

## العنوان

# دور وأهمية اقتصاديات الصحة في ترشيد الانفاق الصحي للمؤسسات الاستشفائية في الجزائر

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر (أكاديمي) في العلوم الاقتصادية

تخصص: مالية ونقود

إشراف الدكتور:

د. سنوسي علي

إعداد الطالب:

داودي أحمد

لجنة المناقشة

رئيسا

مشرفا ومقررا

مناقشا

عايد لمين

سنوسي علي

بن عبد الرحمان إلياس

# إهداء

أهدي ثمرة عملي هذا إلى روح أمي الكريمة رحمها الله وأحسن إليها وأسكنها  
فسيح الجنان وتغمدها الله برحمته الواسعة.

وإلى أبي الغالي الذي علمني مبادئ الحياة حفظه الله ورعاه وأطال الله في عمره.

وإلى كل إخوتي ذكورا وإناثا.

وإلى كل الأهل والأقارب وإلى أفراد عائلة داودي.

وإلى طلبة الماستر بكل تخصصاته وخاصة طلبة مالية ونقود دفعة

2015/2014.

وإلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد.

أحمد  
أحمد

# تَشْكُرُ

أحمد الله عز وجل حمدا كثيرا على توفيقه لإتمام هذا العمل

ومن لم يشكر الناس لم يشكره الله

أتقدم بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان إلى الدكتور الفاضل علي سنوسي

الذي تقضل بالإشراف على هذه المذكرة، ولما قدمه لي من دعم وتوجيهات

وحسن تواضعه وصبره وأرجوا من المولى سبحانه وتعالى أن يزيده علما

ورفعة

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل أساتذة قسم العلوم الإقتصادية جزاهم الله

أحسن الجزاء

أحمد  
أحمد

## فهرس المحتويات:

الصفحة	الفهرس
	التشكر
	الإهداء
	الفهرس
	قائمة الجداول والأشكال
أ-و	مقدمة
	الفصل الاول : مدخل عام للإقتصاديات الصحة
08	تمهيد
09	المبحث الأول : مفهوم اقتصاديات الصحة
09	المطلب الأول : نشأة وظهور اقتصاد الصحة
11	المطلب الثاني : تعريف اقتصاد الصحة
12	المطلب الثالث : اسباب ظهور إقتصاديات الصحة
14	المبحث الثاني : ماهية الصحة
14	المطلب الأول : مفهوم الصحة
15	المطلب الثاني : الإطار القانوني للحق في الصحة
16	المطلب الثالث : نشاطات المنظومة الصحية
19	المبحث الثالث : المقاربة بين الصحة والإقتصاد
20	المطلب الأول : العلاقة بين الصحة والإقتصاد
27	المطلب الثاني : دور الرعاية الصحية في تحقيق النمو الإقتصادي
28	المطلب الثالث : الطرق المعتمدة لتأثير الصحة على النشاط الإقتصادي
31	خلاصة الفصل

## الفصل الثاني : سوق السلع والخدمات الصحية

- 33 تمهيد
- 34 المبحث الأول : عرض وطلب الخدمات الصحية
- 35 المطلب الأول : المشكلة الإقتصادية في ميدان الخدمات الصحية
- 36 المطلب الثاني : الطلب على الخدمات الصحية
- 38 المطلب الثالث : عرض الخدمات الصحية
- 41 المبحث الثاني : صعوبات التحليل الإقتصادي للصحة
- 41 المطلب الأول : خصوصيات فرع إقتصاد الصحة
- 43 المطلب الثاني : القيود المنهجية للتحليل الإقتصادي للصحة
- 46 المطلب الثالث : خصائص متعلقة بالمنتج والمستهلك للسلع والخدمات الصحية
- 49 المبحث الثالث : تسعير الخدمات الصحية
- 49 المطلب الأول : تحديد السعر السوقي للخدمات الصحية
- 49 المطلب الثاني : تطبيق السعر في قطاع الخدمات الصحية
- 56 خلاصة الفصل

## الفصل الثالث : أهمية اقتصاديات الصحة في ترشيد النفقات الصحية في الجزائر

- 58 تمهيد
- 59 المبحث الأول : تطور بنية النفقة الوطنية في الجزائر
- 59 المطلب الأول : اشكالية تنامي وتطور النفقات الصحية
- 61 المطلب الثاني : تعريف النفقة الوطنية للصحة
- 61 المطلب الثالث : مكونات النفقة الوطنية للصحة
- 67 المبحث الثاني : اسباب انخفاض انتاجية النفقات الصحية وأليات التحكم فيها
- 67 المطلب الأول : اسباب انخفاض انتاجية النفقة في قطاع الخدمات الصحية
- 71 المطلب الثاني : آلية التحكم في زيادة النفقات الصحية
- 76 المبحث الثالث : أهمية اقتصاديات الصحة على ترشيد النفقات الصحية
- 76 المطلب الأول : أهمية اقتصاديات الصحة

---

77 المطاب الثاني : الخطوات التي ينبغي إتخاذها لتفعيل مجال اقتصاديات الصحة  
في ترشيد النفقات

79 خلاصة الفصل

81 الخاتمة

قائمة المراجع

---

### قائمة الجداول :

الصفحة	عنوان الجدول
13	الجدول رقم (1-1) : النفقة الوطنية للصحة
29	الجدول (2-1) : التقدم المحقق فيما يتعلق بالبقاء على قيد الحياة
62	الجدول (3-1) : تطور نفقات موظفي قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 2001 الى سنة 2006
64	الجدول (3-2) : تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2001 الى 2006

### قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل
30	الشكل (1-1) : تأثير الصحة على النشاط الاقتصادي





## مقدمة :

ان اقتصاد الصحة يعتبر كفرع متخصص من الفروع الاقتصادية وهدفه هو دراسة التناقضات والعراقيل الاجتماعية والاقتصادية، التي تؤثر على النظام الصحي، وتعتبر النفقات الصحية من أهم المتغيرات الأساسية التي تؤثر على اقتصاد الصحة .

ان نفقات الصحة موضوع مهم، وحديث له جوانب متشعبة يصعب الإلمام بها في دراسة معينة او بحث معين، لأن بذوره الجذرية ظهرت في منتصف السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية ولايزال الى يومنا يخضع الى تصحيحات واجتهادات، لأن الأمر يتعلق بنفقات صحية تتزايد سنويا، بل أكثر من ذلك، وعليه لا بد من ترشيدها وعقلنتها لكي تتقابل أكبر المنافع مع اقل النفقات.

ولعل أهمية اقتصاديات الصحة ودورها في خدمة المجتمع ازدادت وضوحا عندما تمكن الأفراد من اشباع حاجاتهم المادية الى حد ما، ولأن الخدمة هي واحدة من أبرز الخدمات التي أصبح الانسان بحاجة ماسة اليها اليوم فالخدمات الصحية تعتبر من اهم النشاطات الاقتصادية لكل الدول لما لها من آثار عميقة ومتشعبة على بقية القطاعات الاقتصادية الأخرى، لذا تعتبر الخدمات الصحية من أهم الركائز الأساسية في الاقتصاد القومي لجميع بلدان العالم سواء المتقدمة أو النامية فهي تساهم مع غيرها من القطاعات الاقتصادية في تنمية الدخل القومي.

كما أن الارتقاء بالخدمة الصحية الى مستوى عال يحتاج الى ادارة واعية لما يجري داخل المنظومة الصحية ومحيطها الخارجي، كما تحتاج الى الجدية في التعامل مع مختلف المتغيرات والتسيير الفعال لجميع هياكلها لبلوغ الهدف المنشود.



ان تزايد واهتمام وتركيز الجهات الوصية على قطاع الصحة في السنوات الأخيرة على أهمية ترشيد وعقلنة النفقات الصحية لكونها عاملا أساسيا، للتحكم في النفقات وتحسين الخدمات الصحية.

## 1. اشكالية البحث:

وبناء على ما تم تقديمه يمكن صياغة الاشكالية التي سنحاول الاجابة عليها من خلال هذا العمل بالشكل التالي :

- ما هو دور وأهمية اقتصاديات الصحة في ترشيد الانفاق الصحي؟
  - وفي اطار تحليل الاشكالية سنحاول الاجابة على التساؤلات الفرعية التالية :
  - ما المقصود باقتصاديات الصحة؟ وفيما تكمن أهميتها؟
  - ما المقصود بسوق الخدمات الصحية؟ وماهي أهم نشاطاته؟
  - فيما تكمن أهمية ودور اقتصاد الصحة في عقلنة الانفاق؟
- ## 2. فرضيات البحث:

- وسعيا منا للإجابة على تساؤلات الدراسة وضعنا مجموعة من الفرضيات كالتالي:
- ان تطبيق اقتصاديات الصحة في المؤسسات الصحية يؤدي الى التحكم في زيادة وتيرة النفقات الصحية.
  - ان العلاقة بين الصحة والاقتصاد علاقة تبادلية لأنه لا يمكن تحقيق اقتصاد معافى دون تحسين مستدام في صحة الانسان.
  - ان فهم الدور الاقتصادي للصحة قد يساعد على زيادة معدلات النمو لأن الاستثمار في الصحة أصبح أداة من أدوات السياسة الاقتصادية الكلية.



### 3. أهمية الدراسة:

تكتسي هذه الدراسة أهمية كبيرة انطلاقا من الاعتبارات التالية:

- أهميته البالغة في الاقتصاد الوطني لأنه يعالج مشاكل الانفاق الصحي في الجزائر ، والذي يعمل على ترشيدها وعقلنتها.
- الأهمية البالغة للخدمة الصحية أولا، وثانيا لأنه المحور الرئيسي لعملية التنمية وخاصة في الدول النامية ذات الامكانيات المحدودة غالبا والتي يمثل الأفراد فيها ثروتها الرئيسية.

### 4. أهداف الدراسة:

ان التطرق الى هذا الموضوع واختياره كان من أجل:

- دراسة عامة لاقتصاد الصحة واعطاء نظرة شاملة عليه من أجل تفعيله وشرحه من الجانب الاقتصادي.
- الدور والأهمية البالغة لاقتصاد الصحة ومدى مساهمته في تحسين الخدمة الصحية المقدمة وماله من آثار جوهرية في التحكم وعقلنة وترشيد الانفاق الصحي.

### 5. أسباب اختيار موضوع الدراسة:

من بين الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع:

- حداثة الموضوع وأهميته الكبيرة من الناحية الاقتصادية.
- ازدياد حجم النفقات الموجهة لقطاع الصحة، ما يحتاج الى التفكير في طرق وسبل لترشيدها من خلال تقديم خدمة جيدة بتكاليف اقل.
- ملاحظة عدم رضى افراد المجتمع والمسؤولين على تدني الخدمات الصحية رغم أهميتها ورغم التجهيزات المالية والمادية المخصصة لها.



## 6. منهج الدراسة:

من أجل دراسة مختلف جوانب الموضوع وتبيان أهميته اقتصاد الصحة في المؤسسات الصحية وتأثيرها على حجم النفقات الصحية، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي لأنه يمكننا من التعمق في الموضوع وتوضيح مدى أهميته الدراسة من الناحية الاقتصادية.

## 7. خطة البحث:

من اجل تحليل اشكالية الدراسة قمنا بتقسيم موضوع البحث الى ثلاثة فصول:

- حيث تطرقنا في الفصل الأول المعنون بمدخل عام لاقتصاديات الصحة المتضمن ثلاث مباحث في المبحث الأول تناولنا مفهوم لاقتصاديات الصحة وفي المبحث الثاني ماهية الصحة وفي المبحث الثالث المقاربة بين الصحة والاقتصاد.
- أما الفصل الثاني: المعنون بسوق السلع والخدمات الصحية تضمن ثلاثة مباحث أيضا في المبحث الأول عرض وطلب الخدمات الصحية وفي المبحث الثاني صعوبات التحليل الاقتصادي للصحة أما في المبحث الثالث تسعير الخدمات الصحية من حيث تحديد السعر وتطبيقه.
- أما الفصل الثالث: تضمن عنوان دور وأهمية اقتصاديات الصحة في ترشيد الانفاق حيث تناولنا في المبحث الأول تطور النفقة الوطنية للصحة في الجزائر وفي الثاني أسباب انخفاض انتاجية النفقات الصحية وألية التحكم فيها أما في المبحث الثالث الأهمية الاقتصادية لاقتصاد الصحة على ترشيد الانفاق الصحي.



## 8. صعوبات الدراسة:

معظم الصعوبات تكمن فيما يلي:

- صعوبات ذات طابع علمي ومعرفي مرتبطة بالموضوع.
- قلة المراجع والبحوث في مجال اقتصاد الصحة.



**الفصل الأول:**

**مدخل عام لاقتصاديات**

**الصحة**



## تمهيد:

إن اقتصاد الصحة يهدف الى دراسة التناقضات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على النظام الصحي، الصحة شرط أساسي للفرد لأداء أدواره على أكمل وجه من دراسة، عمل ، إبداع ... فالصحة في المجتمع عبارة عن ثروة يجب المحافظة عليه وتأمينها، و لهذا أصبحت الصحة ليس مهمة فردية بل محل اهتمام المجتمع ككل، بالرغم من أن الصحة ليس لها ثمن، بالمقابل و للمحافظة 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.

دخول التقنيات الاقتصادية ميدان الصحة عجل بظهور فرع اقتصادي جديد يسمى (باقتصاد الصحة) من أجل عقلنة النفقات في هذا الميدان و جعلها أكثر فاعلية.

يحمل اقتصاد الصحة عدة خصائص تتميز عن الفروع الاقتصادية الأخرى هذه الخصائص تمكن الباحث في هذا الميدان من الفهم الجيد له وتحليل النتائج بأكثر موضوعية.



## المبحث الأول: مفهوم اقتصاديات الصحة

من أجل فهم اقتصاديات الصحة تم تقسيم هذا المبحث إلى ثلاثة مطالب، حيث المطالب الأول يتم الحديث عن نشأة وظهور اقتصاديات الصحة والمطلب الثاني التعريف باقتصاد الصحة والمطلب الثالث عن أسباب ظهور اقتصاديات الصحة.

### المطلب الأول: نشأة وظهور اقتصاديات الصحة

فرع اقتصاد الصحة فرع من المعرفة فتي النشأة، ظهر في بداية سنوات الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية و بريطانيا، 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 عشية 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 بداية 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 بداية السبعينات ظهرت أزمة مالية أنقصت من قدرات تمويل قطاع الصحة، وظهرت ضرورة تدخل مقاربات اقتصادية في ميدان الصحة، و هذا



لتنظيم هذا القطاع وإعطائه دفعة جديدة من حيث مساعدة المسير في بلورة القرارات، توجيه السياسة الصحية والتخطيط الصحي<sup>1</sup>.

انفصال فرع اقتصاد الصحة كفرع مستقل بذاته، كان الفضل فيه لأفكار وأبحاث عدة مفكرين اقتصاديين من بينهم " F.QUESNEY " والذي يعتبر من 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 و هي التركيبية البيولوجية والتركيبية الاجتماعية .

على الرغم من أن الاقتصاد و الصحة فرعي معرفة مختلفين من حيث الموضوع والمنهج إلا أن هناك نقاط مشتركة و جوهرية 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. و السوق 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 و ذلك لمدى علاقة مكونات النظام فيما بينها.

هذا التحليل يقودنا إلى ضرورة تحديد مفهوم فرع اقتصاد الصحة لتحديد معالم هذا الفرع والسوق كموضوع علم الاقتصاد.

<sup>1</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دارالبازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ، 2004، ص 05.



## المطلب الثاني : تعريف اقتصاد الصحة:

مجال اقتصاديات الصحة مجال حديث نسبيا يعنى أساسا بتطبيق أفضل استخدام للموارد المتاحة لدى القطاع الصحي بحيث ينتج عنه افضل مردود ممكن من الرعاية الصحية، حيث الاقتصاد يتصف بأنه علم (دراسة الندرة والخيارات) فإنه ينطبق بصفة خاصة على الخدمات الصحية في الدول النامية حيث الموارد الصحية دائما شحيحة وعليه يتوجب النظر دائما في الخيارات الرشيدة الممكنة ويبقى المتغير الوحيد هو كم شحيحة هذه الموارد وكم صعبة هي هذه الخيارات.<sup>1</sup>

سوف نتناول في هذا الصدد مجموعة من تعاريف الاقتصاديين تناولوا ذلك في كتاباتهم حيث هناك "H.GUITTON" والذي يعتبر من الاقتصاديين الأوائل الذين تناولوا موضوع التحليل الاقتصادي للصحة، هذا التعريف ينقسم إلى جزأين:

- **الجزء الأول:** فرع وصفي يهتم بمعرفة المعطيات الأساسية ( طبيعة، مؤسساتيه، فردية وجماعية) التي تهدف إلى استرجاع الصحة الضائعة والوقاية حتى لا تضع ثم يتطرق الى تكاليف الصحة، تفسيرها والبحث عن أحسن الطرق للتعويض بها.

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

أما "GUYDELLANDE" فيعرف اقتصاد الصحة: "فرع مختص من العلوم الاقتصادية، الذي يهدف إلى دراسة القيود التي يفرضها المحيط السوسيواقتصادي على النظام الصحي"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> ثامر ياسر البكري، مرجع سابق ، ص07.

<sup>2</sup> طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة القدس ، 2002، ص 17.



أما الهدف الاقتصادي فهو عقلنة سير المنظومة الصحية ومحاولة إيجاد أحسن السبل لاستعمال الموارد المتاحة لمواجهة أكبر طلب للصحة، بالإضافة إلى السهر على فعالية الأداء.

### المطلب الثالث: أسباب ظهور فرع اقتصاد الصحة

هناك عدت أسباب عجلت بظهور فرع اقتصاد الصحة، من هذه الأسباب ما هو اقتصادي ومنها ما هو اجتماعي، ما يهمنا كإقتصاديين الأسباب الاقتصادية بالدرجة الأولى التي أدت لظهور هذا الفرع من المعرفة.

#### 1- الثقل الاقتصادي للنفقات الصحية:

بعد الحرب العالمية الثانية ظهر هناك ميل كبير للاستهلاك الطبي من طرف معظم سكان الدول الصناعية والتي كانت تتبع في معظمها نظام صحي ليبرالي، هذا الاستهلاك تعاضم سنة بعد سنة والنفقات الناتجة عن ذلك شكلت متتالية هندسية متزايدة<sup>1</sup>، مثلا في فرنسا شكل تزايد النفقات الصحية متتالية هندسية أساسها اثنان لكل خمسة سنوات.

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 و 1990 والجدول التالي يوضح ذلك :

<sup>1</sup> نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجيستر في الاقتصاد المالي، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الاخوة منتوري قسنطينة ، 2004-2005، ص 17.



الجدول رقم (1-1) : النفقة الوطنية للصحة

السنوات	1980	1985	1989	1990	1991	1992
النفقة للصحة الوطنية	6112	12625	19956	22842	32314	46006

المصدر: وزارة الصحة والسكان

ثانيا: البحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي:

تزايد النفقات الصحية تزامن مع الرفاهية الاقتصادية التي سادت الدول المصنعة خلال الثلاثين سنة التي تلت نهاية الحرب العالمية الثانية، فقد أصبح من الضروري تطبيق تقنيات التسيير في ميدان الصحة تزامنا مع الركود الاقتصادي ومحدودية المورد 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 .



## المبحث الثاني: ماهية الصحة

يعتبر نظام الصحة كغيره من الانظمة الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتھا جميع المجتمعات الرأسمالية أو الاشتراكية أو السائرة في طريق النمو، إلا أن طبيعة نظام الصحة يختلف من بلد لآخر، ونظرا لأهمية الصحة كنظام سيتم الحديث في هذا المبحث عن ماهية الصحة انطلاقا من تعريف الصحة في المطلب الأول، ثم الإطار القانوني للصحة في المطلب الثاني، وأخيرا يتم الحديث عن نشاطات المنظومة الصحية.

## المطلب الاول: مفهوم الصحة

لقد اهتم الاقتصاديون الأوائل باقتصاديات الصحة، فقد أفرد Marshal ,Alfred سنة 1980 في مؤلفه مبادئ الاقتصاد الفصل الخامس من الكتاب الرابع لدراسة أثر الصحة على قوة السكان والثروة الاقتصادية تحت عنوان " The Heath and strength of the Population" وعرف الصحة على أنها "القوة الجسدية PHYSICAL" والقوة العقلية (Mental) والقوة المعنوية أو النفسية: ( moral ) للفرد.<sup>1</sup>

وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة بأنها: "حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان".

كما يضيف Paul J , Feldstein سنة 1988 ان انتاج الصحة مثل أي عملية انتاجية يتم كما يضيف استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول الى حالة الصحة الجيدة ولعل أهم العناصر التي تدخل في انتاج الصحة مستوى التغذية، ونوعية البيئة والوقاية ونوعية الاسكان والتحضر، ومستوى التعليم، وطبيعة المهنة وساعات العمل، ومستوى الدخل، والعادات الصحية الشخصية ( مثل التدخين، استهلاك الخمر والمخدرات، ساعات

<sup>1</sup> نصر الدين عيسوي ، مرجع سابق ، ص 28.



النوم وممارسة أنواع الرياضة المختلفة، ... الخ ) وأخيرا مستوى الخدمات الصحية وتحسين مستوى الوصول إليها.<sup>1</sup>

تعتبر الصحة مطلب أساسي لأي فرد من أفراد المجتمع وتعني زهاب المرض وهي خلاف السقم.

كما عرفت الصحة على انها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة به، ووصفها جالين بأنها الحالة التي لا نعاني فيها من الالم ولا نتوقف عن ممارسة وظائف حياتنا اليومية وفي هذا دلالة على اتساع ابعادها وإنما تعزيزها والارتقاء بها على السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير.

### المطلب الثاني: الإطار القانوني للصحة

للصحة ارتباط وثيق بالحياة، وجدارتها بالحماية لا يماري فيها احد بحكم كونها من جملة مقومات الحياة والمحافظة عليها وحمايتها تدخل في دائرة حقوق الإنسان، لاتصال هذا الحق بأصل حقوق الإنسان جميعا، وهو الحق في الحياة، فحماية هذا الحق شرط لازم لحماية حق الإنسان في الحياة، وأساسا لتأمين ممارسة دور مهم فيها.

وتؤكد المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أن:

1- لكل شخص حق في مستوى معيشة، يكفي لضمان الصحة والرفاهية له، وأسرتة خاصة على صعيد العناية الطبية، وله الحق في ما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه.

<sup>1</sup> طلعت الدمرداش ، مرجع سابق ، ص 20.



2- تشمل التدابير التي يتعين على الدول الاطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة للحق في مستوى المعيشة.

وتكريسا لهذا الحق وبيانا لمداه، نصت المادة 16 من الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب على ان " لكل شخص الحق في التمتع بأفضل حالة صحية بدنية وعقلية يمكنه الوصول إليها ، تتعهد الدول الاطراف في هذا الميثاق باتخاذ التدابير اللازمة لحماية شعوبها، وضمان حصولهم على العناية الطبية في حالة المرض". وأكدت المادة 18 من نفس الميثاق على أن " للمسنين أو المعوقين الحق ايضا في تدابير حماية خاصة تلائم حالتهم البدنية أو المعنوية"

وتضمن الدستور الجزائري على أن الرعاية الصحية حق للمواطنين، وعلى الدولة أن تتكفل بالوقاية من الامراض الوبائية والمعدية ومكافحتها.

ومن قبل كل هذه الإعلانات والمواثيق والرسائل، اعتبر الإسلام الصحة والعافية نعمة تلي نعمة الهداية والإيمان<sup>1</sup>، وطالب الإسلام كذلك المسلم بحفظ صحته وأمر المجتمع الإسلامي بوقاية نفسه من الأمراض.

### المطلب الثالث: نشاطات المنظومة الصحية

قبل الحديث عن نشاطات المنظومة الصحية سوف نعطي تعريفا للمنظومة الصحية حيث غن المنظومة الصحية هي " مجموعة نشاطات مرتبط فيما بينها ، لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى، التي تستعمل من أجل الوصول إلى هدف معين والتي تنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أطرافها فيما بينها مشكلة تجانس واستقرار زمني.

<sup>1</sup> هادف حيزية، بن يوب لطيفة، مداخلة بعنوان : أهمية اقتصاد الصحة في مجال الخدمات الصحية ونظام العلاج، جامعة تلمسان، بدون سنة ، ص6.



تهدف المنظومة الصحية إلى تحقيق إشباع لسكان من الحاجيات الصحية ومن أهم نشاطات المنظومة الصحية نجد ما يلي:

### أولاً: العلاج الطبي أو التطبيب:

وتتكون من مجموع النشاطات التي تسعى للتشخيص و العلاج، الهدف منها هو اشباع الحاجة الفردية من الصحة ، يسهر على أداء هذه المهمة : أطباء، جراحين أسنان، صيادلة .... سواء كانوا ينشطون في مستشفى عام أو عيادات خاصة هذا من جهة، من جهة أخرى الخدمات الطبية الخاصة بالعلاجات غير المعطلة<sup>1</sup>.

### ثانياً: الوقاية الصحية:

أشرنا في المطلب الأول إلى كون هدف العلاجات الطبية هو الصحة الفردية، بالمقابل الوقاية الصحية تتدخل قبل ظهور أعراض المرض، وهدفها هو الصحة الجماعية، هناك مستويين للوقاية :

أ. الوقاية الأولية : التي ليس للسك الطبي تتدخل مباشر فيها فهي تهدف للقضاء على

أسباب الأمراض، فمنها ما يخص البيئة: (معالجة المياه، محاربة التلوث، الوقاية من حوادث المرور، التغذية الحسنة والمسكن اللائق ...)، ومنها ما يمس الوقاية الفردية، التي تعتبر مسؤولية كل فرد، ( التغذية المتوازنة، ممارسة الرياضة .... )

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

<sup>1</sup> صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، ط1، عمان، دار الفكر، 2009، ص ص 32-33.



### ثالثا: صناعة و تجارة السلع و الخدمات الطبية:

هذا النشاط مهم من ناحية أن له علاقة مباشرة في المحافظة على صحة الأفراد، فهو لا يأخذ بعين الاعتبار المواد الصيدلانية فحسب بل أنه يضم داخله أيضا : التجهيزات والأدوات الطبية، النظارات الطبية ، أجهزة و مستلزمات الأشعة ...

### رابعا: نقل المرضى:

هذا النشاط يضم مجموع الوسائل المتنقلة التي تساهم في نقل المريض من مكان تواجدته إلى المستشفى أو نقل الطبيب من المستشفى أو العيادة إلى مكان تواجد المريض إذا استدعت الضرورة ذلك، هذه الوسائل عبارة عن : سيارات اسعاف، نقل عمومي، نقل خاص.

إن حوادث المرور، وبعض الحالات الخطيرة تستعدي تدخل وسائل النقل والإسعاف المتطورة لمعالجة المعلول في مكان تواجدته، أو نقله في أسرع وقت إلى أقرب مستشفى<sup>1</sup>.

### خامسا: التدريس الطبي والبحث العلمي :

التعليم الطبي يسمح بتكوين اطارات الصحة، هذا هو سبب ضم المنظومة الصحية لهذا النشاط فهم الناشطين المباشرين في المحافظة على صحة الأفراد.

تلعب المعاهد الطبية والمستشفيات - بمختلف أنواعها وتخصصاتها - دورا كبيرا في مجال التكوين والتدريب الطبي، حيث تعمل المعاهد على تكوين وتدريب الطلبة في ميدان الصحة وتعمل المستشفيات على تطوير مهاراتهم وقدراتهم، حيث يتخرج كل سنة مجموعة هامة من: الأطباء، جراحين الأسنان، صيادلة، تقنيين سامين في الصحة، ممرضين ...

<sup>1</sup> صلاح محمود دياب، مرجع سابق، ص 35.



يقاس تطور الجهاز الطبي لدولة ما، بالبحوث التي توصل إليها المختصين في هذا الميدان، بالإضافة إلى جهاز طبي كفاً يعمل على إنتاج المعلومات: اختبار الأدوية، رفع نوعية العمل الطبي بتشجيع الاختراع في هذا المجال.

يمول ميدان التدريس والبحث الطبي أجهزة الدولة أو الخواص من أجل مساهمة ميدان يتطور ويتوسع يوم بعد يوم مثل البيولوجيا، اكتشاف الأدوية ..

### سادسا : مصالح التسيير العام للمؤسسات الصحية:

يقصد بها الإدارات العامة والخاصة ، إدارة المؤسسات التأمينية ، والتي تهدف إلى تسيير الموارد الجماعية للسكان من جانب الصحة وإدارة أموال التأمينات من أجل تغطية النفقات العلاجية للمؤمن عليه.



### المبحث الثالث: المقاربة بين الصحة والاقتصاد

للقيام بالمقاربة بين الصحة والاقتصاد ينبغي معرفة العلاقة بين الصحة والاقتصاد وهذا ما سيتم الحديث عنه في المطلب الأول من هذا المبحث، كما سيتم الحديث في المطلب الثاني عن دور الرعاية الصحية في تحقيق التنمية الاقتصادية، وأخيرا الحديث عن اهم الطرق المعتمدة لتأثير الصحة على النشاط الاقتصادي ومن خلال كل هذا تتضح عملية المقاربة بين الصحة والاقتصاد.

#### المطلب الاول: العلاقة بين الصحة والاقتصاد :

العلاقة بين الصحة والاقتصاد علاقة تبادلية اذ لن يتسنى تحقيق اقتصاد معافى دون تحسن مستدام في صحة الإنسان، وبالعكس فان الوصول الى درجة مقبولة من الحالة الصحية يعتمد على تحسين المخرجات الاقتصادية وتؤكد على ذلك لجنة الاقتصاد الكلي والصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية، اذ تشير بناتها الى تحسين الصحة ليست فقط من نواتج التنمية الاقتصادية وإنما أيضا من الوسائل لتحقيق هذه التنمية، وان هناك علاقة موجبة عموما بين العمر المأمول عند الميلاد والنواتج القومي الكلي وعليه يعتبر الاستثمار في الصحة استثمارا في التنمية .

ومن المعلوم أن الاقتصاد الهش في الدول النامية له آثار سلبية بشكل خاص على التحكم في الأمراض المتوطنة وأمراض سوء التغذية، كما أن مشاريع التنمية التي لا تحتاط للآثار البيئية والاجتماعية المتوقعة بقيام هذه المشاريع قد ينجم عنها ازدياد في معدل بعض الأمراض، فمثلا أدى قيام مشاريع زراعية كبيرة وبناء السدود في بعض الدول النامية ومن بينها السودان الى خلق مخاطر صحية جديدة كانتشار البلهارسيا والمalaria، فالبحوث التي تجري اليوم حول مقاربة اقتصاديات الصحة يراد منها ايجاد علاقة بين الحالة الصحية للأفراد والتنمية الاقتصادية، حيث تدرس التفاعلات عن طريق ادخال قيم للمتغيرات من أجل



الوصول الى مقدار المشاركة الفعالة لعامل النوعية في التنمية الاقتصادية، وبالتالي يمكن النظر الى الصحة على أنها أيضا:

1. **الصحة كاستهلاك:** تعتبر الصحة كاستهلاك اذا نظرنا اليها من ناحية اشباع حاجة حيث تصبح الخدمات الصحية منتجات سلعية تعرض وتباع في السوق ، ويتم تحديد الأسعار بالعرض والطلب بين الأطباء العارضين الخدمة والمرضى الطالبين الخدمة الصحية الا أن هذا التحليل يشكو من عدة نقائص نذكر منها :

• عجز المستهلك على تحديد متطلباته من الخدمة في السوق وكذلك عدم قدرته الحكم على نوعية المنتج المعروض .

• المنتج الذي يعرض خدماته في السوق، لا يعتبر كوسيط فقط وإنما صاحب نفوذ وقوة.

• السعر لا يتحدد بين الطبيب والمريض وإنما تدخل الدولة هو الأساس أو المصدر في تحديد أسعار تقديم الخدمات الصحية من سعر الدواء والتحاليل الطبية .

• الطلب على الخدمات الصحية يختلف عن الطلب الاقتصادي، حيث يتحدد الطلب على الصحة بعدة عوامل منها : دخل الطبقات الاجتماعية المهنية، التطور الاقتصادي، الثقافة الصحية، العوامل الطبيعية البيئية ..الخ حيث تؤثر على الطلب الصحي اما بالزيادة أو النقصان ، كما أن تقييم الاستثمار الصحي يتم من خلال النفقات المخصصة لصحة الأفراد الذين يكونون اليد العاملة<sup>1</sup>.

2. **الصحة كاستثمار:** تعتبر الصحة استثمارا اذا ما نظرنا اليها من زاوية امتلاك وصيانة رأس المال البشري، وعلى هذا الأساس يقترح كل من الاقتصادي S.Jmushkin و B.A.Weibord أن نفقات التكوين والصحة هي الوسائل

<sup>1</sup> ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 96.



الأساسية التي بواسطتها تزداد وتتطور موارد العمل<sup>1</sup>، فعلى سبيل المثال فإن زيادة أمل الحياة بفضل الصحة الجيدة ينقص من معدل الاستثمار المحقق تحت شكل التربية وعليه زيادة في المردودية وبالتالي زيادة الإنتاجية التي ترجع الى التكوين الجيد الذي يرفع من مردودية الاستثمار الصحي وذلك من خلال المحافظة على صحة الأفراد.

3. **الصحة كمنفعة**: ان العلاقة الموجودة بين الحالة الصحية للأفراد والتنمية الاقتصادية وذلك من خلال تعريف المردودية الصحية والتي تعني تحديد حجم معين من النفقات الصحية حيث أن النتائج المتحصل عليها من خلال هذه النفقات تتماشى مع التنمية الاقتصادية .

بالرغم من أن الاهتمام الكبير الذي تحظى به ميزانية الدول في مجال النفقات، إلا أن مشكل مردودية هذه النفقات الضرورية لتطبيق الإجراءات الوقائية تكون أقل بالنسبة لتكلفة المرض الذي ينتشر بدون توقف .

4. **علاقة الصحة بالتنمية** : لقد أصبحت الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها فلا يمكن تحقيق تنمية بدون سكان أصحاء، في حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي. ذلك أن العديد من حالات التردّي الصحية والصحة المعتلة تؤثر تأثيرا كبيرا في النمو والتنمية، ولأول مرة تناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية

<sup>1</sup> بارا جميلة ، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي في الجزائر ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر ، 1997، ص 16.



والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا انمائية<sup>1</sup> .

لقد نص المبدأ الأول من اعلان ريو دي جانيرو للبيئة والتنمية أن " البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة<sup>2</sup> "، فلا يمكن تحقيق التنمية مع تفشي الأمراض، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية، فعلى سبيل المثال، فتك فيروس نقص المناعة بملايين البشر في أكثر سنوات أعمارهم الانتاجية، كما أنه لا يزال تلوث المياه والهواء يؤدي بحياة الملايين كل عام، أغلبهم من سكان الدول النامية<sup>3</sup> ، في هذا الاطار أكدت الدكتورة مارغين تشان المدير العام لمنظمة الصحة العالمية" أن التنمية الصحية للفرد تؤدي الى تنمية اقتصادية، اجتماعي ثقافية وسياسية<sup>4</sup> .

فالصحة الجيدة تعزز التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وتساهم في الاستقرار الاقتصادي والحماية البيئية، لذلك فانه من أهم غايات التنمية المستدامة هو حق كل انسان بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، خاصة وأن هناك اتساعا لمفهوم الصحة، فلم يعد مفهومها يقتصر على عدم وجود المرض، بل تعداه ليشمل حالة من الأداء العقلي والجسدي، وبذلك يتسع مفهوم الصحة ليشمل ميادين أخرى ذات تأثير مباشر عليها، اذ أن العديد من العوامل الحاسمة في ميدان الصحة والمرض تقع خارج نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة، ويقترن بالقطاعات البيئية والمياه والصرف الصحي والزراعة والتعليم والحياة

<sup>1</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية ، الصحة والتنمية المستدامة ، جنيف 2001 ، ص 11

<sup>2</sup> الأمم المتحدة، البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية، ريو دي جانيرو، 1992 ، ص 46

<sup>3</sup> كاظم الشيب، معوقات التنمية الصحية، صحيفة العكاظ ، العدد 2202 ، الخميس 28 يونيو 2007 ، ص 5

<sup>4</sup> المرجع نفسه ، ص 8



الحضرية والريفية والتجارة والسياحة والإسكان والأمن، ويمثل التصدي لسلبيات هذه العوامل مفتاحا لقيام تنمية صحية، بمعنى تطور مطرد في قطاع الصحة على المدى الطويل .

#### 5. الصحة والإنتاجية: ان المخططين للتنمية الاقتصادية في الماضي لم يولوا أهمية

كبيرة للخدمات الصحية، وكانوا يميلون الى تقييم اسهامات الخدمات الصحية في التنمية بقدر ما يمكنها من زيادة معدل الإنتاج الفردي، أي الى أي حد يزيد الإنتاج اذا ما تم تقديم المزيد من الخدمات الصحية دون احداث أي تغييرات اخرى في المجتمع هكذا كان ينظر الى الخدمات الصحية باعتبارها غير مفيدة - ان لم تكن ضارة - بعملية التنمية الاقتصادية للأسباب التالية:<sup>1</sup>

في فترة الستينيات والسبعينيات لم تحقق معظم الخدمات الصحية أي تحسن صحي وبالتالي فان الموارد التي تخصص للخدمات الصحية انما تقطع من استخدامات أخرى بديلة كان من الممكن لها أن تسهم في زيادة الانتاج .

زيادة الانفاق الصحي كانت السبب الرئيسي في زيادة نمو السكان، الأمر الذي حال دون أن تؤدي تلك الزيادات التي تحققت في الناتج القومي الى زيادة ملحوظة في متوسط نصيب الفرد من الناتج القومي .

أدى نمو السكان الى ارتفاع في نسبة البطالة، فإذا كانت الصحة الجيدة تؤدي الى انتاجية أعلى لأولئك الذين يعملون، فان النتيجة الوحيدة لذلك هي زيادة معدلات البطالة، ولا تؤدي الصحة الجيدة الى زيادة الإنتاج، لأن توافر العمالة ليس هو المحدد الوحيد لزيادة الإنتاج .

<sup>1</sup> سعيد عبد العزيز عثمان، اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة، دراسة نظرية وتطبيقية، الدار الجامعية بالإسكندرية، 2000 ، ص 523.



ولكن Abel-Et Leiserson<sup>1</sup> قد رفضا تلك المبررات المشار إليها، ويرون أن البرامج الصحية لها أهميتها على القوى العاملة كما ونوعا في الدول النامية، واستندا في ذلك الى مبررات اقتصادية، سياسية، واجتماعية، وأخلاقية، فهما يريان أن مكافحة الأمراض في الدول النامية يجنب شعوبها خاصة من هم في سن العمل مخاطر انخفاض قدراتهم الإنتاجية، ومخاطر انخفاض الإنتاج القومي .

أما Jack فقد ايد ما جاء به Abel Et Leiserson حيث قدم مجموعة من المسارات التي تؤثر بها الحالة الصحية على الإنتاجية تتمثل في الآتي :

- يترتب على الانخفاض المباشر في الإنتاج بسبب تغييب بعض العمال لسوء حالتهم الصحية أو عند ما يغيب العامل لرعاية بعض أفراد أسرته عندما تسوء أحوالهم الصحية .
- يؤدي التحسن في الحالة الصحية الى ارتفاع معدل توقع العمر مما سيكون له أثر موجب على مستوى الخبرة المتراكمة لقوة العمل الفعلية والتي يقصد بها العمالة التي تستمر في الإنتاج داخل المنشأة لأطول فترة ممكنة خلال العمر المتوقع .
- ان تزايد الأنفاق على مدخلات انتاج الصحة سوف يحقق ارتفاعا في الإنتاجية وبالتالي يستطيع الأفراد الحصول على دخل أعلى، واما من خلال ارتفاع الأجر مع زيادة الإنتاجية أو امكانية العمل لساعات أكثر، أو احتمالا الحصول على فرص عمل أفضل .

6. علاقة الصناعات الدوائية بالصحة والتنمية<sup>2</sup> : انتقل الدواء في السنوات الأخيرة من كونه احد أهم الإنجازات الأخلاقية والتكنولوجية في مجال التنمية، من خلال افتراض أن مسار التنمية يتكون من مجموعة من نظم وممارسات المعرفة، وأن صناعة

<sup>1</sup> سعيد عبد العزيز عثمان، مرجع سابق، ص 129.

<sup>2</sup> سعيد عبد العزيز عثمان، مرجع سابق، ص 514.



الأدوية هي جزء من تلك النظم المعرفية، كما أن صناعة الرعاية الصحية في صورة شركات الدواء المتعددة الجنسية من أقوى الصناعات في العالم ويزيد العائد على الاستثمار فيها عن معظم الصناعات الأخرى.

7. **اقتصاديات الصحة والرفاهية<sup>1</sup>** : يقرر New house، Joseph.(1992) في دراسته عن تكاليف الرعاية الطبية ومدى تأثيرها في رفاهية الأفراد، ان انخفاض مستوى رفاهية السكان مرتبط بمستوى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، حيث يرى أن أثر الإحلال يلعب دورا هاما في هذه العلاقة، اذ أن تكاليف الرعاية الصحية تعد من بنود الأنفاق الضرورية في ميزانية الأسرة، وبالتالي فان ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية يجعل الأفراد يقومون بإحلال هذه الزيادة في التكاليف محل تخفيضات لبنود أخرى في ميزانية السرى مما قد يقلل الأنفاق الاستهلاكي على تلك البنود وبالتالي تكون المحصلة الصافية انخفاض مستوى رفاهية المجتمع .

8. **اقتصاديات الصحة والتنمية البشرية** : هناك بعض الدراسات أظهرت اهتماما باقتصاديات الصحة وعلاقتها بالتنمية البشرية، دراسة John، & Thomas، Duncan (1998) ودراسة Glewwe، Paul (1996) وقد استنتجت هذه الدراسات أن هناك اهتماما متزايدا بالاستثمار في الموارد البشرية منذ بداية ثمانينات القرن العشرين، فقد أبدت الحكومات اهتماما متزايدا بالأنفاق العام على الخدمات الصحية والتعليمية، حيث تشكل الصحة والتعليم أهم مكونات رأس المال البشري<sup>2</sup> .

وترى هذه الدراسات أنه بالرغم من أن مفهوم رأس المال البشري ظل لفترات طويلة مرتبطا ارتباطا وثيقا بالمهارات المكتسبة من خلال التعليم الرسمي، وكذلك خبرات العمل

<sup>1</sup>طلعت الدمرداش ، مرجع سابق ، ص 141

<sup>2</sup> سعيد عبد العزيز ، مرجع سابق ، ص 145



والتدريب، ويشمل ذلك المفهوم الضيق لرأس المال البشري ، الا أن هذا المفهوم قد اتسع في السنوات الأخيرة ليشمل الاستثمار في الصحة والتغذية، ويمثل ذلك المفهوم الواسع لرأس المال البشري.

### المطلب الثاني: دور الرعاية الصحية في تحقيق النمو الاقتصادي :

تشكل المكاسب العالمية التي أمكن تحقيقها في قطاع الصحة أحد أهم الانجازات التي حققتها البشرية مؤخرًا، ومن الممكن في هذا العصر أن يتوقع كل فرد أن يحيا حياة طويلة وخالية من المرض بشكل ملموس<sup>1</sup>.

وهذا الانجاز يتجاوز حالة التقييم الاقتصادي . إذ أن الصحة الجيدة هي هدف هام في حد ذاته باعتبارها احدى الحاجات الانسانية الأساسية، ونظرًا لما يترتب عليها من تزايد في القدرات البشرية، ومع ذلك فهناك ثلاثة أسباب رئيسية لتقييم الاثار الاقتصادية للصحة :

- ان فهم الدور الاقتصادي للصحة قد يساعد على فهم مصادر النمو الذي أمكن تحقيقه في القرن العشرين فاستنادًا الى مدى مساهمة الصحة الجيدة في زيادة معدلات النمو، فان الاستثمار في الصحة أصبح أداة من أدوات السياسة الاقتصادية الكلية.

- يشكل القضاء على الفقر المهمة المركزية لسياسة التنمية في مستهل القرن الحادي والعشرين، حيث ازلت أعداد غفيرة من سكان العالم تعاني من الفقر على الرغم من النمو الاقتصادي السريع، ونظرًا لأن الصحة السيئة هي أحد الأسباب الرئيسية للفقر، فان تواصل الاستثمارات التي تستهدف تحسين الأحوال الصحية للفقراء بوسعها أن توفر وسيلة التخفيف من حدة الفقر.

<sup>1</sup> الفاتح مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وآثارها على التنمية، المجلة الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد 4، العدد 10، جامعة الطائف، المملكة العربية السعودية، 2013، ص 124.



- ان الانفاق على الصحة يؤدي الى تحسين نوعية الموارد البشرية، شأنه شأن الانفاق على التعليم، ولكنه بالإضافة الى ذلك يؤدي الى زيادة كمية في المستقبل من خلال زيادة العمر المتوقع في العمل، وهذا أيضا يكمل الاستثمار في التعليم نظرا لأنه مع بقاء الأشياء الأخرى على ما هي عليه، فان العائد على التعليم سيتجه للتزايد اذا عمل الناس واكتسبوا لفترات أطول .

### المطلب الثالث : الطرق المعتمدة لتأثير الصحة على النشاط الاقتصادي<sup>1</sup> :

في حين تعتمد صحة السكان في سن العمل جزئيا على صحة الأطفال، فإنها تؤثر بشكل مباشر على انتاجية العمل، ومتوسط دخل الفرد هو عبارة عن ناتج قسمة مستوى الدخل على عدد السكان ( والذين يتضمنون السكان في سن العمل والسكان المعالين)، من خلال تخفيض الوفيات بين السكان في سن العمل، وأيضا من خلال الحد من التقاعد المبكر الناجم عن المرض، كما أن هذه النسبة تتجه للتغير مع الانتقال الديمغرافي والجدول التالي يبين لنا ذلك:

<sup>1</sup> محمد حافظ خطاب، إدارة أزمات الصحة العامة، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص 39.



الجدول (1-2) : التقدم المحقق فيما يتعلق بالبقاء على قيد الحياة

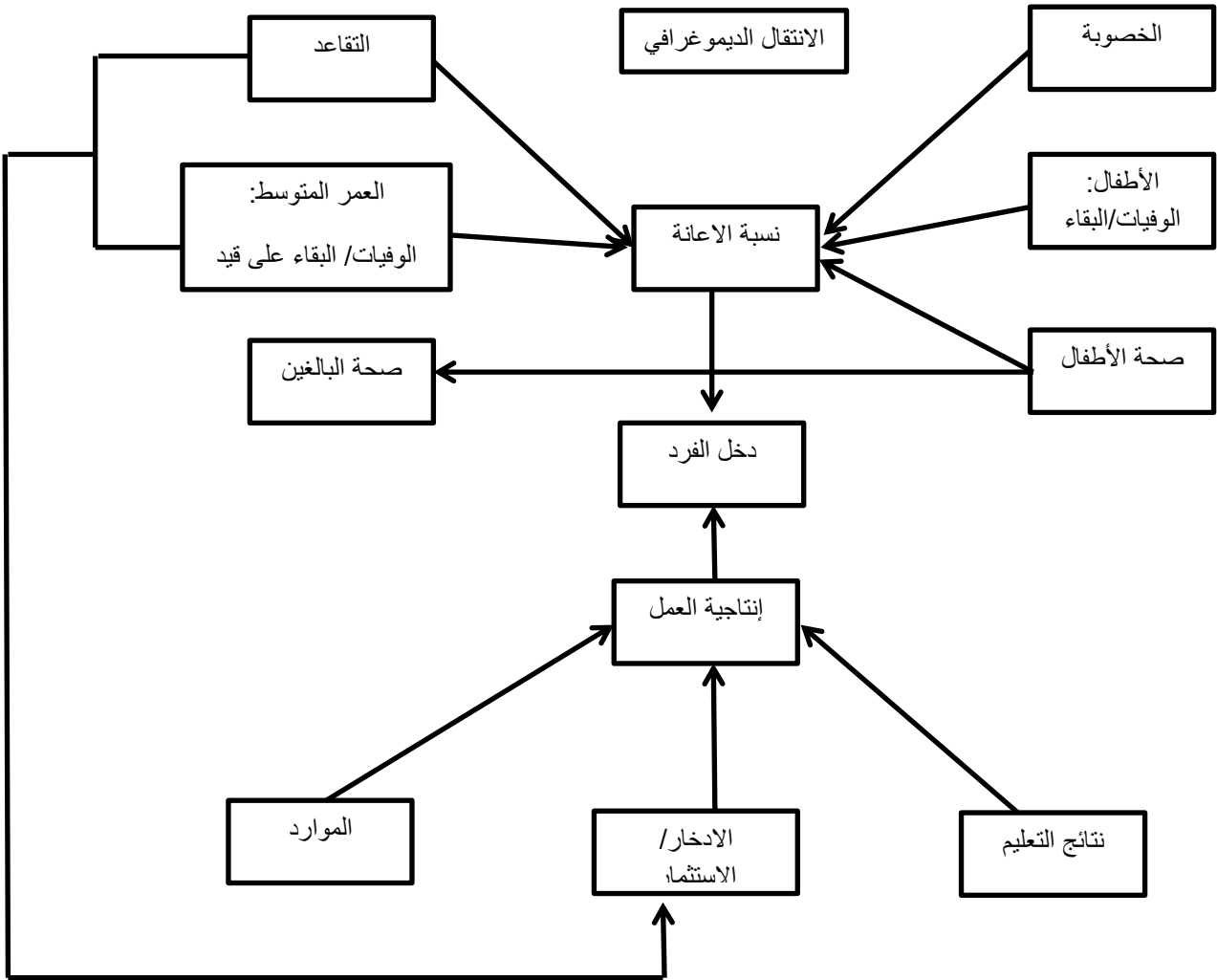
معدل الخصوبة الاجمالية عدد الولادات لكل امرأة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود		العمر المتوقع عند الولادة بالسنوات		السنوات الدولة	
	1970- 1975	2001	1970	-2000 2005		
2005-2000					1975 -1970	
2.1	2	8	26	77.1	71.5	أمريكا
1.3	2.1	5	21	81.6	71.3	اليابان
2.7	6.9	10	59	76.6	67	الكويت
3.3	5.7	41	235	66.3	52.1	مصر
3.3	7.5	28	129	71.9	57	سورية
4.4	6.7	107	182	55.6	43.6	السودان
7	8.4	107	303	60	39.8	اليمن

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الانمائي، تقرير التنمية البشرية، 2003، ص 250



كما أن الصحة الجيدة للبالغين تؤثر في الانتاجية مباشرة من خلال زيادة الجهد في العمل والحد من التغيب، ووجود المستويات المرتفعة للمرض في المجتمع قد يضعف من الانفتاح على الاقتصاد العالمي، وهو الذي يخلق الظروف الملائمة للنمو السريع من خلال انتقال الأفكار، والسلع ورأس المال والشكل التالي بين لنا ذلك .

### الشكل (1-1) : تأثير الصحة على النشاط الاقتصادي:



المصدر: منظمة الصحة العالمية، التقرير السنوي 1999، ص 11



## خلاصة الفصل

إن اقتصاد الصحة فرع من الفروع الاقتصادية يهتم بإيجاد علاقة بين الموارد المخصصة لتمويل النشاط الصحي وتنظيم توزيع الخدمات الصحية على نسبة كبيرة من طالبيها تعمل المنظومة الصحية ككل والأنظمة الفرعية المكونة لها 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 .

يتميز فرع اقتصاد الصحة عن باقي الفروع الأخرى على أنه يتعلق بقطاع حساس يستدعي تدخل الدولة من ناحية التمويل والسهر على توزيع الخدمات الصحية أما في الفصل الموالي سنتناول سوق السلع والخدمات الصحية بخصوصياته .



**الفصل الثاني:**

**سوق السلع والخدمات**

**الصحية**



### تمهيد :

إشكالية علم الاقتصاد تدور حول كلمة الندرة بمعناها الواسع. يقابل كلمة الندرة كلمة أخرى و هي الاختيار، هذه الأخيرة عبارة على الحلول التي يمدنا بها الاقتصادي من أجل استعمال مواردنا المحدودة لإشباع رغباتنا اللامتناهية. فعلم الاقتصاد عموما يهدف إلى إيجاد علاقة تربط بين الندرة و الاختيار من خلال التوفيق بين الإمكانيات المتوفرة والأهداف المراد تحقيقها.

بالنسبة للإمكانيات الواجب توفيرها فهي مصادر التمويل والتي تعتبر المحرك الرئيسي لإنتاج الخدمات الصحية المطلوبة للاستهلاك، أما الأهداف فتحددها المنظومة الصحية بالإضافة إلى الهدف الرئيسي وهو تحسين صحة المجتمع للنظام الصحي أهداف أخرى تختلف من بلد إلى آخر العلاقة التي تربط بين الإمكانيات والأهداف تنظمها المنظومة الصحية في أي بلد في العالم أين تحدد المنظومة الصحية تسعيرة للخدمات الصحية المقدمة، تحديد هذه الأخيرة يختلف من منظومة صحية إلى أخرى باختلاف فلسفة المنظومة الصحية و نظرتها إلى الخدمة الصحية و علاقتها بالمجتمع.

سنحاول التطرق إلى سوق السلع والخدمات الصحية في هذا الفصل تحت فرضية أن سوق الخدمات الصحية يخضع إلى قواعد السوق الحر، مع مراعاة خصوصية هذا السوق في كل مرة.



### المبحث الأول : عرض وطلب الخدمات والسلع الصحية :

إن المحرك الأساسي لعلم الاقتصاد هو مقاومة الندرة، كل ميدان تكون فيه الموارد المتاحة غير كافية لتغطية الحاجات الاجتماعية منها نكون بصدد ظاهرة الندرة. بذكرنا للندرة - كإشكالية في الميدان الاقتصادي- سيقابلها كلمة أخرى كحل لهذه الإشكالية وهي الاختيار، لو دققنا أكثر لوجدنا أن أي مجال يصادف إشكالية ما وتتوفر له جملة من الاختيارات فله جانب اقتصادي.

يواجه مشكلة الندرة المجتمع ككل وكذا كل فرد داخل هذا المجتمع - على حدى، فأى عنصر اقتصادي يواجه مشكلة الندرة سيحاول كيف يقيم إمكانياته المتوفرة في زمن ما من أجل الوصول إلى أكبر إشباع ممكن وقد يتعذر علينا إيجاد حل للمشكلة على مستوى التمتع واختيار بديل من البدائل إلا بعد الوقوف على سلوكيات العناصر الاقتصادية فرادى. قد تكون العناصر الاقتصادية الفردية: أفراد، عائلات، منشآت..، بالمقابل كل إشكالية تواجه العناصر الاقتصادية الفردية لهي دليل واضح على أنها إشكالية اجتماعية، أين نستفيد من التجارب الفردية بتقييمها واختيار أحسنها من أجل تعميمها على المجتمع ككل.

سنتناول في هذا المبحث بالإضافة إلى المشكلة الاقتصادية في كل الخدمات الصحية، سلوكيات المستهلكين في هذا النوع من الخدمات أمام أهم المتغيرات التي سوف تؤثر على سلوكهم و ما هي الاختيارات التي سيحاول المستهلك للخدمات الصحية تبنيها من أجل إشباع حاجاته من الصحة تحت قيد إمكانياته المتوفرة، بالمقابل سنتطرق إلى سلوك المنتج للخدمات الصحية أمام المتغيرات الاقتصادية التي ستواجهه وما يميزه عن المنتج لخدمات سوقية أخرى.



المطلب الأول : المشكلة الاقتصادية في ميدان الخدمات الصحية

أولا : إشكالية الاختيار و الفرصة البديلة

قبل أن نتساءل حول ماهية الخدمات التي يمكن إنتاجها، كيفية إنتاجها ولمن تقدم تلك الخدمات يجب أن نتطرق أولا إلى مفهوم الفرصة البديلة، نكون بصدد مفهوم الفرصة البديلة، إذا كان على الفرد أن يختار بديل من بين البدائل المتوفرة فاختياره البديل الأول يمنعه من الحصول على البديل الثاني. المنفعة التي كان سيتحصل عليها من اختياره للبديل الثاني تسمى بالفرصة البديلة (الفرصة الضائعة).

"الاختيار السليم يسعى إلى استخدام الموارد المحدودة لتحقيق أفضل نتيجة ممكنة، لا يعد استخدام جراح ما لإجراء عملية تقليدية بمثابة الاستخدام الأفضل (الأمثل) لذلك المورد إذا أمكن استخدام هذا الجراح في نشاط أكثر تعقيدا"<sup>1</sup>.

يمكن قياس تكلفة الفرصة البديلة بمقارنة المنفعة التي يمكن أن يدرها الاستخدام غير المختار من المنفعة المتحصل عليها من الاستخدام المختار، إذا كانت المنفعة المحصل عليها من الاستخدام غير المختار أعلى من المنفعة المتحصل عليها من الاستخدام المختار فنكون بصدد تكلفة الفرصة البديلة، أما إذا كان العكس فالاختيار سليم.

مفهوم الفرصة البديلة يحتم على المقرر أن يكون مسؤولا في قراراته ، قبل أن يقرر ما هو أحسن بديل عليه أن يقيم البدائل التي بحوزته، وعلى أساس المعيار المستعمل في اختياره- والذي سنحقق بواسطته أكبر منفعة ممكنة- يكون هناك بديل مختار على حساب بديل آخر.

<sup>1</sup> طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة ، القاهرة سنة 2000 م، ص 55.



ثانيا : إشكالية الاختيار على مستوى الاقتصاد الكلي :

يعرف القطاع المؤسسي حسب قادة أقاسم على أنه: "مجموع الوحدات المؤسسية التي لها وظيفة أساسية و تتمتع بخصائص متقاربة بالنسبة لمصدر مواردها الأساسية. بعبارة أخرى فإن القطاع المؤسسي هو مجموع الوحدات المؤسسية التي لها سلوك اقتصادي متشابه<sup>1</sup>".

مفهوم الاختيار على مستوى القطاعات المكونة للاقتصادية الوطني لأي دولة لا يختلف عنه على المستوى الفردي من ناحية محدودية الموارد و تزايد الاحتياجات، قطاع الخدمات الصحية هو قطاع من بين مجموعة كبيرة من القطاعات الأخرى المكونة للاقتصاد الوطني، قرار الحكومة بزيادة الموارد المخصصة لقطاع الخدمات الصحية، فإنه سيكون على حساب قطاع أو قطاعات أخرى. أي أن المورد الإضافي للخدمات الصحية ينقص من مورد قطاع آخر.

**المطلب الثاني : الطلب على الخدمات الصحية :**

سنتطرق في هذا المطلب إلى سلوك المستهلك إزاء الندرة في قطاع الخدمات الصحية وإلى الاختيارات التي سينتجها من أجل الحصول على أكبر إشباع ممكن، المستهلك في هذه الحالة ليس بالضرورة فرد يمثل نفسه، بل يمكن أن يكون مسؤول عن أفراد آخرين (عائلة، مؤسسة ...) نهدف بدراسة سلوك المستهلك على المستوى الجزئي ثم تعميم ذلك لفهم سلوك المجتمع، بما أن المجتمع يتكون من مجموعة أفراد.

**أولا : فرضيات متعلقة بالمستهلك**

قبل التطرق لتحليل سلوك المستهلك يجب وضع فرضيات خاصة بهذا الأخير التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

<sup>1</sup> قادة أقاسم، المحاسبة الوطنية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر سنة 1994 ، ص 29 .



- نفرض أن المستهلك رشيد: أي أن المستهلك منطقي في اختياراته، فإن وجدت سلعتان متماثلتا المنفعة و مختلفتي السعر، فإنه سيختار أرخصهما .
  - نفرض أن المستهلك عند استهلاكه لوحدة من سلعة معينة ستحقق له منفعة بقيمة معينة.
  - استهلاكه لوحدة موائية ستحقق له منفعة أكثر من المنفعة الخاصة بالوحدة الأولى. وصول المستهلك إلى إشباع رغباته من هذه السلعة، سيؤدي إلى أنه أي زيادة في استهلاك هذه السلعة ستحقق له منفعة متناقصة و هذا ما يسمى ب " ظاهرة تناقص المنفعة الحدية " .
  - "يهدف المستهلكون إلى تعظيم الإشباع أو المنفعة الكلية المستمدة من السلع التي يستهلكونها. لذلك تعظيم المنفعة الكلية يتطلب من المستهلكين توزيع إنفاقهم بطريقة تجعل المنفعة الحدية أو الإشباع الذي تحققه آخر وحدة نقدية متساوية بين كل المنتجات التي يشترونها"<sup>1</sup>.
  - تصل المنفعة الكلية أقصاها عندما تكون عناصر التوليفة تحقق نفس المنفعة، فمهما تغيرت عناصر التوليفة فهي تعطي نفس المنفعة الكلية.
- عموما الفرضيات المتعلقة بمستهلك الخدمات الصحية، لا تختلف عن الفرضيات المتعلقة بالمستهلكين لخدمات سوقية أخرى.

### ثانيا : قانون الطلب على السلع والخدمات الصحية:

قبل التطرق إلى القانون الذي يحكم طلب السلع والخدمات الصحية، نريد أولاً توضيح مفهوم نوع الطلب الذي سنتناوله في تحليلنا فالطلب الذي سنتناوله في تحليلنا هو الطلب الفعال على الخدمة الصحية، أي الطلب الذي يقابله قدرة شرائية كافية لتحول المستهلك من الشعور بالرغبة إلى شراء السلعة أو الخدمة اللازمة لإشبا هذه الرغبة.

<sup>1</sup> نصر الدين عيساوي ، مرجع سابق ، ص 57.



إن قانون الطلب لأي سلعة يتحدد عن طريق سعر هذه السلعة في السوق مع افتراض أن المؤثرات الأخرى ثابتة.

### ثالثا: العوامل المحددة للطلب على السلع والخدمات الصحية

هناك عدة عوامل مؤثرة على دالة الطلب عدا السعر، سنحاول في كل مرة التعرض إلى أحد المحددات مع تجريد المحددات الأخرى .

1- الدخل.

2- أسعار السلع الأخرى المكملة والبديلة.

3- التأمين الصحي والإنفاق الحكومي.

4- العرض كمحدد للطلب.

5- عدد السكان وهيكل الأعمار<sup>1</sup>.

### المطلب الثالث: عرض الخدمات الصحية

نستهل هذا المطلب بطرح السؤال التالي: ما هو الهدف الذي يريد تحقيقه العارض للسلع والخدمات الصحية ؟

الهدف الأساسي الذي يصبو لتحقيقه معظم العارضين هو تحقيق أعظم ربح ممكن لكن هذا لا ينطبق على كل العارضين، فهناك أهداف أخرى عدا الربح من احتلال نسبة معينة من السوق، البقاء في المنافسة وعدم الخروج من السوق، البعض الآخر لهم أهداف اجتماعية من تحقيق طلبات طبقة اجتماعية متدنية الدخل مثلا أو مجموعة من السكان يقطنون منطقة جغرافية معينة. هذه الأهداف ستحقق من خلال فترة زمنية معينة، يبقى

<sup>1</sup> بحدادة نجاه، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية)، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2011، 2012، ص 26.



مفهوم الزمن وعنصر الخطر يختلف من عارض أو منتج للسلع والخدمات الصحية إلى آخر.

"يكون من الضروري التنبيه إلى أنه في العديد من نظم الخدمات الصحية يكون العرض على قدر كبير من التنظيم، لا يستجيب لقوى السوق بنفس طريقة عرض السلع الاستهلاكية وإن كان هذا لا يمنع من تحليل عرض الخدمات الصحية من خلال نظام السوق الحر حتى يمكن تفعيل الحوافز السوقية في أداء نظم الخدمات الصحية، وصولاً إلى الكفاءة والفعالية في أداء تلك الخدمات"<sup>1</sup>.

سوف نحلل سلوك العارض للخدمات الصحية في ضل مجموعة من الفرضيات التي سوف نتناولها فيما يلي :

### أولاً : فرضيات متعلقة بالعارض للخدمات الصحية

قبل التطرق لسلوك العارض للخدمات الصحية وفقاً للعوامل المؤثرة عليه. نريد أولاً أن نضع فرضيات التي سنقودنا أثناء تحليلنا الموالي:

#### الفرضية الأولى:

سنحاول تحليل سلوك العارض للخدمات الصحية من خلال نظام السوق الحر، أين تصبح الخدمات الصحية كأى خدمة سوقية أخرى تخضع لقوى السوق.

#### الفرضية الثانية:

المحرك الأساسي للكمية المعروضة هو سعر السلعة، فالعارض له إمكانية عرض كمية أكبر إذا عرض عليه سعر أعلى (مع ثبات المؤثرات الأخرى على العرض).

<sup>1</sup> طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص 105.



### ثانيا: قانون عرض السلع والخدمات الصحية

يتوقع أن ترتبط كمية السلعة المعروضة في السوق ارتباطا مباشرا بسعرها، مع ثبات الأشياء الأخرى فإذا زاد سعر السوق، ستزيد الكمية المعروضة من السلعة أو الخدمة.

المحفز الأساسي لزيادة الكميات المعروضة من السلع أو الخدمات الصحية هو السعر المتاح (ارتفاع السعر) مع فرضية ثبات المتغيرات الأخرى.

عموما كلما زاد السعر الخاص بالسلع والخدمات المعروضة كلما شجع ذلك العارضين على عرض كمية أكبر، كلما انخفض السعر كلما أدى بالعارضين للتخطيط من أجل عرض كميات أقل مستقبلا، أي أن هناك علاقة طردية بين السعر والكمية المعروضة<sup>1</sup>.

### ثالثا: العوامل المحددة للعرض:

ماعداء السعر الذي تعرضنا إليه في قانون العرض هناك متغيرات أخرى تؤثر على الكمية المعروضة من السلع و الخدمات الصحية. هذه العوامل سواء كانت منفردة أو مجتمعة هي المحدد للكميات المعروضة. من أهم هذه العوامل: عدد المنتجين، مستوى التكنولوجيا تكاليف الإنتاج، أسعار السلع الأخرى، توقعات المنتجين، توقعات خاصة بالطلب .

<sup>1</sup> بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص 28.



### المبحث الثاني: صعوبات التحليل الاقتصادي للصحة

فرع اقتصاد الصحة فرع اقتصادي يحمل العديد من الخصوصيات التي لا نجدها في باقي الفروع الاقتصادية الأخرى، هذه الخصوصيات دفعت بالاقتصاديين للبحث والتعمق فيها لفهم هذا الفرع الاقتصادي الجديد، وذلك بتحليل الظواهر في هذا الميدان، والعمل على التحكم فيها، أمام هذه الصعوبات سيصطدم الاقتصادي بعدة قيود، والتي لا بد من الإشارة إليها فيما يلي:

#### المطلب الأول: خصوصيات فرع اقتصاد الصحة

##### أولاً: تدخل الدولة:

بعد الأزمة الاقتصادية لسنة 1929، تبين أن تدخل الدولة ضروري لتنظيم الحياة الاقتصادية في الدول ذات الاقتصاد الليبرالي، لكن تدخل الدولة في ميدان الصحة لا يقتصر في التعديل أو التوجيه فقط بل يتعدى ذلك، أين تصبح الدولة المسؤول الأول على هذا القطاع.

يبدأ تدخل الدولة في ميدان الصحة من خلال الشهادات الممنوحة للمتخرجين و التي تسمح لهم بممارسة النشاط الطبي بمختلف اختصاصاته، في بعض الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية فإن الشهادة الممنوحة للمتخرج من المعهد الطبي لا تكفي لوحدها لتوظيفه وعلى المتخرج أن يتحصل على شهادة إثبات الذات والتي تمنح من طرف الخواص بعد مرحلة ميدانية تجريبية<sup>1</sup>.

بالإضافة إلى الشروط التي تضعها الدولة للدخول إلى ميدان الصحة وعند التوظيف تتدخل الدولة في ميدان التأمينات والمساعدات الاجتماعية للطبقات الفقيرة، العجزة، قداماء

<sup>1</sup> أ.د. عمري عمار، أ. بومعروف الياس، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد 7، 2009-2010، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، ص 29.



المحاربين، أصحاب الأمراض المزمنة، هذا ما نجده حتى في الدول ذات النهج الليبرالي كالولايات المتحدة الأمريكية، هذا ما يؤكد C.PHELPS: "حجم لا بأس به من سكان الولايات المتحدة الأمريكية يمكن لهم التداوي في مستشفيات الولايات التي يقطنون بها مجاناً، إذ ثبت عدم ملكيتهم للموارد اللازمة لدفع ثمن الخدمات الصحية<sup>1</sup>، تتدخل الدولة أيضاً في مراقبة الهياكل الصحية من مستشفيات وعيادات هذه المراقبة تتركز في جانب تحديد أسعار الخدمات المقدمة، على الرغم من أن معظم دول العالم تخلت عن مراقبة أسعار الخدمات السوقية وإخضاعها لمنطق العرض والطلب، إلا أنها لم تستطع التخلي على ميدان حساس كالصحة. في الولايات المتحدة الأمريكية طبق نظام لمراقبة أسعار وتكاليف الصحة ابتداءً من 1971.

### ثانياً: عدم اليقين

مستهلك المواد الغذائية ومستهلك الأدوية لا يهدفان للوصول إلى نفس النتيجة فمستهلك المواد الغذائية يهدف إلى تغذية جسمه بالحريرات اللازمة لأداء نشاطاته اليومية، أما المستهلك الثاني فهو يهدف إلى تحسين حالته الصحية. في الحالة الأولى المستهلك يملك معلومات حول الأغذية المرات تناولها، أما في الحالة الثانية فالمستهلك بحاجة إلى معلومات هذه المعلومات تجعله يعرف حالته لصحية. هذه المعلومات ليست دقيقة دائماً والتي تخلق نوعاً من عدم اليقين من جانب طالب الخدمات الصحية و عارضها.

عدم يقين المستهلك يبدأ من جهله لحالته الصحية انطلاقاً من غياب أعراض المرض حيث أنه يحكم بأنه بصحة جيدة بمجرد غياب أعراض المرض المحسوسة، فهناك أمراض لا تظهر أعراضها خارجياً إلا أنها تستغل في جسم الإنسان شيئاً فشيئاً، إذا فالحواس ليست معيار دقيق لتحديد الحالة الصحية للفرد، عند احساس الفرد بأعراض المرض يتوجه إلى الطبيب، هذا الأخير الذي يحاول تشخيص حالته الصحية وإعطائه العلاج اللازم لشفائه

<sup>1</sup>نصر الدين عيساوي مرجع سابق ، ص 33.



وبمجرد رؤية الطبيب للمريض، تذهب مخاوف هذا الأخير، هذا راجع إلى المعلومات التي تحصل عليها المريض من طبيبه حول حالته الصحية، تكون هذه المعلومات صحيحة دائماً إذا كان الطب علم دقيق والعلاجات مضمونة النتائج، وهذا ما يمثل الجانب الموضوعي لليقين من عدمه.

### المطلب الثاني : القيود المنهجية لتحليل الاقتصادي للصحة

هناك عدة صعوبات تعيق التحليل الاقتصادي للصحة، فخصائص ميدان الصحة تجعل منه حقل تحليل يصعب على الاقتصادي التحكم فيه، حيث يواجه مجموعة من الصعوبات من غموض المنظومة الصحية، استقلالية أهداف الفاعلين في هذا الميدان، عدم اليقين في قبول النتائج، هذا ما سنحاول عرضه فيما يلي<sup>1</sup>:

#### أولاً: غموض بعض عناصر المنظومة الصحية

غموض المنظومة الصحية يبدأ من مفهومها، وتناولنا ذلك في المبحث الأول بالإضافة إلى الغموض الموجود حول مفهوم الصحة نفسها، ما نريد التأكيد عليه أنه ليس مجرد غياب المرض يؤدي إلى صحة جيدة بل هناك نشاطات لم تأخذ ضمن المنظومة الصحية مثل: مصالح النظافة، معالجة المياه، والتي لا تقل أهمية في المحافظة على الصحة الجيدة للفرد، بالإضافة إلى ما ينتج عنها من تكاليف الصحة السيئة، هناك صعوبة أخرى سنتناول في عنصر مستقل تتمثل في قياس الحالة الصحية للفرد عند خروجه من المصحة أو عند تناوله للدواء الموصوف له، هناك عدة مؤشرات صحية مستعملة، لكن لا يوجد مؤشر واحد متفق عليه مستعمل للمقارنة أثناء التحليل.

هناك نوع من الغموض حول دور التأمينات المرضية وإعادة توزيع الدخل فدور التأمينات وسياسة الأسعار المطبقة فيها يتلقى العديد من الإنتقادات من طرف الاقتصاديين.

<sup>1</sup> أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات، رؤية معاصرة، المكتبة العصرية، مصر، ط1، 2006، ص 42.



ثانيا: استقلالية اهداف المتعاملين المختلفين في ميدان الصحة

الفاعلين الأساسيين في كل علاقة اقتصادية هم المستهلك، المنتج والممول، هذه العلاقة الموجودة بين الأطراف الثلاث تكون منظمة ومنسقة إما من طرف السوق أو من طرف الدولة<sup>1</sup>.

أهداف الناشطين الثلاث في ميدان الصحة مستقلة عن بعضها البعض كالتالي:

فالمستهلك يهدف أساسا إلى تحسين حالته الصحية تحت قيد الموارد المالية المتاحة له. أما المنتج للخدمات الصحية فيهدف إلى مجابهة الطلب على هذه الخدمات، لكن هناك أهداف ذاتية تظهر، لا تلتقي حتما مع أهداف المستهلك.

يبقى الممول في هذه الحالة يسعى للتوفيق بين أهداف المستهلك والمنتج للخدمات الصحية. التأمين الصحي يسعى إلى تمويل نفقات الصحة للأفراد المؤمنين، بالإضافة إلى هذا الهدف فهو يسعى إلى تحقيق توازن مالي ماكرو اقتصادي، هذا التوازن لا يخدم حتما الأهداف التي يسعى إليها المستهلك والمنتج.

في غياب نظام تسيير فعال يربط بين أهداف كل الفاعلين في ميدان الصحة، يصعب التنسيق بين الأهداف المختلفة.

**ثالثا: عدم اليقين في قبول النتائج**

يسعى الاقتصادي إلى عقلنة الميدان الصحي بالإستجابة لأكبر عدد ممكن من طالبي الصحة بواسطة موارد محدودة، حيث يبقى الهدف الأساسي في هذا الميدان هو تحسين الحالة الصحية لطالبي العلاج، في هذا الصدد كيف يمكن قياس تحسن الحالة الصحية للأفراد بعد العلاج؟

<sup>1</sup> نصر الدين عيساوي ، مرجع سابق ، ص36



سنحاول الإجابة على السؤال فيما يلي:

لا يوجد مؤشر صحي موحد متفق عليه يعمل به من طرف جميع الناشطين في ميدان الصحة لقياس الحالة الصحية للأفراد و تحديد أثر النفقات الصحية المنفقة في تغيير الحالة الصحية بعد المعالجة.

غالباً ما تستعمل نسبة الوفيات في مجتمع ما، أو نسبة المرض في عينة مدروسة عموماً هناك عدد كبير من المؤشرات المستعملة و التي سوف نورد أهمها فيما يلي :

- مؤشرات تمس فقدان الحياة.
- مؤشرات خاصة بمجاميع الأمراض.
- مؤشرات خاصة بالإعاقة المؤقتة أو الدائمة.
- مؤشرات خاصة بالصحة العقلية.
- مؤشرات حول الصحة الاجتماعية و التأقلم.
- مؤشرات حول نوعية الحياة.
- مؤشرات حول قياس الآلام.
- مؤشرات تجمع بين خصائص المؤشرات السابقة.

الحالة العامة لاستعمال مؤشر ما في عينة مدروسة، هو ترتيب الحالات الصحية (سيئة، حسنة) بعدها نقوم بتكوين سلم قيم لكل حالة والمعد من طرف المحترفين في ميدان الصحة، والذي يسمح بتجميع هذه الحالات باستعمال مؤشر موحد.

ماذا عن أثر النفقات الصحية في تحسين الحالة الصحية للفرد؟

من التحليل السابق استنتجنا أنه لا يوجد مؤشر صحي موحد معمول به في جميع الحالات ومن طرف الجميع، الصعوبة تزيد عند محاولة قياس أثر النفقات الصحية في تحسين الحالة الصحية للفرد، نعلم أن الخدمات الصحية مدخل واحد في إنتاج الصحة، يوجد



بجانبيها مدخلات أخرى من محيط، نظام الحياة، التعليم.. وقد ذكرنا أن إنتاج الصحة عبارة عن توفر كل مدخلاتها وبهذا لا يمكن قياس أثر النفقات الصحية لوحدها على الحالة الصحية للفرد بمعزل عن المدخلات الأخرى. معرفة هذه المعوقات والصعوبات المنهجية للتحليل الاقتصادي للصحة، تسمح للاقتصادي من ربح الوقت، وعدم دخوله في متاهات منهجية.

### المطلب الثالث: خصائص متعلقة بالمستهلك والمنتج للسلع والخدمات الصحية

قبل التطرق إلى الخصائص المتعلقة بتصرفات المستهلكين والمنتجين للسلع والخدمات الصحية، يجب معرفة الكيفية التي يدخل بها طالب العلاج إلى المنظومة الصحية وما هو التصرف الذي سيبيده المعالج في هذا الصدد، فيما يخص المستهلك للخدمات الصحية وما يدفعه للدخول في المنظومة الصحية طالبا للعلاج، هي الحاجة التي يحس بها الفرد فيما يخص تغيير حالته الصحية عن ما يراه كحالة طبيعية، هذه الحاجة ستدفع بالفرد إلى انتهاز الطرق التالية:

- يتميز الجسم بخاصية العلاج الذاتي. إن كانت الإصابة بسيطة عن طريق تجربته سيطمئن بأن حالته الصحية ستتحسن هذا من جهة، من جهة أخرى يمكن للحاجة أن لا تتحول إلى طلب فعال بمقارنة المستهلك للفائدة التي سيحصل عليها والتكلفة المطلوبة للعلاج .
- هناك طرية ثانية ناتجة من تجربة سابقة، حيث أن إمتلاكه لمعلومات حول إصابة ما ستمكنه من اتخاذ إجراءات ذاتية لغرض تحسين حالته الصحية.
- الطريقة الثالثة تتمثل في لجوء المريض إلى الطبيب بعد فشل الطريقة الأولى والثانية تحول المريض إلى الطبيب من أجل الكشف عليه تسمى ب"الطلب الفعال" هذه الطريقة هي التي يهتم بها الباحث في ميدان اقتصاد الصحة.



أولاً : خصائص متعلقة بالمستهلك

### - المستهلك ليس سيد اختياره دائماً

المستهلك بصفة عامة يملك معلومات حول البدائل الموجودة في السوق، يختار أحسن بديل والذي يحقق له أكبر منفعة، هذا لا ينطبق دائماً على ميدان الصحة، من ناحية أن العلاج المتلقى من طرف المريض لا يتطلب دائماً الموافقة من طرفه، نذكر في هذا الصدد بعض الحالات التي يستعصي فيها أخذ رأي المريض مثلاً : فاقد الوعي، تخلف ذهني، حادث مباغت..، ففي هذه الحالة يتلقى صاحب العلة العلاجات الأولية أو المستمرة -حسب نوع العلة - دون ضرورة الحصول على الموافقة من طرفه، هناك حالات أخرى مثل الوقاية البرامج الوطنية للتطعيم أين حدة المرض المتقل ومشكلة الزمن يحتم على السكان الالتزام بتوصيات وزارة الصحة دون مناقشتها.

### • المستهلك ليس له القدرة في تحديد العلاجات اللازمة لمرضه

عملية إتخاذ القرار المشتركة بين الطبيب والمريض، تشير إلى أن المستهلك ليس سيد قراراته هذا من جهة، من جهة أخرى ليس له قرار فيما يخص نوعية العلاج المقدم و من هو مقدم العلاج.

المستهلك ليس سيد قراراته، لكنه هو الذي يتحمل نتائج العلاج مهما كانت فعنصر الخطر موجود في الميدان الصحي في هذا الصدد يتدخل "ARROW" حيث يعطي مسؤولية أكبر لمقدم العلاج يقترح أن يكون العائد المتحصل عليه، له علاقة بالنتائج المحققة من العلاج. عدم توفر مؤشر صحي كفيل بتحديد الحالة الصحية للمريض، يجعل هذا الاقتراح بعيداً نوعاً ما عن مجال التطبيق. إدراك المريض بتحملة للخطر لوحده تدفعه للبحث عن أكفى طبيب، هذا لغرض تقليل الخطر.



من جانب المستهلك هناك أسباب كغياب المعلومة الطبية وقصر الوقت ومن جانب سوق الصحة غياب المنافسة والاشهار التي تدفع المستهلك للأخذ بمؤشرات ليس لها علاقة بالكفاءة لاختيار الطبيب المعالج مثل: الشهرة (Renommé)، المعاملة الحسنة (Affabilité)، احتواء الطلب (Disponibilité) بالإضافة إلى تأثير الوسط الاجتماعي.

**ثانيا: خصائص متعلقة بالمنتج:**

**الالتزامات التي تتحكم في قرارات الطبيب**

**التزامات متعلقة بالمرض:**

ما نريد الإشارة إليه أن الطب ليس علم دقيق، في بعض الأحيان يحصل و أن يخطئ الطبيب في الكشف على مريضه. بالإضافة إلى ذلك و إذا فرضنا بأن الكشف كان ناجحا، تبقى نتائج العلاج غير متأكد منها ذلك أن تفاعل العلاج مع المرض تختلف من شخص لآخر.

**التزامات متعلقة بالطبيب :**

هناك حواجز عديدة للدخول إلى مهنة الطب، لكن بمجرد الدخول فيها يصبح الطبيب له حرية أداء مهمته حسب النهج الذي يراه هو الأنسب، أي أن مهنة الطب تحكمها عوامل موضوعية (Objectifs) و عوامل ذاتية (Subjectifs) فالعوامل الموضوعية تتمثل في تقنيات المهنة، أما العوامل الذاتية فتتمثل في الطريقة المنتهجة في العلاج أو أداء المهمة بصفة عامة هذه العوامل الذاتية تكون مرتبطة بشخصية الطبيب وميوله مثلا إلى تحقيق عوائد مالية، الشهرة، اقتصاد الوقت...<sup>1</sup>

<sup>1</sup> عياشي نور الدين، المنظومة الصحية المغربية "دراسة مقارنة"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009-2010، ص 90.



### المبحث الثالث : تسعير الخدمات الصحية

تعرضنا في المبحث الأول من هذا الفصل إلى العرض والطلب والخدمات الصحية محددات كل منهما، مرونتها أمام المتغيرات المحتملة...، باستعمال تلك المعلومات سنحاول في هذا المبحث تحديد سعر السلع والخدمات الصحية.

#### المطلب الأول : تحديد السعر السوقي للخدمات الصحية

##### أولاً : طريقة تحديد السعر

يتحدد سعر السوق للخدمات الصحية كأى خدمة سوقية أخرى بالتقاء منحى عرض الخدمة والطلب عليها، فالنقطة المتحصل عليها تمثل نقطة تقاطع رغبة العارض في عرض كمية معينة من خدمة ما، ومجموع رغبات الطالبين (الكمية المراد شراءها).

##### ثانياً : أثر القيود السعرية

افترضنا فيما سبق أن سوق السلع والخدمات الصحية هو سوق حر من ناحية أن الأسعار لها حرية الحركة حسب معطيات السوق في لحظة زمنية معينة. تتوقف الأسعار (تتحدد) عند الحد الذي تتلاقى فيه رغبة الطالب للخدمة و عارضها. لكن الواقع - في سوق السلع والخدمات الصحية - يحتم علينا احتواء خصوصية هذا النوع من السوق من معرفة المنظومة الصحية لبلد ما، من يقوم بدفع مقابل الخدمة الصحية (الممول) وهل هناك من يتدخل في تعديل الأسعار (الحد من حرية السوق).

#### المطلب الثاني: تطبيق التسعيرة في قطاع الخدمات الصحية

تخضع أسعار الخدمات الصحية إلى السياسة المتبعة من طرف المنظومة الصحية في أي بلد من العالم، عموماً لا تكون أسعار الخدمات الصحية حرة، بل تعمل المنظومة الصحية على وضع تشريعات لتنظيم وتقييد تلك الأسعار وهذا من أجل تحقيق الصالح العام.



في الواقع يختلف تسعير الخدمة الصحية وذلك حسب الجهة المقدمة لتلك الخدمة (مستشفى عام، عيادة خاصة ...)، بالإضافة إلى ذلك استعمال الحساب الاقتصادي كقاعدة لحساب التكاليف من أجل تحديد التسعيرة يختلف كذلك حسب الجهة المقدمة للعلاج، لذلك سنبين كيفية تحديد تسعيرة الخدمة الصحية بدلالة الجهة المقدمة كالتالي:

### أولاً: العلاج غير المعطل

عموماً ينقسم الأطباء في الدول إلى فريقين منهم من يخضع لأسعار ناتجة عن المفاوضات بين نقاباتهم وبين شركات التأمين (عامة أو خاصة) منهم من يقوم بتحديد تسعيرة الخدمة الصحية بحرية<sup>1</sup>.

### بالنسبة للفريق الأول :

تزيد نسبته في الدول التي تطبق منظومة صحية اجتماعية، بالمقابل تقل نسبته كلما اتجهنا نحو منظومة صحية حرة.

يقوم الطبيب بتحديد تسعيرة الخدمة الصحية المقدمة عن طريق جمع أسعار مختلف الخدمات المقدمة فكل خدمة مشفرة بحرف لاتيني مثلاً (التشخيص C، التحليل B، الأشعة R) وكل حرف مرفق بسعر خاص به، سعر كل خدمة يحدد عن طريق الاتفاق بين الأطباء والأجهزة الممول لشركات تأمين، ضمان اجتماعي، أجهزة دولة تحت رعاية وزارة الصحة، الهدف الرئيسي هو عقلنة تقديم هذه الخدمات من جهة ومحاولة تخفيض التكاليف من جهة أخرى .

سعر الخدمة الصحية إذا ليس خاضعاً للمنافسة و ليس له علاقة بالتكلفة الحدية لآخر وحدة منتجة و مقدمة، بل نتيجة لاتفاق بين الجهات المعنية.

<sup>1</sup> طلعت الدمرداش ، مرجع سابق ، ص 106.



### بالنسبة للفريق الثاني :

تزيد نسبته في الدول ذات منظومة صحية حرة، بالمقابل تقل نسبتهم في منظومة صحية اجتماعية. داخل هذا الفريق نجد طريقتين خاصتين بتحديد التسعيرة.

- هناك نوع من الأطباء الذين يحددون أسعار خدماتهم الصحية بكل حرية ودون أي ضغط من الأجهزة الممولة. في هذه الحالة الطبيب يسعر الخدمة الصحية بالنظر إلى أعلى مبلغ مالي يمكن للمستهلك أن يدفعه، بالمقابل يتحصل المريض على مبلغ زهيد من المؤمن. في هذا الصدد الطبيب على دراية بالإمكانيات المالية للمريض وأنه ما دام قد اختار التسعيرة الحرة فله الإمكانيات الضرورية للتسديد.

نجد هذا النوع من التسعيرة في عمليات الجراحة التجميلية و شد الوجه مثلا. يحقق الطبيب أعظم ربح عندما يتساوى سعر الخدمة الصحية مع التكلفة الحدية لآخر خدمة صحية مقدمة.

- هناك نوع آخر من الأطباء الذي يحدد تسعيرة للخدمة الصحية تتعدى التسعيرة المعمول بها، حرية تحديد التسعيرة محدودة، لأن نشاط الطبيب خاضع لمراقبة الجهة الممولة نجد هذا النوع من التسعيرة فيما يخص الأطباء الذين يشتغلون في عياداتهم خارج الأوقات المتفق عليها مع الجهات الممولة ساعات إضافية، أيام العطل..

### ثانيا : العلاج الإستشفائي

التسعير في المستشفيات اختلف من مرحلة زمنية إلى مرحلة أخرى هذا من جهة، طريقة حساب التسعيرة في حد ذاتها تختلف من مستشفى عام إلى مستشفى خاص من جهة أخرى . لذلك سنقسم تحليلنا للتسعير في المستشفى إلى قسمين:

### التسعير في المستشفى العام

مر التسعير في المستشفيات العامة بعدت مراحل في معظم المنظومات الصحية فكل مرحلة تم استخلاص منها صعوبات و التي مهدت لانطلاقة مرحلة أخرى قللت من



الصعوبات السابقة، بالإضافة إلى احتواءها للتطورات الجديدة، لو نأخذ التسعير في المستشفيات العامة في فرنسا مثلا فقد مر بالمرحل التالية:

### أ - المرحلة الأولى: قبل 1983

حتى هذا التاريخ كان تسعير الخدمات الصحية في المستشفى العام يتم بالطريقة التالية: التسعيرة الخاصة بالخدمة الصحية تتكون من جزأين أساسيين:

- **تكلفة يوم استشفائي:** تقيم هذه التكلفة على أساس تقديري تنبئي للأعباء المحتمل تحملها من طرف المستشفى خلال الدورة المقبلة. مع العلم أن أتعاب الأطباء سواء كانوا عامين أو أخصائيين لم تدمج في هذه التكلفة وأن تكلفة اليوم الإستشفائي في المستشفى الواحد تختلف من قسم استشفائي لآخر.

- **خدمة الطبيب:** مقابل خدمة الطبيب تحسب على أساس تكلفة يوم عمل محدد جزافيا من طرف وزارة الصحة كإنفاق جزافي Forfait Journalier.

بالنسبة للجراحة الإستشفائية، فإنه تضاف إلى التكالفتين السابقتين تكلفة الممارسات الخاصة بالعملية الجراحية (جراحة، أشعة، تحاليل...) والتي كانت مشفرة بحروف لاتينية (K.R.B) هذه الحروف مسعرة بتكلفة ثابتة، الإشكالية الأساسية كانت تكمن في الفرق الكبير بين تكلفة العملية الجراحية في المستشفى العام و المستشفى الخاص. السبب يعود إلى أن الممارسات الخاصة بالعملية الجراحية، أشعة عند حساب تكلفتها لا تدمج تكلفة الأجهزة المستعملة إهتلاكات، تكاليف صيانة .

هناك تناقض خاص بطريقة تحديد أتعاب الطبيب خاص أو عام، حيث لم تدمج أتعاب الطبيب في تكلفة اليوم الاستشفائي وهذا راجع - حسب هذه الطريقة في التسعير - إلى أن الطبيب يقوم بنشاط ليبرالي، لكن عند حساب أتعاب الطبيب لم تحسب على أساس عدد الخدمات.



المقدمة بل حسبت على أساس يوم عمل جزافي، لماذا لم تدمج إذن هذه الأتعاب في تكلفة اليوم الاستشفائي؟ هذا ما ستتضمنه المرحلة الموالية:

### ب - المرحلة الثانية من 1978 إلى 1984

بالموازاة مع نهاية المرحلة الأولى طبقت تسعيرة جديدة في نفس البلد على أساس تجريبي في بعض المستشفيات من بينها سعر اليوم المجزأ *de journée éclatée* تضمنت التسعيرة باستعمال طريقة "سعر اليوم المجزأ" الأجزاء التالية:

- **جزء أول** : يتمثل في مبلغ مالي جزافي خاص بقبول المريض لدخوله المستشفى، هذا المبلغ خاص بنفقات تسيير ملف المريض.
- **جزء ثاني** : خاص بنفقات الإيواء و الإدارة العامة للمستشفى.
- **جزء ثالث** : يتمثل في تكلفة يوم إستشفائي و المحسوب من خلال كل قسم استشفائي عن طريق المصاريف المتغيرة (أدوية و لوازم مستهلكة، يد عاملة، أجر الطبيب) ومصاريف ثابتة أعباء البحث و التكوين.
- **جزء رابع** : يتمثل في الممارسات الخاصة بكل خدمة (جراحة، أشعة، تحاليل..). هذه الأعباء تحسب على أساس تقديري تنبئي دوريا و ليس بأسعار ثابتة كالمرحلة السابقة. الصعوبة الأساسية الخاصة بهذه الطريقة تدور حول الطريقة المحاسبية المتبعة في توزيع التكاليف الثابتة على الأقسام الإستشفائية التي هي مجردة ولم تأخذ بعين الاعتبار خصائص كل قسم استشفائي مما يجعل هناك تسعير لبعض الأقسام مبالغ فيه تسعير مقزم للبعض الآخر.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> بارا جميلة ، مرجع سابق ، ص 85.



### ج - المرحلة الثالثة: ابتداء من 1985

لم يمس التعديل في هذه المرحلة طريقة حساب التسعيرة، بل مس قاعدة تحديد التسعيرة، هذه الأخيرة أصبحت تحدد انطلاقاً من الموارد الموجهة للقطاع الاستشفائي، تمويل الهياكل الصحية أصبح مقدرة و محددة مسبقاً، بواسطة ميزانية عامة. الميزانية العامة مبلغها يراجع سنوياً لاحتواء التطورات المستجدات في ميدان الصحة محيطها.

يسهر على تمويل القطاع الصحي صندوق وسيط بين هيئات التأمين والهياكل الصحية، هدفه عقلانية الأداء الطبي وتجنب العجز في الوحدات الاستشفائية، وفي هذه المرحلة طريقة حساب سعر الخدمة الصحية لم تختلف عن طريقة المرحلة الأولى في التسعير والتي واجهت نفس الصعوبات المرتبطة بتلك التسعيرة. التسعيرة في المستشفى الخاص:

بالنسبة للمستشفيات الخاصة التي يربطها عقد مع هيئات التأمين الاجتماعي فقد خضعت ولمدة طويلة إلى طريقة واحدة في تسعير خدماتها الإستشفائية، ويتضمن سعر الخدمة الصحية في المستشفى الخاص الأجزاء التالية :

- مبلغ جزافي خاص بقاعات الجراحة و التوليد.
- تكلفة يوم استشفائي محدد بالاتفاق مع صندوق الضمان الاجتماعي.
- أتعاب الطبيب (متخصص، عام، جراح...) والذي يحدد على أساس أتعاب الطبيب الليبرالي في عيادته.<sup>1</sup>

ما يؤخذ على التسعيرة في المستشفى الخاص أساساً أنها تختلف من مستشفى خاص لآخر، السبب يعود إلى منطقة تواجد المستشفى من جهة، من جهة أخرى التسيير الداخلي لهذا الأخير والذي يكون في بعض الأحيان في غير صالح المريض والجهة الممولة على

<sup>1</sup> نصر الدين عيساوي ، مرجع سابق ، ص 93.



السواء، فمن أجل مردودية السرير الإستشفائي يلجئ المسير إلى تمديد مدة مكوث المريض بالمستشفى وهذا بالاتفاق مع المقرر في ذلك القسم. فهذه الممارسات في غير صالح الجهة الممولة وذلك بإجبارها على دفع مبالغ مالية غير مبررة وفي غير صالح المريض من ناحية حرمانه من أيام العمل وما تدره عليه من إيرادات مالية، إن كان مغطى 100 % ستكون هذه الأيام خسارة على صاحب المؤسسة المستخدمة له، من أجل تقليص الفوارق في أسعار بين مستشفى عام وخاص من جهة والمستشفيات فيما بينها من جهة أخرى. يمكن توحيد التسعيرة الإستشفائية وذلك بدراسة التكاليف الخاصة بالمستشفى العام والمستشفى الخاص. هذا من أجل عدم الإجحاف في حق المريض (الطالب للخدمة الصحية)، والمقدم لتلك الخدمات (العارض لها) وقد استعمل ذلك من طرف شركات التأمين النشطة في قطاع الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية من أجل تحديد تعويضات الأشخاص المؤمنين.

ما يلاحظ من هذا التحليل أن تمويل الخدمات الصحية يمكن ان يكون اداة لتحديد التسعيرة كما في المنظومة الصحية، كما يمكن للتسعيرة ان تكون مؤشر تاخذ به الجهة الممولة من أجل تمويل الخدمات الصحية كما في المنظومة الصحية الأمريكية. والعلاقة التي تربط تسعيرة الخدمة الصحية وتمويلها تقودنا للتعرض إلى التمويل في قطاع الخدمات الصحية .



### خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل إبراز بعض النقاط المشتركة وغير المشتركة بين سوق السلع والخدمات الصحية و باقي الأسواق الأخرى. فالمشكلة الاقتصادية لا تختلف من سوق سلعة و خدمة إلى سوق آخر، فالندرة هي المحرك الرئيسي للفرد من أجل بلورة اختيارات لإشباع حاجاته المتنوعة، بالنسبة لسوق السلع والخدمات الصحية فهو سوق متميز من ناحية أن الفرضيات والعوامل المؤثرة في تغير العرض والطلب لا تختلف في معظمها عنها في الخدمات السوقية الأخرى، بالمقابل يسهر على تنظيم هذا السوق أجهزة الدولة والجهات الممولة لتلك الخدمات، إذن فعارض الخدمة وطالبا ليس حر حرية مطلقة و ليس مقيدا تقييدا مطلقا.

بالنسبة للتسعير في سوق السلع والخدمات الصحية فإن هناك اختلاف في تسعير هذه السلع والخدمات من منظومة صحية إلى أخرى، بالإضافة إلى ذلك هناك تطور طريقة التسعير من مرحلة زمنية إلى أخرى في المنظومة الصحية نفسها، هذا التطور ناتج عن نقاط الضعف الخاصة بطرق التسعير للمراحل السابقة بالإضافة إلى محاولة مسايرة متطلبات التسيير واحتواء المستجدات.



**الفصل الثالث:**

**اهمية اقتصاديات الصحة في ترشيد**

**النفقات الصحية**

### تمهيد :

لقد شكل قطاع الصحة أحد الاهتمامات الكبرى للسلطات الجزائرية، والتي قررت منذ الاستقلال اقامة منظومة صحية وطنية يمكنها التكفل بالاحتياجات الصحية للمواطنين والقضاء على العديد من الأمراض التي خلفها الاستعمار، وتعويض الشعب عن المعاناة والحرمان التي عاشها سنوات طوال.

ولقد أصبحت بعد ذلك مسألة تمويل القطاع الصحي تطرح اشكالا صعبا على كل المستويات وعلى كل قطاعات المنظومة الاقتصادية الجزائرية . وبطبيعة الحال لم يكن قطاع الصحة العمومية بمنأى عن هذه الأزمة، والتي أحدثت فيه اختلالات عميقة وجب معالجتها والتصدي لها في اطار استقلالية المؤسسات العمومية من جهة والدخول في فضاءات اقتصاد السوق من جهة أخرى.

إن إصلاح المنظومة الصحية يطرح تحديا كبيرا، ويفرض تضافر الجهود لترشيد عمل المؤسسات الصحية بشكل يسمح لها القيام بالدور الفاعل في التكفل الفعلي بصحة المواطن ورعايته الصحية، وبالتالي فالإصلاح لابد من أن يمس كل الجوانب المرتبطة بالمنظومة الصحية التسييرية والتنظيمية، التجهيزات والمعدات الطبية، الأدوية وتكوين الأطباء والمرضين والإداريين وكذا ترقية العمل الطبي والشبه الطبي.

### المبحث الأول: تطور بنية النفقة الوطنية في الجزائر

يهدف هذا المبحث بشكل أساسي الى تحليل التطور وتنامي الأنفاق الصحي الوطني وذلك بهدف تحسين واقع قطاع الصحة والوقوف على أبعاد القوة والضعف في السياسة الصحية التي انتهجتها الجزائر منذ اعتماد سياسة الإصلاح.

### المطلب الأول: إشكالية تنامي وتطور النفقات الصحية

أضحت وتيرة تزايد الأنفاق الصحي ظاهرة عامة مميزة لمختلف الأنظمة الصحية وأصبحت مشكلة تزايد، أو الزيادة المتسارعة في الأنفاق وفي بعض الأحيان الانفجار في تزايديه أصبحت من الاهتمامات الأولية والأساسية للباحثين في ميدان الاقتصاد الصحي كون أن وتيرة تزايد الأنفاق الصحي تستنفذ شيئاً فشيئاً الموارد الوطنية المسخرة سنوياً، لهذا الغرض فهم يوجهون الاهتمام الى التسيير العقلاني للموارد والوسائل المخصصة لهذا الغرض.

ففي قطاعات أخرى من الاقتصاد الوطني فان تزايد الأنفاق بالخصوص اذا كان سريع فانه يعبر دوماً على رواج وديناميكية النشاط لهذا القطاع، فهو يعتبر عاملاً ايجابياً فلماذا في ميدان الصحة لا يعتبر هذا كقطاع محرك للاقتصاد، خالق للعمالة والدخل ومشبع اضافي لرفاهية الأفراد وسعادتهم من جهة، ومن جهة ثانية لماذا التزايد في الأنفاق الصحي الذي يعبر عن جهد اجتماعي أصبح محل انشغال كبير للسلطات العمومية والخبراء والرأي العام؟ ونقاط الإجابة عن هذا السؤال تكمن فيما يلي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup>بول فلديستين، ترجمة محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، النشر والمطابع، جامعة الملك سعود للنشر، 2002، ص ص . 229-230.

1. فعالية جهاز انتاج وتوزيع الخدمة الصحية كانت ولا تزال تقيم على أن مردودية الأنفاق الصحي سلبية، حيث يعتمد في قياس ذلك على معيار واحد وهو معدل الوفيات .

2. انتقادات توجه الى طرق تنظيم وسير الوحدات الصحية، التنظيم والتحكم في الموارد البشرية العاملة في هذا القطاع .

3. حتى في الدول الرأسمالية فان الأنفاق الصحي يكون في غالبه موضوع تمويل عام (اجمالي) في حين فانه في حالة التمويل الفردي فان الاستهلاك لسعة أو لخدمة مهما تكن وتيرة التزايد لا تؤخذ سوى على أنها مؤشر ايجابي، ما عدا حالة العدالة الاجتماعية عندما يكون هذا الاستهلاك غير عادل.

في ميدان الصحة لما 70% من التمويل يكون عن طريق التحويل (التأمين، الضمان الاجتماعي، دولة ) وهذا بمساهمات أو تضحيات من الأفراد لتمويله، لذلك فان استهلاك هذه الخدمة يحمل اشكالية اللامساواة في التوزيع لهذه الخدمة، والرغبة في تحسين وضعية الهيئات المشرفة ذلك وعصرنه جهاز انتاج هذه الخدمة، وتحسينه، ولكن دون أن يؤدي ذلك الى زيادة في ثمن التغطية للأفراد للحصول على هذا التطور، وهو السمة المميزة لمشكل كبير يتمثل في " كفاءة التحسين المتواصل لصحة المجتمع على مستوى النوعية، وإطالة فترة الحياة، بدون أن يكون هناك اقتطاع متزايد من موارد المجتمع.

وهو ما يستلزم تحكما أكثر في تطور نفقات الصحة وهذا بعد تحليل ميكانيزمات تطورها وتزايدها وبتحليل التطور في الأنفاق الصحي لا بد من الرجوع الى مؤشرات لها علاقة بهذا العامل .

### المطلب الثاني : تعريف النفقة الوطنية للصحة

النفقة الوطنية للصحة هي: عبارة عن اجمالي النفقات المخصصة لعمليتي الاستثمار والتسيير، والتي تساهم في تنفيذ سياسة الدولة الصحية، حيث نجد أن الجزء الكبير من هذه النفقات لتتحملها الدولة والضمان الاجتماعي، والجزء الآخر تتحمله الجماعات المحلية والمؤسسات.

أما "Iuvy" فيرى أن: "النفقة الحقيقية للصحة مرتبطة بسلوك المرضى، مقدمي الخدمات العلاجية، وموارد تمويل النظام الصحي"<sup>1</sup>، ويرى أن التمويلات العمومية تؤدي حتما إلى ارتفاع نفقات الصحة، ما دام سعر الاستهلاك المطلوب من طرف المستعمل سينخفض دون أن تتخفف أتعاب الطبيب، وذلك عن طريق الزيادة في العرض، وهم مجبرون على تلبية الطلب، وهنا تكون العلاقة طردية بين النفقات العمومية وحصة التمويل.

### المطلب الثالث : مكونات النفقة الوطنية للصحة

يمكن التمييز بين ثلاث مكونات رئيسية للنفقة العامة في قطاع : الخدمات الصحية وهي :

#### أولاً: الانفاق العام على الموارد البشرية :

ويتمثل في المرتبات والحوافز المدفوعة لأعداد وتدريب الموارد البشرية في قطاع الخدمات الصحية سواء العاملين في مجال الطب الوقائي أو الطب العلاجي (المستشارين والأطباء الأخصائيين، الخدمات المساعدة... الخ).

والجدول التالي يبين لنا تطور نفقات موظفي قطاع الصحة في الجزائر:

<sup>1</sup> علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2009-2010، ص 155.

الجدول (3-1): تطور نفقات موظفي قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 2001 الى سنة 2006

السنة	2001	2002	2003	2004	2005	2006
المبالغ	45532588	4917171	52488751	58057479	62716462	66599841
نسبة التغير	-	0.38	3.22	4.21	3.85	3.27

المصدر : علي سنوسي ، مرجع سابق ، ص 156.

يتضح لنا من الجدول، أن هناك زيادة معتبرة في نفقات الموظفين، وهذا راجع الى اصدار عدة مراسيم فيما يخص الزيادة في مرتبات الموظفين من طرف الدولة .  
 مثلما تقدم فان قطاع الصحة يعاني من سوء توزيع الموارد البشرية وسوء استغلالها، ان الأنفاق على المستخدمين يمتص غالبية الموارد المالية المخصصة للقطاع، فهو يستحوذ على أكثر من 70 % من الموارد، فخلال سنة 1992 نجد أن هذه النسبة تقارب 85.30 % من الموارد المخصصة للأنفاق على المستخدمين، الا أن هناك اتجاه نحو التقليل من هذه النسبة وتوجيه الموارد نحو الأنشطة الأخرى وبالأخص التكوين، الدواء، والوقاية...الخ.  
 وما يدعم هذا الاتجاه هو أنه خلال سنة 1996 وصلت النسبة الى حد 65 % فقط حيث أن هناك تراجع ملموس في هذا الباب، حيث نجد أن المنظمة العالمية للصحة تحدد هذه النسبة بين 50 و 60 % من اجمالي الموارد الموجهة لفئة المستخدمين لهذا القطاع.

**ثانيا : الانفاق العام على المنتجات الوسيطة في الخدمات الطبية المقدمة**

وتتضمن بنود الأنفاق على الأدوية والمحاليل واحتياجات المعامل من مواد كيماوية...الخ، ان قسم الأدوية يشكل منصبا هاما في النفقات الصحية لكونه يشكل تدفقا كبيرا على مستوى الصادرات والواردات على المستوى الدولي.

والجزائر ورغم دخلها المتوسط الا أنها تعد من بين المستهلكين الكبار للموارد الصيدلانية ذات الاستيراد الواسع، مما جعل نسبة تغطية السوق الوطنية بالإنتاج المحلي لا تتجاوز 30%، و10% فقط بالنسبة للأدوية الأساسية، مقابل ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية بأكثر من 100% بين سنة 2001 و2006، حيث بلغت فاتورة الأدوية المستوردة 758 مليون يورو سنة 2004، وعرفت ارتفاعا قياسيا في 2005 بوصولها الى 1.4 مليار يورو ولتعاود النزول الى 900 مليون يورو في 2006، فيما بلغت في السداسي الأول لسنة 2007 حوالي 476 مليون يورو.

كما توقعت الحكومة أن ترتفع فاتورة الدواء، بعد أن قررت دعم الأدوية المضادة للسرطان والتهاب الكبد الفيروسي بمبلغ 9 ملايين دج، حسب ما تقرر في قانون المالية 2008، وبالنسبة لتغطية الاحتياجات الوطنية عن طريق الإنتاج المحلي انتقلت من 24.72 % في سنة 2004 الى 29.13 % في 2005، ثم الى 34.54 % في 2006، وهي أرقام تدل على تطور الإنتاج الوطني للدواء، وان كان غير كاف، حسب وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عمار تو.

ولعل السبب في زيادة استهلاك الدواء يرجع أيضا :

- الى توسع شبكات توزيع العلاج، وإفراط الأطباء في وصف الأدوية للمرضى من جهة، ومن جهة أخرى هو سوء تسيير مخازن المواد الصيدلانية، والذي يظهر غالبا على شكل فائض أو نقص في التخزين ومنه قد نجد الندرة أو الوفرة المفتعلة<sup>1</sup>.

- رفع الحظر عن استيراد الأدوية التي يتم انتاجها محليا وعددها 182، وكذلك قرار وزارة الصحة رفع كل أنواع الحماية عن الصناعة الصيدلانية في الجزائر، حيث

<sup>1</sup>علي سنوسي ، مرجع سابق ، ص 158.

ألغت الشروط السابقة التي كانت تلزم مستوردي الدواء للاستثمار بعد سنتين من النشاط.

- بالإضافة أيضا لمختلف العراقيل البيروقراطية التي تواجه تسجيل الدواء المنتج محليا في حين لا تطبق على الأدوية المستوردة .

### ثالثا : نفقات التسيير الاخرى للمؤسسات الصحية

نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية: يمكن عرض تطور نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية خلال الفترة الممتدة من سنة 2001 الى سنة 2006 في الجدول التالي:

الجدول (2-3): تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة

الممتدة من 2001 الى 2006

الوحدة : 10 الاف دج

السنة / طبيعة النفقة	2001	2002	2003	2004	2005	2006
نفقات التغذية	1134604	1202641	1354000	1828000	1813000	2545904
نفقات الاعمال الوقائية النوعية	876316	1671000	2434000	2608500	2730000	2654220
نفقات العتاد الطبي والاعمال الطبية	2558134	2629329	3300000	3780000	4077000	4042799
نفقات صيانة الهياكل الطبية	1775642	1491000	2300000	2370000	3000000	3219986
نفقات اخرى للتسيير	2768576	3393000	4436000	4701000	6040000	6399790
نفقات على الخدمات الاجتماعية	741586	769750	864000	1037000	1226000	1689500
نفقات البحث الطبي	20000	40000	40000	40000	45000	41554

23184463	21199000	18911500	16635000	12934065	11193587	مجموع المبالغ
13.23	12.10	13.69	28.61	12.38	-	نسبة %التغير

المصدر : علي سنوسي ، مرجع سابق ، ص 160.

يبين لنا الجدول أن نسبة نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية ارتفعت خاصة في سنة 2003 حيث بلغت 28.61 % مقارنة بسنة 2002، ويعود ذلك الى زيادة نفقات صيانة الهياكل الصحية على وجه الخصوص، حيث بلغت هذه الزيادة 54.25% بالنسبة لسنة 2002، غير أن هذه الزيادة في قيمة نفقات التسيير الأخرى تعود كذلك الى الارتفاع نفقات التغذية، حيث بلغت حد 35 % سنة 2003.

وفيما يخص سنة 2005 فقد شهدت زيادة في قيمة نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية بنسبة قدرت ب 12.10% مقارنة بسنة 2004، حيث ترجع هذه الزيادة الى الارتفاع في قيمة نفقات التسيير الأخرى بشكل خاصة، أما بالنسبة الى سنة 2006 فقد شهدت زيادة معتبرة في نفقات العتاد الطبي وصيانة الهياكل الصحية، الى جانب أيضا نفقات العلاج في الخارج، حيث ان مجانية العلاج ساهمت في خلق ظاهرة البعثات للخارج من أجل العلاج، الى غاية 1970، هذه الظاهرة لم يكن لها مفعول حاد، مع العلم أنها كانت في تزايد مستمر ومعقول.

وترجع هذه الزيادة الى انعدام الرقابة على المستشفيات، وخاصة في ميدان العلاجات المعقدة والثقيلة. ويستفيد من هذه البعثات للعلاج في الخارج فئتين :

- الفئة الأولى: مكونة من المرضى المقيمين في الجزائر، وهذا نظرا للنقص والاختلال الذي يعرفه جهاز العلاج من جهة، وعدم وفرة فروع العلاج من جهة أخرى.
- الفئة الثانية: مكونة من المؤمنين في الجزائر، والذين لهم أعمال أو يتابعون تكويننا في الخارج. حيث تمثل الفئة الأولى الجزء الكبير من البعثات، حيث كانت حصة

الأسد من البعثات ترسل الى فرنسا، وبدأت تتوسع شيئاً فشيئاً الى الدول الأخرى مثل بلجيكا، سويسرا والسويد ..الخ .

كما ترجع هذه الزيادة في عدد البعثات للعلاج الى الخارج الى عدم قدرة مصالحننا العلاجية على تلبية حاجيات المواطنين من الخدمات الصحية نتيجة عدم وجود تلك الاختصاصات بمستشفياتنا أو عدم وجود اجهزة طبية متخصصة للكشف عن بعض الأمراض من جهة، ومن جهة أخرى وجود بعض البعثات العشوائية حيث يمكن التكفل بها محليا، ومثل هذه الاختصاصات متوفرة لدى مصالحننا الصحية .

المبحث الثاني : أسباب انخفاض انتاجية النفقات الصحية وآليات التحكم في زيادتها.

المطلب الأول : أسباب انخفاض انتاجية النفقة في قطاع الخدمات الصحية

يتضح مما سبق أنه بالرغم من التحسن النسبي في العديد من المؤشرات الصحية في الجزائر إلا أن هناك العديد من المشكلات الصحية، ومما سبق ذكره يمكن أن نحدد مجموعة من الأسباب والتي ساهمت بصورة مباشرة وغير مباشرة في تخفيض انتاجية النفقة في قطاع الخدمات الصحية، هذه الأسباب يتعلق جزء منها بعدم كفاءة الاستخدام وسوء التوزيع والجزء الآخر يتعلق بعدم المساواة، والأنماط العلاجية السائدة.

وقد انعكست هذه الأسباب في مجموعة من الظواهر السلبية سادت قطاع الخدمات الصحية. ويمكن ايجاز هذه الأسباب فيما يلي:

- المعايير المعتمدة في توزيع الاعتمادات كما نعلم أن الهياكل الصحية في الجزائر هي مؤسسات عمومية ذات طابع اداري، وفي تحضير الميزانية وتوزيع للاعتمادات المالية نجد أن الطابع الإداري والبيروقراطي هو السمة الغالبة، حيث يغيب المنظور الاقتصادي والعلمي في هذا التوزيع وتغيب بذلك الرشادة والنجاعة في استعمال الموال العمومية وهذا سواء على المستوى القاعدي أي على مستوى الهيئات الصحية أو على المستوى المركزي - وزارة الصحة -<sup>1</sup>.

- إن الأساس الإداري والبيروقراطي الذي يطغى على تحضير الميزانية واحد من العوامل التي تؤدي الى المغالاة في الأنفاق الصحي وطلب موارد جديدة بدون مقابل حقيقي لهذه الجديدة، وفي ظل الظروف الراهنة التي تشهدها التحولات الاقتصادية يستحيا أن تستمر العملية هذه العشوائية وبدون تحقيق وبدقة الأهداف والبرامج والنشطة الصحية التي تمنح على أساسها الأموال العمومية؛

<sup>1</sup> وزارة الصحة ، المرسوم التنفيذي رقم 97 / 467 المؤرخ في 02/12/1997 الذي يحدد قواعد وانشاء المراكز الاستشفائية وتنظيمها وتسييرها .

- أدى ظهور التكنولوجيا الطبية الحديثة الى مسارعة الحكومة لاقتنائها والاستفادة منها بحجة مسايرة العصر دون مراعاة لأعبائها المالية وظروفها الداخلية ومدى امكانية الاستفادة منها، حيث أصبحا لجزء الأكبر من المكون الرأسمالي للنفقة في مجال الخدمة الصحية يستخدم في انشاء وتجهيز مستشفيات تخصصية على درجة عالية من التكنولوجيا مع تزويدها بأحدث الأجهزة والمعدات باهظة التكاليف في الوقت الذي يموت فيه العشرات من سكان الأرياف والمناطق النائية، نتيجة لعدم توافر الأجهزة الطبية الحديثة، ففي الدول الصناعية يتم تخصيص ما يقل عن 50% من اجمالي النفقات الصحية لخدمات المستشفيات، بينما في الدول النامية يتم تخصيص ما بين 60 و70% من اجمالي ميزانيات الصحة العامة على المستشفيات الحضرية بالرغم من أن 80% يعيشون في المناطق الريفية<sup>1</sup>.
- ان انشاء وتجهيز المستشفيات التخصصية بالصورة السابق الإشارة اليها يعد استثمارا مفرطا وشبه عقيم من وجهة نظر المجتمع، حيث يساهم سلبا على انتاجية النفقة العامة في قطاع الصحة ككل فالاستفادة منها محدود، كما أن التكلفة الاجتماعية للفرصة البديلة عالية جدا، وقد أثبت واقع العديد من الدول النامية أن الاعتماد على هذه التكنولوجيا في ظروف التخلف الاقتصادي لم يكن له ما يبرره فالاستفادة بخدماتها كان محدودا للغاية لحدوث بعض الأعطال الفنية لم تستطع الخبرة المحلية اصلاحها، بل ان بعض الأعطال راجع الى طريقة استعمالها الخاطئة، ومن ناحية أخرى ففي بعض الحالات ونتيجة لعدم توافر الأرصد المالية اللازمة وبالتالي لم تعد هذه الأجهزة قادرة على العمل بالكفاءة المطلوبة وظهرت الحاجة الى احلالها بأجهزة جديدة في منتصف العمر الافتراضي لها.

<sup>1</sup> سعيد عبد العزيز عثمان ، مرجع سابق ، ص 508.

- ان الوحدات والمراكز الصحية المتواجدة في البلديات والدوائر وبعض المدن الصغيرة لم يتوافر لها الحد الأدنى من التجهيزات البسيطة لمواجهة الحالات المرضية العادية وبعض حالات الطوارئ البسيطة، ومن ناحية أخرى فعلى الرغم من توافر العلاج المطلوب في بعض الوحدات الطبية، الا أن عدم ثقة الأفراد في جودة الخدمة المقدمة، ونقص الأجهزة وعدم توافر الخبرة الفنية للعاملين قد شجع القادرين على اللجوء الى المستشفيات التخصصية في المدن الكبرى على حساب المزيد من التكاليف العلاجية .
- كما اتضح وجود اتجاه لدى الوحدات الصحية على تحويل المرضى الى المراكز والمستشفيات المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية دون الحاجة الملحة لذلك وقد أيدت الدراسات التطبيقية ذلك فقد اتضح أن 71% من الحالات المرضية التي تم تشخيصها في المستشفيات الرئيسية، حالات تتمثل في مشاكل صحية كان يمكن علاجها عند مستوى المراكز والوحدات الصحية .
- السماح لبعض الحالات المرضية غير الحادة (التي لا تستدعي ظروف علاجها الحجز بالمستشفى) بالاستفادة بخدمة الأسرة دون مبرر كافي، مما يؤدي الى زيادة التكاليف التشغيلية للمستشفى دون أن يصاحب ذلك تحسن مماثل في الحالة الصحية، وبمعنى آخر فان المردود أو العائد الاجتماعي للزيادة في النفقة لم يقابلها عائد اجتماعي كاف، وفي نفس الاتجاه فقد تعمدت ادارة المستشفى الى اطالة مدة اقامة المريض بالمستشفى دون وجود حاجة مرضية مبررة لذلك.
- الخلل الواضح في توزيع المورد البشري في قطاع الخدمات الصحية من الآثار والمظاهر السلبية، ففي المناطق الريفية والناحية تقشت ظاهرة طول الانتظار لتلقي الفحص الطبي، والحصول على بعض الخدمات البسيطة، وفي المقابل فهناك فائض عرض من الخدمات الطبية في العديد من المناطق الحضرية .وانعكس ذلك

بآثار سلبية على انتاجية النفقة في قطاع الصحة، كما لم تمارس تلك النفقة دورها في معالجة الاختلال في توزيع الدخل والثروة بل انها عمقت من حدته في حالات عديدة.

- وجود العديد من الإجراءات الطبية غير المجدية والمبالغ فيها مثل : زيارات متكررة للمريض بدون مبرر كاف والاعتماد على الأدوية غالية الثمن في معالجة بعض الأمراض البسيطة بالرغم من توافر بدائل أرخص منها بكثير، وفي حالات عديدة يطلب الأطباء من المرضى اجراء العديد من الفحوص المبرية والأشعة بل والقيام ببعض الجراحات بدون مبرر طبي كاف .

- عدم كفاءة الأنظمة الحكومية لشراء الأدوية، فأغلبية هذه الأنظمة عقيمة وتتسم ببيروقراطية الإجراءات وهذا ما دعى منظمة الصحة العالمية بوضع قائمة نموذجية للأدوية الأساسية بحيث تكون مرجعا للدول تستند اليه في وضع قوائمها هذه القوائم يمكن أن تحقق لها جودة الأدوية بمستوى تكاليف منخفض نسبيا.

- تأخير مواعيد تسليم الأدوية من المراكز الرئيسية الى المراكز الفرعية ومراكز التوزيع نظرا لوجود العديد من المعوقات الإدارية والتنظيمية . وقد نجم عن ذلك وفي ظل عدم وجود أنظمة جيدة وفعالة للحفظ والنقل استلام المراكز الفرعية والتوزيعية بعض الأدوية انتهت مدة صلاحيتها .

- ارتفاع هجرة الموارد البشرية من قطاع الخدمات الصحية الى الدول المتقدمة، يكون له تأثيرا سلبيا قويا على انتاجية النفقة في قطاع الخدمات الصحية والاقتصاد القومي ككل .

كل هذه العوامل لها الأثر البالغ في الطلب على العلاج وبالتالي امكانية الرفع من الأنفاق الصحي للمجتمع، بالإضافة الى هياكل العرض فهي كذلك تؤثر في الطلب على

العلاج "العرض يحدد الطلب"، كما أن الحالة الصحية للمجتمع تتأثر بعوامل أخرى كالمحيط، الاستهلاك الغير طبي، التدخين، المخدرات والعوامل الأخلاقية... الخ. كل هذه الأسباب أدت الى ظهور أزمة تزايد النفقات الصحية في الجزائر . هذه الأزمة فرضت على السلطات العمومية التفكير بجدية في ادخال اصلاحات من شأنها التحكم في تزايد النفقة الوطنية للصحة .

### المطلب الثاني : آلية التحكم في زيادة النفقات الصحية

عند ملاحظتنا للنفقات الضخمة التي تناولناها سابقا، ومقارنتها مع موارد التمويل المحدودة نلاحظ من جهة أن الدولة تتسحب تدريجيا عن تمويل الصحة بالشكل الذي عرفته سابقا في عهد المجانية ومن جهة أخرى نجد تبعية نسبية لقطاع الصحة تجاه الوزارة الوصية نظرا لاعتماده على الاعتماد الممنوح له في اطار ميزانية التسيير ضمن الميزانية العامة للدولة، على الرغم من ذلك فان الموارد المتوفرة غير كافية لتغطية شاملة وفي المستوى المطلوب لهذا القطاع، ولذلك فمن اللازم ايجاد مصادر تمويل جديدة<sup>1</sup> .

### أولا : البحث عن مصادر تمويل جديدة تتمثل فيما يلي :

- مساهمة المؤسسات الملوثة : عديدة هي المؤسسات الصناعية التي نشاطاتها تؤثر سلبا على صحة السكان، وفي هذا الإطار يمكن أن تفرض على هذه المؤسسات ضريبة لصالح قطاع الصحة، ويمكن أن تتغير نسبة هذه الضريبة من مؤسسة لأخرى وذلك حسب درجة التلوث الذي تلحقه بالبيئة وبالتالي بالصحة .
- المؤسسات الاقتصادية ذات النسبة العالية من المرض ومن حوادث العمل: وذلك في اطار مشاركة هذه المؤسسات لحماية صحة عمالها، اذ أن حماية صحة العمال تعتبر اجباري على كل مؤسسة، طبقا للقانون "طب العمل" المؤرخ في 01/26/1988 والمتعلق بالوقاية والحماية في وسط الشغل، ويعد نشاط طب العمل مهام

<sup>1</sup> علي سنوسي، مرجع سابق، ص 160.

القطاعات الصحية العمومية وعليه يمكن ايجاد صيغة لعلاقة تعاقدية بين المؤسسات المعنية والمؤسسات الصحية وهكذا ما يمكن المؤسسة الصحية من ايجاد مصدر مالي جديد<sup>1</sup>.

- مساهمة التأمينات الاقتصادية : التأمينات الاقتصادية يجب أن تقدم مشاركتها في التمويل الصحي وذلك لكونها تتكفل طبيا بالخسائر البشرية الناتجة عن الكوارث والأخطار التي يقوم بها هذا النوع من المؤسسات بتأمينها وذلك عن طريق اجراءات تتمثل في وضع رسوم على الحوادث بقيمة الخدمات الصحية المقدمة لضحايا الحادث .

- مساهمة الجماعات المحلية :يجب ان تكون مساهمتها فعالة ومتنوعة لكونها لها مسؤولية خاصة فيما يخص المحافظة على الصحة العمومية، وبالتالي التخفيض من الأمراض الناتجة عن البيئة وبالتالي التخفيض من المصاريف التي قد تتجم عن ذلك كما يمكن للبلدية أن تقوم بتسيير وتمويل الوحدات الصحية القاعدية" قاعات العلاج والمراكز الصحية " الواقعة في رقعتها الجغرافية.

#### ثانيا : تخصيص الاعتمادات المالية وطريقة تسييرها

ضرورة وضع معايير موضوعية لمنح الاعتمادات المالية اللازمة لتحقيق أهداف محددة مسبقا، على العكس مما هو معمول به وهو المنح الجزافي للاعتمادات المالية لمدة سنة مالية، حيث يكون المسير مجبر على التحكم في الموارد المالية المتاحة وعلى انفاقها كلية، لأنه اذا حدث العكس فان التخصيص المالي للسنة المقبلة سوف يكون أقل من السنة التي قبلها، بمعنى آخر وكأنه يطلب من المسير ان يبذر أكثر حتى يحصل على اعتمادات مالية أكثر، كما أن تقسيم الميزانية الى عناوين وأبواب....الخ لا يعتمد على حجم النشاطات المقدمة أو النتائج المرجوة.

<sup>1</sup> سنوسي علي ، مرجع سابق ، ص 168.

وعليه فان المؤسسات الصحية في الجزائر تطبق مبادئ المحاسبة العمومية والتي تعمل على تبرير هذه النفقات، وليس كما هو من المفروض ان تكون عليه المحاسبة بمعنى وسيلة لمراقبة عملية التسيير وأرضية لتخطيط النشاطات المستقبلية، وبالتالي حتى تكون عملية تخصيص الاعتمادات عملية فعالة لتخطيط الأهداف المستقبلية للمؤسسة الصحية يجب:

- اعتماد نظام محاسبي جديد بدلا من المحاسبة العمومية الا وهو نظام المحاسبة التحليلية وذلك للوقوف على حقيقة النفقات التي سيقوم بها وهذا يفترض وجود شفافية في تبادل المعلومات بين مختلف المؤسسات الصحية وذلك للمشاركة في اتخاذ قرارات فعالة ؛

- منح اكثر استقلالية في التسيير وضمان مجال للمبادرة على مستوى المؤسسات الصحية للسماح بإنفاق معقول مقابل نتائج مرسومة ؛

- ضرورة التحكم ميدانيا وذلك من خلال المشاركة في ترشيد المخصصات المالية عن طريق التفاوض بين مانح المال ومنفقه فيما يخص المبالغ الممنوحة، وذلك بتبرير صاحب النفقة للممول طبيعة النفقة والنتيجة المنتظرة منها

### ثالثا : تطوير وتشجيع الاستثمار والأدوية في الجزائر :

ان ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية بلغت 1.043 مليار دولار في الأشهر الثمانية الأولى من سنة 2008 ، هذه الأرقام الجد مرتفعة تؤثر على ميزانية القطاع الصحي وكذا على حسابات شركات الضمان الاجتماعي، فالإنتاج المحلي للأدوية لا يغطي سوى 30 % على الأكثر من اجمالي الاحتياجات الوطنية. كما تعتبر الجزائر أول سوق للأدوية في المغرب، وأكبر مستورد للأدوية من فرنسا، وتعتبر المورد الأول بنسبة تمثل % 70 من حصة السوق ( 470 مليون يورو في سنة 2007 ) فمنذ تاريخ 2008/10/21 أصبح ملف الأدوية من الانشغالات الأولى لمجلس الحكومة وفي هذا التاريخ اتخذت الحكومة قرار

الاستثمار في الجزائر، وعليه لابد من دعم وتشجيع الاستثمار المحلي في صناعة الأدوية سواء من طرف منتجين محليين أو مستثمرين أجانب يرغبون الاستثمار فيسوق الأدوية بالجزائر خاصة في الأدوية الجنسية وذلك من خلال منح تسهيلات وتحفيزات استثمارية في هذا المجال، وهذا باستعمال كل القدرات والإمكانات الوطنية التي تسمح من رفع نسبة الإنتاج *UNOP* ما يسمح حسب في الأدوية في السوق المحلي الى 70% من اجمالي الاستهلاك الوطني .

#### رابعاً : التحكم في التوظيف

ان سياسة التشغيل يجب أن ينظر اليها بمنظار الفعالية، كما أن الاستغلال العقلاني للموارد البشرية كفيل بتحسين الحالة العامة للقطاع وذلك من خلال التوزيع العادل لها بين الشمال والجنوب، ولا تبقى مكدسة في المدن الكبرى وبخاصة الجزائر العاصمة والمدن الكبرى، مما أدى الى ايجاد في قاعة علاج واحدة طبييين، وعلى آلة ترميم الأسنان ثلاثة الى اربعة أحيانا، مع الإشارة الى أن هؤلاء لا يقومون بالحجم الساعي القانوني وبالتالي كيف يمكن الحديث عن الاقتصاد في النفقة .

خامساً: عصرنة قطاع الصحة العمومي والتقليل من معدل فترة المكوث

#### بالمستشفى<sup>1</sup>

اذا كان التطور التقني يزيد من النفقات الصحية، وذلك باستخدام وسائل جديدة أكثر تطوراً و مواد أكثر تكلفة لغرض ضمان النوع ( نوعية جيدة للعلاج) والتحسين (تحسين العلاج)، فإنه بالمقابل يقلل من تكاليف المكوث في المستشفى.

<sup>1</sup> منصورى الزين، تحليل التطور الهيكلي لنفقات قطاع الصحة والبحث عن مصادر جديدة للتمويل، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر، 1998، ص 111.

سادسا : ادخال اصلاحات اخرى من شأنها التحكم في النفقة الصحية:

- البحث عن بدائل للاستشفاء، ولاسيما من خلال تطوير الاستشفاء نهارا، والعلاج المتنقل، والعلاج المقدم في المنزل " ( HOSPITALISATION A DOMICILE )
- مراجعة الاطار القانوني للمؤسسات الصحية العمومية .
  - ضمان نوعية المنتجات الدوائية والعمل على خفض اسعاره وذلك من خلال الاهتمام اكثر بالأدوية الجنسية الاقل تكلفة سواء عند الاستيراد او التصدير ومراقبتها بالخصوص عن طريق تعزيز عمليات التفتيش .
  - ترشيد الانفاق بفضل ترويج استخدام الادوية الجنسية .
  - تنظيم وتطوير البحث في مجال الصحة.

سابعا: تحديث مدونة تسعير الخدمات الطبية والشبه طبية :

وضع تسعيرات مناسبة للأعمال الطبية والشبه الطبية " كإجراء لمحاربة التبذير وتنمية الموارد الذاتية للهياكل الصحية " .

ان التسعيرات الحالية المنشأة والتي تم وضعها بموجب القرار رقم 01 المؤرخ في 05 أفريل 1995 MSP/CAB/MIN/ تعتبر بمثابة تسعيرات رمزية سواء تعلق الأمر بالطب العام (50 دج) للوصفة أو الطب المتخصص (100 دج) للوصفة أو تسعيرة المكوث في المستشفى (100 دج) لليلة الواحدة . والتي يجب مراجعتها بمراعاة التكلفة الحقيقية لهذه الأعمال، وتستننى من هذه الإجراءات والدفع الأعمال الصحية الموجهة لحماية الامومة والطفولة، وطب الاطفال و الأعمال الوقائية وبعض الفئات.

المبحث الثالث : أهمية اقتصاديات الصحة على ترشيد النفقات الصحية

المطلب الأول : أهمية اقتصاديات الصحة

لقد تراكمت وتفاقت عدة عوامل عبر الأعوام الأخيرة على مستوى العالم لتجعل من اقتصاديات الصحة أهمية بالغة في مجال الخدمات الصحية انتاجا وتنظيما وإدارة وتوزيعا وتشمل هذه العوامل<sup>1</sup> :

- ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية بسبب الزيادة المضطربة في أعداد السكان وأيضا بسبب ارتفاع درجة وعيهم وتعليمهم، إضافة الى الاستخدام المفرط لنظام الرعاية الصحية المجانية .
- ارتفاع التكلفة الرأسمالية لإنشاء وتشغيل المرافق الصحية خاصة المستشفيات.
- الاستخدام المتنامي للتقنيات الطبية الحديثة باهظة التكلفة.
- ارتفاع أجور العاملين الصحيين بمختلف تخصصاتهم ومستوياتهم.
- التغيير الذي حدث في نمط الأمراض بانحسار الأمراض المعدية وبالمقابل ازدياد الأمراض غير المعدية أو ما تسمى بأمراض العصر كداء السكري والسمنة، أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وحوادث المرور والأمراض النفسية ( وهو ما يعرف بالتحول الوبائي) وهي أمراض مزمنة كلفة علاجها عالية .
- ارتفاع متوسط العمر المأمول مما أدى الى زيادة نسبة المسنين في المجتمع ( وهو ما يعرف بالتحول الديمغرافي) وكلفة رعايتهم أيضا عالية.
- ازدياد حدة الفقر والبطالة والتشرد، وقد نوهنا سابقا عن علاقتها السالبة بالصحة.
- إضافة الى ما سبق فان الأزمة الاقتصادية العالمية التي ظهرت بوادرها مع مطلع الثمانينات كان لها انعكاس سلبي واضح على كثير من الدول خاصة النامية منها، كما أن برنامج إعادة الهيكلة الذي صاحب تلك الأزمة قد أدى الى انقاص التمويل الحكومي

<sup>1</sup> - لمزيد من المعلومات حول العلاقة بين الصحة والاقتصاد أنظر :  
<http://www.alsahafa.info/index.php?type=2147487067>

وعندما يحدث ذلك فان الخدمات المجتمعية ومنها الصحة تتصدر قائمة القطاعات المعرضة لتخفيض ميزانياتها .

وقد تضافرت كل هذه العوامل لتجعل كلفة الخدمات الصحية تتنامى بمعدلات ربما أعلى من كلفة معظم الخدمات الأخرى مما قاد الى الاهتمام بعلم اقتصاديات الصحة بغية ترشيد الانفاق 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.

### المطلب الثاني: الخطوات التي يتعين اتخاذها لتفعيل مجال اقتصاديات الصحة :

من بين الخطوات التي يتعين اتخاذها لتفعيل مجال اقتصاديات الصحة نذكر ما يلي :

- انشاء وحدة اقتصاديات الصحة بوزارة الصحة: من المهم أن تتوفر لكل وزارة صحة القدرة الذاتية لإجراء التحاليل الاقتصادية الخاصة بها لتوجيه القرارات المتعلقة بتقديم الخدمة الصحية، وعليه يعتبر انشاء وحدة متخصصة ومتفرغة لاقتصاديات الصحة بوزارات الصحة يعتبر خطوة ضرورية في سبيل الاصلاح المستمر للقطاع الصحي ويتمشى هذا مع تزايد الاعتراف والاهتمام بهذا التخصص على مستوى العالم دولا ومنظمات فقد أو صت العديد من التقارير الصادرة عن المنظمات العالمية كمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بضرورة استحداث مثل هذا التخصص بوزارات الصحة.

- اعطاء أهمية للتأهيل والتدريب في مجال اقتصاديات الصحة، بحيث يتعين على وزارات الصحة أن تتعاون مع الجامعات لاستحداث درجات عليا لتأهيل كوادر متخصصة في هذا المجال.

- تعريف المسؤولين الصحيين على المبادئ الأساسية للاقتصاد : من الأهمية بمكان أن يكتسب المسؤولون الصحيون بمن فيهم مديرو المرافق والبرامج الصحية معارف حول أساسيات وتطبيقات علم الاقتصاد لتعيينهم حتى يكون بإمكانهم النظر في فعالية تكلفة

أي إجراءات أو تدخلات يزمعون اتخاذها، وبالمقابل فمن المفيد أيضا أن يكتسب بعض الاقتصاديين خاصة في وزارتي المالية والتخطيط بعض المعارف حول محاور صحية ذات صلة بعملهم كصحة المجتمع والأوبئة والمؤشرات الصحية وعبء الأمراض وأداء القطاع الصحي، ويمكن أن يتم ذلك عن طريق حلقات تدريبية وتكوينية.

- تضمين مناهج كلية الطب والعلوم الصحية مادة اقتصاديات الصحة: وتتمثل أهمية ذلك فيما يلي:

✓ استخدام أساليب وتقنيات اقتصاديات الصحة لتقييم التدخلات الطبية والصحية خاصة فيما يتعلق بفعالية تكلفتها، إضافة الى ذلك تعتبر مهمة جدا لعملية اتخاذ القرار الملائم حول هذه التدخلات.

✓ احتواء تكاليف الخدمات الصحية المتصاعدة ولا نعني باحتواء التكاليف تخفيض الخدمات الصحية كما أو نوعا اذ أن ترشيد استخدام الموارد إضافة الى تطبيق أساليب الجودة يحول دون ذلك.

✓ تحقيق التوازن العادل للخدمات الصحية بين شرائح الدخل المختلفة في المجتمع وبين الريف والحضر والولايات والمراكز.

✓ تلعب أنشطة اقتصاديات الصحة دورا مهما في تقييم أداء المرافق الصحية خاصة المستشفيات وفي اختيار أفضل البدائل لتشغيلها.

### خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم القيام بإبراز أهمية اقتصاديات الصحة ودورها في ترشيد النفقات الصحية في الجزائر حيث ان النفقة الصحية تشمل الانفاق على الموارد البشرية والإنفاق على المنتجات الوسيطة في الخدمات الطبية المقدمة ونفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية وأسباب انخفاض إنتاجية النفقات الصحية وآليات التحكم فيها، وإعطاء الخطوات التي ينبغي اتخاذها من أجل تفعيل اقتصاد الصحة وهذا يكون عن طريق تشجيع الاستثمار في قطاع الصحة في مختلف مجالاته من الجانب الطبي والجانب الصناعي الدوائي وهذا من أجل تماشي المنظومة الصحية الجزائرية مع التحولات العميقة التي تعرفها الجزائر، وكذا تحديث مدونة تسعيرة الخدمات الطبية وعصرنة قطاع الصحة تماشياً مع التطورات العالمية وهذا من أجل تحسين وتوفير الخدمات الصحية لجميع أفراد المجتمع.





## خاتمة:

تضطلع اقتصاديات الصحة بمهام وأدوار كبيرة ومعقدة، الأمر الذي جعلها في طليعة الاقتصاديات التي تحتاج الى اهتمام كبير نظرا لمدى أهميتها في عقلنة وترشيد الانفاق الصحي للمؤسسات الصحية وتحسين وتطوير الخدمة الصحية المقدمة.

وان المحيط الذي تتواجد فيه اقتصاديات الصحة والتطورات التي تشهدها فرض عليها الاهتمام بتحسين وترشيد الانفاق الصحي، الذي يتزايد سنويا مما يمكنها التعرف على أهم جوانب الهدر والانفاق اللاعقلاني لها وامكانية الاستغلال الأمثل لهذه الطاقات والامكانيات المتاحة، ورغم ما تبذله الدول والحكومات من جهود في سبيل تحسين وترشيد الانفاق الصحي التي تقدمه للقطاعات العامة والخاصة الا أن قطاع الصحة مازال يعاني العديد من النقائص التي أثرت سلبا على مكانة القطاع والخدمات التي يقدمها للمواطن وان تطبيق وعدم اهمال المؤسسات الصحية لاقتصاد الصحة يؤدي الى التحكم في زيادة وتيرة النفقات الصحية وهذا ما يثبت صحة الفرضية الأولى.

وان عملية فهم الدور الاقتصادي للصحة والعلاقة التي تربط الاقتصاد بالصحة تساعد على زيادة معدلات النمو وتحسين الخدمات الصحية وهذا ما يثبت صحة الفرضيتين الثانية والثالثة.

ولعل الاستثمار في الصحة أصبح أداة ضرورية من أدوات السياسة الاقتصادية الكلية وذلك نظرا لمدى مساهمته في زيادة معدلات النمو وزيادة الناتج المحلي الخام للدولة وخلق مناصب الشغل وتحسين وتطوير صحة الفرد في المجتمع وهذا ما يؤدي الى زيادة انتاجية الفرد .

ولكن ورغم حداثة اقتصاد الصحة الى ان هناك العديد من الدول المتقدمة بدأت في تطبيقه وذلك نظرا لمدى مساهمته الاقتصادية الفعالة، وان هناك تفريط في تطبيقه من قبل الدول



النامية وذلك لعدم وجود ونقص الهياكل الصحية والى اهمال السلطات والمؤسسات الصحية المسؤولة على قطاع الصحة لاقتصاد الصحة وعدم تفعيله.

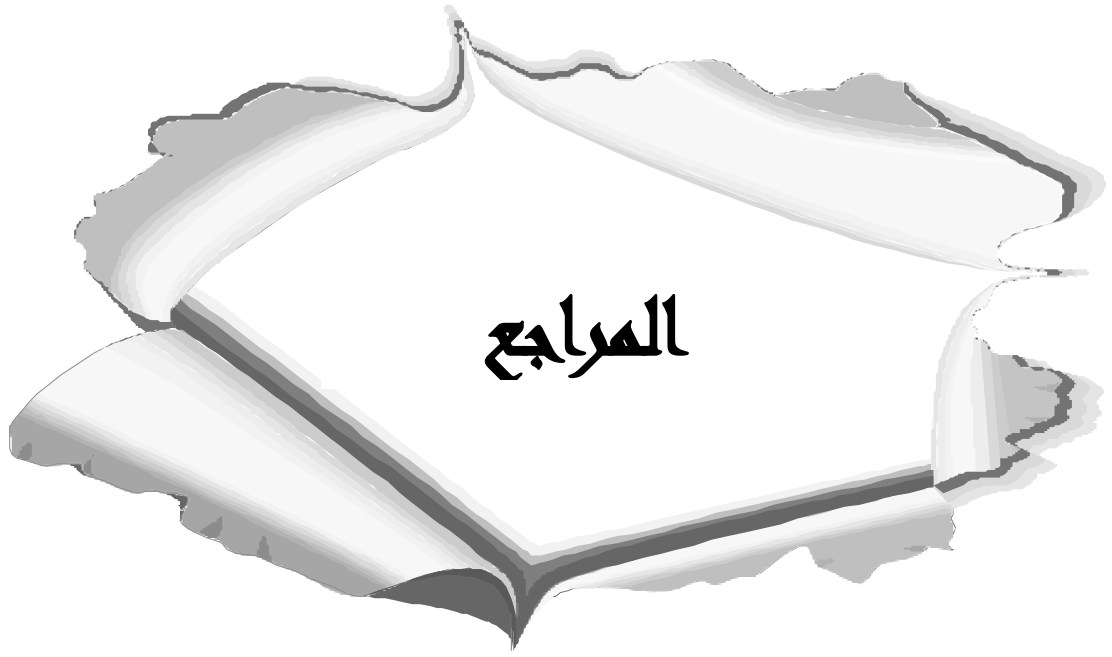
من خلال ما تم تقديمه في هذا البحث تم التوصل الى بعض النتائج والاقتراحات التالية:

#### • النتائج:

- المساهمة الفعالة لاقتصاد الصحة في ترشيد وعقلنة الانفاق الصحي للمؤسسات الصحية.
- فهم العلاقة الاقتصادية الموجودة بين الاقتصاد والصحة.
- مدى مساهمة اقتصاد الصحة في تحسين وزيادة معدلات النمو الاقتصادي.
- تطور قطاع الصحة وجعله، قطاع استثماري عكس ما كان عليه قطاع استهلاكي فقط.

#### • الاقتراحات:

- ضرورة الاهتمام باقتصاد الصحة وتفعيله في المؤسسات الصحية لمدى مساهمته في ترشيد وعقلنة الانفاق.
- اعطاء أهمية للتكوين التأهيل في مجال اقتصاديات الصحة.
- الاهتمام بقطاع الصحة لمدى مساهمته في توفير الرعاية الصحية للأفراد لأنه سبب أساسي من أسباب تحقيق التنمية والاستقرار الاقتصادي.
- ضرورة وضع استراتيجية تنموية للنهوض بقطاع الصحة من خلال توفير وتعزيز الخدمات وتدعيمها.
- تشجيع بحوث النظم الصحية ذات الصلة بتطوير السياسة الاقتصادية.
- تحقيق التوازن العادل للخدمات الصحية بين شرائح المجتمع.
- ضرورة استحداث مثل هذه التخصصات بوزارة الصحة.



## قائمة المراجع:

### - أولاً: الكتب

1. أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات، رؤية معاصرة، المكتبة العصرية، مصر، ط1، 2006.
2. بول فلدستين، ترجمة محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، النشر والمطابع، جامعة الملك سعود للنشر، 2002.
3. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، عمان، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2004.
4. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
5. سعيد عبد العزيز عثمان، اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة، دراسة نظرية وتطبيقية، الدار الجامعية بالإسكندرية، 2000 .
6. صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، ط1، عمان، دار الفكر، 2009.
7. طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة ، القاهرة سنة 2000 م.
8. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة القدس ، 2002.
9. قادة أقاسم، المحاسبة الوطنية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر سنة، 1994.
10. محمد حافظ خطاب، إدارة أزمات الصحة العامة، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.

- ثانيا: أطروحات دكتوراه ورسائل ماجستير

1. بارا جميلة ، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر ، 1997.
2. بحدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية)، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2011، 2012.
3. علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير ، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 3 ، 2009-2010.
4. عياشي نور الدين، المنظومة الصحية المغاربية "دراسة مقارنة"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009-2010.
5. منصور الزين، تحليل التطور الهيكلي لنفقات قطاع الصحة والبحث عن مصادر جديدة للتمويل، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر، 1998.
6. نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في الاقتصاد المالي، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الاخوة منتوري قسنطينة، 2004-2005.

- ثالثا: مجلات وتقارير ومدخلات ومؤتمرات

1. الأمم المتحدة، البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية، ريودي جانيرو، 1992.
2. تقرير منظمة الصحة العالمية ، الصحة والتنمية المستدامة ، جنيف 2001.
3. عماري عمار، بومعراف الياس، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد 7، 2009 - 2010، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
4. الفاتح مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وآثارها على التنمية، المجلة الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد 4، العدد 10، جامعة الطائف، المملكة العربية السعودية، 2013.
5. كاظم الشيب، معوقات التنمية الصحية، صحيفة العكاظ ، العدد 2202، الخميس 28 يونيو 2007 .

6. هادف حيزية، بن يوب لطيفة ، مداخلة بعنوان: أهمية اقتصاد الصحة في مجال الخدمات الصحية ونظام العلاج ، جامعة تلمسان، بدون سنة

رابعا: نصوص وقوانين تشريعية:

1. وزارة الصحة، المرسوم التنفيذي رقم 97 / 467 المؤرخ في 02/12/1997 الذي يحدد قواعد وانشاء المراكز الاستشفائية وتنظيمها وتسييرها .

- خامسا: مواقع الكترونية:

1. <http://www.alsahafa.info/index.php?type=2147487067>.