

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم: العلوم التجارية

الإتفاق العام في مجال القطاع الصحي (الواقع و الآفاق)

مشروع مذكرة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم التجارية

تخصص: مالية وتجارة دولية

الأستاذ المشرف:

- عبيد فريد

إعداد الطالب(ة):

- حرايبي عبد الكريم

لجنة المناقشة

الرقم	أعضاء اللجنة	الرتبة	الصفة	مؤسسة الانتماء
1	رايس حدة	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة بسكرة
2	عبيد فريد	أستاذ محاضر أ	مشرفا	جامعة بسكرة
3	عزيز أمينة	أستاذة مساعدة أ	ممتحنا	جامعة بسكرة

السنة الجامعية: 2019-2020



شكر وتقدير

قبل كل شيء ، نحمد الله عز وجل الذي أنعمنا بنعمة العلم و وفقنا إلى
بلوغنا هذا الدرجات " اللهم لك الحمد حتى ترضى ، و لك الحمد إذا
رضيت ، و لك الحمد بعد الرضى. "

نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل و بالأخص إلى
الأستاذ المشرف " فريد " على توجيهاته القيمة و الإرشاداته
الصائبة التي لم يبخل بها علينا.

كما نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة أساتذة أعضاء لجنة المناقشة على
تفضلهم بقبول الاشتراك في مناقشة هذا البحث المتواضع وتقييم.
وإلى كل من بذل معنا جهدا ووفر لنا وقتا , و نصحا و قاولا , نسال الله أن يجازيهم
عنا خير الجزاء.



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

صدق الله العظيم

أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

الوالدين حفظهما الله.

إلى أفراد العائلة الكبيرة والصغيرة.

إلى جميع الأصدقاء.

إلى كل من أحب الله و أحب الجزائر.

إلى كل من يسعى إلى طلب العلم.

الفصل الثاني : المنظومة الصحية في الجزائر	
المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية في الجزائر	24
.المطلب الأول : تعريف المنظومة الصحية	24
المطلب الثاني : مكونات المنظومة الصحية	25
المطلب الثالث : التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر	26
المبحث الثاني :تنظيم النظام الصحي بالجزائر و هيكله	31
.المطلب الأول : تنظيم المنظومة الصحية	31
المطلب الثاني : الهياكل و المؤسسات بالمنظومة الصحية	32
المبحث الثالث : دوافع وأهداف التغيير في المنظومة الصحية الجزائرية	34
المطلب الأول : دوافع و أسباب التغيير	34
المطلب الثاني : أهداف التغيير	35
خلاصة الفصل الثاني	37
الفصل التطبيقي	
تمهيد	39
المبحث الأول: الإنفاق العام في مجال القطاع الصحي بالجزائر	41
المطلب الأول : تقييم الإنفاق نسبة للموازنة العامة	41
المطلب الثاني : تقييم الإنفاق الصحي حسب البرامج الفرعية لنفقات التجهيز	48
المطلب الثالث : أبعاد تطبيق البرامج التنموية على القطاع الصحي بالجزائر	49
خلاصة الفصل	55
خاتمة	57
قائمة المصادر والمراجع	61

المقدمة

مقدمة

تعد التنمية من أحد أهم الأهداف التي تسعى دول العالم لتحقيقها فهي أساس تقدم المجتمعات ومقياس لرفاهيتها وعند الحديث عن التنمية لا بد من الإشارة إلى الإنسان فهو أساس تحقيقها بمختلف مجالاتها بما فيها الاقتصادية ولن يتحقق ذلك إلا إذا توفرت له المتطلبات اللازمة والصحة أول تلك المتطلبات فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أوليت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات والمنظمات الدولية حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948 هدفها أن تلب جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي فإنه ليس الجانب الوحيد منه حيث أن هذا الهدف ينقسم إلى شقين الأول منهما يتمثل في الحد قدر الإمكان من الفوارق الممكنة بين هذا الأفراد في تسهيل حصولهم على الرعاية الصحية وهو ما يصطلح عليه بالعدالة الصحية والشق الثاني منه هو أفضل مستوى صحي وهو ما يصطلح عليه بالجودة في الصحة إذ في أواخر الثمانينات من القرن الماضي تم إدخال مفهوم الجودة في الرعاية الصحية إذ استحدث علم " ضمان الجودة في الرعاية الصحية " والذي تطور نحو عدة مفاهيم منها إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية التطوير المستمر للجودة وتحسين أداء النظم الصحية ... الخ، وذلك من أجل تطوير وتطبيق مناهج صحية للتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها وضمان رضا المستهلكين (المرضى) ومقدموا الخدمات الصحية على حد سواء.

لقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلباً أساسياً تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية والجالز من بين الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة من خلال الإصلاحات التي تبشرها وزارة الصحة والسكان واصلا المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة وانطلاقاً من ذلك جاء هذا البحث ليُسل الضوء على موضوع تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية في الجزائر.

ومن خلال ما سبق يمكن طر الإشكالية التالية:

ما هو مستوى الخدمة الصحية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر المريض؟
وللإجابة على هذه الإشكالية نقوم بطر التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مفهوم الخدمة الصحية ؟

- ماهية معايير جودة الخدمة الصحية ؟

- ماهية الأساليب المستخدمة في قياس جودة الخدمة الصحية ؟

أسباب اختيار الموضوع:

باعتبار أن المريض هو المحدد الأساسي لجودة الخدمة العمومية الصحية ورضاه يتوقف على تقديمها بما يسد حاجياته لهذا ارتأينا التركيز على هذا الموضوع للأسباب التالية:

- أهمية القطاع العام نظراً لارتباطه بالمواطن العامل البناء لتقدم الدول.

- أهمية الخدمات الصحية مما أوجب التحسيس بأنه قطاع هام لا بد من احترامه وتسييره بكفاءة وفعالية

والعمل على تقديم خدماته بجودة عالية ومحاولة اللحاق بركب الدول المتقدمة.

- قياس جودة الخدمة الصحية يؤدي إلى كشف الثغرات في هذا المجال وبالتالي العمل على إصلاح هذا النقص.

- توعية الجهات المعنية بالنظر في نوعية الخدمات الصحية وهذا لنيل رضا المستفيد من الخدمة من خلال إشباع رغباته وسد حاجياته.

- إضافة إلى معرفة دور تقييم الخدمات المقدمة في تحسين هذه الخدمات.

- التطرق إلى مختلف أساليب قياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض

أهمية الدراسة:

- يستمد هذا الموضوع أهميته من دور القطاع الصحي في تنمية المجتمع وذلك لارتباطه بصحة الإنسان الذي له الدور الفعال في دفع عجلة التطور

- أهمية القطاع العمومي نظراً لارتباطه بتقديم الحاجات الضرورية للمواطن.

-أيضا فهم دور الجودة في تحقيق رضا المواطن من خلال التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية للمرضى ومدى توافرها وتطابقها مع احتياجاتهم .
-بالإضافة إلى العمل على محاولة مواكبة دولنا لما يشهده العالم من تقدم في مجال القطاع العمومي بصفة عامة والمجال الصحي بصفة خاصة.

أهداف الدراسة:

- الإحاطة بمختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة الصحية.
- الإحاطة بالأساليب المستخدمة في قياس جودة الخدمة الصحية.
- الإحاطة بأبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض.
- وفقا لهاته الأبعاد على المؤسسة محل الدراسة بهدف اكتشاف الفجوات الموجودة في تقديم الخدمة الصحية على مستوى هاته المؤسسة.
- إضافة إلى إبراز مدى حاجة المؤسسات الصحية لتبني مدخل الجودة في خدماتها.

المنهج المستخدم:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي في الإجابة على إشكاليات الدراسة واختبار الفرضيات حيث تم الرجوع في الجانب النظري إلى مصادر المعلومات الثانوية من كتب ومجلات ومقالات التي جاء بها المفكرون والباحثون في حقل مباد الخدمة العمومية عموما و جودة الخدمة الصحية خصوصا وتم الاعتماد في الجانب التطبيقي على الاستبيان بهدف التعرف على تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية من وجهة نظر المرضى وتم معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss)

حدود الدراسة:

تحددت هذه الدراسة بالمجالات التالية:
المجال البشري : اقتصر المجال البشري لهذه الدراسة على المستفيدين من خدمات المؤسسة العمومية الاستشفائية .

المجال المكاني : اقتصر المجال المكاني لهذه الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية .
المجال الزماني : طبقت هذه الدراسة خلال شهري أفريل و ماي من العام الدراسي 2018-2019

هيكل الدراسة:

قسمنا هذا البحث إلى ثلاث فصول حيث جاء الفصل الأول تحت عنوان الإطار النظري لتقييم جودة الخدمة الصحية الذي تناول مختلف مضامين جودة الخدمة الصحية والذي اعتمدنا عليه كمدخل لموضوع

الدراسة اما الفصل الثاني ف جاء بعنوان واقع النظام الصحي في الجزائر الذي تضمن المنظومة الصحية في الجزائر حيث تطرقنا للنظام الصحي في الجزائر وهياكله بالإضافة الى دوافع وأهداف التغيير في المنظومة الصحية في الجزائر

أما الفصل التطبيقي فتناول لمحة حول المؤسسة موضوع الدراسة والدراسة المنهجية المتبعة وحاولنا من خلال تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية, وذلك من خلال تحميل الاستبيان الموجه لمستفيدين من خدمات هذه المؤسسة

الدراسات السابقة:

دراسة - عدمان مريزق : واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة تهدف هذه الدراسة إلى معرفة واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:

- [المريض ليس ارض عن بعض جوانب تقديم الخدمة والمتمثلة أساسا في نظام التغذية النظافة التكفل من قبل أف ا رد الطاقم شبه الطبي وغيرها في حين هو ا رضي عن التكفل الطبي عن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة.

2- ان أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل بالإضافة إلى عدم وضو المهام وضعف التأطير.

-تتمثل العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل قلة التكوين ونقص التنظيم. ركزت هذه الدراسة على التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في الج ا زئر ومما يؤخذ عليها أنها لم توضح أهمية تطبيق نظم وبرامج الجودة في معالجة أسباب تدني مستوى الجودة والأداء في هذه المؤسسات إضافتا إلى أنها تجاهلت معايير نظم اعتماد المؤسسات الصحية.

تحت عنوان أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية وقد عالجت الإشكالية التالية : ما مدى أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون؟ وما مدى انعكاس هذا الطر على مرضى مستشفى عين طاية؟ وقد توصلت إلى أن مستشفى عين طاية يولي اهتماما خاصا للخدمة الصحية وجودتها باعتبارها المعيار الأهم لرضا الزبون.

دراسة عتيق عائشة مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص تسويق دولي تحت عنوان : جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائريد راسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية السعيدة وقد عالج إشكالية ما واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ؟ وما مدى رضا المريض؟ وقد توصلت الدراسة إلى رضا المريض على بعد كل من الاعتمادية والاستجابة والأمان وكذا التعاطف وعدم رضاهم على البعد المادي (الملموسة) وذلك لانعدام عامل النظافة وعدم توفر الأجهزة الطبية الحديثة وكذا عدم استفادة المرضى من الأدوية.

-دراسة صفاء محمد هادي الجزائري وعلي غبا محمد وبشرى عبد الله شتيت (2011 قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية في مستشفى (الفيحاء العام - البصرة

تعد جودة الخدمة من المجالات الأكثر أهمية في قطاع الخدمات الصحية ان البحث في مستوى جودة الخدمات عامة والخدمات الصحية خاصة يقوم على أسلوب البحث العلمي الذي جرى عن طريق استخدام مقياس جودة الخدمة SERVQUAL المكون من خمسة إبعاد رئيسية هي : الملموسة الاعتمادية الاستجابة التوكيد التعاطف فضلا عن استمارة الاستبانة المكونة من 22 متغير فرعي ترتب بالأبعاد الرئيسة المشار إليها والتي تترجم مظاهر جودة الخدمة وذلك لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الفيحاء العام.

توصلت الدراسة إلى ان هناك ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى فضلا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لك متغير من المتغيرات الرئيسة . دراسة - بوعدنان نور الدين مذكرة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق بعنوان جودة الخدمات وأرها على رضا العملاء دراسة حالة ميدانية في المؤسسة المينائية لسكيكدة وعالجت الإشكالية التالية : ما مدى تأثير جودة الخدمة المينائية في تحقيق رضا العميل وقد توصلت الدارسة إلى أن عملاء المؤسسة المينائية لسكيكدة يقيمون جودة الخدمات المقدمة تقييما سلبييا في أغلب مظاهرها.

الفصل الأول

ماهية الإنفاق العام

المبحث الأول: النفقات العامة وتقسيماتها

تلعب النفقات العامة دورا هاما وبارزا في النشاط الاقتصادي للدولة، حيث تقوم بإشباع الحاجات العامة عن طريق الإنفاق العام، ومع تطور دور الدولة في الحياة الاقتصادية أصبحت النفقات العامة في حالة تزايد مستمر، وأصبحت كأداة ووسيلة تستعملها الدولة في التأثير على النشاط الاقتصادي، ولهذا أصبحت النفقات العامة تحتل مكانة هامة وبارزة في اقتصاديات الدول.

المطلب الأول: مفهوم النفقات العامة

بتطور دور الدولة في المجتمع اختلف مفهوم النفقة العامة بانتقال دور الدولة من الدولة الحارسة إلى الدولة المتدخلة ففي ظل الدولة الحارسة كان دورها ينحصر في توفير الأمن والدفاع والعدالة، فكانت النفقات العامة تتميز بالحياد، وكانت موجهة لنشاطات محدودة، ولكن بعد أزمة 1929 دعا الاقتصادي كينز إلى ضرورة تدخل الدولة من أجل إرجاع التوازن للاقتصاد بواسطة تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي عن طريق الإنفاق العام، وأدى ذلك إلى زيادة التدخل في النشاط الاقتصادي بشكل أدى إلى زيادة النفقات العامة وتعددتها وتغيير طبيعة دورها ومفهومها

الفرع الأول: تعريف النفقة العامة

من أهم التعاريف الشائعة للنفقة العامة ما يلي:

"النفقة العامة هي صرف إحدى الهيئات والإدارات العامة مبلغا معيناً لغرض سداد إحدى الحاجات العامة¹".
وتعرف أيضا بأ¹ مبلغ من النقود يقوم بإنفاقه شخص معنوي عام بهدف تحقيق نفع عام²". وهناك تعريف آخر للنفقة العامة: فالنفقة العامة هي كم قابل للتقويم النقدي يأمر بإنفاقه شخص من أشخاص³ القانون العام، وذلك إشباعا لحاجة عامة". ومن التعاريف السابقة يمكن استخلاص التعريف الشامل للنفقة العامة، فهي مبلغ من النقود يخرج من الذمة المالية للدولة، أو إحدى المؤسسات التابعة لها من أجل إشباع حاجة عامة

الفرع الثاني: العناصر الأساسية للنفقة العامة (أركانها)⁴

يمكن من التعاريف السابقة أن نستنتج ثلاثة أركان أساسية للنفقة العامة وهي

-النفقة العامة مبلغ نقدي .

-النفقة العامة تدفع بواسطة شخص عام.

- النفقة العامة دف إلى إشباع حاجة عامة

1- محمد الصغير بعلي، "المالية العامة"، دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر، 2003 ، ص 23

2- علي لطفي، "المالية العامة، دراسة تحليلية"، مكتبة عين شمس، مصر، 1995 ، ص 182

3- حامد عبد دراز، "مبادئ المالية العامة"، دار صفاء للنشر، عمان، 1999 ، ص 381

4- محمد الدليمي، "اتجاهات الإنفاق العام"، مجلة أفق اقتصادية ، المجلد 24، العدد 94 ، الإمارات العربية ، 2003 ، ص 8

أولاً: النفقة العامة مبلغ نقدي

تقوم الدولة بالإنفاق من أجل الحصول على السلع والخدمات الضرورية لتسيير المرافق العامة، وتقوم بالإنفاق للحصول على ما يلزمها من الأموال الإنتاجية للقيام بالمشروعات الاستثمارية، إضافة إلى ذلك تقوم بصرف مبالغ نقدية من أجل منح المساعدات والإعانات المختلفة، وتكون صيغة الإنفاق على شكل نقدي، وذلك لما تحمله هذه الطريقة من مزايا عملية بسبب سهولة تداولها، واستخدامها حسابياً، وجاء اتخاذ النفقة شكلاً نقدياً نتيجة، الانتقال من الاقتصاد العيني إلى الاقتصاد النقدي، والذي تتم فيه معظم المعاملات والمبادلات بواسطة النقود⁵ فيتخذ الإنفاق الحكومي الصورة النقدية مقابل حصول الدولة على السلع والخدمات التي تحتاج إليها.

ثانياً: تدفع النفقة العامة من قبل شخص عام

لكي تكون النفقة عامة يجب أن تصدر عن شخص من أشخاص القانون العام كالدولة، الهيئات العامة الوطنية الإدارية المحلية (الولايات، البلديات)، أو الأشخاص المعنوية الأخرى⁶، أي أن النفقات التي تصدر عن الأشخاص الطبيعيين لا تعد نفقة عامة حتى ولو كان الهدف منها تحقيق مصلحة عامة كبناء جامعة، ذلك لأن الأموال التي انفقتم تعد أموالاً خاصة وليست عامة ومنه تعد من قبيل الإنفاق الخاص. واعتمد الفكر المالي على معيارين للتفريق بين النفقة العامة والخاصة حيث يركز المعيار الأول على الجهة التي يصدر عنها الإنفاق العام وهو ما يطلق عليه المعيار القانوني، بينما يعتمد المعيار الثاني على الوظيفة التي تؤديها النفقة العامة وهو ما يسمى بالمعيار الوظيفي.

ثالثاً: الغرض من النفقة تحقيق منفعة عامة

يشترط في النفقة العامة أن تكون موجهة لصالح المجتمع من أجل إشباع حاجاته ورغباته، أي أن الهدف منها هو تحقيق النفع العام أو المصلحة العامة، بحيث لا تعتبر النفقة نفقة عامة تلك التي تهدف إلى إشباع الحاجات الخاصة، أو تحقيق منفعة خاصة، ومن أمثلة النفقات العامة الإنفاق على القضاء والدفاع والتعليم والصحة، فإذا قامت الدولة بإنفاق مبلغ من المال لإنشاء حديقة خاصة لأحد أصحاب السلطة والنفوذ فهذا المبلغ لا يعتبر بأي شكل من الأشكال نفقة عامة والنفقات العامة تمول من الضرائب والرسوم والقروض بأنواعها المختلفة، والتي يقع عبؤها على جميع الأفراد ومنه يكون من حقهم جميعاً الاستفادة من هذه النفقات تماشياً مع مبدأ العدالة ومراعاة الصالح العام⁷، ومنه نلاحظ أن الهدف الأول للنفقة العامة هو إشباع الحاجات العامة والتي تقسم إلى

5- اعداد علي حمود "المالية و التشريع المالي" كلية القانون بين الحكمة، جامعة بغداد، بدون سنة نشر، ص 32 .

6- محمد الصغير بعلي، يسرا ابو العلا، "مالية عامة" دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر، 2003، ص 02 .

7- سوزي عدلي ناشد، "الوجيز في المالية العامة"، الدار الجامعية الحديثة للنشر، الإسكندرية، 2000، ص 33

نوعين وهما: 8

1- الحاجات المستحقة

وهي تلك الحاجات الحديثة الإشباع مثل إشباع حاجات الإسكان والنقل والتعليم، و تتحدد نوعية هذه الخدمات وأهميتها حسب المذهب الاقتصادي والسياسي السائد، إضافة إلى ميول الدولة في التدخل بشكل متزايد في الحياة الاقتصادية والاجتماعية.

2- الحاجات الاجتماعية

هي عبارة عن الحاجات الأساسية التي ترتبط بقيام الدولة بأدائها، مثل إشباع حاجات الدفاع والأمن والقضاء والبنية الأساسية.

ولا بد أيضا من التطرق إلى الفرق بين الحاجات الخاصة والحاجات العامة فيما يلي 9 :

1-2 الحاجات الخاصة –

بكون إشباعها بواسطة السوق - . يتم تمويلها عن طريق الخواص والأفراد - . تخضع لمبدأ الاختيار أو التفضيل أو الاستثناء - . يتفاوت مقدار المنفعة بين المستهلكين لها حسب ما يدفعون لامتلأها .

2- الحاجات العامة

- يقوم القطاع العام بتمويلها.

- يتحصل عليها الفرد دون أن يكون الدفع مباشرا

- ينتفع بها جميع الأفراد بمستوى واحد وغير متفاوت

8- فوزت فرحات، " المالية العامة والاقتصاد المالي"، منشورات الحلبي، بيروت، 2003 ، ص 268

9- إبراهيم علي عبد الله أنور العجارمة، " مبادئ المالية العامة"، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000 ، ص 107

المطلب الثاني

تقسيمات النفقة العامة:

لم تجد مسألة تقسيم النفقات العامة صدى واسع في ظل النظرية التقليدية، وذلك بسبب الطبيعة الموحدة للنفقة العامة ولمحدودية دور الدولة، ولكن مع تطور دور الدولة وتدخلها في النشاط الاقتصادي تنوعت النفقات العامة، وظهرت الحاجة إلى تقسيم النفقات العامة إلى مجموعات مميزة تحتوي كل منها على النفقات التي تتصف بمميزات مشتركة وفقاً لمعايير محددة قائمة على أسس واضحة المعالم.

وفيما يلي أهم تقسيمات النفقات العامة:

الفرع الأول

النفقات الحقيقية والنفقات التحويلية

أولاً- النفقات الحقيقية

هي النفقات التي تحصل الدولة من جراء إنفاقها على سلع وخدمات مثل الرواتب التي تدفع للموظفين هي النفقات التي لا تحصل الدولة من جراء إنفاقها على سلع وخدمات، بل مجرد نقل القوة الشرائية من الدولة إلى جهات أخرى. وتكون على عدة أنواع وحسب الغرض الذي تنفق من أجله وهي للحصول على خدمات، وكذلك نفقات شراء مستلزمات المكاتب الحكومية ونفقات المشاريع الاستثمارية¹⁰.

ثانياً- النفقات التحويلية:

هي النفقات التي لا تحصل الدولة من جراء إنفاقها على السلع والخدمات، بل مجرد نقل القوة الشرائية من الدولة إلى جهات أخرى. وتكون على عدة أنواع وحسب الغرض الذي تنفق من أجله وهي:

1- النفقات التحويلية الاجتماعية:

هي النفقات التي تنفقها الدولة لتحقيق التوازن الاجتماعي عن طريق رفع المستوى المعيشي لبعض أفراد المجتمع وفئاته، مثل الإعانات التي تمنحها الدولة لذوي الدخل المنخفض أو لأصحاب الأعباء العائلية الكبيرة.

2- النفقات التحويلية الاقتصادية: وهي النفقات التي تنفق لتحقيق أهداف اقتصادية خدمة للمصلحة العامة

.مثل ذلك دعم بعض الصناعات الوطنية الناشئة أو دعم أسعار بعض السلع الضرورية للمواطنين

10- محمد حلمي مراد، "مالية الدولة"، كتب دار المعرفة، ص33

11 - سعيد على العبيدي، "اقتصاديات المالية العامة" دار دجلة ناشرون و موزعون، الطبعة الأولى، 2011، ص64

3- النفقات التحويلية المالية

هي النفقات التي تدفعها الدولة عند مباشرة لنشاطها المالي ومن أهم صورها فوائد الدين العم، وأقساط استهلاكه السنوية، ان هذا التقسيم قد يبدو صحيحا ولكنه محل نقد لأنه يعتمد على مبدأ التكرار السنوي في الميزانية، في حين تكون فيه ميزانيات بعض الدول تزيد مدتها عن السنة، كالنفقات الاستثمارية التي تعتبر لازمة على الدوام، ويتكرر ظهورها فيكل الميزانيات والبرامج الاقتصادية. ونتيجة لذلك فإن النظرية المالية الحديثة قد اتجهت الى التمييز بين نوعين من النفقات 12 ، وهما النفقات العادية (الجارية)، وهي تلك اللازمة لتسيير المصالح العامة وإشباع حاجياتها، وتشمل هذه النفقات على نفقات التسيير ونفقات التحويلات الاجتماعية، وهذه النفقات لا تساهم في زيادة رؤوس الأموال بصفة مباشرة، والنوع الثاني هو النفقات الرأسمالية أو الاستثمارية، كنفقات البناء والأشغال العمومية، الطرق... الخ، وبذلك فهذه النفقات غير العادية، وهي تساهم في زيادة رؤوس الأموال بصفة مباشرة.

4- نفقات عامة منتجة ونفقات عامة غير منتجة

4-1- النفقات العامة المنتجة: هي التي يتوقع من إنفاقها تحقيق إيراد للدولة مثل الإنفاق على بناء السكك الحديدية أو المشاريع الاقتصادية المنتجة .

4-2- النفقات العامة غير المنتجة: هي التي لا يتوقع من إنفاقها حصول الدولة على إيراد مالي مباشر مثل

2 صيانة الطرق وإعانات البطالة والتحويلات الاجتماعية الأخرى¹³ .

12- luc saidj , finances publiques , dalloz , 3e édition , paris , 2000 , p:226.

13- صلاح نجيب العمر، "اقتصاديات المالية العامة"، جامعة بغداد، مطبعة العاني، 1982 ، ص 177

المبحث الثاني: ظاهرة تزايد النفقات العامة وأسبابها:

من أهم الظواهر الاقتصادية التي استدعت انتباه الاقتصاديين هي ظاهرة تزايد النفقات العامة مع زيادة الدخل الوطني.

فظاهرة تزايد الإنفاق العام هي من أحد أبرز مميزات المالية العامة في العصر الحديث، فهي مرتبطة بكل القطاعات الاقتصادية، و متلازمة بتدخل الدولة في النشاط الاقتصادي، فالزيادة في الإنفاق العام ليست بالضرورة أن تتبعه زيادة في المنفعة العامة المترتبة عليه¹⁴ ، لقد تزايد حجم الإنفاق في ميزانيات الكثير من الدول بعد الحرب العالمية الثانية فاستمرت دائرة الإنفاق في التوسع، وأدى ذلك إلى زيادة الأعباء المالية للأفراد (ضرائب، رسوم ...) لتغطية النفقات المتزايدة، إن ظاهرة ازدياد الإنفاق العام لها أسباب ظاهرية وأخرى حقيقية .

المطلب الأول: الأسباب الظاهرية

المقصود بالأسباب الظاهرية هي تلك الأسباب التي تؤدي إلى زيادة رقم الإنفاق عددياً، دون أن يقابله زيادة حقيقية وفعالية في حجم الخدمات المقدمة أو تحسين مستواها¹⁵.

بعبارة أخرى فإن الزيادة الظاهرية هي تلك الزيادة التي لا تقابلها زيادة مباشرة في متوسط نصيب الفرد من الخدمات العامة التي تقدمها الدولة من خلال مشاريعها وأعمالها، فهي زيادة حسابية رقمية في الإنفاق و تتمثل بشكل واضح في انخفاض قيمة النقود و تغيير أساليب المحاسبة الحكومية واتساع إقليم أو مساحة الدولة.

تدهور قيمة النقود (انخفاض العملة)

يقصد بتدهور قيمة النقود انخفاض وحدة النقد، وهبوط قوq الضرائبية للحصول على باعة أو خدمة معينة، فعلى الدولة أو الأفراد أن يدفعوا وحدات نقدية أكثر للحصول على المقابل، ويترتب على الانخفاض في العملة الوطنية أن تقوم الدولة بزيادة عدد الوحدات النقدية لكي تحصل على ما تريده من خدمات ومشتريات.

-تغيير أساليب المحاسبة الحكومية (تغيير في وضع الميزانيات والحسابات)

كانت الميزانية في السابق تقوم على مبدأ الميزانية الصافية، فلا تسجل النفقات في الميزانية إلا صافي الحساب، أي استئصال حصيله الإيرادات العامة من النفقات العامة..

14- ANAS BENSSALAH ZERMRANI , " les finances publique au maroc " , politique financiere et droit budgétaire

,l'Harmattan , paris , 1998 , p: 17 .

15- اعاد حمود القيسي: المالية العامة والتشريع الضريبي"، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2008 ، ص53 .

أما الآن فإن الميزانيات العامة تعد وتحضر طبقاً لمبدأ الناتج الإجمالي، الذي تدرج بموجبه كافة نفقات مرافق الدولة وإيراداتها دون إجراء أية مقاصة أو استئثار بين النفقات والإيرادات وأدى ذلك إلى تضخم عددي أو رقمي في حجم النفقات العامة المعلنة بصورة ظاهرية وليس إلى زيادة حقيقية في حجم الإنفاق العام .

زيادة السكان و اتساع مساحة الإقليم:

إن زيادة عدد السكان وتوسع المساحة بضم بعض المناطق الجديدة للدولة عقب الحروب ترتب عليه زيادة ظاهرية في حجم الإنفاق العام، فهذه الزيادة في السكان والتوسع في المساحات أدى إلى أعباء جديدة لا تعود بمنافع حقيقية على ساكن الإقليم الأصلي في تحسين مستوى الخدمات المقدمة إليه¹⁶ .

المطلب الثاني: الأسباب الحقيقية لازدياد النفقات العامة

يقصد بها تلك الزيادة التي تصاحبها زيادة في كمية أو نوعية الخدمات المقدمة من قبل الدولة للفرد أي زيادة نصيب الفرد من الخدمات العامة .

هناك عدة أسباب تؤدي إلى حصول زيادة حقيقية في النفقات العامة منها 17 :

أ- الأسباب الاقتصادية

ومردها يعود إلى تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية ومشاركتها فيها والمتمثلة في مسؤولية تحقيق التوازن الاقتصادي، فزيادة الدخل الوطني يمكن الدولة من زيادة إنفاقها دون أن يترتب على ذلك بالضرورة زيادة الأعباء المترتبة على الأفراد، إضافة إلى أن التنافس الاقتصادي بين الدول أيا كانت أسبابه يؤدي إلى زيادة النفقات العامة إما في صورة إعانات اقتصادية للمؤسسة الوطنية لتشجيعها على التصدير، أو لتشجيعها على الإنتاج للصدوم في وجه المنافسة الأجنبية

ب- الأسباب الاجتماعية

لقد ساعد نمو الوعي الاجتماعي في الدولة المعاصرة، وانتشار الأفكار الاشتراكية وقوة الطبقة العاملة إلى إحداث مسؤولية جديدة للدولة ألا وهي تحقيق التوازن الاجتماعي من خلال تحسين توزيع الدخل، وإقامة العدالة الاجتماعية، وتوفير الخدمات لجميع الفئات الاجتماعية في الميادين المختلفة، من صحة وتعليم وثقافة وإسكان...ومما لا شك فيه أن تحمل هذه المسؤولية يستدعي إنفاق أموال طائلة لتنفيذ تلك البرامج الاجتماعية¹⁸ .

16- أعاد حمود القيسي، نفس المرجع، ص54- 55

17- سعيد علي العبيدي، مرجع سابق، ص 82

18- سالكي سعاد، " دور السياسة المالية في جذب الاستثمار الأجنبي المباشر"، دراسة بعض دول المغرب العربي، رسالة ماجستير في التسيير الدولي للمؤسسات، 402010. - ص، 2011

إن حجم الإدارة الحكومية قد توسع بشكل سريع و ذلك بزيادة عدد الوظائف وعدد الموظفين وما صاحبها من ضرورة إيجاد تنظيم إداري جديد يتماشى والتطور الذي حصل في مهام ووظائف الدولة... كل هذه الأسباب الإدارية أدت إلى زيادة حجم الإنفاق الحكومي أمام زيادة الأعباء الإدارية الجديدة للدولة الحديثة

د- الأسباب السياسية

من أهم الأسباب السياسية التي أدت إلى زيادة النفقات العامة ما يلي

:انتشار الديمقراطية من خلال الأنظمة البرلمانية أين يتولى ممثلي الشعب الدفاع عن حقوق ومصالح المواطنين،

من خلال المطالبة بتحسين مستوى معيشته، وتلبية حاجياته .

-تعدد الأحزاب السياسية وقيام كل حزب خلال فترة حكمة بزيادة الإنفاق العام بغية كسب أصوات الجماهير وتأييدهم.

-العلاقات الدولية :حيث أن انفتاح الدولة على العالم الخارجي يتطلب عدة إجراءات من بينها التمثيل الخارجي والمشاركة في الكثير من المنظمات والهيئات الدولية

-الأسباب العسكرية

تعد النفقات الحربية من أهم فقرات النفقات الحكومية، ويرجع ذلك إلى أن الدولة وحدها هي الموكلة بمهمة الدفاع سواء الداخلي أو الخارجي، وتتضمن النفقات العسكرية مرتبات وأجور الموظفين العاملين بذلك السلك وكذا قيمة الآلات والمعدات الحربية ونفقات الصيانة¹⁹.

الأسباب المالية تتمثل في سهولة لجوء الدولة إلى القروض الداخلية والخارجية وذلك لسداد أي عجز في إيرادات الدولة. كذلك فإن وجود الفائض في إيرادات الدولة وخاصة من الإيرادات غير المخصصة لقرض معين دفع الحكومات للتوسع في الإنفاق العام.

19- سالكي سعاد، "دور السياسة المالية في جذب الاستثمار الاجنبي المباشر"، مرجع سابق، ص42.

المطلب الثالث:

ترشيد النفقات العامة

المقصود بترشيد النفقات العامة هو تحقيق أكبر نفع للمجتمع عن طريق رفع كفاءة هذا الإنفاق إلى أعلى درجة ممكنة والقضاء على أوجه الإسراف والتبذير ومحاولة تحقيق التوازن بين النفقات العامة وأقصى ما يمكن تدبيره من الموارد العادية للدولة

وواقع أن ترشيد النفقات العامة يتطلب الالتزام بالضوابط التالية: 20

أ- تحديد حجم أمثل للنفقات العامة:

أنه ليست من المصلحة تتجه النفقات العامة نحو التزايد بلا حدود، وإنما تقتضي المصلحة بأن تصل النفقات إلى حجم معين لا تزيد عنه وهو ما يطلق عليه (الحجم الأمثل للنفقات العامة) وهذا الأخير هو ذلك الحجم الذي يسمح بتحقيق أكبر قدر من الرفاهية لأكبر عدد من المواطنين، وذلك في حدود أقصى ما يمكن تدبيره من الموارد العادية للدولة

ب- إعداد دراسات الجدوى للمشروعات:

تتضمن دراسة الجدوى لأي مشروع على العناصر التالية: التكاليف الاستثمارية، الدراسة التسويقية، خطة التمويل المقترحة، اقتصاديات تشغيل المشروع، ربحية المشروع، الآثار المحتملة للمشروع على البيئة واتساقه مع -اتمع، فرص العمالة التي يخلقها المشروع وآثاره على الادخار وإعادة توزيع الدخل، كذلك الآثار الاجتماعية للمشروع

ج- الترخيص المسبق من السلطة التشريعية:

تقضي قواعد المالية العامة بأن إنفاق أي مبلغ من الأموال العامة أو الارتباط بأنفاقه، يجب أن يكون مسبقاً بترخيص من السلطة التشريعية، ضماناً لتوجيهه بالشكل الذي يضمن تحقيق المصلحة العامة، كما أن هذا الترخيص يساعد على ترشيد النفقات، لأن أعضاء البرلمان أثناء مناقشتهم مشروع الموازنة قد يطالبون الحكومة بإلغاء بعض النفقات أو استبدالها

د- تجنب الإسراف والتبذير:

هناك صور عديدة للإسراف والتبذير في النفقات العامة في كثير من الدول النامية نوجزها فيما يلي - :

ارتفاع تكاليف تأدية الخدمات العامة .

-سوء تنظيم الجهاز الحكومي.

- تحقيق مآرب خاصة لبعض ذوي النفوذ والسلطة .

20- أنظر:- مجدي محمود شهاب، "الاقتصاد المالي"، الدار الجامعية، بيروت، 1988، ص ص 73- 82

- علي لطفى، "المالية العامة"، مرجع سابق ص ص 218، 230.

- عدم وجود تنسيق في العمل بين الأجهزة الحكومية كما هو الحال مثلاً بالنسبة للأجهزة المسؤولة عن المياه والكهرباء وتعبيد الطرقات .

- زيادة عدد العاملين في الجهاز الحكومي عن القدر اللازم لأداء الأعمال .

- المبالغة في نفقات التمثيل الخارجي ... الخ . لا شك أن ترشيد النفقات العامة يتطلب القضاء على جميع أوجه الإسراف والتبذير المذكورة سابقا وغيرها وبالأخص تشديد الرقابة بمختلف أنواعها على النفقات العامة . من أهم الظواهر الاقتصادية التي استدعت انتباه الاقتصاديين هي ظاهرة تزايد النفقات العامة مع زيادة الدخل الوطني .

المبحث الثالث : حدود زيادة النفقات العامة وآثارها

هناك الكثير من العوامل التي تحدد حجم النفقات العامة، فمن المهم معرفة هذه الاعتبارات والتي تعتبر أساس السياسة الانفاقية، من جانب آخر تعتبر ظاهرة تزايد الإنفاق العام من أبرز الظواهر التي اهتم علماء المالية

العامّة والتي تنجم عليها العديد من الآثار الاقتصادية، لذلك خصصنا هذا المطلب لتناول هاتين النقطتين الرئيسيتين

المطلب الأول: محددات زيادة النفقات العامة

إن حجم الإنفاق العام في أي دولة من الدول تحدده مجموعة من الاعتبارات والتي لها علاقة بالدولة، ومن أبرز هذه الاعتبارات نذكر

أولاً: دور الدولة وتأثيره في حجم الإنفاق

تعتبر العوامل المذهبية من العوامل التي لها دور كبير في إعطاء صورة العمومية للحاجات وما له علاقة باختصاص الدولة، فكلما زاد تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية زاد حجم إنفاقها العام، فبتغيير الفلسفة الاقتصادية للدولة يتغير حجم الإنفاق جراء تغيير هذه الفلسفة، لذلك لا بد من الإشارة إلى حجم الإنفاق في ظل الدولة الحارسة و في ظل الدولة المتدخلة والدولة المنتجة²¹.

ففي ظل الدولة الحارسة والتي تستند إلى أسلوب المالية المحايدة و تنحصر فيها الوظائف الأساسية للدولة في

الأمن، الدفاع، العدالة فحدود الإنفاق العام سوف يقتصر على هذه الوظائف، عليه فدور الدولة يتحدد بالابتعاد عن التدخل في الحياة الاقتصادية والاجتماعية، وينحصر دورها فقط في المحافظة على النظام الطبيعي من أمن ودفاع و عدالة، وهو ما ينعكس على السياسة الميزانية للدولة و خصوصاً في جانب الإنفاق العام، فيتميز الإنفاق العام في ضوء هذه السياسة بقلته وانخفاض حجمه نتيجة لانحصاره على أوجه محددة

أما فيما يتعلق بالدولة المتدخلة فهي تؤمن بضرورة استعمال السياسات الضرورية من أجل الوصول إلى التشغيل الكامل والاستقرار والتوازن الاقتصاديين، ومنه يزداد التخصيص المالي للنفقات العامة، فتنوعت النفقات العامة.

21- عادل أحمد حشيش، "اقتصاديات المالية العامة"، مؤسسة الثقافة الجامعية، 1983، ص184

وأصبحت لا تقتصر على نفقات الدفاع الخارجي والأمن والعدالة، بل تعدت إلى النفقات ذات الطابع الاجتماعي بمختلف أنواعها كالتأمين ضد البطالة والإعانات بمختلف أنواعها، ومن جهة أخرى ظهرت الكثير من النفقات ذات الطابع الاقتصادي نتيجة الأنشطة الاقتصادية التي تقوم الدولة سواء في القطاع الزراعي أو الصناعي أو في جانب الخدمات، كل هذه التغييرات أدت إلى ارتفاع حجم الإنفاق العام.

أما فيما يخص الدولة المنتجة والتي تستند إلى مفهوم الملكية الجماعية لوسائل الإنتاج وهو ما سيزيد من حجم النفقات العامة من أجل تغطية حجم النشاط الاقتصادي المتزايد للدولة المنتجة، ففي هذه الحالة نجد أن الدولة هي التي تقوم بنفسها بمهمة الإنتاج والتوزيع، وهذا ما يستدعي على الدولة امتلاكها لوسائل الإنتاج، وهو ما انعكس على مالية الدولة عموماً وعلى النفقات العامة بشكل خاص لأن في هذه الحالة يزداد حجم النفقات

العامة من أجل استيعاب النشاط المتصاعد والمتزايد للدولة المنتجة 22 .

ومما سبق يتبين لنا أن دور الدولة يعتبر من الأسباب الرئيسية لتحديد حجم الإنفاق العام فهذا الحجم يختلف باختلاف فلسفة الدولة فيكون الإنفاق العام محدد في ظل دور محدود للدولة ويزداد حجمه باتساع دور الدولة.

ثانياً: النشاط الاقتصادي

تعتبر العوامل الاقتصادية من أبرز العوامل المحددة لحجم الإنفاق العام، فمستوى النشاط الاقتصادي يخضع للعديد من التقلبات، وذلك وفقاً لحركة الدورة الاقتصادية والتي تؤثر في رسم حدود النفقات العامة، فنلاحظ أن مستوى النشاط الاقتصادي يظهر لنا الوضعية الاقتصادية السائدة في الدولة، وبالتالي يمكن ملاحظة العلاقة بين حجم الإنفاق العام وحالة النشاط الاقتصادي من خلال إبراز العلاقة بين النفقات العامة والطلب الفعلي، لأن النفقات العامة تكون ذلك الجزء من الطلب الفعلي الكلي الخاص بطلب الدولة، فالنفقات العامة تؤثر بصورة كبيرة في نسبة هذا الطلب، ففي حالة الركود لا بد للدولة أن تقوم برفع مستوى الطلب الفعلي إلى المستوى المطلوب بواسطة زيادة حجم النفقات العامة في الدولة، و عليه فحجم النفقات العامة يتحدد بتلك النسبة.

ثالثاً: العوامل المالية

تعتبر العوامل المالية من أهم العوامل المحددة لحجم الإنفاق العام، فالإيرادات العامة للدولة هي بمثابة قيد لحجم الإنفاق العام، فالنفقات العامة في كل الأحيان تتحدد بعامل رئيسي وهو قدرة الدولة على الحصول على الإيرادات العامة.

22- نوزاد عبد الرحمن الهيتي، منجد عبد اللطيف الخشالي، " المدخل الحديث في المالية العامة"، دار المناهج، عمان، 2005 ، ص4.

وهو ما يطلق عليها بالمقدرة المالية الوطنية، فهي تبين لنا مدى قدرة الدولة في الحصول على الموارد المالية الضرورية لتغطية نفقاتها العامة، فهذه المقدرة هي التي ترسم حدود الإنفاق العام، فهي تبين السيولة المتاحة للدولة والتي على أساسها يتم وضع حجم النفقات العامة، ويؤثر على المقدرة المالية للدولة عاملين رئيسيين وهما 23 :

1- المقدرة التكلفة الوطنية والتي تستند بالأساس على الحصيلة الضريبية

2- المقدرة الافتراضية الوطنية سواء كان الاقتراض من مصادر داخلية أو مصادر خارجية

وبالتالي لا بد للدولة أن تراعي كل الجوانب المؤثرة في المقدرة التكلفة والمقدرة الافتراضية لكي تتحصل على أكبر مقدار من الإيرادات المالية لتغطية نفقاتها، وبالتالي نلاحظ أن العوامل المالية من أهم وأبرز العوامل المحددة لحجم الإنفاق العام

المطلب الثاني: الآثار الاقتصادية للنفقات العامة

تترتب على النفقات العامة عدة آثار اقتصادية في غاية الأهمية، فاستعمال النفقات العامة يكون من أجل تحقيق الأهداف المسطرة من قبل الدولة وبالتالي الوصول إلى الأثر الذي ترمي إليه، فالهدف من دراسة الآثار الاقتصادية للنفقات العامة هو التعرف على النتائج الناجمة عن تغير حجم الإنفاق، وهيكله على المتغيرات الاقتصادية الأخرى، مثل آثار النفقات العامة على الإنتاج الوطني وحجم الاستثمار وحجم التشغيل ومعدلات العمالة.. الخ، ويمكن أن تكون هذه الآثار آثار مباشرة أو غير مباشرة

أولاً: الآثار الاقتصادية المباشرة للنفقات العامة

تؤدي الزيادة في النفقات العامة لآثار اقتصادية مباشرة وأهم هذه الآثار ما يلي

1- أثر النفقات العامة في الإنتاج

تؤثر النفقات العامة في الإنتاج بشكل مباشر لآثارها تؤثر في قدرة الأفراد على العمل أو الرغبة فيه من جهة، والادخار والاستثمار من جهة أخرى، بالإضافة إلى تأثيرها على تحويل عناصر الإنتاج، ويظهر لنا ذلك التأثير من خلال دورها الفعال في زيادة حجم الموارد الاقتصادية، وزيادة درجة تأهيلها وتنظيمها، لآثارها تعتبر من أهم العوامل المحددة للطاقة الإنتاجية لأي مجتمع.

23- نفس المرجع السابق، ص4

فالنفقات العامة تساهم في رفع الطاقة الإنتاجية على حسب اختلاف طبيعة وأوجه الإنفاق العام، و يمكن إبراز هذه الأوجه فيما يلي 24 :

1-1 النفقات الاجتماعية

فهذا النوع من النفقات يعتبر من النفقات التحويلية الاجتماعية والموجهة للخدمات الاجتماعية سواء كانت خدمات التعليم أو خدمات صحية أو خدمات الثقافة، حيث تعمل على زيادة إنتاجية العمل، فالدولة عندما تقوم بالتركيز على الجانب التأهيلي والتدريبى يؤدي ذلك إلى تطوير وزيادة كفاءة وعائد الموارد الاقتصادية وبوجه خاص الموارد الاقتصادية و البشرية، وهو ما يؤثر في المستقبل على نمو وزيادة الإنتاج الوطني.

1-2 النفقات العسكرية

لهذا النوع من النفقات تأثيرات مختلفة الجوانب فيمكن لهذا النوع من النفقات أن تؤدي إلى توزيع المزيد من الدخل، وهو ما يؤدي إلى زيادة الطلب الفعلي على أموال الاستهلاك والاستثمار، و تنشيط الإنتاج خصوصا عندما يكون الاقتصاد يعاني من حالة الكساد، ويمكن لهذه النفقات أن تؤدي إلى زيادة الإنتاج المدني بطريقة غير مباشرة عن طريق مساهمتها في تقديم البحث العلمي والاختراعات التي يمكن أن تستخدم في الإنتاج المدني والسلمي كما يمكن تحويل بعض المصانع العسكرية للإنتاج المدني، ولكن ما تجدر إليه الإشارة أن هذه الآثار تختلف من دولة إلى أخرى وذلك حسب بنياتها الاقتصادية .

1-3 النفقات التحويلية الاقتصادية

يكون تأثير هذا النوع من النفقات الاقتصادية بواسطة توجيه عناصر الإنتاج من قطاع اقتصادي معين إلى قطاع اقتصادي آخر، ويكون الهدف من إعادة توجيهه هو تنمية وتطوير القطاع الذي تم توجيه عناصر الإنتاج إليه ، أو يكون الهدف هو تحقيق التنمية المتوازنة بين مناطق معينة. أما فيما يخص النفقات العامة الرأسمالية تؤدي إلى الزيادة في رأس المال العيني بواسطة إقامة وإنشاء مختلف المشاريع الاقتصادية، فالدولة تقوم بتزويد الاقتصاد الوطني بالخدمات الضرورية للانفتاح مثل الطرق ومد السكك الحديدية... الخ، فهذا النوع من الإنفاق يؤثر على إنتاج بطريقة مباشرة.

24- أنظر - عبد المطلب عبد الحميد، "اقتصاديات المالية العامة"، الدار الجامعية، القاهرة، 2005 ، ص 198 .

- نوزاد عبد الرحمان الهيتي، مرجع سابق، ص ص63- 64 .

- محمد شاكر عصفور، "أصول الموازنة العامة"، دار المسيرة، عمان، 2008، ص3

وبالتالي نلاحظ مدى أهمية هذا النوع من النفقات العامة ومدى تأثيرها على الإنتاج الوطني خصوصا أن القطاعات الاقتصادية الرئيسية لا يمكن لها أن تقوم بنشاطها دون توفير هذه النفقات الحكومية

2- أثر النفقات العامة على الاستهلاك

هناك العديد من الجوانب التي يؤثر فيها الإنفاق على الاستهلاك فهي تسهم في زيادة الطلب على الاستهلاك، فالنفقات العامة التي توجه إلى طلب السلع الاستهلاكية تؤدي إلى ارتفاع الطلب على الاستهلاك، ومن أهم هذه النفقات تلك النفقات الموجهة لتغطية مصاريف المرافق العمومية، فعندما تقوم الدولة بشراء خدمات استهلاكية (الألات، الأجهزة، المكتبة، الأدوية، لوازم التعليم... الخ)، فهي تزيد من الاستهلاك الوطني عن طريق زيادة الطلب على الاستهلاك. ومن جانب آخر تقوم الدولة بتوزيع الدخل، فتقوم بدفع المرتبات والأجور والمكافآت لعمالها وذلك مقابل ما يقومون به من أعمال، أو تقوم بدفع المنح والمعاشات للمتقاعدين، فالجزء الأكبر من دخول هؤلاء الأفراد يوجه للاستهلاك، وهو ما يرفع من مستواه، و عليه نلاحظ أن هناك نفقات عامة تشكل طلبا مباشرا على السلع والخدمات الاستهلاكية وهو ما يؤثر على الاستهلاك الوطني مثل شراء بعض السلع الاستهلاكية أو شراء الخدمات الاستهلاكية (الخدمات الطبية والثقافية والصحية.. الخ)، أو قد تكون نفقات عامة تقدم كدخول للأفراد توجه جزئيا أو كليا للاستهلاك.

3- أثر الإنفاق العام على الادخار الوطني

تؤثر النفقات العامة بشكل كبير على الادخار الوطني، ويتبين لنا ذلك من خلال ما تولده النفقات العامة المنتجة ذات طابع استثماري من زيادة في الدخل الوطني، وهو ما يبين زيادة القدرة الادخارية للأفراد، فزيادة متوسط دخل الفرد سيؤدي إلى زيادة الميل الحدي للادخار، وذلك على حساب الميل الحدي للاستهلاك، بالإضافة أن النفقات العامة الموجهة لدعم أسعار السلع الاستهلاكية تؤدي إلى انخفاض تكاليف شراءها، وهو ما يؤدي إلى زيادة القدرة على الادخار بالنسبة للفرد و-اتممع، فالنفقات العامة المتمثلة في الإعانات العائلية والمعاشات والأجور والمرتبات، والتي تقدم للأفراد مباشرة أو بشكل غير مباشر مثل النفقات التعليمية أو الصحية الخ... تؤدي إلى زيادة دخول الأفراد ومنه يرتفع حجم الادخار جراء ارتفاع الجزء الموجه للادخار²⁵.

25 - خالد شحادة الخطيب، أحمد زهير شامية، "أسس المالية العامة"، ط3، دار وائل للنشر، عمان، 2007، ص9.

4- أثر النفقات العامة على توزيع الدخل

تؤثر النفقات العامة بشكل مباشر على نمط توزيع الدخل الوطني عندما تكون موجهة لزيادة القوة الشرائية أو القدرة الإنتاجية لطبقة معينة سواء كان ذلك بمقابل مثل الزيادة في الرواتب والأجور، أو بدون مقابل مثل زيادة الدعم المقدم لأحد السلع الضرورية أو لقطاع من القطاعات الإنتاجية بواسطة المساعدات، فنلاحظ أن توزيع

الدخل الوطني بين الطبقات المختلفة يتحدد على أساس مساهمة كل طبقة في الإنتاج ، ومن أهم الركائز الأساسية لتوزيع الدخل الوطني في أسلوب الإنتاج الرأسمالي ما يلي²⁶ :

- العمل وإنتاجيته .

- حجم الملكية .

- النفوذ السياسي

فهذه الأسس في التوزيع تؤدي إلى انعدام العدالة ومنه نجد فوارق كبيرة جدا بين طبقات المجتمع .فالدخل الوطني يتعرض لنوعين من التوزيع وهما :

- التوزيع الأولي أو توزيع الدخل بين المنتجين الذين ساهموا في العملية الإنتاجية ويكون على شكل مكافأة لعوامل الإنتاج (أجور، فوائد، أرباح)

- أما النوع الثاني فيتمثل في إعادة توزيع الدخل الوطني، وهو يعبر عن إعادة توزيع الدخل بين المستهلكين

وسوف نبين فيما يلي بشيء من التفصيل تأثير النفقات العامة على توزيع وإعادة توزيع الدخل الوطني .

4-1- تأثير النفقات العامة على توزيع الدخل الوطني

تقوم الدولة في البداية بالتأثير على التوزيع الأولي للدخل، فتحدد سقف الأجور ومعدلات الأرباح والفائدة، ومنه نلاحظ أن الدولة تؤثر في توزيع الدخل بواسطة تدخلها في تحديد الأثمان أو مكافأة عوامل الإنتاج. ويكون ذلك بطريقة مباشرة من خلال تحديد الأجور، تحديد الفائدة، تحديد الإيجارات، وتحديد الأرباح والسماح بتوزيع نسبة منها، أما الطريقة غير المباشرة فتكون من خلال تحديد أسعار السلع والخدمات المنتجة

26-علي كنعان، "اقتصاديات المال والسياسيين المالية والنقدية"، دار المعارف، سوريا، بدون سنة النشر، ص1.

فالإنفاق العام يؤثر على توزيع الدخل الوطني من خلال تأثيره على هيكل توزيع الدخل، فهذا الهيكل يوضح لنا الطريقة التي يتم توزيع الدخل بين الطبقات الاجتماعية المختلفة، كما أشرنا إليه سابقا، ويمكن إظهار أثر النفقات العامة على توزيع الدخل الوطني من خلال تتبع أثر نوع النفقة العامة، فمثلا نلاحظ في النفقات العامة الحقيقية يكون تأثيرها من خلال التوزيع الأولي للدخل الوطني بالتأثير على الأجور والمرتبات وباقي عناصر الإنتاج في الدولة²⁷ .

4-2- تأثير النفقات على إعادة توزيع الدخل

يتم إعادة توزيع الدخل الوطني من خلال تغيير الإنفاق العام كما وهيكلا ، وهناك الكثير من العوامل التي تؤثر في هذا التغيير مثل مصادر الإنفاق وطبيعته والوضعية الاقتصادية السائدة في الدولة، فالزيادة في الإنفاق العام الضروري لدعم سلعة ضرورية تؤدي مبدئيا إلى إعادة التوزيع الوطني لصالح الفئة الأكبر في المجتمع النامي، و في كل هذا يشترط أن تكون هذه الزيادة ممولة من خلال الضرائب التصاعدية، أو من خلال استغلال الموارد المعطلة أو عن طريق الإصدار النقدي، وذلك إن كان الاقتصاد في حالة ركود وتوظيف غير كامل

فالنفقات العامة الحقيقية تؤثر على إعادة توزيع الدخل من خلال الإنفاق على الخدمات الصحية والتعليمية، فقيام الدولة بتوفير هذه الخدمات بأسعار رمزية أو با-ان يؤدي إلى زيادة الدخول الحقيقية للفئات المستفيدة منها أو عندما تقوم الدولة بالإنفاق على الدفاع والأمن الداخلي والقضاء، فيؤثر ذلك على إعادة توزيع الدخل من خلال تأثيرها على المستوى العام للأسعار، فهي تفيد أصحاب الدخول الثابتة، أما إذا أدت إلى ارتفاع المستوى العام للأسعار، فيؤدي ذلك إلى إعادة توزيع الدخل لأصحاب المتغيرة على حساب الدخول الثابتة، وهي الحالة الشائعة الحدوث في مرحلة التحول الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، أما فيما يخص تأثير النفقات التحويلية فنلاحظه من خلال 28 :

- تؤثر النفقات العامة التحويلية الاجتماعية في إعادة توزيع الدخل من خلال التحويلات المباشرة للمستفيدين منها على الشكل النقدي وهو ما يؤدي إلى إعادة توزيع الدخل لصالح الفئات المحدودة الدخل، على حساب أصحاب الدخول المرتفعة .

27- عبد المطلب عبد الحميد، مرجع سابق، ص1

28- محمد سعيد فرهود، "علم المالية العامة" مع دراسة تطبيقية من المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، 1983 ، ص1.

- تؤثر النفقات العامة التحويلية الاقتصادية في إعادة توزيع الدخل في صورة عينية فهي تؤدي إلى رفع دخول بعض الأنشطة الاقتصادية أو بعض الأقاليم في الدولة على حساب أقاليم أخرى

- تؤثر النفقات العامة التحويلية المالية في إعادة توزيع الدخل من خلال إعادة توزيع الدخل لصالح الفئات ذات الدخول المحدودة، على حساب الفئات ذوي الدخول المرتفعة. وتلجأ جل الدول إلى بعض برامج الإنفاق العام عندما ترغب في إعادة توزيع الدخل كالمساعدات الحكومية، وهي عبارة عن وسيلة لمساعدة الطبقات الفقيرة

في الحصول على الغذاء والمسكن والرعاية الصحية، أو تقوم الدولة بإعادة توزيع الجزء الأكبر من الدخل بواسطة نظام التأمين الاجتماعي المتبع في الكثير من دول العالم، أو تقوم بتقديم تعويضات البطالة وإعانات السكن كل هذه الأنواع من النفقات العامة تؤثر في إعادة توزيع الدخل.

5- أثر النفقات العامة على مستوى الاستخدام

تعتبر الحالة الاقتصادية وتقلبات الدورة الاقتصادية من حالة الانتعاش إلى الركود من أهم العوامل المؤثرة على مستوى الاستخدام التام، لذلك يعتبر رفع مستوى الاستخدام من أحد أهم وأبرز أهداف السياسة المالية عموماً، واستخدام الإنفاق العام في ذلك خصوصاً، ومن هنا يظهر لنا دور النفقات العامة كوسيلة فعالة للوصول لمستوى الاستخدام المطلوب، فنلاحظ أن الإنفاق العام من أهم الوسائل المستعملة لمواجهة مشكلة البطالة وحل مشكلة الكساد، فتقوم الدولة في هذه الحالة بزيادة الإنفاق الاستثماري والاستهلاكي من أجل رفع مستوى التشغيل، فنلاحظ أنه منذ أزمة الكساد العظيم وكل الدول تسعى للتقليل من نسب البطالة ورفع مستوى العمالة، ولقد نادى الاقتصادي كينز بضرورة زيادة الإنفاق الحكومي لأنه من أبرز مكونات الإنفاق الكلي والذي من خلاله يمكن التصدي لانخفاض الطلب وزيادة نسب البطالة، فزيادة الإنفاق العام يتم بإحدى الطريقتين :

- اللجوء إلى الموارد العادية بواسطة اقتطاع جزء من الدخل التي تكتنزها الطبقات الغنية وتحويلها في شكل إعانات أو صورة أخرى للطبقات المحرومة، و في هذه الحالة سيرتفع الطلب جراء امتصاص جزء من المدخرات الفائضة عن الحاجة وتحويلها للاستهلاك ويتبعه زيادة الإنتاج وارتفاع مستوى العمالة .

- أما الطريقة الثانية فتعتمد على الرجوع للموارد غير العادية كالاقتراض العام أو الإصدار النقدي، ففي هذه الحالة تخلق الحكومة قوة شرائية جديدة في السوق، وذلك ما ينتج عنه زيادة الطلب وارتفاع مستوى الإنتاج والعمالة تبعاً لذلك.

فمستوى الاستخدام يعتمد على عوامل عديدة أهمها قرارات المنظمين في المشاريع، والتي يتحدد حجم الإنتاج على ضوءها ومنه مستوى الطلب على القوى العاملة²⁹ .

ثانياً: الآثار الاقتصادية غير المباشرة للنفقات العامة

جديداً غير مباشر على نتج الآثار غير المباشرة عن سلوك المستفيدين من الدخل فينجم عن ذلك طلباً السلع الاستهلاكية، حيث يرتبط أثر الإنفاق العام على الاستهلاك بالآثار المترتبة على الإنتاج بسبب تفاعل كل من

الاستهلاك المولد لأثر المضاعف والاستثمار المولد لأثر المعجل. فالمضاعف هو عبارة عن تلك الآثار المكررة التي تنتج عن الزيادة أو النقص في الإنفاق بالنسبة للدخل القومي، فهو عبارة عن معامل عددي يشير إلى الزيادة في الدخل الوطني، والتي تتولد عن الزيادة الأصلية في الإنفاق، وذلك بما تؤديه هذه الزيادة الأخيرة من تأثير على الإنفاق الوطني على الاستهلاك. فعندما نلاحظ آلية عمل المضاعف نلاحظ أن الزيادة الأولية في الإنفاق العام تصحب زيادة أولية في مستوى الناتج، وهو ما يؤدي إلى الزيادة في توزيع الدخل بحيث يكون الميل الحدي للاستهلاك مرتفع، وهو ما يؤدي إلى تحفيز الطلب (استهلاك مولد)، و ما ينجم عنه أيضا امتصاص السلع المعروضة و زيادة استغلال الطاقات الإنتاجية العاطلة في المرحلة الأولى وهو ما يعرف بأثر المضاعف، وتعجيل الإنتاج عن طريق توظيف آلات ومعدات إنتاجية إضافية، وهو ما يعرف بأثر المعجل والذي يتم التعبير عنه بالزيادة في الاستثمار بسبب الزيادة في الإنفاق العام، فالنتيجة بين أثر المضاعف مع أثر المعجل يتولد عنه زيادة مضاعفة في الدخل، وسوف نبين أثر المضاعف وأثر المعجل فيما يلي:

1- أثر المضاعف

لقد استعمل الاقتصادي كينز فكرة المضاعف من أجل تبين أثر الاستثمار المستقل (الذاتي) في الدخل الوطني بواسطة آثار الاستثمار على الزيادة في الاستهلاك المولد في الاقتصاد الوطني، والذي بدوره يؤدي إلى الزيادة في الدخل الوطني أو بمعنى آخر ركز كينز على إظهار أثر الاستثمار المستقل أو التلقائي في الدخل الوطني من خلال ما يؤدي إليه هذا الاستثمار من زيادة الاستهلاك المولد في الاقتصاد الوطني، والذي يؤدي بدوره إلى زيادة الدخل الوطني بأضعاف الزيادة الأولية في الاستثمار المستقل وهو ما يطلق عليه مضاعف الاستثمار.

29- أنظر - نوزاد عبد الرحمان الهيتي، مرجع سابق، ص 65.

- مجدي شهاب، "أصول الاقتصاد العام"، الدار الجامعية الجديدة، الإسكندرية، 2004، ص 244

والذي يعبر عن العلاقة بين الزيادة في الاستثمار المستقل والزيادة في الدخل الوطني. ومنه يمكن القول أن فكرة المضاعف تستند إلى أنه عندما يزداد الإنفاق العام فإن جزء منه يوزع على شكل أجور ومرتبات وأرباح وفوائد، بحيث يقوم الأفراد بتخصيص جزء من هذه الدخول لإنفاقها على احتياجاتها الاستهلاكية المختلفة. أما الجزء الباقي منه فيوجه للادخار، وبالتالي الدخل التي توجه للإنفاق على الاستهلاك تؤدي إلى خلق دخول جديدة لفئات أخرى، وأيضا الجزء الموجه للادخار ينفق جزء منه في الاستثمار، وكل ذلك يؤدي إلى الزيادة

في الدخل بنسب مضاعفة. وما تجدر إليه الإشارة إلى أن هناك الكثير من الانتقادات التي تعرض لها المضاعف، وكلها متعلقة بالفرضيات التي انطلق منها كينز في صياغة تحليلية.

2- أثر المعجل (المسارع)

أثر المعجل أو المسارع هو أثر التغير في الاستهلاك على الاستثمار، أو بمعنى آخر يعبر عن أثر الزيادة في الإنفاق أو نقصه على حجم الاستثمار، فحجم الاستثمار يعتمد على التغيرات في حجم الطلب الكلي، والمعجل يوضح سلوك الاستثمار في المخزون من السلع وتبين نظرية المعجل أن حجم الاستثمار يعتمد على التغيرات من حجم الطلب الكلي في الاقتصاد بالدخل الوطني، بمعنى آخر أن حجم الاستثمار يعتمد على التغيرات في مستوى الدخل ³⁰.

ويعبر عن المعجل بالاستثمار التابع أو المشتق، لأن الزيادة في الاستثمار لا تقتصر على الاستثمار الأولى أو المستقل، ولكن تؤدي الزيادات المتتالية في الطلب على السلع الاستهلاكية لزيادات أخرى في الاستثمار، والذي يعرف بالاستثمار التابع أو المشتق.

30- أنظر - :سوزي عدلي ناشد، مرجع سابق، ص 81.

- أسامة محمد باخشيل، "مقدمة في التحليل الاقتصادي الكلي"، جامعة الملك سعود، النشر العلمي والمطابع، 1999، ص 107.

يفسر المسارع الزيادة في الدخل التي ينجر عليها زيادة الطلب على السلع الاستهلاكية، وهو ما يدفع بالمنتجين إلى زيادة الطلب على السلع الاستثمارية من آلات ومعدات من أجل الزيادة في الإنتاج وزيادة الأرباح، وبزيادة الاستثمار يرتفع الدخل الوطني، وكل هذا يبين لنا تأثير تغير الاستهلاك على الاستثمار

وما تجدر إليه الإشارة إلى أن أثر الإنفاق الأولي لا يقتصر على زيادة الدخل وفقا لمبدأ المضاعف فقط، ولكن يتعداه إلى الزيادة في الاستثمار المشتق وفقا لمبدأ المعجل، وهو ما يبين لنا التفاعل المتبادل بين مبدئي المضاعف والمعجل، وهذا التفاعل يؤدي إلى آثار تفترض توفر جهاز إنتاجي مرن يستجيب للزيادة في الإنفاق بزيادة الإنتاج.

خلاصة الفصل الأول

من خلال تطرقنا للجزء النظري فيما يخص أهم الأسس والمفاهيم المتعلقة بسياسة الإنفاق العام، توصلنا كخلاصة لأهم النتائج التالية :

- النفقات العامة هي أداة مهمة في يد الدولة للقيام بوظائفها على أحسن حال وتحقيق الأهداف التنموية المرغوب فيها، فقد تطور مفهومها بن المذاهب الاقتصادية وخلال مراحل التطور هذه كان الإنفاق العام ينتقل بين الحيادية والتأثير في النشاط الاقتصادي

- تحدث النفقات العامة أثارا مباشرة على المتغيرات الاقتصادية من خلال تأثيرها على الإنتاج القومي والاستهلاك، بالإضافة إلى آثار غير مباشرة من خلال أثر المضاعف والمعجل

- ظاهرة تزايد النفقات العامة تعتبر إحدى السمات المميزة للمالية العامة في الدول المتقدمة والنامية على حد سواء، وان كانت هذه الزيادة تختلف شدة وطأتها من دولة لأخرى، وتعود أسبابها إلى أسباب حقيقية وأخرى ظاهرية.

الفصل الثاني

المنظومة الصحية في الجزائر

- المنظومة الصحية في الجزائر

المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية في الجزائر

قبل التطرق للمنظومة الصحية في الجزائر و تطورها و مختلف العناصر المكونة لها يجب أن نقف أوال على مفهوم المنظومة الصحية

المطلب الأول : تعريف المنظومة الصحية

يتم تعريف المنظومة الصحية بالاعتماد على النظرة التحليلية التي تعتبر المنظومة على أنها نموذج يسمح بتحليل مجموعة عناصر مستقلة ليس لها معنى إلا في مجملها هناك عدة تعاريف للمنظومة الصحية نذكر أهمها:

المنظومة الصحية عبارة عن مجموعة العناصر المتناسقة و المهيكلة بهدف الوقاية الترقية الصحية و توزيع العلاج على جميع أفراد المجتمع يمكن القول أنها منظومة معقدة تسهم في الحماية الإطعام و تحسين الوضع الصحي للأفراد مما يسمح لهم بالعمل التفاعل الاتصال³¹ .

يعرف "NYS. F.J" المنظومة الصحية على أنها "مجموع نشاطات مرتبة فيما بينها لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية و الاجتماعية الأخرى التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين و التي تنش داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلتنا تجانس و استقرار زمني " 32 .

كذلك هي عبارة عن أسلوب عمل و إجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما بتوفير أساليب عمل و طرق و إجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات و المناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة³³ .

وعرفت المنظمة العالمية للصحة على أنها: مجموع الموارد و المنظمات و الأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية و النشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الأساسي حماية و تحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات³⁴ .

" . مما سبق يتضح لنا إن الفهم الجيد للمنظومة الصحية و أهدافها يتطلب منا معرفة مختلف النشاطات التي تحتويها حيث بتحديد هدف كل نشاط م بتنسيق هذه الأهداف نصل إلى الهدف الرئيسي للمنظومة الصحية.

31- Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE-Europe de l'est Maghreb, Bahaeddine, éditions, Constantine, Algérie, 2010, p 73.

32 - J.F. NYS, la santé consommation ou investissement, Edition Economica, Paris, 1981, p 18.

33- صالح محمود نياض، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، منظور شامل، دار الفكر، عمان، 2009، ص 52 .

34- OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant, Genève 2000, p 8.

المطلب الثاني : مكونات المنظومة الصحية

تعتبر الخدمات الصحية مخرجات المنظومة الصحية و الهدف الذي تسعى إليه حيث تقدم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة لتلبية الحاجات الصحية و الحفاظ عليها و تعزيزها و حتى نحصل على هذه المخرجات البد من توفر مجموعة من المدخلات التي تعتبر مكونات المنظومة الصحية بالإضافة إلى الأنشطة التي تساعد على تحويل هذه المدخلات إلى مخرجات في شكل خدمات صحية و فيما يلي مجموع العناصر المكونة للمنظومة الصحية

الموارد البشرية

تتطلب الخدمات الصحية وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كأطباء الممارسين العاميين الخاصين و الاستشاريين في جميع مجالات الطب بالإضافة إلى الهيئة التمريضية و الطبية المساعدة كالصيادلة ومخصي مختبرات الأشعة التخدير و الإنعاش الرقابة الصحية التأهيل و العلاج الطبيعي...إل، كذلك الموارد البشرية الإدارية و المحاسبية و العاملين في مجال الصيانة و الخدمات و يجب أن تتميز هذه الموارد البشرية بمستوى عال من الخبرة و الكفاءة و التعاون لينعكس ذلك على جودة الخدمة الصحية.

الموارد المالية:

تتنوع مصادر التمويل الصحي فالسلطات العمومية تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول كمكافحة الأمراض المعدية مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة و الإشراف على برامج رعاية الأمومة و الطفولة و برامج التطعيم إلا أن زيادة التكاليف و الطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون الزيادة في الإنفاق الحكومي عليها دفع ببعض الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها و مستوى تطورها نذكر أهمها: التمويل عن طريق اشتراكات التأمين الاجتماعي التمويل عن طريق الضرائب التمويل من خلال التأمين الخاص

الأجهزة و المعدات:

تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية حيث أن توفير الأجهزة و المعدات و الآلات المتطورة و المزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة تساعد على تشخيص الأمراض بدقة و علاجها و زيادة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة

المباني و الهياكل المستخدمة:

تشمل العيادات المراكز الطبية المستشفيات الصيدليات المستوصفات و المختبرات على أن تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية و في ظروف بيئية مناسبة كأن تضم غرف المرضى الحمامات الممرات محطات التمريض و مخازن الأدوية و غيرها حيث تتوفر على التهوية إنارة التدفئة النظافة و أماكن الانتظار و الراحة...الخ،

المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية

هم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية و الرعاية الصحية و رغم أنه من الصعب تلبيتها بشكل كامل إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها فبقدر تعدد حاجات المرضى و متطلباتهم تتعدد و تتنوع المستويات الخاصة بالخدمات

البحوث و تراكم المعارف:

تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية و الاختراعات بهدف تحسين العلاج و مكافحة الأمراض كما تساهم في تخفيض التكاليف الصحية من التشخيص المبكر لبعض الأمراض و اعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولةتها مثل: إبر الأنسولين³⁵.

المطلب الثالث : التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ، قطاع الصحة بالجزائر و قد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب أي بمعدل طبيب واحد لكل 100 000 ساكن متركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من المرضى لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة و ليست لديها شهادات و كذا انعدام للطاقم الإداري المسير³⁶.

مرحلة ما قبل الاستقلال:

كانت وضعية الصحة العمومية في الجزائر قبل الاستقلال مزرية جدا حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر و الحرمان و ظروف المعيشية السيئة المخصصة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر ما أدى إلى أوضاع كارثية انتشرت فيها مختلف الأمراض البوائية و المعدية مثل: الملاريا السل الكوليرا التيفويد و الإسهال أما نسبة الوفيات عند الأطفال فكانت من أعلى النسب في العالم حيث لم يتمكن سوى القلة القليلة من المواطنين في الحصول على العلاج العام أو حتى الخاص إذ كان الأطباء و المستشفيات متركزة في المدن أي الكثافة الاستعمارية أما المناطق الريفية ذات الأغلبية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي و الأعشاب الطبية لأنها تفتقر لأدنى المراكز الصحية³⁷.

غداة الاستقلال كان وجوبا على الحكومة الفتية أن تعمل على تغيير هذا الوضع فكان عليها تحديد الأولويات و معرفة التحديات و الرهانات عن طريق وضع سياسة وطنية صحية تهدف من خلالها إلى القضاء على الأمراض و الأوبئة و مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا و كذا بناء الهياكل و تكوين الإطارات الطبية و الشبه الطبية و الإدارية .

و عليه يمكن تقسيم هذه الفترة إلى عدة مراحل أساسية نبين من خلالها مدى حرص الحكومة الجزائرية على تطوير المنظومة الصحية و جعلها تتماشى و احتياجات السكان إلى الرعاية الصحية و هذا من خلال وضع سياسات وطنية بمجموعة من البرامج و الأهداف القصيرة و المتوسطة و الطويلة المدى مع توفير الإمكانيات و الوسائل المتاحة في تلك الفترة.

35- Brahim Brahamia, op , cit , p : 66 .

36- حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف اطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتمسان، أطروحة دكتورا ، جامعة أبو بكر بالقائد، تلمسان، 2009-2010، ص 133.

37- نور الدين حاروش، إدارة المستشفى العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر و التوزيع، الجزائر، 2009، ص 13

المرحلة من سنة 1962 إلى سنة 1965:

ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية صحية لا يرثي لها نتيجة الظروف الاجتماعية و الاقتصادية وسوء التغذية و قلة النظافة و نقص التأطير خاصة في الميدان الطبي بالإضافة إلى نقص التغطية الصحية ما أدى إلى خلق فوارق اجتماعية و جهوية كبيرة بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية و البشرية هناك المعوقات القانونية بحيث أن إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة و مستقلة بذاتها لم يكن إلى في سنة 1965 بعدما كانت مندمجة ضمن وزارات أخرى .

وقبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فق و هو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن و 264 صيدليا أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة ، أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1969 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات و ما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962 إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها و كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات و الهياكل التي خلفها الاستعمار قبل توفير أدنى قس من الخدمات الصحية للسكان و من جانب خر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة و المعدية .

ولهذا يمكن القول أن السياسة الصحية للجزائر بعد الاستقلال ارتكزت على شطرين أساسيين هما:

من جانب العمل على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية و مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال من خلال تعميم العلاج الوقائي كالتلقيح و نظافة المحي و حماية الأمومة و الطفولة و النظافة المدرسية و طلب العمل و من جانب خر بناء الهياكل الصحية و تكوين الإطارات الطبية و الشبه الطبية و الإدارية و الحصول على التجهيزات و توفير التمويل الصحي و الطبي .

المرحلة من سنة 1965 إلى سنة 1979:

تميزت هذه المرحلة بجانبين أساسيين هما محاولة إرساء العلاج الأولي و المجاني من خلال توفير ومضاعفة قاعات العلاج و المراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو كل حي³⁸ .

فتعميم خدمات الوقاية و العلاج الأولي من جانب عن طريق زيادة الهياكل القاعدية يهدف من جهة إلى حماية المجتمع الجزائري الشاب (حوالي ثلاثة أرباع المجتمع أقل من 30 سنة) وكذلك محاولة توفير تغطية صحية عادلة فالمالح هو عدم وجود إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية و الريفية إذ نجد تمركز الموارد البشرية الطبية و الشبه الطبية و الهياكل القاعدية في المدن الكبيرة و غيابها تقريبا في المناطق الريفية و الشبه الريفية هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للمريض .

38- الجريدة الرسمية، العدد 1 ،أخمر رقم 73-65 ،المؤرخ بتاريخ 1973/12/28 ،الصادر بتاريخ 1974/01/01 المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسة الصحية، ص 2.

و من جانب آخر كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي و توحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية و الاقتصادية للأفراد و ذلك بتسخير كافة الوسائل و الإجراءات لحماية الصحة و ترقيتها في البلد و تعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني .

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة و منذ 1975 شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني و هكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية و الاجتماعية و هي كما يلي :

- المشكلات الصحية: كمكافحة الأمراض المتنقلة مثل الملاريا الرمد الأمراض المعدية ... الخ .

- مكافحة الأمراض غير متنقلة: كأمراض القلب الأمراض العقلية... الخ .

- المشكلات المتعلقة بنظافة المحي و الأمن في العمل.

-المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن و تحسين وظيفتها في مجال الهياكل الصحية و تحديد المعايير التي تقود إلى التطور .

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة بـ 60 % من مجموع النفقات و 30 % من طرف الضمان الاجتماعي و الباقية 10 % من طرف السكان أو الأسر بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها و تضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة AMG الطبية المجانية و ما يقدم كإنتقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها و انعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام أن لنا تسميته بنظام بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان و في النهاية تشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني علما بأنها مرتبطة بالمرحلة القادمة التي تناولتها في دراسة خاصة بها.

المرحلة من سنة 1979 إلى 1995 :

تمثل هذه الفترة التاريخية مرحلة تقييم السياسات التنموية بما فيها السياسة الصحية التي عملت الوصاية على تحديد معالمها المستقبلية و الخطو الرئيسية الواجب إتباعها .

و قد عرفت هذه المرحلة بمرحلة إصلاح القطاع الصحي و كانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه و تحقيق و تمويل الاستثمارات الصحية و قد حدث انعطاف مهم في اتجاهات السياسة الصحية إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية قدرا من التقدم في المجال الصحي .

و كانت من أهم الاهتمامات خلال هذه الفترة العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف من خلال وحدات العلاج التي تم إقامتها هناك و اعتمد في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبلي الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع مع ضرورة دعم المؤسسة الصحية³⁹ .

39- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 137.

واصلت دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته و ذلك في مرحلتي الثمانينات و بداية التسعينات وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 و هي المراكز الاستشفائية الجامعية و كذا المنشور الوزاري سنة 1985 و المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء و الإطعام في الوسط الاستشفائي بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية و هيئات الضمان الاجتماعي .

المرحلة من سنة 1996 إلى 2007 :

رغم الإيجابيات التي حققها النظام الصحي المطبق في الجزائر خلال الفترة السابقة إلا أن هناك العديد من التحديات التي كان على القطاع مواجهتها فمثال مجانية العلاج و الارتفاع المفر في النفقات الصحية بالإضافة إلى تدهور جودة الخدمات الصحية... كل هذا شكل عائقا حقيقيا للنظام الصحي بالجزائر وفرض انتهاج سياسة إصلاحية ورؤية إستراتيجية ترفع من فعالية أداء القطاع و كفاءته⁴⁰ .

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 فقد عرفت بعض التحسن و الدليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر و المقدرة بـ 09.10 % من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى و السبب في ذلك عدم وجود سياسة إستراتيجية ناجعة و سوء توزيع الأطباء و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف و النتائج.

المرحلة من سنة 2007 إلى سنة 2018:

تتميز هذه المرحلة بمواصلة إصلاح النظام الصحي بالجزائر إذ تمثل هذه الفترة امتدادا للمرحلة السابقة و يمكن إيجاز بعض أهم معالمها في ما يلي⁴¹ :

-البداية التدريجية في تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات و تطبيقه بصورة نهائية خلال سنة 2009

- صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 و الذي أدى إلى إعادة هيكلة الخارطة

الصحية المعمول بها قبل سنة 2007 و تطبيق الهيكلة الجديدة ابتداء من 01 جانفي 2008 التي تحول و تصنف جميع الهياكل و المؤسسات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية (EPH) و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.(EPSP) .

-وضع برنامج "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" المقدر بتكلفة 2000 مليار دينار جزائري و المخطط للفترة من سنة 2009 إلى سنة 2025 .

40 -Ministère de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale, Algérie, novembre 1981,p

41 -Ministère de la santé et de la population, Ibid, p 3.

من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية و المراكز الاستشفائية الجامعية و في سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص و هي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج و تقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن .

و كانت سنة 2012 سنة للمكتسبات حيث يجمع المتتبعون للقطاع الصحي على تحقيق فقرة متميزة من حيث الكم و النوع بفضل الاهتمام الطبي أولته الدولة غير أن لا تزال هناك اختلالات تعترى مجال الصحة حسب راء المختصين.

و في سنة 2018 تضمن العدد الأخير للجريدة الرسمية القانون الجديد تحت رقم : 11/18 مؤرخ في 18 : شوال عام 1439 الموافق لـ 02 يوليو 2018 المتعلق بالصحة الذي يحتوي على 450 مادة سلطت الضوء على الحق في الصحة كحق من الحقوق الأساسية , بالإضافة إلى تنظيم المنظومة الصحية وعصرنه تسييرها لتكون في مستوى تطلعت المجتمع⁴².

وقد أعطى القانون الجديد أهمية خاصة بالجوانب الوقائية , سيما منها الأمراض غير المتنقلة التي شهدت ارتفاعا كبيرا خالل السنوات الأخيرة , نظرا للتغيرات التي طرأت على سلوكيات الفردية والنم المعيشي للمجتمع , بالإضافة إلى إعطاء كفاية خاصة لصحة ألم و الطفل و الأشخاص المسنين و المراهقين و المعوقين و المدنيين مع ترقية الصحة الغذائية و النشا الرياضي

ومن بين المستجدات الأخرى التي جاد بها القانون إنشاء خارطة صحية تتماشى وخصوصية كل منطقة قصد التحكم في الأمراض المنتشرة ورصد الأموال اللازمة لمكافحتها مع إجراء تحقيقات جهوية ووطنية تساعد أصحاب القرار

وقد حاف القانون الجديد علي الخدمة المدنية حيث إشارة قي المادة 196 منه إلي أن الدولة تضمن الوسائل المادية وتضع التدابير التحفيزية الضرورية لممارسة النشاط الخاضع للخدمة المدنية , لا سيما بولايات الجنوب والهضاب العليا⁴³ .

كما أولي النص القانوني الجديد الأهمية اللازمة للقطاع الصيدلاني الذي عرف تطورا ملحوظا بعد خوض القطاع الخاص الاستثمار في إنتاج الأدوية محليا حيث خصص أزيد من 50 مادة لتسيير وصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية و المخابر البيولوجية .

وفيما يتعلق بالأخلاقيات و الأدبيات الطبية , فقد وضع القانون تنظيما جديدا لنزع وزرع الأعضاء و الأنسجة و الخلايا البشرية وذلك من خلال إنشاء وكالة وطنية لزراع الأعضاء تكلف بهذه المهمة , كما قنن الأحكام الخاصة بالمساعدة الطبية علي الإنجاب ومنع منعا باتا التداول لغاية البحث العلمي والتبرع والبيع وكل الأشكال الأخرى.

42- الجريدة الرسمية رقم 11/18 المؤرصة في : 18 شوا عام 1439 الموافق لـ 02 يوليو 2018 ،ص

43 -الجريدة الرسمية

كما جاء القانون رقم 18-111 المؤرخ في 02 جويلية 2018 و الذي أدى إلى إعادة هيكلة خارطة الصحية المعمول بها سنة 2007 والرجوع إلى الخريطة الصحية القديمة(القطاع الصحي) وذلك من خلال المادة 298 والتي تم من خلاله إلغاء المؤسسات الجوارية و المؤسسات الاستشفائية وأصبحت تتمثل مختلف المؤسسة لعمومية للصحة كما يلي: المركز استشفائي الجامعي (CHU) و المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للصحة (EHS) (و المقاطعة الصحية) (SS) و مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة, وفي حين انتظار صدور تنظيمات ومراسيم تفصيلية تحدد كفاءات إنشاء هذه المؤسسات ومهامها وتنظيمها و تسييرها وكذا معايير تصنيفها ,وجاءت المادة 297 منه والتي عرفت المؤسسة علي أنها مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص وذات طابع صحي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي في حين كانت في السابق تعرف علي انها ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية, كما نجد المادة 301 من القانون 11/18 والتي يتم من خلالها تحويل المؤسسة نشاطاتها الممونة للحصة على أساس عقود الناجعة ,ونجد أن المشرع الجزائري وحسب المادة 302 قد أخضع المؤسسة العمومية للصحة في مجال تسيير المالي و المحاسبي لما يلي: المحاسبة العمومية بالنسبة لنفقات المستخدمين اما النفقات الأخرى ستسند من محاسبة المؤسسة إلى عون محاسبة يعينه الوزير المكلف .

و على العموم و رغم مختلف التطورات و الإنجازات الإيجابية التي حققها النظام الصحي في الجزائري منذ الاستقلال إلى تاريخنا هذا إلا أن هناك العديد من الصعوبات حالت دون تجسيد النظام لمجموعة من أهدافه التي يبقى السبيل الأساسي لبلوغها هو تغيير التصرفات التسييرية في القطاع حسب رأينا فالمشكل في الجزائر ليس مشكل موارد مالية أو إمكانات أو حتى كفاءات تقنية بشرية بقدر ما هو مشكل تنظيمي و تسييري.

المبحث الثاني: تنظيم النظام الصحي بالجزائر و هيكله

بعد عرض التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري من خلال المراحل التي مر بها سوف نتناول تنظيم العام ومختلف هيكله .

المطلب الأول : تنظيم المنظومة الصحية

تشمل المنظومة الصحية الجزائرية ثلاثة مستويات أساسية هي: 44

1- المستوى المركزي:

تشمل الوزارة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم و منسقة عن طريق الأمين العام إضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية و أخرى قطاعية تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة و السكان حيث تقوم هذه اللجان بالفحص كما أنها تلعب في الغالب دور مهم في تنمية و متابعة و تقييم البرامج الوطنية للصحة و في المقابل توجد عشر هيئات تحت وصاية الوزارة و مسيرة من طرف مجالس الإدارة .

44- أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 178.

2- المستوى الجهوي:

من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج و احتياجات السكان وضمان مبدأ المساواة و العدالة في مجال الاستفادة من العلاج أسست الجهوية الصحية سنة 1995 و يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص مكلفة بتدعيم التشاور بني المتدخلين و المجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية اتخاذ القرار و على الخصوص تخصيص الموارد و على المستوى القانوني و الوظيفي يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية .

توجد خمس مناطق صحية منطقة الوسط تضم 11 ولاية ومنطقة الشرق تضم 14 ولاية أما منطقة الغرب فهي تضم 11 ولاية و منطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين: منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07 ولايات و منطقة الجنوب الغربي تضم 05 ولايات .

و الجدير بالإشارة إلى المستوى الجهوي يبقى افتراضي حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة و تبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.

3- المستوى الولائي :

بما أن الجزائر تنقسم إداريا إلى 48 ولاية فكل منها مديرية للصحة و السكان طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية و تشغيل مديرية الصحة و السكان و الوارد بالجريدة الرسمية رقم 47 تتمثل مهامها في جمع و تحليل المعلومات الصحية ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي و تقييمها فمديرية الصحة و السكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت و الهياكل الصحية كما تمارس وصايتها و مراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية صيدليات مخابر التحليل و الأشعة عيادات خاصة) إلى جانب المنشآت الصحية العمومية المتمثلة في:

- المنشآت الصحية المتخصصة (EHS.)

-القطاعات الصحية (SS.)

-المراكز الاستشفائية (CHU)

المطلب الثاني : الهياكل و المؤسسات بالمنظومة الصحية

تقوم الوزارة الوصية بالإشراف و تسيير القطاع الصحي في الجزائر الذي يتكون من مكونين هما القطاع الصحي العام و القطاع الصحي الخاص (يخضع للمراقبة و شروط الممارسة التي تفرضها الوزارة الوصية) مع الإشارة إلى هيمنة القطاع العام على الخدمات الصحية في الجزائر.

المؤسسات الصحية العمومية

تقسم الخريطة الصحية المعاد هيكلته من خلال المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهياكل و المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر إلى ما يلي :

المركز الاستشفائي الجامعي (CHU)

هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة ووزير التعليم العالي و البحث العلمي يصدر مرسوم تنفيذي يرخّص بإنشاء مركز استشفائي جامعي تتمثل مهامه الأساسية في تغطية الاحتياجات الصحية و التكوينية بالإضافة إلى ميدان البحث العلمي و الأعمال الدراسية 45 .

المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)

هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي توضع تحت وصاية والي الولاية تتميز بنكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره و بالإضافة إلى ذلك فهي تقوم بـ : 46
تنفيذ نشاطات الوقاية التشخيص و العلاج إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء تطبيق البرامج الوطنية الجهوية و المحلية للصحة المشاركة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة و تحسين مستوياتهم .

المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)

هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي تخضع لوصاية والي الولاية تتكون من هياكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي تعمل على تغطية سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات و تتمثل مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان من خلال 47: ضمان تنظيم و برمجة و توزيع العلاج التشخيص و إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء تطبيق البرامج الوطنية الصحية ضمان حفظ الصحة و النظافة مكافحة الأضرار و الألفات الاجتماعية تجديد معارف مستخدمي الصحة و العمل على تحسين مستوياتهم .

المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)

قانونيا لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات عالج و تتمثل مهامها في 48: تشخيص و العلاج الجوارية الفحوصات الخاصة بالطب العام الفحوصات مهامها في الخاصة بالطب المتخصص القاعدي الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية و التخطي العائلي تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان.

45- أنشأ المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب القانون رقم 74-100 الصادر بتاريخ 13/06/1973 .

46- تم تغيير تقسيم القطاعا الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى اولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 الذي أسس لتشكيل المستشفى الاستشفائية المتخصصة EHS .

47- تم تغيير تقسيم القطاعا الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى اولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 ،و الذي أسس لتشكيل المؤسسة العمومية الاستشفائية EPH وحدد مهام هذ المؤسسة في المادة 04 من هذا المرسوم .

48- تم تغيير تقسيم القطاعا الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى اولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 ،و الذي أسس لتشكيل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP.

العيادة متعددة الخدمات (Polyclinique)

وتتمثل المهام الأساسية لها في 49: تقديم مختلف الخدمات الصحية و الاستعجالية و الفحوصات العامة المتخصصة الإشراف الفني و الإداري على المراكز الصحية البلدية تقوم بالوساطة بين المركز الصحي (Santé de Centre) والمستشفى مع الإشارة أنه منذ سنة 2007 تم إلغاء المراكز الصحية و تحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات .

المؤسسات الصحية الخاصة :

في السابق كان نشأ القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية مقتصرًا على عيادات الفحص و التشخيص تم إضافة هياكل جديدة هي العيادات الاستشفائية ذات الأنشطة الطبية و الجراحية بما في ذلك أمراض النساء و التوليد و عيادات الفحص الطبي و العلاج و عيادات جراحة الأسنان و الصيدليات بالإضافة إلى مخابر التحليل الطبية و مخابر النظارات و الأجهزة الاصطناعية الطبية .

وقد اشترط المشرع الجزائري في إطار ممارسة الخواص لنشاطات مرتبطة بتقديم الخدمات الصحية على أن تستغل هذه العيادات عن طريق طبيب/ مجموعة أطباء من ذوي الاختصاص أو عن طريق جمعيات و تعاضديات ال تهدف إلى الربح .

و الجدير بالذكر هو أنه رغم وجود ما يمنع ذلك إلا أن الجزائر لا تحتوي على مستشفيات ضخمة خاصة في شكل المراكز الاستشفائية الجامعية فرغم أن القانون الجزائري يرخص لأي مستثمر له المؤهل القدرة و الرغبة في القيام بمثل هذا التوظيف المالي 50 .

المبحث الثالث : دوافع وأهداف التغيير في المنظومة الصحية الجزائرية

تتميز المنظومة العمومية للصحة ببعض الاختلالات الشيء الذي أدى إلى إعادة التفكير في تنظيمها و سيتم إبراز خلفيات التغيير في المنظومة العمومية للصحة من خلال التعرض إلى العناصر الآتية 51:

المطلب الأول : دوافع وأسباب التغيير

من بين أهم دوافع التغيير في المنظومة العمومية للصحة نذكر :

- تكريس القطاع الصحي أهم موارده لصالح المستشفى أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية و العلاجات القاعدية و الذي نجم عنه سلبيات تتمثل فيما يلي:

49- بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، تم إلغاء المراكز الصحية Santé de Centre لتحو إلى قاعا متعددة الخدمات Polyclinique أو إلى قطاعا عالج. Soins de Salle

50 - Le système de santé en Algérie, défis nationaux et enjeux partagés, les notes IPMED, études et analyses, Tirage N°13, Avril 2012, p 43 .

51- عدمان مريزق، عدمان محمد، "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية"، ملتقى دولي الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة البلدية، الجزائر، 2010، ص ص 11-13.

- اتجاه المواطن بالدرجة الأولى للمستشفى العام الذي وجد نفسه يؤمن خدمات العيادة الخدمات.

- تركّز الطلب على العلاجات أكثر خصوصية مثل (الأورام جراحة القلب و الأوعية طب العيون) في بعض المستشفيات .

- اكتظاظ المستشفيات الجامعية و المتخصصة .

- اللجوء إلى العلاج في الخارج بالرغم من أنه عرض تناقصا خلال السنوات الأخيرة.

● اختلال في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن حيث أن الجزائر العاصمة تستحوذ على نسبة 55% من المؤسسات العمومية للصحة و الشرق على نسبة 22% و الغرب على نسبة 20% في حين منطقتي الجنوب الشرقي و الغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي 2% و 1% على التوالي .

إن الاختلال لم يقتصر فقط على التمييز في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بل شمل أيضا عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية حيث أن معظمها متمركزة في الشمال و بالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55% تاركة المناطق الأخرى منكوبة خاصة الجنوبية منها.

المطلب الثاني : أهداف التغيير

يتمثل الهدف الرئيسي في تقريب الخدمات الصحية من المواطن و لتحقيق هذا الهدف تم اتخاذ الإجراءات التالية :

- تحقيق العلاجات المتخصصة والدقيقة يكون بقرار من الطبيب المسؤول عن الهيكل الاستشفائي.

- تحقيق أفضل تغطية للهيكل الاستشفائي في المناطق الداخلية و الجنوبية للوطن.

- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المتخصصة و ذات المستوى العالي.

- تأطير الأطباء للطب العام و المتخصص.

- تقريب الهياكل خارج الاستشفائية التي تهتم بالوقاية و العلاج القاعدي من المواطن.

- إحالة المريض من الهياكل خارج الاستشفائية إلى المستشفى يكون بقرار من الطبيب العام أو من الطبيب المختص.

أثر المرسوم التنفيذي الصادر بـ ماي 2007 بلغ عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية 192 مؤسسة و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بـ 271 مؤسسة.

و تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية *santé de publique Etablissement proximité* من عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغييرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة.

قاعدة العلاج: تتمثل قاعدة العلاج الوحدة الطبية الاقرب من المواطن باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية أو الأولية .

و لتسهيل المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية يجب تكثيف شبكة قاعات العلاج بحيث يتم تجهيز على الأقل قاعة عالج واحدة في كل حي في الوسط الحضري و كذلك في الأحياء القروية و الريفية يمكن توضيح المهام التي تقوم بها قاعة العلاج في النقاط أدناه:

- تأمين فحوصات الطب العام و ذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام و ممرض.

- ضمان تواجد قاعدة للعلاجات العامة كتغيير الضمادات الحقن.

- ضمان وظائف الوقاية الآتية.

و يهدف ضمان المناوبة المستمرة للطبيب و المساعد تم تحسيس البلديات بضرورة توفير إقامتين سكنيتين لكل واحد منهما .

عيادة متخصصة الخدمات:

تمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية و هي مرتبطة إداريا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية و يمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها . باعتبارها العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الاستشفائية يجب عليها تنظيم و ضمان الوظائف الموالية :

- وظائف الطب العام.

- وظائف طب الأسنان.

- الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية و تشمل:

- الجراحة العامة.

-التوليد

- طب الأطفال.

مهما كان مصدر التغيير التنظيمي المقرر فعلى المؤسسة أن تنمي قدراتها للاستجابة للتغيرات الخارجية و الداخلية و بهدف تغيير تنظيم المؤسسات الصحية في إطار التحسين يجب إيجاد وسائل لتوحيد أصحاب المصلحة حول مشروع التغيير و قيادتهم و حشدهم بصورة كبيرة و مستمرة من أجل إدامة التغيير في سياق التحسين المستمر.

خلاصة الفصل:

تحتل عملية تقويم الأداء اهتماما كبيرا لدى القائمين على إدارة المنظمات الصحية لما لها من تأثير على النتائج النهائية لأعمالها كما تحتاج هذه المنظمات إلى مؤشرات معينة لقياس وتقويم مستوى الأداء المتحقق بهدف معرف مستوى التقدم الحاصل في أعمالها ويشتر في هذه المؤشرات أن تكون واضحة ودقيقة .

كما سعت الجزائر لتحسين مستوى خدماتها الصحية من خلال انتهاج سياسات إصلاح كثيرة غير أن الخلل في السياسة الصحية بالجزائر يكمن في التسيير حيث أغلب النفقات توجه للتجهيزات على حساب التكوين وتأهيل الموارد البشرية ما انعكس سلبا على مستوى الرعاية الصحية في الجزائر.

الفصل التطبيقي

دراسة الإنفاق العام في مجال

القطاع الصحي بالجزائر

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى تحليل تطور نفقات القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2000-2014) الدولة في تدعيم القطاع الصحي من خلال سياسة الإنفاق العام، وذلك في ظل الموارد الضخمة التي أنفقتها في هذا الأخير بالتركيز على برامج الفترة (2001-2014)، وذلك لما لها دور في تحقيق التنمية البشرية بصفة خاصة والتنمية الاقتصادية، بتحليل تطور نسب الإنفاق المخصصة لهذا القطاع والوقوف على مدى تحقيق الأهداف المرجوة.

وتوصلنا من خلال هذه الدراسة ملاحظة تزايد النفقات الصحية من سنة إلى أخرى ومن برنامج تنموي إلى آخر، مما يبين نية الدولة لتحقيق وتحسين الوضع الصحي ومستوى الرعاية الصحية، وكذا عدم توافق ما خصص من إنفاق وما حقق من أهداف، حيث أن الجزائر تحتل المراتب الأخيرة من حيث المستوى والنظام الصحي مقارنة بالدول التي لها نفس الخصائص.

الكلمات المفتاح: نفقات عامة، رعاية صحية، تنمية بشرية، نظام صحي.

Abstract: This study aims to analyze the evolution of spending of the health sector in Algeria during the period (2014-2000). This was done by making a diagnosis of the state's efforts to strengthen the health sector through public expenditure policy, in the light of the colossal resources devoted to this sector within the framework of the programs Of the period (2001 to 2014). The results show that health spending increases year by year and from one development program to another, reflecting the state's intention to improve health status and level of care. Nevertheless, the results achieved are insufficient in relation to the allocated expenditure and Algeria still occupies the last positions in terms of level and health system compared with countries that have the same characteristics.

Keywords: Public Spending, Health, Human Development, Health System

تمهيد:

يتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية) وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإلزامية). إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة، وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي. وهنا يرى البعض انه كلما زاد حجم الإنفاق العام، كانت الخدمات المقدمة أفضل وأحسن. وهذا القول غير صحيح على الإطلاق إذ أن تخصيص اعتمادات أكبر في الميزانية لا يعنى بالضرورة تقديم خدمات أفضل فالعبرة هنا بالسياسة الاتفاقية بالمجتمع.

وعلى الجانب الآخر فان توزيع هذا الإنفاق يعكس خلا كبيرا حيث تستحوذ الأجور على الجانب الأكبر من هذه المصروفات، ونظرا لأن الغالبية من الأطباء تقع ضمن الشرائح الدنيا من المرتبات فقد كان من الطبيعي أن ينعكس ذلك بالسلب على أداء الأعمال المطلوبة منهم، وأدى إلى هبوط مستويات الأداء الحكومي في قطاع الصحة فضلا عما سبق فالشيء الملاحظ الاستثمارات العامة في قطاع الصحة قد هبطت من % 14 من إجمالي الإنفاق العام على الصحة عام 2010 - 2011 الى % 11 عام 2013 - 2014 وذلك على الرغم من وجود العديد من المشروعات الاستثمارية المهمة في هذا المجال سواء مستشفيات عامة أو مركزية أو قروية بالإضافة

إلى المشروعات الخدمية المكتملة مثل المعاهد الفنية ومدارس التمريض والحجر الصحي، وقد أدى التناقص السنوي لهذه الاعتمادات إلى تردد المقاولين والشركات عن الدخول في مناقصة وزارة الصحة أو زيادة الأسعار زيادة كبيرة تضمن له تعويض التأخر في السداد من جانب الحكومة. وكلها أمور توضح بما لا يدع مجالاً للشك أن الإنفاق العام على الصحة ضعيف للغاية، ولا يتناسب بأي حال من الأحوال مع الاحتياجات المجتمعية، ويتطلب المزيد خاصة إذا ما أخذنا بالحسبان الوضع الصحي الراهن وحالة التي آلت إليها المستشفيات الجزائرية.

وعلى الرغم من كل ما سبق ومن الغريب أن البعض يطالب بخفض الإنفاق العام على الصحة بحجة أن القطاع الخاص لديه القدرة على ذلك، وهنا تكمن الخطورة إذ تشير الدراسات إلى أن أي خفض في معدل الإنفاق العام المخصص لقطاع الصحة سوف يؤثر سلباً على أداء هذا القطاع. ونظراً لأن معظم الإنفاق العام لوزارة الصحة بدون الأجور يخصص للخدمات العلاجية، حيث أنه يصعب تخفيض هذا النوع، فإن الإنفاق على الخدمات الطبية الوقائية هو الذي سيتأثر بأي سياسات مستقبلية، الأمر الذي يزيد من خطورة الوضع نظراً لانتشار العديد من الأمراض المتوطنة بالبلاد، هذا فضلاً عن أنه ونظراً لصعوبة خفض الإنفاق على بند الأجور في موازنة وزارة الصحة والذي يحتاج إلى الزيادة لا إلى النقصان، فإن معظم الخفض سوف ينصب على المستلزمات السلعية، وعلى وجه الخصوص الأدوية. من هنا يجب العمل على زيادة الإنفاق على الصحة وليس العكس وذلك لمعالجة المشكلات العديدة التي يعاني منها المجتمع، وهو ما يتطلب وضع الأسس الضرورية لإصلاح الإنفاق العام وجعله يصب في صالح الأهداف الرئيسية التي تقرر من أجلها وهذا من خلال تبني مجموعة من الأساليب التي تساعد على ترشيح هذا النوع من الإنفاق.

إذن إصلاح الرعاية الصحية مسألة شائكة، فالوصول على الرعاية الصحية التي يمكن تحمل تكلفتها يكتسب أهمية قصوى ولكن تغطية تكلفتها يمكن أن يسبب ضغطاً هائلاً على الميزانيات الحكومية ولحسن الحظ فهناك عدد من خيارات الإصلاح أمام الدول التي تواجه هذه الضغوط، أو تلك التي تسعى إلى تجنبها في المستقبل. وتبين التجربة في الاقتصاديات المتقدمة أن توليفة من ضوابط الميزانية الأكثر إحكاماً مع إصلاحات معززة لفعالية أنظمة الرعاية الصحية يمكن أن تساعد في الحفاظ على فرص الحصول على الرعاية الصحية عالية الجودة في حين تبقى على الإنفاق العام تحت السيطرة ويكتسي تحسين كفاءة الإنفاق العام الصحي في الاقتصاديات الصاعدة أهمية أيضاً، ولكن بعضها يستطيع تحمل المزيد من الإنفاق العام، وينبغي أن تضمن كل البلدان توفير فرص متكافئة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وأن تنفق بشكل أكثر كفاءة على الصحة العامة⁵². وعلى هذا الأساس الإشكالية المطروحة تتمحور حول التساؤل التالي:

* ما معنى أن نستثمر كل هذه الأموال، وتحدد كل هذه الخطوات والميزانيات ثم لا تكون النتائج وفق الأهداف المسطرة؟ .

* هل نجحنا في استثمار رأس المال المادي وأخفقنا في استثمار رأس المال البشري ؟ .

52- بينيديكت كليمنتس، وديفيد كودي، معالجة الموارد الرعاية الصحية، مجلة التمويل والتنمية، الصادرة عن صندوق الدولي، المجلد 48، العدد الأول، مارس 2011، ص42.

المطلب الأول: تقييم الإنفاق الصحي نسبة إلى الموازنة العامة .

أضحى من المسلم به استنادا إلى العديد من الدراسات والتقارير أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول، وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، وعليه اعتبرت هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة وقد أشار برنامج العمل التاسع 1996 - 2001 لمنظمة الصحة العالمية، أن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة، وقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة، كما أكد كل من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة⁵³.

يعتبر النظام الوطني من أكبر المستهلكين من حيث حجم الميزانية المخصصة للقطاع الصحي إلا أنه وبمقابل ذلك أصبحت الموارد المالية المخصصة لهذا الأخير ثابتة خلال السنوات الأخيرة ويضاف إلى ذلك انخفاض نسبة الناتج الداخلي الخام الموجهة للصحة العمومية. ومن جهة أخرى فمن يوم لآخر تتضاعف حاجة القطاع للموارد توافقا مع المتغيرات الصحية والبشرية، مما يستوجب تحميل أعباء أكبر فأكثر على شخص المريض باعتباره المستفيد من خدمة المصالح العمومية إلى درجة أنه أصبح مجبرا على تحمل أعباء تشخيصات في مجالات معينة تضمن فقط من طرف القطاع الخاص.

وتبقى الإمكانيات المالية التي يحظى بها قطاع الصحة وإلى غاية يومنا هذا محدودة خاصة وان الحجم الأكبر من هذه النفقات ممولة من قبل الدولة وبالتالي هيمنت هذه القضية على السياسة الصحية الوطنية ومؤشراتها وهذا طبعا في ظل تراجع دور القطاع الخاص. وعلى هذا الأساس سنحاول من خلال هذا المبحث معرفة اتجاهات الإنفاق الصحي في الجزائر وكيفية تخصيصه.

أ. الإنفاق على التسيير.

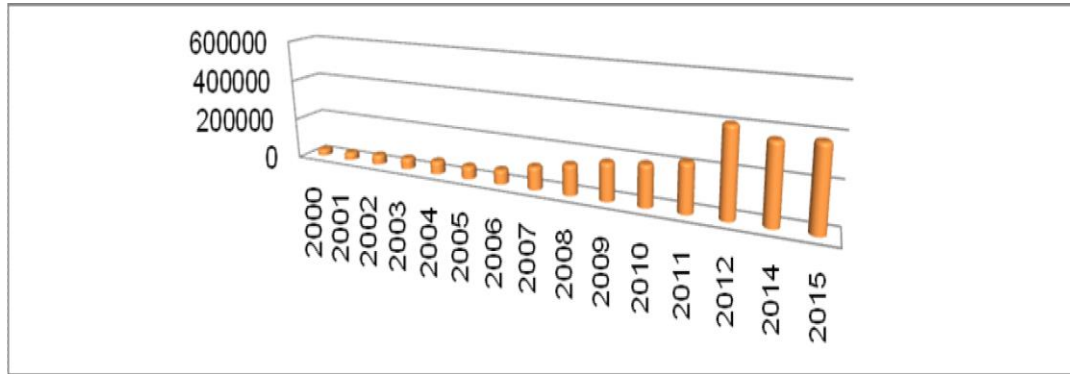
لقد أصبح الاهتمام بالإنفاق الصحي من الأولويات التي يسعى المهتمين والمشرفين على هذا القطاع إلى معرفتها وتحليلها بهدف التحكم فيها، وذلك باعتبار أن التحكم في الإنفاق يكون بهدف الحصول على أكبر قدر من المردود من خلال التوزيع الجيد للوسائل المادية والبشرية. أما بالنسبة للجزائر فإذا كانت النسبة المخصصة للمنظومة الصحية لا تظهر وبصفة حقيقة حجم الإنفاق المعتمد، أو بطريقة أخرى طريقة توزيع الإعتمادات على القطاع، خاصة فيما يتعلق بجانب التسيير، وذلك باعتبار أن الهيئات العمومية الأكثر استهلاكاً من حيث المخصصات المالية المقدمة للنفقات الوطنية للصحة، وقد نجد هذا من خلال الإعتمادات الجد ثقيلة والتي زادت من شدة الأعباء الملقاة على ميزانية الدولة⁵⁴ والتي تطورت بشكل لافت حسب ما يبرزه الشكل الموالي:

53- محمد عثمان عبد الملك ، الصحة و التنمية و الفقر ، مناقشة وتعقيب عبر جريدة .

soudanes journal of public health , octobre 2007 .

54- زميت خوجة ، تحليل تكليف الصحة في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 593 .

الشكل 1 : تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة (مليون دج) .



المصدر : مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة وإصلاح المستشفيات 2000 إلى غاية 2015

توضح البيانات الواردة في الجدول مدى التطور الملحوظ في نفقات تسيير القطاع الصحي، فبعدما كانت قيمة الاعتمادات لا تتعدى 1.3 مليار لسنة 1990 أصبحت خلال العشرية الأخيرة تتعدى 33.9 مليار دج سنة 2000 أي بمعدل نمو يتعدى % 26، وقد استمرت هذه الزيادة في الإنفاق على القطاع من سنة لأخرى لتتعدى 381 مليار دج سنة 2015 ، ويجدر الإشارة أن أكبر زيادة شهدها القطاع كانت سنة 2012 بنسبة ارتفاع تفوق % 77 باستثناء الانخفاض الذي كان في سنة 2005 ، بحيث .انخفضت نفقات تسيير القطاع بنسبة % 2.05 .

تحليل الإنفاق الصحي حسب المصالح

على القسم (les secteurs sanitaires) إن تحليل حقل الإنفاق الصحي حسب المصالح يبين مدى استحواد القطاعات الصحية الأكبر من الاعتمادات وذلك طيلة الفترة الممتدة من (2000 إلى 2010) بنسبة تتعدى % 60 ، وذلك من أجل تلبية احتياجات الهياكل القاعدية لهذا القطاع بمختلف أنواعها واختصاصاتها .في حين أن المصالح المركزية فقد كانت تستحوذ على نسبة لا تتعدى % 40، أما المصالح اللامركزية فقد خصص لها نسبة ضئيلة جدا لا تتعدى % 10 لكن ابتداء من سنة 2010 فقد تم إعادة النظر في نفقات التسيير وذلك من خلال زيادة حجم الاعتمادات المالية المخصصة للمصالح المركزية لتقارب % 54 سنة 2015 وعلى هذا الأساس فالإشكال المطروح يتعلق :

بالأسباب والدوافع التي أدت إلى تزايد حجم الإنفاق الصحي على المصالح المركزية وبنسبة كبيرة خلال فترة ممتدة 2000- 2015 .

إن الإجابة على هذه الإشكالية تستدعي منا الاستعانة بالجدول التالي :

الجدول 1 : تطور النفقات الصحية حسب المصالح خلال فترة 2000-2015 . الوحدة : مليون دج

السنة	المصالح المركزية	المصالح اللامركزية	القطاعات الصحية
2000	33297.46	603.278	53584.558
2001	37707.49	617.299	58994.000
2002	48386.371	730.736	71986.201
2003	54680.020	750545	819221.00
2004	62979.386	791.066	89274.811
2005	61579.212	881.742	78699.442
2006	940.117	940.117	103385.220
2007	105.129	1134.453	142904.466
2008	122307.224	11171.276	164711.470
2009	176807.624	1515.205	212464
2010	195011.83	1515.205	187809.51
2011	225476.50	2383.035	218562.093
2012	402070.416	2874.93	391.340
2013	382860.66	2575.31	349568.23

307796.476	2275.69	363650.911	2014
318898.086	1262.149	379589.913	2015

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة و إصلاح المستشفيات خلال الفترة 2000- 2015

-**المصالح المركزية:** لقد شهدت المصالح المركزية زيادة معتبرة في حجم الإعتمادات المالية المخصصة لها بما يقارب 345292.5 مليون دج طيلة الفترة الممتدة من 2000-2015 وقد كانت أكبر زيادة في حجم هذه الإعتمادات سنة 2012 بنسبة تتعدى %78.

إن سبب زيادة هذه النفقات مرده إلى العوامل التالية:

1- زيادة نفقات المستخدمين: إن الارتفاع في نفقات المستخدمين يفسر بما يلي:

- التكفل بالترقية العادية للمستخدمين (المرسمين والمناوبين) .

- ارتفاع نسبة الاشتراكات الاجتماعية في الضمان الاجتماعي التي انتقلت من % 24 سنة 1999 إلى % 25 سنة 2000 .

- رفع بعض المنح المتعلقة بقطاع الصحة كمنحة المردودية.

- تطبيق النظام التعويضي لموظفين الذين ينتمون إلى الأسلاك المشتركة بنسبة % 50 ، الناتج عن تطبيق المراسيم التنفيذية والقانون الأساسي وتتمثل في:

• الأطباء الممارسون العاملون، أطباء الأسنان والصيدالة.

• المفتشون الممارسون .

• الأسلاك الشبه طبية .

• الممارسون الأخصائيون .

• رفع مستوى الأجر الوطني الأدنى وذلك بصدور المرسوم الرئاسي رقم 467/03 المؤرخ في 2003/12/02 .

• التوظيف حسب المناصب الشاغرة، فمثلا سنة 2011 تم فتح 145 منصب مالي منها :

* 15 منصب مالي لفائدة المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية .

* 52منصب لفائدة أساتذة التعليم والتكوين الشبه طبي .

* 50 منصب مالي لفائدة الوكالة الوطنية للدم (12وكالة جهوية للدم) .

* 08 مناصب للأعوان المتعاقدين .

* 20 منصب مالي لفائدة المعهد الوطني للصحة العمومية وذلك لوضع حيز الخدمة خمسة (05) مراكز للمعاينة الجهوية للصحة (ORS) المتواجدة في: وهران، الجزائر، قسنطينة، بشار، ورقلة.

2- زيادة نفقات الأدوات وتسيير المصالح: هذه النفقات مخصصة للتكفل بمصاريف المهمات بالخارج لإطارات هذا القطاع بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 466/ 02 المؤرخ في 24 ديسمبر 2002 والمتعلق بالمكافآت المعوضة للمصاريف المترتبة عن المهمات المؤقتة بالخارج. كما يضم هذا البند النفقات المخصصة للأبواب التالية:

- لوازم المكتبة والأدوات المختلفة .

- نفقات تسيير المصالح .

- الألبسة .

- حظيرة السيارات .

3- زيادة حجم النفقات المخصصة لأشغال الصيانة: هذه النفقات موجهة للصيانة العادية للمباني ذات الاستعمال الإداري.

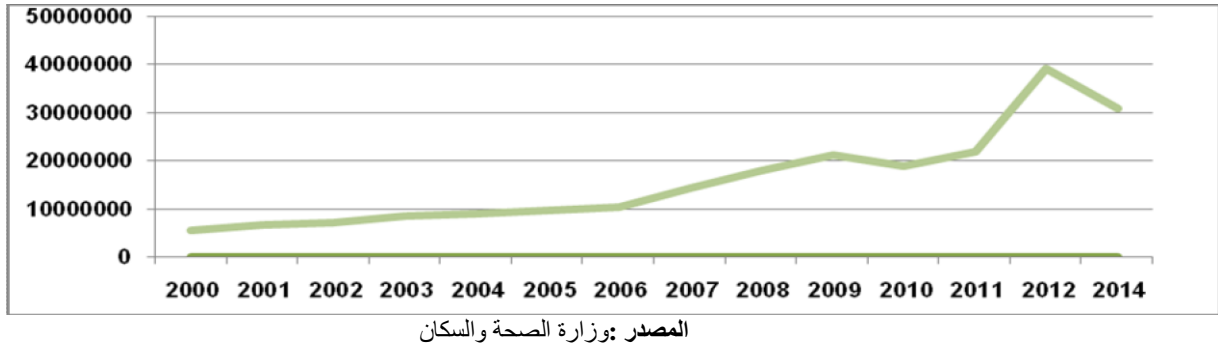
4- النشاط التربوي والثقافي: زيادة حجم النفقات يمكن تفسيرها أيضا بزيادة الإعتمادات المخصصة للتكفل بمصاريف التكوين المتواصل للمستخدمين الطبيين، الشبه طبيين والإداريين.

5- النشاط الاجتماعي: في هذا الفصل تدرج النفقات التالية:

- المساهمة في الخدمات الاجتماعية .

- الدعم المباشر لمداخل الفئات الاجتماعية المحرومة .
 - مساهمة الدولة في تكاليف تسيير مؤسسات الصحة .
 - تقديم إعانات للمستشفى المركزي للجيش بالنسبة لنفقات العلاج والإقامة المقدمة للفئات المعوزة الغير مؤمنة اجتماعيا.
 - 6- النشاط الاقتصادي:** هذه الزيادة موجهة بصفة حصرية للصيدلية المركزية للمستشفيات للتكفل ببرامج مكافحة السرطان والأمراض النادرة الخاصة بالطفولة.
 - 7- النشاط الدولي:** هذه النفقات تمثل قسط الجزائر في تمويل التكاليف المقتسمة لبرنامج تعاون الجزائر لبرنامج التحكم في النمو الديمغرافي.
 - 8- نفقات أخرى:** يحتوي هذا الباب على النفقات التالية:
 - تشجيعات للخدمات الخاصة بحماية الصحة.
 - المساهمة في تمويل نشاطات الهلال الأحمر الجزائري .
 - مساهمة للجمعيات ذات المنفعة العمومية .
 - المؤتمرات والملتقيات التي تعني بمواضيع تخص الأسرة والطفل .
 - النفقات القضائية ونفقات الخبرة .
 - المصالح اللامركزية:** إن زيادة الإنفاق الصحي يرجع أيضا إلى زيادة حجم الإنفاق على المصالح اللامركزية كونها تستحوذ على نسبة تتراوح بين % 10 الى % 54 من نفقات تسيير القطاع وذلك من أجل تغطية النفقات التالية:
 - 1/ نفقات الموظفين:** وهي تشمل ما يلي: الأجور، الرواتب، التعويضات، التكاليف الاجتماعية والجبائية. إن الارتفاع المسجل على مستوى هذه النفقات يفسر:
 - ترقية المستخدمين .
 - التوظيف حسب المناصب الشاغرة .
 - 2/ الأدوات وتسيير المصالح:** هذا الفصل يجمع النفقات التالية:
 - اقتناء وتسديد اللوازم المكتبية .
 - شراء اللوازم المختلفة .
 - التكاليف الملحقة (ماء، هاتف، كهرباء، غاز... إلخ) .
 - 3/ صيانة المباني:** تخص هذه النفقات المبالغ الموجهة لأجل الصيانة العادية للمباني ذات الاستعمال الإداري بما فيها المساحات الخضراء.
 - 4/ النشاط الاجتماعي:** في هذا الفصل تندرج لا سيما النفقات التالية:
 - المساهمة في الخدمات الاجتماعية.
 - الدعم المباشر لمداخل الفئات الاجتماعية المحرومة.
 - 5/ نفقات أخرى:** يخص هذا الباب النفقات القضائية ونفقات الخبرة.
 - **تحليل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الإعتمادات**
- تعتبر المؤسسات الصحية النواة الأساسية في الهياكل الصحية القاعدية وأوسعها شمولاً وانتشاراً لمختلف الاختصاصات العلاجية والوقائية في الخريطة الصحية للبلاد فلا عجب أن توجه الاهتمامات والمجهودات إلى هذه الهياكل وهو ما يبرر بما يوجه للمؤسسات الاستشفائية، والهياكل الصحية من أرصدة مالية تتعدى نسبتها %45 من ميزانية تسيير القطاع ، أما الباقي فهو يوزع على الهياكل الأخرى المتواجدة في ميدان الصحة العمومية.

الشكل (02) : أهم الإعانات الممنوحة للمؤسسات الصحية والقطاعات الصحية الوحدة: ألف دج



إن الزيادة في حجم النفقات المخصصة للقطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية بقيمة تتعدى 262313 مليون دج) خلال الفترة 2000 -2015 كان نتيجة لزيادة حجم المساهمات التالية :
-مساهمة الدولة .

-المساهمة جزائية لصندوق الضمان الاجتماعي .

- تسديد الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي بالنسبة للخدمات المسيرة عن طريق :المعاهدات إيرادات أخرى ورصيد السنوات السابقة.

إن تحليل حفل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الاعتمادات المخصصة لتسيير الهياكل الصحية (المؤسسات الاستشفائية والقطاعات الصحية) بين التنامي وتزايد المستمر في نفقات تسيير القطاع طيلة الفترة محل الدراسة يظهر ملاحظة هامة والأساسية مفسرة لهذا التطور والتنامي المستمر وهو وجود مركز إنفاق هام يستحوذ على غالبية الإمكانيات المالية الموجهة للوحدات الصحية القاعدية في شكل رواتب ومنح تنفق على المستخدمين وذلك بنسبة تتعدى % 74 من الميزانية العامة للسير وهو رقم في تنامي مستمر ، كما يظهره الجدول الموالي :

الجدول : (02) تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعة الإعتمادات الوحدة :مليون دج

السنة	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
نفقات الموظفين	317170	147518	118350	115068	94243	79138	60.020	56000	54000	47000	46534	36652	37185
نفقات التكوين	18714	8628	8550	8000	5300	3207	2560	3257	2177	1772	1613	1390	1327
نفقات التغذية	7875	7500	7104	6530	5605	3770	3200	1813	1828	1354	1203	1055	1024
الأدوية	5400	52768	49268	44498	39487	30487	18100	18500	16500	14400	11015	9415	8015
الوقاية	8800	8600	8200	8000	5190	3712	3400	2730	2608	2234	1561	1361	1161
الأدوات والمعدات	11500	11000	10500	10000	9000	8050	5000	4070	3780	3300	2592	2329	1883
صيانة المباني الصحية	9800	9372	8925	8900	7000	5000	3600	3000	2730	2300	1491	1419	1161
التسيير الإداري	15000	14662	13750	12824	10090	7790	5768	6040	4501	3736	2693	2589	2326
خدمات اجتماعية	2700	2564	2356	1808	1720	1700	1689	1226	1037	864	769	744	707
البحث الطبي	50	50	50	50	50	50	45	45	40	40	20	20	20

المصدر :مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال فترة ممتدة 2000 - 2012

أولا .**نفقات الموظفين** :شهدت النفقات المالية المخصصة للمستخدمين بالمؤسسات الاستشفائية وكذا القطاعات الصحية، زيادة معتبرة تعدت قيمتها 270 مليار دج، وان هذه الزيادة تفسر أساسا :
-الأثر المالي الناجم عن تطبيق النظام التعويضي لموظفي السلك الطبي والشبه طبي وحتى الإداري بنسبة %74من هذه النفقات.

- التمديدات الخاصة بالتوظيفات التي أجريت خلال كل سنة سابقة بنسبة % 08 من هذه النفقات.
- ترقية المستخدمين.

- زيادة معدلات التوظيف بأكثر من 44354 منصب مالي جديد وذلك من أجل تغطية النقائص على مستوى المؤسسات الصحية التي تم استحداثها والتي تعدت 1200 مؤسسة صحية، وهذه المناصب المالية هي موزعة كما يلي:

- السلك الطبي: 8897 منصب مالي .

- السلك الشبه طبي : 4696 منصب مالي .

- السلك الإداري: 2500 منصب مالي .

ثانيا. نفقات التكوين: لقد شهدت نفقات التكوين هي الأخرى زيادة معتبرة خلال الفترة الممتدة (2000-2012) بقيمة 17387 مليون دج، هذه الزيادة تفسر بالتكفل بالاحتياجات الحقيقية المعبر عنها من طرف القطاع والموجهة للتكفل بالأثر المالي الناجم عن مصاريف التكوين الطبي والشبه طبي لفائدة مستخدمي المؤسسات الصحية (تكوين 1342 طبيب مختص سنة 2008) .

ثالثا. نفقات التغذية: إن الزيادة في نفقات التغذية بأكثر من 6850 مليون دج يمكن تفسيرها بارتفاع قيمة اليوم الواحد للتغذية من 65 دج لليوم الواحد سنة 2000 إلى 300 دج سنة 2012 ، وقد تم حساب هذه القيمة على اعتبار أن نسبة امتلاء الأسرة والذي يقدر ب % 75 من مجمل 82639 سرير. وكذا تفسر بالتكفل بتغذية المستخدمين المكلفين بالمناوبة والمتبرعين بالدم. إضافة إلى تغذية المرضى ومرافقيهم للذين يتم التكفل بهم من خلال نفقات التغذية عبر الهياكل الجديدة.

- **رابعا. نفقات الأدوية:** لقد عرفت النفقات المخصصة للأدوية هي الأخرى زيادة معتبرة خلال العشرية الأخيرة (2000-2012) بقيمة 45985 مليون دج .

إن هذه الزيادة يمكن تفسيرها كما يلي:

* % 45 من الإعتمادات المالية المخصصة للأدوية موجهة من أجل:

- التسديد الجزئي لمستحقات الصيدلة المركزية للمستشفيات والتي تعدت قيمتها 1.406 مليون دج سنة 2005 .

- تدعيم حصة الأدوية على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية وكذا المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

* % 20 من الإعتمادات المالية هي موجهة للتكفل بالحالات التالية:

- **عمليات زرع الكلى:** والتي انتقل عددها من 40 حالة تم التكفل بها سنة 2009 إلى 144 حالة سنة 2012 .

- **عمليات زراعة القرنية:** والتي تقلص عددها من 100 حالة سنة 2009 إلى 200 حالة سنة 2011 ثم إلى 10 حالات سنة 2012 .

- **زرع الكبد:** 20 حالة فقط تم التكفل بها سنة 2009 .

- **زرع مادة موال:** 50 حالة تم التكفل بها لأول مرة سنة 2009 .

* % 35 من باقي الإعتمادات المالية المخصصة للأدوية هي موجهة للتكفل بالأمراض التالية:

- **أمراض اليتيمة:** 3000 حالة تم التكفل بها سنة 2009 مقابل 500 حالة فقط سنة 2012 .

- **أمراض الصم:** 100 حالة إضافية سنة 2011 مقابل 80 حالة سنة 2009 .

- **الأورام السرطانية:** 3000 حالة تم التكفل بها سنة 2012 .

- **الكبد الفيروسي:** 120 حالة سنة 2012 .

من جهة أخرى فقد تكفل القطاع لأول مرة ببعض الأمراض الجديدة (2009) كالكسوليز (100 عملية)،

الكولون (03 عمليات) . جراحة قلب الاطفال (300 حالة) ، الامراض الوراثية للاطفال (PCU) 160

عملية سنة 2009 .

خامسا. نفقات الوقاية: لقد شهدت نفقات الوقاية هي الأخرى زيادة معتبرة تراوحت قيمتها 200 مليون دج أي بنسبة (2.50 %) سنة 2010 إلى 2.8 مليار دج أي بنسبة % 55 كحد أقصى لسنة 2009 .

إن هذه الزيادة المقدر ب 7639 مليون دج خلال الفترة الممتدة 2000 إلى 2012 موجهة أساسا لأجل التكفل

بالاحتياجات الحقيقية والمعبر عنها من طرف القطاع والتي تتمثل في اقتناء الحقن والتطعيمات ومواد أخرى ولوازم ضرورية لمتابعة البرنامج الموسع للتطعيم، وكذا العمليات الخاصة بالوقاية لا سيما وضع حيز التنفيذ البرنامج الوطني للوقاية من آفة سونوز وأمراض السيدا وآفة السل، أيضا فإن باقي الاعتمادات المقترحة توزع كما يلي:

- التكفل بالبرنامج الوطني لتلقيح الأطفال ضد الحمى القلاعية والأمراض الرئوية.

- التكفل بالحصص الأولية للمواد والحقن الموجهة لتجسيد برنامج الوقاية على مستوى المؤسسات الصحية الجديدة .

سادسا. الأدوات والمعدات: إن هذه الزيادة المقدرة ب 8639 مليون دج موجهة أساسا للتكفل بالاحتياجات الحقيقية المعبر عنها من قبل القطاع، وتخصص لاقتناء الأدوات والمعدات الطبية الضرورية لتسيير المؤسسات الموجودة حاليا، وكذا المؤسسات

الصحية المنتظر استلامها (التي تعدت 1200 مؤسسة صحية) . وقد كانت أكبر زيادة شهدتها هذه النفقات سنة 2003 بقيمة زيادة قاربت 770 مليون دج أي بنسبة (30%) .

سابعا. صيانة المنشآت الصحية: من أجل التكفل بالصيانة العادية للهياكل الصحية وكذا أشغال التهيئة للمنشآت الصحية فقد تم تخصيص مبالغ معتبرة تعدت قيمتها 809 مليون دج أي بنسبة تعدت % 54 لتتخفف النسبة إلى حدود % 5 أي بقيمة لا تتجاوز 500 مليون دج للموسمين لسنتي 2011 - 2012 .

ثامنا. نفقات للتسيير الإداري: إن ضمان السير الحسن للمرافق والمنشآت الصحية استلزم تخصيص مبالغ إضافية قدرت ب 12674 مليون دج موزعة حسب النسب التالية:

- تخصيص نسبة % 21 من أجل اقتناء وصيانة الأدوات وشراء لوازم مختلفة .

- تخصيص نسبة % 32 للهياكل الجديدة .

- تخصيص نسبة % 47 للتكاليف الملحقة (الماء، الهاتف، الكهرباء...الخ).

وعلى هذا الأساس فقد عرفت النفقات الموجهة لهذا الجانب زيادة معتبرة تراوحت قيمتها ما بين 1.04 مليار دج أي بنسبة زيادة % 38.78 كأقصى حد لسنة 2003 لتتخفف إلى غاية % 6.36 أي بقيمة لا تتعدى 912 مليون لسنة 2011 .

تاسعا. نفقات الخدمات الاجتماعي: إن تطور شبكة الأجور والتعويضات الخاصة بموظفي الصحة يستلزم تخصيص مبالغ هامة التي شهدت انخفاضا محسوسا من 548 مليون دج لسنة 2010 إلى غاية 208 مليون دج لسنة 2011 أي بنسبة انخفاض تتعدى 21%.

عاشرا. البحث الطبي: إن تشجيع عمليات البحث العلمي في المجال الطبي يستدعي تخصيص مبالغ معتبرة، لكن حقيقة الأمر أن هذا المجال لم يرقى إلى المستوى المطلوب لكون أنا لمبالغ المخصصة لهذا الجانب قد شهدت زيادة محتشمة لا تتعدى 30 مليون دج في ظرف 12 سنة.

- تقييم الإنفاق على التجهيز والاستثمار

لقد عرفت عملية الاستثمار بالقطاع الصحي تطورا كبيرا خلال العشرية الأخيرة، وهذا بفضل زيادة حصة القطاع من خلال ما يخصص له من مبالغ معتبرة تسمح بإقامة هياكل صحية قاعدية تتماشى وحجم الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

الفرع الأول: الأهداف المحددة حسب البرامج الفرعية

تتمثل الأهداف المحددة من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات فيما يلي:

- توسيع عرض العلاج المقدم من طرف كامل الشبكة الصحية بما فيها القطاع الخاص .

- تحسين الخدمات الاجتماعية من حيث العلاج .

- إنهاء البرامج طور الإنجاز .

- توسيع الأعمال الوقائية .

- الحفاظ على هياكل التكوين الشبه طبي في حالة الاشتغال من خلال تهيئة بعض المؤسسات .

- إصلاح المنظومة الصحية عن طريق إعادة تأهيل البنية التحتية والتدرج في العلاج وإقامة النواحي الصحية .
- تشجيع وتطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات الصحية والمنتجات الصيدلانية.
- تطوير الأشكال البديلة لتمويل النفقات الصحية .
- مواصلة البرامج المعتمدة في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي المتضمن للتكنولوجيا الجديدة للإعلام والاتصال في مجال (NTIC) الطب عن بعد 55.

المطلب الثاني : تقييم الإنفاق الصحي حسب البرامج الفرعية لنفقات التجهيز.

إن تحقيق الأهداف المحددة على مستوى البرامج الفرعية لنفقات التجهيز يتطلب توفير الموارد المالية الضرورية للقطاع، وعلى هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة من اعتمادات مالية معتبرة بقيمة 110500 مليون دج خلال سنة 2015 ، أي بزيادة تتعدى 99500 مليون دج وذلك باعتبار أن نفقات التجهيز لم تكن تتعدى 11000 مليون دج خلال سنة 2001 .

من خلال حجم الإعتمادات المالية المخصصة للقطاع، فالملاحظة الأساسية التي يمكن إدراجها في هذا النطاق هو أن نفقات القطاع الصحي تشمل صنفين أساسيين: نفقات موجهة إلى المصالح المركزية (بنسبة % 37 من حجم النفقات) ونفقات موجهة إلى المصالح اللامركزية بنسب % 63 من حجم نفقات التجهيز. سواء كانت النفقات موجهة إلى المصالح المركزية أو غير مركزية فهي تشمل ثلاثة قطاعات فرعية أساسية: **أولاً: نفقات الصحة**: تشمل هذه النفقات مجموع المبالغ المالية الموجهة أساساً بالهيكل الصحية القاعدية مختلفة تشمل:

- مؤسسات استشفائية جامعية، مؤسسات استشفائية متخصصة .
 - المراكز الصحية (المراكز الصحية الخاصة بالأُم والطفل، المراكز الصحية لتصفية الدم، المراكز الصحية لإعادة تأهيل الأعضاء، المراكز الصحية لمكافحة الأمراض... إلخ).
 - إنجاز عيادات طبية متعددة الخدمات .
 - إنجاز مصالغ مختلفة على مستوى المؤسسات الاستشفائية .
- وعلى هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة من مبالغ مالية معتبرة تعدت قيمتها 26795 مليون دج سنة 2015 من أجل إنجاز هيكل صحية متعددة والتي من شأنها تلبية الطلب المتزايد على العلاج، وذلك باعتبار أن القطاع قد تعزز بأكثر من 127 منشأة صحية سنة 2015 منها: 17 مستشفى، 78 عيادة متعددة الخدمات، 22 مركز صحي... إلخ.

كما تشمل نفقات التجهيز المخصصة لهذا القسم الفرعي النفقات التي يتم استغلالها من أجل اقتناء التجهيزات الطبية الضرورية لسير الهياكل الصحية. وعلى هذا الأساس فقد تعزز القطاع بأكثر من 20220 مليون دج 2005-2015 .

ثانياً: نفقات الهياكل الإدارية: تشمل النفقات المخصصة لهذا الفرع مجموع المبالغ المالية الموجهة لإنشاء هيكل صحية إدارية تضمن السير الحسن لمختلف المصالح، ولقد عرفت هذه النفقات هي الأخرى زيادة معتبرة من 40 مليون دج سنة 2005 إلى أكثر من 1530 مليون سنة 2015 ، وهو ما يفسر اهتمام الحكومة وسعيها المتواصل إلى تحسين البنية التحتية الإدارية للتكفل أكثر بانشغالات عمال القطاع وكذا المرضى.

55- مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من 2000-2015 .

ثالثا.نفقات التكوين: تعبر نفقات التكوين عن مجموع المبالغ المالية الموجهة أساسا لإنشاء معاهد شبه طبية لتكوين عمال سلك الشبه طبي، كما تشمل مجموع النفقات الموجهة إلى المدرسة الوطنية للصحة العمومية. وعلى هذا الأساس ومن أجل ضمان تكوين لائق لعمال القطاع فقد تم تخصيص أكثر من 4600 مليون دج خلال الفترة الممتدة من 2006-2015 . وللتوضيح أكثر يمكن الاستعانة بالجدول الموالي:

2015	2012	2011	2006	2005	2004	2003	2002	
3911	1500	1700	440	305	183	62	25	التكوين
2118	1500	240	44	40	18	50	10	المنشآت الإدارية
63658	33040	136000	41225	14926	8258	1128	11800	الصحة

المصدر: مشروع ميزانية الدولة 2000 - 2015 .

لكن على الرغم من حجم المبالغ الضخمة التي رصدتها الحكومة لإنجاز هياكل صحية قاعدية بأكثر من 63773 مليون دج، إلا أن الشيء الملاحظ هو أن هذه الهياكل مازالت بعيدة جدا على المعايير المقترحة والمبرمجة، وعلى هذا الأساس ينبغي التوجه أكثر نحو الاستثمار بالهياكل الصحية الخفيفة (العيادات والمراكز الصحية) لكونها أكثر اتصالا وقربا بالمواطن وأقل كلفة في الإنجاز، وهذه الهياكل الخفيفة هي الراعية للبرامج المسطرة من طرف وزارة الصحة والخاصة بالوقاية، التلقيح، حماية الأمومة والطفولة... إلخ. فالتركيز على مثل هذه الهياكل من شأنه أن يخفف العبء على الهياكل القاعدية الثقيلة (120 و 240 سرير) لتكون الأكثر فعالية.

أما بالنسبة لسياسة تجهيز الهياكل الصحية فهي لا تختلف في شيء عن إنجاز الهياكل نفسها، فالانطلاقة الحقيقية لهذه العملية بدأت مع بداية الثمانينات أين سطرت برامج واسعة للتجهيز الطبي ودفع مشتريات التجهيز بالوسائل الطبية المختلفة، حيث انتقلت من 50 مليون دج عام 1979 إلى 600 مليون دج عام 1981 .

أما خلال العشرية الأخيرة فقد بلغ حجم النفقات المخصصة لاقتناء مختلف التجهيزات الطبية والجماعية ب 2076 مليون سنة 2015 مقابل 1900 مليون دج سنة 2005 وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن هياكلنا الصحية تعرف الآن رواجاً في كسب هذه الأجهزة التي تسمح بتغطية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية. ولكن ونظراً لغياب المختصين في استعمال هذه الوسائل فهناك العديد من الأجهزة هي حتى اليوم دون استغلال بل تأكلت واهتلكت بالتقادم دون استغلالها وهي مكلفة بالنسبة لاقتصاد الوطن ككل.

كما أن الظاهرة التي أصبحت مقلقة للمشرفين على هذا القطاع وهي ظاهرة تعطل هذه الأجهزة على الرغم من حداثةها ويرجع البعض أسباب هذه المتعطلات إلى:

- غياب سياسة واضحة لصيانة وحماية العتاد الطبي والتكوين على استعمال وصيانة مثل هذه الأجهزة .
- غياب إمكانيات استيراد قطع الغيار لدى الهياكل القاعدية أو الوحدات الصحية .
- انقسام واضح بين الممول والوحدات المستعملة لهذه الأجهزة .
- التبعية التكنولوجية وغياب عقود مع المنتجين لصيانة وتكوين مهندسين في العتاد الصحي .

المطلب الثالث: أبعاد تطبيق البرامج التنموية على القطاع الصحي بالجزائر

عرفت الجزائر منذ الاستقلال مخططات كثيرة على طريق التنمية تمثلت في برامج ومخططات عملاقة أنفقت فيها الدولة إمكانيات ومبالغ ضخمة، كان آخرها برنامج الإنعاش الاقتصادي سنة 2011 إلى غاية سنة 2014 الذي خصصت له الدولة 432 مليار دولار، والذي كانت تصبو من خلاله إلى تدارك التأخر في التنمية في كل مجالاتها وقطاعاتها والوصول إلى معدلات مرتفعة في النمو.

ونحن اليوم قد تجاوزنا نهاية هذه البرامج نجد أنفسنا أمام تساؤل يفرض نفسه والذي يتعلق :
بمدى توافق الأهداف المسطرة مع النتائج المحققة بالقطاع الصحي، وما مدى فعالية ونجاح هذه السياسة أو إخفاقها؟

على ضوء ما سبق سنحاول من خلال هذا العنصر تسليط القوى على التوجهات التنموية للقطاع الصحي في ظل هذه البرامج الاستثمارية تحليلا وتقييما وفق رؤية عميقة.

أولاً. برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي PSRE 2001-2004 : الذي خصص له غلاف مالي أولي بمبلغ 525 مليار دج (حوالي 07 ملايين دولار أمريكي) قبل أن يصبح غلافه المالي النهائي مقدرا بحوالي 1.216 مليار دج (أي ما يعادل 16 مليار دولار) بعد إضافة مشاريع جديدة له وإجراء تقييمات لمعظم المشاريع المبرمجة سابقاً⁵⁶.

أ. أهداف برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي : وفقاً للوثيقة الرسمية التي أصدرتها الحكومة المتعلقة بمضمون برنامج الإنعاش الاقتصادي فإن أهداف هذا البرنامج حددت فيما يلي⁵⁷.

- تهيئة وإنجاز هياكل قاعدية تسمح بإعادة بعض النشاطات الاقتصادية وتغطية الاحتياجات الضرورية للسكان فيما يخص تنمية الموارد البشرية.

- تنشيط الطلب الكلي .

- دعم النشاطات المنتجة للقيمة المضافة ومناصب الشغل عن طريق رفع مستوى الاستغلال في القطاع الفلاحي وفي المؤسسات المنتجة المحلية الصغيرة والمتوسطة.

- اختتام العمليات التي هي في طور الإنجاز⁵⁸.

إن هذه الأهداف تدخل ضمن الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الفقر والبطالة وعدم التوازن الجهوي خاصة من حيث الخدمات العمومية (على غرار القطاع الصحي) من خلال تقوية التجهيزات والهياكل الاجتماعية للبلديات الأكثر فقراً وعزلة والذي يؤدي إلى رد الاعتبار لمفهوم الخدمة العمومية.

ب. القطاعات المستفيدة من البرنامج : إن برنامج الإنعاش الاقتصادي الذي خصص له 525 مليار دج وجه أساساً للعمليات والمشاريع الخاصة بدعم المؤسسات والنشاطات الإنتاجية الفلاحية، تقوية الخدمات العمومية في مجالات كبرى كالري والنقل، الهياكل القاعدية، تحسين الإطار المعيشي للسكان دعم التنمية المحلية وتنمية الموارد البشرية تزامنت هذه العمليات مع سلسلة من الإجراءات الخاصة بالإصلاحات المؤسساتية ودعم المؤسسات الإنتاجية الوطنية، حيث بلغ عدد المشاريع التي أدرجت ضمن هذا البرنامج ب 16023 مشروع موزعة كما في الجدول الموالي⁵⁹ :

56- محمد مسعي، سياسة الإنعاش الاقتصادي وأثرها على النمو، مجلة الباحث، عدد 10 سنة 2012، جامعة ورقلة، الجزائر، ص47

57- بوفليح نبيل، آثار برنامج التنمية الاقتصادية على الموازنة العامة في الدول النامية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، فرع نقود و مالية، جامعة سلف، الجزائر 2004 - 2005، ص 104 .

58- زنوح بسمينة، إشكالية التنمية المستدامة بالجزائر، مذكرة ماجستير، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2005 - 2006 .

59- بريس عبد القادر، معزوز لقمان، أبعاد تطبيق البرامج التنموية على الاقتصاد الجزائري (فرص و تحديات) ، مداخلة في إطار الملتقى الدولي الرابع، حول رؤية مستقبلية للاقتصاد الجزائري في ضوء خمسين سنة من التنمية، جامعة بشار، 04-05 مارس 2014، ص 91.11 المجلس الاقتصادي والاجتماعي، تقرير حول الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للجزائر خلال السداسي الأول من سنة 2001، ص81

عدد المشاريع	القطاع
6312	الري ، الفلاحة و الصيد البحري
4316	السكن و العمران ، الأشغال العمومية
1369	تربية و التكوين ، التعليم و البحث العلمي
1296	هياكل قاعدية متباينة و ثقافية
982	أشغال المنفعة العمومية و هياكل إدارية
623	اتصالات و صناعة
653	صحة ، بيئة و نقل
223	الحماية الاجتماعية
200	الطاقة ، دراسات ميدانية

المصدر: بوفليج نبيل، آثار برنامج التنمية الاقتصادية على الموازنة العامة في الدول النامية، مرجع سابق، ص04 .

ج.مخصصات القطاع الصحي في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي 2004-2001 : ان الهدف الاساسي من تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي هو إعطاء دفع جديد للاقتصاد الوطني، ومن جهة أخرى فهو يعبر وبوضوح عن رغبة الدولة في انتهاج سياسة توسعية التي من شأنها تنشيط الطلب الكلي عبر تحفيز الاستثمارات العمومية الكبرى، وهذا راجع إلى التجربة المريرة التي مرت بها الجزائر خلال فترة التعديل الهيكلي. وعلى هذا الأساس استفاد قطاع الصحة كغيره من القطاعات بحصة وافرة من مخططات هذا البرنامج ب 14.7 مليار دج، أي بنسبة % 16.28 من الحصة الإجمالية الموجهة لتنمية الموارد البشرية (البالغ قيمتها 90.3 مليار دج) ⁶⁰ . ومن ثم فقد ساهم التطبيق الفعلي لهذا البرنامج من تعزيز القطاع الصحي بعدد معتبر من المشاريع بما يقارب 545 مشروع من أصل 16063 مشروع موزعة على أربعة سنوات أي بمعدل 136 مشروع خلال كل سنة.

ثانيا. البرنامج التكميلي لدعم النمو PCSC 2009-2005 : قدرت الاعتمادات المالية الأولية المخصصة له بمبلغ 8.705 مليار دينار (114 مليار دولار) بما في ذلك المخصصات السابقة (1.216 مليار دج) ومختلف البرامج الإضافية لا سيما برنامجي الجنوب والهضاب العليا والبرنامج التكميلي الموجه لامتصاص السكن الهش والبرامج التكميلية المحلية، أما الغلاف المالي الإجمالي المرتبط بهذا البرنامج عند اختتامه في نهاية 2009 فقد قدر ب 9680 مليار دج (حوالي 130 مليار دولار) بعد إضافة عمليات إعادة التقييم للمشاريع الجارية ومختلف التمويلات الأخرى ⁶¹ .

أ.أهداف البرنامج التكميلي لدعم النمو: في ظل مسار الإنعاش الاقتصادي 2009-2005 تعتزم الحكومة تكييف مقاربتها قصد:

60- عبو عمر، عبو هودة، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق تنمية منتظمة، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار. الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية تنمية الجزائر ، 2013 ، ص07

61- بلال بوجمعة ، تقييم سياسة الإنعاش الاقتصادي 2001-2014 ، مرجع سابق ، ص 04 .
- استكمال الإطار التحفيزي للاستثمار عن طريق إصدار نصوص تنظيمية من شأنها أن تتمم قانون الاستثمار، وتطوير التدابير الكفيلة بتسهيل الاستثمار الخاص الوطني أو الأجنبي.

- مواصلة تكيف الإدارة الاقتصادية والمالية الوطنية مع الانفتاح العالمي، سواء تعلق الأمر بتأهيل أداة الإنتاج أو بالإصلاح المالي والمصرفي.
 - انتهاج سياسة ترقية الشراكة والخصوصية والحرص على تعزيز القدرات الوطنية في مجال خلق الثروات ومناصب الشغل وترقية التنافسية.
 - تعزيز مهمة ضبط ومراقبة الدولة قصد محاربة الغش والمضاربة ولمنافسة الغير مشروعة التي تخل بقواعد المنافسة والسوق على حساب المؤسسات الوطنية.
 - عمليا كان الهدف من البرنامج الذي يركز عن الاستثمار العمومي عصرنة الهياكل القاعدية وكان من المنتظر أن ينتهي في 2009 ، لكن عدد كبير من المشاريع التي يحتويها برنامج الإنعاش لم تنته بعد والكثير منها لا زال مجرد ورشات وعن الأهداف المراد تحقيقها من خلال هذا البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي يمكن إيجازها فيما يلي:
 - الإصلاح في المجال الاقتصادي والمالي .
 - تحسين مناخ الاستثمار مع سهر الحكومة على جلب المستثمرين الأجانب في إطار الشراكة.
 - مكافحة الاقتصاد الغير رسمي، من خلال سهر الحكومة على الحد من تداعياته على الاقتصاد الرسمي .
 - عصرنة المنظومة المالية من خلال إقامة صندوق ضمان القروض لفائدة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة⁶².
- ب. القطاعات المستفيدة من البرنامج:** يركز برنامج دعم النمو على خمسة قطاعات رئيسية، وقد تم تقسيم النفقات المخصصة ضمن البرنامج بين هذه القطاعات وفقا لما يوضحه الجدول الآتي:

الجدول (05) : هيكل توزيع المخصصات المالية لبرنامج دعم النمو

الوحدة : مليار دج-

على مختلف القطاعات خلال الفترة (2009-2005)

النسبة من المجموع العام	حجم النفقات	القطاع
20.8 %	790.0	قطاع الخدمات العمومية الادارية
15.8 %	600.4	تطوير قطاع التنمية البشرية
22.7 %	862.6	تطوير قطاع الهياكل القاعدية
15.2 %	577.6	دعم القطاع الاقتصادي
25.5 %	969	تحسين ظروف الاسكان والاطار المعيشي
100 %	3800	المجموع العام

المصدر : البرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009) ، افريل 2005 ، مجلس الامة ، ص 06-07 .

62- بلال بوجمعة ، تقييم سياسة الانعاش الاقتصادي 2011-2014 ، مرجع سابق ، ص 05 .
من خلال الجدول يتضح لنا مدى اهتمام الدولة في مواصلة جهود الإنعاش الاقتصادي وهذا من خلال التركيز على تحسين الإطار المعيشي للسكان وكذلك من خلال تطوير الهياكل القاعدية ومن ثم تحسين المرفق العام.

ج.مخصصات القطاع الصحي في إطار برنامج دعم النمو الاقتصادي 2005-2009 : دائما و تحت اطار مواصلة جهود الإنعاش وتكثيفه فقد بادرت الحكومة إلى اعتماد مخطط آخر ليتم النفائص التي نتجت عن تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي، باعتبار أن قطاع الصحة من القطاعات الواعدة والإستراتيجية فقد حظي بحصة معتبرة من هذا البرنامج وصلت إلى 85 مليار دج، أي بنسبة 4% من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج ككل⁶³. بالإضافة إلى هذا وقصد تنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب وكذا الهضاب العليا ، فقد تعزز القطاع بحصة معتبرة من هذا البرنامج:

* ففي سنة 2007 وصلت اعتمادات الدفع الخاصة بتنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب إلى ما يقارب 06 مليار دج، أما فيما يخص تنمية القطاع في منطقة الهضاب العليا فقد خصص له 10.56 مليار دج خلال نفس السنة.

* أما في سنة 2009 فقد انتقلت إتمادات الدفع الخاصة بالقطاع الصحي بمناطق الجنوب إلى 5.8 مليار دج و 7.88 بالنسبة لترقية القطاع الصحي بمنطقة الهضاب العليا.

من خلال هذه الهياكل ستستمر الخدمة العمومية بالصحة في تعبئة جهود الدولة لضمان الحق في الخدمات الصحية وتمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج الوقائي والاستشفائي الجهوي، كما ستسمح هذه المبالغ بإصلاح المنظومة الصحية من أجل تحسين أدائها وقدرات وذلك قصد تحقيق الأهداف المسطرة ضمن هذا البرنامج والتي تتعلق ب:

- تحسين ظروف استقبال المرضى وإقامتهم ودوام أعمال الرعاية الصحية الاستشفائية.

- دعم ترتيب التكفل بالاستعجالات الطبية والجراحية.

-تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة ولا سيما الخدمات الصحية المختصة في الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج، وسيكون هذا الإصلاح مرهون بتحسين تسيير المستشفيات من خلال:

- إدخال المحاسبة التحليلية .

- تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء .

- تأسيس مشروع " المؤسسة " من أجل التسيير الاستشفائي .

- مراجعة الإطار القانوني للمؤسسات الصحية .

ثالثا.برنامج التنمية الخماسي PCCE 2010-2014 : من أجل مواصلة المسار التي بادرت به الحكومة ابتداء من سنة 2001 إلى غاية 2009 ، فقد التزمت الحكومة على الأخذ بعاتقها مواصلة هذه الجهود تحت إطار برنامج التنمية الخماسي 2010-2014 وعلى هذا الأساس فقد تطلبت هذه الخطوة جراءة سياسية من قبل الحكومة من خلال تخصيص غلاف مالي ضخم، لم يسبق لبلد سائر في طريق النمو أن خصصه حتى الآن والمقدر بحوالي 286 مليار دولار والذي من شأنه تعزيز الجهود التي شرع فيها سنة 2001 في دعم هندسة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للأمة .

أ.أهداف برنامج التنمية الخماسي 2010-2014 تعكس قيمة الاستثمارات العمومية للبرنامج الخماسي 2010- 2014 ب 21.214 مليار دج إرادة السلطات العمومية في المحافظة على هذه الديناميكية التي تشمل جميع القطاعات من خلال تحديد مجموعة من الأهداف التي من المنتظر تحقيقها والتي تتمثل فيما يلي :

- استكمال المشاريع الكبرى في البرنامج الخماسي 2005-2009 وعلى الخصوص قطاعات السكة الحديدية والطرق والمياه 9700مليار دج أي ما يعادل 130 مليار دولار.

63- البيان الصادر عن إجتماع مجلس الوزراء و الخاص ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014 برئاسة رئيس الجمهورية عبد العزيز بوتفليقة في 24 ماي 2010 ، ص 02 .

- إطلاق مشاريع جديدة بمبلغ 11.534 مليار دج أي ما يعادل حوالي 156 مليار دولار .
- تشجيع إنشاء مناصب شغل من خلال الإجماع المهني لخريجي الجامعات ومراكز التكوين المهني .

- استحداث ثلاث ملايين منصب شغل خلال السنوات الخمس للبرنامج .
- تطوير اقتصاد المعرفة من خلال دعم البحث العلمي وتعميم التعليم وتعميم استعمال الإعلام الآلي داخل المنظومة الوطنية للتعليم والمرافق العمومية .
- ب.مخصصات القطاع الصحي من برنامج تنمية الخماسي 2010-2014 :** استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي معتبر يقدر ب 619 مليار دج وذلك في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة ما بين 2010 - 2014 وقد تم استغلال هذا البرنامج لإنجاز: 17 مستشفى، 45 مركز متخصص في الصحة، 377 عيادة متعددة الاختصاصات، 1000 قاعة علاج، 17مدرسة للتكوين الشبه طبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين.
- تصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن هذا البرنامج من الأولويات التي استهدفت تقليص الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات أو مؤسسات استشفائية متخصصة، وهاكل استشفائية متخصصة.
- كما يشمل البرنامج الخماسي الثاني تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية وذلك باعتبار أن الظروف اقتضت توفير 254 عيادة متخصصة و 34800 سرير في آفاق 2015 .
- ويعزز هذا النسيج الاستشفائي هياكل الصحة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عددها 271 والتي تشرف على تسيير 988 عيادة متعددة التخصصات وتتوفر على 3566 سرير متخصص للأمهات و 387 عيادة متعددة الإختصاصات و 5376 قاعة علاج.
- بالنظر إلى المؤشرات الصحية المسجلة الآن، نرى بأن أثر هذه البرامج على القطاع الصحي كان ضعيفا رغم الموارد المالية الضخمة الموظفة. مما يعكس أداء غير فعال بعيد على مستوى طموحات التنمية الشاملة المتوازنة والمستدامة إذن ، أين يكمن الخلل:
- هل أخطأنا الرؤية منذ البداية؟ .**
- هل أخطأنا التوجه منذ الانطلاقة ؟ .**
- هل أخفقنا في تحديد الأولويات؟.**

إن الثروة البترولية والغازية للجزائر مكنتها من مراكمة مبالغ هامة من دون عناء كبير مقارنة بالكثير من الدول الأخرى، وعلى هذا الأساس يجب ألا تحول هذه النعمة إلى ذريعة للإنفاق المفرط من دون تحديد محكم للأولويات ودراسة متأنية لجدوى المشاريع المبرمجة ولا سيما للاغتناء الغير مشروع لقلّة من المتحكمين في دوائر القرار على حساب فئات عريضة من المجتمع (ان هذا التفسير يتماشى مع الفرضية الثالثة للبحث حول عدم فعالية السياسات المنتهجة بالقطاع بصفة خاصة).

إن القراءة المتأنية والموضوعية للبرامج الاستثمارية التي تم إنجازها تؤكد أن الجزائر لم يطرأ عليها أي تغيير للاعتبارات التالية:

- من أجل إحداث القطيعة مع أسلوب البرامج الماضية التي اتسمت بالتبذير وسوء التسيير، كان من اللازم أن تقدم الحكومة تقييما مفصلا لما أنجز وما لم ينجز خلال كل مخطط سابق قبل الانخراط في مخطط جديد .
- فالحديث الرسمي على أن المخططات السابقة أتاحت تحقيق إنجازات متواضعة في النواحي الاقتصادية والاجتماعية وبالأخص القطاع الصحي من خلال أدائه الغير مقنع إذ عرفت الجزائر خلال الفترة الأخيرة مجموعة من حالات التلاعب بالمال العام والرشوة على حساب صحة المواطن.
- لقد اتسم إنجاز هذه المخططات بالتعثر والتبديد الكبير للموارد العمومية، فمثلا البرنامج الخماسي الثاني 2010 - 2014 مبلغ 130 مليار دولار وهو ما يعادل % 45 من الميزانية الإجمالية لإنجاز مشاريع سبق برمجتها في المخططات السابقة ولم تنفذ والسبب في ذلك يعود إلى أخطاء في تقدير تكاليف المشاريع، كما قد يكون مرده إلى ضعف وتيرة إنجاز المشاريع التي تجاوزت السقف الزمني المحدد لها، وفي كلتا الحالتين فإن رصد 130 مليار دولار لاستكمال مشاريع كانت ضمن البرنامج السابق إشارة قوية إلى خلل عميق في البرمجة وسوء في التسيير .

- البرامج الاستثمارية لا تعدو كونها قائمة من مجموعة المشاريع التي تم إعدادها من طرف وزارات مختلفة كل حسب ميدانه. وعلى هذا الأساس نلاحظ أن الطابع القطاعي يطغى على حساب المنظور الشمولي، وذلك باعتبار

أن هذه البرامج لا توحى بوجود أي إستراتيجية تنموية واضحة المعالم لدى الحكومة الجزائرية، إذ انه يركز على إعداد هياكل صحية دون الحديث عن سياسات وأهداف نوعية في مجالات الصحة.

- إن الاستثمارات العمومية شرط ضروري إلا أنه بمفرده غير كافي لتحقيق تنمية اجتماعية في المدين البعيد والمتوسط والتي تبقى رهنا بمدى انخراط القطاع الخاص في الاستثمار، ولذلك كان لزاما إشراكه عبر الحوار والنشاور حول أولويات الاستثمار العمومي بالقطاع في إطار إستراتيجية محددة للتنوع، كما أنه لا بد أن تعمل الحكومة على خلق بيئة قانونية ملائمة من أجل تشجيع المبادرات الفردية بالقطاع والاستثمارات الخاصة المحلية والأجنبية على حد سواء.

- إن فعالية و نجاعة الاستثمارات بالقطاع الصحي والحد من سوء التبذير لا يمكن أن يتحقق إلا بتفعيل أجهزة الرقابة والمحاسبة وتعزيز الدور الرقابي للبرلمان عبر فحص قوانين التصفية وتمكينه من تشكيل لجان لتقصي الحقائق والتجاوزات التي تتم على حساب المال العام.

خلاصة الفصل :

رغم كل الجهود المبذولة من طرف السلطات الجزائرية لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، إلا انها تبقى غير كافية لتغطية كل متطلبات المجتمع ، ورغم تزايد الإنفاق العام على القطاع الصحي وتزايد الميزانيات المخصصة للنهوض بالقطاع، إلا أن عدم الرشادة والتسيير غير الفعال لموارد القطاع جعلته يتخبط في العديد من المشاكل التي عادت بالسلب على مستوى العدالة في الخدمات المقدمة، وكذلك جودة هذه الخدمات. وبالتالي يجب اتخاذ عدة إجراءات التي من شأنها أن تساهم في ترشيد الاستخدام الأمثل للموارد الصحية، ورفع الوعي لدى الأفراد وتثقيفهم بهدف الحد من الأمراض وتوعيتهم وتعليمهم سلوكات جديدة تمكنهم من تحديد مشاكلهم الصحية واحتياجاتهم، ومساعدتهم في حلها باستخدام إمكاناتهم .

خاتمة

خاتمة

تعتبر الجودة مبتغى يسعى ويطمح إليه المستفيد من خدمات القطاع العام بما يحقق أو يفوق رغباته ومتطلباته لاسيما قطاع الخدمات الصحية كونها مرتبطة بأعلى ما يملك الإنسان الذي يعتبر ركيزة أساسية لتحقيق التنمية في مختلف مجالات المجتمع.

لذلك وجب على المؤسسات الاستشفائية العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة للأفراد بتطبيق معايير والاجراءات ونظم الجودة في تقديم خدماتها.

ومن خلال هذه الدراسة وبالاعتماد على الإطار النظري تحتم على مؤسسات القطاع العام لاسيما تلك المختصة في تقديم الخدمات الصحية أن تعمل على كسب رضا العملاء حول ما تقدمه من خدمات ويتم ذلك من خلال التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمواطن وكذا فهم مواصفات الخدمة التي يرغب فيها وذلك للعمل على تطويرها وتحسينها بما يلبي رغباته ولد ارسه هذا الموضوع طرحنا الإشكالية التالية :

كيف يقيم المريض الخدمة العمومية الصحية جودة الخدمة المقدمة؟
ومن خلال الدراسة النظرية والتطبيقية للموضوع توصلنا إلى النتائج التالية:

النتائج النظرية:

-تعتبر الخدمة العمومية عن تلك الخدمات التي تعد الدولة هي المسؤولة عن أدائها أو الخاضعة لرقابتها كونها ضرورية لحف حياة الإنسان وتأمين رفايته.

-تعتبر الخدمات الصحية عن خدمات العناية والتشخيص بالمؤسسات الصحية.

-يقيم المريض الخدمة الصحية الخدمات المقدمة من خلال بعد كل من الملموسية الاستجابة الاعتمادية والأمان وكذا التعاطف التي من خلالها يحكم على جودة هذه الخدمات.

-يعتمد على قياس جودة الخدمة الصحية مجموعة من الأساليب منها مقياس سارفكوال الذي يقيس التطابق بين الخدمة المقدمة والمتوقعة إضافة إلى منهجية الانحافات الستة الذي يهدف تحقيق أداء أفضل يتحسن بشكل دائم والى الأبد إضافة إلى مقياس كل من عدد الشكاوى مقياس رضا المرضى مقياس القيمة وكذا مقياس الأداء الفعلي.

-المريض هو المحدد الأساسي للحكم على جودة خدمات القطاع العام بمختلف حقوله.

-تعتبر جودة الخدمة عن مدى التطابق بين جودة الخدمة المقدمة وتوقعات المستفيد.

-قياس جودة الخدمات يعتبر أداة هامة لدفع المقدمين للخدمات إلى تحسين أدائهم.

-الجودة في الخدمة الصحية تعني تحقيق أفضل النتائج للمريض من خلال العملية التشخيصية له.

-لكسب رضا المواطن وجب تصميم الخدمة المقدمة وفق توقعاته.

النتائج التطبيقية :

ولقد توصلت هذه الدراسة التي اهتمت بتحليل اثر الإنفاق العام على نمو القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة 2000 - 2015 إلى مجموعة من النتائج كان أهمها :

- وجود علاقة طردية بين الناتج المحلي الخام و النفقات العامة في الاجل الطويل .

- أن المرونة المتعلقة بالنفقات العامة قد بلغت قيمتها 0.859 ، وقد انخفضت مقارنة بالفترة السابقة من 0.93 إلى 0.85 .

- فيما يتعلق بعلاقة الناتج المحلي بنفقات التسيير و نفقات التجهيز تبين أن هناك علاقة طردية بين الناتج المحلي الخام و كل من نفقات التسيير و نفقات التجهيز في الأجل الطويل .

- بلغت قيمة المرونة المتعلقة بنفقات التسيير 0.368 ، وقد انخفضت من 0.88 إلى 0.36 لصالح نفقات التجهيز ، وارتفعت قيمة المرونة بالنسبة لنفقات التجهيز إلى 0.406 ، وهو ارتفاع جد مهم يعكس اتجاه السياسة الاتفاقية خلال هذه الفترة حيث سطرت الجزائر برامج تنموية مهمة .

التوصيات:

-على الفاعلين بإدارة المستشفى محل الدراسة العمل على تحسين خدماتها من خلال بعد كل من الملموسية الاعتمادية الاستجابة الأمان والتعاطف التي يقيم المريض عن طريقها جودة هذه الخدمات.

- ضرورة تبني مبدأ الجودة في جميع مجالات القطاع العمومي ونشر الوعي لدى العاملين.
- الرفع من مستوى أداء العاملين في جميع مجالات القطاع العام من خلال إقامة الدورات التدريبية. الخاصة بمفاييم الجودة في تقديم الخدمة وتحسين سلوك التعامل مع المرضى.
- ضرورة ترسي، كافة الجودة لدى الطواقم الطبية من خلال برامج توعوية.
- يجب أن يكون هناك نظام رقابي مستمر داخل المؤسسة الصحية لضمان حسن تقديم خدماتها.
- التعرف على متطلبات المواطن لتحديد مواصفات الخدمة الصحية المطلوبة.
- القيام بدورات تبين متطلبات المرضى والبحث عن النقص الحاصل في الخدمات والعمل على معالجتها.
- تكريس مبدأ الوعي الصحي لدى المرضى من خلال التوعية وإقامة برامج وقاية من الإصابة بالأمراض وتبني قاعدة الوقاية خير من العلاج.
- وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال الصحي بين المستفيد من الخدمة الصحية ومقدميها.

أفاق الدراسة:

- دراسة حالة مقارنة بين جودة خدمات القطاع الصحي العمومي والقطاع الخاص.
- دراسة تقييم جودة الخدمة في قطاعات عمومية أخرى.
- ما مدى مساهمة تقييم جودة الخدمة الصحية في تطوير وتحسين أداء الخدمات المقدمة.
- تقييم جودة الخدمة الصحية من منظور مقدم الخدمة

المراجع

المراجع :

- 1- محمد الصغير بعلي، " المالية العامة"، دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر، 2003 ، ص 23
- 2- علي لطفي، " المالية العامة، دراسة تحليلية"، مكتبة عين شمس، مصر، 1995 ، ص 182
- 3- حامد عبد دراز، " مبادئ المالية العامة"، دار صفاء للنشر، عمان، 1999 ، ص 381
- 4- محمد الدليمي، " اتجاهات الإنفاق العام"، مجلة آفاق اقتصادية ، المجلد 24، العدد 94 ، الإمارات العربية ، 2003 ، ص 8
- 5- اعاد علي حمود " المالية و التشريع المالي" كلية القانون بين الحكمة ، جامعة بغداد ، بدون سنة نشر ، ص32 .
- 6- محمد الصغير بعلي ، يسرا ابو العلا ، "مالية عامة" دار العلوم للنشر و التوزيع ، الجزائر ، 2003 ، ص 02 .
- 7- سوزي عدلي ناشد، " الوجيز في المالية العامة"، الدار الجامعية الحديثة للنشر، الإسكندرية، 2000 ، ص 33
- 8- فوزت فرحات، " المالية العامة والاقتصاد المالي"، منشورات الحلبي، بيروت، 2003 ، ص 268
- 9- إبراهيم علي عبد الله أنور العجارمة، " مبادئ المالية العامة"، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000 ، ص 107
- 10- محمد حلمي مراد، " مالية الدولة"، كتب دار المعرفة، ص33
- 11 - سعيد علي العبيدي، " اقتصاديات المالية العامة" دار دجلة ناشرون و موزعون، الطبعة الأولى، 2011 ، ص64
- 12- luc saidj , finances publiques , dalloz , 3e édition , paris , 2000 , p:226.
- 13- صلاح نجيب العمر، " اقتصاديات المالية العامة"، جامعة بغداد، مطبعة العاني، 1982 ، ص 177
- 14- ANAS BENSSALAH ZERMIRANI , " les finances publique au maroc" , politique financiere et droit budgétaire
،l'Harmattan , paris , 1998 , p: 17 .
- 15- اعاد حمود القيسي،: المالية العامة والتشريع الضريبي"، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2008 ، ص 53 .
- 16- أعاد حمود القيسي، نفس المرجع، ص54- 55
- 17- سعيد علي العبيدي، مرجع سابق، ص 82

- 18- سالكي سعاد، " دور السياسة المالية في جذب الاستثمار الأجنبي المباشر"، دراسة بعض دول المغرب العربي، رسالة ماجستير في التسيير الدولي للمؤسسات، 402010. - ص، 2011
- 19- سالكي سعاد، " دور السياسة المالية في جذب الاستثمار الاجنبي المباشر"، مرجع سابق، ص42.
- 20- أنظر:- مجدي محمود شهاب، " الاقتصاد المالي"، الدار الجامعية، بيروت، 1988، ص ص 73- 82 - علي لطفي، "المالية العامة"، مرجع سابق ص ص 218، 230.
- 21 - عادل أحمد حشيش، " اقتصاديات المالية العامة"، مؤسسة الثقافة الجامعية، 1983، ص184
- 22- نوزاد عبد الرحمان الهيتي، منجد عبد اللطيف الخشالي، " المدخل الحديث في المالية العامة"، دار المناهج، عمان، 2005، ص4.
- 23- نفس المرجع السابق، ص4
- 24- أنظر - :عبد المطلب عبد الحميد، " اقتصاديات المالية العامة"، الدار الجامعية، القاهرة، 2005، ص 198 .
- نوزاد عبد الرحمان الهيتي، مرجع سابق، ص ص63- 64 .
- محمد شاكر عصفور، " أصول الموازنة العامة"، دار المسيرة، عمان، 2008، ص3
- 25 - خالد شحادة الخطيب، أحمد زهير شامية، " أسس المالية العامة"، ط3، دار وائل للنشر، عمان، 2007، ص9.
- 26 - علي كنعان، " اقتصاديات المال والسياسيين المالية والنقدية"، دار المعارف، سوريا، بدون سنة النشر، ص1.
- 27- عبد المطلب عبد الحميد، مرجع سابق، ص1
- 28- محمد سعيد فرهود، " علم المالية العامة" مع دراسة تطبيقية من المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، 1983، ص1.
- 29- أنظر - :نوزاد عبد الرحمان الهيتي، مرجع سابق، ص 65.
- مجدي شهاب، " أصول الاقتصاد العام"، الدار الجامعية الجديدة، الإسكندرية، 2004، ص244
- 30- أنظر- :سوزي عدلي ناشد، مرجع سابق، ص 81.
- أسامة محمد باخشل، " مقدمة في التحليل الاقتصادي الكلي"، جامعة الملك سعود، النشر العلمي والمطابع، 1999، ص107.
- 31- Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE-Europe de l'est Maghreb, Bahaeddine, éditions, Constantine, Algérie, 2010, p 73.

32 - J.F. NYS, la santé consommation ou investissement, Edition Economica, Paris, 1981, p 18.

33- صالح محمود ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، منظور شامل، دار الفكر، عمان، 2009، ص 52 .

34- OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant, Genève 2000, p 8.

35- Brahim Brahamia, op , cit , p : 66 .

36- حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف اطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتورا ، جامعة أبو بكر بالقايد، تلمسان، 2009-2010، ص 133.

37- نور الدين حاروش، إدارة المستشفى العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر و التوزيع، الجزائر، 2009، ص 13

38- الجريدة الرسمية، العدد 1 ،اخمر رقم 73-65 ،المؤرخ بتاريخ 1973/12/28 ،الصادر بتاريخ 1974/01/01 المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسة الصحية، ص 2.

39- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 137.

40 -Ministère de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale, Algérie, novembre 1981, p

41 -Ministère de la santé et de la population, Ibid, p 3.

42- الجريدة الرسمية رقم 11/18 المؤرخة في : 18 شوا عام 1439 الموافق لـ 02 يوليو 2018 ،ص

43 -الجريدة الرسمية

44- أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 178.

45- أنشأ المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب القانون رقم 74-100 الصادر بتاريخ 1973/06/13 .

46- تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى اولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 الذي أسس لتشكيل المستشفيات الاستشفائية المتخصصة .EHS

47- تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى اولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 ،و الذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH وحدد مهام هذه المؤسسات في المادة 04 من هذا المرسوم .

48- تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى اخولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 ،و الذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية. EPSP.

49- بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى اخولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 ،تم إلغاء المراكز الصحية

Santé de Centre لتحو إلى قاعا متعددة الخدمات Polyclinique أو إلى قطاعا عالج. Soins de Salle

50 - Le système de santé en Algérie, défis nationaux et enjeux partagés, les notes IPMED, etudes et analyses, Tirage

N°13, Avril 2012, p 43 .

51- عدمان مريزق، عدمان محمد، "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية"، ملتقى دولي الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة البليدة، الجزائر، 2010 ،ص ص 11-13.

52- بينيديكت كليمنتس ، وديفيد كودي ، معالجة الموارد الرعاية الصحية ، مجلة التمويل و التنمية ، الصادرة عن صندوق الدولي ، المجلد 48 ، العدد الاول ، مارس 2011 ، ص 42 .

53- محمد عثمان عبد الملك ، الصحة و التنمية و الفقر ، مناقشة وتعليق عبر جريدة .

soudanes journal of public health , octobre 2007 .

54- زميت خدوجة ، تحليل تكليف الصحة في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 593 .

55- مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من 2000-2015 .

56- محمد مسعى، سياسة الإنعاش الاقتصادي وأثرها على النمو، مجلة الباحث، عدد 10 سنة 2012 ، جامعة ورقلة، الجزائر، ص 47

57- بوفليخ نبيل، آثار برنامج التنمية الاقتصادية على الموازنة العامة في الدول النامية ، مذكرة ماجستير ، كلية العلوم الاقتصادية، فرع نقود و مالية ، جامعة شلف، الجزائر 2004 - 2005 ، ص 104 .

58- زنوح يسمينة، إشكالية التنمية المستدامة بالجزائر، مذكرة ماجستير، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2005 - 2006 .

59- بريش عبد القادر، معزوز لقمان، أبعاد تطبيق البرامج التنموية على الاقتصاد الجزائري (فرص و تحديات) ، مداخلة في إطار الملتقى الدولي الرابع، حول رؤية مستقبلية للاقتصاد الجزائري في ضوء خمسين سنة من التنمية، جامعة بشار، 04-05 مارس 2014 ، ص 91.11 المجلس الاقتصادي والاجتماعي، تقرير حول

الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للجزائر خلال السداسي الأول من سنة 2001 ، ص 81

60- عبو عمر، عبو هودة، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق تنمية منتظمة، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار. الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية تنمية الجزائر ، 2013 ، ص 07

61- بلال بوجمعة ، تقييم سياسة الانعاش الاقتصادي 2001-2014 ، مرجع سابق ، ص 04 .

62- بلال بوجمعة ، تقييم سياسة الانعاش الاقتصادي 2011-2014 ، مرجع سابق ، ص 05 .

63- البيان الصادر عن إجتماع مجلس الوزراء و الخاص ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014 برئاسة رئيس الجمهورية عبد العزيز بوتفليقة في 24 ماي 2010 ، ص 02 .

الكتب

1 - أوزجان يشار: الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات وتطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر ، مركز البحوث ، مهد الادارة العامة، المملكة العربية السعودية. 2008 ،

- 2 باهر رمزي أسماء محمد تحليل مغلف البيانات استخدام البرمجة الخطية في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الادارية. 1996
- 3 بشير العلاق, حمد عبد النبي الطائي, "تسويق الخدمات" دار زه ارن للنشر والتوزيع, الأردن. 2007 ,
- 4 تامر ياسر البكري, إدارة المستشفيات, دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع, عمان, الأردن. 2005 ,
- 5 تجالين كويم (Tjalling C. Koopmans) اقتصادي هولندي حائز على جائزة نوبل في الاقتصاد سنة 1975 له مساهمات في دالة الإنتاج وتطبيقها على المستوى الكلي.
- 6 الحداد عوض بدير, تسويق الخدمات المصرفية, الطبعة الأولى, البيان للطباعة والنشر, القاهرة . 1999 .
- 7 حميد الطائي و خرون, "الأسس العلمية للتسويق الحديث" دار اليازوري ردي, الأردن. 2007 ,
- 8 سعيد الدجاني, لحام هدية, مقدمة في فن التمريض, الطبعة الأولى, دار الأندلس للطباعة والنشر, بيروت. 1984 ,
- 9 سيد جاد الرب, الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية, الطبعة الأولى, دار العشري, مصر, 2008 .
- 10 صلا محمود ذياب إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة منظور شامل دار الفكر عمان. 2009
- 11 طاهير حسين, الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة, دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع, الجزائر. 2004 ,
- 12 طلعت اب ارييم, "التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية" دار الكتاب الحديث, الجزائر, 2009 .
- 13 عبد الجبار منديل, "أسس التسويق الحديث", دار الثقافة للنشر والتوزيع, الأردن. 2002
- 14 علي البياتي حسين ذنون و المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة, المنهل للطباعة والنشر, دون بلد نشر. 2009 ,
- 15 علي العنزري سعد, الادارة الصحية, دار اليازوري العملية للنشر والتوزيع, عمان. 2009 ,

القوانين والمراسيم

- الجريدة الرسمية العدد 1 الأمر رقم 65 - 73 المؤرخ بتاريخ، 12 / 12 / 1973 الصادر بتاريخ،
01 / 01 / 1974 المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحي

