظ من خلال الجدول أنه رغم النتائج والمجهودات الصحية الهامة المبذولة من طرف الدولة بفضل مجانية العلاج إلا أن المؤشرات الصحية تفر أن عدد الوفيات متذبذب من سنة 2013 إلى سنة 2017 حيث وصل في سنة 2017 إلى 224 حالة فالعدد جد مقبول مقارنة بالسنوات السابقة نظرا لنقص الخدمات التي تكون إلا بالنفقات وإنفاق على المجال الصحي حتى يخدم التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمنطقة. فنفس الشيء بالنسبة لإجمالي الولادات فإن المؤشرات الصحية بالنسبة للولادات تشير أنها مستمرة وفي تزايد مستمر وهذا راجع للزيادة السكانية التي تسمح بنمو ديمغرافي مقبول حيث أن الأمر متعلق أكثر بمحددات اقتصادية واجتماعية كالغذائية والمياه والسكن الخ. لكن اذا كانت النتائج المحصل عليها بالمنصور الصحي غير منسوبة كلية للنظام الصحي، فإنها تشارك وذلك بفضل شيوع الصحة العمومية وتعميم الوسائل الوقائية غير أن النتائج المحصل عليها تبدو جد متواضعة مقارنة بالوسائل المادية والمالية المخصصة لذلك.

سابعا - تطور عناوين الميزانيات في المستشفى محل الدراسة :

جدول رقم (16) : تطور عناوين الميزانيات في المستشفى محل الدراسة (بالدينار الجزائري)

2017	2016	2015	2014	2013	السنوات النفقات
186914000	180866000	174619000	169180000	162024000	المستخدمين
600000	600000	600000	600000	600000	التكوين
2300000	2200000	2000000	2000000	1800000	التغذية
900000	900000	900000	900000	900000	الوقاية
4500000	300000	3000000	3000000	2500000	الآلات الطبية
1600000	1500000	1500000	1400000	1200000	العناية
196814000	189066000	182619000	177080000	169024000	المجموع

المصدر : من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات مقدمة من طرف مكتب الفوترة المديرية الفرعية للمالية و الوسائل

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المستشفى محل الدراسة إعتد في تقديره للميزانيات من سنة 2013 / 2017 على المصادر المالية لمختلف النفقات حيث تمثل عناوين الميزانيات بمتوسط النفقات الجارية، حيث نلاحظ من خلال الجدول تطور نفقات المستخدمين من سنة 2013 بمبلغ قدره 162024000 م. دج إلى 186914000 م. دج سنة 2017 وبالتالي الزيادة في عدد الأيدي العاملة

## الفصل الثاني : دراسة حالة القطاع الصحي لولاية سوق أهراس

رغم إمكانية خروج بعض المستخدمين للتقاعد أو الاستقالات أو التحويلات.... الخ أما بالنسبة للتكوين فنسبة النفقات بقيت ثابتة رغم الضرورة لتحسين المستوى بغية تحسين الخدمات الصحية المقدمة، في حين نلاحظ أن نسبة النفقات الخاصة بالتغذية في تزايد مستمر من سنة 2013 إلى سنة 2017، وهذا راجع لزيادات السكانية أما بالنسبة لنفقات الوقاية فبقيت ثابتة خلال سنوات الدراسة والمقدرة بـ 900000، في حين نلاحظ تطور ملحوظ في نفقات الآلات الطبية وهذا لمواكبة التطورات العالمية والحاجة لإستخدام التكنولوجيا الحديثة لتحسين أداء الخدمات الصحية اما بالنسبة لنفقات العناية فقد عرفت تطور ملحوظ حيث قدرت سنة 2013 بـ 1200000 م.دج ووصلت إلى 1600000 م.دج سنة 2017 وعلى العموم فإن النفقات الموجهة للمستشفى محل الدراسة عرفت تطور ملحوظ خلال السنوات 2013 / 2017.

### خلاصة :

حاولنا من خلال هذا الفصل الثاني (دراسة ميدانية لمديرية الصحة والسكان بولاية سوق أهراس) اسقاط المفاهيم النظرية التي تطرقنا لها في الفصل الأول على عينة الدراسة. وفي هذا الإطار تم التطرق إلى مكونات القطاع الصحي بولاية سوق أهراس، شرح الآليات المنهجية للدراسة الميدانية، ثم تحليل نفقات مديرية الصحة والسكان ومنها المؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم-. حيث توصلنا إلى أنه بالرغم من الإمكانيات التي أتاحت للقطاع الصحي بالولاية إلا أن هذا لم يمنع من وجود جملة من النقائص والاختلالات على المستوى الميداني التي أصبحت تهدد من أدائه، وباتت تهدد صحة المواطن والتي يمكن أن نرجعها إلى انعدام الرقابة على مختلف المصالح التابعة للقطاع، مما جعل الوضع الصحي في حالة فوضى عارمة، بالإضافة إلى نقص الكفاءة المهنية لدى بعض العاملين بالقطاع نتيجة سوء التكوين، ومنه انعدام روح المسؤولية لدى الأفراد العاملين اتجاه الوسائل والمعدات التي يوفرها القطاع.



إن الوضعية الاقتصادية والمالية الصعبة التي تعيشها البلاد في السنوات الأخيرة والناجحة أساسا عن تراجع أسعار البترول، كان له تداعيات وأثر مزمري على العديد من القطاعات الاقتصادية حيث يعتبر قطاع الصحة أحد القطاعات التي لازالت تعاني العديد من المعوقات و الصعوبات كما يعتبر مشكل التمويل والإنفاق الحكومي من أهم التحديات التي تواجه قطاع الصحة. لكن ما نلاحظه أن هناك تزايد و تطور في نفقات الصحة نظرا للزيادة المستمرة في النمو الديمغرافي، ذلك أنه يستلزم زيادة في الغلاف المالي المخصص، لكن هناك عدة استفسارات تبقى محل تفكير ونقاش واسع على الصعيد الحكومي، لأن مصادر تمويل القطاع الصحي أصبحت تعاني من محدودية في مداخيلها، فمساهمة الدولة لا يمكن دفعها أبعد من هذا بسبب المشاكل الاقتصادية المذكورة في البحث أو الدراسة مما دفع بالاعتماد أيضا على مشاركة صندوق الضمان الاجتماعي ونسبة مشاركة المستخدمين في صندوق الضمان الاجتماعي، وإن الاهتمام بموضوع تمويل القطاع الصحي يعتبر ضرورة على اعتبار أن حق الصحة مؤكد عبر المواثيق الرسمية للدولة، لكن التطور الهائل للمجتمع الجزائري، والأهمية المتزايدة للغلاف المالي المخصص للصحة، أصبح يفرض على الدولة وضع آليات ضبط ومراقبة للنفقات الصحية على كل المستويات لأن المشكلة التمويلية للنظام الصحي هي تنظيمية أكثر منها مالية .

### أولا - اختبار الفرضيات :

1 - إن الدولة الجزائرية لم تبخل في تخصيص غلاف مالي معتبر للقطاع الصحي رغم الأزمة الحالية التي تمر بها، إلا أن الخيار يقابله تناقض كبير على المستوى الميداني .

3 - أساس تمويل القطاع الصحي هو الدولة والضمان الاجتماعي والأسرة، وهي فرضية أكيدة.

2 - إن عملية تفعيل الإنفاق في القطاع الصحي يجب أن تكون ظاهرة مستمرة ومتكررة، تدعّمه المادة والأسس العلمية للرقابة والمحاسبة في القطاع الصحي.

### ثانيا - نتائج الدراسة :

فمن خلال دراستنا هذه تمكنا من استخلاص عدة ملاحظات :

1 - إن قرار مجانية العلاج يعد سبباً رئيسياً في زيادة النفقات لكن يعد اختيار سياسي مبني على عدة اعتبارات منها الحالة الصحية المتدهورة على سبيل المثال على مستوى قطاع ولاية سوق أهراس بالرغم استعجال أكثر من وسيلة لمحاربة هذه

الحالات وعدم توازن بين تقسيم تلك الهياكل الصحية على مستوى الولاية في حد ذاتها خصيصا المناطق الريفية والحدودية جد مهمشة مقارنة بالمناطق الأخرى للولاية.

2 - إن التطور الهائل في عدد سكان ولاية سوق أهراس والأهمية البالغة والمتزايدة للغلاف المالي المخصص لها هو سبب رئيسي كافي أن يجبر الحكومة بأن تضع آليات ضبط ومراقبة النفقات الصحية على كل مستويات الولاية.

3 - إن التطور المتواصل في التقنيات والتكنولوجيات الطبية التشخيصية والعلاجية التي نتج عنها تصنيع أجهزة ومعدات طبية تتميز بتقنياتها العالية وأسعارها المرتفعة بالإضافة إلى الارتفاع المستمر في أسعار الأدوية بشكل عام ساهم بشكل كبير في حدة الإنفاق الصحي بالولاية.

4 - إن الكيفيات والتقنيات الحالية في تحضير وتطبيق الميزانية إدارة المستشفيات تعد من المتسببات الرئيسية في زيادة النفقات الصحية لأن تقسيم الميزانية يتمثل في منح قروض لمدة سنة مالية ويكون المدير مجبر على إنفاق هذه القروض كلية لأنه وإن حدث العكس فإن التخصيص المالي لسنة المالية المقبلة سيخصم باقي السنة السابقة من إجمالي الميزانية المرصدة.

5 - إن الميزانية العامة مقسمة إلى عناوين فئات وأقسام لكن التخصيص المالي على مختلف هذه العناوين لا يعتمد على حجم النشاطات والبرامج الصحية ولا يخضع لمعايير ديناميكية والمرونة في الاستغلال كما أنه لا بد من تطبيق محاسبة إدارية تبريرية للنفقات أكثر منها وسيلة لمراقبة التسيير ومرجه هام في بلورة النشاطات العلاجية المستقبلية.

6 - لا يمكن لنا من معرفة النفقات الحقيقية لكل مصلحة صحية أو وحدة قاعدية ومن ثمة إمكانية تكاليفها حيث نستخلص ضرورة التغيير أصبحت ملحة والتي يجب أن تخلق انسجام بين كل القطاعات الصحية.

### ثالثا - الاقتراحات :

1 - ضرورة عصرنة طرق التسيير المالي للمؤسسات الصحية باستخدام محاسبة التكاليف كوسيلة للتحكم وترشيد النفقات الصحية.

2 - الاعتماد مع الاهتمام بتطبيق اقتصاديات الرعاية الصحية بغية ترشيد الإنفاق والتأكيد من فاعلية تكلفة هذه الخدمات والسعي لحل المعادلة التي تتمثل في تقليص التكلفة من جهة والحفاظ على مستوى مقبول للخدمات الصحية من جهة أخرى.

3 - أهمية وضع نظام تمويل شفاف وعادل، لا يكون الهدف من هذا النظام تمويل الهياكل بل تمويل البرامج، ومن الواجب أن تكون هذه البرامج هي الأساس الذي يتم على أساسه معرفة نقاط القوة والضعف في أي سياسة صحية.

رابعاً - أفاق الدراسة :

يمكن اقتراح القيام ببعض الدراسات الأخرى نتيجة لقلّة الدراسات التي تهتمّ بالبحث في نفقات القطاع الصحي، والتركيز أكثر على الموارد وجودة الخدمات الصحية لأن الأزمة هي أزمة موارد.



# قائمة المراجع

قائمة المراجعين

أولا - المراجع باللغة العربية :

أ - الكتب :

1. أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005.
2. أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، طبعة أولى، مصر، 2006.
3. تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
4. سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1999.
5. سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004.
6. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، طبعة أولى، الأردن، 2007.
7. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
8. صالح حسن الدهوارى، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، الأردن، 2005.
9. طلال بن عايد الأحمدى، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2004.
10. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، دار الكتب المصرية، الطبعة الثانية، الزقازيق، مصر، 2006.
11. عامر قنديلجي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية، دار المسيرة للنشر، عمان الأردن، 2001.
12. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات : المفاهيم والتطبيقات، منشورات العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003.
13. عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية، وزارة الصحة، الرياض، 2005.
14. فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008.
15. نظام موسى سويدان، عبد المجيد البروارى، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار حامد، الأردن، 2009.

16. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، طبعة أولى، عمان، الأردن، 2012.

17. وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.

ب - الرسائل والأطروحات :

1. حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2007/2006.

2. خامت سعديّة، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة ماستر، تخصص تسويق، جامعة العقيد أكلي محند والحاج، البويرة، 2012/2011.

3. عصماني سفيان، دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها (المرضى)، مذكرة ماجستير، تخصص علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2006/2005.

4. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007.

5. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، علوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2012/2011.

6. علي دحمان محمد، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، العلوم الاقتصادية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2017/2016.

7. منير مصلح محمد الوصافي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن، مذكرة ماجستير، تسيير عمومي، جامعة الجزائر 3، 2012/2011.

8. ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية، مذكرة ماجستير، إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2016.

9. مهديد يمينة، بحري أبو بكر، تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، مذكرة ماستر، علوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2016/2015.

10. نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة إستشفائية، مذكرة ماجستير، في الاقتصاد المالي، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة، 2005/2004.

11. هبة أحمد أنصار، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد، جامعة القاهرة، مصر، 1983.

12. وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، أطروحة دكتوراه، في علوم التسيير، جامعة باتنة 1، 2016/2015.

ت - المجالات :

1. دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد 06، 2015.

2. سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد الأول، 2014.

3. سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000 - 2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الشهيد حمه لخضر-الوادي، الجزائر، العدد السابع، 2016.

4. سليمان بوفاسة، ساعد محمد، تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية - دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى -، مجلة المالية والأسواق، جامعة مستغانم، 2017.

5. معزوز نشيدة، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، جامعة البليدة 2، 2015.

ث - المنتقيات والمؤتمرات :

1. محمد ريجان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث (الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات : تقنيات نظم المعلومات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر 2004.

ج - المواقع الإلكترونية :

1. منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي، القاهرة، 2007، أنظر الموقع :

[http:// www.emro.who.int/Rc50/arabic/infdoc5](http://www.emro.who.int/Rc50/arabic/infdoc5), 03/03/2018.

2. الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية :

[http:// www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/ar](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ar), 03/03/2018.

3. الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية :

[http:// www.who.int/whr/2010/AR/index.html](http://www.who.int/whr/2010/AR/index.html), 03/03/2018.

4. [http:// www.sama.gov.sa](http://www.sama.gov.sa), 02/05/2018.

5. <http://www.uob.edu.ly>, 02/05/2018.

ثانيا - المراجع باللغة الأجنبية :

1. Alfred Marshall, **Principle of Economics**, The Macmillan Press LTd, London, 1977.
2. A.Belghiti Alaoui, **Principes Généraux de Planification à l'Hopital Rabat**, Sans Edition, 2005.
3. Deon Filmer, **Health Policy in Poor Countries**, World Bank, Policy Research Working Papers, Washington, 1989.
4. Donaldson and k. Gerard, **Economics for Health Financing**, Macmillan, Prentice Hall, London, 1998.
5. Farida Djellal et al, " **L'Hopital Innovateur** " de L'Innovation Médicale à L'Innovation de Service, Paris : Masson, 2004.
6. Faugère JP, **Les emplois hospitalier une approche économique**, collection voisine, Economica, 1981.
7. Guy DELANDE, **Introduction à l'Economie de la Santé**, Edition John LIBBEY, Paris 1991.
8. Paul J.Feldstein, **Health Care Economic**, John Willey, New your, Second Edition 1983.
9. Gavin Mooney, **key Issues in Health Economics**, Harvester Wheat sheaf, New York 1994.
- 10.P. Bonamour et F. Guyot, **Economie médicale** : Editions Médicales et Universitaires, Paris 1979 .



# قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01) : عينة من الأجهزة الطبية بالمؤسسة الإستشفائية - المستشفى القديم -

N°	Désignation	Marque	Etat	Date de mise en service	Modèle (Type)
01	Appareil de radiologie conventionnelle	PRIMAX	Fonctionnel	31/12/2013	R302/A
		LISTEM	Fonctionnel	31/12/2013	BLD 150 RK
02	Appareil de radiologie mobile	LISTEM	Fonctionnel	31/12/2013	DMHC-325
03	Amplificateur de brillance	PRIMAX	Fonctionnel	31/12/2014	HF1F/2
04	Echographes	Toshiba	Fonctionnel	31/12/2014	UZRI 510A
		Ecube	Fonctionnel	31/12/2013	E-ECUBE-9
		Toshiba (2)	Fonctionnel	31/12/2012	SSA-590A
		Aloka	Fonctionnel	31/12/2014	S-S-D-500
05	Autoclaves	Subtil Crèpieux double face	Fonctionnel	31/12/2014	/
		Subtil Crèpieux simple face	Fonctionnel	31/12/2013	/
06	Radio fixe	PRIMAX	Fonctionnel	2015	R 302/A
		LISTEM	Fonctionnel	2015	BLD 150 RK
07	Radio mobile	LISTEM	Fonctionnel	2015	DMHC-325
08	Echographie	TOSHIBA	Fonctionnel	31/12/2013	UZRI 510A
		(02) TOSHIBA	Fonctionnel	31/12/2012	TOSHIBA
		ALOKA	Fonctionnel	31/12/2016	ALOKA
		ENIE	NON fonctionnel	2016	ENIE
		SIMENS	NON fonctionnel	2012	SIMENS
		ECUBE	Fonctionnel	31/12/2013	E-ECUBE-9
09	LASER	LASER GERTIE FOOT	Fonctionnel	31/12/2014	LASER GERTIE FOOT
		LASER A.R.C	Fonctionnel	2013	LASER A.R.C
10	Automate d'analyse	FEDESA	Fonctionnel	2013	FEDESA
		ABACUS 18P	Fonctionnel	2012	ABACUS 18P
		ABACUS	Fonctionnel	25/09/2014	ABACUS JUNIORE.S 22P
		JUNIORE.S 22P ERMA	Fonctionnel	03/12/2013	ERMA
		MINDRY BS 800	Fonctionnel	2013	MINDRY BS

					800
11	Amplificateur de brillance	PRIMAX	Fonctionnel	31/12/2014	PRIMAX
12	Colposcope	ZEIZZ	Fonctionnel	31/12/2015	ZEIZZ
13	Lonnogramme	ESCHWEILER 5P	Fonctionnel	31/12/2015	ESCHWEILER 5P
14	Fauteil dentaire	FEDESA	Fonctionnel	31/12/2015	FEDESA
15	Radio dentaire	X-MIND	Fonctionnel	31/12/2014	X-MIND
16	Photothérapie	MEDIPEMA	Fonctionnel	31/12/2016	MEDIPEMA
17	Colposcope	CARL ZEISS	Fonctionnel	31/12/2016	CARL ZEISS
18	Echodopieur	TOSHIBA	Fonctionnel	31/12/2016	SSA-590A
19	Défibrillateur	HILLIGE	Fonctionnel	31/12/2013	HILLIGE
		REANIBEX	Fonctionnel	31/12/2013	700
		NIHON KHODEN	Fonctionnel	31/12/2013	011-55
20	Plaque froide	LEICA	Fonctionnel	31/12/2013	FG 1150
21	Automate d'anapath	LEICA	Fonctionnel	31/12/2013	TP 1020
22	Microtome	LEICA	Fonctionnel	31/12/2013	RM 2125R
23	Plaque chauffante	BIO BLOCK	Fonctionnel	31/12/2015	92621
24	Paragermme mobile	BAM	Fonctionnel	31/12/2013	BAM
		(4)ULTRAVIOLET RAYS	Fonctionnel	31/12/2016	ZWX 201 A
25	Centrifugeuse de poche de sang	JOUAN	Fonctionnel	31/12/2014	KR4i
26	Clompeuse	BT SEALER	Fonctionnel	31/12/2014	BIO 21
27	Laveur	BIOTEK	Fonctionnel	31/12/2014	14-58
		MINDRAY	Fonctionnel	31/12/2013	E L X 50
28	Devellopeuse automatique	KODAK	Fonctionnel	31/12/2017	KODAK
29	Distillateur	(4) NUVE	Fonctionnel	31/12/2017	12L
30	Resperateur de transport	(2)DRAGER	Fonctionnel	31/12/2015	72
		OSIRIS	Fonctionnel	31/12/2012	OSIRIS
31	Pése bébé électronique	(2)HOLTEX	Fonctionnel	31/12/2012	HOLTEX
32	Pése bébé manuelle	SECA	Fonctionnel	31/12/2012	SECA
33	Photothérapie	FANEM	Fonctionnel	31/12/2012	NAF-64426
		MEDIPEMA	Fonctionnel	31/12/2013	MEDIPEMA

34	Lampe à fante	STIL	Fonctionnel	31/12/2012	C30
		HAAG-STREIT	Fonctionnel	31/12/2012	BERN
35	Autorefracto cératomètre	RAY URSION	Fonctionnel	31/12/2015	RAY URSION
36	Tonomètre à air pulse	KAWA	Fonctionnel	31/12/2016	KT-800
37	Appareil de phaco	O.E.R.T.L.I	Fonctionnel	31/12/2014	O.E.R.T.L.I
38	Appareil de javal	C.I.O.M	Fonctionnel	31/12/2014	C.I.O.M
39	Cryode	FLEX	Fonctionnel	31/12/2014	CRYO
40	Viteotome	VITRON	Fonctionnel	31/12/2014	2020

## الملخص :

إن التوسع الهام للتركيبة البشرية والمادية في القطاع الصحي تساير النمو المطلق في تكاليف العوامل والنشاط ضف إلى ذلك أن ما زاد في النفقات الصحية هو عدم وجود آليات تسيير تسمح في أن واحد بالسيطرة على التكاليف والنفقات وتحقيق أهداف محددة غير أن الأزمة المالية التي حلت بالبلاد والمتميزة بتراجع وتيرة النمو جعل من قاعدة التمويل تنكمش بعلة انخفاض مستوى التشغيل وهذا ما أدى إلى بروز صعوبات في تمويل القطاع الصحي بالجزائر وأن الزيادة الكبيرة لحجم النفقات الصحية على مستوى القطاع الصحي أصبحت محل اهتمام وانشغال الأطراف المبلورة للقرار داخل النظام الصحي لأن الوضعية الحالية أصبحت تفرض عدة استفهامات حيث يمثل احتواء الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي نواجهها مما أدى إلى البحث عن سبل ترشيده. وعلى هذا الأساس فقد سعت هذه الدراسة إلى تحليل أثر أزمة النفقات على أداء القطاع الصحي بدراسة تطور حجم المخصصات المالية التي تم رصدها للقطاع الصحي بولاية سوق أهراس خلال الفترة الممتدة من 2017/2013 بالاعتماد على بعض مؤشرات الرعاية الصحية، فرغم ارتفاع ميزانية قطاع الصحة، إلا أنه لم يحقق كل أهدافها الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية ولا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الأعباء الناجمة عن سياسة مجانية العلاج خصوصا في الوقت الحالي فقد وضع أيضا ضغوطا كبيرة على الميزانيات ومما يدعوا إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة، وجعلها تتماشى والتوزيع السكاني الحقيقي عبر التراب الوطني فنجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن.

**الكلمات المفتاحية :** النفقات الصحية العامة، الأنظمة الصحية، ترشيد الإنفاق الصحي، أزمة النفقات، أداء القطاع الصحي.

## Résumé :

Cette étude est une tentative d'analyser l'évolution des dépenses de soins de santé en Algérie durant la période 2013/2017 en dépit de la hausse du budget du secteur de la santé due à la crise financière économique, mais il n'a pas atteint tous ses objectifs visant à améliorer les soins de la santé. La santé peut être considérée comme un élément important dans le développement économique pour le rôle clé qu'elle joue dans l'augmentation de la production, l'augmentation de la productivité, et donc l'augmentation du produit intérieur brut en améliorant et en développant l'état de santé de l'être humain. Cela, bien sûr, représente à la fois l'objectif du développement et les moyens de sa mise en œuvre. L'Algérie souffre encore d'une mauvaise répartition des établissements hospitaliers à travers tout le territoire national, spécifiquement l'absence et la mauvaise utilisation des ressources financières allouées pour le développement ce qui nécessite une reconsidération de la politique dans ce secteur vue la distribution réelle de la population à travers le territoire national. Le succès de la politique de réforme dépend de l'existence d'un système de santé moderne et flexible.

## Mots clés :

les dépenses de santé, les systèmes de santé, e rationalisation des dépenses de santé, la crise des dépenses, la performance du secteur de la santé.