جامعة الدكتور يحي فارس – المدية
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم التجارية

اقتصاديات الصحة ودورها في تفعيل التنمية البشرية

– دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى

للفترة (2000–2015)

أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في العلوم التجارية

تخصص:اقتصاد التنمية

من إعداد الطالب: تحت إشراف الأستاذ:

ساعد محمد الدكتور سليمان بوفاسة

أعضاء اللجنة المناقشة

أ.د. حميداني يوسف	رئيسا
أ.د. سليمان بوفاسة	مقررا ومشرفا
أ.د. شريط عابد	ممتحنا
د. حمداني محي الدين	ممتحنا
د. آيت عيسى عيسى	ممتحنا
د. يايسي إلياس	ممتحنا

السنة الجامعية 2017/2016

ملخص

تتناول هذه الدراسة بالتحليل واقع الصحة بالجزائر، ومقارنته بدول أخرى، كما تقف على تبيان أثر و مساهمة الاقتصاد الصحي من خلال تطبيقاته المختلفة و بالتحديد من خلال أهم مبدأ من مبادئه ألا وهو الاستغلال الأمثل للموارد (أسلوب الفعالية، أسلوب الكفاءة)، سواء ما تعلق منها بالموارد البشرية أو المنشآت القاعدية، وذلك من خلال قياس كفاءة الاقتصاد الصحي في تحسين مؤشرات مخرجات الصحة على غرار معدل العمر المتوقع عند الحياة، معدل الإصابة بالأمراض المزمنة والمعدية، إذ تستخدم هذه المؤشرات في تحديد مدى نجاح البرامج الصحية التي تعبر عن مدى نجاح الاقتصاد الصحي، ومن ثم التعرف على مساهمته في تفعيل التنمية البشرية.

كما تتناول هذه الدراسة توضيح الالتباس بين مفهوم كل من اقتصاديات الصحة، واقتصاديات الرعاية الصحية، والخدمات الصحية، هذه الأخيرة التي تمثل الأساس الذي يتركز عليه تحقيق أول الخيارات الأساسية الثلاثة ألا وهو تحسين مستوى الصحة التي بدورها تعمل على تحقيق الخيارين الآخرين (التعليم، الدخل) المكونة للتنمية البشرية، ولن يتحقق ذلك إلا من خلال جودة هذه الخدمات الصحية، التي يعنى الاقتصاد الصحي بقياسها.

ويعد قياس جودة الخدمات الصحية أحد المداخل الأساسية لتحسين وتطوير الجودة في المنظمات الصحية، فجودة الخدمات الصحية، مؤشر الصحة تؤدي إلى الرفع وتفعيل معدلات التنمية البشرية، أما تردي الخدمات الصحية فتعمل على عدم الرفع من معدلاتها.

بدليل ومع تحسين جل مؤشرات الصحة سواء المادية أو البشرية، انعكس هذا إيجابا على معدلات التنمية البشرية في الجزائر إذ انتقلت من المرتبة 93 عالميا إلى 83 لأعوام 2014، 2015 على التوالي بفضل تحسن أدوات الاقتصاد الصحي الذي انعكس على تحسن مؤشر العمر المتوقع (يقاس به مؤشر الصحة)، هذا الأخير الذي انعكس على تطور معدلات التنمية البشرية.

الكلمات المفتاحية: الاقتصاد الصحي ، العمر المتوقع عند الحياة، التنمية البشرية.

Abstract :

This study deals with the analysis of the health situation in Algeria and compares it to other countries. It also shows the impact and contribution of the health economy through its various applications, specifically through its most important principle: the optimum utilization of resources (efficiency method, efficiency method) In terms of human resources or infrastructure, by measuring the efficiency of the health economy in improving indicators of health outcomes such as life expectancy, the incidence of chronic and infectious diseases. These indicators are used to determine the success of health programs that reflect the success of the health economy, And from And then identify its contribution to the activation of human development.

The study also highlights the confusion between the concept of health economics, health care economics and health services, which is the basis for achieving the first three basic options: improving health, which in turn will work on the other two options (education, income) Which can only be achieved through the quality of these health services, which are measured by the health economy. Measuring the quality of health services is one of the main approaches to improving and improving quality in health organizations. The quality of health services, the health index leads to increase and activate the rates of human development, and the deterioration of health services is not to raise rates. With the improvement of most indicators of health, whether material or human, this reflected positively on Algeria's human development rates, from 93rd globally to 83 for 2014 and 2015, respectively, thanks to improved health economy applications, which reflected the improved life expectancy index Health), the latter reflected on the development of human development rates.

Keywords: health economics, life expectancy, human development.

Google Traduction pour les entreprises

كلمة شكر

بسم الله الرحمن الرحيم

نشكر الله عز وجل الذي وفقنا لإنهاء هذا العمل المتواضع وعملا يقول الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم

من لم يشكر الناس لم يشكر الله حاولنا أن نجمع شتات أفكارنا لنعطي أصحاب الخير حقهم لكن اللسان عجز عن التعبير لذا بأبسط عبارات الامتنان نتقدم بأسمعبارات الشكر إلى الذي أضاء لنا الدرب لهذا العمل المتواضع الأستاذ المشرف الذي لم يبخل علينا بمعلوماته ونصائحه وإرشاداته القيمة.

والله ولي التوفيق

إهـداء

إلى الذين كانوا سببا في وجودي وألهماني معاني الحب والإبداع وأمداني بالعون والحنان والدي العزيزين أطال الله عمرهما.

إلى زوجتي الكريمة وأولادي "سارة ، مرام"

إلى إخوتي "جمال، قادة، أحمد، الزهرة، فتيحة، خالدية، جهاد"

إلى كل أساتذتي بقسم العلوم التجارية وأخص بالذكر الأستاذ المشرف

فهرس المحتويات

فهرس الموضوعات

العنوان	الصفحة
ملخص الأطروحة.....	I
كلمة شكر	II
إهداء	III
فهرس الموضوعات	V
قائمة الأشكال	IX
قائمة الجداول	XV
المقدمة العامة.....	أ–ط
الفصل الأول:مفاهيمأساسيةحولاقتصادياتالصحة	**1–61**
تمهيد	2
المبحث الأول:ماهية اقتصاديات الصحة.....	3
المطلب الأول: مفاهيم حول اقتصاديات الصحة	3
المطلب الثاني: مفهوم الصحة	8
المطلب الثالث: مؤشرات الصحة	12
المبحث الثاني:ماهية اقتصاديات الخدمات الصحية	17
المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية والعامة.....	17
المطلب الثاني: مستويات ومصادر تمويل الرعايةالصحية	25
المطلب الثالث: اقتصاديات التأمين الصحي	31
المبحث الثالث:تحليل سوق السلعوالخدمات الصحية.....	44
المطلب الأول: مكونات سوق السلع والخدمات الصحية	44
المطلب الثاني: تحليل الطلب على الخدماتالصحية.....	51
المطلب الثالث: تحليل عرض الخدمات الصحية	58
خلاصة الفصل	60

الفصل الثاني: مدخل للتنمية البشرية	**136-62**
تمهيد	**63**
المبحث الأول:مفاهيم أساسية حولالتنمية البشرية	**64**
المطلب الأول: التنمية البشرية المفهوم والتطور	**64**
المطلب الثاني: مقاييس التنمية البشرية.....	**70**
المطلب الثالث: التنمية البشرية وعلاقتهابالمفاهيم الأخرى للتنمية	**76**
المبحث الثاني:واقع التنمية البشرية في الجزائر.....	**84**
المطلب الأول:الواقع الصحي	**84**
المطلب الثاني: الواقع التعليمي.....	**90**
المطلب الثالث: واقع الدخل في الجزائر	**99**
المبحث الثالث: تقييم لمؤشرات الصحةوانعكاساتها على التنمية البشرية في الجزائر	**105**
المطلب الأول: الخصائص الديمغرافية للمجتمع الجزائري.....	**106**
المطلب الثاني: المؤشرات المرتبطة بتعزيز الصحة العامة للسكان في الجزائر	**112**
المطلب الثالث: الموارد البشرية والمنشآت القاعدية الصحية.....	**121**
خلاصة الفصل.	**135**
الفصل الثالث:إدارة الخدمات الصحية.....	**196-137**
تمهيد	**138**
المبحث الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية	**139**
المطلب الأول: ماهية النظام الصحي	**139**
المطلب الثاني: مفاهيم أساسية حول المستشفيات	**145**
المطلب الثالث: تطور النظام الصحي في الجزائر	**152**
المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية، قياسها وتقييمها	**157**
المطلب الأول: تعريف جودة الخدمة	**157**
المطلب الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية.....	**163**
المطلب الثالث: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية	**166**

المبحث الثالث: عناصر المزيج التسويقي في الخدمات الصحية	**173**
المطلب الأول: عموميات حول التسويق.....	**173**
المطلب الثاني: البيئة التسويقية الصحية	**179**
المطلب الثالث: مضامين تسويق الخدمات الصحية	**185**
خلاصة الفصل	**195**
الفصل الرابع:دراسة أثر مساهمة اقتصاديات الصحة في التنمية البشرية دراسة مقارنة بين الجزائر وبعض الدول (2000-2015).....	**265-197**
تمهيد	**198**
المبحث الأول: المؤشرات الديمغرافية للدول محل الدراسة.....	**200**
المطلب الأول: المسح السكاني للدول محل الدراسة	**200**
المطلب الثاني: تركيبة السكان للدول محل الدراسة.....	**205**
المطلب الثالث: المؤشرات الحيوية	**211**
المبحث الثاني: مقارنة مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية بالدول محل الدراسة .	**221**
المطلب الأول: استعراض مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية بالعالم العربي، الاتحاد الأوروبي	**221**
المطلب الثاني: مؤشر الإنفاق الحكومي، الخاص على الصحة	**227**
المطلب الثالث: مؤشر الإنفاق الذاتي، والإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي، وإجمالي الإنفاق على الصحة.....	**232**
المبحث الثالث: اقتصاديات الصحة ومساهمتها في التنمية البشرية.....	**239**
المطلب الأول: أدوات اقتصاديات الصحة	**239**
المطلب الثاني: دراسة مساهمة مؤشر العمر المتوقع في معدلات التنمية البشرية	**255**
خلاصة الفصل.....	**265**
خاتمة عامة.....	**267**
قائمة المراجع	**272**
الملاحق	**286**

قائمة

الأشكال

قائمة الأشكال:

الرقم	عناوين الأشكال	الصفحة
(1-1)	النفقات التي يتحملها الفرد ونصيبه من النفقات السنوية	06
(2-1)	مصروفات الحكومة على الصحة	07
(3-1)	التفاوت والتعقيد في الخدمات الصحية	20
(4-1)	مكونات سوق السلع والخدمات الصحية	45
(5-1)	الدخل كمحدد للطلب	53
(6-1)	منحنى الطلب على السلعة البديلة Zالشكل رقم(1-7): منحنى الطلب على السلعةT	54
(7-1)	منحنى الطلب على المكملةYالشكل رقم (1-9): منحنى الطلب على السلعة X	55
(8-1)	التعبير في العرض والطلب على الأَسِرَّة	56
(9-1)	منحنى عرض الخدمات الصحية بدلالة سعرها	59
(10-2)	احتمال البقاء على قيد الحياة بالأعوام (السنوات)	86
(11-2)	تطور عدد التلاميذ حسب الأطوار	90
(12-2)	تطور الاستفادة من التمدرس بالنسبة المئوية	91
(13-2)	تطور التعدادات في الليسانس	92
(14-2)	المستوى التعليمي عند الأشخاص البالغين 5 سنوات فما فوق.	95
(15-2)	تطور عدد البنات في التعليم المتوسط	96
(16-2)	تطور نسبة الإناث في المستوى الثانوي	96
(17-2)	نسبة الأمية حسب السن (2012)	97
(18-2)	مستوى النساء والرجال الذين لديهم مستوى تعليمي عالي حسب السن (2012)	98
(19-2)	الدول التي سجلت زيادات في النسبة المئوية للإناث من الكبار الأميين لفترة [2005-2011].	98

(20-2)	نسب تطور عدد السكان حسب الفئات العمرية.....	108
(21-2)	تطور نسبة النمو الطبيعي على المستوى الوطني (2000-2015)	110
(22-2)	تطور مؤشر الخصوبة الكلي على المستوى الوطني (2010-2015)	111
(23-2)	تطور العمر المتوقع عند الميلاد إجمالي (بالسنوات)	113
(24-2)	تطور عدد حالات المواليد أموات لكل 1000 ولادة.....	114
(25-2)	تطور نسبة الوفيات الرضع لكل 1000 ولادة حية.....	115
(26-2)	توزيع وفيات الأمهات حسب العمر (%).....	116
(27-2)	معدل وفيات الأطفال دون 5سنوات لكل 1000 ولادة	117
(28-2)	نسبة التغطية بالتطعيم للفئة العمرية من 12 إلى 23 شهرا لكل أنواع اللقاح على حدا	118
(29-2)	وضعية التغذية عند الأطفال أقل من 5 سنوات	119
(30-2)	نسبة النساء الذين لديهم ثقافة معمقة على كيفية انتقال مرض السيدا حسب المستوى التعليمي (2012-2013).....	120
(31-2)	تطور نسب الأمراض المزمنة مجتمعة حسب الفئات العمرية.....	121
(32-2)	تطور نسبة التغطية بعدد الأطباء (طبيب لكل ساكن)	124
(33-2)	نسبة التغطية الطبية (طبيب ممارس لكل عدد من السكان)	125
(34-2)	عدد السكان لكل عيادة واحدة متعددة الخدمات.....	128
(35-2)	عدد السكان لكل قاعة علاج	129
(36-2)	تطور مؤشر التعليم.....	131
(37-2)	تطور مؤشر التنمية البشرية ومكوناته	133
(38-3)	نموذج النظام الصحي.....	141
(39-3)	مكونات النظام الصحي	143

(40-3)	المستشفى كنظام.....	148
(41-3)	التدرج الهرمي لمنشآت الرعاية الصحية طبقا لمستويات الرعاية الصحية.....	149
(42-3)	معنى الجودة	161
(43-3)	مفهوم الجودة.....	162
(44-3)	أهمية وفوائد الجودة	162
(45-3)	القرارات المتعلقة بعناصر المزيج التسويقي.....	177
(46-3)	العوامل البيئية (خارجية، داخلية) المحيطة بالمؤسسة	181
(47-3)	أسواق العملاء	182
(48-3)	اشكال قنوات التوزيع في الخدمات.....	190
(49-4)	تطور النمو الطبيعي للسكان	202
(50-4)	تطور عدد سكان الحضر (% من الإجمالي).	203
(51-4)	تطور كثافة السكان (مقاسة بـ شخص لكل كيلو متر مربع من مساحة الأرض).....	204
(52-4)	نسبة تطور عدد السكان للفئة أقل من 14 سنة.	205
(53-4)	تطور تعداد السكان حسب الشريحة العمرية من (15-64 سنة) من إجمالي عدد السكان).	206
(54-4)	تطور تعداد السكان حسب الشريحة العمرية من (65 فما فوق) من إجمالي عدد السكان).....	207
(55-4)	تطور نسبة الجنس (0-24) مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى).	208
(56-4)	تطور نسبة الجنس (25-69) سنة مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى)	209
(57-4)	تطور نسبة الجنس (70 سنة) سنة مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى)	210
(58-4)	تطور مؤشر الخصوبة الكلي على المستوى الوطني (2010، 2015)	211
(59-4)	معدلات الخصوبة لسنة 2015.....	212
(60-4)	متوسط عمر الحمل للدول محل الدراسة	213

(61-4)	معدل المواليد إجمالي (لكل 1000 شخص)	215
(62-4)	معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص).....	217
(63-4)	نسبة الإنفاق الحكومي للدول العربية مجتمعة، الاتحاد الأوروبي على الرعاية الصحية.....	222
(64-4)	تطورالناتجالمحليالإجماليمقاسابـ (القيمةللدولارالأمريكي)	223
(65-4)	إجماليالإنفاقعلىالرعايةكنسبةمنإجماليالناتجالمحلي	224
(66-4)	إنفاق القطاع الخاص	225
(67-4)	نسبة الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة	226
(68-4)	نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالدولار الأمريكي).....	227
(69-4)	نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة (%)	228
70-4)	نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي(%).....	229
(71-4)	نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بمتوسط سعر الصرف (بالدولار الأمريكي)	230
(72-4)	الإنفاق على الرعاية الصحية، القطاع الخاص.....	231
(73-4)	الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة من مجموع النفقات على الرعاية الشخصية	232
(74-4)	التأمين الخاص كنسبة من إجمالي الإنفاق الخاص.....	233
(75-4)	إجمالي الإنفاق على الصحة لكل فرد (بالدولار الأمريكي).....	234
(76-4)	مؤشر إجمالي الناتج المحلي بالدول محل الدراسة	235
(77-4)	إجمالي الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي	236
(78-4)	مؤشر إجمالي الإنفاق على الصحة	237
(79-4)	تطور الموارد المادية الصحية لسنة 2014.....	240
(80-4)	العلاقة بين إجمالي الإنفاق الصحة وكثافة الموارد البشرية.....	242
(81-4)	العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال الرضع لسنة 2014.....	243
(82-4)	العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات المواليد أحياء.....	244
(83-4)	العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات	245
(84-4)	معدل وفيات الأطفال الرضع(لكل 1000 مولود حي).....	246
(85-4)	معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)	247

(86-4)	معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات (لكل 1000 مولود حي).....	**248**
(87-4)	عدد وفيات الأمهات	**249**
(88-4)	نسب النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية صحية قبل الولادة.....	**251**
(89-4)	التحصين للوقاية من الحصبة (نسبة الأطفال في الشريحة العمرية 12-23 شهرا).....	**252**
(90-4)	عدد وفيات بالسرطان.....	**254**
(91-4)	اتجاه التطور في زيادة العمر المتوقع عند الولادة.....	**256**
(92-4)	معدل العمر المتوقع عند الميلاد (ذكور).....	**257**
(93-4)	معدل العمر المتوقع عند الميلاد (إناث).....	**258**
(94-4)	التطور الحاصل في معدلات العمر المتوقع للحياة ومعدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي).....	**260**
(95-4)	التطور الحاصل في معدل العمر المتوقع ومعدل وفيات المواليد أحياء.....	**262**

قائمة

الجداول

قائمة الجداول:

الرقم	عناوين الجداول	الصفحة
(1-1)	معدلات الاقتطاعات بالمائة (%)	41
(2-2)	تطور عدد السكان في الجزائر (بالمليون نسمة).....	85
(3-2)	دراسة ديمغرافيا الجزائر للفترة (2014/2013) و(2015/2014)، (2016/2015).....	85
(4-2)	نسبة الأطفال الذين يموتون أقل من خمس سنوات في الجزائر	88
(5-2)	معدل وفيات الرضع إجمالي (ذكور، إناث).....	88
(6-2)	معدل الخصوبة العام حسب السن **%**.....	89
(7-2)	عدد الوفيات العامة	89
(8-2)	مستوى التعليم للسكان البالغين 15 سنة فأكثر (إناث)	94
(9-2)	مستوى التعليم للسكان البالغين 5 سنوات فأكثر (ذكور).....	94
(10-2)	نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولار في اليوم (في الجزائر).....	101
(11-2)	أهم المؤشرات الاجتماعية خلال 2000-2004.	102
(12-2)	تطور متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)	103
(13-2)	معدلات البطالة إجمالي (**%** من إجمالي القوى العاملة)	104
(14-2)	تطور عدد السكان حسب الجنس (بالمليون نسمة) للفترة (2000-2016).....	106
(15-2)	تطور عدد السكان حسب الفئات العمرية.....	107
(16-2)	المعدل الخام للولادات على المستوى الوطني (2000-2015).....	109
(17-2)	تطور نسب ومعدلات الوفيات الخام على المستوى الوطني (2000-2015)	109
(18-2)	تطور نسب وحالات الزواج للفترة (2000-2015).....	111
(19-2)	تطور نسب وعدد حالات الطلاق (2010-2015).....	112
(20-2)	تطور احتمال العمر المتوقع للسكان حسب الأعمار (1990-2015)	113
(21-2)	تطور عدد الأطباء العامون والخواص غلى المستوى الوطني حسب التخصص (2000-2014).....	122

(22-2)	تطور نسبة التغطية الصحية (2000-2015).....	**123**
(23-2)	تطور عدد الأَسِرَّة في القطاع الاستشفائي العمومي.....	**125**
(24-2)	تطور عدد المؤسسات الاستشفائية حسب الصنف (2000-2015).....	**126**
(25-2)	تطور عدد المؤسسات العمومية الجوارية حسب الصنف (2000-2014).....	**127**
(26-2)	تطور مؤشر العمر المتوقع.....	**130**
(27-2)	تطور الدخل الوطني الإجمالي لكل ساكن/تكافؤ القدرة الشرائية	**131**
(28-2)	تطور مؤشر التنمية ومكوناتها.....	**133**
(29-3)	أبعاد النوعية للخدمات الصحية	**170**
(30-3)	مقارنة الأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية.....	**171**
(31-4)	تطور عدد السكان (بالمليون نسمة) للفترة 2000-2015	**200**
(32-4)	عدد السكان من حيث الجنس (% من إجمالي عدد السكان).....	**201**
(33-4)	تطور النمو الطبيعي للسكان	**202**
(34-4)	تطور عدد سكان الحضر (**%** من الإجمالي.....	**203**
(35-4)	تطور كثافة السكان (مقاسة بـ شخص لكل كيلو متر مربع من مساحة الأرض).....	**204**
(36-4)	نسبة تطور عدد السكان للفئة أقل من 14 سنة.	**205**
(37-4)	تطور تعداد السكان حسب الشريحة العمرية من (15-64) سنة ومن 65 سنة فما فوق (**%** من إجمالي عدد السكان).....	**206**
(38-4)	تطور نسبة الجنس (0-24) مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى).	**208**
(39-4)	تطور نسبة الجنس (25-69) سنة مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى)	**209**
(40-4)	تطور نسبة الجنس (70 سنة) سنة مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى)	**210**
(41-4)	تطور مؤشر الخصوبة الكلي على المستوى الوطني (2010، 2015)	**211**
(42-4)	معدلات الخصوبة لسنة 2015.....	**212**
(43-4)	متوسط عمر الحمل للدول محل الدراسة	**213**
(44-4)	المعدل الخام للولادات على المستوى الوطني (2000-2015)	**214**

(45-4)	معدل المواليد إجمالي (لكل 1000 شخص)	215
(46-4)	تطور نسب ومعدلات الوفيات الخام على المستوى الوطني (2000، 2015)	216
(47-4)	معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص)	216
(48-4)	المؤشرات الديمغرافية	218
(49-4)	المؤشرات الحيوية	219
(50-4)	نسبة الإنفاق الحكومي للدول العربية مجتمعة، الاتحاد الأوروبي على الرعاية الصحية.	221
(51-4)	تطورالناتجالمحليالإجماليمقاسابـ (القيمةللدولارالأمريكي)	222
(52-4)	إجماليالإنفاقعلىالرعايةكنسبةمنإجماليالناتجالمحلي	223
(53-4)	إنفاق القطاع الخاص	224
(54-4)	نسبة الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة	225
(55-4)	نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالدولار الأمريكي)	226
(56-4)	نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة (%)	227
(57-4)	نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي(%)	229
(58-4)	نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بمتوسط سعر الصرف (بالدولار الأمريكي)	230
(59-4)	الإنفاق على الرعاية الصحية، القطاع الخاص.....	231
(60-4)	الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة من مجموع النفقات على الرعاية الشخصية	232
(61-4)	التأمين الخاص كنسبة من إجمالي الإنفاق الخاص.....	233
(62-4)	إجمالي الإنفاق على الصحة لكل فرد (بالدولار الأمريكي).....	234
(63-4)	مؤشر إجمالي الناتج المحلي بالدول محل الدراسة	235
(64-4)	إجمالي الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي	236
(65-4)	مؤشر إجمالي الإنفاق على الصحة	237
(66-4)	تطور الموارد المادية الصحية لسنة 2014.....	240
(67-4)	تطور عدد الموارد البشرية الصحية (2011-2014)	241
(68-4)	العلاقة بين إجمالي الإنفاق الصحة وكثافة الموارد البشرية.....	242
(69-4)	العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال الرضع لسنة 2014.	243

(70-4)	العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات المواليد أحياء	**244**
(71-4)	العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات	**245**
(72-4)	معدل وفيات الأطفال الرضع(لكل 1000 مولود حي).....	**246**
(73-4)	معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)	**247**
(74-4)	معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات (لكل 1000 مولود حي).....	**248**
(75-4)	عدد وفيات الأمهات.....	**249**
(76-4)	نسب النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية صحية قبل الولادة	**250**
(77-4)	التحصين للوقاية من الحصبة (نسبة الأطفال في الشريحة العمرية 12-23 شهرا).....	**252**
(78-4)	عدد وفيات بالسرطان	**253**
(79-4)	عدد وفيات بالسرطان	**254**
(80-4)	اتجاه التطور في زيادة العمر المتوقع عند الولادة.....	**255**
(81-4)	معدل العمر المتوقع عند الميلاد (ذكور)	**257**
(82-4)	معدل العمر المتوقع عند الميلاد (إناث)	**258**
(83-4)	التطور الحاصل في معدلات العمر المتوقع للحياة ومعدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي)	**259**
(84-4)	التطور الحاصل في معدل العمر المتوقع ومعدل وفيات المواليد أحياء	**261**
(85-4)	تطور معدل التنمية البشرية ومكوناتها.....	**263**

مقدمة

عامة

يؤدي قطاع الصحة دورا مهما في التنمية البشرية، حيث يوفر حاجة تعد في حد ذاتها هدفا أساسيا، إذ يعتبر الحصول على أعلى مستوى صحي ممكن للوصول إليه أحد الحقوق الأساسية للإنسان. وفقا لما ورد في ميثاق منظمة الصحة العالمية، وهي من خلال ذلك تحدد فرص النمو الاقتصادي سواء بشكل مباشر من خلال المتاح من رأس المال البشري. أو بشكل غير مباشر من خلال التأثير على القدرة على الادخار وفرص الاستثمار وإمكانية الاستفادة من الفرصة السكانية التي تتاح من خلال عملية التحويل الديمغرافي.

والحديث عن قطاع الصحة يجرنا للحديث على النمو السكاني إذ يعتمد الطلب على الخدمات الصحية على أعداد السكان، ويعد الوطن العربي بما فيه الجزائر من المناطق التي لديها أعلى معدلات نمو سكاني في العالم، إذ أن حجم السكان أو النمو السكاني يمكن أن يوفر فرصا كبيرة للتنمية البشرية، والرفاه البشري إذ توفرت عوامل أخرى تساعد على حدوث نمو اقتصادي مثل مستويات استثمار مرتفعة (في المجال التعليمي) ومستويات صحية جيدة، وأما التحديات التي تفرضها فتتمثل في أن أعداد كبيرة من الناس ستتقاسم موارد ووظائف محدودة بحيث لا يتمكن الإنسان من تحقيق ذاته وإشباع كامل رغباته خاصة تلك المتعلقة بالجانب الصحي. نظرا لاستحالة تغطية الطلب الاجتماعي من قبل حكومات الدول المتزايد على العلاج، لشريحة أكبر من عدد طالبيها دون الأخذ بعين الاعتبار تزايد حجم النفقات الصحية.

ومن هذا المنطلق كانت الضرورة ملحة لظهور "اقتصاد الصحة لتنظيم هذا القطاع ومساعدة المسير في صنع واتخاذ القرارات.

والاقتصاد الصحي هو فرع من فروع الاقتصاد يفسر المفاهيم والظواهر الاقتصادية للخدمات الصحية، إذ يحاول ضبط الكميات وكذا جودة الخدمات الصحية موضحا أغراضها، متعلقاتها، توظيفاتها، فعالياتها وجميع معطياتها لخدمة الإنسان.

وجدير بالذكر أنه غالبا ما يحدث التباس بين مفهوم كل من اقتصاديات الصحة واقتصاديات الخدمات الصحية واقتصاديات الرعاية الصحية، بينما هناك فارق كبير بينهم، فمفهوم اقتصاديات الصحة كما عرفناه لاحقا مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة، والتي تشتمل على الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات. على غرار التغذية السليمة، الموارد البشرية والمنشآت الصحية، مياه الشرب، والبيئة النظيفة...إلخ. إلا أن الخدمات الصحية هي أهم تلك المدخلات، بينما يضيق مفهوم اقتصاديات الخدمات الصحية ليشمل فقط الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية وكمدخل إنتاج في صناعة الصحة، وكجزء من الرعاية الصحية (نوع من أنواع الرعاية الصحة).

أما التنمية البشرية فحسب ما جاء في تقرير التنمية البشرية لسنة 1990 بأنها "عملية توسيع خيارات الناس"، وفي واقع الحال أن هذه الخيارات يمكن أن تكون بلا نهاية، وتتغير بمرور الوقت ويمكن حصرها في ثلاث عناصر، وهي أن يحيا الإنسان حياة مديدة وصحيحة، أن يكتسب المعرفة وأن يحصل على الدخل والموارد اللازمة لتحقيق حياة كريمة.

وتوجه آخر يرى أن التنمية البشرية هي استراتيجية تنموية تبدأ وتنتهي بالناس، وهي تقوم على أربع عناصر أساسية هي الإنتاجية، الاستمرارية، المشاركة والعدالة. أي بمعنى زيادة قدرات الأفراد التعليمية والصحية حتى تزداد الإنتاجية ويزداد الدخل وتزداد القدرة على إشباع الحاجات.

أما إذا انتقلنا من المنظور الضيق إلى المنظور الأوسع للتنمية البشرية باعتبارها عملية توسيع الخيارات المتاحة أمام البشر، فإن الخدمات الصحية تمثل الأساس الذي يرتكز عليه تحقيق أول الخيارات الأساسية الثلاثة التي لا يتصور بدونها تحقيق الخيارات الأخرى وهو تحقق حياة طويلة خالية من العلل، وهو ما يحدد بدوره إمكانية تحقيق الخيارين الأساسيين الآخرين من خلال تحسين فرص التعليم والقدرة على اكتساب الدخل.

واستنادا على ما سبق فإن الخدمات الصحية تمثل الأساس الذي يرتكز عليه تحقيق أول الخيارات الأساسية الثلاثة ألا وهو (تحسين مستويات الصحة) التي بدورها تعمل على تحقيق الخيارين الآخرين (التعليم، الدخل) المكونين للتنمية البشرية.

ولن يتحقق ذلك إلا من خلال جودة هاته الخدمات الصحية، التي يعنى الاقتصاد الصحي بقياسها، لأنه وكما سبق وأن ذكرنا أنه مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي، يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة والتي تشمل على الخدمات الصحية كأحد أهم تلك المدخلات، إذ أن جودة الخدمات الصحية، هي الدرجة التي يراها المريض في الخدمات الصحية المقدمة إليه من خلال مجموعة من النقاط.

المريض وما يوفره المستشفى من معالجة تتسمى بالعطف والاحترام، الطبيب ومهمته هي وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدما والمهارات الطبية في خدمة المريض، المالكين ودورهم الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن، أما إدارة المستشفى فمهمتها هي تحقيق الكفاءة في التقديم.

وعلى هذا الأساس يمكن القول أن قياس جودة الخدمات الصحية تقاس بنموذجين، نموذج الفجوات، ونموذج الاتجاهات للأداء الفعلي للخدمة، وعلى الرغم من الاختلاف بين النموذجين إلا أن كلاهما يعتمد على نفس الأبعاد (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان والتعاطف). إذ لهما نفس القياس المتمثل في مقياس (ليكارت) للموافقة أو عدم الموافقة.

ويعد قياس جودة الخدمات الصحية أحد المداخيل الأساسية لتحسين وتطوير الجودة في المنظمات الصحية، فجودة الخدمات الصحية (مؤشر الصحة) تؤدي إلى الرفع وتفعيل معدلات التنمية البشرية، أما تردي الخدمات الصحية فتعمل على عدم الرفع من معدلاتها، بدليل أنه ومع تحسن جل مؤشرات الصحة سواء المادية أو البشرية، انعكس هذا إيجابا على معدلات التنمية البشرية في الجزائر إذا انتقلت من الرتبة 93 عالميا إلى المرتبة 83 لأعوام 2014 و2015 على التوالي: بفضل تحسن متوسط العمر المتوقع الذي 76 سنة.

ولعل دراسة اقتصاديات الصحة تمثل أهم مدخل لفهم الوضع الصحي ككل، ومشاكله وطرق تطويره، وتشمل اقتصاديات الصحة تمويل العلاج الجاري كما تشمل إنشاء وصيانة الاستثمارات في مجال تقديم الخدمات الصحية، بمعنى الاقتصاد الصحي هو مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة على غرار القوى العاملة البشرية والمادية، عدد الأسّرة من خلال قياس كفاءة الإنفاق ،ومدى انعكاس هذا الإنفاق الذي هو من اختصاص الاقتصاد الصحي على مخرجات الصحة كمعدلات وفيات الأطفال، معدلات وفيات الأمهات، معدلات الإصابة بالأمراض المعدية والمزمنة، وتستخدم هذه المؤشرات لتحديد مدى نجاح البرامج الصحية التي تعبر عن مدى نجاح الاقتصاد الصحي الذي يعمل على رسم السياسات والتخطيط الصحي، ومن ثم نتعرف على مساهمته في تفعيل التنمية البشرية، ولذا سننطلق من هذا الطرح في دراستنا.

إذ يؤدي قطاع الصحة دورا مهما في الرفع من معدلات التنمية البشرية، ومن ثم يعتبر الحصول على أعلى مستوى صحي ممكن الوصول إليه أحد الحقوق الأساسية للإنسان، ولن يتأتى هذا إلا من خلال الجانب المالي كداعم رئيسي يساهم في تعزيز قدرة النظام الصحي على الاستمرارية من خلال توجيه الإنفاق والاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، الذي يعتبر أهم مبدأ من مبادئ اقتصاديات الصحة، و على هذا الأساس تتبلور الإشكالية محل الدراسة في التالي:

ما مدى مساهمة اقتصاديات الصحة من خلال الإنفاق الصحي في تفعيل معدلات التنمية البشرية؟

وهناك أسئلة فرعية يمكن أن تساعدنا في حل هذه الإشكالية المطروحة آنفا

- فيما تكمن الاختلافات بين سوق خدمات الرعاية الصحية عن الأسواق النمطية؟
- هل خدمات الرعاية الصحية تشكل احد أهم المكونات الاحتياجات الأساسية التي تعرف بالرفاه في اقتصاديات التنمية البشرية؟
- هل هناك علاقة طردية بين الإنفاق على الصحة ومجموع كثافة الموارد البشرية ؟
- هل هناك علاقة عكسية بين الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال الرضع؟

- هل هناك علاقة عكسية بين الإنفاق على الصحة، وبين معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة؟

فرضيات الدراسة:

- الاقتصاد الصحي أسواقه (سوق خدمات الرعاية الصحية) تختلف عن بقية الأسواق النمطية.
- إن ضعف الأبعاد الثلاثة لدليل التنمية البشرية (الصحة، التعليم، الدخل)، هو الذي جعل الجزائر تتأخر عن الانتقال الايجابي نحو معدلات مرتفعة للتنمية البشرية.
- الخدمات الصحية المقدمة، تقاس بمخرجات الصحة.
- مؤشر العمر المرتقب (أحد مكونات الصحة)، له دور كبير في تفعيل ورفع معدلات التنمية البشرية على غرار بقية العناصر (التعليم، الدخل).

مبررات اختيار الدراسة:

تم اختيار الموضوع لجملة من العوامل يمكن تلخيصها فيما يلي:

- **الدوافع الموضوعية:** نظرا لحداثة وقلة الدراسات التي تناولت اقتصاديات الصحة التي تعالج الخدمات الصحية، ارتأينا أن نتطرق إلى هذا الموضوع بغية الاستفادة منها على مستوى المنظمات الصحية بصفة خاصة أو على مستوى الإدارة العليا (الوزارة) بصفة عامة.
- **الدوافع الذاتية:** رغبة منا على معرفة خبايا قطاع الصحة من الناحية الاقتصادية عن كثب، وعن حقيقة هذا القطاع وخاصة بعد الإصلاح الذي باشرته الدولة.

أهمية الدراسة:

تمثل الصحة في الاقتصاد الجزائري كاقتصاد نامي ركيزة أساسية، في عملية التنمية البشرية من خلال تأثيرها على فرص النمو الاقتصادي، وإمكانية تحقيق الخيارات الأساسية للبشر، وفي ضوء أهمية الدور الذي يؤديه الاقتصاد الصحي في تفعيل التنمية البشرية، ومن هنا تظهر أهمية الموضوع في إبراز دور اقتصاديات الصحة كمعيار من خلال مؤشراتها، تطبيقاتها وأهدافها في تفعيل التنمية البشرية.

أهداف الدراسة:

إن التركيز العالمي على الصحة كإحدى سبل الوصول إلى تفعيل التنمية البشرية، لا يترك للجزائري أي مجال للتردد والمماطلة إن هي قررت تحقيق معدلات مثلى للتنمية البشرية (0.7 -0.9)، باعتبارها عملية توسيع الخيارات المتاحة أمام البشر، وعلى هذا الأساس تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

- معرفة دور الاقتصاد الصحي في رفع من معدلات التنمية البشرية.

- تبيان مدى مساهمة مؤشر الصحة من خلال أحد أهم دعائمه ألا وهو العمر المتوقع عند الحياة، في الرفع من معدلات التنمية البشرية.
- التعرف على واقع التنمية البشرية في الجزائر من خلال المؤشرات الثلاثة (الدخل، الصحة، التعليم).
- التعرف على مقاييس جودة الخدمات الصحية.
- التطرق إلى عناصر المزيج التسويقي في مجال الصحة.
- التعرف على العلاقة السببية بين مؤشرات الصحة (معدل وفيات الأطفال الرضع، ومعدل الأطفال دون خمس سنوات)، وبين إجمالي الإنفاق على الصحة.

منهج الدراسة:

اتبعنا منهجين من هذه الدراسة:

- **المنهج الوصفي**: اعتمدنا في الجانب النظري على المنهج الوصفي لتتبع الظاهرة موضوع البحث، وذلك من خلال جمع البيانات والمعلومات المرتبطة بالمداخل النظرية لمفهومي الاقتصاد الصحي، والتنمية البشرية وكل ما يتعلق بالعلاقة بينهما نظريا.
- **منهج التحليل الإحصائي**: اعتمدنا عليه في الجانب التطبيقي لاختيار فرضيات الدراسة من.

حدود الدراسة:

- **الحدود الزمانية**: جرت الدراسة من عام 2000 إلى عام2015 .

الدراسات السابقة:

بما أن مفهوم الإنتاجية مرتبط في الأصل بفكرة دالة الإنتاج، وفي مجال اقتصاديات الصحة تعرف الدالة المستخدمة في تحليل وقياس إنتاجية الخدمة الصحية بدالة إنتاج الصحة، وعلى هذا الأساس فإن الكفاءة في الأداء سوءا من حيث كثافة المنشآت الصحية أو الموارد البشرية الصحية واستغلالها أحسن استغلال (أدوات الاقتصاد الصحي)، هي المعيار المهم في الحكم على جودة أداء المؤسسات الصحية والمستشفيات، التي هي مطالبة بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تنعكس من خلال مخرجات مؤشرات الصحة (العمر المتوقع). هذه الأخيرة التي بدورها تنعكس ايجابيا على تفعيل معدلات التنمية البشرية.

لذا اعتمدنا على الدراسات السابقة كقراءات مبدئية لتحليل وتوضيح ما سبق ذكره، حتى يمكن الاستفادة منها لمعالجة موضوع الدراسة.

- دراسة (حسني إبراهيم عبد الواحد 2008) بعنوان: "إنتاجية النفقات العامة الصحية في مصر دراسة مقارنة"، هدفت هذه الدراسة إلى تقدير الإسهام الحدي للعوامل التي تؤثر في الحالة الصحية مثل الدخل والتعليم ومقارنة أثرها بأثر الخدمات الصحية، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعتبر التعليم (معبرا عنه بإجمالي نسبة الملتحقين) ووفقا لقيمة المعادلات هو الأكثر تأثيرا على الحالة الصحية سواء في النموذج الأول (الأثر على العمر المتوقع)، أو في النموذج الثاني (معدل وفيات الرضع).

- جاءت نتائج التقديرات لتوكيد أثر تعليم المرأة في خفض معدل وفيات الأطفال الرضع، حيث تثبت معنوية هذا المتغير في المحافظات المصرية وبإشارة سالبة.

- جاءت إشارة متغير التعليم سالبة بالنسبة للأثر على الحالة الصحية معبرا عنها بمتوسط العمر المتوقع سواء على مستوى الجمهورية أو على مستوى المحافظات محل المقارنة مما يؤيد الأثر السلبي لتعليم على الحالة الصحية في مصر.

- دراسة (آمال مصطفى نصر الدين محمود 2009) بعنوان "تأثير صحة السكان على التدفقات الداخلة من رأس المال الأجنبي" مع التطبيق على جمهورية مصر العربية" هدفت هذه الدراسة إلى تبيان العلاقة بين الصحة والتدفقات الداخلة من رأس المال الأجنبي، وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- تؤثر الصحة على التدفقات الداخلة من الاستثمارات الأجنبية المباشرة تأثيرا موجبا، وخير دليل على ذلك تأثير الصين الشعبية من جراء ظهور مرض (SARS)، حيث تأثرت حركة الاستثمارات الأجنبية المباشرة تأثرا سلبا وانخفضت قيمة بدرجة ملحوظة.

- يعتبر مؤشر العمر المتوقع للفرد وهو بصحة جيدة مؤشرا هاما للغاية، وهو يعكس الحالة الصحية بشكل أقرب للواقع، ولكن مشكلته هي عدم توافر بيانات سلاسل زمنية له.

- يؤثر معدل التغير في الوضع الصحي للسكان في الدولة المضيفة (مقاسا بالمؤشرات الثلاثة: العمر المتوقع للفرد عند الولادة، الإنفاق العام على القطاع الصحي، معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات لكل 1000 طفل، تأثيرا موجبا وإحصائيا على التغير في تدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر.

- تعد صحة السكان في الدولة المضيفة عاملا أساسيا من العوامل التي تتكامل مع بعضها البعض لتشكل منظومة تساعد في جذب الاستثمارات الأجنبية المباشرة، تختلف أهميته النسبية بحسب درجة تقدم الدولة، حيث ترفع أهميته النسبية في الدول النامية مقارنة بالدول المتقدمة، وذلك نظرا لارتفاع درجة التشبع النسبي التي وصلت إليه تلك الدول المتقدمة.

- دراسة (جندي محمد صفوت عامر أبو سحلي 2009): بعنوان: "خصخصة الخدمات العامة مع إشارة خاصة للخدمات الصحية بمصر (دراسة مقارنة 2009)"، هدفت هذه الدراسة المعرفة ماهية الخدمات العامة ومجالاتها ومحاولة التوصل إلى معرفة مدى تأثير الخصخصة على تقديم الخدمات العامة وكفاءة القطاع الخاص في تقديم هذه الخدمات بالقدر المطلوب وبمستوى جودة عالية، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها:

- اتسعت دائرة الخصخصة وأصبحت تشتمل على مجالات لم يكن يتوقع تحويل المشروعات العامة فيها إلى القطاع الخاص فبالإضافة إلى خصخصة المشروعات العامة التقليدية في القطاعات الصناعية والزراعية والتجارية، فقد اتجهت برامج الخصخصة نحو مشروعات البنية التحتية (الخدمات والمنافع العامة كالمياه والصرف الصحي والطاقة الكهربائية، والخدمات الاجتماعية (كالصحة).

- إن جوهر النظام الصحي يستند في المقام الأول على الوقاية قبل المرض.

- إن الصحة الجيدة هي المورد الأساسي للتنمية الاجتماعية والاقتصادية وأن الوصول إلى مستويات أعلى من التنمية البشرية تعني أن الناس يعيشون سنوات من الحياة أطول أكثر صحية.

- تعتبر الصحة هي المنتج الرئيسي للتنمية والتقدم، كما أنها تعد معدا للخدمات ككل، ولذا يلزم تحسينها باستمرار، وتوسيع مجالها إلى مجالات التعليم والتغذية والبيئة والخدمات الأخرى للتنمية البشرية.

- دراسة (مزيان التاج، 2014) بعنوان: "الرضا الوظيفي وأبعاد جودة الخدمات من منظور تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية، قياس وتقييم الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان" هدفت إلى معرفة مدى اهتمام إدارة المؤسسة بالرضا الوظيفي وجودة الخدمات الصحية المعروضة، ومعرفة مستوى الجودة من خلال الأبعاد الرئيسية كأساس في قياس الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة والتعاطف، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية لدى المرضى في المؤسسة موضوع الدراسة لم يرقى إلى المستوى المطلوب وما زال متواضعا، أما فيما يخص رضا العملاء (المرضى) فأن مستواها بحسب النتائج المتوصل إليها متوسطة تتأرجح بين القبول أحيانا التذمر أحيانا أخرى، ولقد أولى المرضى أهمية التعاطف ضمن أبعاد الخدمات الصحية بالدرجة الأولى من حيث الاهتمام، ثم تلتها بعد ذلك الثقة، الاستجابة، الملموسية، وأخيرا الاعتمادية بحسب الترتيب ،وهذا النقص في الخدمات الصحية التي تعتبر مدخل من أهم مداخل الاقتصاد الصحي يؤثر سلبا على مؤشر الصحة (الذي يدرسه الاقتصاد الصحي) هذا الأخير الذي بدوره يؤثر على معدلات التنمية البشرية .

صعوبات الدراسة:

من بين الصعوبات التي واجهتنا من خلال إعداد هذه الدراسة ، هو عدم تعاون البعض من موظفي قطاع الصحة، بحجة سرية المعلومات وخاصة ما تعلق منها بالتكاليف الصحية، وكذا نقص الإحصائيات المتعلقة بالدول محل المقارنة، وبالخصوص دولة المغرب التي واجهنا بها صعوبات كبيرة فيما يخص الإحصائيات جعلتنا نتوقف عند سنة 2014، ضف إلى ذلك توفرت لنا إحصائيات لسنوات حديثة (2016) مثلا، لكن محتواها متوقف عند سنة 2014 على غرار إحصائيات تطبيقات اقتصاديات الصحة بالدول محل المقارنة. وجدير بالذكر أن اقتصاديات الصحة تعتبر من أحسن الدول فيما يخص توفر معطياتها مقارنة مع دول أخرى كمصر، موريتانيا واليمن، ووقع عليها اختيارنا عند جمع المعطيات لأنها متشابهة من حيث الظروف.

تقسيمات الدراسة:

قسمت دراستنا إلى أربعة فصول، ثلاث فصول نظرية، وفصل تطبيقي، إذ تناولنا في **الفصل الأول** مفاهيم أساسية حول اقتصاديات الصحة، قسم إلى ثلاثة مباحث:

المبحث الأول: ماهية اقتصاديات الصحة

المبحث الثاني: ماهية اقتصاديات الخدمات الصحية

المبحث الثالث: تحليل سوق السلع والخدمات الصحية

أما **الفصل الثاني** فكان معنونا بمدخل للتنمية البشرية، وقسم إلى ثلاثة مباحث

المبحث الأول: مفاهيم أساسية حول التنمية البشرية

المبحث الثاني: واقع التنمية البشرية في الجزائر

المبحث الثالث: تقييم لمؤشرات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية في الجزائر

في حين تناولنا في **الفصل الثالث** مفاهيم أساسية حول إدارة الخدمات الصحية، وقسم بدوره إلى ثلاثة مباحث.

المبحث الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية، قياسها وتقييمها.

المبحث الثالث: عناصر المزيج التسويقي في الخدمات الصحية.

أما **الفصل الرابع** عالجنا فيه دراسة أثر مساهمة اقتصاديات الصحة، وحللنا انعكاساتها على التنمية البشرية بين الدول محل الدراسة إذ تناولنا فيه ثلاث مباحث كانت كالتالي:

المبحث الأول: المؤشرات الديمغرافية للدول محل الدراسة.

المبحث الثاني: مقارنة مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية بالدول محل الدراسة.

المبحث الثالث: أدوات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية.

الفصل الأول

مفاهيم أساسية حول اقتصاديات الصحة

تمهيد:

صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه، وذلك من أجل استمرارها واستقرارها، فكل السياسات التي تنتهجها ترتكز على الفرد، ومدى فشلها أو نجاحها مرتبط بصحة الفرد ومعيشته.

وتعد الصحة محددا هاما في توضيح التفاوتات في الدخول ومستويات المعيشة ما بين الدول المتقدمة والنامية، فصحة الأفراد وتحسنها ترتبط بالتقدم الاقتصادي للدولة، فكلما كان الأفراد أغنياء كلما كانوا أكثر قدرة على التمتع بمدخلات جيدة للصحة مثل: التغذية الجيدة، الملبس، ظروف عمل آمنة... والعكس صحيح، وهذا ما يتطلب تدخل الدولة عامة والأطراف الأخرى خاصة للتمويل الصحي، إلا أن هذا الأخير يتطلب تكاليف باهظة أصبحت تثقل كاهل ميزانيتها، ومن هذا المنطلق بات من الضروري تدخل الاقتصاد في ميدان الصحة لترشيد وعقلنة النفقات الصحية المتزايدة.

هذا ما استدعى ظهور فرع اقتصادي جديد يسمى "اقتصاد الصحة" من أجل جعل النظام الصحي أكثر فعالية وكفاءة.

لذا سنعرج على ماهيته من خلال الإطار النظري والتحليلي، ونبرر الفرق بين المفاهيم المتصلة به على غرار اقتصاديات الخدمات الصحية، والرعاية الصحية وحتى الصحة في حد ذاتها.

وسنناقش مصادر التمويل الصحي في عدد من البلدان بما فيها الجزائر، وسنعرج على سوق الخدمات الصحية الذي يحلله الاقتصاد الصحي من خلال مجموعة من الأدوات الاقتصادية على غرار دالة الطلب ودالة العرض.

المبحث الأول: ماهية اقتصاديات الصحة

يعتبر الاقتصاد الصحي أحد أهم الفروع الهامة في علم الاقتصاد في النشأة، ظهر في نهاية الخمسينيات في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا، ثم في فرنسا بداية السبعينيات ومن هنا كانت الضرورة ملحة لانتشاره، وهذا نظرا لاستحالة تغطية الطلب الاجتماعي المتزايد على العلاج نظرا للأزمة الاقتصادية التي أصابت الدول الغربية مع نهاية السبعينيات، التي اهتمت بالجانب الاجتماعي من توفير الخدمات الصحية لشريحة أكبر من عدد طالبيها دون الأخذ بعين الاعتبار تزايد حجم النفقات الصحية، فبرز "اقتصاد الصحة" لتنظيم هذا القطاع لمساعدة المسير في صنع واتخاذ القرارات، وهذا ما يجرنا للحديث عن هذا النوع من فروع الاقتصاد.

المطلب الأول: مفاهيم حول اقتصاديات الصحة.

سنتناول من خلال هذا المطلب تعريف الاقتصاد الصحي، لأن هناك عدة افتراضات خاصة بالرعاية الصحية تجعلها مختلفة عن الصناعات الأخرى، وكأمثلة على ذلك نذكر منها:

- شح المعلومات لدى المستهلكين، فالمستهلك للخدمات الصحية لا يعرف مشكلته الصحية ولا كيفية معالجتها.
- عدم التأكد من النفقات الطبية التي قد يتكبدها المريض أو الحكومة.
- وجود عدد كثير من المنظمات الصحية لا تستهدف الربح، وتحدد أسعار خدماتها على أساس التكلفة.

وبالرغم من أن بعض هذه الافتراضات توجد في قطاعات وصناعات أخرى، إلا أن وجودها مجتمعة في الرعاية الصحية يجعل منه قطاعا "منفردا" وصناعة قائمة بحد ذاتها.

لذا سنتناول من خلال هذا المطلب تحديد تعريف شامل للاقتصاد الصحي ومن ثم نعرج على ظروف ظهوره.

أولا: تعريف الاقتصاد الصحي

يعرف الاقتصاد الصحي بأنه: "ذلك العلم الذي يفسر المفاهيم والظواهر الاقتصادية للخدمات الصحية مع محاولة ضبط عمليات الأسعار والندرة النسبية والكميات للخدمات الصحية موضحا أغراضها ومتعلقاتها وتوظيفاتها وفعالياتها وجميع معطياتها لخدمة الإنسان"[1].

كما يعرف الاقتصاد الصحي بأنه: "أحد فروع علم الاقتصاد والذي يهدف إلى تطبيق الأدوات الاقتصادية المتعارف عليها في مجال الخدمات والرعاية الصحية، بغرض المساهمة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهذا القطاع الهام لتحسين كفاءته، وكذلك المساهمة في طرق للتفكير فيما يتعلق بالصحة واستخدام الموارد الخاصة بالخدمات

[1]- مهند أحمد حلوش، اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2004، ص: 164.

والرعاية الصحية، والتي تتميز بالندرة، ومن ثم ضرورة تحقيق التخصيص الكفء لهذه الموارد بهدف تعظيم المنافع الاجتماعية التي يمكن الحصول عليها من الموارد المستخدمة في إنتاج الصحة"[1].

وفي نفس السياق يعرف الاقتصاد الصحي: "بأنه فرع من فروع علم الاقتصاد والذي يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة، بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل، كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت السياسات الصحية تزيد أو تخفض من الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع الرعاية الصحية. كذلك يهتم علم اقتصاديات الصحة أساسا بتخصيص الموارد الاقتصادية النادرة بين استخدامات الرعاية الصحية المتنافس عليها، والتي تزداد مواردها ندرة، بينما تزداد الحاجة إليها مع مرور الزمن ويقوم علم اقتصاديات الصحة بالإجابة على ثلاث تساؤلات أساسية هي:

- كيف يتم تقديم الرعاية الصحية بأقل تكلفة ممكنة؟
- كيف يتم توزيع الخدمات الصحية على من يحتاجونها؟
- كم من الموارد المحدودة يرغب المجتمع في إنفاقها على الرعاية الصحية[2]؟

كما يعرف الاقتصاد الصحي أنه: "فرع من فروع علم الاقتصاد الذي يتعامل مع التكلفة والإنفاق على إنتاج واستخدام الخدمات الصحية وزيادة فعاليتها"[3].

ومن خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن الاقتصاد الصحي يركز على تحليل القضايا الصحية ويقيم سياساتها وتشريعاتها وأنظمتها من حيث تأثير كل منها على العرض والطلب على خدمات الرعاية الصحية، وكذا يخطط لإنتاجها بكفاءة وتوزيعها بعدالة ويحدد تكاليف ومنافع أي من خياراتها.

بمعنى أن الاقتصاد الصحي يظهر الفرق بين العرض والطلب على الخدمة الصحية وغيرها من السلع والخدمات الأخرى، حيث أنهما الأساس لتحقيق نقطة التوازن الاقتصادي لصناعة الصحة.

أضف إلى ذلك أن من أهم القواعد التي ترتكز عليها اقتصاديات الصحة هو تقديم مجموعة من التقنيات التحليلية التي تساعد متخذي القرار في القطاع الصحي، على رفع درجة الكفاءة، الفعالية، الأداء والعدالة، وطرح طريقة عمل جديدة في القطاع تأخذ بعين الاعتبار الندرة وتتيح له المفاضلة والاختيار بين البدائل المتاحة.

ثانيا: ظروف ظهور اقتصاد الصحة

---

[1] - Shiell C. Donaldson, 2002, « Health Economic » Journal of Epidemiology and Community Health, 56, pp 85-88.

[2] - محمد حامد عبد الله، دور الاقتصاد في خدمات الرعاية الصحية ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الواقع والمستقبل، 8-9 أفريل 2003، ص: 06.

[3] - Medhat Abdelaziz hassan : Study on Lotion of health services-condidate/PHD dissertation-HUN, Academy of Science-HUN gRy, 1979.

هناك عدة أسباب أدت إلى ظهور اقتصاد الصحة يمكن إيجازها فيما يلي:

1- تزايد النفقات الصحية:

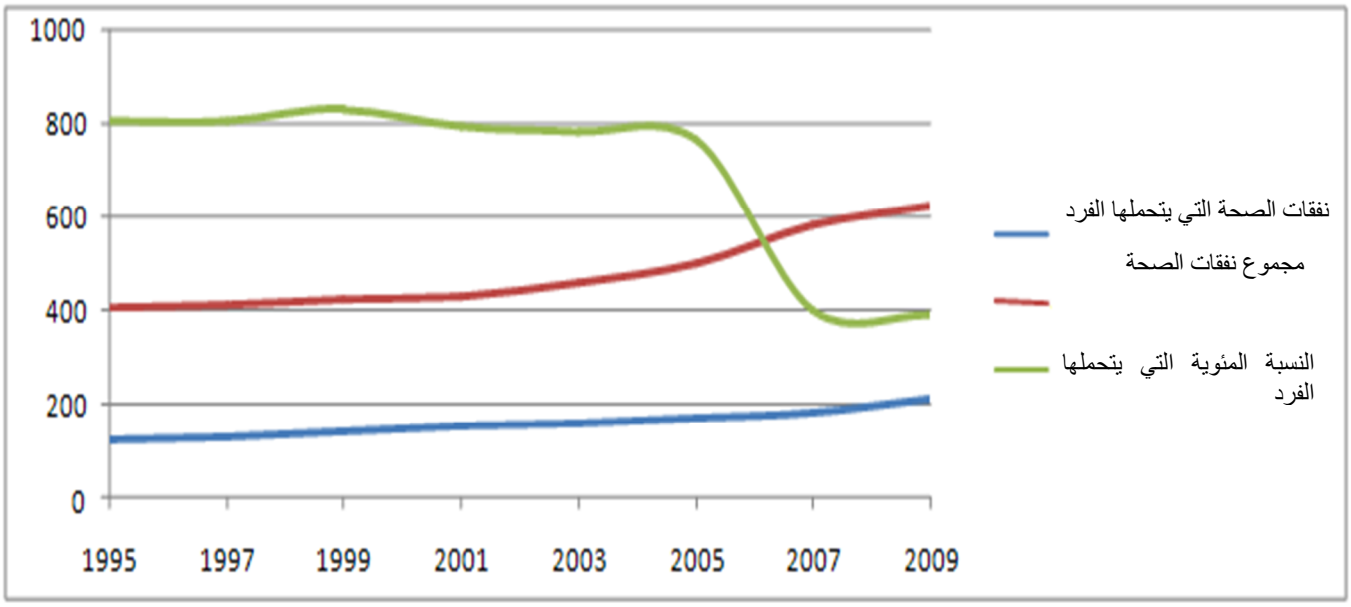
يعتبر هذا العنصر من أهم العوامل التي ساعدت على ظهور هذا الفرع الهام من فروع علم الاقتصاد، حيث أن نمو النفقات الصحية منذ الحرب العالمية الثانية كان في تزايد مستمر، فنذكر على سبيل المثال: ألمانيا كانت النفقات الصحية تقدر ب220 دولار أمريكي في سنة 1970 لترتفع إلى 1072 دولار أمريكي في سنة 1987، أما الدانمارك فكانت النفقات الصحية لسنة 1970 تقدر ب252 دولار أمريكي لترتفع إلى 784 دولار أمريكي سنة 1987، في حين تركيا ارتفعت نفقاتها من 70 دولار أمريكي إلى 337 دولار أمريكي سنة 1987.

أما في تركيا فاق معدل النمو السنوي للنفقات الصحية معدل الناتج الداخلي الخام ب9.7 مقابل 7.9 على التوالي[1].

ويرى صندوق النقد الدولي أن نمو الإنفاق على الصحة راجع إلى نمو البلدان اقتصاديا، أي تحول معظم هذه الدول إلى الاهتمام بتمويل الرعاية الصحية، أي زيادة نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة، وانخفاض النفقات التي يتحملها في الخدمات الصحية، وهذا ما يظهره الشكل أدناه.

[1]- جون ليبي أوروتكست، مدخل لاقتصاد الصحة، في دونالد، منشورات 117، ص: 18.

الشكل رقم (1-1): النفقات التي يتحملها الفرد ونصيبه من النفقات السنوية



المصدر: التمويل والتنمية، مجلة صندوق النقد الدولي، العدد 01، الرقم 04، ديسمبر 2014، Fan and saved off دراسة 2014، ص: 12.

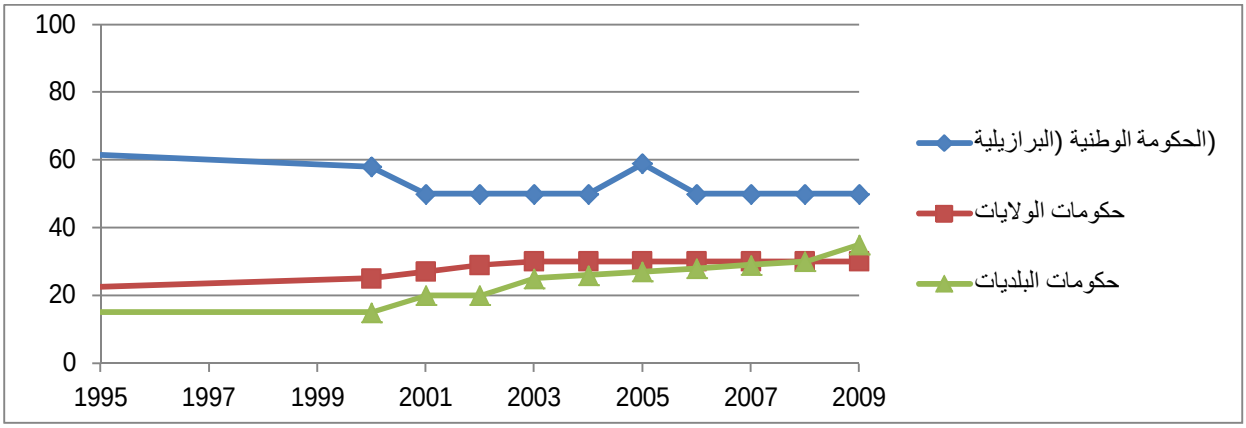
ملاحظة: البيانات هي متوسط 126 اقتصادا من الاقتصادات المتقدمة واقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية.

والملاحظ أن تزايد الإنفاق على الصحة بإطراد في شتى أنحاء العالم، بينما تتناقص الحصة التي يتحملها المرضى من تلك النفقات، وكما أشرنا سابقا هذا سبب من أسباب ظهور اقتصاد الصحة.

ويضيف التقرير الذي أعده صندوق النقد الدولي حول التمويل والتنمية أن ارتفاع المدخول في اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية، ومع مواصلة هذه الاقتصادات جهودها للتحول إلى النظام الديمقراطي وإلى اللامركزية والتحضر، فمن الأرجح أن يستمر نمو الاتجاه نحو تولي الحكومات دون المركزية مسؤولية الإنفاق، ويعطي الصندوق مثالا على ذلك، إذ يرى ارتفاع إنفاق الكيانات دون المركزية على الصحة في البرازيل من 25% إلى 55% من مجموع الإنفاق العام على الصحة بين عامي 1980 و2009[1]، وهذا ما يظهره الشكل الموالي:

[1] التمويل والتنمية، مجلة صندوق النقد الدولي، العدد 01، الرقم 04، ديسمبر 2014، Fan and saved off دراسة 2014، ص: 12.

الشكل رقم (1-2): مصروفات الحكومة على الصحة في البرازيل



المصدر: التمويل والتنمية، مجلة صندوق النقد الدولي، مرجع سبق ذكره، ص: 13

ومن الشكل أعلاه نلاحظ ارتفاع الإنفاق على الصحة في الولايات والبلديات بالبرازيل من 25% من مجموع الإنفاق على الصحة في عام 1980 إلى 55% في عام 2009.

وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أن القطاع الصحي في تلك الفترة تفوق بنسب متفاوتة على الكثير من القطاعات، وبما أن القطاع الصحي يتعامل مع أهم القضايا التي تشغل اهتمام الفرد في كل المراحل والعصور وهي حياته وموته وجودة حياته، وضخامة التكاليف الناشئة عنه والتي يتحملها المجتمع بصفة خاصة والاقتصاد الوطني بصفة عامة، وكذا صعوبة التحليل الاقتصادي للقطاع الصحي.

2 - البحث عن أكبر عائد:

نظرا للأزمة الاقتصادية التي ضربت أوربا، ونمو النفقات الصحية، أصبح من الضروري محاولة إدخال تقنيات اقتصادية في ميدان الصحة ومن ثم التفكير في تسيير جديد وأكثر عقلانية ورشادة للموارد والوسائل المتاحة في قطاع الصحة، لغرض إشباع حاجات ورغبات أكبر شريحة من أفراد المجتمع[1].

3- البحث عن كيفية حساب التكلفة الحقيقية:

لحساب التكلفة الحقيقية لإجمالي الخدمات الصحية ووحداتها المختلفة، وإجراء الدراسات المختلفة لترشيد القرارات المالية والمساهمة في زيادة الأعباء والنفقات الصحية الحكومية والأسرية من أجل:

- زيادة كل من الإنفاق الصحي العام والمشاركة المجتمعية لضمان التمويل الكافي والمستمر للخدمة.

[1] التمويل والتنمية، مجلة صندوق النقد الدولي، مرجع سبق ذكره، ص: 13

- إعادة توزيع الموارد جغرافيا على الفئات المختلفة وتوجيهها أكثر إلى الوقاية وتعزيز الصحة والرعاية الأولية ومقاومة الأمراض المزمنة غير المعدية.

- ترشيد الإنفاق وزيادة فعالية الخدمة وتطوير أساليب الوقاية والجودة[1].

المطلب الثاني: مفهوم الصحة.

تعد الصحة من الأنشطة التي تناولتها العديد من الكتابات، إذ قامت منظمة الصحة العالمية في عام 1948 بتقديم أول تعريف لمفهوم الصحة على أنه: "حالة الرفاهية البدنية والذهنية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد غياب المرض أو العجز"[2]، ثم قامت المنظمة بإعادة صياغة هذا التعريف في سنة 1984، وعبرت عن الصحة بأنها: "المدى الذي من خلاله يستطيع كل من الفرد والمجتمع تحقيق وإشباع حاجاته وطموحه من ناحية، والتكيف مع البيئة المحيطة به من ناحية أخرى"، وفي تعريف آ خر لها عن الصحة بأنها: "جزء لا يتجزأ من الحياة اليومية، وبعد أساسي من جودة الحياة، وعليه يتم اعتبار الصحة المورد الذي يمنح الأفراد القدرة على إدارة وتغيير مجريات أمورهم"[3].

ومن خلال هذه التعاريف يمكن التمييز بين المرض والصحة على أساس إجرائي أو محلي، إذ أن جانبا كبيرا من حيويتنا الجسمية ترجع إلى المشاركة والاندماج في أنشطة الحياة اليومية، والإحساس بمعنى النشاط الاجتماعي الذي نمارسه في الحياة، ويبدو من الواضح أن معظم الناس لا يدركون معنى الصحة وهي حالة الكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض والعاهة، وإن اكتمال صحة الإنسان تأتي عن طريق اكتمال النواحي الآتية[4]:

- **اكتمال الناحية البدنية:** وهي أن تؤدي جميع أعضاء جسم الإنسان بصورة طبيعية بالتوافق والانسجام مع أعضاء الجسم الأخرى، ولا يتحقق ذلك إلا إذا كانت أعضاء الجسم سليمة.
- **اكتمال الناحية النفسية:** وهي أن يعيش الإنسان بسلام مع نفسه ومتمتعا بالاستقرار الداخلي.

---

[1]- مدحت عبد العزيز حسن: محاسبة التكاليف ودورها في تقويم الأداء وترشيد قرارات الخدمة الصحية، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، كلية التجارة ببنها، السنة السابعة، العدد الثاني، 1987.

[2]- منظمة الصحة العالمية، التقرير السادس عن الحالة الصحية في العالم، جنيف، 1980، الجزء الأول، ص: 99.

[3]- Niles Oscarson, « Health Economic Evaluation, Method for Decision, Marking in Preventive Dentistry » UNEA University Medical Dissertations, New 2006, p5.

[4]- المعتصم بالله الجوازنة، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، دار الخليج، صناع التغيير، الأردن، 2012، ص: 114.

- **اكتمال الناحية الاجتماعية:** وهي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس وأن يكون له دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السليمة[1].

فكما عرفت الصحة في مؤتمر دولي للصحة بأنّها: "حالة الكمال الجسمي والعقلي والاجتماعي وليست عدم وجود مرض أو عاهة فقط، أو التمتع بأعلى مستوى من الصحة هو حق من الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز في العنصر أو الدين أو المعتقد السياسي أو الفوارق الاجتماعية والاقتصادية"[2].

كما عرفها مدحت حسن استشاري الصحة العامة بدولة الكويت: "أن المفهوم الابتدائي للصحة هو خلو الجسد من الأمراض والعاهات" وأضاف الدكتور حسن "يولد الإنسان ولديه رصيد من الصحة وكثيرا ما يفقد منه، وقليلا ما يحافظ عليه، ونادرا ما ينميه بمعنى أن المحافظة على الرصيد الصحي وتنميته تتطلب توفير خدمات صحية ميسرة وفاعلة ومستمرة"، ويضيف: "أن الصحة هي حالة الاستقرار الجسدي والعقلي والاجتماعي وليس فقط الخلو من الأمراض والعاهات"[3].

أما المفهوم الاجتماعي للصحة العامة فقد ظهرت عدة مصطلحات لمفهوم الصحة العامة على مر العصور، كما جرت محاولات كثيرة لتوضيح معناها ومفهومها، وارتبط ظهور هذه المصطلحات بتطور مفهوم الرعاية الصحية للفرد أو المجتمع...وبفضل كثير من العلماء تمت تسمية الصحة العامة بالصحة الاجتماعية تأكيدا للصلة والارتباط الوثيق بينهما وبين العلوم الأخرى وهناك مجموعة من الأسباب تدعم وجهة النظر هذه وهي[4]:

- الفلسفة الحديثة للصحة العامة: فقد تحول اتجاه الصحة العامة من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع، فيعرف البعض الصحة العامة بأنها علم تشخيص وعلاج المجتمع.
- تعريف الصحة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية الذي يقول فيه بأن الصحة "هي حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز"، فهنا تظهر الناحية الاجتماعية كأساس في تعريف الصحة.

[1]- أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2003، ص ص:41، 42.

[2]- الشهرساني عبد الرزاق، أسس الصحة والحياة، الطبعة الأولى، بدون دار نشر، النجف، 1971، ص: 19.

[3] - Medhat Abdelaziz hasan stady on location of healthn op cit.

[4]- أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سبق ذكره، ص ص: 50، 51.

- مصطلح الصحة العامة: حيث أن كلمة العامة تعني الناس وهذا يعني ضرورة دراسة العامة "المجتمع" حيث يمكن تحقيق أعلى مستوى من الصحة لهم.
- الأسباب غير الطبية للمشاكل والأمراض الصحية: إذ أن كثير من المشاكل الصحية تنتج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عن العوامل والأسباب غير الطبية وإنما مرتبطة بالحياة الاجتماعية للمجتمع من عادات وتقاليد وثقافة، إضافة إلى الفقر والجهل والاعتقاد الخاطئ بالقضاء والقدر.

وفي نفس السياق فيما يخص تعريف الصحة، فترى الدكتورة "مارغين تشان"* "أن التنمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية" بمعنى أن الصحة الجيدة تعزز التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وتساهم في الاستقرار الاقتصادي والحماية البيئية (التنمية المستدامة)، لذلك فإنه من أهم غايات التنمية المستدامة هو حق كل إنسان بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وعلى هذا الأساس تضيف الدكتورة "مارغين تشان" أن مفهوم الصحة اتسع ولم يعد يقتصر على عدم وجود المرض، بل تعداه ليشمل حالة كاملة من الأداء العقلي والجسدي، وبذلك يتسع مفهوم الصحة ليشمل ميادين أخرى ذات تأثير مباشر عليها، إذ أن العديد من العوامل الحاسمة في ميدان الصحة والمرض تقع خارج نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة، ويقترن بالقطاعات البيئية، والمياه والصرف الصحي، الزراعة، التعليم، الحياة الحضرية، الريفية، التجارة، السياحة، الإسكان والأمن[1].

وترى منظمة الصحة العالمية أن الصحة ليست في جوهرها كباقي السلع التي يرغب الناس في الحصول عليها، ويعود هدا الفارق إلى علم الأديان، حيث يقول "ميلر": "جسم الإنسان يحتل مكانة خاصة لا يحتلها غيره من الأشياء في العالم لأن الإنسان ليس سيد جسمه فحسب، بل أن الجسم يملك صاحبه، ويعد جزءا لا يتجزأ منه، ويختلف جسم الإنسان اختلافا تاما عن باقي الأشياء التي نملكها، فقد يملك المرء أمواله وكل ما بحوزته من كتب وبيوت دون أن تتغير شخصيته إلا أن من الصعب أن نتصور إنسانا دون بدن، ويقال أن الجسم مسكن الإنسان ولكنه مسكن من نوع خاص، فحيث يوجد الجسم يوجد الإنسان"[2].

ولقد ورد في مقدمة ميثاق منظمة الصحة العالمية تحديد للدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن والسلم والاستقرار وذلك ضمن إطار يحوي مبدأين أساسيين:

* المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية (2009-2010).

[1]- بومعراف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، دورية أكاديمية محكمة سنوية، العدد 07، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2009-2010، ص ص: 28، 29.

[2]- منظمة الصحة العامية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، سنة 2000، ص: 04.

- مبدأ التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن كحق أساسي من حقوق الإنسان، بغض النظر عن الجنس أو الدين أو الانتماء السياسي أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية.
- إن صحة الشعوب هي أمر محوري لتحقيق الأمن والسلم محليا ودوليا.

وبموجب ذلك ينصب مفهوم الصحة في معناه الأساسي إلى: "تحقيق حالة السلامة العامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد، ولقد جرت عدة محاولات للتفريق بين الصحة والمرض، حيث يعتقد أطباء اليونان بأن الصحة هي حالة السلامة الكاملة أو التامة والصحة لغة هي: حالة حسنة أو سوية جسميا وعقليا و ذهنيا ولكن بعيدة عن الألم والمرض"[1].

وتعرف الصحة على أنّها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيفه مع العوامل الضارة التي يتعرض لها بمعنى أنها حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية"[2].

وعرفها "ألفريد مارشال": "أن الصحة والقوة البدنية والعقلية والمعنوية هي أساس الثروة الصناعية، كما أن العكس صحيح لأن الأهمية الحقيقية للثروة المادية تكمن في حقيقة أنها عندما تستخدم بحكمة تؤدي إلى زيادة الصحة والقوة البدنية والعقلية للجنس البشري"[3].

وانطلاقا من التعاريف السابقة الذكر نستخلص:

- أن الصحة ليست مجالا ضيقا كما يرى البعض، فهي إطار واسع تقع بداخله غالب التدخلات المطلوبة لتحسين وترقية الصحة لذلك فهي ليست محصورة في حماية المحيط ونوعية الأفراد.
- ويلاحظ كذلك من خلال التعاريف السابقة أن الصفة الأساسية البارزة في تعريف الصحة على اختلاف مظاهرها، هي أنها ليست مجرد حالة غياب المرض أو العجز ولكنها تتسع لتشمل مفاهيم أعمق وأشمل من ذلك، حيث يعد من الأهداف الأساسية لتحسين مستويات رأس المال البشري، وتحسين مستوى القدرات الفردية في تغيير أمور الحياة بصورة تتواءم مع الإمكانات والظروف المحيطة بهم.
- وكذلك ومن خلال التعاريف السابقة نستنتج أن الصحة لا يمكن اعتبارها سلعة اقتصادية لأنها غير قابلة للتقويم، كما أنه لا يمكن تبادلها في السوق، فالصحة لها قيمة في الاستخدام وليس في التبادل بمعنى أن الصحة لا يمكن الاتجار بها.

[1]- عبد المهدي بوعوانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد، 2004، ص ص: 26، 27.
[2]- جاد الله فوزي، الصحة العامة والرعاية الصحية، الإسكندرية، دار المعارف للنشر، 1968، ص: 10.
[3]- البنك الدولي، تحديات التنمية، 1991، ص: 72.

- والشيء المهم الملاحظ هو أن الأطباء والحكومات يرون أن خدماتهم الصحية بمثابة خدمات للمرضى والعمل على شفائهم فقط، ولكن تعريفات الصحة المشار إليها سابقا تشير إلى أنها أكثر من مجرد غياب المرض، كما أن هناك بعض الأمراض لا يمكن علاجها كليا.
- أضف إلى ما سبق للصحة طبيعة مزدوجة إذ أنها وسيلة وغاية في آن واحد، فهي وسيلة لأنها تنعكس على الجهود التنموية في البلاد من تنمية اجتماعية إلى تنمية اقتصادية يسعى للوصول إليها الأفراد ويتطلعون إلى الجهة التي تستطيع تأمينها لهم.

المطلب الثالث: مؤشرات الصحة

تتعدد وتتنوع مقاييس ومؤشرات الصحة العامة، التي يمكن الاعتماد عليها في تحديد المشكلات الصحية ومن ثم تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهتها، من خلال توجيه البرامج الصحية بصفة خاصة ومن ثم تحديد كفاءة النظام الصحي بصفة عامة.

ويمكن تقسيم هذه المؤشرات إلى فئات:

الفئة الأولى: مؤشرات ترتبط بصحة الأفراد والجماعات إذ أن هناك مقاييس معينة لتحديد حجم ونوع الخدمات المطلوبة في المجتمع التحقيق الرعاية الصحية بالشكل الأفضل بالنسبة للأفراد والجماعات ويمكن تقسيم مؤشرات هذه الفئة إلى[1]:

1- مقاييس إيجابية ومنها:

أ- معدل المواليد والخصوبة ويتعلق هذا المؤشر بالتوجهات السياسية للنظم الصحية وهي ترتبط بالأهداف الوطنية السكانية المتعلقة بالخصوبة.

ب-طول العمر عند الولادة أو متوسط الحياة أو توقع الحياة، وهو عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها المواليد، ويعتبر من أهم مقاييس الحالة الصحية للسكان، إذ يمكن كذلك أن يستدل من مؤشر توقع الحياة على مستوى الخدمات الصحية، ويعد مقياساً غير مباشر لإنتاجية الاتفاق الصحي إذ أن هذا الأخير يقاس بمؤشر نسبة الحياة إلى سن 65 سنة من إجمالي الفئة العمرية، أما حسب منظمة الصحة تشمل هذه المؤشرات الموقف الصحي القائم من ناحية العمر.

[1]- أيمن مزاهرة و آخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سبق ذكره، ص: 44.

2- مقاييس سلبية: تتضمن كل من متوسط الأمل في الحياة، واتجاه الوفيات ومسبباتها ومعدلاتها الكلية والنسبية[1].

أ- مقاييس أو معدل الوفيات و تستخدم في تحديد المشاكل الصحية ويشتمل على ثلاث مؤشرات هي:

- مؤشر معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي (احتمال الوفاة بين الولادة والسنة الأولى من العمر).
- مؤشر معدل وفيات الأطفال ما بين سنة وخمس سنوات من العمر لكل 1000 مولود حي.
- مؤشر معدل وفيات البالغين (احتمال الوفاة ما بين 15 سنة و60 سنة من العمر)

ب- مقاييس أو معدل انتشار الأمراض وهي تعتمد على الوفيات ولا تعطي صورة حقيقية لمستوى الصحة والمرض، وبالرغم من أن بعض الأمراض لا تؤدي إلى الوفاة مثل الأمراض العقلية ويمكن قياس معدلات الإصابة وانتشار المرض بما يلي:

- معدل الإصابة بالمرض (معدل حدوث المرض الحادة والمزمنة).
- معدل انتشار المرض وتشمل أمراض القلب والأمراض المزمنة كالسكري.
- معدل الأمراض النوعية كالسرطان والقلب والأمراض العقلية.

3- مقاييس الأمراض الاجتماعية، الديمغرافية والاقتصادية: إذ أن الكثير من المشاكل الصحية تحدث بطريقة مباشرة أو غير مباشر من عوامل غير طبيعية، كالعادات والتقاليد، وبالسيطرة على أسباب هذه المشاكل الصحية يمكن الحد الكبير من الأمراض الناجمة عنها ومن مقاييس الأمراض الاجتماعية[2]:

- نسب الفقر والعوز.
- الجهل والأمية.
- الانحراف والجريمة.
- الإدمان على الخمور والمخدرات.
- الطلاق والإهمال.
- الأطفال غير الشرعيين.

وترى منظمة الصحة العالمية أن مؤشرات الصحة الاجتماعية، الديمغرافية والاقتصادية، هي كالتالي:

[1]- سمير فياض، الصحة في مصر الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام 2020، الطبعة الأولى، القاهرة، المكتبة الأكاديمية، ص ص: 31، 32.

[2]- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، ص: 6. على الموقع الإلكتروني: bookrders@yahoo.int تاريخ الاطلاع: 2015/03/03.

- السكان: المجموع (بالآلاف)، متوسط العمر (بالسنوات)، فوق الستين (%) معدل النمو السنوي (%)، التغطية بخدمات التسجيل المدني (%): معدل الوفيات والولادات القاطنون في الحضر.
- إجمالي معدل الخصوبة (لكل امرأة).
- إجمالي خصوبة المراهقات (لكل 1000 امرأة).
- معدل إلمام الكبار بالقراءة والكتابة (%).
- النسبة الصافية للالتحاق بالمدارس الابتدائية.
- نصيب الفرد الناتج القومي الإجمالي (تعادل القوة الشرائية الدولية بالدولار الأمريكي).
- السكان الذين يعيشون على أقل من دولار أمريكي واحد (تعادل القوة الشرائية الدولية بالدولار الأمريكي في اليوم).

الفئة الثانية: مؤشرات ترتبط بالبيئة هي مجموعة الظروف والعوامل الخارجية التي تعيش فيها الكائنات الحية وبما أن الإنسان واحد من هذه الكائنات فهي تؤثر على نمو وسلوكه بفعل مجموعة من العوامل الطبيعية أو الاجتماعية أو الثقافية التي تترك بصماتها على حياة الفرد منذ تكوينه إلى آخر حياته وهي تنقسم إلى:

1- **البيئة الطبيعية:** وتشمل بدورها على الحالات التالية:

أ- **الحالة الجغرافية:** وهي تؤثر في الصحة بشكل مباشر أو غير مباشر عن طريق الموقع الجغرافي والارتفاع والانخفاض عن سطح البحر.

ب- **الحالة الجيولوجية:** وهي بدورها تؤثر على صحة الفرد عن طريق نوع التربة توفر المياه، وطبيعة المواد الخام وهذه العوامل تؤثر وتساعد على انتشار أمراض سوء التغذية نتيجة لنقص بعض العناصر كنقص الفلورين الذي يتسبب في تسوس الأسنان.

ج- **حالة المناخ:** ويقصد بالمناخ درجة الحرارة، الرطوبة حركة الرياح، معدل هطول الأمطار، إذ لها تأثير مباشر على صحة الفرد وتأثير مباشر من الناحية النفسية على سلوك الأفراد وعاداتهم.

د- **البيئة الحيوية:** ويقصد بها جميع الكائنات الحية التي تحيط بالإنسان (من حيوانات ونباتات) والتي تعد كمصدر من مصادر الطعام وهي تمثل عامل وسيط لنقل الأمراض كالملاريا.

هـ- **البيئة الاجتماعية والاقتصادية:** وهي تلعب دوراً في معدل انتشار المرض وحدوث هذه الأمراض ومنه يمكن إيجازها في التالي[1]:

[1] - منظمة الصحة العالمية الإحصائيات الصحية العالمية، 2009، ص 09.

- كثافة السكان والتوزيع بين (الريف والحضر).
- المستوى التعليمي والثقافي في مجتمع ما.
- المستوى الاقتصادي (يحدد مستوى الدخل).
- الاستعدادات الطبية[1].

الفئة الثالثة: وهي مؤشرات مرتبطة بالإمكانيات والجهود لتحسين الصحة ولن يأتي ذلك إلا من خلال توفر الإمكانيات والخدمات اللازمة لذلك، والتي عنونتها منظمة الصحة تحت بند القوى العاملة الصحية، البنى التحتية والأدوية الأساسية وهي على النحو التالي:

- **القوى العاملة والبنى التحتية:** وتضم.

- عدد الأطباء والكثافة لكل 10000 ساكن.
- العاملون في التمريض والقابلة: العدد والكثافة لكل 10000 ساكن.
- العاملون في طب الأسنان: العدد والكثافة لكل 10000 ساكن.
- العاملون الصحيين المجتمعين العدد والكثافة لكل 10000 ساكن.
- مقدمو الخدمات الصحية للآخرين لكل 10000 ساكن.
- أسرة المستشفيات لكل 10000 ساكن.

- **الأدوية الأساسية:** وتحتوي:

- متوسط نسبة توافر أدوية جنيسة منتقاة من القطاعين العام والخاص[2].
- متوسط نسبة أسعار استهلاك أدوية جنيسة منتقاة من القطاعين العام والخاص.

ويرى "أيمن مزاهرة" أن الخدمات والإمكانيات التي يمكن بها الارتقاء بالمستوى الصحي تتمثل في:

- مدى توفر الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية.
- مستوى الثقافة والتعليم.
- توفير المسكن الصحي.
- جمع وتصريف الفضلات والقمامة[3].

[1]- سمير فياض، الصحة في مصر الواقع وسيناريوهات المستقبل، مرجع سبق ذكره. ص: 31، 32.

[2]- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، سويسرا، 2009، ص:05، على الموقع، bookrders@yahoo.int تاريخ الاطلاع: 2015/03/03.

[3]- أيمن مزاهرة و آخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سبق ذكره، ص ص: 40، 47.

- توفير المياه الصالحة للشرب.
- توفر خدمات الضمان الاجتماعي التي تكفل للفرد الراحة والطمأنينة في حالة المرض أو العجز.

وهناك مؤشرات أخرى قامت منظمة الصحة العالمية بتصنيفها على غرار عوامل الاخطار والتي نوجزها في التالي[1]:

- الرضع الذين يرضعون أمهاتهم حصراً خلال الشهور الأولى من العمر (%).
- الأطفال دون الخامسة قصار القامة مقارنة مع العمر (%).
- الأطفال دون الخامسة ناقصو الوزن مقارنة مع العمر (%).
- الأطفال دون الخامسة الزائدو الوزن مقارنة مع العمر (%).
- الكبار البالغون من العمر 15 سنة أو أكثر والمصابون بالسمنة (%).
- استهلاك الكحول بين الكبار البالغين من العمر 15 سنة (اللترات لكل فرد كل عام).
- معدل انتشار تعاطي التبغ حالياً الكبار (15 سنة) (%).
- معدل انتشار تعاطي التبغ حالياً المراهقين (13-15 سنة) (%).
- أضف إلى ذلك مؤشرات التغطية بالخدمات الصحية والمتمثلة في:
- التغطية بخدمات الرعاية في مرحلة الحمل (%).
- الولادات بإشراف عاملين صحيين مؤهلين (%).
- الولادات القيصرية.
- التغطية التمنيعية بين الأطفال الذين يبلغون من العمر سنة (%).
- الأطفال البالغين 59.6 شهراً والذين تلقوا إجراءات مكملة من الفيتامين "ألف" (%).
- نسبة علاج السل (%) في إستراتيجية الدوتس.
- معدل موانع انتشار الحمل.
- معدل اكتشاف الإصابة بالسل في إطار إستراتيجية الدوتس.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن مؤشرات الحالة الصحية لا يمكن حصرها في الفئات الثلاث ألا وهي المؤشرات المرتبطة بصحة الأفراد والجماعات، والمؤشرات المرتبطة بالبيئة، وكذا المؤشرات المرتبطة بالإمكانيات والجهود الموجهة لتحسين الصحة، بل تتعدى ذلك كما ذهبت إليه منظمة الصحة العالمية، فهناك مؤشرات عديدة عددها حوالي 73 مؤشراً تقيس مخرجات الصحة وتحدد كفاءة نظام تقديم الخدمة الصحية في أي بلد من بلدان العالم، لا يمكن الإشارة إليها كلها، (أنظر الملحق رقم (1) الإحصاءات الصحية العالمية).

[1]- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، سويسرا، مرجع سبق ذكره، ص: 5.

المبحث الثاني: ماهية اقتصاديات الخدمات الصحية

علم اقتصاديات الصحة يفيد قطاع الخدمات الصحية في عدة جوانب وهي:

- يمكن استخدام علم الاقتصاد معايير لتقييم السياسات الصحية المختلفة لتحقيق الكفاءة والعدالة في الرعاية الصحية.
- يحدد علم الاقتصاد التكاليف والمنافع لمختلف الاختيارات في قطاع الرعاية الصحية.

وعلى هذا الأساس سوف نتطرق من خلال هذا المبحث إلى وضع مفهوم الخدمة الصحية التي هي أساسا تنبع من المفهوم العام للخدمة، لأنه من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، والخدمة لا تبتعد كثيرا عن هذا المضمون، لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة، ومن ثم تبيان العلاقة بينها وبين الخدمات الصحية، ونوضح مستويات ومصادر تمويلها على غرار التأمين الصحي الذي يعد من الدعائم الأساسية لهذه المصادر، الذي سنخصص له مطلب مستقل موضحين مفهومه، خصائصه وأهم التجارب الدولية في هذا الميدان.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية والعامة

قبل التطرق إلى مفهوم الخدمات الصحية، سنعرج على مفهوم الخدمة العامة التي تتضمن العديد من المضامين إلا أن كل واحد منها يمكن أن يعطي اتجاها "محددا"، وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم المهينة، مثل المحامات والمحاسبة والخدمات الصحية، التعليمية، المالية.

وعلى هذا الأساس سنوردها في التالي معرجين على الصحة، أهم خصائصها وعلاقتها بالخدمات.

أولا: مفهوم الخدمة العامة وخصائصها

1- مفهوم الخدمة العامة

اختلفت وجهات النظر في تحديد ووضع تعريف شامل ودقيق للخدمة، لأنه من الصعب إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، والخدمات، إذ لا تبتعد الخدمة كثيرا عن هذا المضمون، لذلك يمكن أن نلم ببعض التعاريف للخدمة، التي تعطي اتجاها مختلفا وذلك من تعريف لآخر وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر.

عرفتها جمعية التسويق الأمريكية بأنها: "عبارة عن الأنشطة أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تقدم مرتبطة مع السلع المباعة"[1]. وأن هذا التعريف لم يفرق بين السلعة والخدمة وأن الخدمة قد تكون مرتبطة بالسلع المادية.

أما الباحث "ستانتون" (Stanton) يرى أن الخدمة هي: "النشاطات غير المحسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستفيد، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة، أي أن إنتاج خدمة معينة أو تقديمها لا يتطلب استخدام سلعة مادية"[2]. ونستنتج من هذا التعريف أن الخدمة ليست ملموسة وقد تكون مفصولة عن السلعة.

كما عرفها "كوتلر" (Kotler)* على أنها: "أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر، وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج منها أية ملكية وأن إنتاجها وتقديمها قد يكون مرتبط مادي أو لا يكون مرتبطا به"[3].

وما يمكن ملاحظته من خلال هذا التعريف أنه أكد على أهم خاصية للخدمة وهي عدم ملموسيتها والتي تميزها عن السلع المادية بالإضافة إلى عدم نقل الملكية للعميل، ومن التعاريف السابقة الذكر للخدمة، تتضح المضامين التالية:

- تكون الخدمة في الغالب غير ملموسة أو غير محسوسة.
- قد ترتبط الخدمة بمنتج ملموس أو مادي أو قد لا ترتبط بذلك.
- لا يمكن تملك الخدمة، وإنما يمكن الاستفادة من عرضها.
- الخدمة تدرك بالحواس من خلال المنفعة التي تقدمها للمستفيد.
- تتألف الخدمة من جوهر تدعمه خدمات تكميلية.

2- الخصائص أو السمات الأساسية للخدمات العامة وعلاقتها بالخدمات الصحية:

سنوضح الخصائص أو السمات الأساسية للخدمات العامة، ونوضح علاقتها بالخدمات الصحية على النحو التالي:

أ- غير ملموسية:

[1]- محمود جاسم محمد الصميدعي، مداخل التسويق المتقدم، دار زهران، عمان، 1999، ص: 213.

[2]- حميد الطائي، بشير العلاق، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 2007، ص: 196.

* - كوتلر: هو الخبير العالمي الأول في الممارسة الاستراتيجية للتسويق، ألف العديد من الكتب المعروفة في مجال التسويق.

[3]- هاني حامد، الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ط2، 2004، ص: 18.

ونعني بها أن الخدمة لا يمكن رؤيتها، تذوقها، شمها، لمسها، سمعها[1]، كخدمات الأمن والحماية والمتاحف التي لا يستطيع المستخدم (الزبون) استخدام حواسه لإدراكها قبل شرائها، إلا إذا سبق له من استخدام أو الانتفاع من الخدمة نفسها، يستطيع هنا أن يحدد ملموسيتها له من عدمه.

ويرى "باتسون" أن اللاملموسية هي الخاصية التي تنفرد بها الخدمات عن السلع، وأن اللاملموسية تشمل كل الملموسية الواضحة، أي التي لا يمكن لمسها من قبل المستهلك، والملموسية الذهنية (أي من الصعب على المستهلك أسرها ذهنيا)، وهو بذلك يرى أن هاتين الخاصيتين هما المسؤولتان عن بعض السمات التي تميز الخدمة عن السلعة[2].

والخدمة الصحية هي كذلك منتج غير ملموس، لذا يتطلب الأمر الاتصال المباشر بين مقدم الخدمة (المنظمة الصحية) والمستفيد منها حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات.

ب- غير قابلة للتخزين:

أنه لا يمكن الاحتفاظ بالخدمة أو تخزينها لفترة ثم استخدامها بالنسبة للمستهلك عند الحاجة، ونفس الشيء بالنسبة لمنتج الخدمة ولا يمكن تخزينها أو الاحتفاظ بها عند طلب المستهلك لها[3].

وهذا ما ينطبق على الخدمة الصحية، بمعنى أن الخدمات الصحية هي إحدى الخدمات التي تقدم إلى المستفيد ولا يمكن تخزينها في حالة عدم الاستفادة منها، إذ أن هذه الخاصية تلقي بعبء كبير على المنظمة الصحية فمثلا تجنب خسائر قد تنتج عن عدم استخدام الموارد المخصصة لتقديم هده الخدمات[4].

ج- غير قابلة للانفصال:

[1]- ميلود تومي، حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، أبحاث اقتصادية وإدارية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، العدد الثاني، ديسمبر 2007، ص: 4.

[2]- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص: 17.

[3]- ورقة بحثية مقدمة من طرف محمد ريحان، عثمان أحمد عثمان بعنوان: "التسويق لخدمة الرعاية الصحية"، جمهورية مصر العربية، ص: 02.

[4]- جندي محمد صفوت عامر أبوسحلي، خصخصة الخدمات العامة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، تخصص اقتصاد ومالية عامة، جامعة حلوان، كلية الحقوق، قسم الاقتصاد، القاهرة، 2003، ص: 28.

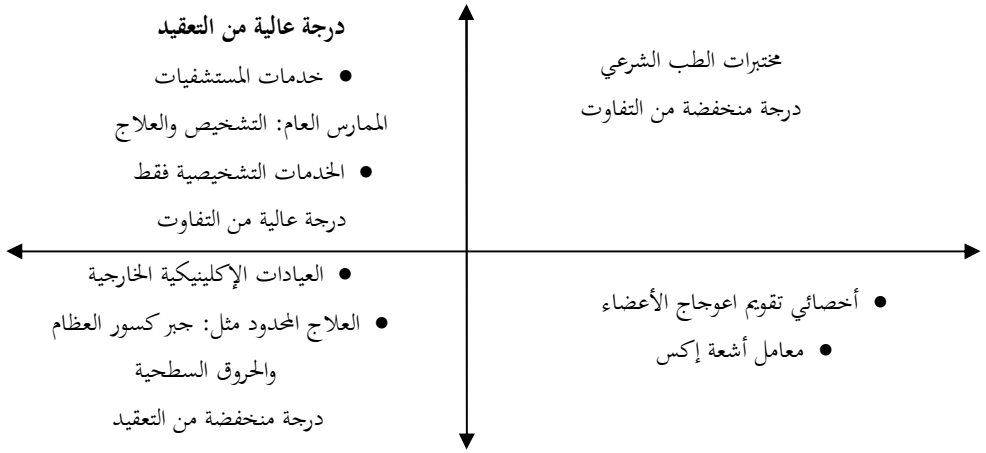
وتعني بها درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها والشخص الذي يتولى تقديمها، أضف إلى ذلك يجب حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها[1]. وهذا ما ينطبق على الخدمة الصحية، بمعنى أن مقدم الخدمة وهو الفريق الطبي يقدمونها بشكل متكامل.

ومن خلال ما سبق نستنتج أن الفرق بين الخدمة والسلعة أن هذه الأخيرة تمر بمراحل التصنيع والتخزين والبيع ليتم استهلاكها في مرحلة أخيرة، بينما الخدمة تمثل حالة استهلاك مرتبطة مع وقت إنتاجها مثلا كالعلاج الطبي، خدمات مسرحية....إلخ.

د- التباين في العرض:

تمتاز الخدمات بعدم التجانس، ومن بين الأسباب أن الخدمة ترتبط ارتباطا وثيقا بالشخص مقدم الخدمة وخاصة حالته الجسمانية والنفسية وقت تقديم الخدمة، أضف إلى ذلك التوقيت، السرعة، الأدوات المستخدمة وكلها تسمى مدخلات إنتاج الخدمة، وهذا ما يزيد من درجة التعقيد والتنوع في الخدمات[2]. وحتى تتضح الصورة أكثر سنعرض هذا الشكل الذي يوضح مدى التفاوت والتعقيد الذي تتسم به الخدمات العامة مع التطبيق على الخدمات الصحية.

الشكل رقم (1-3): التفاوت والتعقيد في الخدمات الصحية



المصدر: محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج، عمان، 2008، ص: 67.

هـ- كثافة عنصر العمل المتخصص:

[1]- زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقه، دار المناهج، عمان، الأردن، الطبعة الأولى 2003، ص: 50.

[2]- عبد الجبار منديل، التسويق الحديث، الدار العلمية الدولية، الطبعة الأولى، عمان، 2002، ص: 271.

تعتمد الخدمة العامة على مبدأ التخصص، وتقسيم العمل الذي هو مبدأ مهم من مبادئ التنظيم الإداري، وهو ما نجده في الخدمات الصحية، إذ تعتمد على عقل وأيدي الطبيب المعالج والممرض والفني والإداري المتخصصين.

و - التعبير التكنولوجي السريع في مجال الخدمات الصحية:

الخدمة العامة تتميز بالتغير السريع نظرا للتطور التكنولوجي مثلها مثل الخدمات الصحية نتيجة للأبحاث الطبية المتقدمة في أساليب العلاج والتجهيزات الحديثة[1].

ومن خلال ما سبق نستنتج أن العلاقة الموجودة بين الخدمات العامة والخدمات الصحية أن هذه الأخيرة تعد أحد أهم أنواع الخدمات العامة، لأنها تتميز بحساسيتها وضروريتها للأفراد، وكذا تعد من الحاجات الضرورية التي يجب على الحكومة أن تقوم بإشباعها، أما بالنسبة لمفهوم الخدمة بشكل عام ينطبق على مفهوم الخدمة الصحية، وما يمكن استنتاجه أيضا أن خصوصية هذه الأخيرة في كونها ترتبط بأغلى كائن على وجه الأرض، ألا وهو الإنسان يجعلها تتفرد بأهمية خاصة.

ثانيا: مفهوم الخدمات الصحية

للخدمات الصحية أهمية كبيرة على مختلف جوانب الحياة، وعلى مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولها انعكاسات إيجابية سواء ينظر إليها من الناحية الإنسانية أو من الناجية الإنتاجية، فالخدمات الصحية الجيدة تؤدي إلى زيادة إنتاجية الأفراد العاملين، وذلك بسبب استمراريتهم في المواظبة على الدوام من دون عوائق تتعلق بالأمراض وقلة النشاط، وعلى العكس فإن سوء الخدمات الصحية له انعكاسات سلبية على الفرد وعلى المجتمع الأمر الذي يؤدي إلى القضاء على هذه السلبيات إن وجدت من خلال مراقبة الأداء الصحي، ومحاولة إصلاح الخلل، لأن القضاء على مثل هذه السلبيات يعد عملية هامة ذات مردودية على عملية التنمية بشكل عام والتنمية البشرية بشكل خاص.

تلعب الخدمات الصحية سواء العلاجية منها أو الوقائية دورا مهما في التنمية البشرية، وفي مردودية الموارد البشرية بشكل خاص، من خلال المحافظة على إنتاجية العامل، ولما تحققه الخدمات الصحية الجيدة من مردود إنتاجي كبير، بتوفير الملايين من ساعات العمل التي من الممكن أن تضيع بسبب مرض العاملين أو بسبب وفاة

[1]- جندي محمد صفوت عامر أبوسحلي، خصخصة الخدمات العامة، مرجع سبق ذكره، ص: 28.

الكوادر البشرية في عمر إنتاجي منخفض، مما يحتم توفير هذه الخسائر التي تزداد كلما ازدادت تكلفة إعداد وتنمية وتهيئة هذه الكوادر.

وغالبا ما يحدث إلتباس بين مفهوم كل من اقتصاديات الصحة واقتصاديات الخدمات الصحية، واقتصاديات الرعاية الصحية، بينما هناك فارق كبير بينهم فمفهوم اقتصاديات الصحة كما عرفناه سابقا مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة، والتي تشتمل على الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات، بينما يضيق مفهوم اقتصاديات الخدمات الصحية ليشمل فقط الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية وكمدخل إنتاج في صناعة الصحة وكجزء من الرعاية الصحية[1]. (نوع من أنواع الرعاية الصحية)

إذ تعرف اقتصاديات الرعاية الصحية على أنها فرع حديث من فروع علم الاقتصاد يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل، كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت سياسات معينة تزيد أو تخفض الكفاءة الاقتصادية، وعدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية وبالطبع لا يستطيع التحليل الاقتصادي معالجة كل ما يهم المهنيين الصحيين وعامة الناس بالنسبة للرعاية الصحية، فالمشكلات المختلفة تتطلب تدريبا وخبرة تحليلية مختلفة، أما ما يلائم التحليل الاقتصادي بصفة خاصة فهي المشكلات المتعلقة بقضايا الندرة، ومن هذه الناجية يمكن لعلم الاقتصاد توضيح الاختيارات الأفضل للمجتمع، عندما تكون موارده المتاحة غير كافية لتحقيق كل رغباته، فالموارد المتاحة دائما غير كافية في كل المجتمعات وذلك لشدة المنافسة عليها من استخداماتها المختلفة، كالتعليم والرعاية الصحية، الأمن الداخلي، والدفاع عن حدود الوطن، طرق المواصلات...إلخ[2].

وعرفت كذلك خدمات الرعاية الصحية على أنها: "مجموعة الخدمات الطبية والوقائية المقدمة لكافة أفراد المجتمع بهدف رفع مستوى الصحة للمواطنين ومنع انتشار الأمراض والأوبئة تشمل كافة الخدمات التي تساعد على النهوض بالمستوى الصحي، ومن هذه الخدمات التربية الصحية والماء الصالح للشرب والتغذية والتطعيم وصحة الأم والطفل وتوفير الأدوية والعلاجات...إلخ".

[1]- الفاتح محمد عثمان مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، مجلة أماراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد 4، العدد 10، 2013 ، ص: 3.

[2]- محمد حامد عبد الله، ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الواقع والمستقبل بالكلية الصحية العسكرية المتوسطة بالظهران، مرجع سبق ذكره.

وتقدم هذه الخدمات مجموعة من المستويات تعير الرعاية الأولية بدايتها والعلاج التشخيصي والتأهيلي نهايتها، ويمكن النظر للرعاية الصحية الأولية على أنها الرعاية الهامة لكافة أفراد المجتمع والتي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة علميا وسليمة عمليا ومقبولة اجتماعيا وبمشاركة تامة من أفراد المجتمع وبروح من الاعتماد على النفس وتشكل العنصر الأول من الرعاية الصحية الشاملة[1].

ويشير مفهوم الرعاية الصحية "إلى مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها مثل: الاهتمام بصحة البيئة من مسكن ومياه وغذاء، وتصريف الفضلات، وكذلك حملات التحصين والتطعيم التي تنظمها ضد الأمراض المعدية والخطيرة مثل: مطعم شلل الأطفال والكزاز والسعال....إلخ"[2].

ومن ناحية أخرى قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفا للرعاية الصحية على أنها: "أسلوب للرعاية يتعلق بمجتمع بعينه وهي تتكون من أساليب ووسائل مناسبة وغير باهظة التكاليف ومقبولة في المجتمع، وفي حدود ما تسمح به الظروف فإنه من الأفضل أن تكون القوى البشرية العاملة في تلك البيئة وكذلك المعدات والتجهيزات والاعتمادات الحالية منبثقة جميعها من نفس المجتمع".

ويؤكد التعريف على أن تلك الرعاية الصحية تنبع من المجتمع، وتغطي معظم فئاته الريفية والبدوية والحضرية مقابل ما يقدرون عليه، وترتبط بين المهن الطبية والاحتياجات الصحية للمجتمع، وتعتمد على الموارد البشرية والمادية المتاحة وتستغلها في تقديم الخدمات الصحية للمجتمع، وترتبط من ناحية أخرى بالمؤسسات الصحية مختلفة المستويات لتفيد المريض، ومن أمثلتها المستشفى العام الحضري والمركزي، التعليمي والتخصصي والمعاهد الطبية.

ويعكس تعريف منظمة الصحة العالمية أبعادا عديدة لنظام الرعاية الصحية، بالإضافة إلى العيادات الداخلية والخارجية، تدخل عوامل أخرى مثل[3]:

أ- العوامل الاقتصادية: التي تحدد الحجم اللازم من الموارد وكيفية توزيعها لإنتاج الخدمات الصحية.

[1]- البكري، وريتا حمارنة وآخرون، الصحة والسلامة العامة، الطبعة الخامسة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص ص: 15، 17.

[2]- جاد الله فوزي، الصحة العامة والرعاية الصحية، مطبعة م.ك، الإسكندرية، مصر، 1985.

[3]- أيمن مزاهرة، عصام الصفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سبق ذكره، ص ص: 67، 68.

ب- العوامل السياسية: التي تعكس أولويات توزيع المواد في الخطط الصحية المختلفة، وصورة التشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع الصحي.

ت- العوامل الاجتماعية: التي تؤثر على أسلوب تغذية الأفراد والمفاهيم السائدة من خلال الخدمات الصحية المتوفرة.

ث- العوامل البيئية: كطبيعة المناخ، ومدى توافر المياه العذبة الصالحة، ومدى تلوث البيئة، إذ تلعب دورا هاما في التأثير على المستوى الصحي للأفراد.

ومن خلال التحليل السابق نستنتج ما يلي:

ينطبق مفهوم الخدمة الصحية على خصوصية هذه الأخيرة بكونها ترتبط بأغلى كائن على وجه الأرض (الإنسان) يجعلها تنفرد بأهمية خاصة.

وهذه بعض التعاريف للخدمة الصحية:

الخدمة الصحية هي: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند الحصول على الخدمة، وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليست فقط علاج الأمراض والعلل"[1].

ويمكن تعريفها على أنها: "الخدمات التشخيصية، العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية، والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المخبرية العادية والمتخصصة، وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية"[2].

وتعرف أيضا بأنها: "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع أو البيئة، أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"[3].

[1]- زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر، عمان، الأردن، 1998، ص: 87.

[2]- عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003، ص ص: 8، 9.

[3]- محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، مصر، ديسمبر 1983، ص: 23.

وعرفت بأنها: "مجموعة من الأنشطة الطبية التي تشبع حاجات المستفيدين منها والمحتاجين إليها لتحقق لهم الرعاية الصحية من خلال هذه الأنشطة".

وقد عرفتها منظمة الصحة العالمية بأنها: "الخدمات الصحية في المستشفيات عملية إنتاجية تهدف إلى تقديم مجموعة من الخدمات كالعلاج والتشخيص للأفراد وخدمات التدريب والتعليم الطبي والخدمات العامة التي تقدم للبيئة والمجتمع ككل في الوقت والمكان المناسبين وبمستوى جودة مقبولة، وبأقل التكاليف"[1].

ومن خلال التعاريف السابقة نستنتج أن الخدمات الصحية تنقسم إلى قسمين رئيسين[2]:

- **الخدمات الصحية العلاجية:** وتتضمن الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد مباشرة والتي تهدف إلى تخليص الفرد من المرض أو تحقيق معاناة المرض في خدمات التشخيص والعلاج...إلخ.

ويتم ذلك من خلال العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو من خلال الرعاية داخل المستشفيات.

- **الخدمات الصحية الوقائية:** وترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة وحماية البيئة من التلوث ويطلق عليها اسم الخدمات الصحية المانعة أو الخدمات الصحية البيئية، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية البيئية عكس الأولى بالفرد بصورة غير مباشرة، وسميت بالخدمات الوقائية لأنها تشمل على: خدمات التنظيم على الأمراض والأوبئة:

- خدمات رعاية الأمومة والطفولة.
- خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض.
- خدمات الرقابة الصحية على المتاجر بمختلف أنواعها.
- خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي.

المطلب الثاني: مستويات ومصادر تمويل الرعاية الصحية

هناك عدة مستويات للرعاية الصحية تبعا للخدمات الصحية المقدمة، إذ أن الطريق الذي تمول من خلاله الرعاية الصحية هو عامل حاسم في عدالة الحصول على الرعاية الصحية، خاصة وأن غالبية الدول والمجتمعات البشرية تشهد تغيرات ديمغرافية كبيرة تتمثل في تفاقم ظاهرة الشيخوخة، أو ارتفاع متوسط الأفراد، مع ما تتضمنه هذه الظاهرة من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، بالإضافة إلى الزيادة السكانية المطردة، وما يتبعها من

[1]- جندي محمد صفوت عامر أبوسحلي، خصخصة الخدمات العامة، مرجع سبق ذكره، ص: 26.

[2]- طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة، مصر 2000، ص ص: 25، 26.

زيادة في حجم المصادر المالية المخصصة لها، إذ أن هذه الأخيرة تدفع بقضية التمويل الصحي إلى رأس قائمة الأولويات السياسية والاقتصادية للعديد من الدول والمجتمعات، وخصوصا في الدول النامية والفقيرة.

ومن خلال ما سبق سنتطرق إلى هذه النقاط في المطلب الثاني.

أولا: مستويات الرعاية الصحية

يختلف تنظيم خدمات الرعاية الصحية التي يوفرها النظام الصحي تبعاً لمدى الخدمات المقدمة ودرجة تعقيدها والمدخل المحدد للفرد للدخول للنظام الصحي عند حاجته للخدمة ونظام تحويل المرضى من مستوى إلى آخر داخل النظام الصحي، إلا أن هناك أربعة مستويات أساسية للرعاية الصحية وهي:

المستوى الأول: مستوى الرعاية الصحية الأولية المتمثلة في تقديم العلاج للمرضى ومتابعة حالاتهم المرضية في المنزل والمركز الطبي[1].

أضف إلى ذلك يتم تقديم هذه الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العامين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي والمحور الرئيسي للمرضى الذين يطلبون الخدمة حيث يقوم الطبيب العام بتقييم الحالات المرضية وعلاجها بالقدر الذي ينسجم مع معارفه ومهارته والتشريعات واللوائح التي تبين حدود ممارسته، ومن ثم يقوم بتحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات راقية من مستوى أعلى إلى المستوى الذي يليه ويعتبر الطبيب العام مسؤولاً عن تنسيق عملية معالجة هذه الحالات مع مستوى الرعاية الأعلى، ويعتبر درجة كبيرة من لأهمية نظراً لأن الغالبية العظمى من الحالات المرضية في هذا المستوى خدمات الأطباء الأخصائيين وبالتالي يمكن تقليل توفر المرضى وتحقيق الازدحام على العيادات التخصصية في المستوى الثاني[2].

مستوى الرعاية الصحية الأولية: وتمثل الخدمات الصحية الأساسية، وفي هذا المستوى تلبي حاجة المواطن الصحية الوقائية والعلاجية وعلى صعيدين صعيد مراجعة الفرد للمؤسسات التي تتوفر فيها الرعاية وكذلك صعيد انطلاق هذه المؤسسات بخدماتها الوقائية والعلاجية إلى الأفراد والعوائل في مناطق تواجدهم لرفع مستواهم الصحي، ويمثل هذا المستوى أوسع مستويات الخدمة الصحية.

[1]- صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الراعية الصحية، دار الفكر للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2010، عمان، ص: 171.

[2]- فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، كلية إدارة الأعمال، منشورات عمادة البحث العلمي الجامعة الأردنية، الطبعة الأولى، 2003، ص:66.

الرعاية الصحية الأولية تقدم في المراكز الصحية والعيادات القروية وعيادات الأمومة والطفولة، وهي مؤسسات تضم بين أفرادها وأجهزتها العاملة الأطباء الممارسون والمتخصصون وهم الذين يطلق عليهم أطباء المجتمع وأطباء العائلة[1].

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن مفهوم الرعاية الصحية الأولية والأساسية يتضمن تقديم الخدمات التالية للمواطنين[2]:

- رعاية الأم والطفل.
- طب الأطفال والصحة المدرسية.
- مكافحة الأمراض المستعصية.
- صحة البيئة وتحسينها.
- صحة الإنسان.
- صحة العيون.
- الإرشاد والتثقيف الصحي والاجتماعي.
- الفحص السريري والمداخلة الجراحية البسيطة.
- الإحصاء الحياتي في كافة الفروع أعلاه.

المستوى الثاني: خدمات الرعاية الثانوية والمتمثلة في تقديم العلاج الدوائي والجراحي للمرضى أثناء تنويمهم في المستشفى والمراكز الطبية في مجالات الطب الرئيسية، وهي الجراحة العامة والباطنية والنسائية والتوليد والأطفال.

المستوى الثالث: خدمات الرعاية الثلاثية أو ما يطلق عليها خدمات الرعاية التخصصية و تشمل جميع الخدمات الطبية العلاجية والجراحية التي تقدم للمرضى في المستشفيات في مجالات الطب التخصصي الدقيق مثل خدمات أمراض وجراحة الأعصاب وأمراض وجراحة القلب والجراحات التجميلية وغيرها من التخصصات الدقيقة.

المستوى الرابع: خدمات الرعاية الوطنية أو الخدمات الممتازة، وتشمل خدمات كبار الأطباء والمستشارين من ذوي التخصصات العالية والخبرات العلمية والمهارات المتميزة والتوجهات العلمية والبحثية وعادة ما يتم توفير هذه

[1]- أيمن مزاهرة ، عصام حمدي الفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سبق ذكره، ص: 71.

[2]- مصطفى أحمد مصطفى، محمود عبد الحي صلاح، تنمية مصر رؤية مستقبلية، معهد أعمال ندوات الثلاثاء معهد التخطيط القومي، 2001-200، القاهرة، ص: 21.

الخدمات من خلال مراكز صحية على المستوى الوطني أو الإقليمي نظراً لكون هذه الخدمات تطلب من قبل عدد محدود من السكان إضافة إلى تكلفتها العالية بالقياس مع خدمات المستويات الأخرى، وتقدم مثل هذه المراكز الوطنية خدمات رعاية من الدرجة الممتازة بالإضافة إلى القيام بمهام البحث العلمي.

وجدير بالذكر تشكل هذه المستويات الأربعة، المستويات الأساسية لأي برنامج منظم وجيد للرعاية الصحية، إلا أن البعض يضيف مستوى آخر وهو مستوى الرعاية الذاتية ويعني قيام الفرد برعاية نفسه دون اللجوء إلى خدمات الطبيب في الحالات والأعراض المرضية البسيطة التي تواجهه كأن يلجأ إلى خدمات الصيدلية لشراء بعض الأدوية البسيطة، أو إلى العائلة والأصدقاء لالتماس المساعدة أو إلى الطب الشعبي، والملاحظ أن هذه الخدمات موجودة في كل المجتمعات، وتمتص جزء كبير من الطلب على الخدمة الصحية وأنه وبدون الرعاية الذاتية، فإن خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها المهنيين الصحيين سوف تكون مثقلة الأعباء[1].

ويرى "ثامر البكري" أن مستويات الرعاية الصحية هي[2]:

- **الرعاية الأولية:** تتسم بتقديم الخدمات الصحية التي تكون شائعة الطلب عليها من الجمهور.
- **الرعاية الثانية:** وتعني حاجة المستشفى إلى تخصصات علمية ومهارة كافية من الأطباء العاملين فيها وبما يمكنها من تأدية الواجبات المنوطة بها.
- **الرعاية الثالثة:** تمثل درجة علمية من التخصص العلمي والأجهزة المستخدمة مثل المستشفيات الجامعية التخصصية.

ثانيا: مصادر تمويل الخدمات الصحية

لاشك أن الظروف الاقتصادية العالمية الراهنة والزيادة في تكلفة تقديم الخدمات الصحية (خصوصا المستشفيات)، وارتفاع تكلفة الأجهزة الطبية والأجور، النمو الديمغرافي، وحجم الموارد المتاحة، تجعل أمر إيجاد مصادر بديلة للإنفاق واحتواء التكاليف وترشيد الاستخدام مرتكزاً استراتيجياً لأجل تحقيق:

- مواكبة الطلب المتزايد على الخدمة الصحية كما وكيفا.
- رفع مستوى الكفاءة الاقتصادية والإنتاجية للمرافق الصحية.
- تحسين أعلى مستوى من الجودة النوعية في جميع نشاطات المرافق الصحية.

[1]- فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ص ص: 53-55.

[2]- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص: 26.

وعلى هذا الأساس تختلف بدائل تمويل الخدمات الصحية من دولة لأخرى، إذ ينبغي مراعاة النواحي الاقتصادية عند الأخذ بأي من بدائل التمويل، والغرض من ذلك هو تحقيق الأهداف السابقة الذكر بكفاءة وفعالية وبأقل تكلفة ممكنة، ولضمان ذلك يمكن تصنيف البدائل المتاحة لتمويل الخدمات الصحية على النحو التالي:

1- مصادر التمويل العمومية (التمويل الحكومي): يعتبر التمويل الحكومي مصدراً من مصادر التمويل الهام للقطاع الصحي، والاختلاف يكمن في نسبة مساهمة الدولة في عملية التمويل من دولة إلى أخرى إذ تخصص الحكومات جزءاً كبيراً من إيراداتها العامة لتمويل الخدمات الصحية، ومعظم الدول تعتمد في التمويل على الضرائب التي تفرضها على دخول الأفراد والنشاطات المختلفة التي تؤثر على الحالة الصحية كالحلويات، السجائر، السيارات.

أضف إلى ذلك حصيلة ما تقوم به الحكومات من جباية الضرائب على الواردات وعوائد الصادرات، والضرائب التي تفرضها على الشركات العاملة وعلى مختلف القطاعات لتغطية احتياجات الإنفاق العام على الخدمات بشكل عام لذا فإن تمويل الخدمات الصحية العامة يعتمد بالإضافة إلى الموارد المحلية للدولة على التحويلات الحكومية (من الحكومة المركزية إلى السلطات المحلية)، وذلك من خلال العلاقة التعاقدية بين الحكومة كممول والسلطات المحلية كموفر للخدمة.

2- التمويل المحدد بالمدخلات: تتحدد قيمة التحويلات لكل مجتمع محلي على أساس النفقات التي تحددها قيمة التحويلات لكل مجتمع محلي على أساس النفقات التي تحددها السلطات المحلية لتمويل مدخلات الخدمات الصحية التي يحتاجها هذا المجتمع.

3- التمويل المحدد بالمخرجات: تتحدد قيمة التحويلات على أساس تقييم نتائج عمل الخدمات الصحية التي توفرها السلطات المحلية، مقاسة بالمؤشرات الصحية ويستخدم هذا النوع من التمويل لتصحيح أي اختلالات في توزيع الإنفاق على المستوى المحلي، بمعنى يربط هذا التمويل بين التمويل وأداء السلطة المحلية وليس احتياجاتها[1].

4- مصادر التمويل الخاصة: وهنا يجب التنويه أن هناك مصدرين خاصان به.

[1]- سمية أحمد علي عبد المولى، دور الدولة في قطاع الخدمات الصحية، بحث مقدم، الجمعية السياسية والاقتصادية، العدد 483، يوليو، 2006، القاهرة.

- التمويل عن طريق مؤسسات خاصة أو عامة حيث يتولى القائمون عليه بتخفيف العبء عن عاتق القطاع العام، وذلك بإنشاء مراكز صحية لرعاية الأفراد وتقريب الخدمات الصحية منهم.
- التمويل الذي مصدره المدفوعات الشخصية المباشرة، إذ يعتبر مصدر هام في تمويل الرعاية الصحية، وهو منتهج بنسبة أكبر من قبل الأثرياء نظراً للنوعية والراحة التي توفرها الخدمات ذات التمويل الخاص.

وجدير بالذكر أن هذا النوع من المصادر كان له دور في الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية، في الدول المتقدمة، وذلك من خلال توسيع دور القطاع الخاص في تقديم وتمويل هذه الخدمات على غرار الولايات المتحدة، كندا، فرنسا، بريطانيا، السويد، وعلى سبيل المثال: الولايات المتحدة الأمريكية اتبعت أسلوبين لتقليل العجز والنفقات في الموازنة العامة، أولهما هو أسلوب التعاقد ومن الأمثلة على ذلك ما أقدمت عليه وزارة الدفاع الأمريكية في مجال الخدمة الصحية، حيث قامت بالتعاقد مع شركات خاصة لبناء وإدارة عيادات خاصة، والتعاقد مع أخصائيين مدنيين خصوصيين وهذا كله لتقديم الخدمات الصحية لعائلات العسكريين والمتقاعدين، وهذا بطبيعة الحال بمقابل.

وثانيهما أسلوب الامتياز وهو امتياز تمنحه الحكومة لشخص أو شركة لإدارة مشروع منها المراكز الصحية[1].

5- المعونات الخارجية: هي المعونات التي تقدمها بعض الدول المتقدمة والمؤسسات الدولية التي تعنى بالشؤون الصحية للدول الفقيرة والنامية، كوكالة الأمم المتحدة، بنوك التنمية كالبنك الدولي والجماعة الأوروبية، ومنظمة البلدان المصدرة للبترول (أوبك)، وكذلك تأتي هذه المساعدات من المنظمات الغير حكومية كاللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي لتنظيم الإنجاب[2].

أضف إلى ذلك التمويل من المؤسسات والجمعيات الخيرية وهي مؤسسات تقوم بتقديم الخدمة الطبية وتعتمد في تمويلها على الإعانات والتشريعات والهبات التي تصلها من العائلات أو رجال الأعمال ...إلخ على شكل مادي أو عيني.

6- التأمين الصحي: هذا المصدر هو شكل من أشكال التأمين المختلفة يوجد في قطاع الصحة، إذ يمثل إحدى الطرق التي تحصل الحكومة من خلالها على مورد مالي إضافي للقطاع الصحي، وذلك من خلال مساهمات واشتراكات الأفراد أو العاملين.

[1]- جندي محمد صفوت عامر أبو سحلى، خصخصة الخدمات العامة، مرجع سبق ذكره، ص ص: 164-165.

[2]- البنك الدولي، 1993، تقرير حول الاستثمار في الصحة، ص: 234.

وجدير بالذكر أن قطاع التأمين الصحي في الجزائر، هو أحد القطاعات الهامة والعاملة على تحسين مستويات الصحة لغالبية الطبقة المتوسطة،ونظراً للأهمية البالغة لهذا المصدر ألا وهو التأمين الصحي ونظراً لأن جل العاملين الجزائريين يكتتبون بشكل إجباري مجرد دخولهم إلى مؤسسة عمومية أو خاصة (في هذه الأخيرة يكون هناك تهرب من قبل الهيئة المستخدمة(سنخصص مطلباكاملاً عن التأمين الصحي.

المطلب الثالث: اقتصاديات التأمين الصحي

يواجه المجتمع الجزائري العديد من القضايا الصحية التي تزعزع وتهدد الأمان الصحي لدى المواطن الجزائري، ومن أبرز وأهم القضايا، التأمين الصحي، الدواء، الأمومة الآمنة.

ومن هذا المنطلق سنشير إلى التأمين الصحي كأحد أهم الآليات الصحية التي يمكن استخدامها لحل مشاكل الخدمات الصحية الناجمة عن الفجوة بين متطلبات المواطنين من الرعاية الصحية، وبين محدودية الإمكانيات والموارد المتاحة، مما يعني أن التأمين الصحي هو أحد الدعامات الأساسية للخدمات الصحية ومن ثم توفير الرعاية الصحية تحقيقا للأمن الاجتماعي، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا المطلب، بالإضافة إلى استعراض أه تجارب التأمين الصحي على مستوى الدول المتقدمة، وكذا النامية.

أولاً : مفهوم التأمين الصحي

يأتي مفهوم التأمين الصحي للتعبير عن مشاركة المجتمع أو الأفراد باشتراك دوري يتناسب مع وضعهم الاقتصادي والاجتماعي لتوفير الرعاية الصحية طوال حياتهم[1]، في حين نجد أن مصطلح التأمين الصحي بشكل عام يشمل عدة أنواع من العقود التأمينية التي رغم ارتباطها ببعضها البعض إلا أن كلاً منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة، ويدخل ضمن التأمين الصحي تصنيفان من التأمين هما:

1- **تأمين دخل العجز**: أو تأمين ضد فقدان الدخل والذي يوفر دفعات منتظمة عند عدم قدرة المؤمن عليه على العمل بسبب المرض أو الإصابة، وتكون أهلية تحصيل الدفعات على أساس افتراض فقدان الدخل، ولكن تعرف فعلياً على أساس عدم القدرة على ممارسة العمل.

[1]- عزة عمر الفندري،نقلاً عن حمدي السيد: حوار حول مشكلات النظام الصحي في مصر والعقبات التي تقف أمام تطويره، مجلة أحوال مصرية، السنة الثانية، العدد الخامس، صيف 1999، ص: 334.

2- **تأمين التكلفة الطبية:** ويوفر تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن المرض أو الإصابة، وتشمل تكاليف الأطباء والمستشفيات وخدمات التمريض والخدمات الصحية الأخرى ذات العلاقة، إضافة إلى الأدوية والتجهيزات الطبية[1].

كما يعرف التأمين الصحي "بأنه سلسلة من الإجراءات لحماية المواطن ضد المرض والإصابة بما يكفل تقديم رعاية طبية عاجلة وكاملة لكل من يحتاج إليها، وتعويضه ضد العجز المؤقت الذي ينتج عن المرض أو الإصابة وفقاً لنظام التأمين الصحي"[2].

كما يعرف بأنه "تأمين حياة الفرد في حاضره ومستقبله من الأخطار الناشئة عن المرض أو الإصابة وذلك بتقديم خدمات الرعاية الصحية التي تستلزمها حالته متى كان في حاجة إليها، وكذلك تحمل الخسائر المادية الناشئة عن فقد الفرد لدخله أثناء فترة المرض بسبب عجزه عن أداء عمله خلال هذه الفترة سواء أكان عجزاً مؤقتاً أو عجزاً دائماً"[3].

أما التأمين الصحي لدى فقهاء القانون بأنه "عقد بموجبه يدفع المؤمن له أقساط التأمين للمؤمن، ويتعهد المؤمن في حالة ما إذا مرض المؤمن له في أثناء مدة التأمين بأن يدفع له مبلغاً معنياً دفعة واحدة على أقساط، وبأن يرد له مصروفات العلاج والأدوية كلها أو بعضها".

ويضيف الدكتور "الصنوري": "أن التأمين الصحي صورة من صور التأمين ضد الأضرار و يبدو ذلك واضحاً في التزام المؤمن بدفع مصروفات العلاج والأدوية، لأن المؤمن يعوض المؤمن له حينئذٍ عما أصابه من خسارة أو يعد تحمله لنفقات علاج المؤمن له، وشراء الأدوية اللازمة، هو الالتزام الرئيسي في نظام التأمين الصحي"[4].

أما التأمين الصحي في عرف أهل اللغة يتكون من لفظين هما: التأمين والصحة، وإصلاح التأمين مشتق من الأمن بمعنى عدم توقع مكروه، وقد استعمل في الاصطلاح اللغوي ليشير بإسباغ الطمأنينة التي يستبعد معها

---

[1]- عبد المحسن بن صالح الحيدر، محمد علي التركي، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، المملكة العربية السعودية، 1423هـ، 2002م، ص: 39.

[2]- المجالس القومية المتخصصة، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، الدورة الأولى، القاهرة، 1979، ص:31.

[3]- محمد نصار، أسس التأمين الصحي الاجتماعي، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، الجمعية العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، العدد الأول، جوان 1973، ص: 66.

[4]- عبد الرزاق الصنهورة، الوسيط، دار إحياء التراث العربي للنشر، بيروت، لبنان، 1924م، ج7، الفقرة 281، ص ص: 1377، 1378.

الخوف من وقوع المكروه مستقبلاً، على نحو ما استعمل في قوله تعالى: ﴿ **الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَآمَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ**﴾[1].

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن الإشارة إلى أن التأمين الصحي يتضمن النقاط التالية:

أ- جوهر التأمين الصحي هو المشاركة في المخاطر فهو يعتبر نظام تمويل.

ب- تقديم الرعاية الطبية لكل فرد يحتاج إلى هذه الرعاية.

ج- تعويض الفرد ضد العجز المؤقت الناتج عن المرض أو الإصابة.

د- نظام إجباري تفرضه الدولة.

والتأمين الصحي قد يندرج تحت أي نوع من أنواع التأمين الرئيسية فقد يكون تحت مظلة التأمين الاجتماعي أو التأمين التجاري أو التأمين التعاوني وهذا ما سنتناوله.

ثانيا: الأنواع الرئيسية للتأمين الصحي

ينقسم التأمين إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

1- التأمين الاجتماعي:

يطلق على هذا القسم من التأمينات اسم التأمين الحكومي نظراً لممارسته من طرف الدولة نفسها في أغلب الأحيان، يقوم هذا النوع على العدالة والضمان الاجتماعي من خلال منح حماية ضد الأخطار الواسعة الانتشار للطبقات الضعيفة التي لا تستطيع مجابهة هذه الأخطار، لتعويضهم للمرض والحوادث أو العجز، الوفاة....إلخ[2].

ويسهم في حصيلته كل من المستفيدين، وأرباب الأعمال والدولة بنسبة محددة ويكون في الغالب، إجبارياً لا يقصد من ورائه الربح.

ومن خلال ما سبق أهم ما يميز هذا التعريف ثلاث نقاط:

- يتكون من الاشتراكات التي يقدمها المؤمن عليهم ولو بجزء قليل، أضف إلى ذلك إسهام الدولة بنسبة محددة.
- لا يهدف هذا النوع من التأمين إلى تحقيق الربح بقدر تحقيق الصالح العام.

[1]- سورة قريش، الآية: 04.

[2]- سناء محمد علي ملال، أخطار و تأمينات التجارة الخارجية، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1990، ص ص : 95، 96.

- التأمين الصحي الاجتماعي إجباري تقوم به الهيئات الحكومية لصالح شرائح معينة من السكان لحمايتهم من مخاطر يتعرضون لها ويكونون غير قادرين على تحمل تبعاتها.

2 - التأمين الصحي التعاوني أو (التبادلي):

مستمد من شريعتنا الإسلامية، وهو الاشتراك في تحمل مسؤولية المخاطر وذلك عن طريق المساهمات المالية التي يدفعها المشتركون في صندوق تعاوني من يصيبهم المرض من الأعضاء[1].

والملاحظ على هذا النوع من التأمين أن الربح ليس هو هدفه الأسمى، وهو جائز شرعاً" بلا أي شبهة مهما كان نوع الخطر المؤمن منه، ومن صور التأمين الصحي التعاوني إنشاء جمعيات تعاونية إذ يدفع كل مشترك المبلغ المتفق عليه مسبقاً على أن يلتزم بدفع مبالغ في حالة ما إذا كانت تكاليف علاج أحد المصابين الأعضاء باهظة، وكما يمكن أن تبقى المبالغ أو الفائض بعد تغطية التكاليف في نهاية السنة فتوزع على الأعضاء أو يتم استثمارها في مشاريع شرعية[2].

3- التأمين الصحي التجاري:

هو تأمين صحي اختياري عكس التأمين الصحي الاجتماعي، وهو عقد يتم بين شخص أو مؤسسة و مؤسسة تأمينية يتعهد فيه الطرف الأول بدفع أقساط محددة لمدة محددة، ويتعهد فيه الطرف الثاني بتأمين قسط معين مما يتطلبه علاج الأمراض وانتشر هذا النوع من التأمين في الدول الرأسمالية لأن تكاليف العلاج فيها باهظة.

والملاحظ أن شركات التأمين التجارية لا تؤمن على الكثير من المشكلات الصحية التي قد يترتب عليها أعباء مالية كبيرة بغض النظر عن أهمية الخدمة الصحية أو حجم المعاناة التي يتعرض لها الأفراد، أو ترفع أقساط التأمين للراغبين من هذه الفئة بدرجة كبيرة، ومن أجل ذلك تشترط فحوصات طبية لطالبي التأمين قبل توقيع الوثيقة[3].

ومن خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن التأمين الصحي يتنوع من حيث الشكل الذي تتخذه الهيئة التي تدير العملية التأمينية إلى ثلاث أنواع:

- التأمين الصحي التجاري وذلك متى تدير العملية التأمينية شركة خاصة.

---

[1]- عامر سليمان، التأمينات الاجتماعية في الدول العربية، دار القلم للنشر، 1990، ص: 671.

[2]- حسين الترنوري، التأمين الصحي في الفقه الإسلامي، بحث منشور، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد 32، 1418هـ، ص: 103.

[3]- عبد المحسن بن صالح الحيدر، محمد علي التركي، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، مرجع سبق ذكره، ص: 37.

- التأمين الصحي الاجتماعي وذلك متى تدير العملية التأمينية هيئة حكومية.
- التأمين الصحي التعاوني وذلك متى تدير العملية جمعية تبادلية.

ثالثا: تجارب بعض الدول في التأمين الصحي

سنقدم فيما يلي وصفاً "موجزاً" لأنظمة التأمين الصحي في مجموعة من الدول المتقدمة والنامية للوقوف على نجاح البعض، والاستفادة من نجاحهم في رسم برنامج للتامين يناسب ظروف مجتمعنا الجزائري، كما يجب الوقوف على تجارب الدول التي لم تحقق نجاحاً لبيان الأسباب ونقاط الضعف للاستفادة منها.

1- التأمين الصحي في الدول المتقدمة:

سوف نتطرق إلى أنظمة التامين الصحي في الدول المتقدمة للوقوف على النجاح الذي حققته هذه الدول على غرار السويد، اليابان ، بريطانيا

أ- التأمين الصحي في السويد:

إن نظام التأمينات الاجتماعية في السويد يغطي جميع السكان والمقيمين ويتميز بالمركزية إذ يدار من طرف المجلس الوطني للتأمينات الاجتماعية ومكاتب التأمينات الاجتماعية ويقدم ثلاث أقسام رئيسية للخدمات

- **القسم الأول:** يوجه خدماته إلى الآباء والأطفال.
- **القسم الثاني:** للمرضى والمصابين بالمرض والعجز.
- **القسم الثالث:** فيوجه خدماته لكبار السن والأرامل من النساء والرجال.

وجدير بالذكر أن نظام الرعاية الصحية يتولاها القطاع العام ولا يعمل في القطاع الخاص إلا 8% فقط من الأطباء إذ يوفر الرعاية الصحية والطبية لكل فرد من أفراد المجتمع، في برنامج شامل موحد متسق مبني على المساواة في تقديم الخدمات الصحية، وهذا من خلال تعميم نظام الطبيب العام، حيث يسجل جميع السكان مع طبيب عام يدفع له حسب عدد المشتركين، أضف إلى ذلك يتميز هذا النظام باعتماده على المشاركة في التكلفة من قبل المرضى الذين يدفعون حوالي 20% من التكلفة ويتم تمويل النظام من الضرائب المفروضة على الدخول، وكذا الدعم المالي الذي تقدمه الحكومة المركزية.

وهذا لا لشيء إلا لتوفير مبالغ تتناسب مع الدخل في حالات انقطاع الدخل نتيجة عن طريق دفع مبالغ تتناسب مع الدخل في حالات انقطاع الدخل نتيجة المرض أو الحوادث العجز، إجازات رعاية الأطفال...إلخ[1].

[1]- عبد المحسن بن صالح الحيدر، محمد علي التركي، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 57، 58.

ب- التأمين الصحي في اليابان:

بدأت اليابان في تنفيذ إصلاح القطاع الصحي العام 1992 ولقد تضمن ما يلي:

- تطوير التأمين الصحي بشكل أساسي.
- تطوير قطاع الأدوية.
- خفض الإنفاق على الصحة.
- تحسين جودة الخدمات الصحية.

ووضعت اليابان هذه التدابير نظرا للمشاكل التي تمثلت في:

- عدم التوازن في ميزانية الجدولة (تجاوز الإنفاق للإيرادات).
- تدخل الحكومة في وضع الأسعار، دون مراعاة للشركاء الآخرين.
- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية بسبب مدة إقامة المريض بالمستشفى.
- ارتفاع تكلفة استهلاك الأدوية.
- القوانين والتشريعات المنظمة للرعاية الصحية غير كافية.

وعلى هذا الأساس وضعت اليابان آليات وميكانيزمات لمواجهة هاته المشاكل، تقدمها تطوير قطاع التأمين الصحي.

حيث قامت بعمل نظم التأمين الصحي طويل الأجل، وبدأ تطبيقه عام 2000، وذلك لتوفير الرعاية لكبار السن فوق 65 سنة، من خلال التوسع في تقديم الخدمات الصحية لهذه الفئة في المنازل بدلا من المستشفيات، ويتم تمويلها بواسطة الحكومة، هذا إلى جانب نظم تأمين إضافية تتولى أيضا رعاية كبار السن.

إن نظام التأمين الصحي في اليابان يتضمن برامج التأمين العامة والخاصة للرعاية الصحية لجميع المواطنين، ويوجد في اليابان ثلاث مجموعات رئيسية للخطط التأمينية وهي:

المجموعة الأولى: تشمل التأمين الصحي المدار بواسطة المجتمع وتقدم خدماتها للعاملين في الشركات الكبيرة وأسرهم.

المجموعة الثانية: تشمل التأمين الصحي المدار بواسطة الحكومة وتقدم خدماتها للعاملين في الشركات الصغيرة.

المجموعة الثالثة: تشمل التأمين على أصحاب الأعمال الخاصة من غير العاملين في الحكومة والمتقاعدين.

والملاحظ أن هذا التقسيم يختلف كلية عن التقسيم الخدمي الصحي في السويد، وجدير بالذكر أن نظام الرعاية الصحية يتولها القطاع الخاص إذ يمتلك شبكة كبيرة من المستشفيات والعيادات غالبيتها يمتلكها الأطباء حوالي 80% (وهي في الغالب مستشفيات صغيرة)، وتمتلك هذه الأخيرة حوالي 60% من عدد الأسر في اليابان، ويبقى 40% من عدد الأسر ملك للقطاع العام، لأن الأولى تتوفر على تقنيات تكنولوجية تشخيصية جد متطورة مثل: أجهزة الأشعة، الرنين المغناطيسي[1].

ج- التأمين الصحي في بريطانيا:

صدر القانون الوطني للتأمين في عام 1911م، وتم إنشاء نظام تأمين إجباري على الطبقة العاملة و أصبحت الدولة مسؤولة عن ترتيب شؤونهم من خلال تقديم خدمات صحية وطنية إذ بلغ إجمالي الاتفاق على الصحة 82% من قيمة الناتج المحلي الإجمالي تتحمل الحكومة منه 87.1% بينما يتحمل القطاع الخاص والأفراد (12.9%).

أما بالنسبة للفئات المؤمن عليها: تغطية شاملة لكل فئات المجتمع للرعاية الأولية والثانوية والثلاثية.

والخدمات المقدمة تشمل الخدمات التي يغطيها التأمين الصحي معظم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثلاثية والمتقدمة وتقدم مجاناً ضمن نظام التأمين الصحي الحكومي.

والملاحظ أن هذا النظام الصحي يشبه إلى حد ما في بعض جوانبه النظم الصحية الموجودة ببعض البلدان العربية التي تقدم خدماتها مجاناً للمواطنين، بمعنى لا توجد اشتراكات مالية في المؤسسات العامة للتأمين الصحي، ولكن تعتمد على مساهمات الموظفين، ويتوقف اشتراك الفرد في أي من النظامين على مستوى الدخل، كما قامت بتطوير التشريعات المنظمة لقطاع التأمين الصحي لتشجيع المنافسة بين المؤسسات التأمينية المختلفة، كما عملت على التنسيق والتكامل بين المؤسسات التأمينية[2].

[1]- عبد المحسن بن صالح الحيدر، محمد علي التركي، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، مرجع سبق ذكره، ص: 59.

[2]- إيمان أحمد عوض، فعالية الإنفاق العام الصحي في مصر على ضوء أسلوب العائد والتكلفة، رسالة مقدمة لنسل شهادة الدكتوراه في فلسفة الاقتصاد، كلية التجارة، قسم الاقتصاد، جامعة المنصورة، ص ص: 30، 31..

أما تمويل النظام الصحي فيكون من حصيلة الضرائب العامة التي تفرضها الحكومة وتظل معظم الخدمات مجانية، وتمول كذلك من قبل أصحاب العمل والأفراد[1].

2- التأمين الصحي في بعض الدول النامية:

تتعدد وتتنوع أشكال وأنواع نظم الرعاية الصحية حول العالم إلى حد كبير، إلى درجة يمكن معها القول أن أشكال وأنواع نظم الرعاية الصحية تقارب عدد دول العالم، بناء على أن لكل منها تاريخه الخاص وتركيبته التنظيمية، ولكن بغض النظر عن أشكال وأنواع نظم الرعاية الصحية، فإن جميع النظم يتم تمويلها من خلال واحد أو خمسة مصادر أساسية هي:

- الضرائب اللعامة.
- نظام الضمان الصحي.
- التأمين الصحي الخاص.
- التأمين الشخصي.
- المنح والتبرعات.

أ- التأمين الصحي في المغرب:

التزمت المملكة المغربية بتكريس مبدأ الحق في الصحة، إذ جاء القانون 00-65 ليتم تجربة المغرب في مجال التغطية الصحية، ولبلوغ هذا الهدف، تم وضع منظومة إجبارية للتغطية الصحية الأساسية قصد تعميم الاستفادة من الخدمات الطبية، وهو الإطار الذي من أجله تتدخل الوكالة للتأمين الصحي للسهر على التوازن المالي عن طريق التأطير الدائم لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وضبط منظومته.

في هذا الإطار يهدف القانون 00-65 بمثابة مدونة للتغطية الصحية الأساسية إلى:

- إحداث تأمين إجباري أساسي عن المرض قائم على مبادئ وتقنيات التأمين الاجتماعي لفائدة الأشخاص المزاولين نشاطا يدر عليهم دخلا والمستفيدين من المعاشات وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير والطلبة.

[1]- جندي محمد صفوت عامر أبو سحلي، خصخصة الخدمات العامة مع إشارة خاصة للخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 183، 184.

- إحداث نظام المساعدة الطبية قائم على مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين.

- وللإشارة فإن نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض يدار من قبل هيئتين هما:

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للأشخاص الخاضعين لنظام الضمان الاجتماعي وذوي حقوقهم، وكذا أصحاب المعاشات بالقطاع الخاص.

- الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بالنسبة لموظفي وأعوان الدولة والجامعات المحلية والمؤسسات العمومية والأشخاص المعنوية التابعة للقانون العام، وكذا أصحاب المعاشات بالقطاع العام.

- من القانون 00-65 ولأسباب تقنية وعملية، أنشأ المشرع مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تحت اسم الوطنية للتأمين الصحي من أجل السهر على السير الجيد للمنظومة[1].

- إذ يتم تمويل التغطية الصحية الأساسية على أساس تعاضد الأنظمة وعلى مبدأ المساهمة بالنسبة لأنظمة التأمين الإجباري عن المرض وعلى مبدأ التضامن الوطني فيما يتعلق بنظام المساعدة الطبية الموجهة لتغطية علاجات الأشخاص المعوزين[2].

ب- التأمين الصحي في الجزائر:

يعتبر نظام التأمينات الاجتماعية وسيلة من وسائل السياسة الاجتماعية التي تطبقها الدولة لمساعدة أفراد المجتمع، ويعد التأمين الصحي أحد الركائز المهمة له، وفيما يخص الهيكل الحالي لنظام التأمين الصحي والاجتماعي في الجزائر ونطاق تغطيته الاجتماعية. فهو يتكون من خمس مؤسسات أساسية هي[3]:

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء (CNAS)، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS)، الصندوق الوطني للتقاعد (CNR)، الصندوق الوطني للعطل المدفوعة الأجر والبطالة الناجمة عن سوء الأحوال الجوية في قطاعات البناء والأشغال العمومية والري

[1]- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بالمغرب، على الموقع: www.anam.ma تاريخ الاطلاع: 2016/08/20.

[2]- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بالمغرب، مرجع نفسه.

[3]- محمد يعقوب، محمد زيدان، الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير – تجارب الدول – الملتقى الدولي السابع، يومي 03 و04 ديسمبر 2012، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الشلف، ص: 11.

(CACOBATH)، الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة (CNAC)، حيث تشارك هذه الهيئات في تقديم الخدمات التأمينية للعديد التي يمكن أن يتعرض لها الأشخاص.

وهذا كما نص عليه القانون في المادة 49 من القانون رقم 01/88 المؤرخ في 12 يناير 1988 المتضمن القانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية على أنه: "تعتبر أجهزة الضمان الاجتماعي هيئات عمومية ذات تسيير خاص تحكمها القوانين المطبقة في هذا المجال، وتحدد التنظيم الإداري لأجهزة الضمان الاجتماعي عن طريق التنظيم"[1].

أما فيما يخص صلاحيات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فيتمحور حول نقاط أساسية هي[2]:

- العصرنة.
- تحسين نوعية الخدمة (المرض، الأمومة، العجز).
- المحافظة على التوازنات المالية للصندوق بهدف ضمان ديمومة الضمان الاجتماعي.
- وهذا لتجسيد البرنامج التالي:
- التعاقد مع الطبيب.
- تعاقد العلاقات مع القطاع الصحي العمومي.
- التعميم التدريجي لنظام الدفع من قبل الغير إلى كافة المؤمن لهم اجتماعيا.

أما فيما يخص تمويل نفقات التأمينات الاجتماعية، فسعت الجزائر إلى توفير منابع متعددة لتوفير التمويل الكافي وهذا من خلال إصدار جملة من القوانين والتشريعات لتمكين مؤسسات الضمان الاجتماعي من الاستفادة منها، غير أنها تعتمد على مصدرين هما:

- اقتطاعات التأمينات الاجتماعية إذ تعد اقتطاعات التأمين أهم وأكبر مصدر للأموال بالنسبة لمؤسسات الضمان الاجتماعي، إذ يتم تمويل نفقات التأمينات الاجتماعية اعتمادا على قسط اشتراك إجباري على نفقة أصحاب العمل، وكذا المستفيدين من قانون التأمينات الاجتماعية، ويستثنى من ذلك فئة المجاهدين ومعطوبي

[1]- الجريدة الرسمية رقم 02، 1988.

[2]- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الموقع: http://www.cnas.dz، تاريخ الاطلاع: 2016/08/20.

حرب التحرير والمعوقين بدنيا وذهنيا الذين لا يمارسون أي نشاط مهني والمستفيدون من دعم الدولة (الطلبة، المعوزين...)[1].

أما فيما يخص معدل الاقتطاعات فينص القانون الجزائري على ما يلي:

الجدول رقم (1-1): معدلات الاقتطاعات بالمائة (%)

الفروع	أرباب العمل	العمال	حصة الخدمات الاجتماعية	المجموع
التأمينات الاجتماعية	%12.5	%1.5	-	%14
حوادث العمل والأمراض المهنية	%1.25	-	-	%1.25
التقاعد	%10	%6.75	%0.5	%14.25
التقاعد المبكر	%0.25	%0.25	-	%0.5
التأمين على البطالة	%1	%0.5	-<	%1.5
المجموع	%25	%9	%0.5	%34.5

Source : Ministère de Travail، de l'emploi et de la sécurité sociale : présentation du système de sécurité sociale algérien، p5.

من الجدول أعلاه يتبين أن معدل الاقتطاع بالنسبة للعمال الأجراء هو 34.5% ويتوزع كما هو مبين في الجدول أعلاه، أما بالنسبة للعمال غير الأجراء فإن معدل الاقتطاع الإجمالي هو 15% محسوب على أساس الدخل غير الخاضع للضريبة، أو على أساس رقم الأعمال، وفي بعض الحالات على أساس الحد الأدنى للأجر السنوي، وتقسم هذه النسبة للفئات الخاصة غير النشطة، فإن معدل الاقتطاع الذي هو على عاتق ميزانية الدولة يتراوح بين 0.5% و7% من الحد الأدنى للأجر المضمون[2].

وهناك مصادر أخرى للتمويل الصحي منها:

- تدخل ميزانية الدولة (صرف الإعانات والمنح العائلية).
- مداخيل الاستثمارات.
- الاشتراكات المسددة من قبل أرباب العمل.
- زيادات وعقوبات التأخير ضد أرباب العمل.

[1]- زرارة صالحي الواسعة، المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية، دراسة مقارنة بين القانون المصري والجزائري، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في القانون الخاص، كلية الحقوق، جامعة منتوري، قسنطينة، 2007/2006، ص: 125.

[2]- وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، عرض لنظام التأمين والضمان الاجتماعي في الجزائر على الموقع: http://conselhosaude.gov.br ، ص ص: 14، 15.

- الهبات والوصايا[1].
- الاشتراكات التي يدفعها غير الأجراء.
- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (ويتعلق بحصة من الرسم على التبغ والرسم على شراء اليخوت، واقتطاع 5% على الفوائد الصافية لاستيراد الأدوية التي سيعاد بيعها على حالتها).

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن تدخل الدولة يبقى ضعيف في قطاع الضمان الاجتماع، وعلى رأسه التأمين الصحي، فهو يمول بصفة أكبر من قبل المشتركين، على عكس بعض الدول تصل نسبة التمويل الحكومي إلى حدود 60% ولا يختلف الوضع عن دول الجوار كالمغرب، فالتأمين الصحي إلزامي ويمول من طرف المشتركين بصفة أكبر كما هو الحال بالجزائر، إلا أن الاختلاف يكمن في أن المملكة أنشئت صندوق خاص سمي بالصندوق الوطني للتأمين الصحي وهو مستقل عن صندوق الضمان الاجتماعي، وهذا من وجهة نظرنا هو أفضل بكثير.

وعلى العموم نظام التأمين الصحي بالرغم من بعض النقائص إلا أنه استطاع أن يحقق إنجازات نلمسها على أرض الواقع كحصيلة نظام الشفاء فلقد تم تسليم 2.270.000 بطاقة شفاء، هيكلة وعصرنة ما يقارب 1000 هيكلا تابع للضمان الاجتماعي، وكذا التعاقد مع مؤسسات النقل الصحي، تطوير الهياكل الصحية والاجتماعية للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية[2].

3- الأهمية الاقتصادية للتأمين الصحي:

- المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة.
- يساهم التأمين في امتصاص البطالة، وذلك من خلال توفير مناصب عمل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين التجارية[3].
- تكوين رؤوس أموال ضخمة، وهذه هي الأهمية الكبرى للتأمين على الحياة بالنسبة للإنتاج بوجه خاص والاقتصاد القومي بوجه عام وبهذا يمكن الاستفادة من هذه الأموال الضخمة المجتمعة من مبالغ الأقساط الصغيرة

[1]- وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، على الموقع: www.mtess.gov.dz، تاريخ الاطلاع: 2016/08/08.
[2]- الديوان الوطني للتعليم والتكوين عن بعد على الموقع: http://www.onefd.edu.dz، تاريخ الاطلاع: 2016/08/10.
[3]- عوني محمود عبيدات، «شرح قانون الضمان الاجتماعي»، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 1998، ص ص: 7، 8.

أو من خلال الأقساط الضخمة التي تتجمع لدى شركات القطاع والتي تحول لتمويل المشاريع أو إنشاء شركات صناعية أو زراعية أو تجارية أو غيرها، ومن ثم دفع عجلة النمو الاقتصادي[1].

- التأمين له أثر بارز في ميزان المدفوعات لأن هذا الأخير يظهر المعاملات الدولية التي تجرى من خلال الصادرات والواردات وعلى هذا الأساس فالدولة المصدرة للخدمات التأمينية فهي مدينة، أما الدولة المستقبلة لهذه الخدمات فهي دائنة ويتحدد رصيد العمليات التأمينية في ميزان المدفوعات والذي يكون له أثر إيجابي في حالة كون رصيد التصدير أكبر والعكس صحيح.

- يساهم التأمين في مضاعفة المبادلات التجارية الدولية، إذ بفضله تتضاعف هذه المبادلات، نظراً لما يقدمه التأمين كضمان للمصدرين المستوردين على حد السواء[2].

[1]- عبد الرحمن توفيق، تسويق الخدمات التأمينية، مركز الخبرات المهنية للإدارة، الجيزة مصر، 2014، ص: 9.

[2]- أحمد شكري الحكيم، التأمين و إعادة التأمين في اقتصاديات الدولة النامية، مكتبة الأنجلو مصرية، مصر، 1971، ص ص: 331، 334.

المبحث الثالث: تحليل سوق السلع والخدمات الصحية

السوق الصحي هو عبارة عن مؤسسة اجتماعية اقتصادية تتفاعل فيها عوامل وقوى العرض والطلب لعدة صفقات تجارية تبادلية للسلع والخدمات والتعاقدات مقابل أثمان مناسبة لهذه المؤسسة وبما يرضيها ويخدم مصالحها.

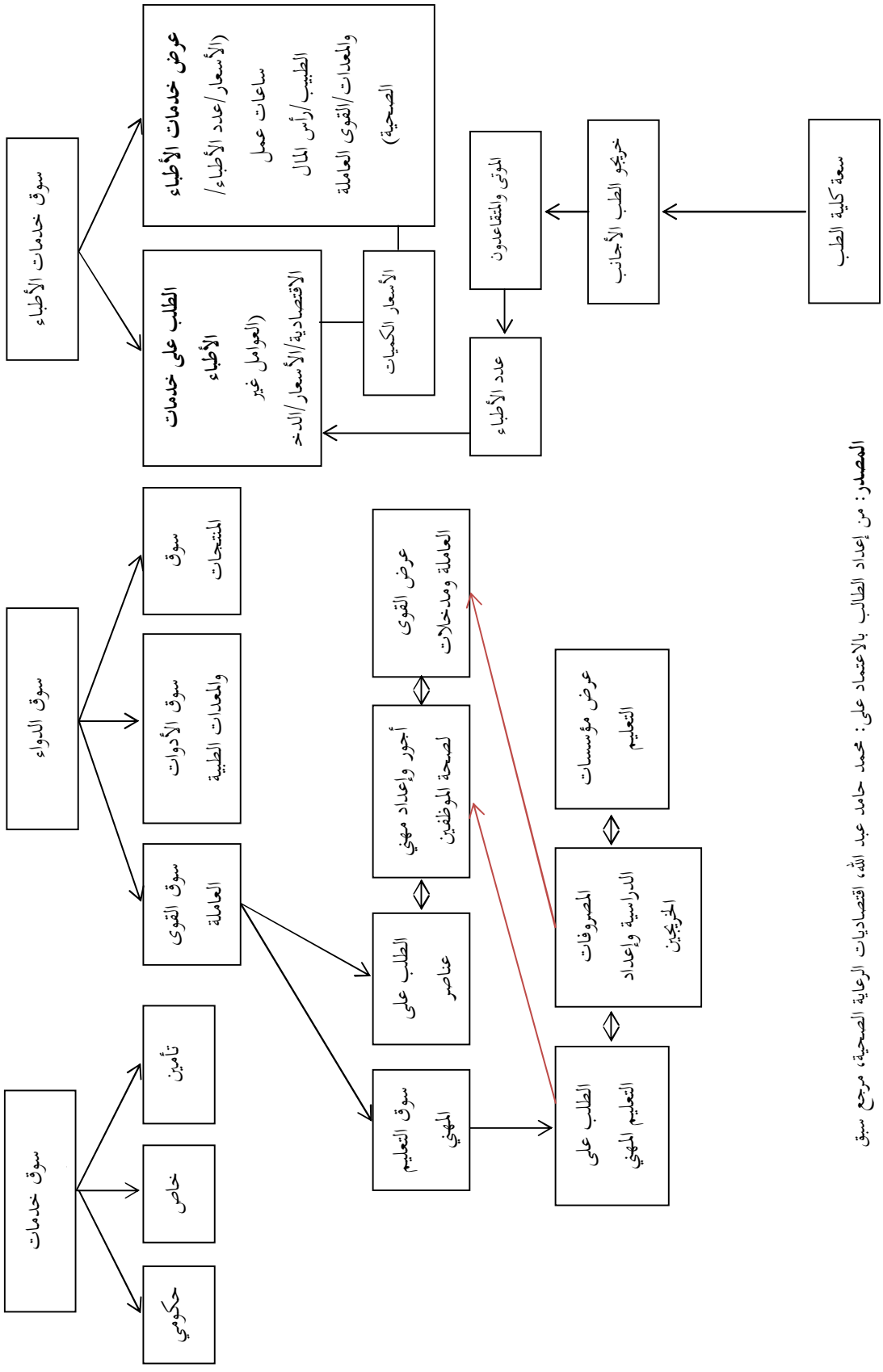
ومن هذا المنطلق سنقوم بعرض وتحليل أهم الأدوات الاقتصادية المستخدمة في الاقتصاد الصحي، وهي دالة الطلب والعرض على الخدمات الصحية، وهذا بغرض المساهمة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهذا القطاع الهام لتحسين كفاءته، وكذلك المساهمة في توفير طرق للتفكير فيما يتعلق بالصحة واستخدام الموارد الخاصة بالخدمات والرعاية الصحية، والتي تتميز بالندرة، ومن ثم ضرورة تحقيق التخصيص الكفء لهذه الموارد بهدف تعظيم المنافع الاجتماعية، وقبل عرض هذه الأدوات يجب أن نعرج على كل فرع من فروع أسواق بعض الخدمات الصحية.

المطلب الأول: مكونات سوق السلع والخدمات الصحية

هناك اختلاف بين المنظرين في الفصل بين مكونات ودراسة أسواق هذه الخدمات، فهناك من يرى أن سوق السلع والخدمات الصحية ينقسم إلى مستويين، إلا أن البعض الآخر يرى سوق السلع والخدمات الصحية تنقسم إلى ثلاث مستويات وهي: خدمات المنشآت الخدمات البشرية، الخدمات الوسيطة.

وبالتالي يندرج تحت كل قسم عدد كبير من الخدمات والأسواق، وعلى هذا الأساس سنقوم بتحليل ودراسة موقف المستشفيات كمثال لأسواق المنشآت المقدمة للخدمات الصحية، وسوق الأطباء كمثال لأسواق الخدمات البشرية، وسوق الدواء كمثال للخدمات الوسيطة، وهذا كما يظهره الشكل رقم (1-4) الموالي:

الشكل رقم (4-1): مكونات سوق السلع والخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 62، وطلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 76.

أولا: سوق المستشفيات:

الجدير بالذكر أن المستشفيات ورغم الأهمية الكبيرة لعنصر الاقتصاد والكفاءة في تقديم خدماتها وبحكم المسؤولية الاجتماعية التي تفرض عليها الالتزام الدائم بتقديم أعلى مستوى ممكن من هذه الخدمات لا يمكنها ولا ينبغي لها التركيز على الناجية الاقتصادية إلى الدرجة التي تقلل من جودة هذه الخدمات لأنها أكبر مستهلك للخدمات الصحية، كما أنها أكبر منتج لها، وتختلف المستشفيات اختلافا كبيرا، إذ يمكن تصنيفها وتقسيمها وفقا لمعايير عديدة.

يمكن تقسيم المستشفيات من حيث الملكية والإدارة، فحسب هذا المعيار تقسم (كما هو موضح في الشكل رقم (1-4) إلى مستشفيات حكومية والتي تعتمد في تمويلها على المال العام للدولة، وهذه المستشفيات قد تتبع جهات حكومية متعددة كوزارة الصحة، الداخلية والدفاع وغيرها من الجهات الرسمية، تسعى لتحقيق أهداف اجتماعية[1]، أي تحقيق الصالح العام (لا تهدف إلى تحقيق الربح)، ومستشفيات خاصة تشمل كافة المستشفيات التي تتبع في ملكيتها القطاع الخاص حيث يتم إدارة وتمويل هذه المستشفيات من قبل القطاع الخاص وهذه المستشفيات مملوكة من قبل فرد أو مجموعة أفراد أو مؤسسة أو جمعيات خيرية تسعى لتعظيم الربح كهدف لها.

أما المعيار الأكثر قبولا وشيوعا لتصنيف المستشفيات هو معيار الخدمة التي تقدمها المستشفيات، وتقسم حسب هذا المعيار إلى مستشفيات عامة ومستشفيات متخصصة، والمستشفى العام هو الذي يحتوي على التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب والجراحة وهي خدمات الباطني وجراحة الأطفال، وخدمات أمراض النساء والولادة، كما يمكن أن يضم الخدمات الأخرى مثل: طب الأنف والأذن والحنجرة وطب العيون وطب العظام والطب النفسي وغيرها من الخدمات.

أما المستشفى المتخصص فهو الذي يقدم خدمة واحدة فقط، أو أكثر من هذه الخدمات وليس كلها، كمستشفى العيون، ومستشفى العظام، والأطفال، والولادة، والقلب، الأمراض الصدرية (أي متخصصة في خدمة واحدة) [2].

وجدير بالذكر أن المستشفيات المتخصصة حسب المفهوم الحديث والصحيح للرعاية الطبية اتضح أنه لا يمكنها تحقيق التنسيق والتكامل المطلوب في الرعاية الطبية لاسيما وأنها تقوم على مجهودات فريق متكامل ومتعدد الاختصاصات، وهذا ما نجده في المستشفى العام، كمركز رئيسي لخدمة صحة الفرد والمجتمع وما يمكن أن يقدمه من خدمات رعاية طبية شاملة بمستوياتها المختلفة.

[1]- فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، منشورات عمادة البحث العلمي، كلية إدارة الأعمال، الجامعة الأردنية، ط1، 2004، ص:110.

[2]- سليم بطرس جلدة، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2007، ص: 19.

وهناك معايير أخرى يمكن استعمالها لتصنيف المستشفيات مثل معيار معدل إقامة المرضى في المستشفى، وجرى العرف على تقسيم المستشفيات إلى نوعين تبعا لمدة الإقامة التي يمكن أن يقضيها المريض فيها[1]:

النوع الأول: مستشفيات الإقامة القصيرة (مستشفيات أجل قصير) وهي المستشفيات التي يقل فيها معدل مدة الإقامة عن 30 يوما مثل: مستشفيات الولادة والجينات والعيون.

النوع الثاني: مستشفيات أجل طويل وهي المستشفيات التي تزيد مدة إقامة المريض فيها عن 30 يوما مثال عنها: مستشفيات الأمراض الصدرية.

ومعيار حجم (عدد الأَسِرَّة) حيث يمكن تقسيم المستشفيات إلى مستشفى صغير الحجم تتراوح أَسِرَّته بين 50-100 سرير وهو ما يسمى بمستشفى الريف، ويقدم عادة خدمات الرعاية الأولية، والمستشفى متوسط الحجم وتتراوح أَسِرَّته من 100-300 سرير وهو ما يسمى بمستشفى المنطقة ويقدم عادة ما يعرف بخدمات الرعاية الثانوية، ومستشفيات كبيرة الحجم وتتراوح أَسِرَّتها من 200-1000 سرير وهو ما يعرف بالمستشفى الإقليمي ويقدم عادة مزيجا من خدمات الرعاية الثانوية والمتخصصة.

كما تنقسم المستشفيات حسب معيار التعليم إلى مستشفيات تعليمية ومستشفيات غير تعليمية.

والمقصود بالمستشفيات التعليمية هي المستشفيات الجامعية التابعة لكلية الطب أو المرتبطة معها لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض وطلبة الدراسات الطبية العليا، أما المستشفيات غير التعليمية فهي لا تدير برامج لتعليم وتدريب طلبة الطب.

ومن خلال ما سبق يمكن أن نستنتج:

أن تصنيف المستشفيات حسب معيار الحجم هو تصنيف نسبي يختلف من دولة لأخرى فما يمكن اعتباره مستشفى كبير الحجم في بلد ما قد يعتبر مستشفى متوسط الحجم في بلد آخر والعكس صحيح.

وتصنيف المستشفيات حسب معيار التعليم إلى مستشفيات تعليمية ومستشفيات غير تعليمية، لا يجب أن يفهم منه أن المستشفيات غير التعليمية لا تمارس أنشطة التعليم والتدريب وإنما ليس بنفس حجم أنشطة التدريب والتعليم التي تؤديه المستشفيات التعليمية.

والنقطة المهمة أنه ومع تعدد تصنيفات المستشفيات إلا أنه لابد من مراعاة وأخذ المعايير معا والقبول بها، لأن المستشفيات بشكل عام المتخصصة منها والعامة قد تتبع في ملكيتها وإدارتها القطاع العام، كما قد تتبع

[1]- محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، الرياض، الطبعة الأولى، 2007، ص: 372.

القطاع الخاص كما أن مستشفيات القطاع العام والخاص قد تكون مستشفيات عامة وقد تكون مستشفيات متخصصة وهذه بدورها قد تكون مستشفيات للإقامة الطويلة وقد تكون مستشفيات للإقامة القصيرة.

ثانيا: سوق خدمات الأطباء:

يعتبر الأطباء أهم عناصر التنظيم في المستشفى وأكثرها تأثيرا على كم ونوع الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى لمرضاه، فهم من يقدم الخدمة الطبية للمرضى وهم الذين بمقدورهم تقويم هذه الخدمات لضمان جودتها، وهم الذين يقومون بأنشطة التدريب والتعليم والبحث العلمي والطبي في المستشفى، أما السوق الذين ينتمون إليه فهو سوق خدمات الأطباء وهي الخدمات الصحية التي يقدمها الأطباء الخواص بمختلف اختصاصاتهم في عيادتهم الخاصة، لأن الأطباء الذين يعملون في المستشفيات الحكومية لا يوجد لهم سوق بالمعنى الاقتصادي، حيث تتحدد دخولهم ومكافآتهم وحوافزهم مسبقا من خلال قوانين ولوائح، ويتميز سوق خدمات الأطباء بمجموعة من الخصائص:

1. **اختلاف معدلات الاستخدام بين المناطق المختلفة:** من الجوانب غير المقبولة في سلوك الأطباء الاختلافات الواسعة بين أنماط معاملات المرضى من ذوي الحالات المتشابهة، أثبتت العديد من الدراسات الواسعة في معدلات التنويم في المستشفيات وفي العمليات الجراحية بين المجتمعات المختلفة، وكذلك في التخصصات المماثلة، فمثلا كان معدل جراحة القلب في مدينة يوتيكا45% أكثر من مدينة سيراكيوس (0.83 لكل ألف نسمة مقابل 0.57 لكل ألف نسمة) فهنا نجد أن الناس في يوتيكا عولجوا أكثر مما يجب على عكس الناس في سيراكيوس بأقل مما يمكن، وفسرت هذه الاختلافات على الفروق بين عوامل الطلب، فأخذ بعين الاعتبار العمر والجنس والوضع الصحي وكذلك الفروق في التغطية التأمينية والدخول، إلا أنه بقيت فروق في معدلات الاستخدام، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أن الافتراض القائل أن افتعال الطلب لم يكن مساعدا لتفسير ذلك، وفي المقابل درست أيضا عوامل العرض التي يمكن أن تؤثر على الطلب ولكن حتى عندما تم تثبيتها استمر وجود الاختلافات في الاستخدام بالنسبة للتخصصات المختلفة[1].

2. **تسعير الأطباء لخدماتهم وسلوكهم في الممارسة:** (الطلب المفتعل) يعرض الطبيب لمرضاه كلا من الخدمات والاستشارات، وبما أن الطبيب عنصر بشري يمكن أن السلوك غير السوي فيه يدفعه لتغليب مصلحته المالية ومن ثم يمكن أن يعطي للمريض معلومات مغلوطة حتى يعود مرة ومرات أخرى.

[1] - For a review of small area variation studies ; see cherman follande and miron stano; "small area variation a critical review of pro position; methods and evidence" medical care review ; 47 ; winter 1990 pp : 419-465.

ونظرا لجهل المرضى لاحتياجاتهم الطبية وكذا كثافة التغطية التأمينية الواسعة الانتشار جعلتهم لا يعطون للأسعار أهمية بالغة، أضف إلى ذلك قلة المنافسة في السوق أدت بالأطباء إلى افتعال الطلب عليهم ووضع أسعار تناسبهم.

3. **اقتصاديات الحجم في الممارسة الطبية ومرونة عرض الأطباء:** من الملاحظ أن هيكل سوق خدمات الأطباء يتحدد بعدد المقبولين في كليات الطب ومدى توافر اقتصاديات الحجم التي تكتسب بممارسة الطب في شكل مجموعات.

فالأطباء، لابد من حصولهم على الترخيص اللازم وأن يكونوا متخرجون من كليات الطب المعترف بها، ففي بعض الجامعات الأمريكية يشترط نجاح الطالب في مجموعة من الاختبارات النفسية حتى يتسنى لهم الولوج لعالم الطب[1].

وهذه القيود أثرت على نوع المنشآت القادرة على تقديم خدمات الأطباء، ونقص المنافسة في سوق خدمات الأطباء مما قد يؤثر على صحة الفرد، هذا فيما يخص مرونة عرض الأطباء، أما فيما يخص اقتصاديات الحجم تتعلق مناقشة هيكل سوق خدمات الأطباء بعدد الأطباء الدين يمارسون مهنة الطب بمفردهم أو في مجموعات، وحتى إلى بداية الثمانينات كانت الممارسة الطبية ممارسة فردية، مما يجعل هيكل هذه السوق تنافسيا، وبعد تطبيق القوانين المضادة للاحتكار على القطاع الصحي غُيِّر هيكل هذه الصناعة.

ولتفسير ما سبق يمكن القول أن التحول من الممارسة الفردية إلى الممارسة الجماعية يُمَكِّن الأطباء من الاستفادة من اقتصاديات الحجم في الممارسة الجماعية، وذلك من خلال تقليل التكاليف (عيادة واحدة، آلات ومعدات، وسائل نقل مشتركة) أي اقتسام مجموعة كبيرة من مدخلات الإنتاج، وقانون اقتصاديات الحجم في هذه الحالة هو أنه كلما كان عدد الأطباء أكثر (مجموعة كبيرة)، كلما كانت عدد الوحدات المنتجة (عدد الحالات المعالجة) أكبر وبأقل التكاليف وبمنافع أكبر يمكن اقتسامها.

[1] - Phelps the economics of health and medical care an aspen publication USA 2003 PP 182-215

ثالثا: سوق الدواء:

يمكن تعريف هذه الأسواق بداية بأنها "كافة الأفراد أو الأسر أو الجماعات التي تعيش بهذا السوق الكلي، وفيما يتعلق بخصائص الأفراد أو الأسر في هذا السوق الكلي فإنها تختلف وتتسابق وفق مجموعة من الظروف البيئية الداخلية والخارجية المحيطة بهم، وبالتالي فإن السوق الصحي والدوائي هو كافة الأفراد الذين يعيشون في هذا السوق"[1].

ومن هذا التعريف يمكن أن نستشف أن سوق الدواء يشتمل على أسواق فرعية أهمها:

1- سوق القوى العاملة: ويتمثل في العنصر البشري الذي يعمل على إنتاج الخدمات الصحية مثل: الأطباء والممرضين، الجراحين، الإداريين، وجدير بالذكر أن هذا السوق يزود سوقا آخر وهو سوق التعليم المهني الصحي كما يوضحه الشكل رقم (1-5) السابق.

وإذا أردنا تحليل الطلب والعرض في أسواق القوى العاملة، فإن جانب الطلب يعتمد على نوع معين من القوى العاملة الصحية، على عوامل تتعلق بطلب المرضى أو أطبائهم على أماكن العلاج التي يعمل فيها ذلك النوع من القوى العاملة وأجورهم وعلاقتها بأجور غيرهم من العاملين في مجال الصحة.

ويعتمد طلب هذا السوق على تعليم معين لمن سيكونون مهنيين صحيين في المستقبل ولن يتأتى هذا إلا من خلال سوق التعليم المهني الصحي إذ أن هذا الأخير، كذلك يتحدد الطلب فيه على مقدار ما يرغب الشخص في دفعه في شكل مصروفات دراسية.

أما جانب العرض يتحدد بعرض مؤسسات التعليم الصحي لعدد الخريجين والمصروفات الدراسية التي تفرض على الطلاب. ويحدد عرض القوى العاملة الصحية بالتضافر مع الطلب على مثل هذه القوى العاملة (الدخل، الأجور، مستوى التوظيف)[2].

2- سوق الأدوات والمعدات الطبية: يشمل هذا السوق مختلف وحدات صناعة وتجارة التجهيزات الطبية ووحدات صناعة الأدوات الطبية (أعضاء اصطناعية، كراسي متحركة...)

3- سوق المنتجات الدوائية: يشمل هذا السوق مختلف مؤسسات صناعة الأدوية، ومخابر التكييف والتعبئة والوحدات التي تسهر على توزيع الخدمات الصيدلانية[3].

[1]- محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنة، التسويق الصحي والدوائي، دار وائل للنشر، عمان، الطبعة الأولى، 2006، ص: 39.

[2]- محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 63، 64.

[3]- محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنة، التسويق الصحي والدوائي، مرجع سبق ذكره، ص: 42.

وبعدما تطرقنا إلى مكونات سوق السلع والخدمات الصحية، سنقوم بدراسة وتحليل العرض والطلب الخاص بها، إذ توجد نظرية مهمة لمعالجة الخدمات الصحية في التحليل الاقتصادي، التي تعتبر "الخدمات الصحية منتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية وتستخدم هذه النظرية عند تحديد ما إذا كانت الخدمات الصحية تنتج بكفاءة أم لا، وكذلك عند تحليل الطلب والعرض" وهذا ما سوف نتطرق إليه.

المطلب الثاني: تحليل الطلب على الخدمات الصحية

يعتبر مدى الطلب على الخدمات الصحية من العناصر الهامة التي توضح المستوى الصحي لأفراد المجتمع، كما يوضح أيضا مدى توافر الخدمات الصحية، حيث أن الطلب عليها واتجاهاته يمثل انعكاسا لمستوى الخدمات سواء بالقطاع العام أو الخاص وانعكاس لمستوى الدخل ومستوى الوعي لدى أفراد المجتمع كما يمثل انعكاسا لتكلفة الخدمات الصحية ومستوى الأداء الداخلي لكل قطاع من القطاعات الصحية.

وجدير بالذكر أن دالة الطلب تعتبر من أهم الأدوات التحليلية الاقتصادية المستخدمة في الاقتصاد الصحي، إذ يوضح الطلب على الخدمات الصحية وكيفية تخصيص الأفراد للموارد الخاصة بهم لإنتاج الصحة وهذا ما ينادي به الاقتصاد الصحي، وتعرف دالة الطلب على الخدمات الصحية بأنها: "العلاقة بين مقدار الخدمات الطبية التي يرغب الفرد في استهلاكها عند مستوى معين من الأسعار والدخل وعدد العوامل الأخرى"[1]، إذ يمكن التعبير عن دالة الطلب على الخدمات الصحية بالمعادلة الرياضية التالية:

$$DV = F (H .Y .AGE .BODY .NCOND .P . INS)$$

ومن خلال التعريف السابق والمعادلة الرياضية، نلاحظ أن العوامل التي تؤثر في الطلب على الخدمة الصحية هي:

DV : عدد زيارات الطبيب

H : الحالة الصحية

Y : الدخل

AGE : العمر (السن)

BODY : عدد الأيام السريرية

NCOND : عدد الحالات المرضية

P : سعر زيارة الطبيب أو الخدمة الصحية

[1]- حسني إبراهيم عبد الواحد، إنتاجية النفقات العامة الصحية "دراسة مقارنة"، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في الاقتصاد، كلية التجارة وإدارة الأعمال، قسم الاقتصاد والتجارة الخارجية، جامعة حلوان، ص: 99.

INS : التأمين الصحي

ومن خلال التعريف السابق والمعادلة الرياضية يدفعنا الحديث عن محددات الطلب (المذكورة في القانون أو المعادلة الرياضية) التي هي تحليل لسلوك الإنسان المستهلك جراء الندرة في قطاع الخدمات الصحية والاختبارات التي سينتهجها من أجل الحصول على أكبر قدر ممكن، وقبل التطرق لتحليل سلوك المستهلك في جانب الطلب على خدمات الرعاية الصحية، وكما هي العادة في أدبيات النظرية الاقتصادية يتم استكشاف محددات الطلب على هذه الخدمات في إطار نموذج مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت الافتراضات التالية:

- نفترض أن يكون لدى المستهلك النمطي إجمالي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.

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

- أن يتمكن المستهلك النمطي من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة للمنفعة تكون معرفة على حالته الصحية.

- أن تسود أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية ولمدخلات إنتاج الحالة الصحية وعلى هذا الأساس وهذه الافتراضات يقوم المستهلك النمطي باتخاذ قراراته الاستهلاكية بتعظيم دالة المنفعة باختيار كمية السلعة الاستهلاكية وكميات مدخلات إنتاج الحالة الصحية وذلك في ظل القيود التي تفرضها الموارد المتاحة له[1].

وهذه القيود تقودنا للحديث عن محددات الطلب الخاص بالسلع والخدمات الصحية ومن ثم صياغة قانون الطلب على السلع والخدمات الصحية.

أولا: العوامل المحددة للطلب على السلع والخدمات الصحية

هناك عدة عوامل مؤثرة على دالة الطلب عدا السعر، إذ سنتعرض إلى المحددات أين سنحلل منحنى الطلب بدلالة السعر.

1- العوامل الاقتصادية

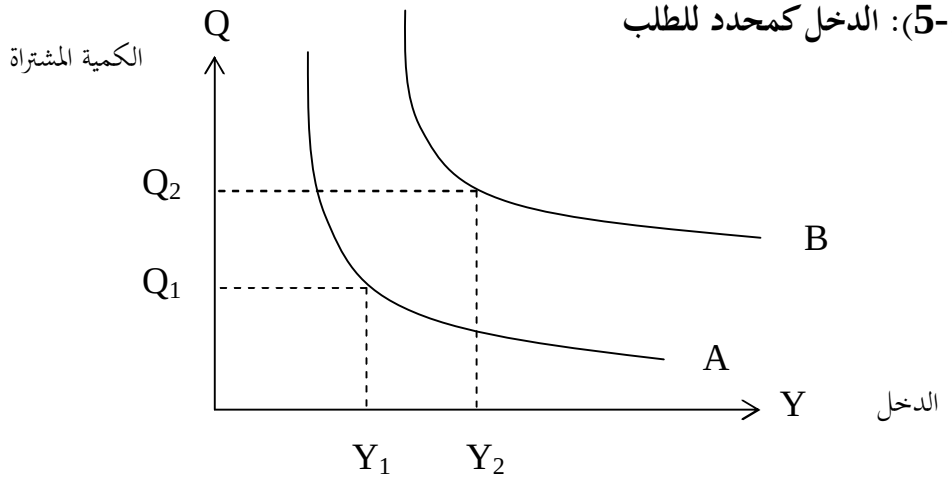
الدخل: ويعني القدرة المالية للفرد أو الأسرة التي من خلالها يمكن شراء كميات من سلعة أو خدمة معينة، وبخصوص علاقة الدخل بالحالة الصحية فقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة طردية وقوية

[1]- عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية على الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص: 05.

بين الحالة الصحية في المجتمعات وبين مستوى الدخل، حيث أشار تقرير البنك الدولي لسنة 1993 إلى أن أكثر من 75% من اختلاف الحالة الصحية بين الدول يرجع إلى عامل الدخل الوطني[1].

وفيما يخص التحليل الاقتصادي لسوق الخدمات الصحية مثله مثل بقية الأسواق النمطية الأخرى بالنسبة للدخل كمحدد للطلب لنفترض أن مستهلك له دخل متاح Y_1 يمكن له شراء كمية Q_1 من سلعة أو خدمة صحية معينة T، عند زيادة الدخل إلى Y_2 يمكنه شراء المزيد من السلعة أو الخدمة T، ولتكن معبر عنها بالكمية Q_2، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم(1-5): الدخل كمحدد للطلب



المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص .

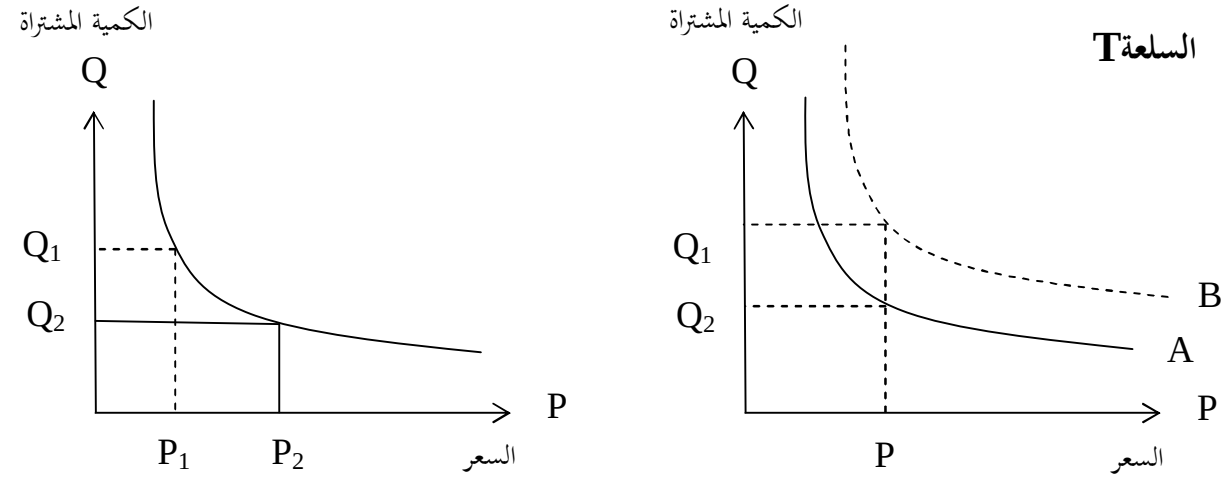
من الشكل أعلاه نستنتج أنه كلما زاد دخل هذا المستهلك من Y_1 إلى Y_2 زادت الكمية بالمقابل من Q_1 إلى Q_2 وهذا ما أدى إلى انتقال منحنى الطلب من المستوى A إلى المستوى B.

ملاحظة: هناك اختلاف حول هذا الطرح في حالتين:

الحالة الأولى: في حالة السلع البديلة وهي السلع ذات خصائص متشابهة مع السلع الأصلية المستهلكة T، حيث زيادة سعر هذه الأخيرة مع ثبات دخل المستهلك يدفع به إلى البحث عن السلع البديلة وسنحلل ذلك من خلال المنحنين التاليين:

[1]- البنك الدولي، تقرير حول الاستثمار في الصحة، 1993، واشنطن، ص: 73.

الشكل رقم (1-6): منحنى الطلب على السلعة البديلة Z الشكل رقم(1-7): منحنى الطلب على السلعةT



المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 95.

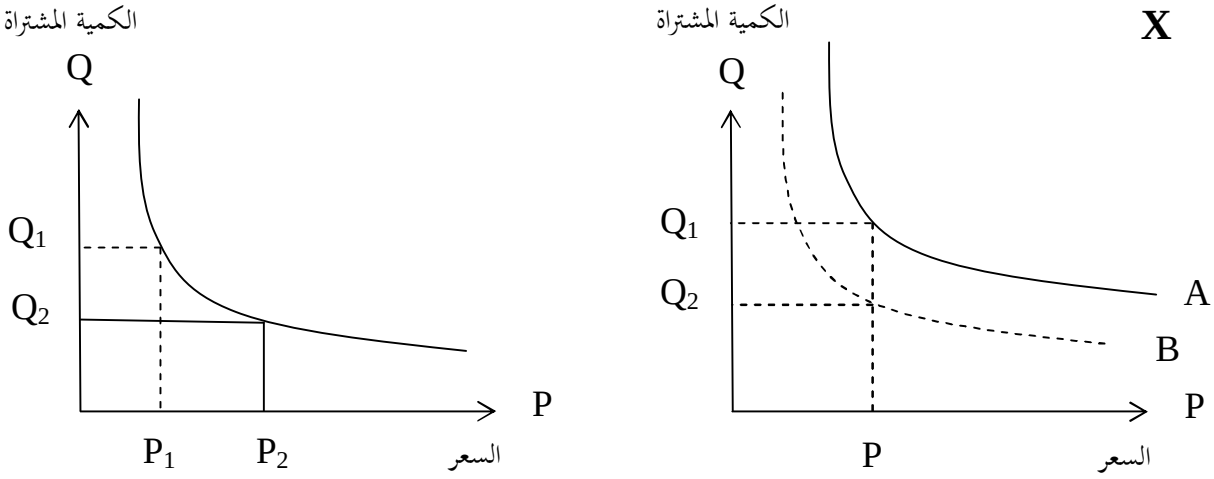
ومن الشكلين أعلاه نستنتج: وحسب منحنى الطلب على السلعة T، فالمستهلك خفف من الكمية المستهلكة من السلعة Q_1 إلى Q_2 وهذا نظرا لانتقال السعر من P_1 إلى P_2 (زيادة السعر).

وبالنسبة لمنحنى الطلب على السلعة البديلة Z، فالمستهلك زاد من الكمية المستهلكة من السلعة من Q_2 إلى Q_1 (ثبات السعر)، إذ انتقل منحنى الطلب من A إلى B.

الحالة الثانية السلعة المكملة: لنفترض أنه لدينا سلعتين X، Y ولتكن Yهي مكملة السلعة X، إذا كانت المنفعة المرجوة من السلعة X، لا تتحقق إلا باستهلاك السلعة Y.

فارتفاع سعر السلعة X يؤدي إلى انخفاض الطلب عليها، وينخفض الطلب على السلعة المكملة Y، لأن هذه الأخيرة لن تستطيع أن تكون موجودة ولن تشتري إلا إذا وجدت الأولى (السلعة X) وهذا ما يوضحه الشكلين التاليين:

الشكل رقم (1-7): منحنى الطلب على المكملةY الشكل رقم (1-9): منحنى الطلب على السلعة



المصدر: طلعت الدرمداش إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص 95.

ومن الشكل أعلاه من منحنى الطلب على السلعة X نلاحظ أن الزيادة في سعر (السلعة X) أدى إلى انخفاض الكمية المطلوبة من Q_1 إلى Q_2 على نفس منحنى الطلب.

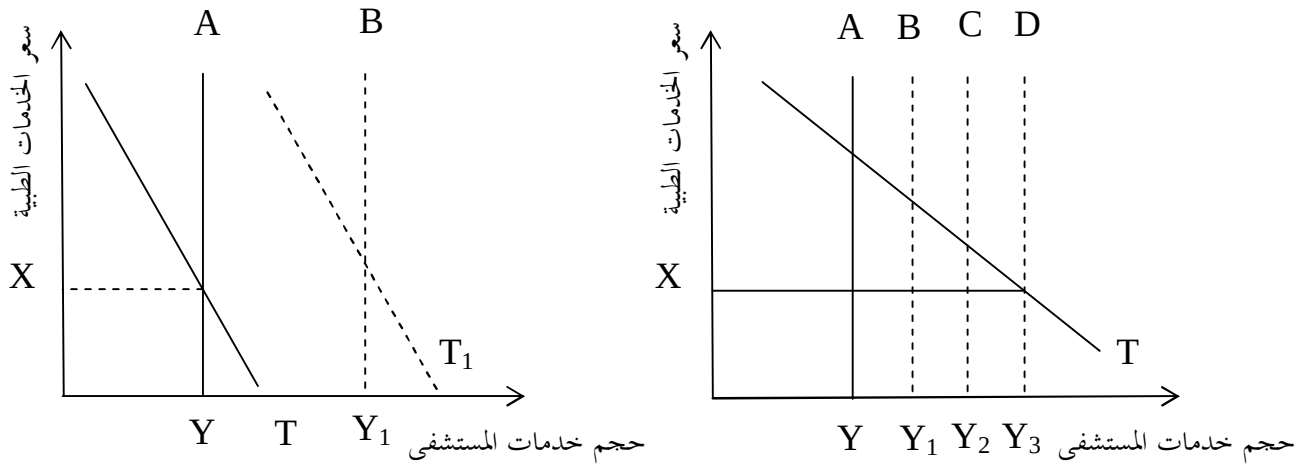
ومن منحنى الطلب على السلعة Y نلاحظ أن الطلب انتقل من A إلى B وهذا نظرا لانخفاض الكمية المطلوبة (مع ثبات السعر).

2- مدى توافر الخدمات الصحية:

بمعنى أن الخدمات تخضع لمفهوم العرض يحفز الطلب، وهناك عدة دراسات ذهبت إلى هذا الطرح من أهمها أبحاث "روميروشين" الذي وضع افتراض وقبِل به العاملون في حقل الرعاية الطبية، وهذا الافتراض مفاده أن الزيادة في عرض الأَسِرَّة في منطقة ما تؤدي إلى استخدامها (العرض يخلق الطلب)، إلا أن هذا الطرح ومضامينه السياسية يخلق العديد من المشاكل النظرية على أرض الواقع، فالارتباط البسيط بين عدد الأَسِرَّة واستغلال المستشفى لا يشكل دليلا تطبيقيا على علاقة سببية بينهما، إلا أن هناك عدة تفسيرات لهذه الظاهرة.

التفسير الأول: قد يزيد الطلب الحالي على العرض مما يجعل زيادة عرض الأَسِرَّة لا يلبي الطلب عليها، فإذا كان سعر رعاية المستشفى أقل من سعرها التوازني (س) وعرض الأَسِرَّة هو (ع) فستكون كمية استخدام المستشفى (ك)، وعند السعر (س) هنالك فائض طلب يساوي (ك3- ك)، فإذا زاد عرض الأَسِرَّة من (ع) إلى (ع1)، (ع2)، (ع3)، ويشبه فائض الطلب المستمر الوضع الذي يزداد فيه العرض تحسبا لزيادة الطلب، ويمثل هذا الوضع الشكل رقم (1-11).

الشكل رقم (1-08): التعبير في العرض والطلب على الأَسِرَّة



(أ) مثال على فائض الطلب في الأَسِرَّة (ب) زيادة عرض الأَسِرَّة لمواجهة الطلب المتوقع عليها

المصدر: محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الصحة، مرجع سبق ذكره، ص 145.

فابتداء كان الطلب هو (T)، والعرض هو (A) والاستخدام عند (Y) فإن زاد العرض إلى (A_1) وزاد الاستخدام إلى (Y_1) فهذا لا يعني أن العرض أدى إلى الطلب الجديد أي (T_1) بل أن عرض الأَسِرَّة الإضافي كان تحسبا لزيادة الطلب.

والتفسير الثاني: هو أن تكاليف انتقال المرضى قد تغيرت، فلو أن الأَسِرَّة الإضافية كانت في مستشفيات صغيرة حديثة البناء وأقرب إلى سكن المرضى المتوقعين، فسوف تقل تكاليف الانتقال إلى المستشفى، فبدلا من طلب جديد (أي انزياح منحنى الطلب إلى اليمين) على الأَسِرَّة فإن زيادة عرض الأَسِرَّة يخفض إجمالي سعر الرعاية الطبية للمريض بتخفيضه للتكاليف غير المالية، مما يؤدي إلى حركة إلى أسفل على منحنى طلب المريض نفسه.

والتفسير الثالث: فهو يركز على تأثير زيادة عرض الأَسِرَّة على الطبيب، فالطبيب يزيد إنتاجيته بمعالجة المريض في المستشفى بدلا من الذهاب إليه في منزله، وإبقائه فيه لمدة أطول لأنه سهل عليه مراقبته، وفي نفس الوقت يعاين المزيد من المرضى، وهكذا، فالافتراض القائل بأن زيادة عرض الأَسِرَّة يؤدي إلى خلق وزيادة الطلب عليها يبدو أنه يعبر عن العلاقة الوثيقة بين عدد الأَسِرَّة واستخدام المستشفى أكثر مما يعني وجود علاقة سببية بينهما، لأن السياسة العامة هي المتسببة في ذلك، فهي تهتم بعرض الأَسِرَّة بالرغم من توفرها بالشكل الكافي؛

وهذا شيء سلبي يؤدي إلى استخدام المستشفى بطريقة غير عادلة، فالمرضى الذين يتلقون الرعاية قد لا يكونوا هم الذي يحتاجونها بالقدر الأكبر.

وساد هذا الطرح لسنوات عديدة كنظرية وكأداة للسياسة العامة، لكن مع تغير طريقة الدفع للمستشفيات وتغير حوافز المريض ومقدمي تلك الخدمات، انخفض استخدام المستشفى انخفاضا حادا، تاركا عددا كبيرا من الأَسِرَّة بالمستشفيات فارغا[1].

3- التأمين الصحي

يعتبر التأمين الصحي أحد المتغيرات ذات الأثر الكبير في الطلب على الخدمة الصحية فالأفراد الذين يتمتعون بخدمات التأمين الصحي يتحملون أعباء طفيفة لزيارة الطبيب، وبالتالي مقدار التأمين يزيد الطلب على الخدمة الصحيحة[2].

4- عدد السكان

من المحتمل أن تؤدي زيادة عدد السكان إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية إلا أن هذا الطلب عادة ما يكون محدودا وهذا يتوقف على إمكانيات الفرد المادية وقدرة الدولة على توفير الخدمات الصحية لأفراد المجتمع.

فالأسر التي تتكون من عدد كبير من الأفراد نجد أن متوسط نصيب الفرد من الدخل منخفض، وبالتالي قدرة الأسرة على توفير الخدمات الصحية لأفرادها ستكون أيضا منخفضة، ونفس الحال بالنسبة للدولة ككل، فكلما زاد عدد سكانها كلما انخفض متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الخدمات الصحية[3].

ثانيا: العوامل الاجتماعية

1- درجة التعليم والوعي الصحي: هناك ارتباط وثيق بين المستوى التعليمي والاستفادة من الخدمات الصحية، إذ يؤثر المستوى التعليمي لأفراد الأسرة على إمكانية طلب الخدمات الصحية، فارتفاع مستوى التعليم في الأسرة يؤدي إلى الرغبة في البحث عن العلاج المبكر، ضف إلى ذلك يزيد من كفاءة الأسرة في مشترياتها واستخدمها للخدمات الطبية، فعدد السنوات الدراسية قد تكون مقياسا مرتبطا بالوعي أكثر بالحاجة للرعاية الطبية، ولذا يتوقع أن ينتج عن الفروق في مستويات التعليم بين الأسر فروق في الاستخدام والإنفاق على الرعاية الصحية[4].

---

[1]- محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 145، 146.

[2]- حسني إبراهيم عبد الواحد، إنتاجية النفقات العامة الصحية، دراسة مقارنة، مرجع سبق ذكره، ص: 100.

[3]- سحر عبد الرؤوف القفاس، تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع التأمين الصحي في مصر، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، كلية التجارة، قسم الاقتصاد، 2007، ص: 49.

[4]- محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 135، 136.

2- الحالة الاجتماعية: هناك عدة دراسات تناولت تحليل ومعرفة أثر الحالة الاجتماعية أو الزوجية على الطلب على الخدمات الصحية، ومن بين هذه الدراسات دراسة "فيلدشتين" (Feldstein 1997) وباستخدام عينة مقطعية من المرضى الذين تم علاجهم في 11 مستشفى في إنجلترا عام 1990 وجد أن الفرد الأعزب المقيم وحيدا يكون أكثر طلبا على الخدمات الصحية من المتزوج الذي يعاني نفس المرض، وذلك لأن الفرد المتزوج يتلقى العناية وتقديم الخدمة الصحية من أسرته وهذا ما يقلل من خدمات الإقامة في المستشفيات والعكس بالنسبة للأعزب.

وهناك عوامل اجتماعية أخرى على غرار العمر، إذ أنه كلما زاد العمر قل رصيد معين من الصحة ومن ثم تكون الحاجة إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية، أضف إلى ذلك أنه كلما كانت البيئة أو الدولة تعاني من ارتفاع نسبة الأمراض المعدية والأوبئة كلما زاد طلبها على الخدمات الصحية[1].

المطلب الثالث: تحليل عرض الخدمات الصحية

يعرف العرض بأنه "قائمة أو مجموعة النقاط المحددة للعرض من خلال المنتجين والسوق، أسعار عدة ولكميات متعددة من السلع والخدمات وخلال فترة معينة (سنة)، ويمثل ذلك القوة السعرية والمخرجات لهذه السلع والخدمات".

والملاحظ أن هذا التعريف يختلف عن التعريف العام للعرض وهو الأنسب للخدمات الصحية، ويكون في العادة في ظل السوق التنافسي، وبنفس طريقة تحليل الطلب، سوف نحلل سلوك العارض للخدمات الصحية في ظل مجموعة من الفرضيات:

أ- فرضيات للعارض للخدمات الصحية:

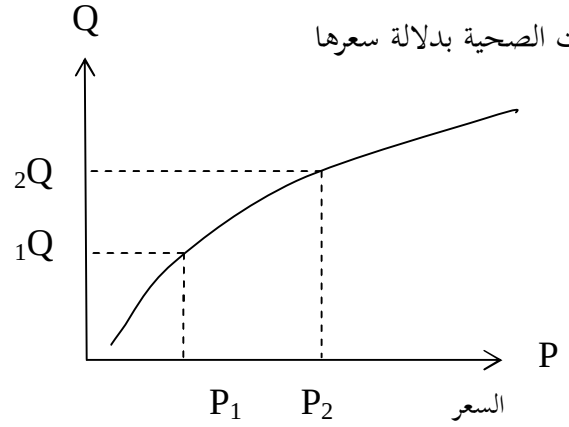
- الخدمات الصحية كأي خدمة سوقية أخرى تخضع لقوى السوق.
- ثبات كل المؤثرات الأخرى على العرض مع تحريك السعر للكمية المعروضة.

ب- قانون عرض السلع والخدمات الصحية:

هناك علاقة طردية ما بين الأسعار والكميات المعروضة من السلع والخدمات، فكلما زادت الكمية المعروضة من السلع والخدمات يزداد السعر إلى حد معين حتى الوصول إلى نقطة التوازن بين منحني العرض والطلب، فإذا زادت السلع المعروضة عن هذا الحد فإن الطلب يبدأ بالانخفاض مصحوبا بانخفاض تلقائي في الأسعار، والعكس صحيح وهذا ما يوضحه الشكل رقم (1-11) أدناه:

[1]- سحر عبد الرؤوف القفاس، تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 38، 40.

الشكل رقم (1-09): منحنى عرض الخدمات الصحية بدلالة سعرها



المصدر: طلعت الدمراش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 107.

هناك عدة متغيرات عدا السعر الذي تناولناه سابقا تؤثر على الكميات المعروضة من السلع والخدمات الصحية أهمها[1]:

أ- عدد توقعات المنتجين: وتعتمد في الغالب على العوامل النفسية للمستهلكين وتوقعاتهم للسلع والخدمات المنتجة والسلع والخدمات البديلة في المستقبل من التطور وزيادة الأرباح.

ب- التطور التقني للسلع والخدمات المنتجة: كما تطورت المنتجات المعروضة تقنيا أصبحت مطلوبة أكثر وتلبي احتياجات المستهلك وتحافظ على أسعارها لأنها تتمتع بالجودة والموصفة العالية والعمر الأطول...إلخ. وتعمل على تقليل التكاليف هذا يعني زيادة الكمية المعروضة (عدد الأَسِرَّة في المستشفيات).

ج- العوامل الثقافية والحضارية: كالمعتقدات والديانات، إذ يجب على المنتج أن يتوافق معها، أضف إلى ذلك العوامل الدورية أو الموسمية إذ على المنتج كمقدم الخدمات الصحية مثلا دراسة السوق قبل بدء الإنتاج، يدرس مدى توافقها مع الموسم وأن يطرحه في الوقت المناسب لأن الطلب وأسعارها يكونان بازدياد، ولا ننسى أثر الإعلانات التجارية.

د- تكاليف الإنتاج: ويقصد بها التكلفة التي تتحملها الجهة المقدمة للخدمات الصحية (كالمستشفيات) أو النظام الصحي (نظام التأمين الصحي)، وتعتبر تكاليف إنتاج الخدمات الصحية من أكثر العناصر تأثيرا على العرض، إذ أن ارتفاع تكاليف أي عامل من عوامل إنتاجها سيؤدي إلى انخفاض العائد المحقق من بيعها أي نقص الكمية المعروضة (المنتجة)[2].

[1]- مهند أحمد حلوش، اقتصاديات الصحة، مرجع سبق ذكره، ص ص: 53، 59.

[2]- سحر عبد الرؤوف القفاس، تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 51.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى الإطار النظري والتحليلي للاقتصاديات الصحة. إذ توصلنا إلى أن هذا الاقتصاد هو فرع هام من فروع الاقتصاد، ظهر نتيجة استحالة تغطية الطلب الاجتماعي المتزايد على العلاج نظرا للأزمات الاقتصادية التي أصابت الدول الغربية آنذاك التي أخذت على عاتقها توفير الخدمات الصحية لشريحة كبيرة من عدد طالبيها دون الأخذ بعين الاعتبار تزايد حجم النفقات الصحية، فكانت الضرورة ملحة لظهور هذا الفرع لتنظيم القطاع، من حيث مساعدة المسير في اتخاذ القرارات، وذلك لأنه يتعامل مع التكلفة والإنفاق على إنتاج واستخدام الخدمات الصحية وزيادة فعاليتها.

ثم عرجنا على مفهوم الصحة، وتوصلنا إلى أنها غاية ووسيلة في آن واحد فهي وسيلة لأنها ترتبط بالجهود التنموية في البلاد من تنمية اجتماعية إلى تنمية اقتصادية، وهي غاية يصبوا إليها الأفراد يتطلعون إلى الجهة التي تستطيع تأمينها لهم.

وحاولنا رفع الالتباس والخلط بين عدة مفاهيم لها صلة باقتصاديات الصحة على غرار الخدمات الصحية والرعاية الصحية، وحتى الصحة في حد ذاتها.

إذ وجدنا أن هناك فوارق كبيرة بينها، فاقتصاد الصحة هو مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة، والتي تشمل على الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات، بينما يضيق مفهوم اقتصاديات الخدمات الصحية ليشمل فقط الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية، وكمدخل إنتاج في صناعة الصحة وكجزء من الرعاية الصحية (نوع من أنواعها) هاته الأخيرة التي تحتوي على أربع مستويات يوفرها النظام الصحي لأي بلد. لنقل المريض من مستوى إلى آخر، بداية من مستوى الرعاية الصحية الأولية والمتمثلة في تقديم العلاج للمرضى في المنزل مرورا بالمستوى الثاني خدمات الرعاية الثانوية والمتمثلة في تقديم العلاج الجراحي للمرضى أثناء تواجدهم بالمستشفى، وانتقالا إلى المستوى الثالث ألا وهو خدمات الرعاية التخصصية مثل جراحة القلب والتجميل والأعصاب...إلخ، ووصولا إلى المستوى الرابع خدمات الرعاية الممتازة التي يقدمها كبار الأطباء والمستشارين من ذوي المهارات العالية.

وتمول هذه الخدمات الصحية من مصادر متعددة (حكومية، خاصة، المعونات الخارجية والتأمين الصحي)، هذا الأخير الذي خصصنا له مطلب كامل لأنه يعتبر احد القطاعات الهامة والهامة جدا في تقديم الخدمات الصحية، هذه الأخيرة التي لها سوق مستقل خاص بها، يقوم بتحليلها الاقتصاد الصحي من خلال مجموعة من الأدوات الاقتصادية على غرار دالة الطلب والعرض على الخدمات الصحية.

إذ يوضح الطلب على الخدمات الصحية كيفية تخصيص الأفراد للموارد الخاصة بهم لإنتاج الصحة، أما العرض فهو قائمة أو مجموعة النقاط المجددة للعرض تم خلال المنتجين والسوق لكميات متعددة من السلع والخدمات خلال فترة زمنية محددة.

وكخلاصة لهذا الفصل ننوه أن الخدمات الصحية سواء العلاجية أو الوقائية تلعب دورا مهما في التنمية البشرية، لذا سنخصص الفصل الموالي للتنمية البشرية.

الفصل الثاني

مدخل للتنمية البشرية

تمهيد:

شهدت البدايات الأولى لصياغة الأفكار والنظريات الاقتصادية تركيزا كبيرا على رأس المال المادي في النشاط الاقتصادي، وانصب الاهتمام على الثروة المادية بدلا من الإنسان وتعظيم الدخل، أي أنه تم إغفال العنصر البشري في التنمية، بحجة أن النمو الاقتصادي المستمر كاف بحد ذاته لتوفير المكاسب الاجتماعية لأفراد المجتمع كافة، ولكن مع تطور النظرية الاقتصادية تبين أن تعظيم الناتج القومي ليس إلا هدفا من أهداف السياسة الاقتصادية، وأن هناك أهداف أخرى مثل: تخفيض معدلات البطالة وتحسين التعليم وزيادة المعرفة، وتحقيق مستويات أعلى من الصحة وجوانب أخرى متعلقة بالنمو السكاني، والبيئة، وتعد هذه الأهداف مساوية أو يمكن اعتبارها أكثر أهمية من تعظيم الناتج القومي، لأن الاستثمار في التعليم، الصحة (التي تعتبر من مدخلات التنمية البشرية) تؤدي إلى زيادة إنتاجية العنصر البشري (الإنسان)، وبالتالي تحقيق النمو الاقتصادي الذي نادت به النظريات الاقتصادية.

وقد جاء الاهتمام بالعنصر البشري (الإنسان) كرد فعل لإخفاق المناهج التنموية في تحقيق سعادة الإنسان باعتباره غاية التنمية ووسيلتها.

وعلى هذا الأساس سنتناول في هذا الفصل المفاهيم الأساسية للتنمية البشرية، لاسيما مؤشراتها، متضمناتها وأدلة قياسها، أضف إلى ذلك واقعها في الجزائر ومن ثم نعرج على تقييم مخرجات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية.

المبحث الأول: مفاهيم أساسية حول التنمية البشرية

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

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

لذا سنناقش من خلال هذا المبحث المفاهيم التي جاءت بها تقارير التنمية البشرية، وكذا أهم المقاييس التي اعتمدت عليها التنمية البشرية من قبل المؤسسات الدولية والبلدان. وتمثلت هذه الأخيرة في برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لقياس التنمية البشرية الذي يتم من خلاله تقييم واقع حال البشرية وترتيب دول العالم الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة حسب مستوى التنمية البشرية التي وصلت إليها، ومن ثم نبرز علاقتها بالمفاهيم الأخرى للتنمية.

المطلب الأول: التنمية البشرية المفهوم والتطور

اختلف المنظرون حول وضع تعريف شامل للتنمية البشرية، لان البدايات الأولى شهدت صياغة أفكار ونظريات تهتم برأس المال المادي بدلا من الاهتمام بالإنسان، لذا سنحاول التوفيق بين مختلف هذه التوجهات للوصول إلى تعريف شامل للتنمية البشرية.

بدأ مفهوم التنمية البشرية يتضح عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية وخروج البلدان التي شاركت في الحرب مصدومة من الدمار البشري والاقتصادي فبدأ بعدها تطور مفهوم التنمية الاقتصادية وواكبها ظهور التنمية البشرية لسرعة إنجاز التنمية لتحقيق سرعة الخروج من هذا الدمار الشامل الذي لحق بهذه البلدان. ومن هذا التاريخ بدأت الأمم المتحدة تنتهج سياسة التنمية البشرية مع الدول الفقيرة لمساعدتها من الخروج من أزماتها.

وعلى هذا الأساس ومن خلال هذا المطلب سنتناول أهم مفاهيم التنمية البشرية وكذا تطوراتها.

أولا: مفهوم التنمية البشرية

جاء في تقرير التنمية البشرية لعام 1990 تعريف التنمية البشرية على أنها: "عملية توسيع خيارات الناس"[1]، وفي واقع الحال أن هذه الخيارات يمكن أن تكون بلا نهاية وتتغير بمرور الوقت ويمكن حصرها في ثلاثة عناصر:

- أن يحيا الإنسان حياة مديدة صحيحة.
- أن يكتسب المعرفة.
- أن يحصل على الدخل والموارد اللازمة لتحقيق حياة كريمة.

والتنمية البشرية كما تشير إليها تقارير التنمية البشرية المستدامة على أنها: "الإنصاف، الحكامة، الاستدامة والتمكين".

وأشار التقرير نفسه أنه إذا لم تتحقق هذه الخيارات الأساسية الثلاث، فهناك خيارات أخرى تصبح غير متاحة وصعبة المنال، ومن بين هذه الخيارات: الحريات السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية، وكذا التمتع باحترام الذات، والتمكين الإحساس بالانتماء إلى المجتمع وفرص الإبداع والإنتاج وضمان حقوق الإنسان وغيرها[2].

ومن خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن للتنمية البشرية جانبان:

الأول: تشكيل بناء القدرات البشرية عن طريق تحسين المستويات الصحية والمعرفة والمهارات.

الثاني: انتفاع الناس بقدراتهم المكتسبة لزيادة الإنتاج والتمتع بأوقات الفراغ، والمشاركة في الأمور السياسية والمجتمعية والثقافية.

وعرفها مكتب العمل العربي: "أن مفهوم التنمية أصبح يتضمن التركيز على أنماط التفكير والسلوك ونوعية التعليم والتدريب ونوعية مشاركة الجماهير في اتخاذ القرار والعلاقات الاجتماعية والعادات والتقاليد، وثقافة الشعوب وطرق وأساليب العمل والإنتاج، أي تعبئة الناس بهدف زيادة قدراتهم على التحكم في مصائرهم وقدراتهم"[3].

---

[1] - Human development, Report 1990, New-York, UNDP, p10.

[2] - Ibd, p10.

[3] - مكتب العمل العربي، الموارد البشرية العربية ودورها في الحياة الاقتصادية، مجلة العمل العربي، العدد 68، 1997، ص: 119.

وتعرف التنمية البشرية حسب تقرير التنمية البشرية لسنة 1993 على أنها تأهيل البشر بدلا من تهميشهم وذلك من خلال:

- **الإنصاف:** والمقصود به هو تكافؤ الفرص على الوسائل والمدخلات من خلال:

- تعديل توزيع ملكية الأصول الإنتاجية وذلك من خلال العدالة في توزيع المباني، المعدات، الأدوات.

- إلغاء العقبات الاجتماعية والقانونية التي تحد من وصول المرأة إلى مواقع صنع القرار.

- **الحاكمية الرشيدة:** فهي تبدأ من الإدارة الرشيدة المعتمدة على الإصلاح والتحديث وتحسين أداء الخدمات العامة.

في حين نجد أن التنمية البشرية المستدامة تؤكد من خلال تقاريرها على ضرورة عدم اقتصار الاستدامة على البعد البيئي، بل يجب أن تتعدى ذلك إلى عدم توريث الأجيال القادمة ديون اقتصادية وعقلنة استثمار الموارد الطبيعية....إلخ.

وكذلك تمكين الناس من ممارسة الخيارات المتمثلة في قيامهم بدورهم من خلال: التأثير في القرارات المتعلقة بحياتهم بوجود ديمقراطية سياسية.

- **وجود حرية اقتصادية:** حتى يتمكن الناي من التحرر من العوائق القانونية التي تعرقل نشاطهم الاقتصادي[1].

ومن خلال التعاريف السابقة يمكننا تعريف التنمية البشرية أنها عملية تنموية مستدامة تهدف إلى الاستثمار في قدرات البشر في مختلف المجالات السياسية، الاقتصادية والاجتماعية وكذلك الصحية، البيئية والتعليمية، بهدف الرفع من قدراتهم ومهاراتهم لزيادة الإنتاجية وتحقيق النمو الاقتصادي وتوزيع عوائده على أفراد المجتمع الحاليين، والأجيال القادمة بالعدل والإنصاف دون إلحاق الضرر بهم، وفي الأخير يمكن القول أن التنمية البشرية تطرح استراتيجية تبدأ وتنتهي بالناس، على أساس أربع مبادئ: الإنتاجية، العدالة، الاستمرارية والمشاركة.

ثانيا: تطور مفهوم التنمية البشرية في أدبيات الأمم المتحدة

عرف مفهوم التنمية البشرية عدة مراحل على مر الأزمنة.

[1]- عبد الجبار لعبيدي، خرافة التنمية البشرية المستدامة، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2012، ص ص: 196، 198.

1- **التنمية البشرية في فترة الخمسينيات:** شهدت البدايات الأولى لصياغة الأفكار والنظريات الاقتصادية تركيزا كبيرا على أهمية رأس المال المادي في النشاط الاقتصادي، بدلا من الاهتمام بالإنسان وتوسيع الفرص أمام الناس، وكان هناك خلط كبير بين التنمية ومفاهيم أخرى، فلقد اعتبرت مفاهيم التنمية والتنمية الاقتصادية والنمو بشكل عام متشابهة، واستخدمت دون تمييز.

والمقاربات التي تناولت مفهوم التنمية في البداية كانت تعتبر الإنسان وسيلة لتطوير الاقتصاد، وهذا التوجه يعتبر النمو الاقتصادي وسيلة كافية لتوفير المكاسب الاجتماعية لأفراد المجتمع[1].

2- **التنمية البشرية في فترة الستينيات:** انتقل مفهوم التنمية إلى حقل السياسة في ستينيات القرن العشرين لتعرف التنمية السياسية على أنها عملية تغيير اجتماعي غايته الوصول إلى نظم تعددية على شاكلة الدول الأوروبية، ثم تطور المفهوم ليشتمل على التنمية الثقافية والاجتماعية، إلا أن إغفال المقاربة الاقتصادية في حياة البشر جعل نتائجها متدنية، وهو ما دفع بالضرورة إلى إعادة النظر في المقاربات التنموية[2].

3- **التنمية البشرية في فترة السبعينيات:** في هذه الفترة نشأت العديد من الأفكار التنموية منها مصطلح نهج الحاجات الأساسية سنة 1976، والتي قسمت إلى:

- الحاجات الأساسية المادية الفردية، كالملبس، الغذاء.
- الحاجات الأساسية المادية العمومية كالخدمات الصحية التعليمية.
- الحاجات الأساسية المادية المعنوية كالحريات، المشاركة السياسية[3].

التنمية البشرية في فترة الثمانينيات: في هذه الفترة ظهر مفهوم التنمية المستدامة بإدماج البعد البيئي في التنمية، حيث وضعت اللجنة العالمية للبيئة والتنمية 1987 تعريفا لمفهوم التنمية المستدامة بأنها: "التنمية التي تلبي حاجات الأجيال الحاضرة دون المساس بحق الأجيال المقبلة في تلبية حاجياتهم"[4].

---

[1]- رياض عزيز هادي، المشكلات السياسية في العالم الثالث، بغداد، جماعة بغداد، 1989، ص: 111.

[2]- عبد المجيد شفيق، التناول الديداكتيكي لمفهوم التنمية في الكتب المدرسية، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 3، العدد 9، أيلول 2014، ص:05.

[3]- عبد الحميد محمد العباسي، محاضرة في التنمية البشرية مفاهيم وأساسيات، معهد الدراسات والبحوث الاجتماعية، قسم الإحصاء الحيوي والسكاني، جامعة القاهرة.

[4]- عبد المجيد شفيق، التناول الديداكتيكي لمفهوم التنمية في الكتب المدرسية، مرجع سبق ذكره، ص: 157.

وجدير بالذكر أن سنوات الثمانينات قد كانت سنوات الأزمات الاقتصادية، حيث كان الاهتمام بالإصلاح الاقتصادي على حساب تطور العنصر البشري، ونظرا لهذا القصور في وضع البشر في أولويات التنمية، جاء برنامج الأمم المتحدة الإنمائي الذي تبنى ولادة مفهوم التنمية البشرية وذلك في أول تقرير لها سنة 1990.

4- **التنمية البشرية في فترة التسعينيات**: صدر أول تقرير للتنمية البشرية في عام 1990، ومنذ ذلك الحين، صدرت التقارير الوطنية في 140 بلدا، تعدها فرق محلية بدعم برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وتتطرق هذه التقارير إلى قضايا إنمائية أساسية وهي على النحو التالي:

تقرير التنمية البشرية 1990: جاء بمفهوم التنمية البشرية وقياسها إذ رأى أنها: "توسيع الخيارات أمام الناس"[1].

تقرير التنمية البشرية 1991: قام بإدخال المزيد من التطورات على مفهوم التنمية البشرية، ولقد توصل التقرير إلى أنه يمكن توفير أموال من خلال الابتعاد عن الإنفاق التبديدي على النواحي العسكرية والتوجه نحو الأولويات مثل: التعليم، الصحة وهذا ما يسمى بتمويل التنمية البشرية[2].

- تقرير التنمية البشرية 1992: جاء بالأبعاد العالمية للتنمية البشرية ومنها البعد البيئي، التعليمي، الصحي... إلخ[3].

- برنامج التنمية البشرية 1993: جاء بمفهوم مشاركة الناس، إذ عرف التنمية البشرية على أنها: "تنمية الناس، من أجل الناس، بواسطة الناس" بمعنى الاستثمار في قدرات البشر[4].

- تقرير التنمية البشرية لعام 1994: جاء بأبعاد جديدة للأمن البشري من خلال أبعادها الواسعة، وتوصل التقرير إلى أن الأمن البشري له جانبان: الجانب الأول: يعني السلامة من الأوبئة والفقر والاضطهاد والثاني يعني الحماية من الاختلالات المفاجئة والمؤلمة في حياة الناس[5].

- تقرير التنمية البشرية 1995: جاء بمفهوم المساواة بين الجنسين، الرجل والمرأة على حد السواء[6].

- تقرير التنمية البشرية 1996: النمو الاقتصادي والتنمية البشرية.

---

[1]- تقرير التنمية البشرية لعام 1990، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ص: 10.

[2]- تقرير التنمية البشرية لعام 1991، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1991، ص: 24.

[3]- تقرير التنمية البشرية لعام 1992، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1992، ص: 26.

[4]- تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1993، ص: 03.

[5]- تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1995، ص: 73.

[6]- تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1996، ص: 66.

- تقرير التنمية البشرية 1997: التنمية البشرية والقضاء على الفقر.
- تقرير التنمية البشرية 1998: التنمية البشرية والاستهلاك.
- تقرير التنمية البشرية 1999: العولمة بوجه إنساني.
- تقرير التنمية البشرية 2000: حقوق الإنسان والتنمية البشرية.
- تقرير التنمية البشرية 2001: توظيف التقنية الحديثة لخدمة التنمية البشرية.
- تقرير التنمية البشرية 2002: تعميق الديمقراطية في عالم متفتت.
- تقرير التنمية البشرية 2003: وتمحور حول أهداف الألفية الجديدة.
- تقرير التنمية البشرية 2004: الحرية الثقافية في عالمنا المتنوع.
- تقرير التنمية البشرية 2005: المعونة والتجارة والأمن في عالم غير متساو.
- تقرير التنمية البشرية 2006: ما هو أبعد من الندرة: الفقر وأزمة المياه[1].
- تقرير التنمية البشرية 2008: تغير المناخ والتنمية البشرية[2].
- تقرير التنمية البشرية 2009: التغلب على الحواجز وقابلية التنقل البشري والتنمية.
- تقرير التنمية البشرية 2010: الثروة الحقيقية للأمم: مسارات في التنمية البشرية.
- تقرير التنمية البشرية 2011: الاستدامة والإنصاف.
- تقرير التنمية البشرية 2012: نهضة الجنوب.
- تقرير التنمية البشرية 2013: نهضة الجنوب، تقدم بشري في عالم متنوع[3].
- تقرير التنمية البشرية 2014: تناول التقرير المضي في التقدم ،بناء المتعة لدرء المخاطر.
- تقرير التنمية البشرية 2015: ذهب إلى أن جعل العمل في مقام الثروة من حياة الإنسان.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن كل التقارير السابقة الذكر ركزت على رفاهية الإنسان وحياته، حيث أن رفاهية الإنسان تعني أن يعيش المرء وهو ينعم بحريات كبيرة.

[1]- تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2013، ص: 04.
[2]- تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2008/2007، ص: 21.
[3]- تقرير التنمية البشرية، 2013، مرجع سبق ذكره، ص: 04.

المطلب الثاني: مقاييس التنمية البشرية

إن أهم المقاييس التي اعتمدت عليها التنمية البشرية من قبل المؤسسات الدولية والبلدان، هي منظومة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لقياس التنمية البشرية، والتي تمثلت في التقارير السنوية التي يصدرها البرنامج، إذ يتم فيها تقييم واقع حال البشرية وترتيب دول العالم الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة حسب مستوى التنمية البشرية التي وصلت إليها،

إذ عرض تقرير التنمية البشرية لعام 1990 مقياس مركب للتنمية البشرية أطلق عليه اسم "دليل التنمية البشرية" ورمز له بالرمز (HDI) ومن أهم مميزات هذا المقياس احتوائه على أربعة أدلة وهي: (دليل التنمية البشرية، دليل التنمية البشرية المعدل بمعامل عدم المساواة، دليل الفوارق بين الجنسين، دليل الفقر البشري)[1].

أولا: أدلة التنمية البشرية

1- دليل التنمية البشرية: تم تركيب هذا الدليل في تقرير التنمية البشرية 1990، وهو مقارن لمتوسط العمر المتوقع، ومحو الأمية والتعليم، ومستويات المعيشة. يستخدم هذا المؤشر لقياس أثر السياسات الاقتصادية على نوعية الحياة، وضع هذا المقياس ثلاث مؤشرات[2]:

أ. طول الأجل: الذي يمثله متوسط الأمل في الحياة منذ الولادة (يقاس بالعمر المتوقع عند الولادة).

ب. مستوى المعرفة: ويقاس بنسبة الأمية عند البالغين ونسبة ولوج التعليم المدرسي من الابتدائي إلى التعليم العالي.

ج. مستوى الناتج الداخلي الإجمالي للفرد: أي الدخل السنوي للفرد.

يبدأ تكوين الدليل ببناء الأبعاد الثلاثة من خلال مؤشراتهم، إذ حددت قيمتان: دنيا وقصوى ثابتتان لكل مؤشر من هذه المؤشرات وهي كالآتي[3]:

- **العمر المتوقع عند الولادة:** 25 عاما و85 عاما.

- **التحصيل العلمي:** مقاسا بمتوسط النسبة المئوية للبالغين (15 سنة فما فوق) محصورا ما بين (0% و100%).

[1]- عبد المجيد العباسي، التنمية البشرية مفاهيم وأساسيات وبناء أدلتها، مرجع سبق ذكره، ص: 47.

[2]- تقرير التنمية البشرية، 2013، مصدر سبق ذكره، ص: 167.

[3]- محمد مراد، التنمية البشرية المستدامة (حالة البلدان العربية)، ندوة بتاريخ 2011/06/11.

- **نصيب الفرد من الناتج الداخلي الإجمالي الحقيقي (بالدولار الأمريكي)** بحسب تعادل القوة الشرائية بين 100 دولار في الأدنى و40000 دولار في الأقصى.

وعلى هذا الأساس إن حساب دليل التنمية البشرية، حساب المؤشرات الفرعية كل على حدا يكون كالتالي:

- **مؤشر توقع الحياة عند الولادة (L.E.I): ويحسب بالعلاقة[1]:**

$$L.E.I = Country\ e_0 - Min\ World\ e_0 / Max\ World\ e_0 - Min\ World\ e_0$$

حيث: e_0 يشير إلى متوسط العمر المتوقع عند الولادة بالسنوات.

$Country\ e_0$ يشير إلى متوسط العمر المتوقع في البلد المعني بحساب (L.E.I).

$Max\ World\ e_0$ أكبر متوسط عمر متوقع في العالم يساوي 85 عاما.

$Min\ World\ e_0$ أصغر متوسط عمر متوقع في العالم يساوي 25 عاما.

- **مؤشر التعليم**: وهو مؤشر مركب من مؤشر معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين ومؤشر نسب الالتحاق الإجمالية بالمدارس الابتدائية والثانوية والعليا، الذي تحققه كل دولة، إذ يتم في بادئ الأمر حساب دليل معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين ودليل نسب الالتحاق الإجمالية، يتم بعدها جمع قيمتي هذين الدليلين بغرض إعداد التعلم وإعطاء ثلثي الأهمية للإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين (محو الأمية) والثلث المتبقي لنسب الالتحاق الإجمالية.

دليل محو الأمية = القيمة الفعلية – القيمة الدنيا / القيمة القصوى – القيمة الدنيا

دليل نسب الالتحاق الإجمالية = القيمة الفعلية – القيمة الدنيا / القيمة القصوى – القيمة الدنيا

دليل التعلم = 1/3 (دليل نسب الالتحاق الإجمالية) + 2/3 (دليل محو الأمية)[2].

ج. **مؤشر الدخل:** أو ما يسمى بدليل مستوى المعيشة أي دليل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي بالدولار، ويحسب بالعلاقة:

[1]- فريد خليل الجاعوني، دراسة إحصائية لديناميكية التنمية البشرية (HDI) على مستوى بلدان العالم والبلدان العربية خلال فترة (1975-2004)، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد الأول، 2009، ص: 05.

[2]- تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2008/2007، ص: 344.

معادلة (1).....$W(y) = Log\ (y) - Log\ (y_{Min})\ /\ Log\ (y_{Max}) - Log\ (y_{Min})$

$W(y)$ تعبر عن مؤشر الدخل المستخدم في الدليل، y هي متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي.

y_{Min} هي متوسط نصيب الفرد الدنيا، y_{Max} هي متوسط نصيب الفرد القصوى[1].

ومن خلال ما سبق فإن دليل التنمية البشرية هو دليل مركب يقيس متوسط الإنجازات في ثلاث أبعاد أساسية للتنمية البشرية هي: الحياة المديدة والصحية، المعرفة والمستوى المعيشي[2]. وعلى هذا الأساس: دليل التنمية البشرية = دليل العمر المتوقع + دليل التعليم + دليل الدخل / 3

وبعد حساب دليل التنمية البشرية يتم تحديد ثلاث مستويات من التنمية البشرية[3]:

- تنمية بشرية ضعيفة إذا كان مستوى المؤشر أقل من 0.500.
- تنمية بشرية متوسطة إذا كان مستوى المؤشر ما بين 05.00 و0.799.
- تنمية بشرية عالية إذا كان مستوى المؤشر أكثر من 08.00 و0.999.

دليل التنمية المرتبط بنوع الجنس (GDI): يتكون مؤشر التنمية البشرية المرتبط بنوع الجنس من نفس المتغيرات التي يتكون منها مؤشر التنمية البشرية مضافا إليها مستوى الفوارق بين الرجال والنساء بالنسبة لقيم كل واحد من هذه المتغيرات، ويتم حسابه بالعلاقة التالية:

$$I = A_I - Min\ A_I\ /\ Max\ A_I - Min\ A_I$$ معادلة (2) .....

A_I قيمة المؤشر الفعلية. $Max\ A_I$ أعلى قيمة فعلية. $Min\ A_I$ أدنى قيمة فعلية[4].

ولكن الصعوبة في تطبيق هذه العلاقة تكمن في محاولة تقييم متوسط دخل الإناث، إذ يستحيل العثور على بيانات مباشرة عن الدخل المتوسط بالنسبة إلى المرأة[1]، ولحل هذا المشكل تم الاعتماد على متوسط الأجور للإناث والذكور في الاقتصاد المعنى وذلك باستخدام المعادلة التالية[2]:

---

[1]- تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1999، ص: 123.

[2]- تقرير التنمية البشرية، 2013، مصدر سبق ذكره، ص: 167.

[3]- رمضان بن إبراهيم، الفقر والتنمية البشرية وسير العمل في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، المؤتمر العالمي التاسع للاقتصاد والتمويل الإسلامي، ص: 06.

[4]- تقرير التنمية البشرية المستديمة، 2002، برنامج الأمم المتحدة للتنمية وقطاع الشؤون الاقتصادية والاجتماعية الأمم المتحدة واليونسكو، ص: 64.

معادلة رقم (3): $(\varphi v + Bw) / \varphi v = S$

v تعبر عن متوسط أجر الإناث. w تعبر عن أجر الذكور. φ وB هي حصة الإناث والذكور من عدد السكان الناشطين اقتصاديا. S هي حصة الإناث من الدخل.

ويلاحظ تقرير التنمية البشرية لعام 2000، أنه إذا افترضنا أن الناتج المحلي الإجمالي (بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية) لبلد Y، مقسم أيضا بين النساء والرجال وفقا للمعادلة رقم (3)، فإن الناتج الإجمالي الذي يكون من نصيب النساء يبلغ Sy ومتوسط دخل الأنثى، Y سيبلغ:

معادلة رقم (4): $F / Sy = Y$

حيث F هي عدد الإناث بين السكان. Y متوسط دخل الأنثى. أما متوسط دخل الذكور X فهو التالي: معادلة رقم (5) $M / (1 - S) . y = X$

M هي عدد الذكور بين السكان.

دليل التمكين الجنساني: استخدم هذا المقياس متغيرات تهدف إلى قياس التمكين المبني للرجل والمرأة في المجالات السياسية والاقتصادية، حيث تم اختيار ثلاث متغيرات يعبر الأول عن المشاركة الاقتصادية وسلطة صنع القرارات الاقتصادية، أما المتغير الثاني يعبر عنه بالنسبة المئوية لحصة كل من الرجل والمرأة من المقاعد النيابية، والمتغير الثالث تم اختياره للتعبير عن السيطرة على الموارد الاقتصادية والخطوة الأخيرة يقسم مجموع المتغيرات الثلاث على ثلاثة فنحصل على مقياس التمكين[3]. ويتم حساب دليل التنمية الجنسي على النحو التالي: حساب دليل العمر المتوقع بالتساوي:

الذكور	الإناث
العمر المتوقع: φ	العمر المتوقع: φ_1
القيمة الدنيا: Z	القيمة الدنيا: Z_1
القيمة القصوى: T	القيمة القصوى: T_1

[1]- محمد عابد الجابري، وآخرون، ندوة حول التنمية البشرية في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، بيروت، فيفري، 1995، ص:126.

[2]- المعهد العربي للتخطيط، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية بعنوان: ندوة حول مؤشر المساواة بين الجنسين، ص ص: 03، 06.

[3]- إبراهيم الدعمة، التنمية البشرية ولنمو الاقتصادي، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 2002، ص ص: 27، 28.

دليل العمر المتوقع: $B = Z(22.5) - \varphi/Z - T(82.5)$	دليل العمر المتوقع: $B_1 = Z_1(22.5) - \varphi_1/Z_1 - T_1(82.5)$

ويتم بعد ذلك جمع الإناث والذكور لإعداد دليل العمر المتوقع الموزع بالتساوي عن طريق المعادلة التالية مع العلم أن: دليل العمر المتوقع الموزع بالتساوي = $[M = {}^{-1}(B^{-1}).T+(B_1)^{-1}.T_1]$

الذكور	الإناث
النسبة من السكان: T	النسبة من السكان: T_1
دليل العمر المتوقع هو: B	دليل العمر المتوقع هو: B_1

حساب دليل التعليم الموزع بالتساوي:

الذكور	الإناث
معدل محو الأمية: D%	معدل محو الأمية: D_1%
دليل محو الأمية للبالغين: S	دليل محو الأمية للبالغين: S_1
نسبة الالتحاق الإجمالية: P%	نسبة الالتحاق الإجمالية: P_1%
دليل نسب الالتحاق الإجمالية: L	دليل نسب الالتحاق الإجمالية: L_1

يتم حساب دليل التعلم:

دليل التعلم للإناث = $N_1 = (L_1)\ 3/1 + (S_1)\ 3/2$

دليل التعلم للرجال = $N = (L)\ 3/1 + (S)\ 3/2$

ثم يتم جمع دليلي تعلم الإناث والذكور

الذكور	الإناث
النسبة من السكان: T	النسبة من السكان: T_1
دليل التعلم: N	دليل التعلم: N_1

دليل التعلم الموزع بالتساوي = $[H = {}^{-1}(N^{-1}).T+(N_1)^{-1}.T_1]$

حساب دليل الدخل الموزع بالتساوي:

دليل الدخل = لوغاريتم [القيمة الفعلية] – لوغاريتم [القيمة الدنيا (100)] / لوغاريتم [القيمة القصوى (40.000)] – لوغاريتم [القيمة الدنيا (100)]

الذكور	الإناث
الدخل المقدر المكتسب: K	الدخل المقدر المكتسب: K_1

لوغاريتم (K) – لوغاريتم (100)

دليل الدخل للذكور: ---------- = A

لوغاريتم (40.000) – لوغاريتم (100)

لوغاريتم (K_1) – لوغاريتم (100)

دليل الدخل للإناث: ---------- = A_1

لوغاريتم (40.000) – لوغاريتم (100)

ثم يتم جمع دليل دخل الإناث والذكور

الذكور	الإناث
النسبة من السكان: T دليل التعلم: A	النسبة من السكان: T_1 دليل التعلم: A_1

دليل الدخل الموزع بالتساوي = $[U = {}^{-1}(A^{-1}).T+(A_1)^{-1}.T_1]$

ومن خلال ما سبق[1]: دليل التنمية الجنسية = (M) 3/1 + (A) 3/1 + (U) 3/1

-دليل الفقر البشري: في تقرير عام 1997 للتنمية البشرية، أدخل مؤشر الفقر الذي يشار إليه (**PHi-1**) للبلدان النامية، يتألف من ثلاث أبعاد (B) حياة مديدة وصحيحة، (N) المعرفة و(K) مستوى لائق للمعيشة.

وقد تم قياس الحرمان في بعد (B) عن طريق النسبة المئوية للأشخاص الذين لا يتوقع أن يعيشوا حتى سن الأربعين، وتم تقييم الحرمان في بعد (N) عن طريق نسبة البالغين الأميين، بينما يمثل الحرمان من مستوى المعيشة (K) متوسط الحرمان في ثلاث مؤشرات: نسبة الأشخاص الذين لا يحصلون على مياه آمنة (K_1)، ونسبة السكان الذين لا يحصلون على الخدمات الصحية (K_2)، والنسبة المئوية للأطفال ناقصي الوزن تحت سن 05 سنوات[2].

ويحصي مستوى المعيشة (م) بأخذ متوسط المتغيرات الثلاثة:

$$K=(K_1+K_2+K_3)^1/3$$

وعلى هذا الأساس فإن معادلة دليل الفقر البشري للدول النامية (**PHi-1**) تكون على النحو التالي:

$$\mathbf{PHi-1 = {}^{1/3}[({}^3K+{}^3N+{}^3B)\ 1/3]}$$

[1]- تقرير التنمية البشرية، حساب أدلة التنمية البشرية، 2008/2007، مرجع سبق ذكره، ص ص: 346، 347.

[2]- مركز الأبحاث الإحصائية والاجتماعية والاقتصادية والتدريب للدول الإسلامية، مركز أنقرة، تقرير حول تعزيز القدرات الوطنية للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في إحصاءات الفقر 2015، ص: 13.

أما دليل الفقر البشري للبلدان المتقدمة [**PHi-1**] فقد صمم هذا الدليل خصيصا من أجل البلدان المتقدمة وذلك نظرا لتباين الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، بينها وبين الدول النامية، إذ يضم هذا الدليل نفس أبعاد [دليل الفقر البشري -1] إلا أنه يضيف بعدا آخر وهو الاستبعاد الاجتماعي[1].

وبناء على ذلك يبرز الدليل أوجه الحرمان في أربعة أبعاد[2]:

- حياة مديدة وصحية، ويقاس بالاحتمال عند الولادة بعدم العيش إلى الستين سنة.
- اكتساب المعرفة، يقاس بمعدل الأمية لدى البالغين (16 و65 عاما).
- مستوى المعيشي لائق، يقاس بالنسبة المئوية للذين يعيشون تحت خط الفقر.
- الاستبعاد الاجتماعي ويقاس بمعدل البطالة طويلة الأجل (12 شهرا فأكثر) ويرمز له P_4

$$^{1/3}[(^3P_1+^3P_2+^3P_3+^3P_4)\ 1/4] = PHi\text{-}1$$

ومن خلال ما سبق نستنتج أنه يمكن التفرقة بين دليل التنمية البشرية ودليل الفقر البشري في أن الأول يقيس التقدم العام لأي بلد في مجال التنمية البشرية، في حين الثاني يحدد مدى الحرمان بهذا الوجه من أوجه التنمية البشرية.

المطلب الثالث: التنمية البشرية وعلاقتها بالمفاهيم الأخرى للتنمية

سنتناول المؤشرات الكيفية وكذا الانتقادات الموجهة لمفهوم ومؤشرات التنمية البشرية.

أولا: المؤشرات الكيفية

أثير جدل كبير من قبل المنظرين السياسيين والاقتصاديين وكذا الاجتماعيين، إذ تناوله كل منهم وفق رؤيته التي تختلف باختلاف الميادين والمناهج العلمية الخاصة بها، وكان المفهوم الاقتصادي قد شكل نقطة البداية دون غيره من المفاهيم الأخرى، والباحث في قضية التنمية يواجه كثيرا من الصعوبات عند محاولة تحديد جوانبها المعرفية النظرية، ويرجع ذلك لعدة اعتبارات منها أن الظواهر الاجتماعية والسياسية عامة تعتبر ظواهر حركية متعددة المتغيرات، وبالتالي فإن النظريات والمراحل الدالة على التنمية اتسمت بالعمومية والتعقيد وتعدد الأبعاد.

على هذا الأساس سنحاول إظهار التقارب والاختلاف بين مفهوم التنمية البشرية والمفاهيم الأخرى للتنمية، ويمكن تلخيص هذه المفاهيم كالتالي:

[1]- إبراهيم الدعمة، التنمية البشرية والنمو الاقتصادي، مرجع سبق ذكره، ص: 29.

[2]- تقرير التنمية البشرية لعام 1997، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1997، ص: 19.

1- التنمية الاقتصادية: هناك عدة مفاهيم للتنمية الاقتصادية، إذ يعرف الاقتصاديين التنمية الاقتصادية على أنها: "العملية التي يمكن بمقتضاها الانتقال من حالة التخلف إلى حالة التقدم، هذا الانتقال يقتضي إحداث العديد من التغييرات الجذرية والجوهرية في البنيان والهيكل الاقتصادي، كما أنه يمكن أن يدخل الاقتصاد القومي مرحلة الانطلاق نحو النمو الذاتي"[1].

وتعرف التنمية الاقتصادية كسياسة اقتصادية طويلة الأجل لتحقيق النمو الاقتصادي بأنها: "عملية يزداد بواسطتها الدخل الوطني الحقيقي للاقتصاد فترة زمنية طويلة، وإذا كان معدل التنمية أكبر من معدل نمو السكان فإن متوسط دخل الفرد الحقيقي سيرتفع"[2].

كما عرفت التنمية الاقتصادية بأنها: "العملية التي بمقتضاها ينتقل المجتمع من حالة التخلف إلى حالة التقدم، وذلك بتحسين وتنظيم واستغلال الموارد الإنتاجية والمادية والبشرية، بهدف زيادة الإنتاج الكلي من السلع والخدمات بمعدلات أسرع من الزيادة السكانية، وهذا الانتقال يقضي إحداث تغيرات جذرية وجوهرية في البنيان والهيكل الاقتصادي"[3].

كما يتفق غالبية الاقتصاديين على اختلاف مذاهبهم والمدارس التي ينتمون إليها على أن العمل هو عامل النمو الرئيسي، بل يذهب البعض إلى إعادة رأس المال إلى العمل المتجسد في السلع والتجهيزات الرأسمالية[4].

وتعتبر التنمية الاقتصادية ثورة علمية تكنولوجية تستهدف مجموعة كبيرة من التغيرات العميقة والمتسلسلة والمترابطة في صميم الهياكل الاقتصادية والاجتماعية لا يمكن أن تتحقق باستيراد المصانع والآلات، أو بمستويات عالية من تراكم رؤوس الأموال المادية، وإنما بتطوير النظم القائمة والاتجاهات الاجتماعية والفكرية السائدة، بما يتسنى معه استخدام وتطوير الأساليب العلمية والوسائل التكنولوجية على نحو يتلاءم مع ظروف الاقتصاد القومي[5].

---

[1]- عبد العزيز عجيمة، التنمية الاقتصادية، جامعة الإسكندرية، كلية التجارة، 2000، ص: 55.

[2]- كامل بكري، التنمية الاقتصادية، الدار الجامعية، مصر، 1988، ص: 63.

[3]- عبد الحميد محمد العباسي، التنمية البشرية مفاهيم وأساسيات وبناء أدلتها، مرجع سبق ذكره، ص: 15.

[4]- نبيلة داود، الموسوعة المعاصرة، مدراس ومصطلحات، منظمات وهيئات القرن العشرين، القاهرة، مكتبة غريب، ص: 103.

[5]- مصدق جميل الحبيب، التعليم والتنمية الاقتصادية، دار الرشيد للنشر، العراق، 1981، ص ص: 17، 18.

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن التنمية الاقتصادية كما عرفت على أنها عملية يزداد بواسطتها الدخل الوطني الحقيقي للاقتصاد، وإذا كان معدل التنمية أكبر من معدل نمو السكان فإن متوسط دخل الفرد سيرتفع، إلا أن هذا الطرح ليس صحيحا دائما، إذ أن الزيادة في الدخل ليس شرطا كافيا في عملية التنمية، فكثير من الدول النفطية تصنف ضمن فئات التنمية البشرية المتوسطة على غرار الجزائر بالرغم من أنها تحتل مراتب لا بأس بها في مؤشر نصيب الفرد من الدخل الوطني الإجمالي.

وعلى هذا الأساس يمكن القول أن هناك تقارب بين التنمية البشرية والاقتصادية لأن هذه الأخيرة هي عنصر أساسي وفعال في قياس دليل التنمية البشرية، إلا أنه غير كافي لذلك والنمو الاقتصادي هو وسيلة لتحقيق التنمية البشرية.

2- تنمية الموارد البشرية: تعرف تنمية الموارد البشرية على أنها: "العملية الضرورية لتحريك وصقل وصياغة وتنمية القدرات والكفاءات البشرية في جوانبها العلمية والعملية والفنية والسلوكية... فهي وسيلة تعليمية تمد الإنسان بمعارف ومعلومات ووسيلة تدريبية تزوده بالطرق بالعلمية، كما أنها وسيلة فنية تمنحه خبرات إضافية ومهارات ذاتية تعيد صقل قدراته العقلية ومهاراته اليدوية... إضافة إلى كونها وسيلة سلوكية تعيد تشكيل سلوكه وتصرفاته المادية والأدبية وتمنحه الفرصة لإعادة النظر في مسلكه الوظيفي والاجتماعي"[1].

وترتكز عملية الموارد البشرية على خمسة عناصر هامة تعمل على تشكيل الإنسان على نطاق واسع هي:

أ- **التعليم:** يعد التعليم كم المعايير المهمة للتنمية البشرية، وهو ضرورة من ضرورات البقاء والنماء للإنسان في أي مجتمع من المجتمعات وقد يتطلب تعليمه الالتحاق بمؤسسات متخصصة في تعلم المعارف والخبرات والمهارات وأساليب التفكير والعمل والأصول الاجتماعية وغير ذلك مما يتطلبه الإنسان[2].

ب- **البيئة:** إن البيئة هي كذلك مطلب مهم من مطالب التنمية البشرية وتتضمن:

- توفير الماء الصالح للشرب والطرق السليمة لتخزينه.
- توفير المكان الصحي المناسب.
- البحث على المرافق العامة.
- التخلص السليم من النفايات الصلبة[1].

[1]- مصدق جميل الحبيب، التعليم والتنمية الاقتصادية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 19، 20.

[2]- المعتصم بالله الجوازنة وديمة محمد وصوص، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 85، 87.

ج- **العمل المناسب:** هو كذلك مطلب من مطالب تنمية الموارد البشرية، وإن كان العمل أحد وسائل الإنتاج إلا أنه الهدف من هذا الإنتاج، فالهدف من أي نشاط اقتصادي هو تحقيق الرفاهية المادية للإنسان[2]، وهذا لن يتأتى إلا عن طريق تنمية مواهب البشر وطاقاتهم على الوجه الأكمل.

د- **الحرية السياسية والاقتصادية:** هي مطلب آخر من مطالب تنمية الموارد البشرية، وهذا من خلال توسيع مفهوم المشاركة الشعبية لتشمل جميع جوانب التنمية والإدارة، يلزم أن تكون لامركزية لكي تتيح الفرصة وصولا أكبر لصنع القرار، ومنظمات المجتمع المدني يلزم السماح لها بأن تمارس تأثيرا متزايدا في القضايا الوطنية والدولية[3].

أما الحريات الاقتصادية فهي تعني التحرير المتزايد للاقتصاديات والأسواق الوطنية، وزيادة درجة انفتاحها على بعضها البعض[4].

هـ الصحة والتغذية: الصحة الجيدة هي مطلب مهم ترتكز عليه تنمية الموارد البشرية، مكونة من مجموعة من المؤشرات منها معدل وفيات الأطفال الرضع، وكذا وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وكذا متوسط العمر المتوقع عند الولادة[5].

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن هناك تقارب بين التنمية البشرية وتنمية الموارد البشرية لأن هذه الأخيرة هي جزء من مفهوم التنمية البشرية القائل: "الإنسان هو صانع التنمية وهو هدفها".

3- التنمية المستدامة: تعرف على أنها "تطور وتقدم جماعي مشترك للتغيير نحو إصلاح الحياة البشرية نوعية مجتمعاتها، فالاستدامة إذن يمكن عندئذ أن تكون مشمولة بعملية إسناد لضرورة دمج التنمية، أي

---

[1]- فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 57.

[2]- عبد الهادي عبد القادر سويفي، قراءات في اقتصاديات الوطن العربي، الطبعة الثانية، بدون دار نشر، القاهرة، 2006-2007، ص: 283.

[3]- رعد سامي عبد الرزاق التميمي، العولمة والتنمية البشرية المستدامة في الوطن العربي، مرجع سبق ذكره، ص: 65.

[4]- مرجع نفسه، ص: 26.

[5]- عبد الهادي عبد القادر سويفي، قراءات في اقتصاديات الوطن العربي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 219، 220.

التعامل معها من زاوية نظر اجتماعية، اقتصادية، وكذا بيئية"[1].

وعليه نستنتج من التعريف السابق أن التنمية المستدامة تضم ثلاث أبعاد وهي:

البعد الاقتصادي: النظام المستدام اقتصاديا هو النظام الذي يمكن من إنتاج السلع والخدمات بشكل مستمر وأن يحافظ على مستوى معين قابل للإدارة من التوازن الاقتصادي ما بين الناتج العام والدين، وأن يمنع حدوث اختلالات اجتماعية ناتجة من السياسات الاقتصادية.

البعد البيئي: ارتبطت فكرة التنمية المستدامة بالبيئة وحمايتها، والبيئة عنصر مرتبط بالاقتصاد من خلال أنه يدرس مشكلة الحاجات البشرية المتعددة والمتجددة والمتزايدة ليجد لها حلا من خلال ما توفره الطبيعة التي تحيط بالإنسان[2]، وتجنب الاستغلال غير العقلاني للموارد غير المتجددة والمحافظة على التنوع البيولوجي واستخدام التكنولوجيا النظيفة.

البعد الاجتماعي: يبرز البعد الاجتماعي خاصة كبعد جديد لقياس مستوى التنمية، من خلال التركيز على زيادة كميّة الإنتاج،عبر ضمان زيادة الطاقات من جيل إلى آخر، والأهم تحقيق حاجات الإنسان الأوليّة. أما البعد البيئي فيتّمثل في أن استمرار سلوك الإنسان سيؤّدي إلى تغييرات تنعكس على الجنس البشري وتهّدد استمراريته[3] .

ومن خلال هذا نستطيع القول أن التقارب بينهما يكمن في أن التنمية المستدامة تسعى دائما للأفضل، وتكون قابلة للاستمرار من وجهة نظر اقتصادية واجتماعية وسياسية وبيئية وثقافية بفعل فاعل ألا وهو الإنسان، وهذا ما يتوافق مع مفهوم التنمية البشرية المستدامة الذي يعتبر الإنسان فاعل أساسي في عملية التنمية وليس مجرد مستفيد من منتجات التنمية دون مشاركة فاعلة.

4- التنمية البشرية والتنمية الإنسانية:

صدر أول تقرير للتنمية البشرية في عام 2002 يدرس حالة التنمية البشرية في الوطن العربي، وأطلق عليه اسم تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2002[4]، إذ يعتمد هذا الأخير على استبعاد الدخل حتى يقلل من أهمية

---

[1]- محمد بلفضل، التنمية المستدامة، مجلة البحوث العلمية في التشريعات البيئية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ابن خلدون بتيارت، الجزائر، العدد التجريبي سبتمبر 2011، ص ص: 117، 118.

[2]- مرجع نفسه، ص: 134.

[3]- إلياس أبو جودة، التنمية المستدامة وأبعادها الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، منشورات، مجلة الدفاع الوطني اللبناني، العدد 78، تشرين الأول، 2011. على الموقع الإلكتروني: https://www.lebarmy.gov.lb/ar/content/ اطلع عليه بتاريخ: 2017/02/23 على الساعة 20:08 مساءا.

[4]- رعد سامي عبد الرزاق التميمي، العولمة والتنمية البشرية المستدامة في الوطن العربي، مرجع سبق ذكره، ص: 84.

معدل الدخل كمعيار للتنمية الإنسانية بشكل عام وليعكس النقص في القدرات العربية بالمقارنة مع الدخل في الدول العربية، ليؤكد أن على جميع الدول، التي ترغب بالسير نحو التنمية الإنسانية أن تحسن من أدائها في العوامل الستة التالية[1]:

- مؤشر الحرية، توفير حواسيب الانترنت لكل شخص ليعكس مدى توافر ثقافات المعلومات والاتصال.
- غاز الكربون المنبعث للفرد ليعكس الأذى الذي تتعرض له البيئة نتيجة النشاط الاقتصادي والاجتماعي، بالإضافة إلى المؤشرات الثلاثة المهمة التي ذهب إليها تقرير التنمية البشرية الذي نشره برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في عام 1990.
- العمر المتوقع عند الميلاد، كمقياس للصحة.
- التحصيل العلمي، كما يعرفه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في حساب مقياس التنمية البشرية.
- الرفاه، ويقاس بمستوى معيشة الفرد.

وهنا تكمن نقطة التقارب والتوافق بين المفهومين، أما نقاط الاختلاف تكمن في أن مصطلح "الإنسانية" يعبر عن حالة راقية للوجود البشري، أما مصطلح "البشرية" فيعبر عن مجموعة من المخلوقات، والمصطلح الأول أو وتقرير التنمية الإنسانية فهو مصاغ من قبل خبراء المنطقة العربية وليس من صنع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وجدير بالذكر أنه نشر من قبلها.

5- التنمية الاجتماعية: هناك ثلاثة اتجاهات لتعريف التنمية الاجتماعية[2]:

الاتجاه الأول: يرى أصحابه أن التنمية الاجتماعية هي الرعاية الاجتماعية التي تقدمها الدولة للمواطنين، التعليم، الصحة، الإسكان...إلخ.

الاتجاه الثاني: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن التنمية الاجتماعية هي الخدمات الاجتماعية التي تقدم في مجالات التعليم، الصحة والإسكان، والتدريب المهني، وتنمية المجتمعات المحلية.

الاتجاه الثالث: يرى أصحاب هذا الطرح أن التنمية الاجتماعية عبارة عن عمليات تغيير اجتماعي تلحق بالبناء الاجتماعي ووظائفه، بغرض إشباع الحاجات الاجتماعية للأفراد، وهذا الاتجاه الأخير هو الذي يأخذ به، حيث يشير إلى أن التنمية الاجتماعية ليست مجرد تقديم الخدمات وإنما تشتمل على عنصرين:

- تغيير الأوضاع الاجتماعية القديمة التي لم تعد تساير روح العصر.

[1]- تقرير التنمية الإنسانية العربية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنساني 2002، خلق فرص للأجيال القادمة، 2002، ص: 18.

[2]- طلعت مصطفى السروجي، منى محمود عويس وآخرون، التنمية الاجتماعية المثال والواقع، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان، القاهرة، 2001، ص ص: 25، 26.

- إقامة بناء اجتماعي تنبثق عنه علاقات جديدة، والسماح للأفراد بتحقيق أكبر قدر ممكن من إشباع المطالب والحاجات.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن التنمية الاجتماعية تركز على الجوانب الاجتماعية: صحة، تعليم، سكن...إلخ وهي تتفق وتتقارب مع مفهوم التنمية البشرية، إلا أن هذا الأخير أشمل وأوسع.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن التنمية البشرية هي أشمل من المفاهيم السابقة الذكر، بمعنى أن التعاريف السابقة الذكر جاءت الواحدة تلو الأخرى في تقارير التنمية البشرية لإكمال عملية التنمية البشرية، وهذا نظرا لاهتمامها بمواضيع العصر والتي هي اهتمام العالم أجمع والمرتبطة بحياة الإنسان بشكل مباشر، حيث تهتم تقارير التنمية البشرية سنويا بموضوع يعالج المسائل المعاصرة والمتعلقة بالعنصر البشري، فيتم خلق مقياس خاص في مفهوم من المفاهيم السابقة الذكر.

ثانيا: الانتقادات الموجهة لمفهوم ومؤشرات التنمية البشرية

بما أنه لم تتضح معالم التنمية البشرية، وإيجاد تعريف محدد لها فإن التقارير لم تزل تطلعنا كل عام بإضافات وتصورات جديدة لمفهوم التنمية البشرية، من جهة أخرى نجد أن التقارير الدولية التي اعتمدت هذا المفهوم لا توضح نقاط البدء الواجب على الدول النامية الانطلاق منها، والسياسات التي لابد منها لمعالجة تخلفها، وعدالة العلاقات الدولية الواجب توافرها لمساعدة هذه الدول في طريق التقدم، كما أنها لا تبين كيفية المقارنة بين أحوال التنمية البشرية بين الدول المتقدمة والنامية بشكل متفق عليه.

وعلى هذا الأساس وجهت انتقادات تمثلت في:

- إن التعريف المستحدث يتميز بعمومية تفقده محتواه، فتوسيع الخيارات بين الناس طموح طوباوي تحكمه قيود وتوازن في الإمكانيات، فهناك فرق شاسع بين الدول النامية التي إمكانياتها الفعلية المتاحة تزداد ضيقا وندرة، وعلى العكس في الدول المتقدمة[1].

- على الرغم من الثراء اللامتناهي لمفهوم التنمية البشرية، إلا أن تركيب ووضع مقياس التنمية البشرية قد اتسمت بالضعف والقصور، فمثلا مؤشر توقع الحياة عند الميلاد قد لا يعبر بالضرورة على مدى سلامة الصحة البدنية للأفراد، أما معدل أمية البالغين فإنه لا يعكس مستوى التعليم ومدى مساهمته في إكساب الفرد المعرفة

[1]- محمد الأمين فارس، تعقيب على مفاهيم ومقاييس التنمية البشرية، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، بيروت، فيفري 1995، ص: 100.

وتنمية قدراته، وفيما يخص نصيب الفرد من الناتج فهو مؤشر مشكوك في دقته عند الأخذ في الحسبان معايير عدم العدالة في توزيع الدخل[1].

- استبعاد بعض المتغيرات التي تعكس تردي الأوضاع الاجتماعية في الدول المصنعة بشكل خاص (معدلات الانتحار، حوادث المرور، التفكك الأسري، الإدمان على المخدرات...إلخ)[2].

- لاقى دليل التنمية البشرية قبولا وانتشارا واسعا، إلا أن الأدلة الأخرى لم يكن لها ذلك ومن أهم الانتقادات الموجهة لها:

- المشكلات المفاهيمية والتقنية المحيطة بهذه المحاولات لصياغة مؤشرات للمكونات الإفرادية للرفاه، ومن المحتمل أن تتضاعف هذه المشكلات عند محاولة اختصار وتجميع جوانب مختلفة من الرفاه والتنمية في دليل مفرد.

- من الصعب إيجاد إجماع على الحاجات المطلوب إشباعها.

- ويرى البعض في الأدلة المركبة أنها مجرد أداة لتصنيف الدول وترتيبها تنازليا أو أنها مجرد تمرين ذهني[3].

- أن هذا دليل يحسب نسبيا إلى المقاربات المرجعية التي تحددها مسبقا من قبل الباحث وتعكس تحيزه.

- يقوم على إعطاء أوزان متساوية لمؤشرات وهذا يعني إغفال الأهمية النسبية لكل تلك المؤشرات، وهو مقياس محدود لا يعطي صورة لتنمية شاملة.

- الكفاءة في استخدام المصادر لا تنعكس في (HDi) المعتمد، فإنه يمكن تصور أن بلدين مختلفين ربما يستهلكان كميات مختلفة نم المصادر ويحققان النتائج نفسها، لذا لابد من أخذ الكفاءة للمدخلات المستخدمة بعين الاعتبار[4].

- الأبعاد الثلاثة والمؤشرات التابعة لحساب قيمة دليل التنمية البشرية صور خاطئة لحالة التنمية البشرية، ومن المفروض الاستعانة بمؤشرات أخرى هامة تعبر عن جوهر التنمية البشرية[5].

---

[1]- المعتصم بالله الجوارية وآخرون، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 55، 56.

[2]- محمد عابدي الجابري، التنمية البشرية في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، بيروت، 1995، ص: 19.

[3]- محمد عدنان وديع، قياس التنمية ومؤشراتها، لمعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص: 14.

[4]- أفراح يحي محمد الرزامي، دراسة إحصائية لمقياس التنمية البشرية، أطروحة دكتوراه منشورة على الموقع: www.yemen-nie.info، اليمن.

[5]- عبد الحميد محمد العباسي، التنمية البشرية مفاهيم وأساسيات وبناء أدلتها، مرجع سبق ذكره، ص: 1.

المبحث الثاني: واقع التنمية البشرية في الجزائر

جاء في تقرير التنمية البشرية لعام 1990 تعريف التنمية البشرية على أنها "توسيع خيارات الناس"[1].

وجاء في تقرير التنمية البشرية لعام 1994 إلى أن التنمية البشرية المستدامة "هي نموذج للتنمية يمكن جميع الأفراد من توسيع نطاق قدراتهم البشرية إلى أقصى حد ممكن وتوظيف تلك القدرات أفضل توظيف لها في جميع المجالات، وهو يحمي أيضا خيارات الأجيال التي لم تولد بعد، ولا يستنزف قاعدة الموارد الطبيعية اللازمة لدعم التنمية في المستقبل"[2].

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن هذه الخيارات هي عديدة ومتعددة، إلا أن الواقع يقول أن الخيارات هي تعبير عن مفهوم أرقى، يعبر عن حق البشر الجوهري في هذه الخيارات ألا وهو الأحقيات، ومن حيث المبدأ فإن هذه الخيارات يمكن أن تكون بلا نهاية وتتغير بمرور الوقت، إلا أن الخيارات الأساسية ثلاث وهي:

- أن يحيا الإنسان حياة مديدة وصحيحة كمقياس عام للصحة في مجملها.
- أن يكتسب المعرفة كمقياس للتعليم.
- أن يحصل على الموارد اللازمة لمستوى معيشي لائق، كمقياس للدخل أو نصيب الفرد من الناتج الداخلي الإجمالي الحقيقي.

وعلى هذا الأساس سنتطرق في هذا المبحث إلى هذه الأبعاد الثلاث.

المطلب الأول: الواقع الصحي

لدراسة واقع الصحة في الجزائر علينا أن نعرج على عدد السكان، التركيبة السكانية، الولادات والخصوبة (ديمغرافيا الجزائر)، حتى يتسنى لنا قياس واقع الصحة من خلال مجموعة من المؤشرات.

[1]- تقرير التنمية البشرية، 1990، مرجع سبق ذكره، ص: 10.

[2]- تقرير التنمية البشرية، 1994، مرجع سبق ذكره.

أولا: عدد السكان في الجزائر

الجدول رقم (2-2): تطور عدد السكان في الجزائر (بالمليون نسمة)

السنوات	نساء	رجال	المجموع
2000	14.9	15.2	30.1
2001	15.2	15.6	30.8
2002	15.5	15.8	31.3
2003	15.7	16.1	31.8
2004	16.0	16.3	32.3
2005	16.3	16.6	32.9
2006	16.5	16.9	33.4
2007	16.8	17.3	34.1
2008	17.1	17.5	34.6
2009	17.4	17.9	35.3
2010	17.8	18.2	36.0
2011	18.1	18.6	36.7
2012	18.5	18.9	37.4
2013	18.9	19.4	38.3
2014	19.3	19.8	39.1
2015	19.5	20.0	39.5
2016	20.1	20.7	40.8

Source :Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، p3.

ثانيا: ديمغرافيا الجزائر

الجدول رقم (2-3): دراسة ديمغرافيا الجزائر للفترة (2014/2013) و(2015/2014)، (2016/2015)

السنوات / البيان	2014/2013	2015/2014	2016/2015
التركيبة السكانية لفئة السكان التي تقل أعمارهم عن 5 سنوات	11.2% إلى 11.4%	11.4% إلى 11.6%	%11.7
عن 15 سنة	27.9% إلى 28.1%	28.1% إلى 28.4%	%28.8
15-59 سنة	64% إلى 63.6%	%63.1	%62.5
أكثر من 60 سنة	%8.3	%8.5	%8.7
الولادات والخصوبة: عدد الولادات الحية	963.000 ولادة حية	1.014.000 ولادة حية	1.040.000 ولادة حية
عدد الولادات حسب الجنس: نسبة ذكور بلغت	105 ذكر لكل 100 أنثى	104 ذكر لكل 100 أنثى	104 ذكر لكل 100 أنثى
المعدل الخام للخصوبة	2.93 طفل لكل امرأة	3.03 طفل لكل امرأة	3.1 طفل لكل امرأة
متوسط العمر عند الإنجاب	سجل 0.1 نقطة	سجل 0.1 سنة	0.1 سنة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات، التركيبة السكانية، ص 01. على الموقع الإلكتروني:

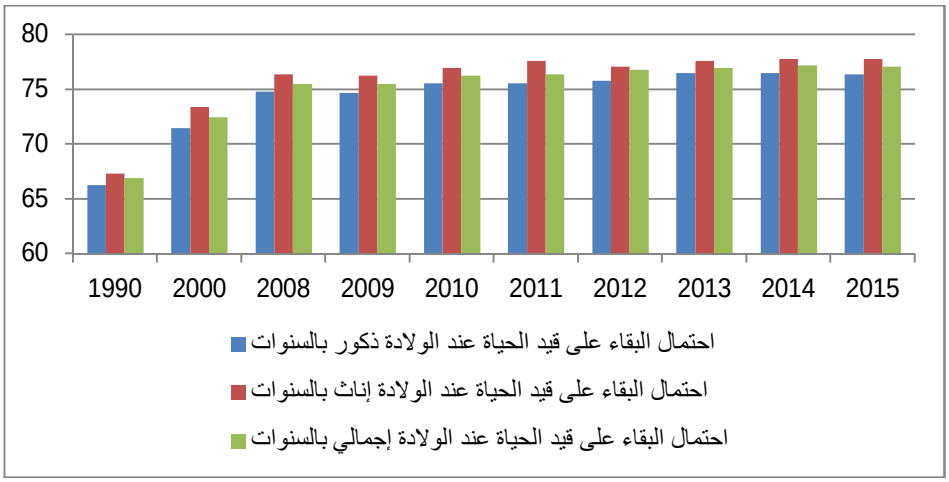
www.ons.dz/

ومن الجدول رقم (2-2) نلاحظ أن عدد السكان ارتفع بأعداد كبيرة، إذ انتقل سنة 2015 من 39.5 مليون نسمة إلى 40.8 مليون نسمة لسنة 2016، وما يترجم هذه الزيادة التركيبة السكانية في الجدول رقم (2-3)، إذ أن الفئة السكانية التي تقل أعمارهم عن 5 سنوات ارتفعت من 11.2% إلى 11.4% في عام (2014/2013)، لتنتقل إلى 11.7 لعام (2016/2015).

أما الفئة السكانية التي تقل أعمارهم عن 15 سنة ارتفعت هي الأخرى من 27.9% إلى 28.1% لعام (2014/2013) لتقفز 28.8% في سنة (2016/2015) وهي زيادة معتبرة مقارنة بـ11.2% وما يترجم هذه الزيادة السكانية هو عدد الولادات، إذ أن عدد الولادات تضاعف من 963.000 ولادة حية إلى 1.040.000 ولادة حية لسنوات (2014/2013) و(2016/2015) على التوالي بزيادة قدرها 77.000 ولادة حية، أما إذا تحدثنا عن الولادات حسب الجنس، فعددها عند الذكور مقابل 100 إناث فنسبة الذكور بلغت 104 ذكر لكل 100 أنثى في عام (2016/2015) منخفضة بـ1% عن (2014/2013)، وساعد كذلك على ارتفاع نسبة أو أعداد السكان المعدل الخام للخصوبة إذ انتقل من 2.93 طفل لكل امرأة إلى 3.03 طفل لكل امرأة أي بزيادة قدرها 0.1 طفل في عام (2015/2014) ونفس الزيادة في عام (2016/2015).

وسنقيس بالدراسة والتحليل واقع الصحة من خلال مجموعة من المؤشرات وأول وأهم مؤشر هو العمر المتوقع عند الولادة (احتمال البقاء عند الولادة) والذي يقاس بقيمة قصوى قدرها 85 عاما وأخرى دنيا قدرها 25 عاما.

الشكل رقم (2-10): احتمال البقاء على قيد الحياة بالأعوام (السنوات)



المصدر: من إعداد الطلب بالاعتماد على الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا الجزائر، 2014، ص:03.

ومن الشكل أعلاه نلاحظ أن احتمال البقاء على قيد الحياة عند الذكور ارتفع تدريجيا بداية من 2000 إلى 71.5 سنة مقارنة بعام 1990، إذ سجل 66.3 سنة، أما عند الإناث ارتفع هو الآخر إلى 73.4 سنة بعد ما كانت 67.3 سنة بزيادة قدرها 6 أعوام لنفس السنوات، أما احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إجمالي (ذكور، إناث) بالسنوات سجل 66.9 سنة وهي قيمة مقبولة قريبة إلى حد ما إلى القيمة القصوى 85 عاما.

أما في عام 2010 ارتفع العمر المتوقع إجمالي (ذكور، إناث) إلى 76.3 سنة وهي قيمة قريبة جدا من القيمة القصوى 85 عاما، واحتمال البقاء على قيد الحياة إجمالي (ذكور، إناث) إلى 77.1 سنة، لعام 2015 وقدر هذا التراجع بـ 0.1 مقارنة بسنة 2014، عموما هي قيمة مقبولة جدا لأنها قاربت 85 عاما كقيمة قصوى، وهذا راجع لأن الجزائر رصدت مبالغ ضخمة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة من أجل بلوغ الأهداف الإنمائية الثمانية التالية[1]:

- خفض الفقر والجوع: خفض نسبة السكان الذين يقل مدخولهم عن دولار واحد في اليوم إلى النصف بين 1990 و2015.
- تأمين التعليم الابتدائي للجميع (ذكور وإناث على حد سواء).
- تعزيز المساواة بين الجنسين واستقلالية النساء وإلغاء الفوارق.
- خفض نسبة وفيات الأطفال: خفض نسبة وفيات الأطفال ما دون الخمس سنوات بمقدار الثلثين بين 1990 و2015.
- تحسين صحة الأم: خفض وفيات الأمهات عند الولادة بمقدار الثلاث أرباع.
- مكافحة الإيدز والملاريا وغيرهما.
- تأمين بيئة مستديمة.
- إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن الجزائر حققت البند الرابع من الأهداف الثمانية الإنمائية ألا وهو خفض نسبة وفيات الأطفال، وكذا البند الخامس ألا وهو تحسين صحة الأم.

[1]- فاطمة بوسالم وزينة بوسالم، الأهداف التنموية للألفية في أفق 2015، نقطة النهاية لأهداف التنمية الصحية بالجزائر؟ الملتقى الوطني الأول حول الصحة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة الطارف، ص ص: 5، 6.

ثالثا: واقع مؤشرات الصحة بالجزائر

1- نسبة وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات من إجمالي عدد الوفيات

الجدول رقم (2-4): نسبة الأطفال الذين يموتون أقل من خمس سنوات في الجزائر

السنوات / البيان	1990	2000	2002	2004	2013	2014	2015
وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات	%55.7	%36.6	%34.7	%30.4	%26.1	%25.6	%25.7

المصدر: الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، تقرير حول ديمغرافيا الجزائر، 2015، ص: 1.

من الجدول أعلاه يتضح لنا أن نسبة الأطفال الذين يموتون أقل من خمس سنوات تراجعت بنسب كبيرة فعلى سبيل المثال تراجعت مستويات وفياتهم ما بين 2000 و2004 بـ6.2 نقطة، في حين تراجع المستوى إلى 0.4 نقطة ما بين 2013 و2015، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أنه عند أخذ هدف سنة 2015 بتخفيض نسبة الأطفال الذين يموتون دون خمس سنوات إلى الثلثين قد تحقق ما بين 2000 و2015.

2- نسبة وفيات الأطفال الرضع من إجمالي عدد الوفيات

الجدول رقم (2-5): معدل وفيات الرضع إجمالي (ذكور، إناث)

السنوات / البيان	1990	2000	2013	2014	2015
عدد وفيات الرضع	36270	21072	21586	22282	23150
معدل عدد وفيات الرضع	%46.8	%36.9	%22.4	%22.0	%22.3

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا 2015، ص: 14.

من الجدول أعلاه يتضح لنا أن عدد وفيات الرضع سجل 36270 رضيع لسنة 1990 بمعدل 46.8 لينخفض إلى 22.4 لعام 2013 ثم انخفض إلى 22.5 نقطة مقارنة بسنة 2015 مقارنة بسنة 1990.

3- مؤشر الخصوبة – الولادات

الجدول رقم (2-6): معدل الخصوبة العام حسب السن %:

البيان / السنوات	2010	2011	2012	2013	2014	2015
14-15 سنة	9.1	9.5	9.1	9.8	9.2	9.7
24-20 سنة	81.5	73.2	87.4	82.5	83.8	87.0
29-25 سنة	133.4	142.2	145.3	156.3	151.0	156.8
34-30 سنة	166.3	156.2	168.3	151.8	165.5	167.4
39-35 سنة	130.8	131.7	143.6	118.4	143.2	126.3
44-40 سنة	/	/	/	/	/	/
49-45 سنة	60.4	63.4	49.1	62.1	15.4	62.0
متوسط العمر عند الإنجاب (بالسنة)	32.0	32.2	31.8	31.7	31.8	31.8
معدل الخصوبة الكلي طفل/امرأة	2.8	2.9	3.0	2.9	3.0	3.1

المصدر: الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، تقرير حول ديمغرافيا 2015، مصدر سبق ذكره، ص:14.

من الجدول أعلاه نلاحظ أن مؤشر الخصوبة الكلي ارتفع من 2.8 لسنة 2010 إلى 3.1 لعام 2015، أما متوسط العمر عند الإنجاب استقر عند 31.8.

4- الوفيات العامة:

الجدول رقم (2-7): عدد الوفيات العامة

البيان / السنوات	2010	2011	2012	2013	2014	2015
عدد الوفيات (بالآلاف)	157	162	170	168	174	183
المعدل العام للوفيات %	4.37	4.41	4.53	4.39	4.44	4.57

المصدر: الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، مرجع سبق ذكره، ص: 14.

من الجدول أعلاه نلاحظ أن المعدل العام للوفيات ارتفع بداية من عام 2010 من 4.37% إلى 4.41 سنة 2011 ليتراجع قليلا إلى 4.39% في 2013 ليرتفع إلى 4.57% خلال عام 2015.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول وحتى عام 2015، عرف عدد الولادات ارتفاعا محسوسا تجاوز للمرة الثانية عتبة المليون ولادة، وهذا حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات 2015، وهذا نظرا للاهتمام بصحة الأم على أكثر من صعيد، من قبل الدولة وذالك من خلال الحملات التوعوية، أو حتى من خلال

الحملات الصحية المجانية، ضف إلى ذلك وجود الثقافة الصحية لدى الأمهات، نظرا لارتفاع المستوى التعليمي لديهن، وانخفاض مستويات الأمية بينهن، بإضافة للحملات التطعيمية المجانية التي أطلقها قطاع الصحة، الأمر الذي أدى إلى انخفاض عدد الوفيات في صفوف الرضع خاصة.

المطلب الثاني: الواقع التعليمي

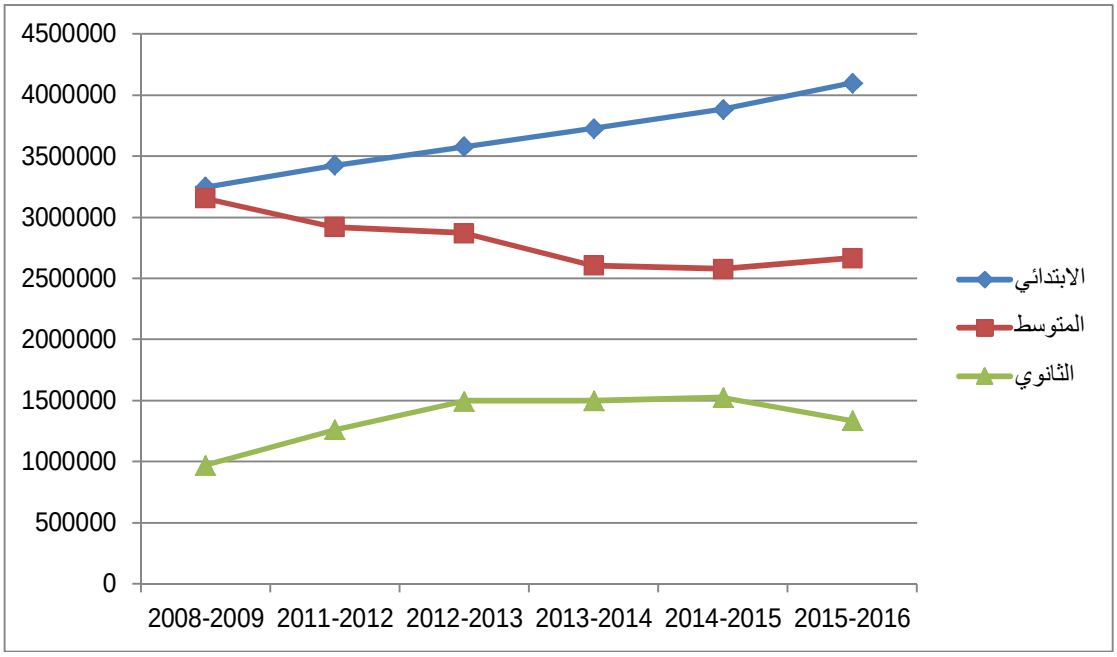
يعد التعليم من المؤشرات الكيفية المهمة التي تعكس مستوى التنمية البشرية التي وصل إليها المجتمع بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة، ومن المعروف عليه أن المعرفة تقاس نسبة معرفة القراءة والكتابة بين البالغين، وكذا نسب القيد في التعليم الابتدائي والثانوي والعالي، وهذا ما سنتناوله.

أولا: معدلات القيد في مراحل التعليم:

- معدل القيد الإجمالي: يعرف معدل القيد الإجمالي بأنه عدد الطلبة المفيدين في مرحلة تعليمية، من الابتدائي، المتوسط، الثانوي والجامعي، وهذا ما سنعرضه كالتالي:

ملاحظة: عادة ما يقاس هذا المؤشر بالقيمتين الثابتتين: [0% و100%] وهما القيمة الدنيا والقصوى.

الشكل رقم (2-11): تطور عدد التلاميذ حسب الأطوار



المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، ص:93.

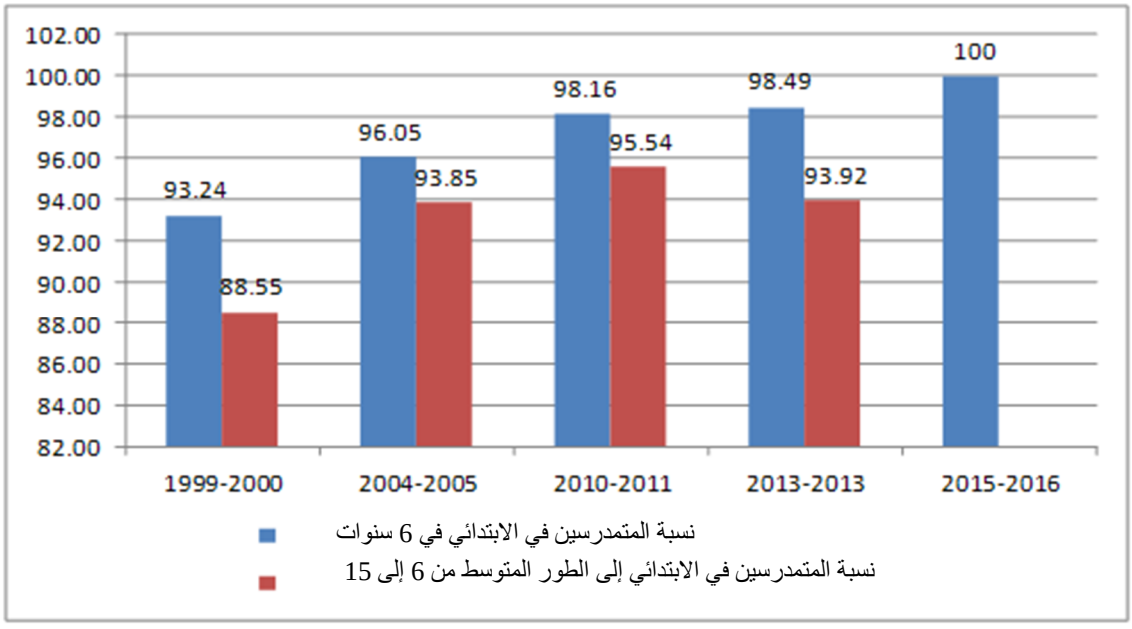
من الشكل أعلاه نلاحظ أن التلاميذ المقيدين في مرحلة التعليم الابتدائي ارتفع بشكل ملفت للانتباه من مجموع عدد السكان المتمدرسين إلى 3886773 تلميذ سنة 2014-2015 ثم لترتفع إلى 4109964 تلميذ في عام 2015 بمتوسط ارتفاع سنوي قدره 3% بين 2008 و2014.

أما في التعليم المتوسط، فإننا نلاحظ انخفاض عدد المتمدرسين من سنة 2008، وهذا راجع للتسرب المدرسي، إذ بلغت عددهم 1355365 لتصل إلى 2575994 سنة 2015-2014 وهذا برغم من أن عدد السكان وصل إلى 39.5 مليون نسمة، مقارنة بعام 2013 إذ كان عدد السكان 38.7 مليون نسمة، أي ما يعادل معدل نمو طبيعي قدره 2.15%، ويعود هذا الارتفاع أساسا إلى الزيادة المعتبرة لحجم الولادات الحية.

وإذا تحدثنا عن التعليم الثانوي فإن عدد المقيدين ارتفع من 972326 تلميذ لسنة 2008 إلى 1526779 تلميذ في سنة 2015-2014 ثم لينخفض إلى 1336884 تلميذ في عام 2015، وهذا يرجع إلى سبب وحيد مفاده التسرب المدرسي.

ومن خلال ما سبق سنترجم هذه الأرقام إلى نسب لنقيس معدلات القيد في كل مرحلة من مراحل التعليم انطلاقا من القيمة الدنيا 0% والقصوى 100%.

الشكل رقم (2-12): تطور الاستفادة من التمدرس بالنسبة المئوية



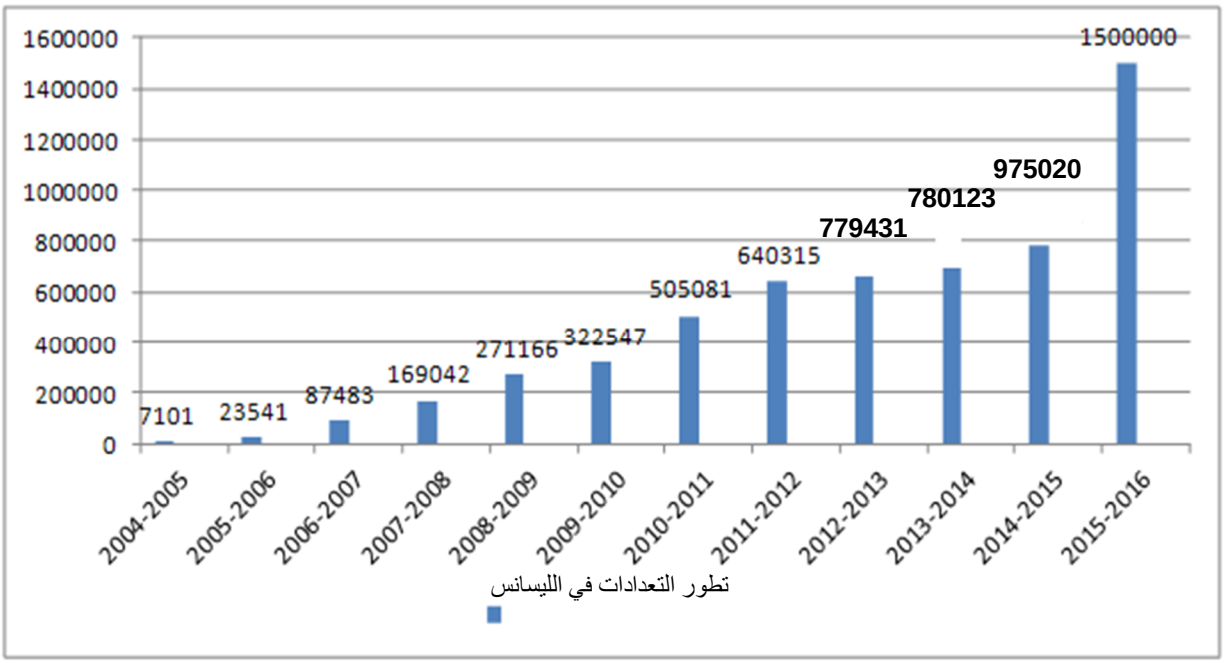
المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، ص:93.

من الشكل أعلاه نلاحظ أن نسبة القيد في مراحل التعليم الابتدائي ارتفعت بشكل مقبول جدا، إذ انتقلت النسبة من 93.24%، 96.05%، 98.16%، 98.49% للسنوات 1999-2000، 2004-2005، 2010-2011، 2013-2014 على التوالي، وأقل ما يقال عن المنظومة التربوية في هذه الفترات أنها عرفت استقرار كمي في عدد المقيدين، لتقفز إلى 100% في عام 2015، وبذلك تكون الوزارة عامة والمدرسة الابتدائية خاصة حققت القيمة القصوى لمؤشر التعليم ألا وهي 100%.

- أما بالنسبة لنسبة القيد في مرحلة التعليم المتوسط فعرفت هي الأخرى نسب مقبولة جدا، إن لم نقل ممتازة، فبعدما كانت نسبة القيد في عام 1999-2000 88.55% انتقلت إلى 93.92% في 2014 كما هو موضح في الشكل أعلاه.

- أما بالنسبة للتعليم العالي فقد عرف هذا القطاع قفزة نوعية من خلال الطلبة المسجلين في الجامعة، وهذا ما سنتناوله من خلال إحصائيات الطلبة المسجلين بالمؤسسات الجامعية من سنة 2004 إلى 2015.

الشكل رقم (2-13): تطور التعدادات في الليسانس



المصدر: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، المديرية العامة للتعليم والتكوين العاليين

من الشكل أعلاه نلاحظ أن عدد الطلبة المقيدين في مرحلة الليسانس انتقل من 7101 طالب عام 2004-2005 إلى 322541 طالب في عام 200-2010 وهذا خلال برنامج دعم النمو الاقتصادي، وهذا التطور مرده الأغلفة المالية المرصودة لهذا القطاع بمعية قطاع التربية والتكوين المهني، حيث انتقلت من 225.5 مليار دينار جزائري سنة 2000 إلى 403.3 مليار دينار جزائري سنة 2005، ومن ثم انتقل عدد الطلبة المسجلين في مرحلة الليسانس من 505081 لعام 2010-2011 إلى 975020 طالب لعام 2014-2015 وهذا من خلال برنامج الانتقال من الريع إلى القيمة المضافة حيث رصدت الدولة لهذا القطاع ما يزيد عن 768 مليار دينار جزائري لوحده، وهذا ما إذا قارناه بالميزانية المرصودة للقطاعات التربوية الثلاثة في البرنامج السابق الذي قدر بـ403.3 مليار دينار جزائري[1]، ثم وصل عدد الطلبة المقيدين في الجامعة إلى ما يزيد

[1]- عبد الرحمن تومي، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر الواقع والآفاق، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الطبعة 1432هـ-2011م، ص: 283.

عن مليون طالب في سنة 2015 (1.500.000 طالب) من 60% إناث وأكثر من 45.000 أستاذ، أما في مسار ما بعد التدرج وصل عدد الطلبة المسجلين في الدكتوراه علوم 40.000 طالب دكتوراه[1].

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن الدولة الجزائرية حققت جّل الأهداف التي نادت بها المجموعة الدولية لسنة 2015 في مجال التنمية البشرية بصفة عامة ومؤشر التعليم بصفة خاصة، إذ وصل معدل المقيدين في مرحلة الابتدائي 100% وهي القيمة القصوى التي يقاس بها هذا المؤشر، علما أن القيمة الدنيا (0%).

ثانيا: نسبة معرفة القراءة والكتابة بين البالغين:

استعرض التقرير الإقليمي للتعليم للجميع الخاص بالدول العربية عامة والجزائر خاصة لعام 2014 نسب معرفة القراءة والكتابة بين البالغين ورأى أنه يستوجب لبعض الدول أن تبذل مزيدا من الجهود الهادفة لزيادة معدلات القراءة والكتابة وتخفيض العدد المطلق للكبار الذين لا يحبذون مهارات القراءة والكتابة، بالإضافة إلى تعميم القراءة والكتابة لدى النساء، نظرا لارتفاع نسبة الإناث من بين الكبار الأميين[2].

وجدير بالذكر أن نسبة الإلمام بالقراءة والكتابة هو نسبة السكان الذين يجيدون القراءة والكتابة معا، مع فهم بيان بسيط وقصير في حياته اليومية وقدرته على تنفيذ عمليات حسابية بسيطة، حيث يتم درج هذا المؤشر حسب النوع الاجتماعي "ذكر، أنثى".

[1]- وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، المديرية العامة للتعليم والتكوين العاليين.

[2]- تقرير منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، حول التعليم للجميع الخاص بالدول العربية لعام 2014، ص: 35.

الجدول رقم (2-8): مستوى التعليم للسكان البالغين 15 سنة فأكثر (إناث)

الجنس/أنثى / الفئة العمرية	دون تعليم%	مدرسة قرآنية%	ابتدائي%	متوسط%	ثانوي%	عالي%	غير مصرح به
19-15 سنة	2.7	00	6.6	46.5	39.8	4.4	00
24-20 سنة	4.9	00	10.7	27.6	23.3	33.5	00
29-25 سنة	8.9	00	14.4	30.1	20.5	26.00	00
34-30 سنة	13.6	00	16.9	31.00	24.0	14.3	00
39-35 سنة	20.2	00	17.5	28.6	25.1	8.5	00
44-40 سنة	27.3	00	22.3	22.1	20.9	7.4	00
49-45 سنة	41.4	00	22.1	18.9	14.9	2.8	00
55-50 سنة	51.1	00	22.5	13.3	10.8	2.4	00
59-55 سنة	57.6	0.3	20.5	10.0	9.0	2.6	00
60 سنة	79.8	0.3	10.8	5.0	3.3	0.8	00
المجموع	30.75	0.06	16.43	23.31	19.16	14.23	00

المصدر: المرصد الوطني لحقوق النساء الجزائريات نحو المساواة، مركز الإعلام والتوثيق لحقوق الطفل والمرأة (CIDDFE)، 2014، ص: 26.

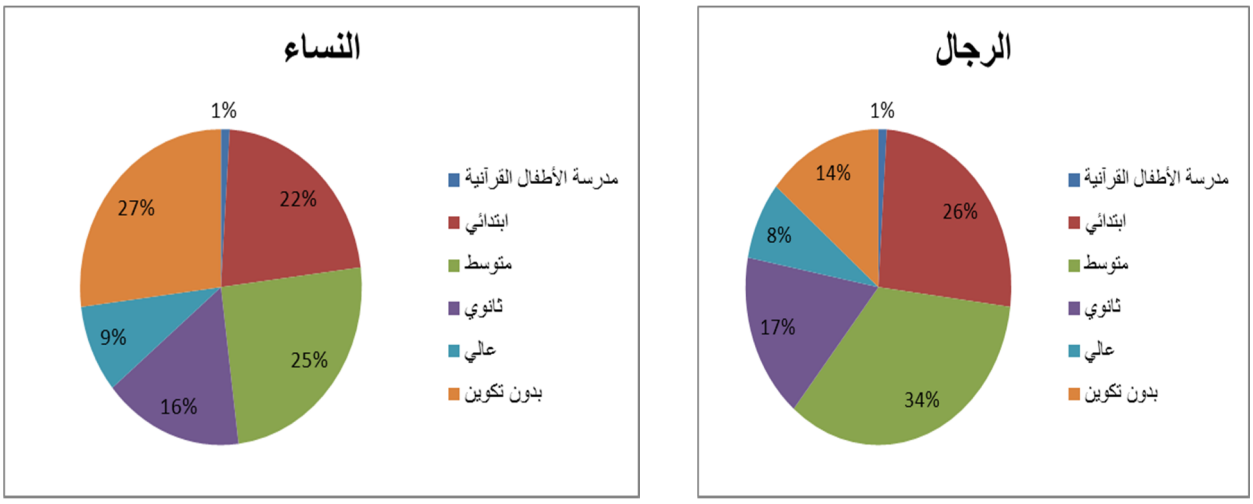
الجدول رقم (2-09): مستوى التعليم للسكان البالغين 5 سنوات فأكثر (ذكور)

الجنس/ذكور / الفئة العمرية	دون تعليم%	مدرسة قرآنية%	ابتدائي%	متوسط%	ثانوي%	عالي%	غير مصرح به
9-5 سنة	12.2	10.3	75.2	2.0	0.0	0.0	0.3
14-10 سنة	1.0	0.0	41.2	56.9	0.8	0.1	0.0
19-15 سنة	1.5	0.0	5.9	59.7	30.4	2.5	0.0
24-20 سنة	2.6	0.0	11.2	41.8	22.5	21.9	0.0
29-25 سنة	3.1	0.0	16.5	42.8	19.3	18.2	0.0
34-30 سنة	3.9	0.0	13.3	44.8	24.5	13.4	0.0
39-35 سنة	6.8	0.0	13.6	41.7	29.5	8.3	0.1
44-40 سنة	10.1	0.0	22.5	31.9	25.2	10.2	0.0
49-45 سنة	16.9	0.0	25.6	29.2	18.2	10.0	0.1
55-50 سنة	28.5	0.2	27.6	21.8	15.0	7.1	0.0
59-55 سنة	34.8	0.0	25.7	17.3	13.6	8.6	0.1
60 سنة	58.9	0.4	21.1	9.9	6.4	3.3	0.1
المجموع	14.1	1.3	26.3	33.7	16.4	8.3	0.1

المصدر: المرصد الوطني لحقوق النساء الجزائريات نحو المساواة، مركز الإعلام والتوثيق لحقوق الطفل والمرأة (CIDDFE)، 2014، ص: 26.

ويمكن تمثيل هذا الجدول في:

الشكل رقم (2-14): المستوى التعليمي عند الأشخاص البالغين 5 سنوات فما فوق.



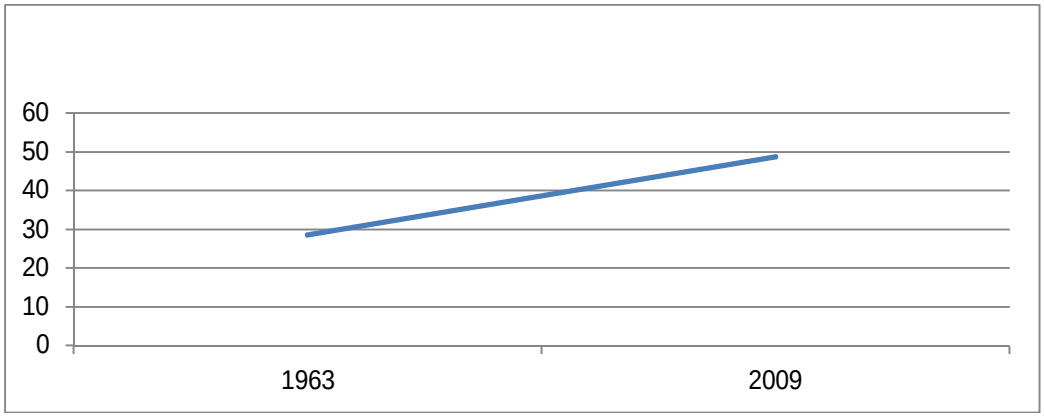
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات الجدول رقم (**2-9**) والجدول رقم (**2-10**).

ومن الشكل أعلاه نلاحظ أن التوزيع يختلف حسب مستوى تعليم النساء والرجال اختلافا ملحوظا، فإن كانت نسبة النساء اللائي لديهن مستوى تعليمي أضعف تقريبا بمرتين من عدد الرجال (14% عند النساء بدون تكوين تقابله 17% عند الرجال) ونسبة النساء اللائي لديهن مستوى ابتدائي، وثانوي هي نفس النسبة تقريبا لدى الرجال، ونسبتها في المتوسط أقل من نسبة المستوى التعليمي عند الرجال 34% مقابل 25%، أما نسبة النساء اللائي لديهن مستوى تعليمي عالي مرتفع قليلا من الرجال (9% عند النساء مقابل 8% عند الرجال).

وعليه يمكن القول أنه لابد على الدولة أن تبذل مزيداً من الجهود لرفع نسب معرفة القراءة والكتابة بين البالغين، وتخفيض العدد المطلق للنساء والرجال الذين لا يعرفون القراءة والكتابة، إذ وحسب الشكل أعلاه بلغت نسبة المستوى التعليمي عند الأشخاص البالغين من 5 سنوات فأكثر للجنسين معا (ذكر وأنثى) 41% بدون تكوين (بدون مستوى تعليمي).

وسنقوم بتحليل ذلك على النحو التالي:

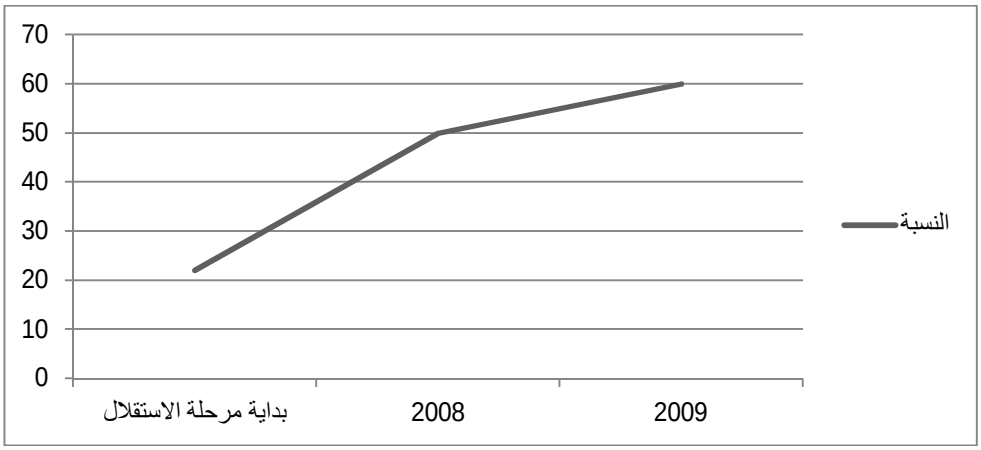
الشكل رقم (2-15): تطور عدد الإناث في التعليم المتوسط



المصدر: فيصل بوطيبة، أطروحة دكتوراه العائد من التعليم في الجزائر، مصدر سبق ذكره، ص: 86.

وما يمكن استنتاجه من الشكل أعلاه أن نسبة الإناث في مرحلة المتوسط ارتفعت نسبتهن من إجمالي التلاميذ، فبعدما كان عددهن 8815 فقط في 1963 بنسبة 28.63% لينتقل العدد إلى 1538882 تلميذة بنسبة تقدر بـ48.73% من إجمالي التلاميذ خلال السنة الدراسية (2008-2009)[1]، (وهذا حسب البيانات المتوفرة)، الشيء الذي دفع بتزايد عددهن في المرحلة الثانوية وهذا ما يوضحه الشكل أدناه.

الشكل رقم (2-16): تطور نسبة الإناث في المستوى الثانوي



المصدر: فيصل بوطيبة، أطروحة دكتوراه العائد من التعليم في الجزائر، مصدر سبق ذكره، ص: 87.

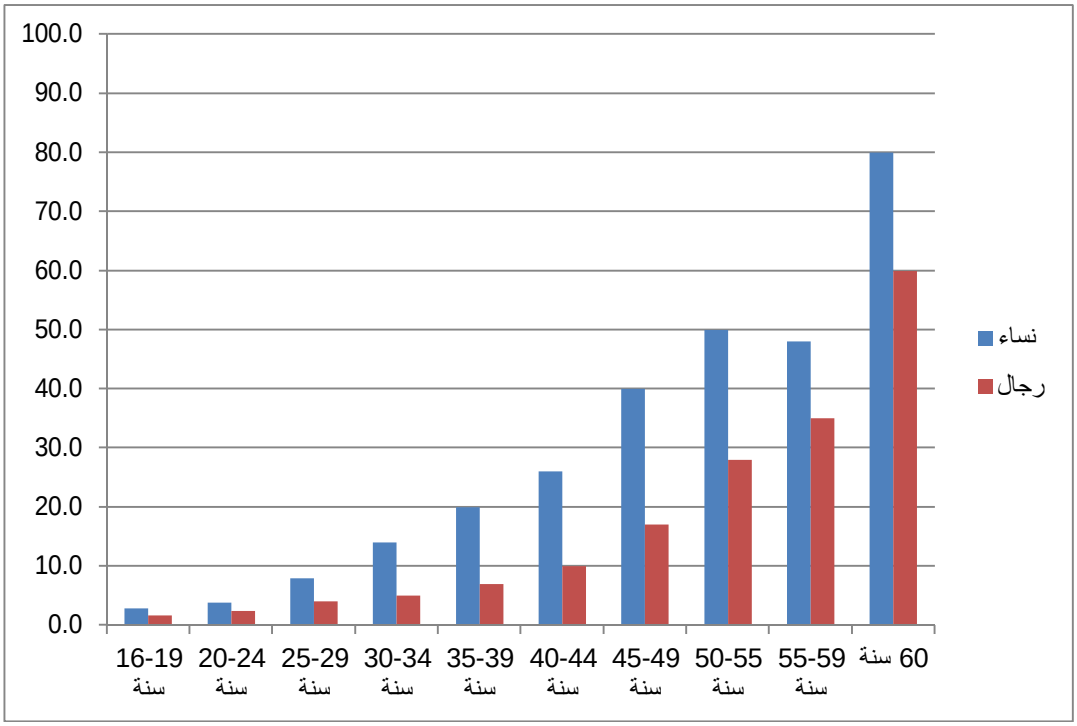
من الشكل أعلاه نسبة الإناث في هذه المرحلة (الثانوي) تحسنت بشكل ملفت للانتباه، فبعدما كانت لا تشكل السبة حوالي 22% بداية مرحلة الاستقلال، تزايدت في فترة التسعينات مثلا وصلت إلى 50% ثم إلى 60% في الموسم (2008-2009) من تعداد تلاميذ هذه المرحلة.

وما يؤكد هذا الطرح الشكل أدناه، أن الفئة العمرية [20 و24 سنة] أو بالأحرى الفئة من 35 سنة وأقل بالنسبة للإناث مستوى تعليمي عالي، فعلى سبيل المثال وصل إلى 35% تقريبا مقابل 21% لدى الرجال

[1]- فيصل بوطيبة، أطروحة حول العائد من التعليم في الجزائر قدمت لنيل شهادة الدكتوراه في اقتصاد التنمية، مصدر سبق ذكره، ص: 35.

وهي نسبة مقبولة جدا، في حين نجد أن النساء اللواتي لديهن مستوى تعليمي عالي أقل من نسبة الرجال في سن 40 سنة فما فوق، إذ بلغ على سبيل المثال المستوى التعليمي العالي لدى الفئة [40-44] بالنسبة للرجال 10% مقابل 7% للنساء، هذا يدل على أن نسبة الأمية متفشية في أوساط النساء الفئة النسائية من 40 سنة فما فوق، على عكس الرجال ففئة الستينيات هي المستهدفة.

الشكل رقم (2-17): نسبة الأمية حسب السن (2012)



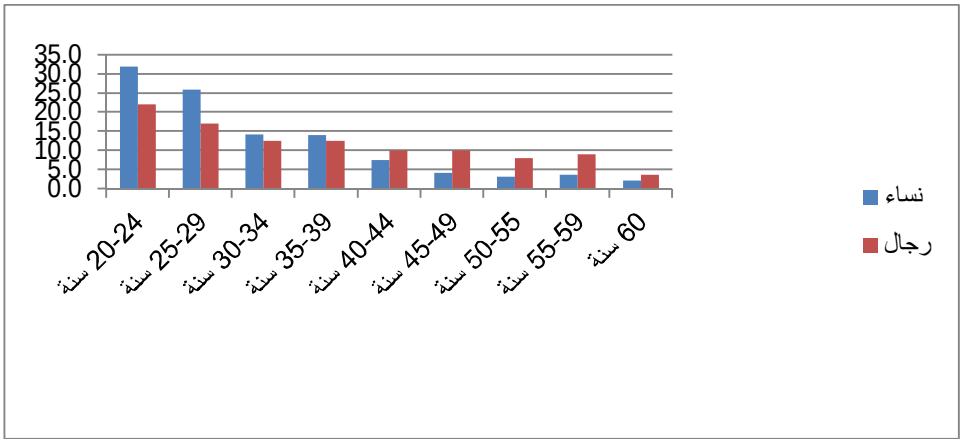
المصدر: المرصد الوطني لحقوق النساء الجزائريات نحو المساواة، مصدر سبق ذكره، ص: 28.

ملاحظة: بالنسبة لمؤشر معرفة القراءة والكتابة حدد له قيمة قصوى ودنيا ثابتتان للبالغين [0% و100%].

من الشكل أعلاه نلاحظ أن نسبة النساء البالغات 50 سنة فما فوق أميات وهي نسبة عالية، وهذا إن استندنا على المقياس المحصور بين [0% و100%]، في حين نجد أن نسبة الأمية عند الرجال في سن 50 سنة هي حوالي 30% وهي نسبة مقبولة استنادا على المقياس [0% و100%]، أما الأمية عند الرجال فهي في سن 60 سنة فما فوق.

أما إذا تحدثنا عن الفئة ما بين 15 إلى 45 سنة فهي نسبة متوسطة استنادا على المقياس [0% و100%] إذ بلغت من 0.5% إلى 40% على التوالي، وهذا نظرا لأن هذه الفئة تضم ذوي [15 إلى 19 سنة] وهي مرحلة الثانوي، وفئة [20 إلى 24 سنة] وهي المرحلة الجامعية وهذا ما يوضحه الشكل أعلاه.

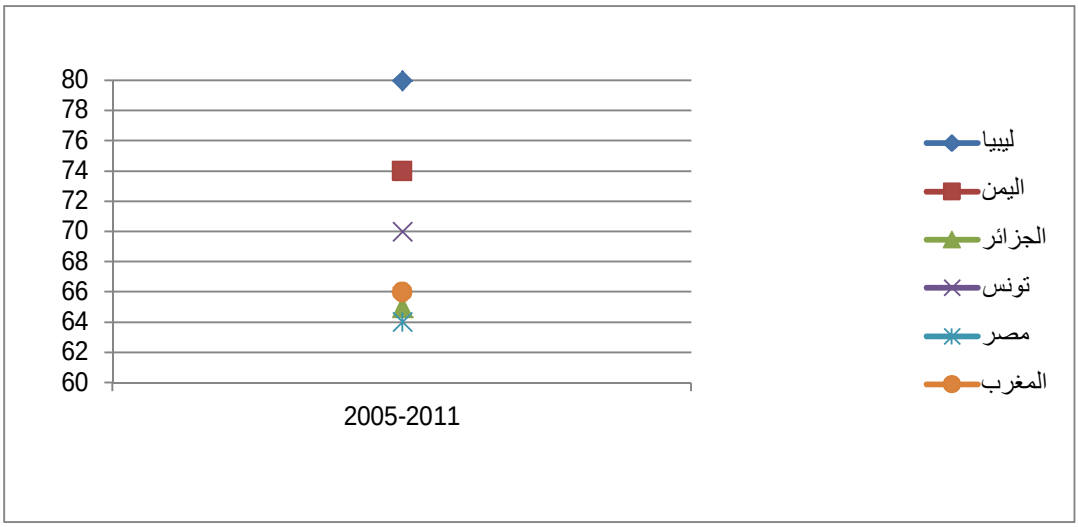
الشكل رقم (2-18): مستوى النساء والرجال الذين لديهم مستوى تعليمي عالي حسب السن (2012)



المصدر: المرصد الوطني لحقوق النساء، النساء الجزائريات نحو المساواة، مصدر سبق ذكره، ص: 29.

وفي نفس السياق، فعلى المستوى الإقليمي نجد أن الجزائر تحتل مراتب متقدمة من حيث الزيادات في النسب المئوية للإناث من الكبار الأميين وهذا حسب الإحصائيات المتوفرة للفترة الممتدة من (2005-2011)، وهذا ما يظهره الشكل أدناه.

الشكل رقم (2-19): الدول التي سجلت زيادات في النسبة المئوية للإناث من الكبار الأميين لفترة [2005-2011].



المصدر: التقرير الإقليمي للتعليم للجميع الخاص بالدول العربية، منظمة الأمم المتحدة للتربية والتعليم والثقافة، عمان، 12-14 ماي 2014، ص: 21.

ومن الشكل أعلاه نلاحظ أن الجزائر صحيح هي من بين الدول التي سجلت زيادات في النسب المئوية للإناث من الكبار الأميين، لكن إذا قارناها مع بعض دول الجوار نجد أنها سجلت نسبة متدنية 66% في الفترة (2005-2011) متقدمة في ذلك على كل من تونس وليبيا بنسب 70% و80% على التوالي.

وعرفت زيادة في النسبة المئوية 66% للفترة [2005-2011]، وهي نسب معتبرة مقارنة بدول الجوار.

المطلب الثالث: واقع الدخل في الجزائر

لو عدنا لتعريف التنمية البشرية الذي عرضه تقرير التنمية البشرية لعام 1990 "على أنها توسيع لخيارات الناس"، وهذه الخيارات هي عديدة ومتعددة إلا أن الخيارات الأساسية الثلاثة هي كالتالي:

- أن يحيا الإنسان حياة مديدة وصحيحة (البعد الصحي).
- أن يكتسب المعرفة (البعد المعرفي).
- أن يحصل على الموارد اللازمة لمستوى معيشة لائق (البعد الاقتصادي).

وهذا البعد الاقتصادي الذي يعبر على مستوى المعيشة يقاس بعدة مؤشرات، وقبل التطرق إليها يجب أن نعرج على مفهوم مستوى المعيشة (والرفاه)، إذ هما مفهومين هامين، يتم استخدامهما بشكل متكرر في الأدب الاجتماعي والاقتصادي لفهم أو تفسير حالة رفاهية الإنسان، ويشير مستوى المعيشة إلى مستوى الثروة والراحة، السلع المادية والضروريات المتاحة لفئة اجتماعية اقتصادية معينة في منطقة جغرافية معينة، وفي هذا الصدد يشمل مستوى المعيشة مجموعة واسعة من العوامل بما في ذلك الدخل وتفاوت الطبقات، معدل الفقر، الناتج المحلي الإجمالي، معدل التضخم ومتوسط العمر المتوقع[1].

واستنادا على ما سبق سنعالج بعض هذه العوامل.

أولا: الفقر:

يعتبر الفقر من أكثر المفاهيم التي تم تعريفها من أوجه مختلفة ومتعددة، وأكثرها شيوعا، هو أنه الحالة التي يفتقد فيها الفرد إلى الدخل الكافي للحصول على المستويات الدنيا من الرعاية الصحية والغذاء والملبس والتعليم وكل ما يعد من الاحتياجات الضرورية لتأمين مستوى لائق في الحياة، وعلى المستوى العام كثيرا ما يكون الفقر ناتجا عن المستوى المنخفض للتنمية الاقتصادية والبطالة.

ويرى البنك الدولي أن الفقر "ليس عجزا في الموارد المادية فحسب بل هو أيضا سياق تتخذ فيه القرارات، فقد يلقي بعبء إدراكي على عاتق الأفراد مما يجعل من الصعب عليهم بوجه خاص أن يفكروا بطريقة تدبرية، والأفراد الذين يضطرون لبذل قدر كبير من الطاقة الذهنية كل يوم لمجرد تأمين الحصول على الضروريات كالطعام والمياه النظيفة، يتبقى لديهم قدر من الطاقة لتدبر الأمور أقل مما يتوفر لمن يستطيعون أن يركزوا على الاستثمار في

[1]- تقرير قياس الفقر في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي 2015، مركز الأبحاث الإحصائية الاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (مركز أنقرة بتركيا)، 2015، ص: 09.

عمل تجاري أو حضور اجتماع... لا لشيء إلا أنهم يعيشون في منطقة تتوفر بها بنية تحتية جيدة ومؤسسات جيدة، ولذا يجد الفقراء أنفسهم مضطرين للاعتماد على اتخاذ القرار التلقائي أكثر ممن هو ليس فقيرا"[1].

ويعرف الفقر من منظور التنمية البشرية على أنه الحرمان من خيارات وفرص العيش بطريقة مقبولة، حيث يتكون ميدان الفقر من النموذج المقترح من مؤشرين هما:

- **نسبة الفقر**: عبارة عن نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر بغض النظر عن درجة فقره.
- **فجوة الفقر**: يقيس هذا المؤشر حجم الفجوة الإجمالي والموجودة بين دخول الفقراء وخذ الفقر وهو المقدار اللازم حتى يمكن أن يضيف إلى دخل الفرد لكي يصل فوق خط الفقر، وهو أحد مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية[2].

ملاحظة: فقر الدخل (نسبة الفقر) هو نسبة السكان الذين يقل دخل إنفاق الفرد منهم يوميا على دولار أو دولارين في اليوم من مجموع عدد السكان ويحسب على النحو التالي:

نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولار واحد أو دولارين يوميا = نسبة السكان الذين يقل دخلهم أو إنفاقهم اليومي عن دولار أو دولارين * 100 / مجموع عدد السكان

وجدير بالذكر أن الجزائر تعتمد على خط الفقر الدولي وهو 1 دولار في اليوم، حيث تسعى لتحقيق الهدف الأول من أهداف الألفية الجديدة بحلول عام 2015، وهذا ما سنعرفه هل تحقق هذا الهدف أم لا؟ ألا وهو: تخفيض نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولار في اليوم للفترة (1990-2015) لتصل إلى 1.3%.

وهناك عدة خطوط للفقر لأغراض المقارنات الدولية، حيث نجد أن هناك خطا للفقر بمبلغ دولار واحد يوميا، وهناك بمبلغ 1.25 دولارا يوميا للشخص الواحد، يستخدمه البنك الدولي للمقارنة الدولية، وهناك خط بمبلغ 2 دولار يوميا.

ومن خلال ما سبق فالفقر بمفهومه العام هو انخفاض نسبة المعيشة عن مستوى معين ضمن معايير اقتصادية واجتماعية، ولقد اعتمد في قياسه على أساليب متعددة يمكن توضيحها على النحو التالي:

[1]- تقرير عن التنمية في العالم 2015، عرض عام العقل والمجتمع والسلوك، مجموعة البنك الدولي، 2015، ص: 13.

[2]- عبد الحميد عباسي، التنمية البشرية، مفاهيم أساسية وبناء أدلتها، مرجع سبق ذكره، ص ص: 54، 55.

الجدول رقم (2-10): نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولار في اليوم (في الجزائر)

البيان	1988	1990	2000	2005	2008	2009	2015
نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولار يوميا	1.9	1.7	0.8	0.6	0.5	0.5	0.3
الأهداف الإنمائية للألفية المحققة	-	1.7	1.4	1.2	1.1	1.1	0.9

Source: Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement، Rapport établi par le gouvernement Algérienne، 2011، p24. Publication national http ://www.dz.undp.org

من الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الفقر في الجزائر انخفضت من 1.9% لسنة 1988 إلى 1.7% لسنة 199، لينخفض إلى 0.8% في عام 2000، وذهبت نسبة الفقر إلى الانخفاض لتضل إلى 0.6 عام 2005 وهذا راجع لسياسة الدولة من خلال البرامج التنموية بداية من برنامج سياسة الإنعاش الاقتصادي [2001-2004]، الذي رصد له غلاف مالي قدره 525 مليار دج أي ما يعادل 7.5 مليار دولار أمريكي، إذ كان من أهدافه[1]:

- معالجة كل أشكال الفقر والتهميش والإقصاء التي تعاني منها شرائح المجتمع.
- العمل على إنشاء مناصب شغل.
- إنشاء شبكات تضامن لحماية الشرائح الهشة من المجتمع، واستعادة التلاحم الاجتماعي (كالشبكة الاجتماعية).

وما يمكن ملاحظته على هذه الأهداف أنها جاءت لرفع مستوى معيشة كل شرائح المجتمع باختلاف أطيافه، ومن ثم القضاء على الفقر وهو ما تحقق، إذ أنه مع نهاية 2004 وبالتحديد في عام 2005 وبفضل ما تقدم وصلت نسبة السكان الذين يعيشون أقل من دولار يوميا (0.6%)، وهي نسبة مقبولة جدا مقارنة مع أهداف الألفية التي كانت تدعو إلى 1.2% على الأقل كما هو موضح في الجدول أعلاه.

وسنستعرض أهم المؤشرات الإحصائية التي تطلعنا على واقع الحالة الاجتماعية في الجزائر للفترة (2000-2004).

[1]- عبد الرحمن تومي، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، الواقع والآفاق، مرجع سبق ذكره، ص ص: 216، 217.

الجدول رقم (2-11): أهم المؤشرات الاجتماعية خلال 2000-2004.

السنة / البيان	2000	2001	2002	2003	2004
النمو السكاني	1.48	1.55	1.53	1.58	1.63
الناتج الداخلي الخام	2.40	2.10	4.10	6.80	5.20
رواتب العمال	5.50	10.50	7.60	9.80	8.00
التحويلات الاجتماعية	6.30	16.60	14.60	6.30	7.80
البطالة	29.80	27.30	25.70	23.7	17.70
الفقر	-	22.60	8.50	8.00	6.80

المصدر: عبد الرحمن تومي، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر الواقع والآفاق، مرجع سبق ذكره، ص: 237.

من الجدول أعلاه نلاحظ أن النمو السكاني في الجزائر عرف تطورا ملحوظا فمن 1.48% في عام 2000 إلى 1.55%، 1.53%، 1.58%، 1.63% للأعوام 2001، 2002، 2003، 2004 على التوالي، صاحبه تطورا ملحوظا في الناتج الداخلي الخام فمن معدل 2.40% إلى 2.10%، 4.10%، للأعوام 2000، 2001، 2002 على التوالي ليرتفع إلى 6.8% في عام 2003 ثم ينخفض إلى 5.20%، إذ ساعد هذا الارتفاع على تغذية معدلات البطالة فمن 29.8% في عام 2000 إلى 27.30%، 23.70%، 17.70%، وبالرغم من أن هذا الرقم ضخم وضخم جدا إلا أننا نستطيع القول أنه رقم مقبول مقارنة مع معدل 29.8% لسنة 2000.

ولم ينعكس هذا الارتفاع في الناتج الداخلي الخام على رواتب العمال ولا على التحويلات الاجتماعية بشكل كاف وإيجابي وخاصة على التحويلات الاجتماعية، فبالرغم من انتقاله من 6.30% في عام 2000 إلى 7.80% في عام 2004 إلا أنه غير كاف، ومن خلال الجدول أعلاه واستنادا على التحليل السابق، عرف مؤشر الفقر في الجزائر تراجعا محسوسا، وهذا بالرغم من ارتفاع النمو السكاني، فسجل تراجعا من 22.60% عام 2000 وعرف ثباتا في عامي 2002، 2003 بـ8% لينخفض إلى 6.80% في عام 2004، وهذا ما انعكس إيجابا على نسبة السكان الذين يعيشون بأقل من دولار واحد في اليوم إذ وصل في نهاية عام 2004 وبداية 2005 إلى 0.6%.

أما الفترة الممتدة من 2005 إلى 2009 والتي تعرف ببرنامج دعم النمو الاقتصادي حيث رصد له غلاف مالي قدر بـ11 مليار دولار، إذ واصل هذا البرنامج نفس المسعى الذي ذهب إليه البرنامج السابق (2001-2004)، وهو تحسين ظروف معيشة السكان، إذ رصد له مبلغ 1908.5 مليار دج بنسبة

45%[1]. من جملة محاور البرنامج بأكمله وهي نسبة كبيرة وكبيرة جدا، هذا إن دل على شيء إنما يدل على الالتزام الأخلاقي الذي قطعته الدولة على الشعب وهو القضاء أو الحد من معدلات الفقر.

إذ وحسب الجدول رقم (2-11) فإن نسبة السكان الذين يعيشون نعلى أقل من دولار يوميا خلال هذه الفترة (2005-2009) انتقلتا إيجابيا من 0.6% إلى 0.5% وهي نسبة معتبرة مقبولة جدا إذا ما قارناه بالأهداف الإنمائية للألفية التي حددت 1.1% مع نهاية عام 2009، وهذا راجع إلى:

- استحداث مناصب عمل سواء على مستوى الإدارات العمومية أو على مستوى الورشات خلال هذه الفترة، إذ قدر عددها بـ 5.031.692[2] منصب شغل وهو رقم لا يستهان به ساهم في زيادة دخول أفراد المجتمع من جهة وساهم في تخفيض معدلات الفقر من جهة أخرى.
- انخفاض معدلات البطالة فمن 17.7% في عام 2004 إلى 15.3% في عام 2005 إلى 12.3% في عام 2006 لتصل إلى 10% في نهاية العشرية 2010[3].

وفي سنة 2015 وصلت نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولار يوميا إلى 0.3% وبهذا نستطيع القول أن الدولة استطاعت تخفيض عدد السكان الذين يعيشون على أقل من دولار يوميا للفترة الممتدة من 1990-2015 وإن كانت حققته في سنة 2000 كما يوضحه الجدول رقم (2-11) 0.8% مقابل ما كانت تطلبه الأهداف الإنمائية 1.4%.

وحتى نثبت هذا الطرح سنعالج تطور متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام ومعدلات البطالة.

ثانيا: متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام:

الجدول رقم (2-12): تطور متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)

السنة / البيان	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام	3.102.0	3.467.5	3.939.6	4.912.3	3.875.8	4.473.5	5.447.4	5.583.6	5.491.6	5.484.1	4.506.0

المصدر: تقرير مجموعة البنك الدولي، بنك البيانات العالمي، 2016 على الموقع: www.databank.albankaldawli.org تاريخ الاطلاع: 2016/06/16.

[1]- عبد الرحمن تومي، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، الواقع والآفاق، مرجع سبق ذكره، ص: 242.

[2]- عبد الرحمن تومي، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، الواقع والآفاق، مرجع نفسه، ص: 280.

[3]- مجموعة البنك الدولي، بنط البيانات العالمي، 2016.

من الجدول رقم (2-13) نلاحظ أن متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام ارتفع بشكل تدريجي من عام 2005 إذ بلغ 3 مليار دولار ووصل إلى 3 مليار دولار في سنة 2009، وهذا خلال برنامج دعم النمو الاقتصادي، وهذا يدل على ارتفاع مستوى الدخل الفردي الذي يعتبر مؤشر من المؤشرات الدالة على تحسن مستوى المعيشة، أما فيما يخص برنامج الانتقال من الريع إلى القيمة المضافة [2010-2014]، فعرف هو الآخر قفزة نوعية من خلال تطور متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام فمن 4.473.5 دولار في سنة 2010 إلى 5.484.1 دولار في سنة 2014، فهذا إن دل على شيء إنما يدل على تحسين مستوى المعيشة لأن الناتج المحلي الإجمالي يعتبر في حد ذاته مقياسا لها، أما في عام 2015 فعرف انخفاضا محسوسا مقارنة بعام 2014 إذ وصل إلى 4.206.0 لكنه أفضل من 2005.

ثالثا: معدلات البطالة:

الجدول رقم (2-13): معدلات البطالة إجمالي (% من إجمالي القوى العاملة)

السنة / البيان	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
بطالة إجمالي (% من إجمالي القوى العاملة)خام	27.3	25.9	23.7	20.1	15.3	12.3	13.8	11.3	10.2	10	10	11	9.8	9.5	

المصدر: تقرير مجموعة البنك الدولي، بنك البيانات العالمي، 2016، مرجع سبق ذكره.

من الجدول أعلاه تلاحظ أن مستويات أو معدلات البطالة عرفت منحنى تنازلي فمن 27.3% في سنة 2001 إلى 20.1% لعام 2004 هذا يعني أن برنامج الإنعاش الاقتصادي حقق أهدافه ألا وهي تحسين مستوى معيشة الأفراد، وبداية من 2005 إلى 2009 معدل البطالة تقهقر إلى 10.2% وهو معدل يعكس حرص الدولة على تحسين مستوى المعيشة، وهذا ما انعكس على معدلات الفقر، إذ بلغت نسبة الأفراد الذين يعيشون على أقل من دولار 0.6% وتواصلت معدلات البطالة في الانخفاض حتى وصلت 9.5% في عام 2014 كما يوضحه الجدول رقم (2-13).

المبحث الثالث: تقييم لمؤشرات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية في الجزائر.

الصحة كما عرفناها سابقة هي حالة مثالية من التمتع بالعافية والصحة سليمة خالية من جميع الأمراض لكل فرد في المجتمع، وهي غاية أساسية من غايات التنمية الشاملة، حيث شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية والصحية، نظرا لدورها المحوري في استثمار رأس المال البشري.

غير أن الصحة هي البعد الأساسي من جميع أبعاد التنمية البشرية نظرا لأن لها علاقة مباشرة بمعظم الأهداف التنموية للألفية والمطلوب تحقيقها بحلول عام 2015 وهذا ما سنتعرض إليه، ويتكون البعد الصحي من المؤشرات التالية:

1- الصحة العامة: عبارة عن المؤشرات التي تتعلق بميادين الصحة ويتكون هذا الدليل من مؤشر واحد ألا وهو متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

2- تقديم الرعاية الصحية: يتم من خلاله معرفة مستوى توافر الموارد البشرية والمادية الصحية، وفي الأخير تقييم مستوى تقديم الرعاية الصحية ويتكون من مؤشرين وهما:

- متوسط عدد الأطباء لكل 1000 نسمة.
- متوسط عدد المراكز الصحية لكل 10000 نسمة.

3- صحة المجتمع: وتضم نسبة السكان المصابين بمرض مزمن.

4- استخدام الرعاية الصحية: وتصم نسبة الأطفال المحصنين تحسين كامل.

5- الوفيات: وهي تعتبر من أهم المؤشرات التي تقيس جودة الخدمات الصحية وتضم مؤشرين:

- نسبة وفيات الأطفال الرضع وذلك لكل 1000 ولادة حية.
- نسبة وفيات الأمهات وذلك لكل 100000 ولادة حية.

إذ سنحاول دراسة وتقييم هذه المؤشرات حسب ما توفره لنا من معطيات وإحصائيات، ثم معرفة انعكاساتها على التنمية البشرية، وقبل الخوض فيها يجب التطرق إلى الإحصائيات الديمغرافية والاجتماعية للمجتمع الجزائري.

المطلب الأول: الخصائص الديمغرافية للمجتمع الجزائري.

قبل التطرق إلى تقييم مؤشرات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية يجب الخوض في الخصائص الديمغرافية للمجتمع الجزائري، على غرار عدد السكان، تركيبة السكان الجزائريين، الولادات، الوفيات، النمو الطبيعي للسكان الذي يعبر عنه معدل الخصوبة.

أولا: المعطيات والإحصائيات الديمغرافية:

1- **السكان:** قدر مجموع السكان المقيمين بالجزائر عام 2016 بـ40.8 مليون نسمة إذ عرف عدد السكان تطورا ملحوظا وهذا كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (2-14): تطور عدد السكان حسب الجنس (بالمليون نسمة) للفترة (2000-2016)

السنوات	نساء	رجال	المجموع
2000	14.9	15.2	30.1
2001	15.2	15.6	30.8
2002	15.5	15.8	31.3
2003	15.7	16.1	31.8
2004	16.0	16.3	32.3
2005	16.3	16.6	32.9
2006	16.5	16.9	33.4
2007	16.8	17.3	34.1
2008	17.1	17.5	34.6
2009	17.4	17.9	35.3
2010	17.8	18.2	36.0
2011	18.1	18.6	36.7
2012	18.5	18.9	37.4
2013	18.9	19.4	38.3
2014	19.3	19.8	39.1
2015	19.5	20.0	39.5
2016	20.1	20.7	40.8

Source : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، Op-Cit, p3.

يلاحظ من الجدول أعلاه أن مجموع عدد سكان الجزائر عرف تطورا لافتا للانتباه إذ انتقل من 30.8 مليون نسمة في عام 2001 إلى 32.3 مليون نسمة في سنة 2004، بزيادة قدرها 150000 مليون نسمة، وهذا يدخل ضمن مخطط الإنعاش الاقتصادي (2001-2004) الذي رصد مبلغ لتحسين مستوى معيشة السكان، انعكس ذلك على تطور عدد السكان لينتقل من 32.9 لعام 2005 إلى 35.3 مليون نسمة لسنة 2009 بزيادة قدرها 2400000 مليون نسمة، وهذا راجع لمخطط دعم الإنعاش الاقتصادي (2004-2009) الذي عمل بدوره على تحسين الحالة الاجتماعية، ثم انتقل عدد السكان وتطور من 35.3 مليون نسمة

لسنة 2009 إلى 39.1 في عام 2014 بزيادة قدرها 3800000 مليون نسمة، وهذا تبعا لمخطط الانتقال من الريع إلى القيمة المضافة، ثم لتصل إلى 40.8 مليون نسمة.

والملاحظ من الجدول رقم (2-15) أن تطور عدد السكان رجال كان أكثر من تطور عدد السكان نساء بمعدل 30000 نسمة في كل سنة بداية من 2000 إلى 2016.

2- تركيبة السكان الجزائريين:

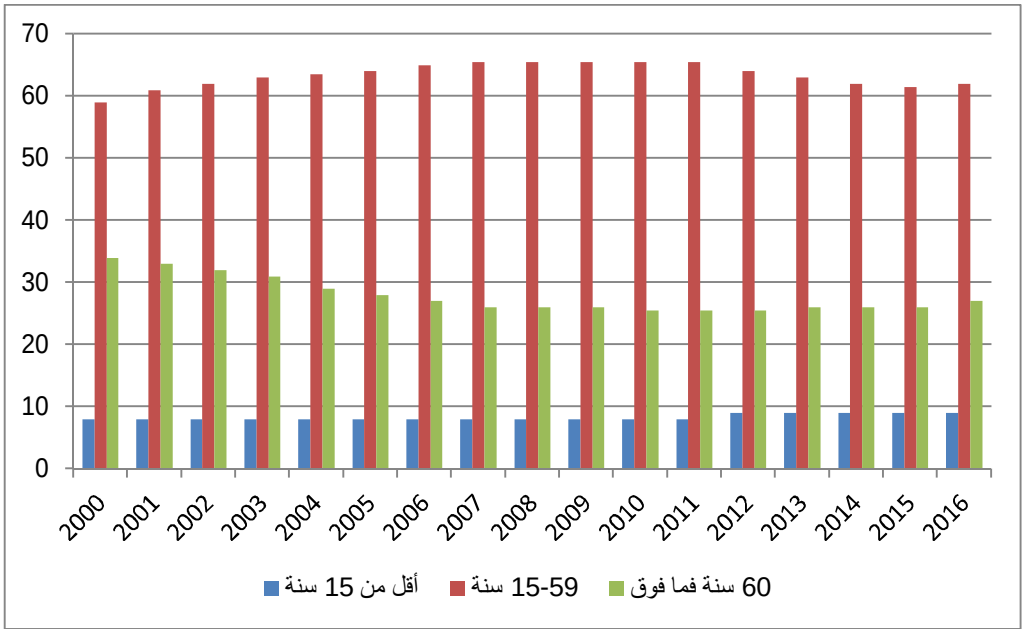
الجدول رقم (2-15): تطور عدد السكان حسب الفئات العمرية

الفئات العمرية / السنوات	أقل من 15 سنة	15-59 سنة	من 60 سنة فما فوق	المجموع
2000	34.0	59.3	6.7	100
2001	32.8	60.4	6.9	100
2002	31.8	61.3	6.9	100
2003	30.7	62.2	7.1	100
2004	29.8	63.1	7.2	100
2005	28.9	63.9	7.3	100
2006	28.4	64.3	7.3	100
2007	27.8	64.8	7.4	100
2008	28.1	64.5	7.4	100
2009	28.1	64.5	7.4	100
2010	28.7	64.5	7.7	100
2011	27.7	64.4	7.9	100
2012	27.9	64.0	8.1	100
2013	28.1	63.6	8.3	100
2014	28.1	63.1	8.5	100
2015	28.1	62.5	8.7	100
2016	28.8	62.5	8.7	100

Source :Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، op.cit، p4.

ويمكن توضيح هذا الجدول أكثر من خلال نسب تطور عدد السكان حسب الفئات العمرية.

الشكل رقم (2-20): نسب تطور عدد السكان حسب الفئات العمرية



Source: Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، op.cit، p5.

يلاحظ من الجدول أعلاه أن الفئة العمرية من [15-59 سنة] هي النسبة الأكبر في العدد الإجمالي للسكان بـ64.8% كأقصى حد في سنة 2007 وبـ62.5% في 2016 وهذا يدل على أن المجتمع الجزائري مجتمع فتي، إذ لا يزال السن من السكان (أقل من 15 سنة) في انخفاض مستمر فمن 34.0% في عام 2000 إلى 28.8 في سنة 2016، في حين نجد نسبة الأشخاص الذين تجاوزا سن (60) ارتفعت إذ بلغت 8.5% من عدد السكان الإجمالي.

3- الولادات:

تميزت سنة 2015 بارتفاع عدد الولادات حيث بلغ عدد الولادات الحية حسب الإحصائيات المتوفرة لسنة 2016 1040000 ولادة حية، بنسبة قدرت بـ26.03% من النسبة الإجمالية للولادات، وهذا على غرار سنة 2014 إذ عرف حجم الولادات ارتفاعا بـ26000 ولادة بين سنتي 2014 و2015 أي بارتفاع نسبي بلغ 2.6%، وهذا كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (2-16): المعدل الخام للولادات على المستوى الوطني (2000-2015)

البيان / السنوات	عدد الولادات الحية	النسبة الخام للولادات	البيان / السنوات	عدد الولادات الحية	النسبة الخام للولادات
2000	589.000	19.36	**2008**	817.000	23.62
2001	619.000	20.03	**2009**	849.000	24.07
2002	617.000	19.68	**2010**	888.000	24.68
2003	649.000	20.36	**2011**	910.000	24.78
2004	669.000	20.67	**2012**	978.000	26.08
2005	703.000	21.36	**2013**	963.000	25.14
2006	739.000	22.07	**2014**	1014.000	25.93
2007	783.000	22.98	**2015**	1040.000	26.03

Source : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، op.cit، p7

4- الوفيات:

بلغ حجم الوفيات 183.000 في سنة 2015 بنسبة قدرها 4.57% من معدل الوفيات الخام، مسجلا بذلك ارتفاعا نسبيا يقدر ب0.13% مقارنة بسنة 2014، وهذا كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (2-17): تطور نسب ومعدلات الوفيات الخام على المستوى الوطني (2000-2015)

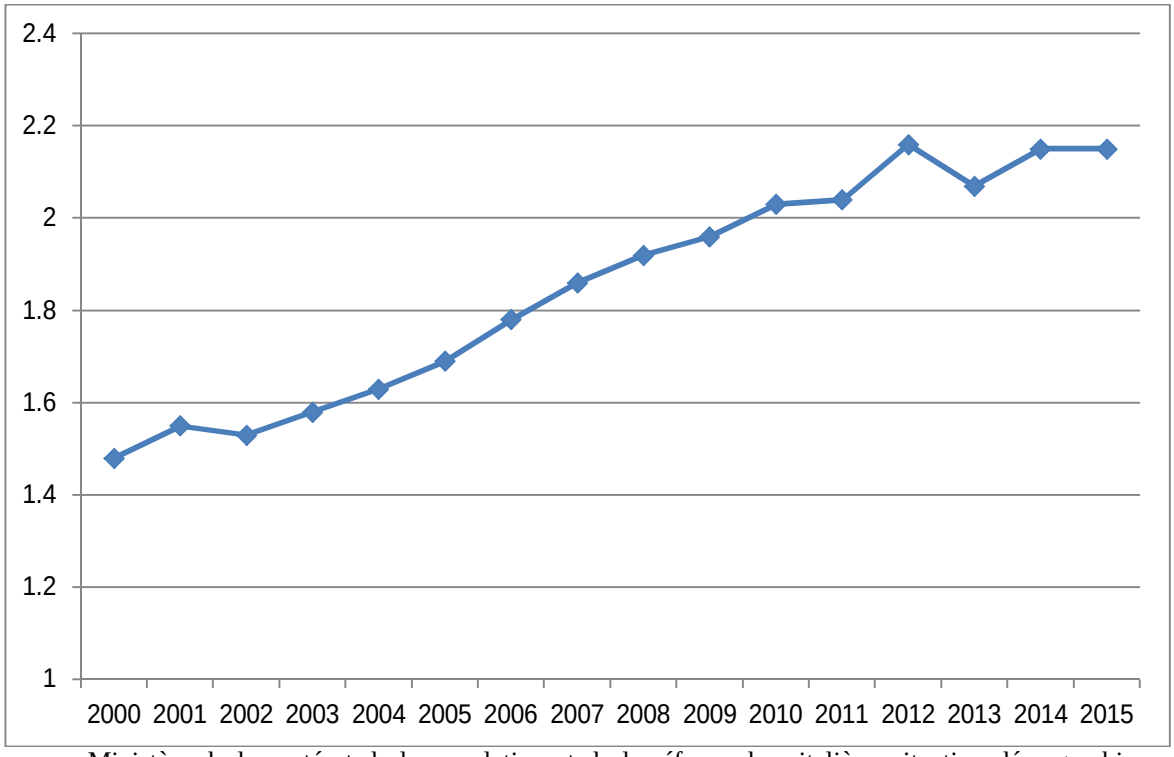
البيان / السنوات	عدد الوفيات	نسبة الوفيات	البيان / السنوات	عدد الوفيات	نسبة الوفيات
2000	140.000	4.59	**2008**	153.000	4.42
2001	141.000	4.56	**2009**	159.000	4.51
2002	138.000	4.41	**2010**	157.000	4.37
2003	145.000	4.55	**2011**	162.000	4.41
2004	141.000	4.36	**2012**	170.000	4.53
2005	147.000	4.47	**2013**	168.000	4.39
2006	144.000	4.30	**2014**	174.000	4.44
2007	149.000	4.38	**2015**	183.000	4.57

Source : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، op.cit، p7.

5- النمو الطبيعي للسكان:

عرفت سنة 2015 زيادة طبيعية معتبرة تجلت في زيادة معدل النمو الطبيعي من 2.07، 2.15، 2.15 للسنوات 2013، 2014، 2015 على التوالي، وهذا ما يظهره الشكل التالي:

الشكل رقم (2-21): تطور نسبة النمو الطبيعي على المستوى الوطني (2000-2015)

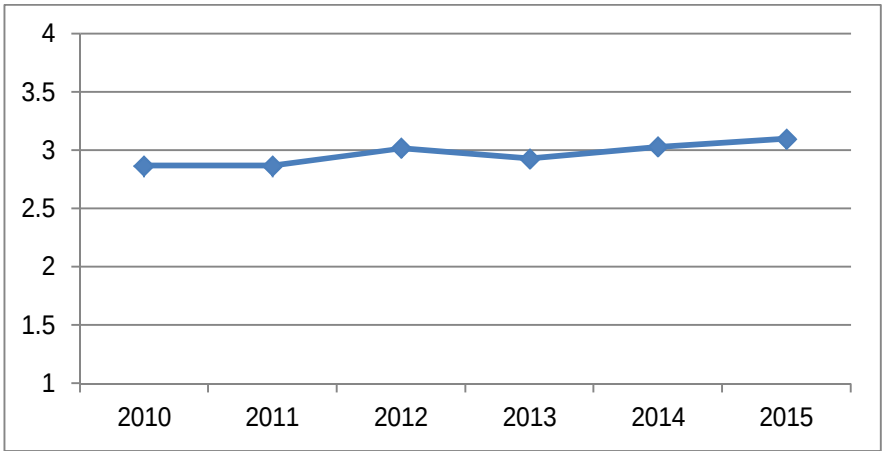


Source : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، op.cit، p8.

6- الخصوبة:

عرف مؤشر الخصوبة على المستوى الوطني حسب الإحصائيات المتوفرة لعام 2016 ارتفاعا هو الآخر، حيثي انتقل من 3.03 إلى 3.1 طفل لكل امرأة خلال سنوات 2014، 2015 على التوالي، وهذا كما يظهره الشكل التالي:

الشكل رقم (2-22): تطور مؤشر الخصوبة الكلي على المستوى الوطني (2010-2015)



Source : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، op.cit، p10.

7- الزواجات:

عرف عدد الزوجات تراجعا طفيفا في 2015 إذا ما قارناه مع سنة 2014، إذ تراجع من 386.422 حالة إلى 369.074 حالة، صاحب هذا انخفاضا في المعدل الخام للزوجات حيث تراجع من 9.88% إلى 9.24% خلال نفس الفترة وهذا ما يؤثر على عدد الولادات، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (2-18): تطور نسب وحالات الزواج للفترة (2000-2015)

البيان / السنوات	عدد الزواجات	نسبة الزواجات	البيان / السنوات	عدد الزواجات	نسبة الزواجات
2000	177.548	5.84	**2008**	331.190	9.58
2001	194.273	6.29	**2009**	341.321	9.68
2002	218.620	6.97	**2010**	344.819	9.58
2003	240.463	7.55	**2011**	369.031	10.05
2004	267.633	8.27	**2012**	371.280	9.90
2005	279.548	8.50	**2013**	387.947	10.13
2006	295.295	8.82	**2014**	386.422	9.88
2007	325.485	9.55	**2015**	369.074	9.24

Source : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016، op.cit، p9.

8- الطلاق:

عرفت حالات الطلاق ارتفاعا محسوسا، إذ انتقلت من 54 ألف، 54، 57، 60، 59 ألف حالة طلاق لسنوات 2011، 2012، 2013، 2014، 2015 على التوالي، أي ارتفاع النسبة من 14.86،

14.81، 14.81، 15.75، 16.23 على التوالي، وهذا بدوره يؤثر على عدد الولادات، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (2-19): تطور نسب وعدد حالات الطلاق (2010-2015)

السنوات	2010	2011	2012	2013	2014	2015
عدد حالات	49.845	54.826	54.985	57.461	60.844	59.909
معدل الطلاق %	14.46	14.86	1.81	14.81	15.78	16.23

المصدر: تقرير الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا الجزائر 2015، المديرية التقنية المكلفة بالإحصاء السكاني والتشغيل بالديوان، ص: 14.

وما يمكن استنتاجه من خلال ما سبق أن الجزائر من حيث الديمغرافيا تصنف ضمن المتوسط العالمي فيما يتعلق بالشريحة أو الفئة من (15-59 سنة)، ودون المتوسط الإفريقي من حيث القدرات التي تمثلها شريحة السن أقل من 15 سنة[1].

وهذا كما هو مبين في الجدول رقم (2-15)، ولكن على العموم هناك تقدم في التحول الديمغرافي في الجزائر مقارنة بدول إفريقيا.

المطلب الثاني: المؤشرات المرتبطة بتعزيز الصحة العامة للسكان في الجزائر

هناك عدة مؤشرات تنطوي تحت هذا المؤشر من اهمها:

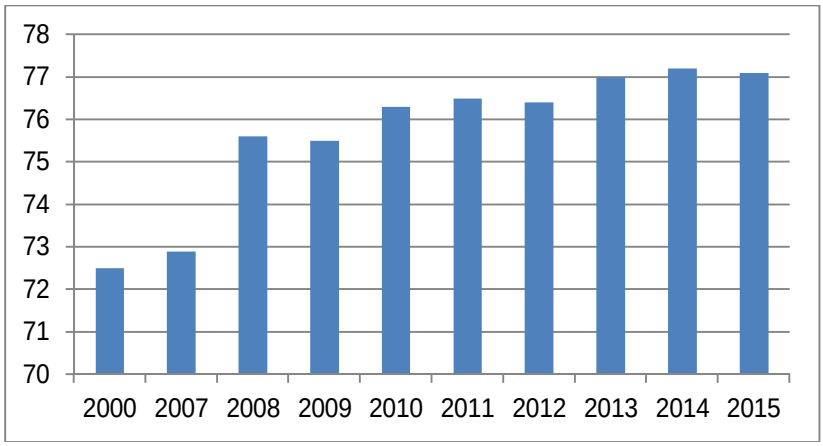
أولا: **العمر المتوقع عند الولادة:**

يمكن التعبير عن العمر المتوقع عند الولادة بمتوسط العمر المرتقب، ويعتبر هذا المؤشر ذا خصوصية لأنه مرتبط ببقاء الإنسان على قيد الحياة وتكمن أهمية هذا المتغير في الاعتقاد العام أن الحياة الطويلة هي قيمة حد ذاتها، وفي أن العديد من الفوائد تغير المباشرة (مثل التغذية الكافية والصحة الجيدة) ترتبط ارتباطا وثيقا بارتفاع العمر عند الولادة، وهذا الارتباط يجعل العمر المرتقب أحد المؤشرات الصحية الهامة للرفع من معدلات التنمية البشرية.

ملاحظة: حدد العمر المتوقع عند الميلاد ما بين [25 عاما و85 عاما].

[1]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، تقرير حول مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، ص: 36.

الشكل رقم (2-23): تطور العمر المتوقع عند الميلاد إجمالي (بالسنوات)



المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا الجزائر 2015، المديرية التقنية المكلفة بالإحصاء والسكان، مرجع سبق ذكره، ص: 14.

من الشكل أعلاه نلاحظ تحسن كبير جدا في تطور العمر المتوقع عند الميلاد، فمن 72.5 سنة 2000 انتقل إلى 76.3 سنة 2010 إلى 77.1 سنة 2015، وهذا المعدل مقبول جدا لأنه قارب القيمة القصوى للعمر المتوقع عند الميلاد ألا وهو 85 عاما.

وحتى تتضح الصورة أكثر سنفصل في تطور معدلات احتمال العمر المتوقع للسكان حسب الفئات العمرية المهمة في محطات عمر الإنسان وهذا من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (2-20): تطور احتمال العمر المتوقع للسكان حسب الأعمار (1990-2015)

السنوات / الأعمار	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0 سنة	66.9	72.5	74.6	76.3	76.5	76.4	77.0	77.2	77.1
01 سنة	69.9	74.2	75.9	77.1	77.3	77.2	77.8	77.9	77.8
10 سنوات	62.0	65.9	67.5	68.6	68.7	68.6	69.2	69.3	69.2
20 سنة	52.6	56.3	57.8	58.9	59.0	58.9	59.5	59.6	59.5
40 سنة	34.0	37.6	38.9	39.8	39.9	39.9	40.4	40.5	40.5
60 سنة	16.4	20.0	21.2	21.9	22.0	22.0	22.5	22.6	22.4
75 سنة	5.5	9.0	10.2	10.6	10.7	10.7	11.1	11.2	11.1

المصدر: مديرية السكان، ديمغرافيا الجزائر 2015، ص: 7.

نلاحظ أن الجزائر قطعت أشواطا مهمة في الرفع من هذا المؤشر الذي له تأثير مباشر على معدلات الصحة بصفة خاصة، ومعدلات التنمية البشرية بصفة عامة، فمعدل العمر المتوقع عند الميلاد (0 سنة) انتقل من 66.9 سنة لعام 1990 إلى 77.1 سنة لعام 2015، أما فئة الأعمار 1 سنة، 10 سنوات، 20، 40، 60 سنة تضاعف فيها العمر المتوقع من 69.9 سنة، 62 سنة، 52.6، 34، 16.4 لعام 1990 على التوالي إلى

77.8، 69.2، 59.5، 40.5، 22.4 لعام 2015، أما متوسط العمر المتوقع لفئة العمر 75 سنة تضاعفت من 5.5 سنة إلى 11.1 سنة لعام 2015، وهذه السنوات المكتسبة جاءت نتيجة:

- تحسن الوضع الصحي بصفة عامة.
- تطور الإجراءات الوقائية.
- الإقلاع أو التقليل من بعض السلوكيات والمخاطر المحدقة بالصحة (كالكحول، المخدرات...إلخ) بالنسبة للفئة العمرية من 10سنوات فأكثر.

تحسن صحة الأم نتيجة التغذية الكافية وذات النوعية الجيدة مما ضاعف من متوسط العمر المتوقع عند الميلاد للفئة (0 سنة). وساعد على تطور معدلات احتمال البقاء على قيد الحياة الذي يعد المؤشر المهم الذي تقاس به الصحة من خلال مجموعة من المؤشرات التي لها ارتباط وثيق ومباشر يؤثر في انخفاض أو ارتفاع هذا المؤشر، يمكن عرضها كالتالي:

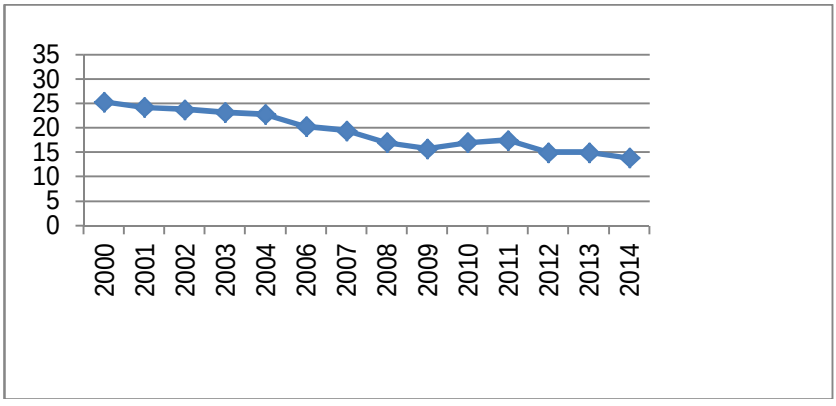
1-مؤشر الوفيات:

هناك عدة نقاط يتكون منها هذا المؤشر أهمها:

أ- المواليد أموات:

تناقصت نسبة المواليد أموات لكل 1000 ولادة، إذ أثر هذا على معدل احتمال البقاء على قيد الحياة الذي كام 72.5 سنة، ففي سنة 2000 في 1000 ولادة توفي 25.40% منها لتتناقص أكثر وتصبح 19.46% لكل 1000 ولادة حية مما أدى إلى الرفع من معدل البقاء على قيد الحياة الذي وصل إلى 75.5 سنة ليرتفع هذا الأخير ويصبح 77.1 سنة في عام 2015، وهذا نظرا لأن في 1000 ولادة أصبح يتوفى فيها 13.9% بعدما كان 25.40% في عام 2000. وهذا ما يظهره الشكل التالي:

الشكل رقم (2-24): تطور عدد حالات المواليد أموات لكل 1000 ولادة



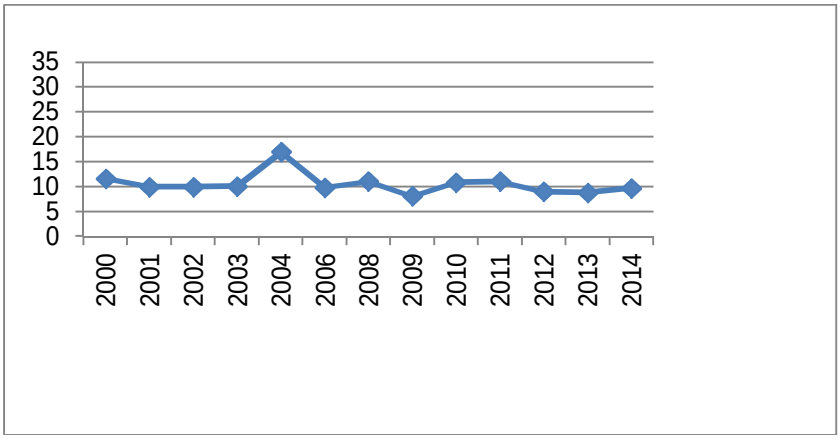
المصدر: مديرية السكان، الوضعية الديمغرافية والصحية بالجزائر، جويلية 2016، ص: 28.

وتجدر الإشارة أن الولايات التي تكثر فيها هذه الحالة (المواليد أموات) هي ولاية الجزائر العاصمة، فمثلا لو أخذنا على سبيل المثال سنة 2015 عدد حالات الزواج قدرت بـ31047 حالة قابلها 1232 حالة مواليد أموات، ثم ولاية سطيف بـ867 حالة، مقابل 17162 حالة زواج، فولاية الحلفة، وهران، قسنطينة، مسيلة، مدية، ورقلة، مستغانم، فهذه الولايات بلغت الذروة بمعدل 400 حالة مواليد أموات، ويرجع السبب إلى كثرة عدد حالات الزواج، أما الولايات التي تقل فيها هذه الحالة هي أدرار بـ2 حالة مقابل 4154 حالة زواج، وولاية تندوف وغرداية بـ5 حالات. [انظر الملحق رقم (02)] تقسيم الولادات الحية والمواليد أموات حسب الجنس.

ب- وفيات الرضع:

بلغت نسبة وفيات الرضع لكل 1000 ولادة حية 11.58% وفاة في عام 2000، كذلك كان لها تأثير على المؤشر الرئيسي لقياس مؤشر الصحة ألا وهو العمر المرتقب الذي بلغ 72.5 سنة لتنخفض نسبة الوفيات إلى 9.66% لسنة 2014 لكل 1000 ولادة حية، مما زاد من العمر المرتقب إلى 77.1%، وهذا كما يوضحه الشكل التالي:

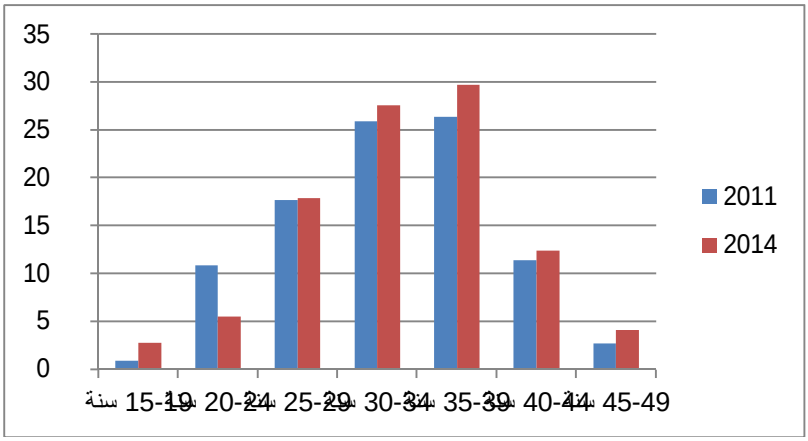
الشكل رقم (2-25): تطور نسبة الوفيات الرضع لكل 1000 ولادة حية



المصدر: مديرية السكان، مصدر سبق ذكره، ص: 29.

ج- وفيات الأمهات:

الشكل رقم (2-26): توزيع وفيات الأمهات حسب العمر (%)



المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص: 108.

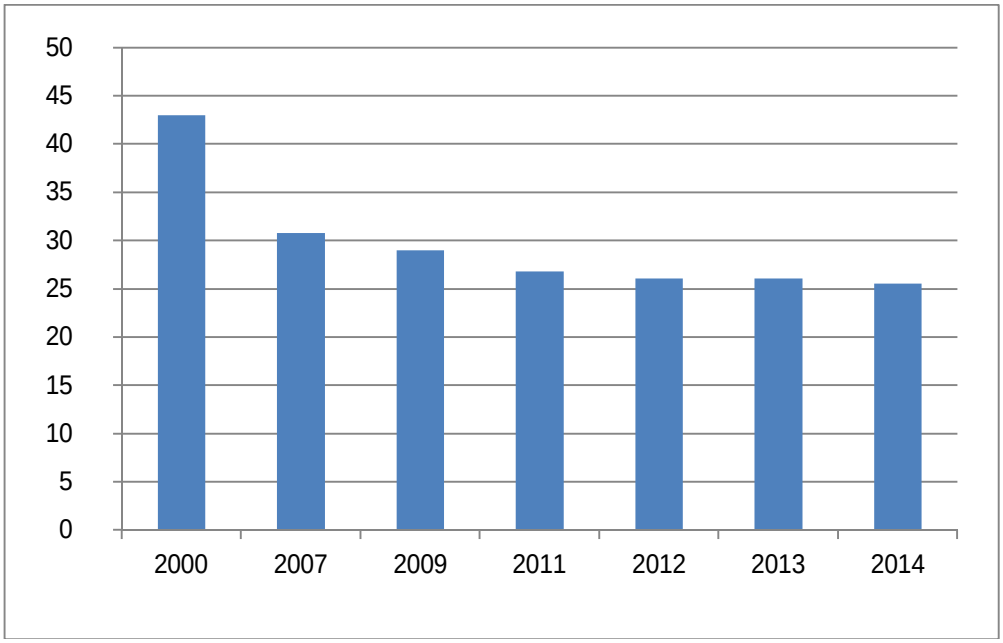
نلاحظ من الشكل أعلاه أن وفيات الأمهات للفئة العمرية من 15 إلى 29 سنة لعام 2014 كان مقبولا إذا ما قارناه بالفئة العمرية [30-39 سنة]، فبالنسبة للفئة [15-29 سنة] كان 2.8% و17.9%، أما بالنسبة للفئة [30-39 سنة] فقدرت النسبة من 25.9% إلى 92.7% وهي نسبة تؤشر على معدل العمر المتوقع.

د- وفيات الأطفال:

بلغ معدل وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات كما يظهره الشكل أدناه 43 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في سنة 2000، لتتناقص إلى 30.8 حالة في 2007، ثم لتتراجع إلى 26 حالة لسنوات 2011، 2012، 2013 على التوالي، لتصبح 25.6 حالة وفاة في عام 2014.

وعلى هذا الأساس نستطيع القول أن معدل الوفيات بين الأطفال دون سن 5 سنوات هو في تحسن مستمر، وهذا يدل على التحسن الملحوظ في البيئة العامة للطفا بعد ولادته، ضف إلى ذلك أن هذا المؤشر بدوره يؤثر تأثيرا إيجابيا على معدل العمر المرتقب.

الشكل رقم (2-27): معدل وفيات الأطفال دون 5سنوات لكل 1000 ولادة

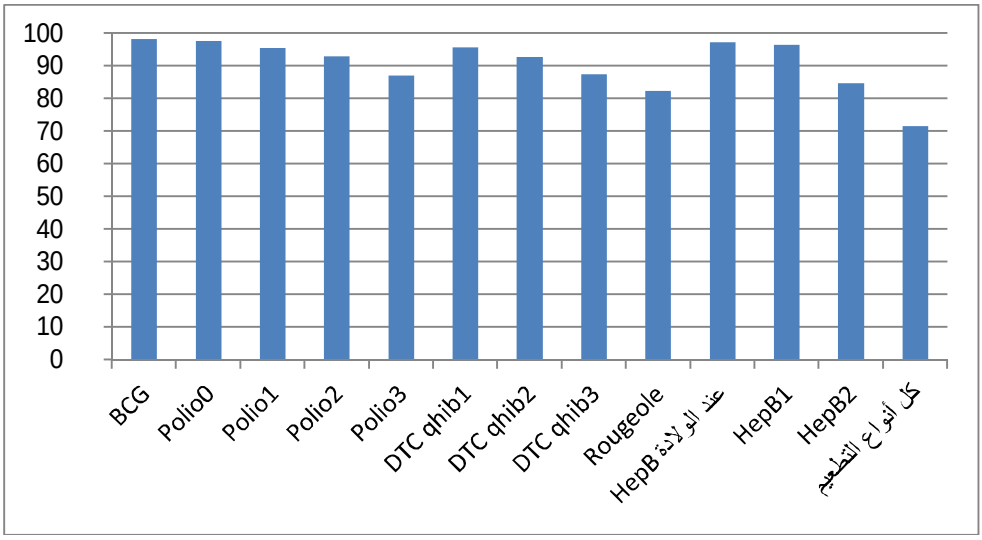


المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص: 110.

ودائما واستنادا على المصدر السابق وحسب المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، فإن الأسباب التي أدت إلى انخفاض معدل وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات، وتصنيف الجزائر ضمن مجموعة من البلدان الأحسن من حيث التغذية، الرضاعة الطبيعية إذ سجلت المنطقة الشرقية معدلات أعلى بالمقارنة مع المناطق الأخرى من البلاد بنسبة تقدر ب38% من الأطفال دون سن ستة أشهر رضعوا رضاعة طبيعية، تليها المنطقة الجنوبية ب26%، ثم المرتفعات ب11%.

أضف إلى ذلك التغطية بالتطعيم الكاملة للأطفال التي تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهرا وهذا كما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (2-28): نسبة التغطية بالتطعيم للفئة العمرية من 12 إلى 23 شهرا لكل أنواع اللقاح على حدا



المصدر: تقرير مشترك بين وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لحقوق الطفل، بعنوان: وضعية الأمومة والطفولة بالجزائر 2015، ص: 84.

هذا الشكل أعلاه يوضح نسبة التغطية بالتطعيم الكاملة للأطفال إذ بلغت نسبة التطعيم لكل الولادات الحية على المستوى الوطني من لقاح BCG الذي يكون مباشرة عند الولادة 98.3% ولقاح Antirougeoleux بلغت نسبته 82.5% والذي يعطى عمد الشهر التاسع.

وحسب هذا التقرير المشترك فإن نسبة التغطية بالتطعيم الكاملة لأطفال الفئة العمرية 12-23 شهرا قدرت بـ83% في عام 2012 وبالنسبة للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 شهرا قدرت بـ66% في الهضاب العليا مقابل 89% في شمال شرق البلاد.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن مؤشر الوفيات بصفة عامة انخفض من 6.03% في سنة 1990 إلى 4.57% في 2015 جراء المعطيات الإيجابية السابقة الذكر، وهذا ما يخدم الصحة ويرفع من معدلات التنمية البشرية.

2- مؤشر الولادات:

قدر عدد الولادات بـ589000 ولادة حية في سنة 2000 بنسبة قدرت بـ19.36% وهذا كما يوضحه الجدول أدناه، ليرتفع العدد إلى 783000 حالة ولادة حية في 2007 بنسبة قدرت بـ22.98%، ثم لتنتقل إلى 26.03% لـ1040000 ولادة حية لعام 2015، وهو ما يعادل 2800 ولادة حية في اليوم وهي السنة الثانية التي تجتاز فيها حجم الولادات عتبة المليون بعد سنة 2014، وهو مؤشر إيجابي يرفع من مؤشر الصحة الذي بدوره يرفع معدلات التنمية البشرية.

3- مؤشرات عوامل الخطر:

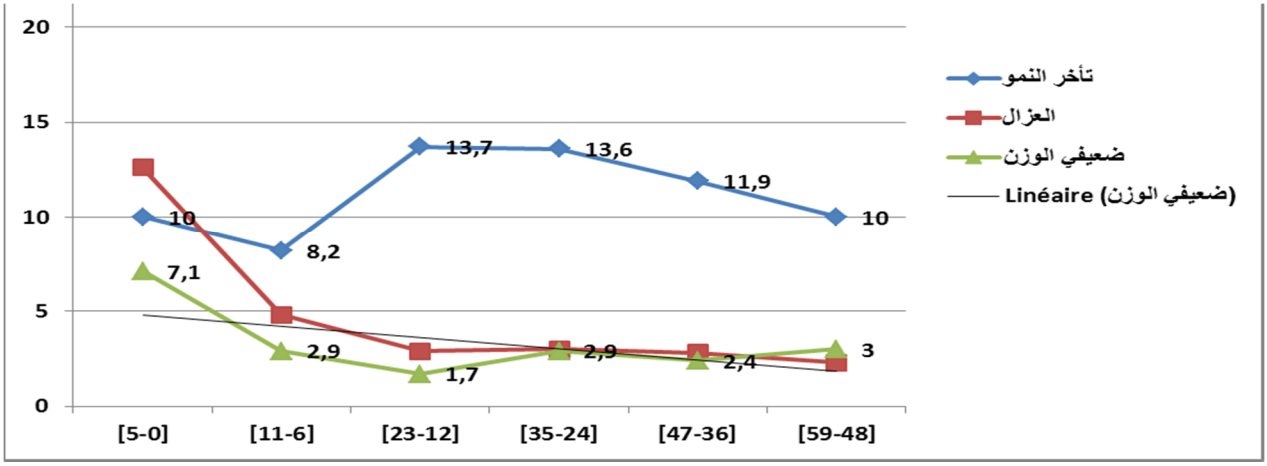
يحتوي هذا المؤشر على عدة مؤشرات سنقتصر على أهمها (انظر الملحق رقم () تقرير التنمية البشرية 2013).

أ- التغذية:

للتغذية ثلاث مؤشرات رئيسية وهي (الهزال، التأخر في النمو، نقص الوزن) تقاس بها.

وفيما يلي سوف نناقش هذه العناصر الثلاثة في الجزائر للفترة 2012-2013 حسب ما توفر لدينا من معطيات (إحصائيات 2015).

الشكل رقم (2-29): وضعية التغذية عند الأطفال أقل من 5 سنوات



المصدر: التقرير المشترك بين وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية، منظمة حقوق الإنسان، مرجع سبق ذكره، ص: 64.

من الشكل أعلاه نلاحظ أن الفئة العمرية [5-0] أشهر تحتوي على نسبة كبيرة من ضعيفي الوزن إذ تقدر بـ7.1%، أما الفئة العمرية [23-12] شهرا فهي الأفضل من حيث الوزن، إذ تقدر مسبة ناقصي الوزن فيها بـ1.7% من 13860 طفل أقل من 5 سنوات أجريت عليه الدراسة، وهذا راجع لتحسن نوعية التغذية، أما بالنسبة للمؤشر الثاني تأخر النمو فالفئة العمرية من [11-0] و[59-48] شهرا لا تعاني من تأخر النمو، إذ تقدر نسب التأخر بـ10% فقط، على غرار الفئة العمرية [35-12]شهرا، تكثر فيها نسب التأخر في النمو بمتوسط 13%، في حين نجد المؤشر الثالث ألا وهو الهزال، نجد أن الفئة العمرية [5-0] أشهر تكثر فيها النسبة بـ12.6% وتقل النسبة للفئة [59-48] شهرا بنسبة قدرها 2.3% وهذا نظرا لتحسن نوعية التغذية بصفة خاصة والتنمية الصحية بصفة عامة، وهذا كذلك مؤشر إيجابي يرفع من معدل العمر المرتقب وهذا الأخير بدوره يرفع معدلات التنمية البشرية.

ب- الأمراض:

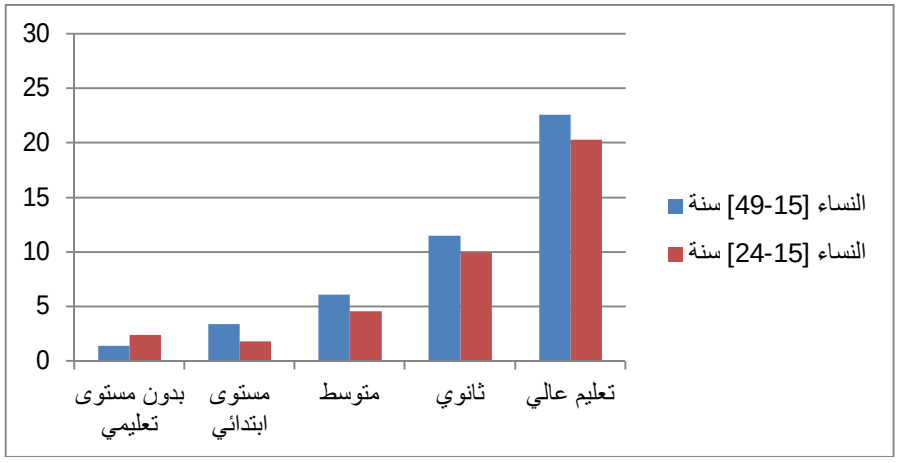
الأمراض بمختلف أنواعها المعدية وغير المعدية لها تأثير كبير على الوفيات بصفة عامة، ووفيات الأمهات بصفة خاصة، هذه الأخيرة هي التي تؤثر على معدلات العمر المرتقب (مؤشر قياس الصحة) الذي بدوره يؤثر على معدلات التنمية البشرية، لذا سنناقش هذه الأمراض ونسبها عند المرأة.

- **السيدا:**

ينتشر هذا المرض عند الفئة العمرية [15-49] سنة التي ليس لها مستوى تعليمي بنسبة 2.4% و1.4% للفئة [15-24] سنة، لأن ليس لها دراية عن كيفية انتقال هذا المرض، ويقل عند الذين لديهم مستوى تعليمي عالي (جامعي)، للفئة العمرية [15-49] سنة و[15-24] سنة بنسب 22.6% و20.3% على التوالي لأن لديهم دراية وثقافة على كيفية انتقال المرض، وكذا يقل المرض لدى الفئة التي لديها مستوى تعليمي (ثانوي ومتوسط) للفئة العمرية [15-49] سنة و[15-24] سنة بنسب [11.5% و10%] و[6.1% و4.6%] على التوالي.

وعليه نستطيع القول أن الفئة [15-49 سنة] هي الأكثر وعيا، وهذا مؤشر آخر إيجابي يرفع العمر المرتقب ومعدلات التنمية البشرية.

الشكل رقم (2-30): نسبة النساء الذين لديهم ثقافة معمقة على كيفية انتقال مرض السيدا حسب المستوى التعليمي (2012-2013)



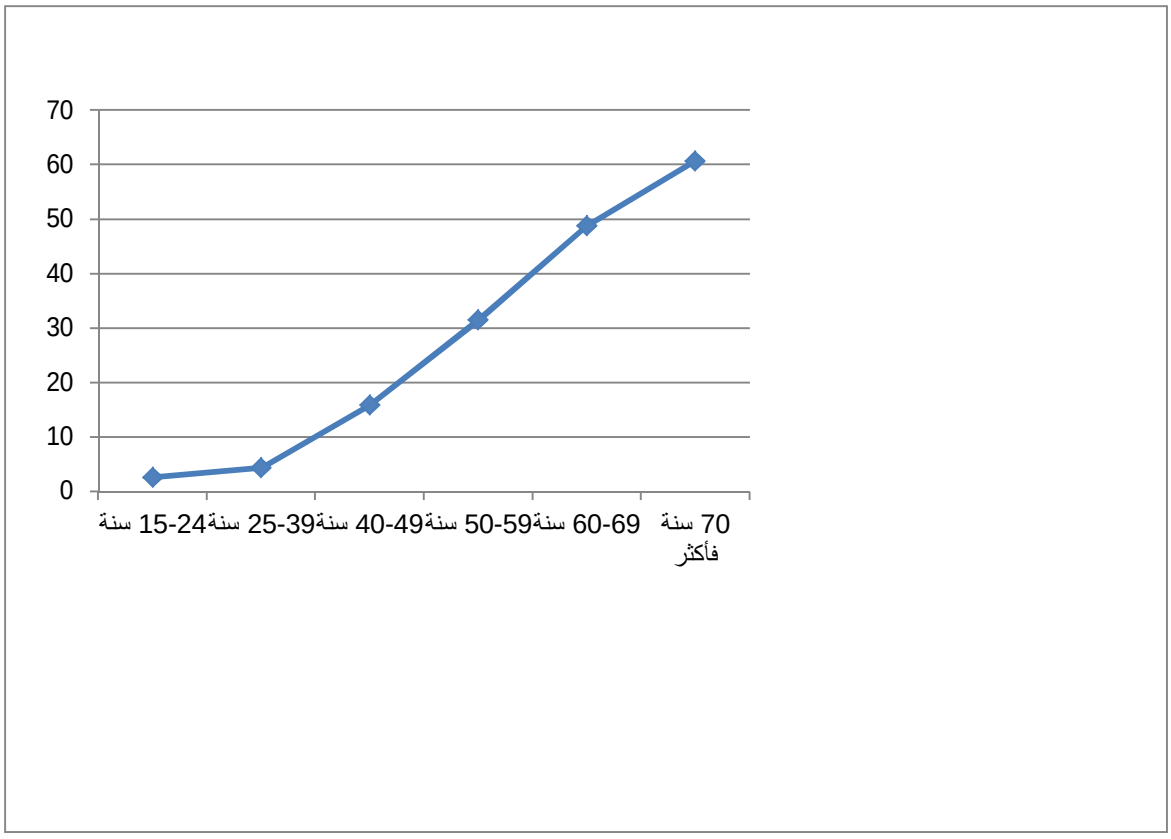
المصدر: التقرير المشترك بين وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لحقوق الطفل، مرجع سبق ذكره، ص: 206.

- **الأمراض المزمنة:**

سنعرض نسبة تطور الأمراض المزمنة مجتمعة (أمراض القلب، مرض السكري، الربو، السرطان، ضغط الدم الشرياني....) وهذا حسب ما توفر لدينا من إحصائيات أخيرة أعدها التقرير المشترك في جويلية 2015.

الأمراض المزمنة مجتمعة تصيب متقدمي السن، إذ سجل التقرير المشترك أن الفئة العمرية [50-59] سنة، [60-69] سنة، 70 سنة فأكثر هي الأكثر عرضة للأمراض المزمنة وقدرت نسب الإصابة بـ31.5%، 48.8%، 60.7% على التوالي وهذا لأسباب منها مكان الإقامة، الفقر، المشاكل العائلية...إلخ والفئة العمرية [15-24] سنة، [25-29] سنة، [40-49] سنة هي أقل حدة بنسب متفاوتة 2.6%، 4.4% و15.9%، وهي نسب جد مقبولة، لأنها تمثل فترة الإنجاب، وهي مؤشر إيجابي يرفع من معدل العمر المتوقع، ويزيد في معدلات التنمية البشرية.

الشكل رقم (2-31): تطور نسب الأمراض المزمنة مجتمعة حسب الفئات العمرية



المصدر: التقرير المشترك بين وزارة الصحة، مصدر سبق ذكره، ص: 230.

المطلب الثالث: الموارد البشرية والمنشآت القاعدية الصحية.

سنتطرق إلى المؤشر القوى العاملة الصحية الذي يضم عدة عناصر من أهمها الطاقم الطبي، ثم يتناول مؤشر التغطية الصحية لعدد الأطباء مقارنة بعدد السكان، وكذا مؤشر عدد الأسّرة، ونورد مؤشر المنشآت القاعدية الصحية العمومية، ثم نبين انعكاسات مؤشر الصحة على التنمية البشرية في الجزائر.

أولا: مؤشر القوى العاملة الصحية

1- الطاقم الطبي: سنتناول من خلال الجدول أدناه تطور عدد الأطباء سواء الخواص أو الأطباء العامون.

الجدول رقم (2-21): تطور عدد الأطباء العامون والخواص غلى المستوى الوطني حسب التخصص (2000-2014)

البيان / السنوات	الأطباء المتخصصين		العامون		أطباء الأسنان		الأطباء الصيادلة		المجموع	
	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص
2000	4175	4522	11381	5803	4665	3346	216	4587	20437	18258
2001	4315	4861	11686	5915	4626	3580	185	4778	20812	19134
2002	4523	5216	11984	6185	4647	3747	189	4995	21343	20143
2003	4639	5238	12209	6226	4639	3804	187	5502	21694	20770
2004	4796	5606	12427	6376	4659	3987	206	5860	22088	21829
2006	5535	5913	13440	6576	4742	4728	232	7009	22981	24226
2008	6901	6645	19197	6548	5888	4803	507	7513	32493	25509
2009	7590	7032	19197	6598	6158	5017	622	7882	33567	26529
2010	8284	7491	20667	6764	6491	5223	624	8764	36066	28242
2011	9457	7650	22140	6860	6737	5396	624	8764	38958	28670
2012	10442	8864	23516	6458	7035	5441	1000	9177	41993	29940
2013	11576	9439	24037	6482	7251	5587	1024	9520	43888	31018
2014	12399	10116	24318	6654	6944	5928	1253	9794	44914	32492

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الدراسات والتخطيط، جانفي 2016.

من الجدول أعلاه نلاحظ أن عدد الأطباء المتخصصين بلغ 8697 طبيب، كان فيها عدد الأطباء العامون يساوي تقريبا عدد الأطباء المتخصصين لسنة 2000 ثم انتقل إلى 22515 طبيب لسنة 2014، أي بزيادة قدرها 13818 طبيب بمعدل 1000 طبيب لكل سنة، أما الأطباء العامون قدر عددهم سنة 2014 بـ30972 طبيب بعدما كانوا 17184 في عام 2000 وهو عدد يمثل تقريبا نصف الأطباء في سنة 2014، أما أطباء الأسنان فقدر عددهم 12872 طبيب في عام 2014 مقابل 8011 طبيب في سنة 2000 وهو رقم لا بأس به، في حين نجد أن الصيادلة بلغ عددهم 4803 طبيب في سنة 2000 لكن قفز إلى 11047 صيدلي في عام 2014.

ومن خلال التحليل السابق نستنتج أن عدد الأطباء عرف تطورا ملحوظا، إذ انتقل من 38695 طبيب (عام، خاص، صيدلي، أسنان) في عام 2000 إلى 77406 طبيب (عام، خاص، صيدلي، أسنان)، إذ تضاعف بـ38711 طبيب وهو نصف عدد أطباء 2014 وهذا إن دل على شيء إنما يدل على سياسة الدولة

في التوجه نحو تحسين المستوى الصحي من خلال مجانية العلاج بدليل أن عدد الأطباء العامين بلغ 44914 طبيب عام مقابل 32492 طبيب خاص وهذا مؤشر إيجابي يساعد على رفع معدل التنمية البشرية.

2- مؤشر التغطية الصحية لعدد الأطباء مقارنة بعدد سكان الجزائر:

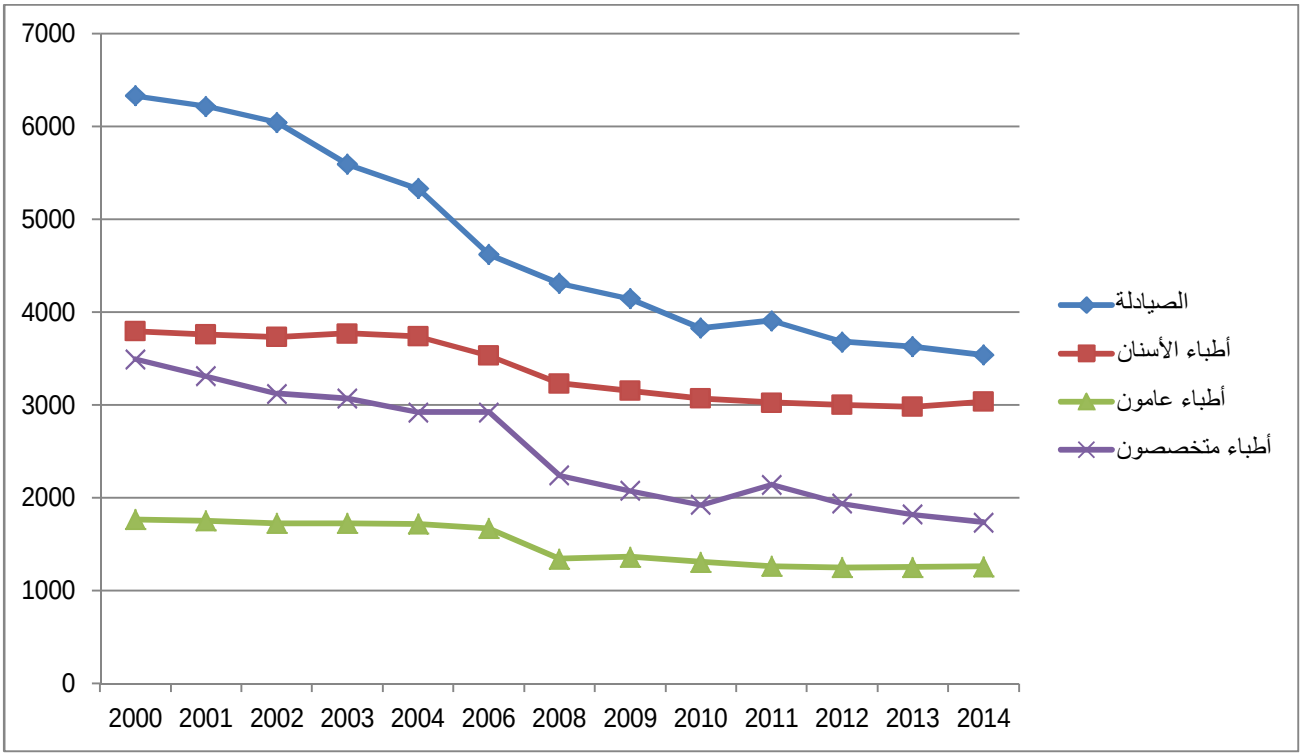
الجدول رقم (2-22): تطور نسبة التغطية الصحية (2000-2015)

البيان / السنوات	عدد سكان الجزائر	التغطية الصحية مقارنة بعدد السكان				
		أ. مختصون	أ. عامون	أ. أسنان	صيادلة	المجموع
2000	30416	3497	1770	3797	6333	786
2001	30879	3315	1754	3763	6222	773
2002	31357	3123	1726	3736	6049	756
2003	31848	3073	1728	3772	5598	750
2004	32364	2924	1721	3743	5335	737
2006	33481	2925	1673	3535	4624	709
2008	34591	2245	1344	3236	4313	596
2009	35268	2080	1367	3156	4147	587
2010	35978	1928	1312	3071	3832	559
2011	36717	2146	1266	3026	3911	543
2012	37495	1942	1251	3005	3684	521
2013	38297	1823	1255	2983	3632	511
2014	39114	1737	1263	3039	3541	505

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الموارد البشرية، جويلية 2016، ص: 18.

يمكن تحليل الجدول أعلاه من خلال دراسة مؤشر التغطية بعدد الأطباء مقارنة بعدد السكان.

الشكل رقم (2-32): تطور نسبة التغطية بعدد الأطباء (طبيب لكل ساكن)



المصدر: مديرية الموارد البشرية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ص: 18.

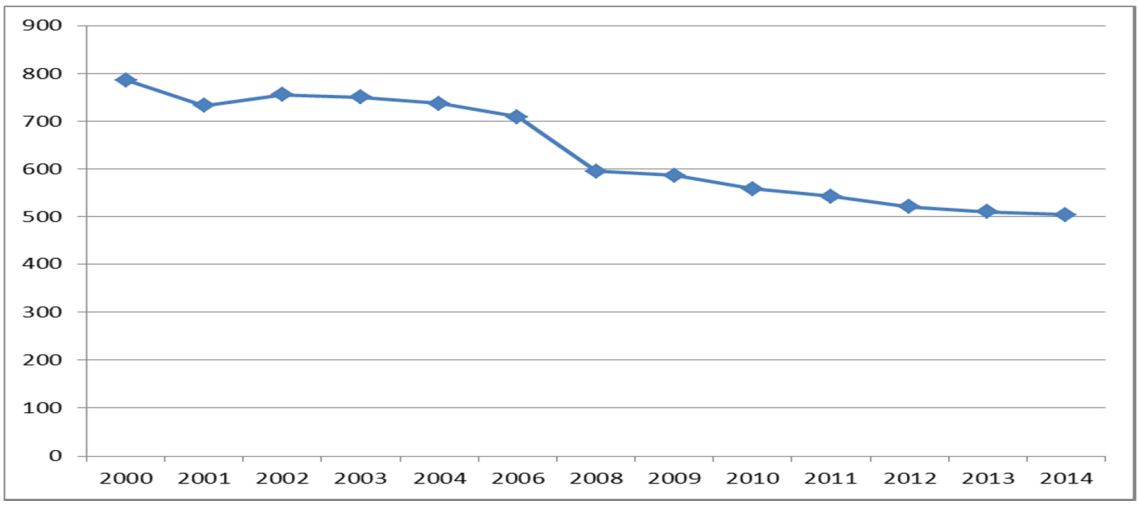
من الشكل أعلاه نلاحظ أن هناك طبيب متخصص لكل 3497 ساكن في سنة 2000، وهو رقم يبدو كبير، يدل على أن التغطية الصحية وتوزيع الأطباء كان ضعيفا مقارنة مع سنة 2010 مثلا إلى طبيب متخصص لكل 1928 ساكن لينتقل إلى 1737 طبيب في سنة 2014، وهذا مؤشر إيجابي من بين المؤشرات التي وضعتها منظمة الصحة العالمية (عدد الأطباء والكثافة لكل سنة)[1]. [انظر الملحق رقم (02)].

أما بالنسبة للأطباء العامون، فسجل عام 2000 طبيب عام لكل 1770 ساكن، لينتقل إلى 1263 في سنة 2014 وهذا رقم مقبول جدا، في حين نجد أن هناك طبيب أسنان لكل 3797 ساكن في عام 2000، لينخفض إلى 3039 في سنة 2014 وهذا مؤشر مقبول إلى حد ما.

أما الصيادلة فسجلت سنة 2000 صيدلي لكل 6333 ساكن لينخفض إلى النصف صيدلي لكل 3541 في سنة 2014 وهو مؤشر مقبول، وفيما يلي سندرس تطور مؤشر التغطية الصحية لعدد الأطباء (عامون، متخصصون، صيادلة، أطباء أسنان) مجتمعون كما يوضحه الشكل الموالي:

[1]- تقرير التنمية البشرية 2013.

الشكل رقم (2-33): تطور نسبة التغطية الطبية (طبيب ممارس لكل عدد من السكان)



المصدر: مديرية الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص: 18.

نلاحظ من الشكل أعلاه تطور نسبة التغطية الصحية، فكان هناك طبيب ممارس لكل 786 ساكن في سنة 2000 وبقي هذا الرقم مرتفعا إلى غاية عام 2006 بطبيب ممارس لكل 709 ساكن، وهو مؤشر يدل على أن التغطية الطبية كانت ضعيفة، إلا أنه بداية من 2008 أصبح طبيب ممارس لكل 596 ساكن، وتحسن أكثر وأصبح طبيب ممارس لكل 505 ساكن في سنة 2014 وهو مؤشر يدل على تطور وتحسن التغطية الطبية.

3- مؤشر عدد الأَسِرَّة: يتناوله الجدول التالي

الجدول رقم (2-23): تطور عدد الأَسِرَّة في القطاع الاستشفائي العمومي

البيان / السنوات	مستشفى عمومي	مؤسسات استشفائية جامعية	مركز استشفاء جامعي	مؤسسات استشفائية مختصة	مؤسسة استشفائية خاصة بالأمومة والطفولة	المجموع
2000	34808	0	13087	6416	-	54311
2001	33934	0	13465	6261	-	53660
2002	34056	0	13236	5960	-	53252
2003	34228	0	13465	6046	-	53739
2004	37281	0	13263	6222	-	56766
2005	33837	740	13837	6046	-	54460
2006	33977	740	12697	7306	142	54862
2008	33716	600	12815	9932	2115	59178
2009	33665	608	13042	10475	2892	60682

2010	35218	679	12501	10824	2989	62211
2011	34724	709	12881	10816	2896	62026
2012	34705	759	12312	10863	3249	61888
2013	36065	764	12500	11298	3486	64113
2014	36752	806	13668	11499	3558	66283

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الموارد البشرية، جويلية 2016، ص: 24.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن عدد الأسرة في القطاع العمومي الاستشفائي قدر بـ35411 في سنة 2000 ثم انتقل إلى 54460 سرير في عام 2005، لتواصل الارتفاع لتصل إلى 45862، ثم لتقفز إلى 66283 سرير، وهو مؤشر إيجابي يساعد على الرفع من معدلات التنمية البشرية.

ثانيا: المنشآت القاعدية الصحية العمومية

وتنقسم حسب الصنف إلى:

1- المنشآت الاستشفائية العمومية:

بلغ عددها في عام 2000، 267 مؤسسة استشفائية موزعة حسب الصنف كما يظهره الجدول أدناه، (مستشفى عمومي، مركز استشفاء جامعي، مؤسسات استشفائية متخصصة، مؤسسات استشفائية خاصة بالأمومة والطفولة) ليرتفع عددها بالغا 278 مؤسسة استشفائية موزعة على حسب الصنف في 2005، لتواصل الارتفاع إذ وصلت إلى 316 مؤسسة استشفائية في 2014، وهذا حسب ما يوضحه الجدول رقم (2-24).

الجدول رقم (2-24): تطور عدد المؤسسات الاستشفائية حسب الصنف (2000-2015)

البيان / السنوات	مستشفى عمومي	مؤسسات استشفائية جامعية	مركز استشفاء جامعي	مؤسسات استشفائية متخصصة	استشفائية خاصة بالأمومة	المجموع
2000	224	0	12	31	0	267
2001	230	0	12	32	0	274
2002	227	0	13	32	0	271
2003	230	0	13	32	0	275
2004	231	1	13	32	0	276
2005	232	1	13	32	0	277
2006	234	1	13	36	1	285
2007	240	1	13	54	0	308
2008	194	1	13	57	19	284
2009	197	1	13	61	23	295

2010	198	1	13	64	24	300
2011	196	1	14	63	24	298
2012	197	1	14	66	27	305
2013	199	1	14	68	28	310
2014	201	1	14	71	29	316

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مرجع سبق ذكره، جويلية 2016، ص: 22.

2- المؤسسات العمومية الجوارية متعددة الخدمات:

بلغ عددها 5819 مؤسسة عمومية جوارية في سنة 2000، لينتقل إلى 7836 مؤسسة في سنة 2005، لتقفز إلى 9588 مؤسسة جوارية لعام 2014 وهو رقم مشجع جدا، موزعة حسب الصنف (عيادات متعددة الخدمات، مراكز صحية، قاعات العلاج، مراكز تصفية الدم، وحدات للصحة المدرسية، مخابر ولائية، مراكز لعلاج السيدا) وهذا كما يظهره الجدول التالي:

الجدول رقم (2-25): تطور عدد المؤسسات العمومية الجوارية حسب الصنف (2000-2014)

البيان / السنوات	عيادات متعددة الخدمات	مراكز صحية	قاعات علاج	مراكز تصفية الدم	وحدات الصحة المدرسية	عدد المخابر الولائية	مركز كشف السيدا	مركز الفحص الطوعي للسيدا	المجموع
2000	497	1252	3964	58	-	48	-	-	5819
2001	504	1268	4100	67	-	48	-	-	5987
2002	513	1281	4228	77	-	48	-	-	6147
2003	516	1285	4412	85	-	48	-	-	6346
2004	512	1275	4545	96	-	48	-	-	6476
2005	517	1277	4533	104	1327	48	7	-	7813
2006	524	1291	4533	109	1460	48	7	51	8023
2007	1477	338	5117	114	1485	48	8	54	8641
2009	1845	00	5258	-	1644	50	8	61	8866
2010	1491	00	5350	-	1709	50	-	-	8600
2011	1551	00	5491	115	1781	-	-	-	8938
2012	1601	00	5545	129	1737	-	10	60	9082

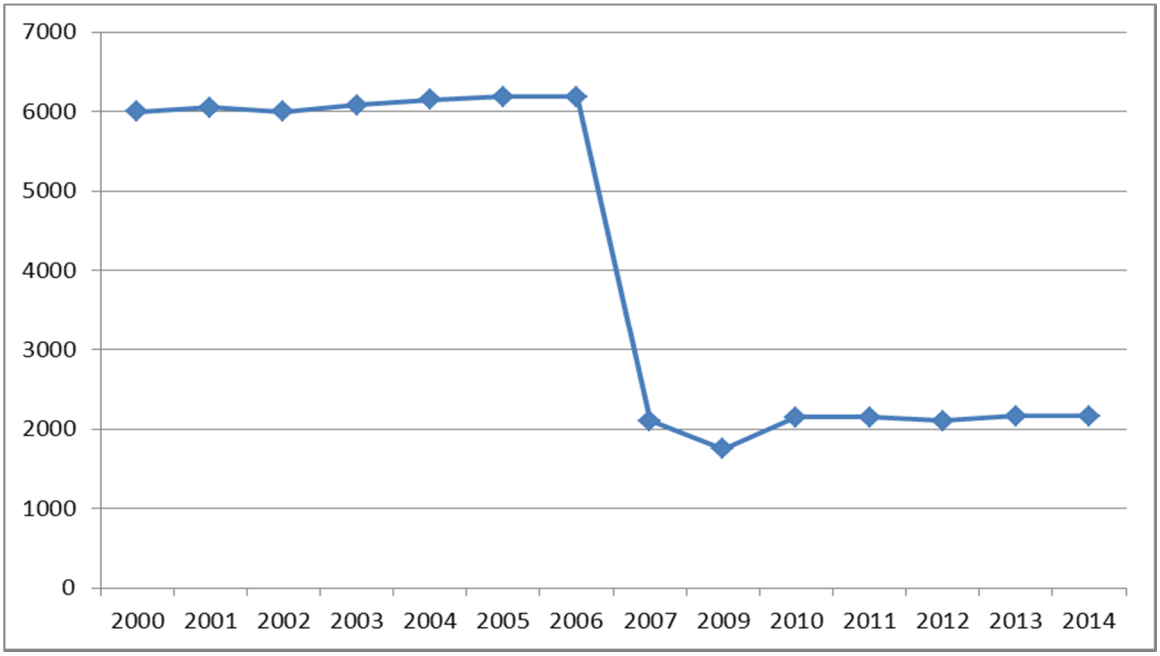
9265	-	-	50	1806	160	5634	00	1615	2013
9382	-	-	50	1806	163	5726	00	1637	2014

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جويلية 2016، مرجع سبق ذكره، ص: 22.

أ- مؤشر عدد السكان لكل عيادة جوارية متعددة الخدمات

من الشكل أدناه نلاحظ أنه بلغ عدد العيادات المتعددة الخدمات، عيادة واحدة لكل 60000 نسمة في سنة 2000، لينتقل إلى عيادة واحدة لكل 56000 نسمة في عام 2006، وهو مؤشر لا يخدم قطاع الصحة بصفة عامة، والمواطن بصفة خاصة، لكن مع البحبوحة المالية وعزم الدولة على تحسين قطاع الصحة، أصبحت عيادة واحدة لكل 20000 نسمة في عام 2007، لتنخفض أكثر وتصبح عيادة لكل 15000 نسمة في سنة 2009 ولتستقر في عيادة واحدة لكل 20000 نسمة لسنوات 2010، 2011، 2012، 2013، 2014، وهو مؤشر مقبول يخدم التنمية البشرية إذا ما قارناه مع عام 2000، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (2-34): عدد السكان لكل عيادة واحدة متعددة الخدمات

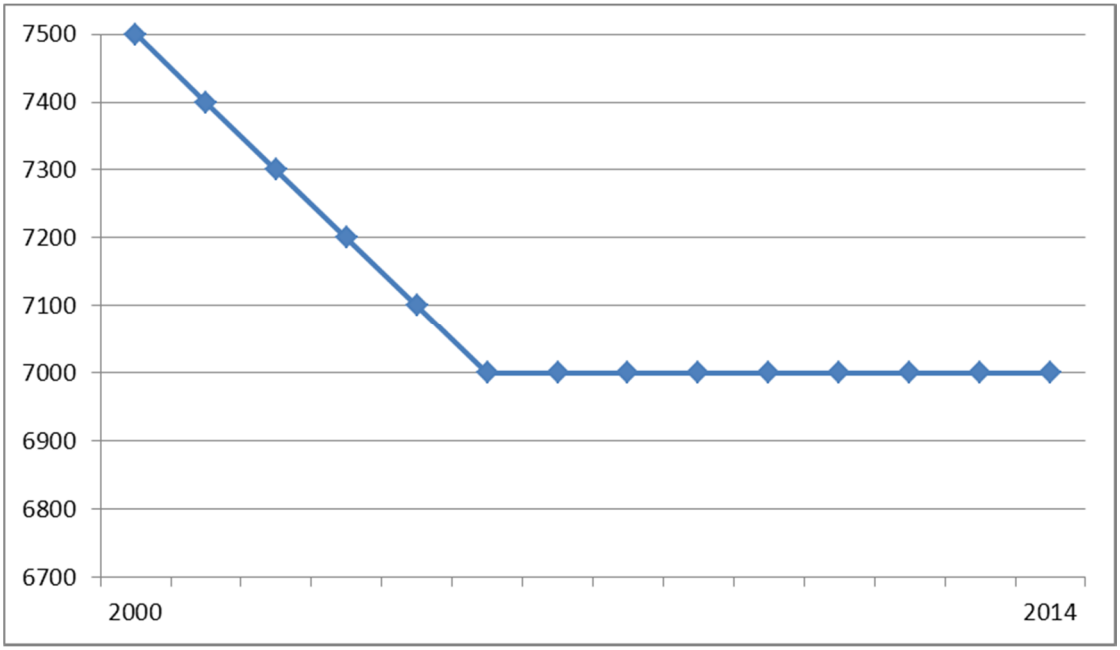


المصدر: وزاة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الدراسات والتخطيط، مرجع سبق ذكره، جويلية 2016، ص: 23.

ب- مؤشر عدد السكان لكل قاعة علاج:

من الشكل أدناه نلاحظ أنه بلغ عدد قاعات العلاج، قاعة واحدة لكل 7500 شخص في عام 2000، ثم انخفض إلى قاعة واحدة لكل 7000 شخص في سنة 2014، وهذا كما يوضحه الشكل الموالي:

الشكل رقم (2-35): عدد السكان لكل قاعة علاج



المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الدراسات والتخطيط، مرجع سبق ذكره، جويلية 2016، ص: 23.

3- المنشآت الصحية التابعة للقطاع الخاص:

بلغ عددها في سنة 2000، 4819 مؤسسة خاصة تتوزع حسب الصنف إلى (عيادات جراحية، عيادات طبية، مراكز تصفية الدم، وحدات للنقل الصحي، عيادات للفحص متخصصة، عيادات للفحص العام...) إذ نجد أن المؤسسات الاستشفائية العمومية قدر عددها بـ6086 مؤسسة في سنة 2000 وهي بذلك تتفوق على القطاع الخاص، أما في سنة 2014 فقد بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية الخاصة 30512 مؤسسة متفوقة في ذلك على المؤسسات العمومية التي قدر عددها بـ9904 مؤسسة لأن نسبة إنجاز المشاريع في القطاع العام تقلصت بسبب التشبع، إذ أن قطاع الصحة في الجزائر يحتوي على 9382 مؤسسة عمومية استشفائية تتفوق فيها في عدد المنشآت على القطاع الخاص الذي يضم 1806 مؤسسة استشفائية خاصة.

وهذا مؤشر إيجابي يدل على حرص الدولة على تقديم الرعاية الصحية، من خلال التغطية الصحية الشاملة والمتمثلة في العدد الهائل للمنشآت العمومية مقارنة بالقطاع الخاص وهذا مؤشر هو الآخر يرفع من معدلات التنمية البشرية.

ثالثا: انعكاسات مؤشر الصحة (مخرجاته) على التنمية البشرية

بعد تقييمنا لمؤشرات الصحة بشقيها، سواء مؤشر القوى العاملة والبنى التحتية الصحية أو المؤشرات المتعلقة بتعزيز الصحة العامة، والتي كانت في معظمها إيجابية، سنرى انعكاساتها على التنمية البشرية من خلال معدلاتها.

وبما أن مؤشر الصحة (الذي يقاس بمتوسط العمر المتوقع) هو أحد مكونات التنمية البشرية، نجد أنه كان العامل الذي دفع مؤشر التنمية البشرية إلى أعلى المستويات، وهذا من خلال ارتفاع مؤشر العمر المتوقع عند الولادة إلى أعلى المستويات، والذي فاق المؤشرين المكونين للتنمية البشرية ألا وهما مؤشر التعليم والدخل.

1- مؤشر العمر المتوقع عند الولادة:

إن عدد السنوات المكتسبة من سنة 2000-2015 قدرت بخمس سنوات، إذ انتقلت من 72.5 عاما إلى 77.1 عاما سنة 2015[1]، وهذا ما يوضحه الجدول أدناه:

الجدول رقم (2-26): تطور مؤشر العمر المتوقع

السنوات / البيان	2000	2005	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
العمر المتوقع عند الولادة	72.5	74.6	75.6	76.3	76.5	76.4	77	77.2	77.1
مؤشر العمر المتوقع عند الولادة	0.808	0.840	0.855	0.866	0.869	0.868	0.877	0.880	-

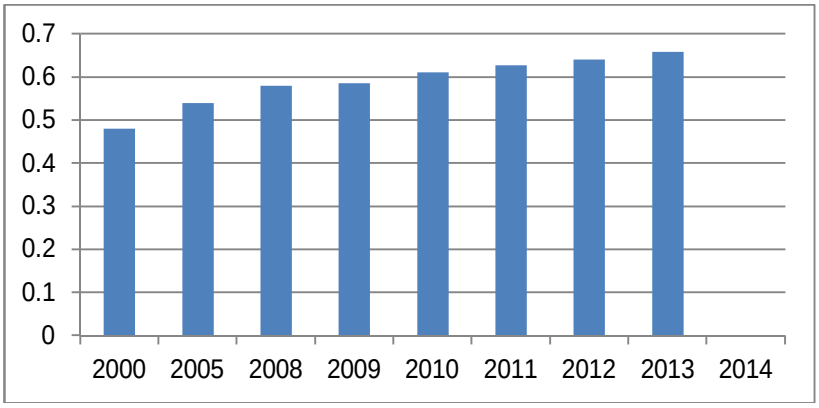
المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي على الموقع الإلكتروني www.un.org

2- مؤشر التعليم:

تطور مستوى مؤشر التعليم، إذ سجل في سنة 2000، 0.481 وانتقل إلى 0.612 في عام 2010 بزيادة قدرها 13.1% وهي نسبة جد مقبولة بزيادة سنوية قدرها 1.31%، لتقفز إلى 0.673 خلال سنة 2014 بزيادة سنوية قدرها 1.82، وهذا ما يمثله الجدول أدناه، وكما يظهره الشكل التالي:

[1]- الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا 2015، مرجع سبق ذكره، ص: 14.

الشكل رقم (2-36): تطور مؤشر التعليم



المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي على الموقع الإلكتروني www.un.org

3- مؤشر الدخل الوطني الإجمالي:

بلغ الدخل الوطني الإجمالي [14.300] دولار لكل ساكن خلال سنة 2015، مقابل [13771] دولار لكل ساكن خلال سنة 2014 وهذا بزيادة قدرها 529 دولار لكل ساكن، وهذا ما يمثله الجدول أدناه:

الجدول رقم (2-27): تطور الدخل الوطني الإجمالي لكل ساكن/تكافؤ القدرة الشرائية

السنوات / البيان	2000	2005	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الدخل الوطني الإجمالي/ساكن تكافؤ القدرة الشرائية	7824.4	10592.1	12125.6	12603.3	12871.8	13438.0	13301.3	13771.2	14300.00
مؤشر الدخل الوطني الإجمالي	0.808	0.840	0.855	0.866	0.869	0.868	0.877	0.880	-

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، والبنك الدولي 2016.

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن مؤشر العمر المرتقب قد فاق المؤشرين (مؤشر التعليم ومؤشر الدخل)، فمثلا بداية من سنة 2000 المؤشر سجل 0.808 ضعف ما سجله مؤشر التربية تقريبا بـ0.481، ومجتازا مؤشر الدخل بـ0.149 نقطة،، وفي عام 2010 سجل تفوقا قدره 0.254 نقطة و0.135 نقطة على مؤشر التعليم ومؤشر الدخل على التوالي، أما في عام 2014 فنفس الشيء أكد تفوقه على المؤشرين مؤشر التعليم ومؤشر الدخل بـ0.207 نقطة و0.036 على التوالي.

وهذا التفوق لمؤشر العمر المرتقب كل على مدار الخمسة عشر (15) سنة من (2000-2015) كما يوضحه الجدول رقم (2-26)، إذ كان له انعكاس جلي على مؤشر الدخل بصورة واضحة، لأن الفرد لما يكون

في صحة جيدة يستطيع إنتاج ساعات العمل، وكذا عدم التغيب للظروف الصحية، بدليل أن مؤشر الدخل قارب في كل السنوات (من 2000 إلى 2015) مؤشر العمر المرتقب وهو كما يوضحه الجدول رقم (2-28).

لكل كان له انعكاس متوسط على مؤشر التعليم على مدار الخمسة عشر سنة وهذا كما يوضحه الشكل رقم (2-38) برغم من كل ما بذلته الدولة من توفير التغطية الصحية للمتمدرسين في جميع الأطوار من الابتدائي، المتوسط والثانوي وحتى في التعليم العالي، تحت ما يسمى بالصحة المدرسية.

وعلى العموم بما أن التنمية البشرية تقاس من خلال مؤشر التنمية البشرية الذي وصعه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي من أجل التنمية، هو مؤشر تركيبي لقياس المستوى المتوسط للتنمية البشرية التي يحققها بلد معين، وهناك ثلاث جوانب أو أبعاد لبناء هذا المؤشر وهي:

- الصحة ومدة الحياة: يتم تحديده من خلال مؤشر التربية الذي يعد مزيج مؤشرين.
- المدة المتوقعة للتمدرس.
- متوسط مدة التمدرس.
- المستوى المعيشي اللائق ويقاس من خلال الدخل الوطني الإجمالي لكل فرد.

ويتم الحصول على مؤشر التنمية البشرية من المتوسط الهندسي للمؤشرات الثلاث.

وعلى هذا الأساس نستطيع القول أن مؤشر الصحة له انعكاس على مؤشر التعليم ومؤشر الدخل بصفة خاصة، وعلى التنمية البشرية بصفة عامة من خلال رفع معدلاتها كما هو الحال بالنسبة للجزائر.

ومن خلال العرض السابق سنمثل تطور مؤشر التنمية البشرية ومكوناتها لإظهار انعكاسات مؤشر العمر المتوقع (مؤشر الصحة) على التنمية البشرية من خلال معدلاتها.

الجدول رقم (2-28): تطور مؤشر التنمية ومكوناتها

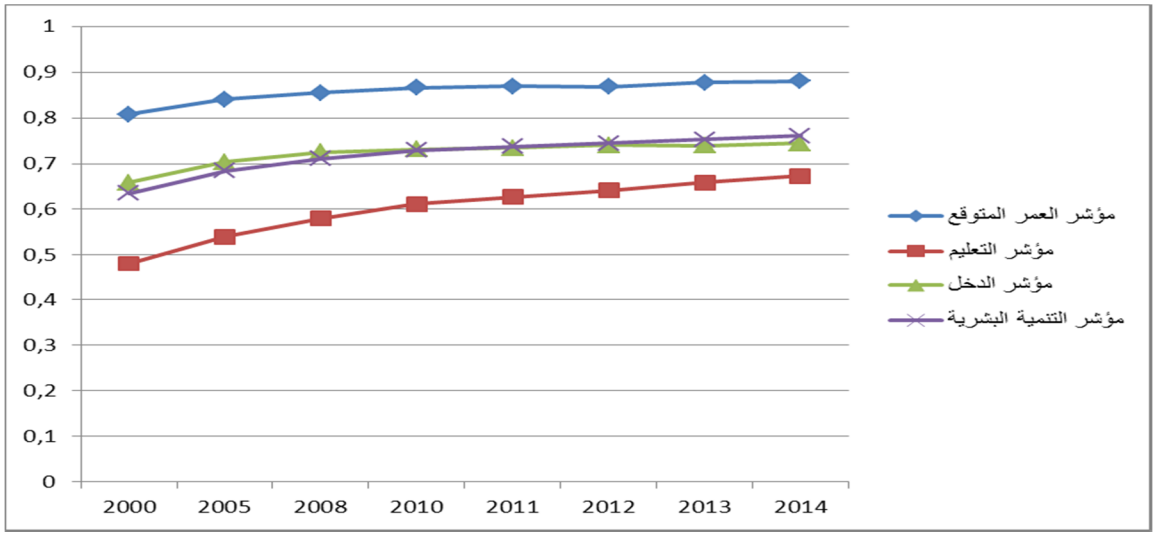
السنوات / البيان	2000	2005	2008	2010	2011	2012	2013	2014
مؤشر العمر المتوقع	0.808	0.840	0.855	0.866	0.869	0.868	0.877	0.880
مؤشر التعليم	0.481	0.540	0.580	0.612	0.627	0.641	0.659	0.673
مؤشر الدخل الوطني الإجمالي	0.659	0.704	0.725	0.731	0.734	0.740	0.739	0.744

مؤشر التنمية البشرية	0.635	0.684	0.711	0.729	0.737	0.744	0.753	0.761

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي على الموقع الإلكتروني www.un.org

ويمكن تمثيل هذا الجدول من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (2-37): تطور مؤشر التنمية البشرية ومكوناته



المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي على الموقع الإلكتروني www.un.org

من الشكل أعلاه نلاحظ أن مؤشر التنمية البشرية قدر بـ0.761 في سنة 2014، وقد قارب القيمة القصوى لمؤشر التنمية البشرية وهي القيمة (1)، علما أن القيمة الدنيا هي (0)، إذ ساهم فيها مؤشر العمر المتوقع بنسبة كبيرة، وهذا كما يظهره الشكل رقم (2-39)، بـ0.808 نقطة متقدما على مؤشر التعليم بـ0.254 نقطة ومؤشر الدخل بـ0.135.

هذا إن دل على شيء إنما يدل على مساهمة مؤشر الصحة (مدى الحياة) كأحد مكونات التنمية البشرية بأكبر نسبة على غرار بقية المكونات (المؤشرات) الأخرى (التعليم والدخل) في الرفع من معدلاتها.

وجدير بالذكر أنه يعبر عن المقياس رقميا بسلم يتراوح بين الصفر والواحد، ويؤخذ بالاعتبار أيضا عوامل إيجابية وسلبية أخرى، مثل المساواة بين النساء والرجال في العمل والأجور وتولي المناصب.

وتعتبر دول ذات تنمية مرتفعة جدا تلك التي تحوز على مؤشر يتراوح بين [0.8-1] كالنرويج مثلا ب[0.977] تأتي في مقدمة 49 بلدا عالميا لسنة 2015، كما أشار إليه تقرير التنمية البشرية 2015، ثم تليها أستراليا، سويسرا، الدانمارك، هولندا، ألمانيا، أيرلندا، الولايات المتحدة، كندا، نيوزيلندا، وسنغافورة، وفي الدول العربية جاءت في المقدمة قطر المرتبة 32 عالميا ب(0.85)، تليها السعودية في المرتبة 39، فالإمارات 41،

فالبحرين 45 والكويت 48، وجاء في الدول ذات التنمية المرتفعة من [0.7-0.8]، سلطنة عمان 52، لبنان، الأردن 80، والجزائر احتلت المرتبة 83، وتونس 96.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى المفاهيم الأساسية للتنمية البشرية التي كان لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي الدور الكبير في إبرازه، وإعادة التركيز على البعد الإنساني في مناهج التنمية، بعدما شهدت البدايات الأولى لصياغة الأفكار والنظريات الاقتصادية تركيزا كبيرا على رأس المال المادي في النشاط الاقتصادي، بدلا من الإنسان الذي هو غاية التنمية، بحجة أن النمو الاقتصادي هو كفيل بتوفير المكاسب الاجتماعية للأفراد، والمجتمع، ولكن كما وسبق أن أشرنا جاء برنامج الأمم المتحدة في أول تقرير له سنة 1990، والذي أعطى مفهوما جديدا للتنمية تركز حول الإنسان باعتباره أداة للتنمية وغايتها وعرفها على أنها توسيع الخيارات أمام الأفراد وهذه الخيارات هي عديدة ومتعددة إلا أن من أبرزها هي ثلاث:

- أن يحيا الإنسان حياة مديدة وصحيحة.
- أن يكتسب المعرفة.
- أن يحصل على دخل لتأمين حياة كريمة.

وبحلول عام 1993 أطلق تقرير جديد برؤية جديدة للتنمية تحت عنوان "التنمية البشرية المستدامة" التي تضع الإنسان في قمة أولوياتها، إذ أعيد الاعتبار للفكرة القائلة بأن الناس هم وسيلة التنمية وغايتها.

ومن ثم بدأت التقارير في الصدور، إذ ركزت على رفاهية الإنسان وحياته، حيث أن رفاهية الإنسان تكفي أن يعيش المرء وهو ينعم بحريات كبيرة، وحملت هذه التقارير في طياتها مقاييس التنمية البشرية، ومن أهم مميزات هذه المقاييس احتوائه على أربعة أدلة وهي: دليل التنمية البشرية، دليل التنمية البشرية المعدل بمعامل عدم المساواة، دليل الفوارق بين الجنسين، دليل الفقر البشري.

وتعرض مفهوم التنمية البشرية إلى انتقادات عدة، منها أنه كل سنة يصدر تعريف أو إضافة وتصورات لمفهوم التنمية البشرية، إذ لا يوجد تعريف محدد، كما أنها لا تبين كيفية المقارنة بين أحوال التنمية البشرية بين الدول المتقدمة والنامية بشكل متفق عليه.

وتطرقنا إلى واقع التنمية البشرية، من خلال الأبعاد الثلاث، الواقع أو البعد الصحي من خلال تطور العمر المتوقع عند الولادة، إذ تم التفصيل في هذه النقطة في مبحث مستقل، وعرجنا على الواقع أو البعد التعليمي في الجزائر الذي يقاس بنسبة المتمدرسين، إذ وجدنا أن نسبة المتمدرسين في صفوف التعليم الابتدائي وصلت 100% وهذا شيء ومؤشر إيجابي، وكذا نسبة معرفة القراءة والكتابة بين البالغين، فوجدنا أن الجزائر سجلت

زيادات في النسب المئوية للإناث البالغات من الكبار الأميين، وبحدة أقل في صفوف الإناث أو النساء البالغات أقل من 45 سنة، أما واقع الدخل في الجزائر فنسبة الذين يعيشون أقل من دولار يوميا نستطيع القول أن الدولة استطاعت تخفيض عدد السكان الذين يعيشون بأقل من دولار للفترة الممتدة [1990-2015] من 1.7% إلى 0.3%[1].

وفي هذا الفصل تم تقييم ودراسة مؤشرات الصحة وتبيان انعكاساتها على التنمية البشرية في الجزائر، إذ تم التوصل إلى أن جل المؤشرات المتعلقة بتعزيز الصحة كلها إيجابية، إذ نجحت الدولة إلى حد ما في التخفيض من نسبة الوفيات في صفوف الأطفال أو الأمهات وحتى الرضع، ورفع معدلات الولادات، إذ بلغت ولأول مرة في سنة 2014 عتبة المليون ولادة حية، وتبعها سنة 2015، أو تلك المؤشرات المتعلقة بالقوى البشرية والبنى التحتية الصحية، إذ عرف عدد الكوادر الطبية بما فيها الأطباء تطورا ملحوظا، إذ بلغ عدد الأطباء المختصون، العامون، أطباء الأسنان والصيادلة 44914 طبيب في عام 2014، بزيادة قدرها 24477 طبيب مقارنة بعام 2000، أما عدد الأَسِرَّة في القطاع الاستشفائي العمومي انتقل من 54311 سرير لسنة 2000 إلى 66283 سرير لعام 2014، نظرا لارتفاع عدد المنشآت الاستشفائية العمومية إذ بلغت 4341 مستشفى موزعة حسب الصنف.

وانعكس هذا على التنمية البشرية من خلال الرفع من معدلاتها في الجزائر، إذ انتقلت من المرتبة 93 عالميا[(2)] لسنة 2014، إلى المرتبة 83 عالميا من بين 187 دولة شملها التقرير، وهذا أثر أو انعكاس إيجابي من مؤشر الصحة على التنمية البشرية، ارتقت الجزائر إلى المرتبة 72 عالميا بفضل متوسط العمر المتوقع الذي ناهز 74 سنة[(3)].

[1] مزغاد لخضر، حاجي فاطيمة، أبحاث اقتصادية وإدارية إشكالية الفقر في الجزائر، في ظل الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة، العدد 13، جوان 2013،ى جامعة بسكرة، ص 175.

[2]- تقرير برنامج الأمم لمتحدة الإنمائي لسنة 2014.

[3]- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعين التقرير العالمي حول التنمية البشرية 2015.

الفصل الثالث

إدارة سوق الخدمات الصحية

تمهيد:

تدار الخدمات الصحية مما لا شك فيه في المنظمات الصحية، فكلنا نتعامل مع المنظمات الصحية من أجل الحصول على خدمات داخلية أو خارجية، نظرا لتزايد المشاكل الصحية بتزايد النمو الحضاري، الاجتماعي، الصناعي والاقتصادي، ومنه تزايد الطلب على الخدمات الصحية.

ولذا نحتاج ونتوجه إلى المنظمات الصحية العامة، الخاصة والخيرية، ونظرا لزيادة الطلب عليها أخذت أشكالا متعددة صغيرة، متوسطة وكبيرة الحجم.

ومن هذا المنطلق وجب وضع تعريف شامل لها لمعرفة كيفية إدارة الخدمات الصحية انطلاقا من الإطار النظري للمؤسسات الصحية، مفهومها، وظائفها الإدارية، هياكلها، وبما أن الخدمات الصحية حق مكفول لكل فرد من أفراد المجتمع وفقا لما أقره الدستور، وذلك بغض النظر عن قدرته المالية عن دفع الثمن، فمثلا كما هو الحال في الجزائر، فالدولة تقوم بكثير من الجهود نحو التوسع في أداء الخدمات من أجل تحسين المستوى الصحي لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

لكن السؤال المطروح بأي جودة ونوعية تقدم هذه الخدمات الصحية؟

لذا سنبحث في كيفية قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية انطلاقا من تحديد ووضع مفهوم للجودة.

وبما أن الخدمات الصحية هي واحدة من بين أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها، يعود هذا لأسباب عديدة ومختلفة يمثل عامل التطور والتسارع في الاكتشافات من أبرز سماتها ما يقابلها بذات الوقت من تنوع وغموض في الأمراض الجسدية والنفسية، بات من الضروري أن يكون الاهتمام بالتسويق للخدمات الصحية لإشباع حاجات المواطنين، لذا ارتأينا أن نخصص فصلا خاصا بكيفية التسويق للخدمات الصحية انطلاقا من عناصر المزيج التسويقي.

المبحث الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية.

يعتبر المستشفى الركيزة الأساسية للنظام الصحي، ففيه تتجمع مختلف فئات الأطباء والممرضين والعاملين الصحيين من مختلف الاختصاصات والعلوم الصحية، لتقديم الخدمات الضرورية للمرضى الداخليين والمرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية وقسم الطوارئ، وفيه تتكامل الخدمات العلاجية مع خدمات تعزيز الصحة والخدمات الوقائية التأهيلية.

ومن هذا المنطلق ستناول ماهية النظام الصحي، من خلال وضع تعريف شامل له، ومن ثم تبيان مكونات وإستراتيجيات بناء النظام الصحي، التي تعتبر المستشفيات أحد أهم مدخلاته، لذا سنخصص لها مطلبا مستقلا توضح فيه مفهوما، خصائصها، تصنيفاتها على النحو التالي، ونختمه بمطلب خاص بتطور النظام الصحي في الجزائر مكن الاستقلال إلى غاية 2016.

المطلب الأول: ماهية النظام الصحي.

سنتطرق إلى ماهية النظام الصحي، ثم نعرج على المفاهيم الأساسية للمستشفى كمؤسسة صحية، ثم نحاول النظر إلى النظام الصحي في الجزائر.

أولا: تعريف النظام الصحي.

يعرف النظام الصحي بأنه "جملة الموارد، والتنظيم، التمويل والإدارة، تكفل بمجموعها إيتاء الخدمات الصحية لعامة الشعب، وهذا بطبيعة الحال لا يعني أن الخدمات الصحية هي المحدد الوحيد أو أنها أهم المحددات الصحية، فربما كان من العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة، ما هو أقوى وأبعد اثر من الخدمات الحصة"[1].

كما عرف النظام الصحي بأنه "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة"[2].

---

[1]- بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة 12-14 مارس 2002، ص: 3.

[2]- أمير الجيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظمة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، فرع التخطيط، منشورة، جامعة الجزائر، 2008، 2009، ص: 118.

أما النظام الصحي حسب منظمة الصحة العالمية "فهو مجموعة المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة، ويحتاج النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة، ولابد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق"[1].

كذلك تعرف منظمة الصحة العالمية النظام الصحي "على أنه ليس مجرد نظام هرمي لتوزيع الاختصاصات ولكن جوهره تقديم الخدمات الصحية الشخصية على سبيل المثال، كيف ترعى الأم طفل مريض في المنزل، إعداد مقدمي خدمات خاصة مثل برامج تغيير السلوك، حملات التوعية الموجهة...إلخ وكل ذلك يتحقق من خلال العمل المشترك بين القطاعات المختلفة من قبل العاملين في مجال الصحة على سبيل المثال أن تقوم وزارة التربية والتعليم بتشجيع تعليم الفتاة وإعدادها لتصبح امرأة ذات ثقافة صحية جيدة"[2].

كما يعرف النظام الصحي على أنه "نظام متكامل لعلاج الأمراض والحفاظ على نظافة المجتمع والأوبئة والأمراض المعدية حتى يتم استثمار طاقات العمال الأصحاء بطريقة يكون مردودها الإنتاجي متناسبا مع حجم ذلك النظام وقابلياته"[3].

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن النظام الصحي هو الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان للخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، من موظفين وأموال، معلومات، إمدادات، وسائل نقل، اتصال وتوجيهات واتجاهات عامة، أضف إلى ذلك هو هيكل تنظيمي على أساسه توزع الأدوار والمهام على أساس التخصصات (تقسيم العمل). يقوم بتقديم الخدمات الصحية والشخصية كبرامج تغيير السلوك، حملات التوعية الموجهة...إلخ.

وما يمكن استنتاجه أيضا مما سبق أن لكل نظام صحي مدخلات ومخرجات، تتوسطه العمليات التشغيلية أو التنفيذية على النحو التالي:

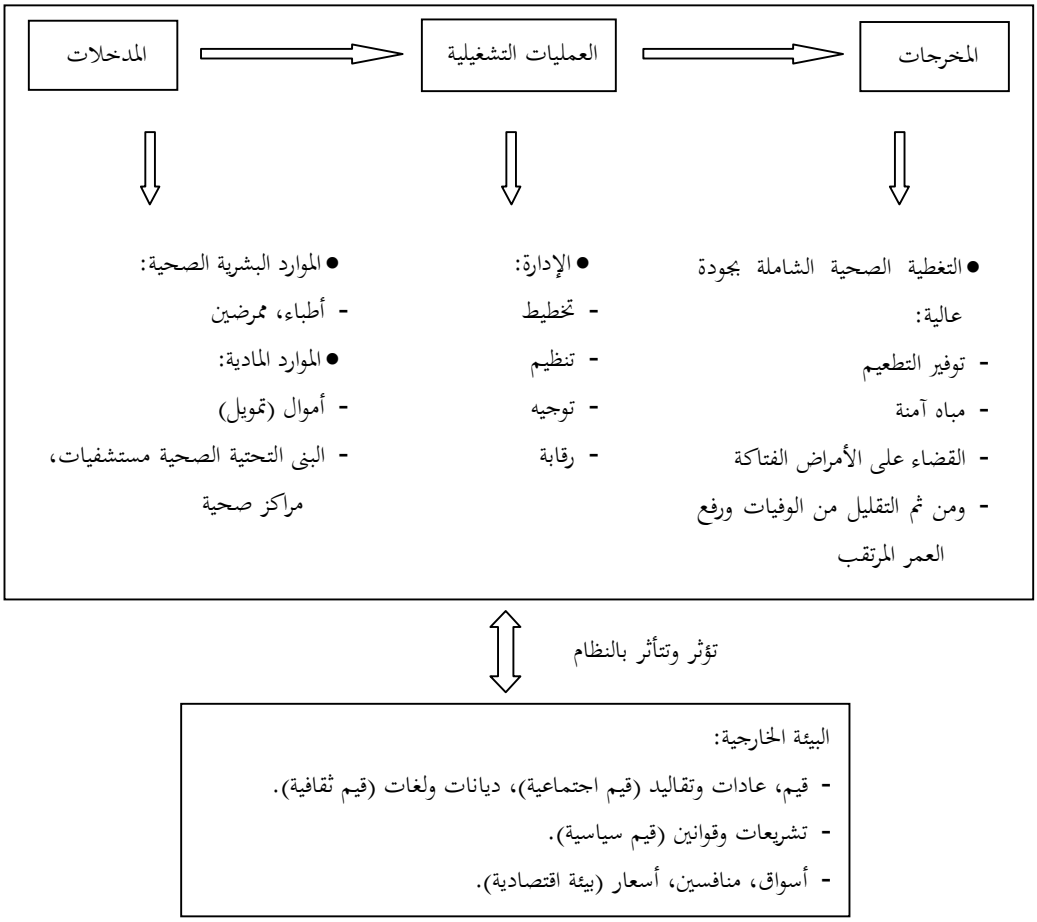
---

[1]- منظمة الصحة العالمية، تقرير حول ما هو النظام الصحي، 2016 على الموقع الإلكتروني: www.who.int/features/qa/28/ar تاريخ الاطلاع: 2016/08/10.

[2]- الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، مفهوم الإدارة الصحية على الموقع الإلكتروني: www.Abahe.co.uk/terminologics-health-care-management.html

[3]- زهير الأعرجي، النظام الصحي والسياسات الطبية في الإسلام، بدون دار نشر، مدينة قم المشرفة، ذو الحجة 1413هـ، ص: 17.

الشكل رقم (3-38): نموذج النظام الصحي



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مؤشرات الصحة العالمية، تقرير التنمية البشرية 2013.

ثانيا: مكونات واستراتيجيات بناء النظام الصحي.

النظام كأي نظام له مدخلات ومخرجات، تتوسطه العمليات التشغيلية، وهذا ما سوف نتناوله.

1- مكونات النظام الصحي:

يتكون النظام الصحي كأي نظام اجتماعي من مكونات أساسية، حيث يشكل كل منها نظام فرعي ضمن النظام الصحي الكلي كما يلي[1]: إنتاج الموارد، تنظيم البرامج، آليات الدعم الاقتصادي، الطرق الإدارية، إيتاء الخدمات.

أ. إنتاج الموارد الصحية (البشرية، المالية والتكنولوجية...إلخ):

لكل نظام صحي موارد بشرية ومادية ومالية، فلابد أن تكون لديه موارد بشرية صحية متطورة تعمل في المنظمات الصحية، وأن يكون لديه معدات وأجهزة طبية ومواد لرعاية المرضى، ويجب أن يكون لديه المعرفة

[1]- بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مرجع سبق ذكره، ص: 3.

لتطبيقها في تشغيل النظام كالبيوت الصحية من أحل تحقيق أهداف علاجية ووقائية وأكبر دليل على المعرفة هي التكنولوجيا، وهذه الأخيرة كلية عن الدعم المالي الذي بواسطته يتم الحصول على موارد ومنظمات وأدوية ومعدات، أما المورد المادي الآخر ألا وهو المواد الطبية والأدوية والمعدات الطبية يمكن صناعتها أو استيرادها.

ب. تنظيم البرامج الصحية:

وتقوم بها وزارة الصحة والرعاية الصحية، الهيئات العامة الصحية، الهيئات الخاصة الصحية غير الربحية، القطاع الخاص الصحي، منظمات المجتمع المحلي والدولي الاجتماعية والصحة.

ج. آليات الدعم الاقتصادي:

إن مصادر التمويل تتضمن المصادر العامة كالضرائب، والجمارك، وبرامج التأمين الصحي والحكومي والعسكري، وموظفي الشركات، ونشاطات المجتمع المحلي التي لا تهدف إلى الربح والمساعدات والمنح والهبات الخارجية الحكومية والخيرية والتأمينات الشخصية.

ومن هنا يمكن القول أن مصادر التمويل تتنوع من حكومية خاصة، ومن التأمين الصحي، والتمويلات الخارجية والداخلية التي تكون في شكل قروض أو هبات لا تستحق الرد.

د. الطرائق الإدارية:

تلعب الإدارة الصحية دورا مهما في إدارة النظام الصحي وهذا من خلال وضع طرق كالتخطيط الاستراتيجي الذي يكون بعيد المدى، تقويم البرامج الصحية، إعداد البحوث الصحية، ووضع الرقابة على جودة الأداء، وتحسين مدخلات النظام الصحي من القوى البشرية والمادية الصحية للحصول على أفضل مخرجات كالتقليل من الوفيات والأمراض.

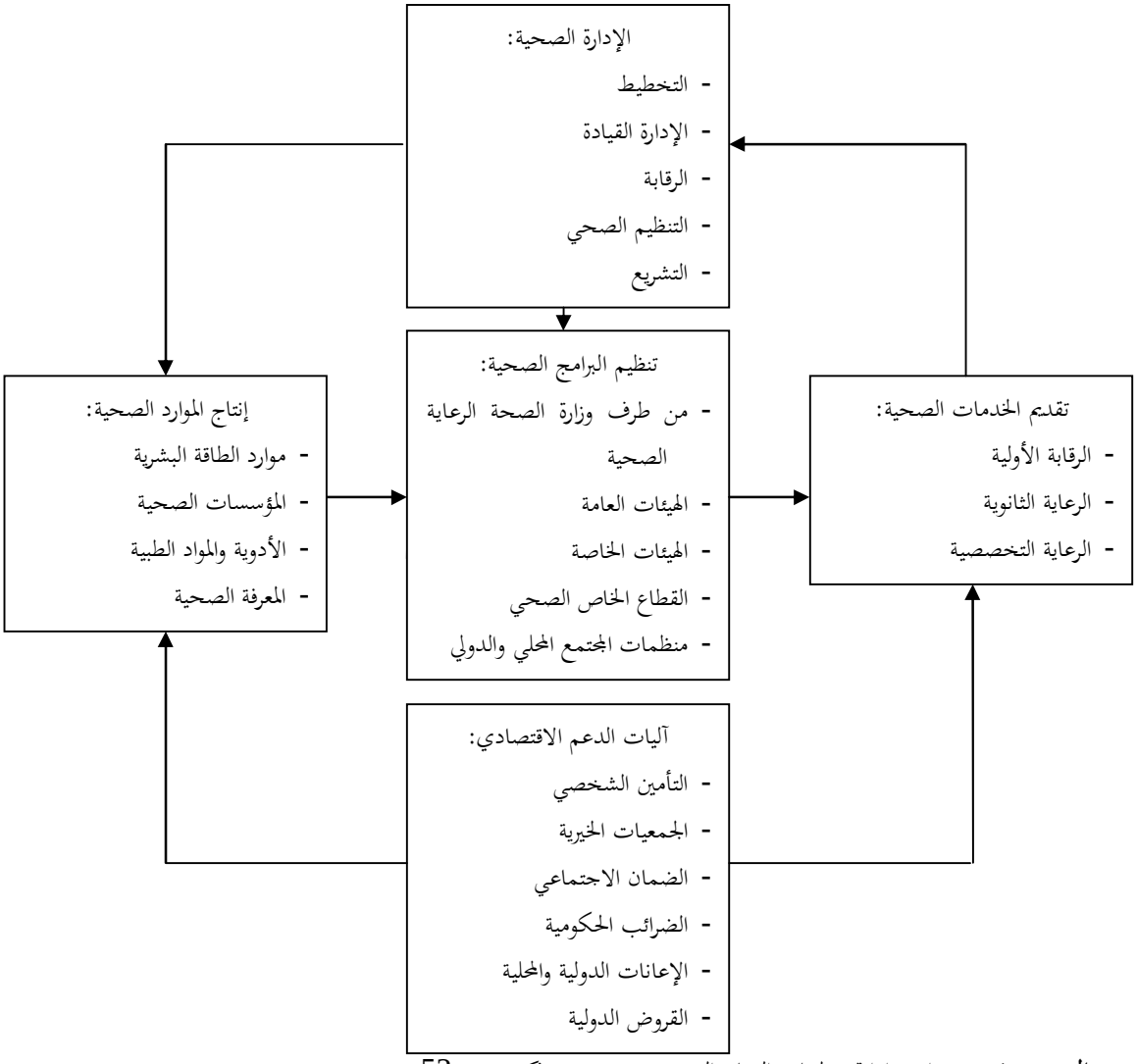
هـ. أداء الخدمات:

إن النظام الصحي يسعى إلى إنتاج وتقديم خدمات صحية على كل المستويات، سواء تعلق الأمر بالخدمات الأولية التي تقدمها المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات، أو الخدمات الثانوية والمتمثلة في تقديم العلاج الدوائي والجراحي للمرضى أثناء تواجدهم بالمستشفى والمراكز الطبية، أو حتى خدمات الرعاية الثالثية (التخصصية)...إلخ، وهذا حفاظا على صحة الأفراد[1].

[1]- فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 52، 54.

وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (3-39): مكونات النظام الصحي



المصدر: فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 52.

2- استراتيجيات وسياسات بناء الأنظمة الصحية

وردت هاته الاستراتيجيات والسياسات في تقارير منظمة الصحة العالمية في سنة 2000 ورأت المنظمة أن السياسات والاستراتيجيات الخاصة بالأنظمة الصحية على المستوى العالمي هي ليست غايات في حد ذاتها، وإنما هي جزء من عملية أكبر تهدف إلى مواءمة الأولويات القطرية مع الاحتياجات الصحية الفعلية للسكان، والترويج لتأييدها بشكل كبير بين المهتمين والذين لهم علاقة بالقطاع الصحي (الشركاء الحكوميين والشركاء)، حتى يتسنى لجميع الناس من الحصول على رعاية صحية عالية الجودة[1].

[1]- التقرير الخاص بالصحة في العالم 2013، بحوث التغطية الصحية الشاملة، منظمة الصحة العالمية 2016، على الموقع الإلكتروني: www.who.int/whr/ar/ تاريخ الاطلاع: 2016/08/10.

ولاحظت المنظمة بأن الأنظمة الصحية قد شهدت أجيال من الإصلاح هي كالآتي:

الجيل الأول: اشتمل على تأسيس أنظمة وطنية للرعاية الطبية وانتشار أنظمة الضمان الاجتماعي في الدول المتقدمة أولا، ثم في الدول متوسطة الدخل، وأخيرا في الدول النامية، لكن مع حلول الستينيات عانت معظم الأنظمة الصحية خاصة في الدول الفقرة من عدم عدالة توزيع الخدمات الصحية، نقص التمويل، ارتفاع التكلفة، سوء نوعية الخدمات الصحية[1]، ومن هذا المنطلق ظهر:

الجيل الثاني: اشتمل على إصلاح الأنظمة الصحية وجعلها أكثر كفاءة وعدالة، وذلك من خلال تشجيع الرعاية الصحية الأولية، وهي تمثل الخدمات الصحية الأساسية لتلبية حاجة المواطن الصحية (وقائية وعلاجية)، من خلال تقديمها على مستوى المراكز الصحية والعيادات القروية وعيادات الأمومة والطفولة، ولقد تمثلت محاور هذا الإصلاح عامة ومحاور الرعاية الصحية الأولية خاصة في رعاية الأم والطفل، صحة البيئة وتحسينها، صحة الأسنان والوقائية العلاجية، صحة العيون، الإرشاد والتثقيف الصحي والاجتماعي، الفحص السريري والمعالجة الدوائية، وهذا لكل السكان على حد السواء (العدالة في تقديم الخدمة الصحية)[2].

وعلى الرغم من كل هذه الجهود الحثيثة التي بذلتها العديد من الدول إلا أن هذه الإستراتيجية لم تعرف نجاحا كبيرا، وهذا نظرا لغياب الكوادر البشرية الطبية المؤهلة والمكونة وتدني مستوى الخدمات الصحية.

أضف إلى ذلك تعرضت هذه الإستراتيجية إلى النقد بسبب أنها اهتمت بجانب العرض على حساب جانب الطلب على الخدمات الصحية، وعلى هذا الأساس ظهر:

الجيل الثالث: إذ اشتمل واهتم بجانب الطلب على الخدمات الصحية، واستند هذا الجيل على ما نسميه منظمة الصحة العالمية "الشمولية الجديدة"، والمقصود بها تقديم خدمة أساسية عالية النوعية لكل شخص يطلبها، وترتكز هذه الإستراتيجية من الإصلاح على التمويل لأن الأجيال السابقة كلها عانت من مصادر التمويل وذلك من خلال التمويل العام أو الخاص تحت رقابة الدولة لكل دون تدخلها (من دون توفير الخدمة بواسطة الحكومة أو مؤسسات القطاع العام) [3].

[1]- علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22، أكتوبر تشرين الأول 2003، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص: 4.

[2]- أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سبق ذكره، ص: 71.

[3]- علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، مرجع سبق ذكره، ص ص: 4، 5.

ويمكن من خلال ما سبق أن نستنتج أن الأنظمة الصحية التي سبقت الجيل الثالث اعتمدت على جانب العرض في تقديم الخدمات الصحية واتصفت الرعاية الصحية بصفة السلعة العامة كأساس نظري اقتصادي من جهة وكأساس نظري تنموي من جهة أخرى كتوفير خدمات الرعاية الصحية كأحد متطلبات التنمية الصحية والاجتماعية ومن ثم الاقتصادية، أما الجيل الثالث فأولى اهتمام خاص بجانب الطلب في توفير خدمات الرعاية الصحية على اعتبار أن سوق الخدمات الصحية مثله مثل باقي الأسواق يخضع لقانون العرض والطلب.

لذا نستخلص أن استراتيجيات وسياسات أي نظام صحي يجب أن يتواءم (العرض) مع الاحتياجات الصحية الفعلية للسكان (الطلب)، وهذا من أجل تحسين الصحة سواء تعلق الأمر بالأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة بجودة وكفاءة عالية.

المطلب الثاني: مفاهيم أساسية حول المستشفيات.

سوف نتطرق في هذا المطلب إلى الإطار التاريخي للمستشفيات، مفهومها، خصائصها، تقسيماتها.

أولا: لمحة تاريخية عن المستشفيات.

اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالا متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة، وكانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث اتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه "معابد الشفاء" في مصر سنة 600 قبل الميلاد، وقد استخدم نفس المسمى في الهندسة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم "السيكيستا" أي معابد الشفاء، وفي مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت الكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي:

- علاج المرضى وتقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع.
- الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى، وليس فقط تقديم العلاج لهم.
- اعتبار البيوت أماكن لإيواء المرضى المسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم[1].

[1]- عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)، القاهرة، مصر، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص: 4.

والبيمارستانات لفظ فارسي يتكون من كلمتين "بيمار" بمعنى مريض أو عليل و"ستان" بمعنى دار، وتم تمسية المستشفيات عند العرب القدامى باسم "البيمرستان": وقد استخدمت البيمرستانات أو المستشفيات في العصور القديمة سواء في الحضارة الفرعونية أو الرومانية، أو حتى في الحضارة الإسلامية، حيث ازدهرت وتطورت في العصور الإسلامية خاصة في عهد الدولة العباسية، حيث تم إنشاء المستشفيات والمؤسسات المتحركة والتي ترافق الجيوش في الحروب.

وفي العصر الحديث قامت العديد من الدول بتهيئة وتجهيز المستشفيات بالتكنولوجيا الحديثة من أجهزة طبية متطورة[1].

ثانيا: تعريف المستشفى.

عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه "تنظيم اجتماعي صحي وظيفته هي توفير العناية الصحية الكاملة لجميع السكان، الوقاية والعلاجية، وإن خدمات العيادات الخارجية فيه تتصل وتمتد إلى كل أسرة، كما أنه بالإضافة إلى ذلك مركز لتدريب العاملين الصحيين، وكذا القيام بالأبحاث الاجتماعية الحيوية، وتضيف منظمة الصحة العالمية أن المستشفى مؤسسة لإقامة المرضى الداخليين والمصابين، مزودة بمرافق لرعايتهم طبيا وتمريضيا وتشخيصهم ومعالجتهم وتأهيلهم على مدى أربع وعشرين ساعة، سواء للحالات التي تتطلب تدخلا طبيا أو التي تتطلب تدخلا جراحيا، ويعمل في المستشفى طبيب واحد على الأقل، كما يمكن للمستشفى أن يقدم خدمات للمرضى الخارجيين فضلا عن الخدمات الوقائية والتعزيزية"[2].

ويرى الدكتور محمد أمين "أنه قبل إعطاء تعريف متكامل للمستشفى لابد من الإجابة على السؤال التالي: ما هي المستشفى ومضمونها والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها؟".

ويجيب على هذا السؤال كالتالي: "المستشفى منظمة اجتماعية فنية معقدة (نظام رئيسي مركب)، تحتوي على أَسِرَّة للتنويم وتتألف من مجموعة من النشاطات الجزئية أو الفرعية (المنظمة الجزئية)، نشاط التشخيص، نشاط العلاج، نشاط التمريض، نشاط الخدمات الطبية المساعدة، نشاط الخدمات العامة، نشاط خدمات شؤون

[1]- صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 27.

[2]- منظمة الصحة العالمية، واللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، ورقة تقنية حول تحسين أداء المستشفيات في إقليم الشرق الأوسط، الدورة 26، البند 6 من جدول الأعمال، أوت 2009.

المرضى، نشاط الوحدات الإدارية والاستشارية التي يؤثر بعضها على بعض ويتأثر بعضها ببعض ويعمل الطل متكامل لتحقيق أهداف تقديم الرعاية الصحية"[1].

ومن خلال التعريف السابق يمكن القول أن المستشفى كنظام رئيسي مركب يتألف من مجموعة من الأنظمة الفرعية، كمنا عرفت المستشفى على أنها "عبارة عن مجموعة من المختصين والمهن الطبية وغير الطبية، والمدخلات المادية والمواد تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمتوقعين وإشباع حاجاتهم واستمرار المنظمة الصحية"[2].

وقد عرفت جمعية المستشفيات الأمريكية المستشفى بأنه "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أَسِرَّة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تشمل خدمات الأطباء والتمريض، وذلك من أجل إعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"[3].

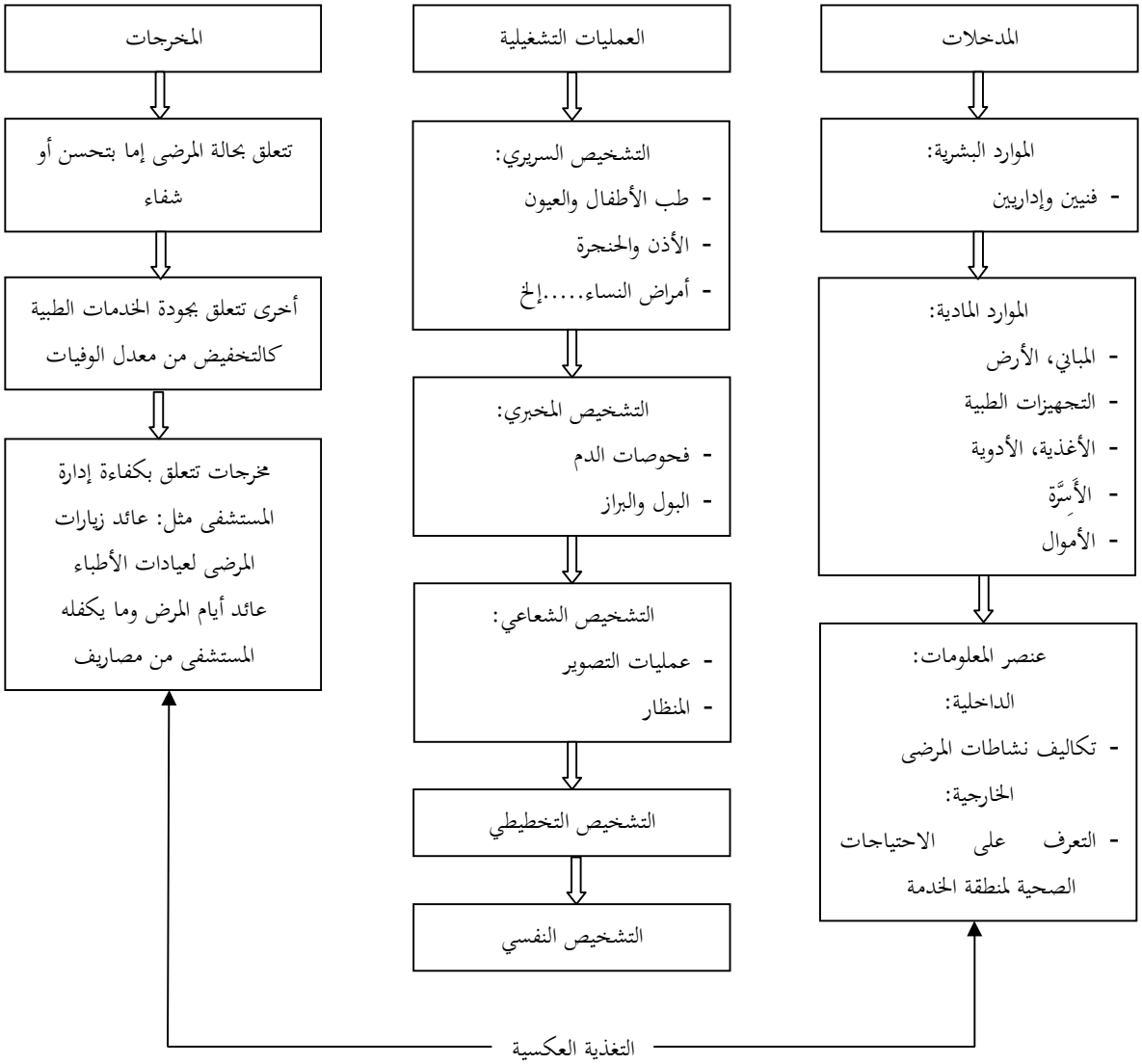
تعرف المستشفى كنظام، أي أنها كنظام لها عناصر يتكون منها مدخلات، مخرجات وتتوسطهما العمليات التشغيلية أو التنفيذية، إضافة إلى التغذية العكسية أو المرتدة ويمكن توضيحها في الشكل التالي:

[1]- سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المتشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، جامعة المسيلة، ص: 4.

[2]- عرابة الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث، العدد السابع، 2009-2010، ص: 6.

[3]- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 26.

الشكل رقم (3-40): المستشفى كنظام



ال**مصدر:**من إعداد الطالب بالاعتماد على محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، بدون طبعة، مصر، 2008، ص ص: 35-44.

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن المستشفى هي نظام تتفاعل فيه مجموعة من الأنظمة الرئيسية تنطوي تحتها أنظمة فرعية، لها وظائف متعددة منها:

- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين.
- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.
- القيام بأنشطة التدريب والتعليم المهنيين الصحيين العاملين في القطاع الصحي.
- الوقاية من الأمراض.

ثالثا: خصائص المستشفيات

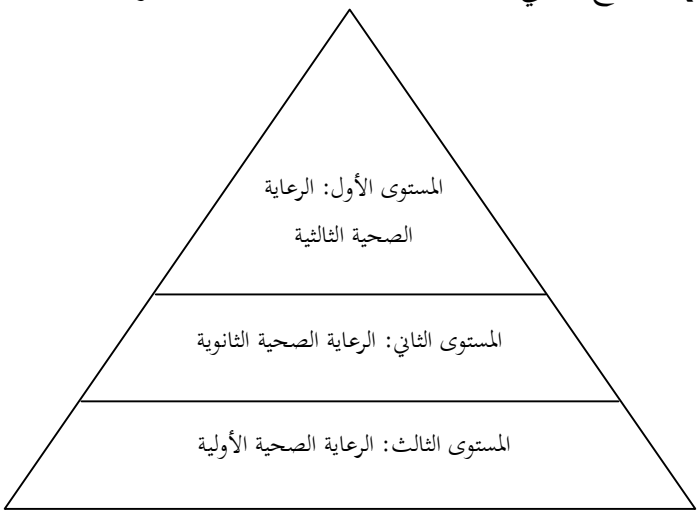
تعتبر المنظمات الصحية من المنظمات الفنية والاجتماعية المعقدة لأنها تشمل على عدد كبير من العاملين، وتتعدد التخصصات الدقيقة في أقسامها المختلفة، وتتنوع أساليب التكنولوجيا المستخدمة في التشخيص والعلاج[1].

نشاط المستشفى نشاط خدمي وبالتالي فالمستشفيات تعتبر منشآت خدمات تقدم الخدمات الطبية المختلفة والتي سبق الإشارة إليها، وذلك بالرغم من أن المستشفيات تقوم ببعض جوانب النشاط التجاري ضمن نشاطها المعتاد.

عدم انتظام موسمية النشاط في المستشفيات، فهو ليس نشاطا ثابتا في حجمه على مدار الفترة المحاسبية، حيث يزداد أداء الإقبال على المستشفيات في بعض الفترات الزمنية خلال الفترة المحاسبية ويرتفع حجم النشاط في حين ينخفض الإقبال على المستشفيات في فترات زمنية أخرى خلال نفس الفترة المحاسبية وينخفض حجم النشاط، كما هو الحال في بعض المناطق في فصول الصيف وبعض المناطق الأخرى في فصول الشتاء[2].

كذلك من خصائص المنظمة الصحية المستشفى أنه يمتاز بالتدرج الهرمي على غرار بقية المنظمات الأخرى، وحسب منظمة الصحة العالمية تنقسم الرعاية الصحية إلى ثلاث مستويات على أساسها يتحدد التدرج الهرمي وهذا ما يظهره الشكل الموالي:

الشكل رقم (3-41): التدرج الهرمي لمنشآت الرعاية الصحية طبقا لمستويات الرعاية الصحية



المصدر: هشام حسن علي، محاضرات في تخطيط وتنسيق المستشفيات، لطلبة كلية التمريض، جامعة أسيوط، القاهرة، ص: 3.

[1]- محمد محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 35.

[2]- هاشم أحمد عطية، محمود محمد عبد ربه محمد، النظام المحاسبي المالي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية "المستشفيات"، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ص ص: 25، 28.

ومن الشكل أعلاه يتضح أن من خصائص هذا التدرج الهرمي ما يلي:

- التدرج العددي المتناقص كلما اتجهنا إلى أعلى.
- التدرج المتزايد في عدد السكان المستهدف خدمته كلما اتجهنا إلى أعلى.
- التدرج المتزايد في درجة التكنولوجيا والتجهيزات كلما اتجهنا إلى أعلى[1].

وعلى هذا الأساس هذه المستويات الإدارية هناك أنشطة تتبعها تجعلها خاصة تتسم بها المستشفيات، وعلى هذا الأساس يجب تقسيم المستشفيات إلى مراكز إنتاجية ومراكز خدمية، وبالنسبة للمراكز الإنتاجية فإنه يجب تقسيمها إلى مراكز ربحية ومراكز تكلفة، وذلك بهدف تقييم أداء كل مركز على حدا.

ويتم حصر عناصر تكاليف وإيرادات كل مركز من المراكز بما يكمن من تجميع تكاليف وإيرادات كل مركز إنتاجي، لذلك يجب تصميم دليل الحسابات للمستشفى بحيث يمكن من تحديد حسابات للمصروفات وللإيرادات في كل من المراكز على حدا[2].

رابعا: تصنيف المستشفيات

يختلف تصنيف المستشفيات من دولة إلى دولة أخرى ومن إقليم إلى آخر، إذ هي متنوعة من حيث أحجامها ووظائفها وملكيتها، فنسبة كبيرة تمتلكها الحكومة وتقدم الرعاية بالمجان أو بتكلفة مدعومة ماليا، كما هو الحال ببلادنا، وجدير بالذكر أنه يتم تقسيم المستشفيات لغرض التصدي لعدم العدالة، زيادة الكفاءة، الشفافية وترشيد التكاليف. وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف أو تقسيم المستشفيات على أساس:

1- الملكية

يمكن تقسيم المستشفيات على أساس الملكية والإشراف إلى نوعين رئيسيين:

أ- مستشفيات حكومية

وهي المستشفيات التي تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها ومصالحها، وهذا النوع من المستشفيات يعتبر أكثر أنواع المستشفيات انتشارا في العالم اليوم، حيث تعتبر الكثير من الدول وبخاصة الاشتراكية منها أن من

[1]- هشام حسن علي، محاضرات في تخطيط وتنسيق المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص: 3.

[2]- هشام أحمد عطية ومحمد محمود، النظام المحاسبي المالي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية "المستشفيات"، مرجع سبق ذكره، ص: 27.

أولى واجبات الدول هو تقديم أفضل الخدمات الصحية إلى المواطنين مجانا أو بمبالغ زهيدة، وطبقا لنظام خاص بها في الحجز والكشف في العلاج للمرضى وإجراء العمليات تنقسم إلى نوعين أساسيين وفقا لأحقية العلاج بها وهما:

- مستشفيات حكومية متاحة خدماتها لجميع المواطنين في ظل نظام الخدمة الصحية الوطنية.
- مستشفيات حكومية متاحة خدماتها فقط لفئة محددة من المواطنين مثل المستشفيات العسكرية[1].

ب- المنظمات الصحية الخاصة:

هي مملوكة للقطاع الخاص، وهي على نوعين هما المنظمات التي تهدف إلى تحقيق الربح، والمنظمات التي لا تهدف إلى تحقيق الربح، وقد يخيل للبعض أن الخدمات العلاجية التي تقدمها منظمات النوع الثاني مجانية إلا أن الحقيقة غير ذلك، فالخدمات العلاجية تقدم بمقابل، ولكن الأموال المحصلة من المرضى تصرف مرة أخرى من أجل تطوير خدمات المنظمة وتشغيلها، ومن أمثلة هذه المنظمات المستشفيات الدينية والمستشفيات التابعة لبعض أنواع الشركات[2].

2- طبقا لمستوى الرعاية حيث تقسم المستشفيات إلى:

- مستوى أولي.
- مستوى ثانوي.
- مستوى ثالثي.

3- طبقا لحجم المستشفى:

- مستشفى صغير الحجم (أقل من 100 سرير).
- مستشفى متوسط الحجم (من 50-250 سرير).
- مستشفى كبير الحجم (من 250-500 سرير).
- مستشفى ضخم (أكثر من 500 سرير).

[1]- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 33.

[2]- محمود محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمة الصحية، مدخل نظم المعلومات، مرجع سبق ذكره، ص: 28.

4- طبقا للتخصصات الطبية:

- مستشفى تخصصي (يقدم الرعاية بشكل خاص لمرضى الصدر، الأمراض القلبية أو الباطنية، الأمراض الصدرية...إلخ).
- مستشفى عام (يقدم الرعاية لجميع التخصصات الطبية الممكن تواجدها) [1].

المطلب الثالث: تطور النظام الصحي في الجزائر.

عملت الجزائر منذ الاستقلال على تطبيق ما جاء في ميثاق الثورة المنعقدة في طرابلس، والذي نص على الحرية السياسية والاجتماعية، هذه الأخيرة التي تضم في طياتها مجانية العلاج والتعليم وكذا الصحة لكل المواطنين على حد السواء بكفاءة وعدالة في التوزيع، إلا أن السياسة الصحية في الجزائر عرفت نجاحات تارة وإخفاقات تارة أخرى عبر التاريخ وهذا ما سنتطرق إليه ونعالجه من خلال هذا المطلب.

المرحلة الأولى 1962-1972: تميزت هذه المرحلة بما عرف بالنظام الصحي عشية الاستقلال تراكمات على المستوى الاجتماعي والاقتصادي، الثقافي وحتى السياسي، وعلى الصعيد الاجتماعي خاصة في جانبه الصحي سلبية تركها المستعمر الفرنسي، وبدليل المؤشرات الصحية، فكان هناك 500 طبيب لكل 10.5 مليون نسمة آنذاك، بمنشآت صحية ضعيفة جدا.

وفيات الأطفال تمثلت في 180 طفل لكل 1000 نسمة وهو معدل مرتفع جدا، معدل العمر المتوقع عند الميلاد 50 سنة وهو معدل ضعيف نظرا للنظام الصحي وسياسته المتردية، ضف إلى ذلك تفشي الأمراض المتنقلة.

ولمواجهة هذه التحديات عكفت وزارة الصحة والسكان كما كانت تسمى آنذاك على وضع سياسة صحية تركزت على:

- التطعيم الإجباري لكل الأطفال.
- مكافحة حمى المستنقعات.
- مكافحة كل أنواع الأمراض المتنقلة[2].

[1]- هشام حسن علي، محاضرات في تخطيط وتنسيق المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص: 5.

[2] - L. Chachoua, Le système National de Santé 1962 à nos jours, Collège international sur les politiques de santé, Alger, les 18 et 19 Janvier 2014, p4.

المرحلة الثانية 1974-1989: في هذه المرحلة بالذات تم الإعلان عن الطب المجاني في جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار حق الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية، إذ سجلت هذه المرحلة تطور كبير في الهياكل القاعدية الصحية، وكذا عدد المستخدمين وهذا بفضل الاستثمارات المرتفعة التي أخذتها الدولة على عاتقها، حيث ارتفع عدد الأسِرَّة من 42450 سرير عام 1973 على 62500 سرير عام 1987، بحوالي 20000 سرير، وهو رقم إيجابي إن دل على شيء إنما يدل على حرص الدولة على التغطية الصحية من خلال نظامها الصحي المنتهج.

أضف إلى ذلك في هذه المرحلة ارتفع عدد المراكز الصحية 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986، وكذا تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عامل عام 1973 إلى 124728 عام 1987 طبيب لكل 1124 نسمة.

كل هذه الإنجازات انعكست على الوضع الصحي بالإيجاب، وهذا من خلال ارتفاع مؤشرات الصحة الأساسية على غرار العمر المتوقع، إذ ارتفع من 51 سنة عام 1965 إلى 65 سنة لسنة 1987، وصاحبه انخفاض معدل وفيات الرضع، وكذا انخفاض حدة الأمراض المعدية.

أما بالنسبة لمساوئ هذه المرحلة هو المركزية في التسيير، إذ أن دور المسير في هذه المرحلة اقتصر على تنفيذ الميزانيات فقط، وهذه السياسة أدت إلى تبديد الأموال العمومية، فعطب صغير مثلا في أحد التجهيزات والمعدات الصحية يصاحبه اقتناء تجهيزات أخرى جديدة، وما زاد الوضع حدة غياب مسيرين أكفاء في المجال الصحي، كل هذا فاقم من الأوضاع فهجرت الهياكل القاعدية للعلاج، واكتظت الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية، إلى غير ذلك من المشاكل[1].

المرحلة الثالثة 1990-2001: وعلى أساس المشاكل التي عرفتها في هذه المرحلة وخاصة بعد انخفاض أسعار النفط، أثر هذا كثيرا على كل القطاعات، وبخاصة قطاع الصحة، إذ عرف هذا الأخير إعادة هيكلة للنظام الصحي على النحو التالي[2]:

- مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينات، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية اللامركزية.

[1]- لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة. على الموقع الإلكتروني http://www.startimes.com/?t=4303243

[2]- أمير الجيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظمة الاستشفائية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص:51.

- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة والتي تمثلت فيما يلي:

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية، ومهمتها هي المراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.

- الصيدلية المركزية للمستشفيات (Pch) مهمتها هي ضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994).

- الوكالة الوطنية للدم (ANS) مهمتها وضع السياسة الوطنية للدم (1995).

- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS) مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.

- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (ANPM) ومهمتها مراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية[1].

المرحلة الرابعة 2002-2012: كان مسار السياسة الصحية للمستشفيات في خلال هذه الفترة يعمل على تحقيق الأهداف التالية في إطار الإصلاحات[2]:

1. تخطيط وتنظيم كيفية العلاج في المستشفيات.
2. إعادة تأهيل الخدمات الصحية على أساس الطلب والإقامة في المستشفيات.
3. التكفل التام بالمرضى من قبل المستشفيات العمومية مع احترام مبادئ الاستقبال الجيدة والمعاملة الحسنة وتجسيد وتكريس التضامن.
4. وشمل هذا الإصلاح المرافقة الكلية، والتكفل بالتحول الديمغرافي الذي عرفته هذه الفترة.
5. استفاد قطاع الصحة في هذه الفترة من الإصلاح من برامج للهياكل القاعدية الصحية، وهذا لتقريب الصحة من المواطن.
6. عرفت هذه الفترة من الإصلاح، التخطيط لهيكل تنظيمي جديد ينظم المستشفيات العمومية في 2007، وكان فحوى هذا الإصلاح هو تقسيم أو فصل المؤسسات الاستشفائية (إعادة الهيكلة) لضمان التغطية الصحية الكاملة.

[1] - أمير الجيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظمة الاستشفائية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص: 52.

[2] - L. Chachoua, Le système National de Santé 1962 à nos jours, Collège international sur les politiques de santé, Op cit pp 11, 16.

- جانفي 2008 دخل هذا الهيكل التنظيمي الصحي الجديد، وكذلك القانون الأساسي للصحة وهذا من خلال التسميات التالية:

- (L'EPH): المؤسسات العمومية الاستشفائية.

- (L'EPSP): وتم جمع العيادات متعددة الخدمات مع قطاع العلاج.

- سعي الدولة كذلك من خلال هذا الإصلاح إلى بذل جهود حثيثة من توسيع وتكثيف الهياكل الصحية على المستوى الوطني

- وفي الفترة 2005-2009 استفاد قطاع الصحة من 244 مليار دج من أجل استثمارات عمومية لتجسيد 800 منشأة صحية ومؤسسات جوارية، وهو ما يلمسه على أرض الواقع.

- وشهدت هذه الفترة كذلك صعوبة في إيجاد تلاؤم وتنسيق وتكامل بين كل الفاعلين في القطاع الصحي (العمومي، الخاص، المتدخلين الآخرين).

المرحلة 2013 إلى 2015: إذ كانت مهمة النظام الصحي الوطني في هذه الفترة هي دعم الاحتياجات الصحية لسكان الجزائر، وهو يقوم على مجموعة من الهياكل الإدارية والتقنية له عدة مراحل في تنفيذ الإصلاح الأخير من عام 2011، لتحسين الأداء العام للرعاية الصحية.

يتناول هذا الإصلاح مكونين أساسيين وهما[1]:

- تعاقد الوصفات الطبية من خلال فكرة الطبيب المعالج.

- اللامركزية في نظام الرعاية الصحية، ولذلك فإن المستشفيات العامة التي كانت ومازالت نظام الرعاية حتى الآن والمسؤولة عن جميع الإجراءات والبرامج الوقائية والعلاجية.

- وخلال هذه الفترة أصبح قطاع الصحة العامة في عام 2013 يمتلك 282 مستشفى منها 14 مركز استشفاء جامعي (CHU) و194 مؤسسة استشفائية، وإلا أن الملاحظ على النظام الصحي في هذه الفترة هو أن توزيع هذه المنشآت القاعدية للصحة العامة عن طريق مجالات البرمجة المحلية، تظهر الإحصائيات النقائص وعدم المساواة في بعض المناطق مقارنة مع الآخرين.

[1] - L. Chachoua, Le système National de Santé 1962 à nos jours, Collège international sur les politiques de santé, Op cit p .16.

إذ تقع 61% من المستشفيات في الشمال مع 28.4% في المنطقة الوسطى الشمالية مقابل 16.7% في الشمال الغربي، بالمقابل المرتفعات فيها 27.3% من جميع المستشفيات والجنوب أضعف نسبة 11.7% فقط، و14% في الجنوب الكبير.

وما ميز هذه الفترة كذلك هو أن العيادات الخاصة غير موجودة في جزء كبير من جنوبنا وخاصة المنشآت القاعدية الصحية خلق متاعب لوضع أكثر كلفة لهم من كثرة التنقلات[1].

ونتيجة لهذه الأوضاع عرف القطاع نشاطات تشريعية وتنظيمية هامة حيث تم إعداد ونشر النصوص التالية فيما يخص قطاع الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كان أهمها[2]:

- إنشاء مؤسسات استشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية رقم 12).
- إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات وتنظيمها وعملها (الجريدة الرسمية رقم 23).
- إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية رقم 43).
- إحداث لجنة وزارية مشتركة للاتصال لترقية الصناعة الصيدلانية الجزائرية (الجريدة الرسمية رقم 50).
- تحديد قائمة الإيرادات والنفقات لحساب التخصيص الخاص رقم 302-138 الذي عنوانه "صندوق مكافحة السرطان" (الجريدة الرسمية رقم 44).
- تحديد قائمة المنتوجات الصيدلانية التي تكون مخزون تنظيم النجدة (الجريدة الرسمية رقم 50).
- تحديد قائمة البرامج الوطنية للوقاية والمخططات الوطنية للصحة وكذا المنتوجات الصيدلانية المرتبطة بها (الجريدة الرسمية رقم 50).
- تحديد كيفيات وصف الوصفة الطبية للأدوية (الجريدة الرسمية رقم 67).

وحققت الدولة بعد هاته الفترة (2013) إلى غاية 2016 وهذا وحسب المعلومات المستقاة إنجازات كبيرة لا يمكن التغاضي عنها من خلال النظام الصحي الذي سطرته الدولة، بدليل الأرقام التي تم التطرق إليها سواء من ناحية تزايد عدد المنشآت القاعدية الصحية، الكوادر البشرية الصحية، أو من ناحية تعزيز مؤشرات الصحة (انظر الفصل الثاني).

لكن بالرغم من هذه الجهود المبذولة في تحسين إدارة الاحتياجات الصحية للمواطنين، تبقى بعض النقائص التي تم الإشارة إليها سابقا، وخاصة من حيث المساواة الإقليمية في الحصول على الرعاية الصحية، لذا وجب على

[1] - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، تقرير حول مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص ص: 119، 120.

[2] - الأمانة العامة للحكومة بعنوان رئاسة الجمهورية على الموقع الإلكتروني: www.jorddp.dz تاريخ الاطلاع: 2016/08/16.

صناع القرار في الدولة بصفة عامة، وصانعي السياسات في قطاع الصحة بصفة خاصة أن يجعلوا النظام الصحي الوطني يتماشى مع الأنظمة الصحية العالمية.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية، قياسها وتقييمها.

سنتطرق في هذا المبحث إلى المفاهيم النظرية حول جودة الخدمة لأن الخدمة الصحية يجب أن تتميز بالجودة لكي تشبع حاجات ورغبات ومتطلبات المواطن بصفة عامة والمريض بصفة خاصة، ثم نعرج على ماهية جودة الخدمات الصحية التي تعني في مفهومها العام تلك الخدمات الطبية الجيدة التي تتبع المعايير والأسس التي تحقق النتائج الصحية المرجوة، هذه الأخيرة التي لا تحقق إلا من خلال خمسة أبعاد ألا وهي الملموسية، التعاطف، الثقة، الاعتمادية والاستجابة التي يطلق عليها أبعاد قياس جودة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: تعريف جودة الخدمة.

عرفت الجودة "على أنها التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة وبحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة العمليات والإعاقة وسوء التغذية"[1].

كما عرفت الجودة سواء كانت المتوقعة أو المدركة التي يتوقعها العملاء أو يدركها كونها في الواقع الفعلي، وهي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تزيد تعزيز مستوى الجودة في خدماتها[2].

كما عرفت الجودة بأنها "مجموعة مميزات وخصائص وحدة معينة والتي تؤهلها لتلبية حاجات معلنة أو غير معلنة"[3].

والملاحظ من هذا التعريف أنه يتطابق مع التعريف السابق، في أن الزبون يستطيع الحصول والمعرفة المسبقة على كل خصائص المنتج أو الخدمة التي تضمن تلبية حاجاته قبل عملية الشراء، ورغبات كامنة تتكون لديه بعد عملية الشراء.

---

[1]- عقيلي عمرو، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2001، ص: 17.

[2]- الدراركة سليمان مأمون، إدارة الجودة الشاملة، دار صفا للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2001، ص: 143.

[3]- توفيق محمد عبد المحسن، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، مدخل المنتجات، مدخل إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، 1995، ص: 13.

ومفهوم الجودة يختلف باختلاف الجهة المستخدمة من أفراد ومؤسسات، لذلك قام (David Garvin) ويجمع كل التعاريف بالجودة وحددها بخمسة مداخل أساسية، تتمثل فيما يلي[1]:

- **مدخل المنتج**: وفقا لهذا المدخل، فإن الجودة يتم تعريفها على أنها صفات أو خصائص يمكن قياسها وتحديدها بدقة فهي تمثل بالنسبة للمنتج مستوى احتوائه على خاصية أو عنصر ما من العناصر والخواص المكونة له.

- **مدخل التصنيع**: تعني الجودة وفق هذا المدخل صنع منتجات خالية من النسب المعيبة من خلال مطابقتها لمواصفات التصميم المطلوبة، ويمتاز هذا المدخل بتحقيق معايير قياس الجودة المستهدفة بأقل التكاليف.

- **مدخل القيمة**: وتعتمد تعاريف الجودة وفقا لهذا المدخل على التكلفة والسعر، وعليه فإن المنتج الجيد هو الذي يحقق المواصفات بتكلفة معقولة، أو هو الذي يوفر أداء معين بسعر مقبول.

- **مدخل المستخدم**: حسب هذا المدخل، فالجودة هي ما يراه ويريده العميل في المنتج، ويميل إلى الأخذ بهذا المدخل رجال التسويق، ولما كانت رغبات واحتياجات العميل تختلف من شخص لآخر، فإن الشيء الجيد هو ما يحقق الأفضليات التي يراها هذا العميل، وترتكز جودة المنتج من وجهة نظر العميل على ما يلي[2]:

- منتج خالي من العيوب.
- مناسب للاستخدام.
- عمر استخدام أطول.
- الحفاظ على خصائصه طول فترة الاستخدام.
- سعر أقل.

- **مدخل التفوق**: ويقصد بالجودة وفق هذا المدخل بأنها ملائمة المنتج أي قدرة أداء المنتج للاستخدام وفقا للمواصفات التي تحقق رضا المستهلك من خلال تقديم أداء أفضل وأدق صفات تشبع رغبات الزبون[3].

[1]- جمال الطاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج والعمليات، مدخل إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، مكتبة القاهرة للطباعة، القاهرة، 2002، ص: 282، 283.

[2]- قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة ومتطلبات الإيزو 9001، 2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2005، ص ص: 21، 22.

[3]- قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة ومتطلبات الإيزو 9001، 2000، مرجع سبق ذكره، ص ص: 21، 22.

ويرى البعض أن مفهوم الجودة يقترب من مفهوم الأداء في الفكر الإداري ولكن المفهومان منفصلان حين ينظر لهما من زاوية محددة تقابل المدخلات والمخرجات في العمليات والنظم والمنظمة ككل، ومن هذه الزاوية يمكن التمييز بين المفهومين:

- الجودة تخدم الأداء، فالجودة هدف وسيط يوصل إلى الأداء جودة المدخلات لعملية ما هي عامل يوصل إلى تحقيق أداء عالي للعملية أو النظام.
- الجودة هي بالدرجة الأولى صفة للمنتج ماديا أو خدميا، الأداء هو صفة للمؤسسة أو لنظام أو لعملية.

الجودة تقاس بالمقارنة مع معايير الأداء يقاس بالمقارنة مع أهداف المؤسسة مثلا أهداف مالية، أهداف نظام المعلومات للمؤسسة، الجودة تعني أخطاء أقل، رضا الزبون، تباين أقل، جدارة وموثوقية، الأداء يعني إنتاجية أكبر، أرباح عالية، قيمة أسهم، تكلفة مالية أقل.

ومن خلال ما سبق مفهوم الجودة منفصل عن الأداء، فالجودة تخص التحسن في العمليات والمدخلات والمخرجات، والأداء يهم فكرة الربح والخسارة في مشاريع التحسن، من زاوية أخرى، تعطي نفس المنهجية للجودة مفهوما أوسع يشمل الفعالية والكفاءة معا.

ونقاط التقاطع بينهما أن الجودة هي إدراك الزبون للأداء الفعلي بدون الحاجة للمقارنة مع التوقعات، حسب هذه النظرة الأخيرة، الجودة هي الأداء، التقاطع إذن في هذه الحالة ينشأ في مجال محدد هو مجال الجودة الذاتية وتعريفها، فإما أنها تعرف بأنها الفرق بين التوقعات الإدراكات، حسب النموذج الكلاسيكي، وإما تعرف بأنها الإدراك لأداء الخدمة[1].

وتعرف جودة الخدمة أنها "مفهوم يعكس مدى ملاءمة الخدمة المقدمة بالفعل لتوقعات المتقدم للحصول على هذه الخدمة، أي أن تسليم الخدمة يعني المطابقة لمواصفات الخدمة المقدمة للتوقعات الخاصة بهذه المواصفات، وعليه الذي يحكم على جودة الخدمة المستفيد الفعلي منها"[2].

وعرفتها الرابطة الأمريكية لمراقبة الجودة، بأنها "مجموعة من خواص ومواصفات السلعة أو الخدمات المتعلقة بقدرتها على تلبية المتطلبات الموجودة أو المفترض وجودها، فالجودة تحصل حين تقدم المنظمة السلعة أو الخدمة حسب المواصفات التي تحقق احتياجات الزبائن"[1].

[1]- بوعبد الله صالح، نماذج وطرق قياس جودة الخدمة، دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر، أطروحة دكتوراه منشورة في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف1، 2013-2014، ص ص: 47، 48.

[2]- ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص: 291.

وجودة الخدمة تعد الكلمة الأساسية للبقاء على قيد الحياة من المنظمات في الاقتصاد العالمي، إذ تشهد المنظمات اليوم تحولا من فلسفة الإنتاج الذي قادته الولايات المتحدة الأمريكية على اتباع النهج الجديد والذي يركز على الزبائن، وتساهم الطريقة التي تتبعها المنظمة في تقديم الخدمات للزبائن على تحديد القدرة التنافسية لها[2].

ومن خلال ما سبق يتضح لنا من خلال التعاريف السابقة الذكر أن جودة الخدمة تتعلق بذلك التفاعل بين الزبون ومقدم الخدمة، إذ يرى الزبون جودة الخدمة من خلال مقارنته بين ما يتوقعه الأداء الفعلي للخدمة.

وجدير بالتنويه أن مفهوم الخدمة يختلف عن جودة الخدمة (مفهوم الخدمة تطرقنا إليها في الفصل الأول)، إذ أن مفهوم الجودة يركز على إدراكات الزبائن واستنادا لذلك تشكل الخدمة في ضوء توقعات الزبائن.

ثانيا: أهمية جودة الخدمة

- توثيق العلاقة بين العاملين والذي سيؤدي إلى زيادة مهارات العاملين المتخصصة والتي تقود إلى تقديم أداء مميز يؤثر إيجابيا على الخدمة المقدمة.

- فهم العملاء والذي يتجلى في اطلاع العاملين على حاجات العملاء، وحسن معاملتهم واحترامهم والاهتمام بهم، وتقدير طروفهم بالتزامن مع تقديم الخدمات المتميزة[3].

- محافظة المؤسسة على العملاء الحاليين، لماذا؟ لأن المنظمات أصبحت تحرص في الوقت الحالي على ضرورة استمرار التعامل معها وتوسيع قاعدة عملائها، ومن هنا تكمن الأهمية لجودة خدمة العملاء من أجل صمان ذلك[4].

- ازدياد المنافسة أدى إلى زيادة الاعتماد على جودة الخدمات الداخلية لتكون ميزة تنافسية للمنظمات الخدمية.

- جودة الخدمة تمكن المنظمة من أن تكون هي الأسرع دائما بتقديم أفضل الخدمات، والمنتجات من خلال قنوات التوزيع المختلفة التي تمكن من الوصول إلى المستخدم النهائي[5].

---

[1]- مصطفى محمد محمود، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، ص: 277.

[2] - Rahmani, Mohamed Miszenur, Abdullah, Md, Rahmans Atour, Measuring service quality using servqual. Model : A study on PCBS (Private commercial Banks) in Bangladesh, Business Management Dynamiss, Vol 1 n° 0.1.2011, pp 1, 2.

[3]- أكتم ماجد العواجين، أثر جودة الخدمات الداخلية في الرضا الوظيفي للعاملين في مؤسسة تنمية أموال الأيتام في الأردن، رسالة ماجستير، قسم إدارة أعمال، جامعة الشرق الأوسط، ص: 22.

[4]- الدراركة سليمان مأمون، مرجع سبق ذكره، ص: 194.

[5]- محمد البكري سونيا، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002، ص: 194.

نمو مجال الخدمة إذ تزايدت أعداد المنظمات التجارية التي تقدم الخدمات أكثر من أي وقت مضى، فعلى سبيل المثال نصف منظمات الأعمال يتعلق نشاطها بالخدمات، إضافة إلى نمو المنظمات المتصلة بالخدمات مازال مستمر بالتوسع[1].

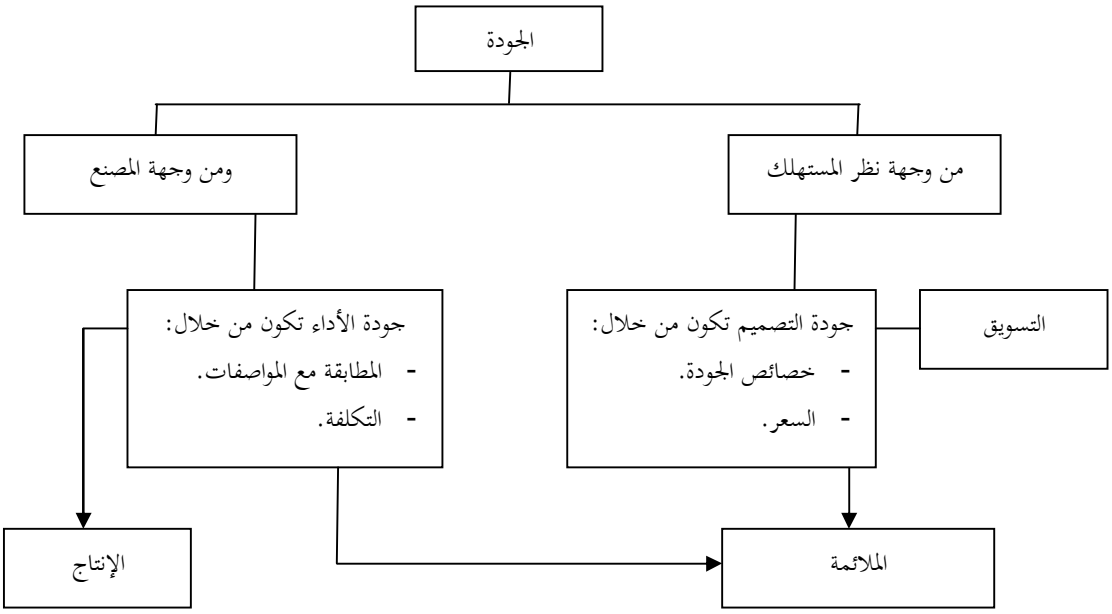
ثالثا: أهداف جودة الخدمات

تهدف جودة الخدمات إلى إتقان العمل لتحقيق رضا المستفيدين سواء كانوا داخليين أو خارجيين لضمان اختصار الوقت والجهد والتكاليف، ويمكن أن تصنف أهداف الجودة إلى خمسة فئات هي[2]:

- جودة تتضمن الأسواق والمجتمع (الجودة الخارجية).
- جودة تتعلق بحاجات العملاء والمنافسة.
- جودة العمليات وتحقيق الفاعلية فيها.
- جودة الأداء الداخلي خلال استجابة المنظمة للتغيرات الخارجية.
- جودة أداء العاملين التي يعبر عنها بمهارات وقدرات وحوافز في بيئة العمل.

ومن خلال ما سبق يمكن تلخيص ماهية جودة الخدمات في الأشكال التالية:

الشكل رقم (3-42): معنى الجودة

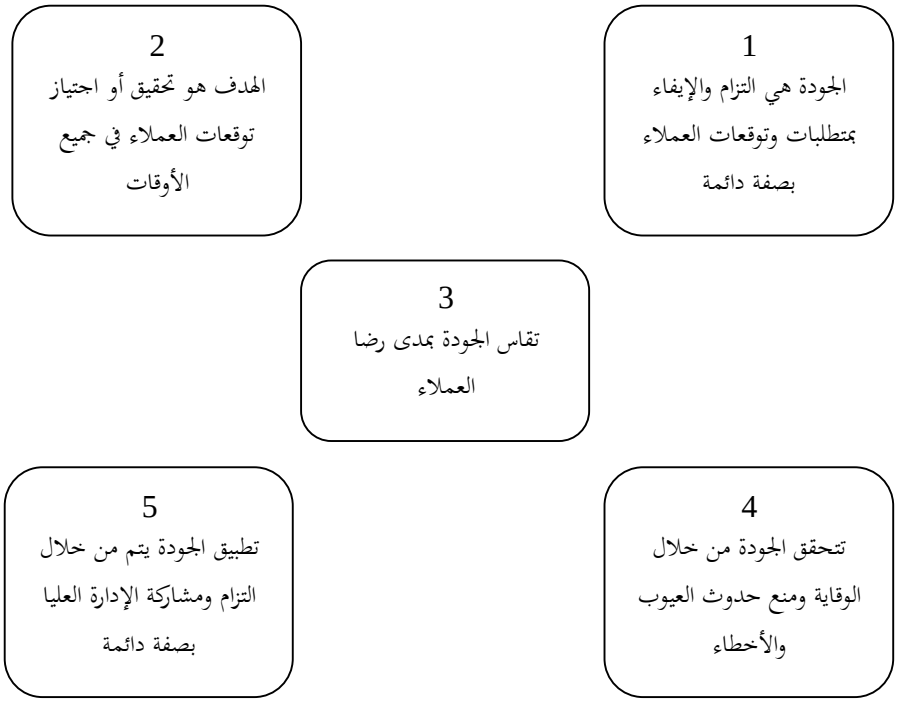


ومن خلال الشكل أعلاه نستطيع وضع مفهوم للجودة.

[1]- الدراركة سليمان مأمون، مرجع سبق ذكره، ص: 194.

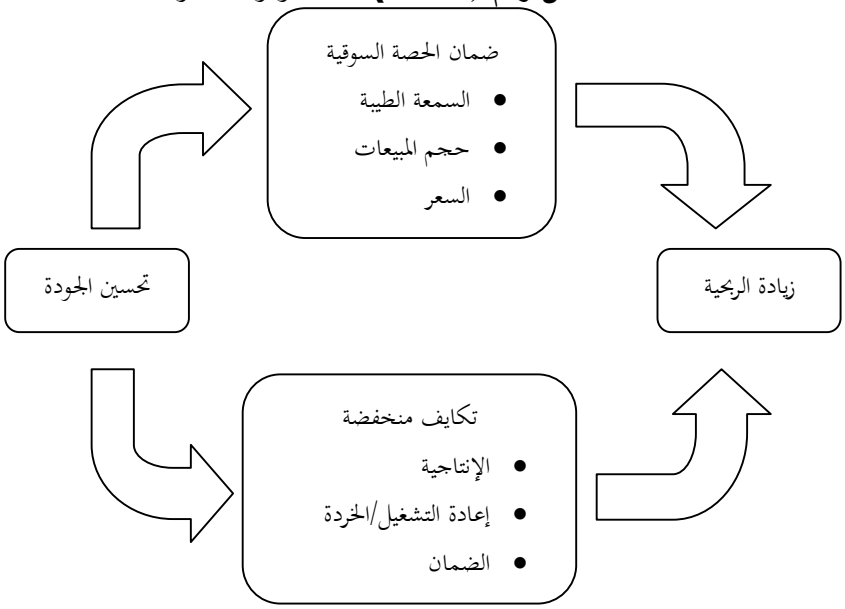
[2]- نعيم عبد الكريم الطراونة، أثر ~أبعاد جودة الخدمات الإلكترونية في تحقيق الرضا لدى ممثلي المنشآت الخاضعة للضمان الاجتماعي، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، 2011، ص: 18.

الشكل رقم (3-43): مفهوم الجودة



المصدر: محمد عيشوني، محاضرة حول مفاهيم أساسية من الضبط الشامل للجودة وإدارة الجودة الشاملة، قسم التقنية الميكانيكية، الكلية التقنية بحائل، 2005، ص ص: 2، 5.

الشكل رقم (3-44): أهمية وفوائد الجودة



المصدر: محمد عيشوني، محاضرة حول مفاهيم أساسية من الضبط الشامل للجودة وإدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص: 3.

المطلب الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية.

هناك عدة تعاريف لمفهوم جودة الخدمات الصحية، انطلاقا من أنها شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة لتميز نفسها عن المنظمات الأخرى إلى مجموعة من السياسات والإجراءات وصولا إلى أنها أسلوب لدراسة عمليات تقديم الرعاية الصحية وتحسينها.

أولا: مفهوم جودة الخدمات الصحية

تعتبر الجودة في الرعاية الصحية "الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه، وفي كل الأحوال فإن أي تعريف لمفهوم جودة الرعاية الصحية لابد له من أن ينسجم مع أبعاد المطابقة مع المواصفات والقيمة والمواءمة والدعم التأثير النفسي"[1].

وأوضح (Kotler) أن جودة الخدمات الصحية "هي شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتميز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية، تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات"[2].

ويرى الدكتور صلاح ذياب "أن الخدمة الطيبة شيء يمكن أن يقدم إلى السوق لتحقيق إرضاء الحاجات ومتضمنة الأشياء الطبية والخدمات، والأفراد، والمكان والتنظيم والأفكار".

ومن هذا المنطلق يرى أن تعريف الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية في غاية التعقيد لأن العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو دائما غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها، وبالتالي فإن محاولة تعريف الجودة في الخدمات ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف، ويضيف أن (Palmar) ويرى جودة الخدمة الصحية من الزوايا التالية:

- **المريض:** على أنه ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.
- **الطبيب:** وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدما والمهارات الطبية في خدمة المريض.
- **المالكين:** الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن.

[1]- محمود صلاح ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 39.

[2]- أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجيلي وآخرون، بحث مقدم بعنوان إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة مختارة من المستشفيات، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، ص: 6.

- **إدارة المستشفى**: تحقيق الكفاءة في التقديم، ويقصد بالجودة الطبية من المنظور المهني الطبي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية، والخدمة الصحية المقدمة، والتعامل المثالي مع المريض والإداري.

ويرى أن أي تعريف لجودة الخدمة الصحية لابد أن يتوافق مع المواصفات والقيمة، والمواءمة مع الاستخدام والدعم والتأثير السيكولوجي (النفسي) [1].

أما جمعية التنمية الصحية والبيئية ترى أن الجودة في المجال الصحي تتركز على مجموعة من النقاط[2]:

- اتسع الغرض من جودة الرعاية الصحية ليشمل تحسين الخدمة لجميع أفراد المجتمع وجميع العملاء وليس فقط المرضى.

- امتد مجال الجودة ليغطي جميع الخدمات الوقائية والتعزيزية وليس فقط الخدمات السريرية.

- تطور مفهوم القيادة ليشمل أيضا دور القيادات الإدارية والمجتمعية بالمؤسسات الصحية.

- انتقل التركيز من الفرز أو التفتيش لاكتشاف النتائج غير المرضية، إلى التحسين المستمر للإجراءات التي تتم أثناء الخدمة بما يضمن أو يمنع حدوث الأخطاء.

- انتشر مفهوم روح الفريق وأصبح أداء كل فرد وعامل في المؤسسة الصحية مهما ويؤثر على جودة الخدمة.

امتد مجال جودة الخدمة ليغطي جميع الخدمات الوقائية والتعزيزية والسريرية، ونستنتج من التعريف السابق أن هذه نقاط لتطور مفهوم الجودة في المجال الصحي، نستطيع أن نستخلص منها عدة تعاريف لجودة الخدمات الصحية:

- جودة الخدمة الصحية هي العمل في روح فريق متكامل.
- جودة الخدمة الصحية هي سلسلة إجراءات تمنع وقوع الأخطاء الطبية.
- جودة الخدمة الصحية هي تغطية جميع الخدمات الوقائية والتعزيزية بما فيها السريرية.

[1]- محمود صلاح ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، جانفي 2012، ص: 72.

[2]- جمعية التنمية الصحية والبيئية، تقرير برنامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية بمصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى المستقبل، إعداد ونشر جمعية التنمية الصحية والبيئية.

ومن وجهات النظر الأخرى المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة، حيث أن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة أعلى لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى وتلبي احتياجاتهم، وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع"[1].

أما تامر ياسر البكري يرى أن تعريف جودة الخدمات الصحية على أنها "مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة، أو أنها تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنه قياسا بما متوقع، وحالما تفهم إدارة المستشفى حاجات المرضى والزبائن فإنها يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا الطرح عادة ما يكون مرتبطا بأداء العاملين في المستشفى بمستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية"[2].

وتعريف جودة الخدمة الصحية على أنها "مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات المعارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهارات وخيراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل تكلفة ممكنة"[3].

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن جودة الخدمات الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى، وهذا من خلال تفهم إدارة المستشفى حاجات المرضى والزبائن، أضف إلى ذلك وضع طريقة تميزها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط وهذا لا

[1]- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فاطمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية يومي 18 و19 ماي 2011 ، جامعة سعد دحلب البليدة – الجزائر، ص: 16.

[2]- زهرة عيد محمد الشمري، مستويات إدارة الجودة في المنظمات الخدمية، دراسة حالة في مستشفى دار التمريض الخاص، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد 18، العدد 3، 2010، جامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد، 2010، ص: 9.

[3]- عبد العباس حسن كاظم، دور التحليل العاملي في تحديد أهم العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 16، العدد 4، 2014، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الكوفة، ص: 7.

يتسنى لها إلا من خلال ما توفره من معالجة تتسم بالعطف والاحترام للمريض، والحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة له.

وحتى تضمن المنظمات الصحية جودة الخدمة الصحية يجب أن تعمل بالمبادئ أو المفاهيم الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة.

يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الحديثة نسبيا التي استحوذت على اهتمام الإدارات في المنظمات التي تسعى لتطوير الأداء ومواكبة التطور الذي يعتمد على تضافر الجهود داخل المنظمة من أجل تحقيق أهدافها ورؤيتها التي تهدف إلى تحقيق التطوير والتحسن المستمر في الأداء والاهتمام بالمستفيدين وتحقيق رغباتهم وحاجاتهم وتوقعاتهم من أجل المحافظة عليهم وضمان ولائهم للمنظمة.

وعلى هذا الأساس فعرفت إدارة الجودة في مجال الخدمات الصحية بأنها "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة دون التعرض للمخاطر، وبذلك فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين الفوائد والمخاطر"[1].

المطلب الثالث: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية.

تقاس جودة الخدمات الصحية من خلال خمسة أبعاد رئيسية وهي (الملموسية، الاستجابة، التوكيد، التعاطف، الاعتمادية)، وهذا ما سوف نتناوله من خلال التالي:

أولا: قياس جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح واضحا أن جودة الخدمات أمر ملح يواجه المؤسسات المختلفة، فلم يعد الاهتمام بأهمية تقديم خدمة ذات جودة متميزة، وإنما تم تجاوز هذا الطرح ومن هذا الطرح ومن هنا بات من الضروري سعي الإدارة إلى الاهتمام بشكاوى العملاء اقتراحاتهم، ومعرفة انطباعاتهم عن الخدمة المقدمة، وهذا ما يسمى بجودة الخدمة.

ومن الصعوبات التي يواجهها المرضى هو تقييمهم للخدمة لكونها غير ملموسة، على غرار السلعة فالأمر يكون سهلا بسبب كون السلعة ذات صفة أو نوعية معروفة المعالم (اللون، الرائحة، الحجم، الشكل....إلخ)، والتي يمكن تقييمها من قبل المستهلك قبل وبعد شرائها.

[1]- ثائرة عدنان الماضي وفريد نصيرات، أثر التمكين الإداري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 7، العدد 4، 2014، ص: 7.

إلا أن الخدمات ومنها الصحية تمتلك بدلا من ذلك مواصفات نوعية تجريبية، تعتمد على التجربة والخبرة كالرضا، السعادة، السرور، الحزن، الألم...إلخ، وهي صفات يمكن تقييمها فقط ومن خلال الشراء أو الاستخدام أو الاستهلاك للخدمة الصحية، كما هو الحال في تداوي وتضميد الجروح، الفحوص المختبرية....إلخ.

والأمر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية عندما ترتبط أو تعتمد على المواصفات النوعية كالثقة والمصداقية، فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها، كما هو الحال مثلا في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة التقنية.

ومن خلال ما تقدم يمكن وضع مجموعة من المقاييس على أساسها يتسنى للمرضى تقييم هاته الخدمات الصحية، إذ نالت مقاييس جودة الخدمة انتباه مجموعة من الباحثين منذ السبعينيات، وتنسب أول محاولة لقياس جودة الخدمات إلى باراسرومان وزملائه (Parasurman)، حيث تمكنوا من تصنيف مقياسهم الشهير (Servqual).

1- نموذج الفجوات:

وهي اختصار لمصطلح نموذج الفجوة (Servqual of Quality Gap) ويعني جودة الخدمة ومكون من العبارتين Service (الخدمة)، Quality الجودة لقياس ما يعرف بالفجوات بين الخدمات المتوقعة من العملاء والخدمات التي يدركها العملاء فعليا.

وحدد " باراسرومان" عشرة أبعاد لقياس جودة الخدمات في مجال صناعة الخدمات وهي[1]:

- **التجسيد (المعلومية أو الاعتمادية)**: تتضمن اتساق الأداء والاعتمادية وتعني أن الشركة تقدم الخدمة بشكل صحيح ومن المرة الأولى، وبذلك توفي الشركة بوعودها.

- **الأمانة**: التحرر من الخطر أو الشك. **الاستجابة**: رغبة وجاهزية العاملين لتقديم الخدمة

- **الاتصال**: تعني إعلام الزبائن بالمعلومات التي يبحثون عنها باللغة التي يفهمونها والإصغاء لطلباتهم، وقد يتطلب ذلك قيام الشركة بتكييف لغتها للزبائن المختلفين.

- **إمكانية الوصول للخدمة**: تتضمن سهولة الوصول وسهولة الاتصال.

- **فهم العميل**: بذل الجهود لفهم حاجة الزبائن.

[1]- محمد إبراهيم سلمان، مستوى جودة الخدمات الصحية الجامعية كما يدركها طلبة جامعة الأقصى لغزة طبقا لمقياس جودة الخدمة، مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)، المجلد 17، جانفي 2013، ص ص: 10، 11.

- **المصداقية**: تتضمن جعل الشركة جديرة بالثقة والاعتماد وتتمتع بالصدق والأمانة والاستقامة وتدافع عن مصالح الزبائن من الصميم[1].

- **الكفاءة**: وتعني امتلاك المهارات والمعارف المطلوبة لتقديم الخدمة.

- **الملموسية**: وتشير إلى التسهيلات المادية المتاحة لدى المؤسسة الخدمية مثل المعدات ومظهر مقدمي الخدمة وأدوات ووسائل الاتصال معهم، ففي الكثير من الأحيان يلجأ العميل إلى الحكم على جودة الخدمة من خلال الخصائص الشكلية المرافقة للخدمة كالتسهيلات المادية، التكنولوجيا المستخدمة في تقديم الخدمة، المظهر الخارجي وتصميم المحل أو المؤسسة وديكوره لخلق جو مريح للعميل.

- **وقت تقديم الخدمة**: وتتعلق بمدى قدرة المؤسسة على تقديم الخدمة في الوقت الذي يريده العميل، وكذلك توافرها في المكان الذي يرغبه، بالإضافة إلى حصوله على الخدمة متى طلبها، كذلك وقت انتظار العميل للحصول على الخدمة وسهولة الوصول إلى مكان تقديم الخدمة[2].

ثم قام بعدها الباحثون (PZB[*]) على دمج هذه المؤشرات العشرة في خمسة أبعاد، إذ يمكن للمرضى على أساسها أن يقيموا الخدمات الصحية المقدمة لهم على أساس مستوى أو درجة نوعيتها ومعتمدين في ذلك على هذه الخمسة أبعاد وهي:

أ- المعولية (الاعتمادية): القدرة على تأدية الخدمات بجدارة وعلى الوجه الصحيح، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في النوعية قياسا بالأبعاد الأخرى، وتشمل[3]:

- دقة السجلات والمعاملات وتفادي حدوث أخطاء (الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة).
- تقديم الخدمة الصحية بشكل سليم (الدقة وعدم الخطأ في الفحص والتشخيص).
- ثبات مستوى أداء الخدمة الصحية.
- الوفاء بالوعود المقدمة لإنجاز الخدمة الصحية وفي المواعيد المحددة.
- توافر المعرفة لدى العاملين بالمستشفى لمساعدة المرضى والرد على تساؤلاتهم.
- تخصيص موظفي المستشفى للوقت الكافي لشرح الخدمات للمرضى.

---

[1]- الشبكة العربية للإدارة، أبعاد جودة الخدمات، على الموقع الإلكتروني: wwww.Arabmn.com/archives تاريخ الاطلاع: 2016/08/09.

[2]- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص ص: 443، 446.

[*] PZB: هي اختصار لأسماء الباحثين الثلاثة: (Parassurman, Zeitham L and Berry).

[3]- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فطيمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص:17.

- الحرص على حل كل مشكلات المريض.

ب- الاستجابة: وتعني قدرة ورغبة واستعداد مقدمي الخدمة في أن يكونوا بشكل دائم في خدمة العملاء وقدراتهم على أداء الخدمة لهم عند احتياجهم لها[1]، وتشمل[2]:

- سرعة تقديم الخدمة الصحية.
- استجابة موظفي المستشفيات للمرضى رغم ضغوط العمل.
- استعداد موظفي المستشفى بالرد على استفسارات المرضى وحل مشكلاتهم.
- إخطار المرضى بدقة عن ميعاد تقديم الخدمة الصحية والانتهاء منها.
- زيادة ساعات الدوام بالمستشفى في حالة الضرورة.
- زيادة عدد العاملين أو نوافذ الخدمة في حالة الازدحام، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة.

ج- الملموسية: وتشير إلى مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المنظمة، أو كما يسميها البعض (المقاييس الهيكلية) وتشمل التنظيم، الأفراد، التسهيلات المتاحة في المستشفى.

ومن الملاحظ أنه يوجد افتراضية عند استخدام هذا المدخل كمؤشر للجودة وهي:

إن الرعاية الأحسن أو الأفضل يتم إمدادها حينما يكون هناك هيئة مؤهلة وعلى مستوى عال، وتجهيزات مادية ممتازة وهيكل تنظيمي جيد وأموال متاحة.

أنه يكون من الكاف لما هو جيد بشرط وجود هيئة مؤهلة، هيكل مادي، تنظيم رسمي، مع ملاحظة أن هذه العناصر ليست متساوية الأثر في علاقتها بالجودة، إنها فقط تتوقع أن وجود خصائص هيكلية جيدة يعني أن رعاية ذات جودة واردة، مع الاعتراف بأنه ليس هناك تأكيد لحدوثها، ولذا فإن المدخل غير كاف بمفرده كمؤشر للجودة[3]، ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية.

د- الكياسة (اللطف التعاطف): ويشير هذا البعد إلى مدى قدرة مقدم الخدمة على تحديد وتفهم احتياجات العملاء وتزويدهم بالرعاية وكمثال: كم من الوقت والجهد الذي يحتاجه مقدم الخدمة حتى يتعرف على حاجات العميل ويدركها؟ ما مدى تفهم مقدم الخدمة لمشاعر وتعاطفه مع مشكلته[4]، ويمثل 16% كأهمية نسبية.

---

[1]- محمد نور الطاهر وأحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، 2015، ص:6.

[2]- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فطيمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 17، 18.

[3]- أمير الجيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظمة الاستشفائية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص: 52.

[4]- محمد نور الطاهر وأحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، مرجع سبق ذكره، ص: 6.

هـ التأكيد: هي السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة، وتعامل الموظفين بلباقة معهم، وإلمامهم بالمعرفة الكافية للإجابة على أسئلتهم[1]، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية.

وفيما يلي سنوضح هذه الأبعاد وما يقابلها من معايير لتقديم كل بعد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقديم الخدمة الصحية، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (3-29): أبعاد النوعية للخدمات الصحية

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
الشمولية	- دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى. - صحة القوائم المالية. - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.	- ثقة عالية لدى المرضى بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى. - له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة.
الاستجابة	- تقديم خدمات علاجية فورية. - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. - العمل على مدار ساعات اليوم.	- وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. - صالة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات.
التأكيد	- سمعة ومكانة المستشفى عالية. - المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي. - الصفات الشخصية للعاملين.	- المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء. - تدريب ومهارة عالية في الأداء.
الكياسة	- اهتمام شخصي بالمريض.الإصغاء الكامل لشكوى المريض. - تلبية حاجات الزبون بروح من الود واللطف.	- الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض. - النظر للمريض بأنه دائما حق.
الملموسية	- الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج. - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة.	- نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي. - نوعية الطعام المقدم.

المصدر: تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 213.

أما بالنسبة للأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية، وحسب دراسة أجراها مستشفى النعمان بالعراق بخصوص النوعية كأن من بين أهم نتائجها هو الوصول إلى هذه الأهمية النسبية، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

[1]- أوراق عمل المؤتمر الدولي للمنظمة الإدارية، نحو أداء متميز في القطاع الحكومي – الرياض، من 13-16 ذو القعدة 1430هـ الموافق لـ1-4 نوفمبر 2009، ص: 7.

الجدول رقم (3-30): مقارنة الأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية

ت	البعد	الأهمية النسبية حسب مقياس Kotler	الأهمية النسبية لدى الأطباء الاختصاص	الأهمية النسبية لدى الأطباء المقيمين
1	الاعتمادية	32	20	21
2	الاستجابة	22	19	19
3	الضمان	19	22	21
4	الملموسية	11	20	19
5	التعاطف	16	19	20

المصدر: تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 214.

ويتضح من الجدول أعلاه بأن هنالك تقارب شديد بين الأهمية النسبية التي أشيرت لدى الأطباء المقيمين والاختصاص وأن الفروق بسيطة إلى حد ما، مما يدل على تقارب الاتصال بين الأطباء والمرضى.

وهنا توافق إلى حد ما بين الأهمية النسبية للأطباء الاختصاص والمقيمين مع المقياس المعياري Kotler في أبعاد الاستجابة، الضمان، التعاطف ويستثنى كل من بعد الاعتمادية والملموسية لعدم التوافق الكبير.

وقد توصل (Berry) إلى وضع 05 فجوات يمكن أن تقود لأن تكون سببا في عدم نجاح الخدمة المقدمة وهذه الفجوات هي كالآتي[1]:

الفجوة بين إدراك الإدارة ونوعية الخدمة المعيارية: ربما تدرك إدارة المستشفى وبصورة صحيحة رغبات المريض ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة بمعنى أن الإدارة مدركة لرغبة المريض، ولكن معايير الجودة غير واضحة.

الفجوة بين نوعية الخدمة المعيارية وتقديم الخدمة: قد يكون الموظفين غير قادرين على إتمام المهمة أو غير راغبين في أدائها.

الفجوة بين الخدمة المستلمة والاتصالات الخارجية: وتتمثل بالاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقا وعبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المستشفى والمرضى.

الفجوة بين الخدمة المستلمة والخدمة المتوقعة: هذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالنوعية المتوقعة.

[1]- تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 216، 219.

وواجه هذا المقياس نموذج الفجوات العديد من الانتقادات، حيث رأى البعض أن هذا المقياس صمم لقياس الخدمات في كل القطاعات ولكنه لم يراعي الفروق الثقافية بين المجتمعات.

وعلى هذا الأساس ظهر مقياس آخر كتنقيح له، وذلك بإضافة الأهمية النسبية لوزن جودة الخدمة في كل بعد من الأبعاد الخمسة من أجل دقة أكبر في القياس.

نموذج الاتجاهات للأداء الفعلي للخدمة اختصار بـ Service performance أعده كل من تايلور و(Cornin) ، حيث استبعد هذا الطرح فكرة الفجوة بين الأداء والتوقعات، وركز على الأداء الفعلي لقياس جودة الخدمات، ويستند هذا المقياس إلى التقييم المباشر للأساليب والعمليات المصاحبة لأداء الخدمة، اعتمادا على الأبعاد الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف)[1].

وقد رفض كل من (Cornin وTaylor) مقياس الفجوة مبررين ذلك على أن هناك عدم موضوعية في قياس الفجوة بين إدراك العملاء وتوقعاتهم، بالإضافة إلى الصعوبة والتعقيد في العمليات الحسابية التي يتضمنها القياس في ظل هذا النموذج، فهو لا يركز على نتائج الخدمة بل أيضا على عمليات تسليم الخدمة والعلاقة التفاعلية بين مقدمي الخدمة والعملاء، وهذا ما يزيد من صعوبة تطبيقه، بينما حسب رأيهم فنموذج Serv perf يمتاز بالبساطة من حيث التحليل والقياس، ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للزبون[2].

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن مقياس جودة الخدمات بصفة عامة، وجودة الخدمات الصحية بصفة خاصة تقاس بنموذجين، نموذج الفجوات ونموذج الاتجاهات للأداء الفعلي للخدمة، وعلى الرغم من الاختلافات بين النموذجين إلا أن كلاهما يعتمد على نفس الأبعاد (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف)، ولهما نفس القياس المتمثل في مقياس (ليكرت الخماسي) للموافقة أو عدم الموافقة الذي نناقشه.

[1]- أوراق عمل المؤتمر الدولي للمنظمة الإدارية، نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، مرجع سبق ذكره، ص: 8.

[2]- محمد إبراهيم سلمان، جودة الخدمات الجامعية كما يدركها طلبة جامعة الأقصى لغزة، طبقا لقياس جودة الخدمة، مرجع سبق ذكره، ص: 12.

المبحث الثالث: عناصر المزيج التسويقي في الخدمات الصحية.

إن النظريات الإدارية والاقتصادية قد ارتبطت أساسا بالحديث عن التسويق للسلع والخدمات المادية إما لطبيعة الندرة النسبية فيها أو بضرورة الطلب عليها أو لسهولة القياس والتقييم فيما يتعلق بالتكلفة والربح، ولعل الخدمة الصحية هي واحدة من بين أبرز هذه الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها، ويرجع هذا إلى أسباب عديدة ومختلفة يمثل عامل التطور والتسارع في الاكتشافات من أبرز سماتها وما يقابلها بذات الوقت من تنوع وغموض في الأمراض الجسدية والنفسية، توجب أن يكون هناك اهتمام بالتسويق للخدمات الصحية لإشباع حاجات المواطنين.

والملاحظ أن التسويق مرتبط في أذهاننا بتوافر منتجات أو خدمات معينة يسعى المنتج إلى توصيلها وانسيابها في سهولة ويسر لإشباع رغبات المستهلك ومن ثم الحصول على عائد مناسب للمنتج، أما المستشفيات فهي تقدم أشكال وألوان من الرعاية الصحية وغير الصحية وهذه الخدمات تستهدف العلاج والوقاية من المرض ثم الارتفاع بمستوى الأداء لأقضى حد ممكن، وعنصر الربح لا يقع في المكان الأول ولا يجب أن يقع في المقام الأول حتى في المستشفيات الخاصة، لأن معاملة الخدمات الصحية معاملة المنتجات أو الخدمات التي تباع وتشترى، فيه شيء من التقليل للمستوى الإنساني الرفيع الذي يجب أن توضع فيه تلك المنتجات.

وعلى هذا الأساس ارتأينا أن نخصص مبحثا لتوضيح النقاط السالفة الذكر وكذا توضيح مفهوم التسويق والخدمات بصورة عامة وخصوصيتها في مجال الصحة.

المطلب الأول: عموميات حول التسويق.

بالنظر إلى التحولات والتطورات التي شهدها العالم الأوروبي ولا زال يشهدها خاصة في ظل الجانب الاقتصادي، من تحرير التجارة الخارجية ظاهرة العولمة...إلخ، كلها عوامل أدت إلى زيادة حدة المنافسة وتحويل المحيط من مستقر إلى محيط غير مستقر، بهذا استوجب على المؤسسات بصفة عامة، والصحية بصفة خاصة، تبني إستراتيجيات لمواجهة هذه المنافسة، ومن ثم تقديم خدمات ذات جدودة عالية، وهذا كله يتوقف على وظيفة التسويق التي نحن بصدد معالجتها من خلال هذا المطلب.

أولا: مفهوم التسويق

هناك عدة تعاريف للتسويق أهمها ما يلي:

- عرفته الجمعية الأمريكية بأنه "القيام بأنشطة المؤسسة التي توجه تدفق السلع والخدمات من المنتج إلى المستهلك النهائي أو المشتري الصناعي"[1].

والملاحظ على هذا التعريف الذي قدمته المجموعة الأمريكية أنه يحصر مفهوم التسويق في وظيفة واحدة ألا وهي البيع، أي نقل السلع أو الخدمات من المنتج إلى المستهلك بواسطة قنوات التوزيع الأربعة وهي:

- من المنتج إلى المستهلك.
- من المنتج إلى الوسيط إلى المستهلك.
- من المنتج إلى الوكيل إلى المستهلك.
- من المنتج إلى الوسيط إلى الوكيل إلى المستهلك.

أي أن هذا المفهوم ينحصر فقط على عملية البيع والتوزيع.

- التسويق هو "تنظيم مصادر المنظمة لتلبية الحاجات المتغيرة للزبائن الذين تعتمد عليهم المنظمة".

بمعنى أن عملية التسويق تدور بشكل أساسي حول الزبائن كجزء من عملية التبادل ويعتبرون الانطلاق لأي نشاط تسويقي لتمييز الحاجات وتطوير المنتجات التي ستشبع حاجات الزبائن خلال التبادل وفي هذه الحالة يمكن أن نعتبر التسويق بأنه عملية الإدارة التي تميز وتتوقع وتجهز متطلبات الزبائن بشكل كفء[2].

التسويق في المستشفيات "ينظر له أنه همزة وصل بين المنظمة وبيئتها الخارجية، حيث يعمل على نقلها من حالة الجمود إلى القدرة على التجاوب مع رغبات العملاء أخذا في الاعتبار التغيرات المستمرة في البيئة الخارجية، فالتسويق يعمل إذا على تحقيق رسالة المنظمة، وبالتالي استمراريتها وبقائها، ومع تزايد حدة المنافسة تزايدت العناية برفع كفاءة التسويق ولذا فإن الاستفادة من الأدوات والاستراتيجيات التسويقية سوف تصبح أمرا حيويا لا غنى عنه للمنظمة"[3].

[1]- محمد الناجي الجعفري، التسويق، سلسلة الكتاب الجامعي، كلية ودمني الأهلية الجامعية، الطبعة الثانية، السودان، ص ص: 20، 22.

[2]- محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، مرجع سبق ذكره، ص: 316.

[3]- شادي محمد القطيفان، التسويق الصيدلاني، أطروحة دكتوراه في الإدارة الصحية، منشورة St elements University، 2007-2008، ص: 21.

ويرى البعض الآخر أن التسويق "هو وسيلة لزيادة العوائد التي تحصل عليها من عمل تجاري، وتلك العوائد توفر دخل أكبر، يجعلك تعيش حياة أفضل. التسويق علم يحاول فهم ما الذي يجعل الفرد منا يوافق على شراء سلعة/خدمة بعينها، منفقا من ماله الذي كد في جمعه.

بمعنى أن التسويق هو مجموعة من القرارات الذكية تتخذها عندما تبدأ نشاطا تجاريا، تحاول عن طريقة الحصول على حريتك المالية، ومن ثم تصبح أنت مالك أمرك ونفسك، متمتعا بنشوة النجاح عندما تخطو خطوات ناجحة، من شأنها أن تعود عليك بالأرباح والنجاح"[1].

ويرى Yves Shirouze في كتابه Marketing أن التسويق "هو عبارة عن حالة سلوكية تتركز على المستهلك للإجابة بقدر الإمكان على احتياجاته، ويتم بخطوات ممنهجة تبدأ بتحليل السوق وبيئته، التخطيط، الاستخدام حتى مراقبة القرارات المتعلقة بالمنتج، سعره، وتوزيعه وترويجه، كما أنه له تقنيات صارمة تسمح للمؤسسة بمنافسة السوق وإنشاء أو تكوين الزبائن والحفاظ عليهم وتطويرهم، وكذا تحقيق أهدافها المنشودة"[2].

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن هذا التعريف هو أشمل وأقرب إلى معنى التسويق، لأنه ضم معظم النشاطات التسويقية مثل: التسعير، الترويج وتخطيط السلع.

ومن هذا المنطلق جاءت الجمعية الأمريكية للتسويق، بمفهوم جديد له، إذ عرفته بأنه "عملية تخطيط وتنفيذ التصور الكلي لتسعير وترويج الأفكار والسلع والخدمات لخلق عملية التبادل التي تشبع حاجات الأفراد والمنشآت"[3]. ورأت أنه المفهوم الحديث للتسويق.

ومن خلال هذا التعريف نستخلص أن التسويق يعتبر عملية إدارية تهدف إلى تنفيذ عمليات التبادل لصالح الفرد والمنظمة والتسويق أيضا لا يقتصر على السلع والخدمات وإنما يتعدى الأفكار والمبادئ.

ومن خلال كل التعاريف السابقة نستخلص أنه لا يوجد تعريف شامل للتسويق، متفق عليه، ومن هذا المنطلق يمكن تلخيص التسويق في النقط التالية[4]:

---

[1]- رؤوف شبايك، التسويق للجميع، الجزء الأول، برعاية شبكة أبونواف، كتاب على الموقع: abunawaf.com تاريخ الاطلاع: 2016/07/20.

[2]- معراج هواري، جهاد بوعزوز وآخرون، تسويق خدمات التأمين، واقع السوق الحالي وتحديات المستقبل، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2013، ص: 17.

[3]- معراج هواري، جهاد بوعزوز وآخرون، تسويق خدمات التأمين، واقع السوق الحالي وتحديات المستقبل، مرجع سبق ذكره، ص: 17.

[4]- معراج هواري، جهاد بوعزوز وآخرون، تسويق خدمات التأمين، واقع السوق الحالي وتحديات المستقبل، مرجع سبق ذكره، ص: 18.

- منهجية تحليل حاجات المستهلك وتضم تحليل السوق، المحيط وإمكانيات المؤسسة على مستوى التخطيط والمراقبة.

- حالة فكرية: تضم الاستماع للمستهلك، البحث لتعظيم الربح ومحاولة الربط بين الثلاثية: المؤسسة، المردودية، التطور، وبين القاعدتين الأساسيتين (الإنتاج قصد البيع والبيع لمواصلة الإنتاج).

- الإرادة في التصرف الذي يأخذ شكل وسائل وطرق البيع، التوزيع والترويج.

ثانيا: وظائف التسويق

يزداد إدراك المؤسسات لضرورة القيام بتحليل احتياجات السوق بهدف اتخاذ القرار المتعلق بما ستنتجه، والسعر الذي ستبيع به منتجاتها، وبذلك تتسع وظائف التسويق لتشمل عدة وظائف للتسويق نذكر من أهمها:

1- التسويق الدراساتي: ويتضمن الدراسات التسويقية، متابعة الموقع التنافسي ومراقبة فعالية العمليات التي تم تنفيذها بمفاهيم المنتج، السعر، الدعاية والتوزيع، ويهتم التسويق بتحليل السوق (العرض، الطلب، المحيط...إلخ).

2- التسويق العملياتي: ويشمل على سبيل المثال: القيام بحملات الدعاية والتوزيع، العمليات التي يقوم بها البائعون والتسويق المباشر، طريقة عرض السلع، الخدمة ما بعد البيع...إلخ ويكون تدخله بعد الإنتاج[1].

3- التسويق الاستراتيجي: يرى Winkler أن التسويق الاستراتيجي هو عملية تعمل على تحقيق شيئين مهمين، الأول: تشخيص مشاكل المنظمة (المشاكل المشتركة)، والبحث عن الحلول البديلة، والثانية: توفير للمنظمة نقطة تركيز واتجاه، فإستراتيجية التسويق هي علم وفن إسقاط وتوجيه حركات وعمليات المنظمة في السوق لصالح المنظمة".

في حين يرى Kotler في نفس التوجه أن التسويق الاستراتيجي "هو عمليات تحليل الفرص البديلة واختيار الأهداف وتحديد الاستراتيجيات وتصميم الخطط وتنفيذها ومراقبتها"[2].

وعلى هذا الأساس يتم تصميم إستراتيجية تسويقية فعالة يتطلب ثلاثة قرارات متداخلة هي[3]:

أ- يجب وضع مجموعة محددة من الأهداف التي ينبغي إنجازها في السوق المستهدف مثل حجم محدد من المبيعات أو نصيب سوقي معين أو أهداف تتعلق بالربحية.

---

[1]- وردية واشد، التسويق، معرفة السوق والمستهلكين، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2008، ص: 10.

[2]- محمود جاسم محمد الصميدعي، استراتيجيات التسويق، مدخل كمي وتحليلي، دار الحامد للنشر والتوزيع، بدون طبعة، عمان، 2009، ص: 32.

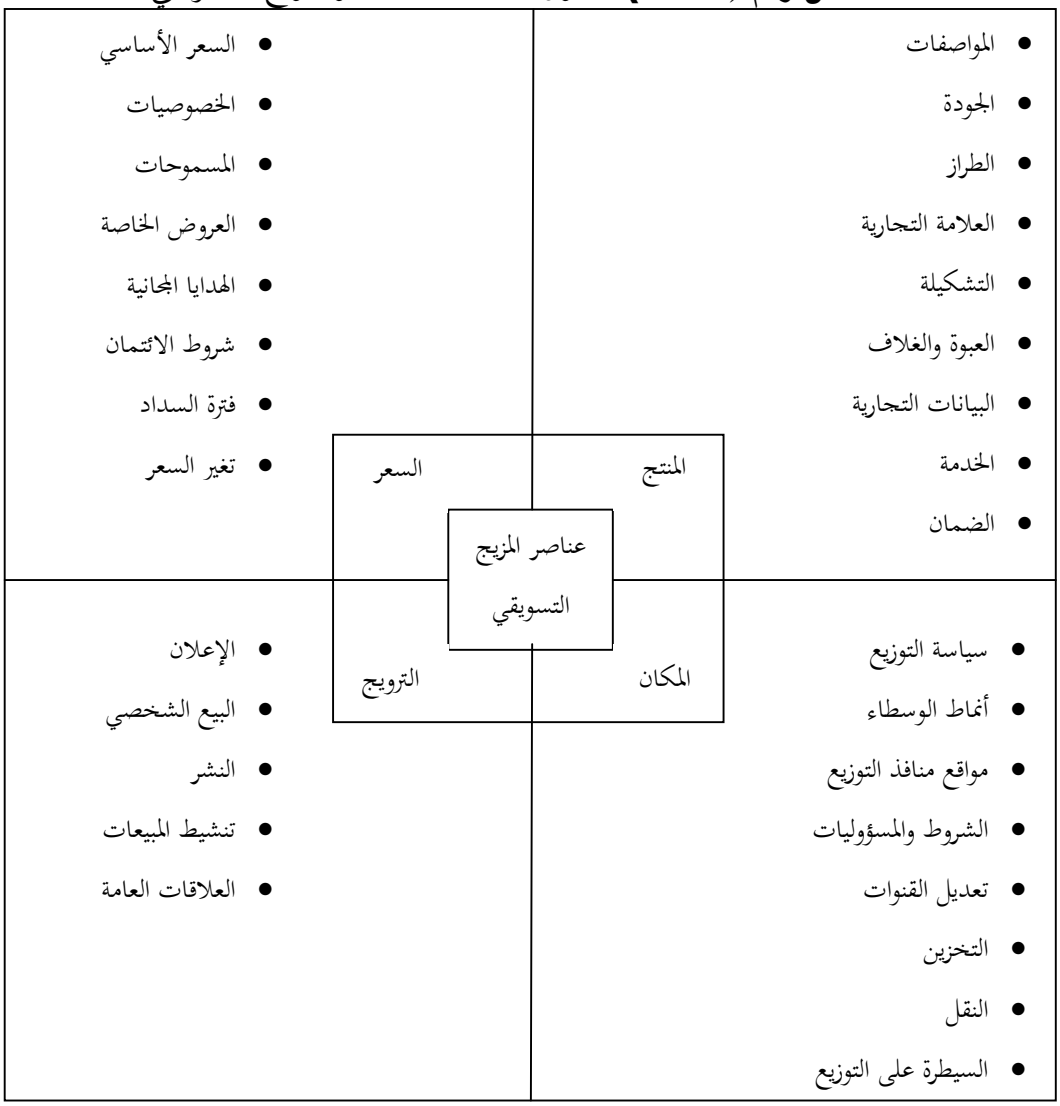
[3]- محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، مرجع سبق ذكره، ص: 35.

ب- يجب وضع إستراتيجية تسويقية شاملة لجذب العملاء وللحصول بالتالي على ميزة تنافسية في السوق المستهدف، إذ يجب أن تكون متماشية مع إمكانيات المنظمة.

ج- يجب اتخاذ قرارات فيما يتعلق بكل عنصر من عناصر البرنامج التكتيكي التسويقي المستخدم لتنفيذ الإستراتيجية التسويقية.

والشكل **(3-47)** الموالي يبين أهم القرارات التي يتم اتخاذها فيما يتعلق بعناصر المزيج التسويقي الأربع.

الشكل رقم (3-45): القرارات المتعلقة بعناصر المزيج التسويقي



المصدر: محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، مرجع سبق ذكره، ص: 37.

4- التسويق الإلكتروني: تطور التسويق الإلكتروني مع قطاع الانترنت وتوسع نطاق استخدامه، إذ لم يعد محصورا على قناة توزيعية هامشية كالتسلية مثلا، وأدت الخصائص التقنية للتجارة عبر الاتصال والتخفيف من

الحدود الجغرافية إلى خلق أسواق جديدة وأصبح الانترنت بالنسبة لمعظم الموزعين التقليديين الذين يملكون شبكة توزيع في المحل أو أولئك الذين يعتمدون الكتالوج ميزة إضافية تستخدم في إستراتيجية التوزيع المتعدد القنوات.

وتستخدم هذه القناة على نحو جيد في بتوزيع بعض المنتجات مثل: الكتب، الأقراص السمعية المرئية، الحواسيب...إلخ، ويمكن أن توزع بعض هذه المنتجات على شكل غير مادي (موسيقى، أفلام، برامج...إلخ)، الأمر الذي يغني التاجر أو صاحب الخدمة بصفة عامة عن الاتصال عن التسليم المادي للبضائع، أضف إلى ذلك إمكانية الحصول على المعلومة بأقل التكاليف في تبني الانترنت من طرف المستهلكين سواء تم الشراء عبر الاتصال أو بطريقة أخرى[1].

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن الانترنت لا يوفر سوى المزايا غير الموجودة في قنوات التوزيع الأخرى (السرعة، الأمان، مصاريف الميناء)، وهو نوع من التسويق لسلعة أو خدمة معينة عبر شبكة الانترنت.

5- التسويق الصحي: وهذه النقطة سنخصص لها عنصر خاص مستقل فيما.

ثالثا: أهمية التسويق

تكمن أهمية التسويق في النقاط التالية:

- اكتشاف رغبات الزبائن، وإقناعهم باستخدام خدمات المنظمة.
- التعرف على المنتجات الموجودة في السوق.
- معرفة حصة المشروع في السوق من الحصة التسويقية العامة[2].
- خلق قيمة مضافة جديدة لعملاء من خلال استهلاكهم أو استعمالهم للسلعة أو الخدمة المقدمة.
- العمل على تحديد عملية الاتصال بين البائع والمشتري بشكل يدعم القيمة المدركة من قبل المستهلك أو العميل.
- دعم التعاون والتنسيق المستمر بين المسوقين والعملاء.
- بناء شبكة من العلاقات مع العملاء، إضافة إلى شبكة من العلاقات بين المنظمة ومختلف الأطراف مثل: الموردين والموزعين والوسطاء وغيرهم من أصحاب المصالح مع المنظمة[1].

[1]- وردية واشد، التسويق الإلكتروني، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2008، بيروت، لبنان، ص ص: 8، 9.

[2]- الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، على الموقع www.abahe.co.uk تاريخ الاطلاع: 2016/08/23.

- رفع مستوى المعيشة وهذا من خلال المفهوم الاجتماعي للتسويق الذي يعمل عن طريق تسويق أجود السلع والخدمات والتي لا تضر بالبيئة ولا بصحة المستهلك.

- دعم التجارة الخارجية، إذ كثيرا ما يتوقف مستوى معيشة الدولة على مقدرتها على تسويق سلعها وخدماتها في الأسواق الدولية وذلك للاختلافات الكبيرة في أذواق وعادات المستهلكين وتباين لغاتهم ولهجاتهم نتيجة لاختلاف الثقافة، ومن هنا تظهر أهمية التسويق في دعم التجارة الخارجية للدولة وذلك بالتعرف على تلك الأسواق عن طريق بحوث التسويق.

- تخفيض الأسعار وذلك من خلال خاصية وفورات الحجم عن طريق النشاط التسويقي[2].

- ومن خلال عرض النقاط السابقة الذكر، فالمنظمات الصحية تميل إلى الاعتقاد بأن تسويق الخدمة الصحية إنما يتضمن فقط النقطة الأولى وهي إقناع العملاء (المرضى) باستخدام خدماتها وهو ما يعد إعلانا أو علاقات عامة، وليس تسويقا للمبادئ العلمية التي استقر عليها الفكر التسويقي في هذا الصدد إلى بعض العناصر الملموسة مثل: أماكن الانتظار المريحة الجذابة....إلخ[3].

المطلب الثاني: البيئة التسويقية الصحية.

تواجه شركات وتنظيمات الأعمال أيا كانت طبيعة عملها خلال دورة حياتها العديد من المتغيرات والمحددات التي تؤثر فيها بشكل أو بآخر، كما يمكن لتلك المنظمات أن تؤثر في البيئة المحيطة بها وهذا ما يسمى في علم التسويق بالبيئة التسويقية التي نحن بصدد دراستها من خلال هذا المطلب.

---

[1]- إلهام فخري أحمد حسن، التسويق بالعلاقات، الملتقى العربي الثاني، التسويق في الوطن العربي، الفرص والتحديات، 6-8 أكتوبر، الدوحة، 2003، ص ص: 7، 8.

[2]- محمد الناجي الجعفري، التسويق، سلسلة الكتاب الجامعي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 20، 22.

[3]- محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، مرجع سبق ذكره، ص: 318.

أولا: البيئة التسويقية

عرف البعض البيئة بصورة عامة بأنها كافة القوى ذات الصلة التي تقع خارج حدود المنظمة، ويقصد هنا بالقوى ذات الصلة جميع المتغيرات أو الكيانات (المنافسون، العملاء، الظروف السياسية) التي تؤثر على أداء المنظمة[1].

ويرى فيليب كوتلر "أن المسوقين يحتاجون أن يكونوا جيدين في بناء علاقات مع العملاء، والآخرين في الشركة، والشركاء الخارجيين، ولعمل هذا بفعالية يجب أن يفهم المسوقون الأقوياء البيئة الرئيسية التي تحيط بهذه العلاقات، وتتكون بيئة التسويق من القوى الواقعة خارج التسويق التي تؤثر على مقدرة إدارة التسويق على بناء علاقات ناجحة مع العملاء المستهدفين والحفاظ عليها وتوفير بيئة التسويق كلا من الفرص والتهديدات، ومن هنا يتسنى للشركات المراقبة والتحليل المستمرين للبيئة المتغيرة"[2].

ويمكن تعريف البيئة التسويقية بأنها "كافة القوى الموجودة داخل المنظمة وفي المحيط الخارجي الذي تزاول فيه أعمالها وتؤثر على القدرة الشرائية للمنظمة، ومدى فاعلية الإدارة في اتخاذ قرارات ناجحة بشأن بناء وتطوير علاقات ناجحة مع السوق، كما أنها تتضمن عناصر دفع للمنظمة أو عناصر تعطيل وإعاقة لمسيرتها"[3].

ومن خلال التعريف السابق تستطيع القول أن البيئة التسويقية تتكون من بيئتين، الأولى بيئة خارجية وهي البيئة العامة، والثانية البيئة الداخلية وهي البيئة الخاصة.

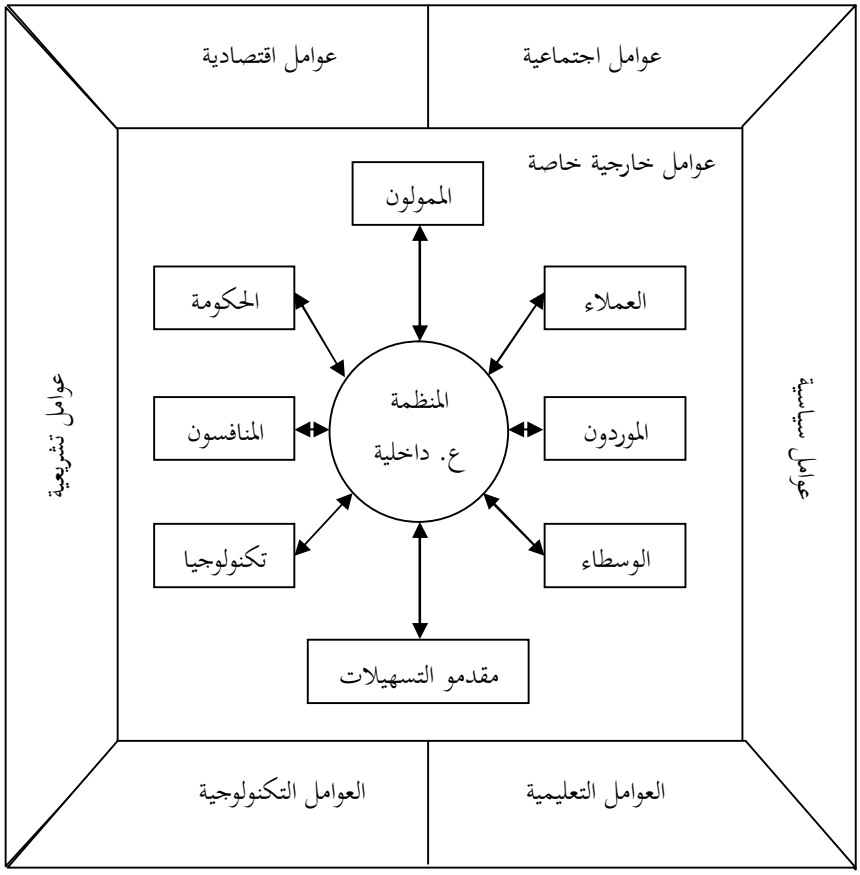
وهذا ما يبينه الشكل **(3-48)** الموالي:

[1]- طارق طه، إدارة التسويق، دار الفكر الجامعي، بدون طبعة، الإسكندرية، 2008، ص: 173.

[2]- فيليب كوتلر، جاري أرمسترونج، أساسيات التسويق، دار المريخ للنشر، بدون طبعة، ص: 168.

[3]- سناء حسن حلو، أثر البيئة التسويقية في التخطيط الاستراتيجي للتسويق، مجلة الإدارة والاقتصاد، معهد الإدارة، الرصافة، 2009، ص: 7.

الشكل رقم (3-46): العوامل البيئية (خارجية، داخلية) المحيطة بالمؤسسة



المصدر: الطيب داودي، أثر تحليل البيئة الخارجية والداخلية في صياغة الإستراتيجية، مجلة الباحث، عدد 05، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2007، ص: 40.

ثانيا: أنواع البيئة التسويقية:

1- البيئة التسويقية الداخلية (الخاصة):

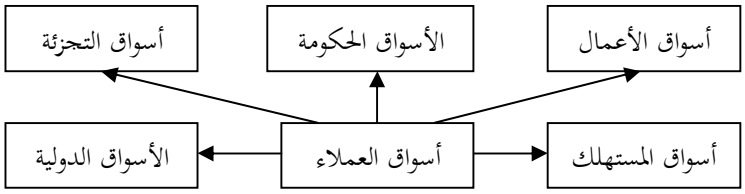
وهي تتكون من العناصر القريبة والمباشرة التي تتحكم في إدارة التسويق بالمنظمة، وتتكون بدورها من بيئة عامة داخلة وبيئة خاصة (المهمة).

أ- البيئة المهمة: وتتكون من:

- **العملاء:** يتمثل العملاء (المرضى) في جميع الأفراد والهيئات التي تقوم بشراء منتجات المنظمة من سلع وخدمات، سواء كانوا مستهلكين نهائيين، أو مشترين صناعيين، ويعني ذلك أن سوق عملاء المنظمة يضم أسواق المستهلك، أسواق الأعمال، الأسواق الحكومية، أسواق بائعي التجزئة، الأسواق الدولية[1]، كما يظهره الشكل رقم (3-49).

[1]- طارق طه، إدارة التسويق، مرجع سبق ذكره، ص ص: 176، 177.

الشكل رقم (3-47): أسواق العملاء



المصدر: طارق طه، إدارة التسويق، مرجع سبق ذكره، ص:177.

أما إذا أسقطنا هذا التعريف على الرعاية الصحية فإنه يتطابق معه، إلا أن الاختلاف يكمن في أنواع الأسواق، فكما نعلم أن أسواق الرعاية الصحية (سوق السلع والخدمات الصحية) يتكون من (سوق خدمات الأطباء، سوق الدواء، سوق خدمات المستشفيات). انظر الشكل رقم (1-5): مكونات سوق السلع والخدمات الصحية.

- **الموردون:** إن المجهزين أو المزودين الذين يزودون المنظمة بالسلع والخدمات اللازمة من قبل الزبون، وهذا ينطبق كذلك على الرعاية الصحية.

- **الوسطاء:** يعتبر الوسطاء وصلة ثمينة بين المنظمة والشركات المنتجة والزبائن، إذ أن الشركات تفضل التعامل مع الوسطاء أكثر من التعامل مع الزبائن النهائيين لأن الشركات تجد صعوبة في التعامل المباشر مع الزبائن النهائيين، فمثلا في مجال الخدمات الصحية، الشركات المنتجة للأدوية تتعامل مع الوسطاء لخبرتهم ودراستهم بالسوق (المنافسون، الزبائن، الأسعار...إلخ)، بدلا من المريض نفسه.

- **أصحاب الحصص:** تتزايد أصحاب الحصص بشكل مستمر في هذه البيئة، إذ أصبحوا يؤثرون على فعالية السوق[1].

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن البيئة التسويقية الداخلية بصفة عامة تنطبق على البيئة التسويقية.

ب- البيئة العامة: وتنقسم بدورها إلى قسمين:

- **البيئة الداخلية المباشرة:** وتتكون من عناصر المزيج التسويقي التي هي المنتج، التسعير، الترويج والتوزيع، وهي تمثل المتغيرات الداخلية التي يمكن السيطرة عليها من قبل الإدارة.

- **البيئة الداخلية غير المباشرة:** وهي تمثل المتغيرات الفرعية أو ما يسمى بالأنظمة الفرعية التي لها علاقة مباشرة مع المنظمة (المستشفى).

[1]- شادي محمد القطيفان، التسويق الصيدلاني، مرجع سبق ذكره، ص: 31.

- كأنظمة الإنتاج التي تركز على تحويل المواد الأولية إلى صيغ وأشكال، أو تقدم خدمات كالمستشفيات مثلا.
- نظام التمويل الذي يعمل على توفير السيولة اللازمة سواء بالاعتماد على التمويل الذاتي الذي يعتبر عنصر من عناصر التمويل الداخلي بالمنظمة، أو بالاعتماد على المصادر الخارجية كالقروض أو المساعدات والإعانات، أو طرح الأسهم والسندات...إلخ.
- نظام المعلومات وهو النظام المسؤول على تدفق المعلومات، إذ نجاح المنظمة أو فشلها يتوقف على صحة ودقة وكثافة المعلومات[1].

2- البيئة التسويقية الخارجية:

وتتكون بدورها من جميع القوى الخارجية التي تؤثر بالسلب أو بالإيجاب على المنظمة وهي:

أ- **البيئة الاقتصادية:** تؤثر البيئة الاقتصادية على أنشطة المنظمة وممارستها التسويقية، ومن أمثلة هذه الظروف مستوى الدخل بمعنى أن الدخل يؤثر على نشاط المؤسسة فإذا كانت الدخول متوفرة لدى أفراد المجتمع، فلن يكون هناك عزوف على الإقبال على شراء السلع والخدمات الصحية مثلا[2].

وهذا يتوقف على معدلات البطالة، فإذا انخفضت معدلات هذه الأخيرة ترتفع الدخول، وبالتالي البطالة تعتبر متغير من المتغيرات الاقتصادية، التي تضم معدلات التضخم فإذا ارتفعت معدلاته، أي ارتفاع المستوى العام للأسعار مثلا للأدوية الصيدلانية يؤثر على الشركات المنتجة وعلى المرضى على حد سواء.

ب- البيئة الاجتماعية والثقافية:

-العوامل السكانية أو الديمغرافية: وهي مجمل المؤشرات التي تصف مكانة الفرد في بيئته الاجتماعية، وتكون هذه المؤشرات سهلة القياس وتستخدم في الدراسات التسويقية بسبب قدرتها على التمييز ومنها:

- السن وغالبا ما تتحدد السياسات التسويقية ببنية المجتمع، وفقا للشرائح العمرية، فمثلا الأطفال المراهقون لهم قدرة شرائية هامة، بالإضافة إلى أن القيم والأنماط المعيشية لهذه الجماعة تؤثر على الاستهلاك على الأمد الطويل، ويمثل المسنون جزءا هاما بسبب تزايد قدرتهم الشرائية والوقت الذي يمتلكونه في حال كونهم متقاعدين عن العمل. وهذا ما يتطابق مع السياسة التسويقية الصحية في كثير من النقاط.

[1]- محمود جاسم محمد الصميدعي، استراتيجيات التسويق، مرجع سبق ذكره، ص ص: 59، 60.
[2]- طارق طه، إدارة التسويق، مرجع سبق ذكره، ص: 196.

- مستوى التعليم يؤثر بصفة مباشرة على القدرة الإدراكية للفرد، ومنه على مسار القرار، فكلما كان الفرد متعلما، كلما مال إلى البحث عن معلومات جديدة[1].

- معرفة الخصائص والسمات الشخصية والتنبؤ بالأنماط السلوكية للأفراد، وسلوك الشراء هو أحد أهم أنواع السلوك الإنساني، لأن فهم دوافع الزبون ليست بالأمر الهين، كما أن بعض الزبائن لا يرغبون في الإدلاء بآرائهم ودوافعهم الشرائية، أضف إلى ذلك عدم معرفة بعض الزبائن بآرائهم ودوافعهم التي تحركهم عند شراء سلعة أو خدمة أو شرائها[2].

أما البيئة الثقافية فتتمثل في العادات والتقاليد والأعراف، فهي تؤثر تأثيرا على نمط الحياة، فمثلا المجتمعات المتقدمة تتمتع بعادات صحية قد لا تتوفر كثيرا في المجتمعات المختلفة كالوعي والدقة والانتظام في استخدام الدواء، والإقبال على متابعة البرامج الصحية، وكذلك فإن هناك بعض أصناف الدواء تكون رائجة في بعض المجتمعات ومرفوضة في مجتمعات أخرى بحكم الأعراف الدينية لهذه المجتمعات، فالأدوية التي تحتوي على نسب كحولية قد لا تكون محبذة في المجتمعات الإسلامية[3].

وعلى هذا الأساس، ومن خلال ما سبق يمكن القول أن على المنظمات بصفة عامة، والصحية بصفة خاصة أن تحصر قائمة هذه العناصر السابقة الذكر عند بناء سياساتها الإنتاجية والتسويقية حتى تستطيع الولوج أو الدخول إلى جل أسواق المجتمعات المختلفة.

ج- البيئة السياسية:

تتكون البيئة السياسية من القوانين والتشريعات التي تغطي المنافسة، وممارسة التجارة العادلة، والحماية البيئية، وأمن المنتجات.

د- البيئة التكنولوجية (التقنية):

هي البيئة التي تنتج التقنيات الجديدة مما ينتج عنها منتجات جديدة وفرص سوق جديدة، فعلى المنظمات بصفة عامة أن تواكب هذه التطورات التكنولوجية حتى تستطيع الولوج إلى الأسواق مثلا إنتاج الصواريخ النووية

[1]- وردية واشد، التسويق، مرجع سبق ذكره، ص ص: 44، 45.

[2]- عادل هادي البغدادي، دور عوامل البيئة التسويقية الكلية في الخصائص الشخصية لمشتري السلع الكهرومنزلية، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة الكوفة، المجلد 11، العدد 3، 2009، ص ص: 14، 15.

[3]- دحمان ليندة، التسويق الصيدلاني، أطروحة دكتوراه، فرع علوم التسيير ، جامعة دالي إبراهيم، الجزائر، 2009-2010، ص ص: 153، 154.

والأسلحة الكيميائية، الانترنت...إلخ، وعلى المنظمات الصحية بصفة خاصة مواكبة هذه التقنيات كتطوير المضادات الحيوية، ونقل أو زرع الأعضاء البشرية[1].

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن على المنظمات بصفة عامة والصحية بصفة خاصة أن تواكب هذه التطورات التقنية والسياسية، وأن تتنبأ بها لرسم سياساتها التسويقية.

المطلب الثالث: مضامين تسويق الخدمات الصحية

سوف نتطرق من خلال هذا المطلب إلى مفهوم تسويق الخدمات الصحية من خلال عناصر المزيج التسويقي الصحي.

أولا: مفهوم التسويق الصحي

هناك اختلاف كبير بين المنظرين في وضع تعريف شامل عن التسويق الصحي.

واستنادا على ما سبق يمكن تعريف التسويق الصحي كما عرفه kotler على أنه التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة على البرامج المحددة بدقة نحو تحقيق قيمة تبادلية اختيارية (طوعية)، مع الأسواق المستهدفة بهدف بلوغ ما تسعى إليه المنظمات الصحية من أهداف، معتمدة في ذلك على ملاقاة حاجات تلك السواق المستهدفة ورغباتها، ومن خلال الاستخدام الفاعل للتسعير والاتصالات والتوزيع، من أجل إعلام السوق وإيجاد الدافع لدى الأفراد وخدمتهم.[2]

وأهم القضايا التي اشتمل عليها تعريفkotler، التسويق وظيفة إدارية تتضمن التحليل والتخطيط والتنفيذ، إذ يتكون التسويق الصحي من أربعة مراحل هي:

المرحلة الأولى: مرحلة تحليل وفهم عميق لكل من

أ- البيئة.

ب- حاجات وتوقعات المرضى والجمهور.

ج- المنافسة.

المرحلة الثاني: التخطيط وتشمل

أ- بحث ومسح حاجات المرضى الحالية والمستقبلية.

ب- وضع الأهداف والمعايير

[1]- فيليب كوتلر، جاري أرمسترونج، أساسيات التسويق، مرجع سبق ذكره، ص: 199.

[2]- ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 29.

ج- تقييم قابلية المستشفى.

المرحلة الثالثة: التقييم والتنفيذ وتشمل:

أ- إدارة المزيج التسويقي (التسعير والترويج والمكان)

ب-تسويق الخطة داخلياً (داخل المستشفى)

ج- تطوير العلاقات مع الجمهور.

المرحلة الرابعة: و تشمل التغذية العكسية و الرقابة (التحقيق من سير الخطة)

أ- بناء و تطوير الاختبارات والموازنات.

ب- مراقبة التطور

ت- إجراء العمليات التصحيحية

في حين يرى البعض أن مفهوم التسويق الصحي «هو مجموعة من الأنشطة والفعاليات التي تهدف إلى تحقيق الاتصال بالجمهور المستهدف وجمع المعلومات عنهم، وتحديد حاجاتهم بهدف تكوين سلوك صحي لدى الأفراد، وأن هذا السلوك مطلوب من العاملين في مجال التسويق الصحي».[1]

ونستنتج من التعريف أعلاه أن التسويق الصحي يعنى بـ:

- اختيار السوق المستهدف أكثر مما يعمل في سوق شامل ليتمكن أكثر من ذلك السوق المستهدفة.
- جعل المنظمة أكثر تطابقاً لما تقدمه من خدمات صحية مع حاجات تلك الأسواق المستهدفة.
- نشر الثقافة الصحية لدى الفئة المستهدفة.

ومما سبق يمكن القول أن التسويق الصحي هو تسويق يهتم بالمرضى من خلال سياسات تسويقية تدعى سياسات المزيج التسويقي للخدامات الصحية أو (مزيج التسويق الصحي)، نوجزها في التالي.

ثانيا: سياسة المنتج الصحي.

تعرف المنتجات الصحية بأنها«العلاج المقدم للمرضى سواء ً كان تشخيصياً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل».[2]

---

[1]- ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي الاجتماعي، دار المناهج للنشر، الأردن، 2008، ص: 99.

[2]- ميلود تومي، حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص:38.

وجدير بالذكر ومن خلال التعريف أعلاه نستنتج أن للخدمة الصحية مميزات تجعل عملية تسويقها تختلف عن تسويق السلع والخدمات الأخرى، منها:[1]

1- عدم الملموسية: أي أن الخدمات الصحية غير ملموسة وهذا ما يصعب على الزبون عملية الاختيار، حيث تصعب رؤيتها، تذوقها، ولمسها قبل شرائها.

2- شخصية بعض الخدمات الصحية تقدم لشخص واحد من حيث أن:

- لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية.
- الطبيب لا يستطيع أن يعالج أكثر من مريض في وقت واحد و هناك خدمات ليست شخصية أي لا تقدم لشخص واحد، وإنما تقدم للعديد من الأشخاص في آن واحد مثل حملات النوعية من مرض معين، حيث توجه الحملة إلى كل أفراد المجتمع في آن واحد.

3- عدم قابلية الخدمات الصحية للتخزين[2].

ثالثا: سياسة التسعير الصحي:

يعتبر مفهوم السعر مفهوماً واسعاً وتباينت التعاريف والأراء التي تناولت السعر سواءً من وجهة النظر الاقتصادية أم من وجهة نظر المسوقين، فالسعر « هو التعبير النقدي لقيمة السلعة في وقت ومكان معين و هو العنصر الوحيد من المزيج التسويقي الذي يمثل إيرادات المنشأة و يرتبط السعر بالتكاليف الثابتة والمتغيرة والتي تساوي في مجموعها التكاليف الكلية، والسعر هو العنصر الوحيد من عناصر المزيج التسويقي الذي يدر عائداً وربحاً، وباقي العناصر الأخرى تمثل تكلفة والمشكلة رقم واحد أمام المنفذين التسويقيين هي عملية السعر و المنافسة السعرية».[3]

يحدد كوتلر و زملاءه السعر بأنه «كمية النقد المدفوعة مقابل سلعة أو خدمة أو لهم من القيم التي يبادلها المستهلك بالنقد من أجل الحصول على المنافع التي يحملها المنتوج المستعمل من قبل المستهلك».[4]

---

[1]- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص: 17.

[2]-ميلود تومي، حبيبة قشي، آليات تطبيقف السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص:38.

[3]- زكرياء احمد عدلان، علي فلاح الزغبي، سياسات التسعير، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، الأردن، 2011، ص: 25.

[4]-علي عبد الرضا الجياشي، التسعير مدخل تسويقي، جهينة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008، ص: 17.

ويركز هذا التعريف على كمية النقد المدفوعة من أجل الحصول على المنافع، فهو يربط بين المنفعة المتوقعة والنقد المدفوع من قبل المشتري للمنتوج.

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن السعر بمعناه البسيط هو انعكاس لقيمة شيء ملموس (سلعة) أو غير ملموس (خدمة)، خلال فترة زمنية معينة، والسؤال المطروح هو كيف يتحدد السعر بالنسبة للمنتجات وخاصة الصحية منها؟.

إن التسعير الخدمات يكون أكثر تعقيداً من تسعير السلع نتيجة لخصائصها وعدم ضبط تكاليفها بشكل دقيق، والخدمة بصفة عامة، والخدمات الصحية بصفة خاصة تميزها عن السلعة مثل عدم الملموسية، عدم قابليتها للخزن، عدم النمطية صعوبة النقل.

إلا أنه هناك عدة طرق للتسعير منها:[1]

- طريقة/ مدخل السعر على أساس السوق (المنطقة الجغرافية).
- طريقة/ مدخل السعر على أساس المنافسة.
- طريقة/ مدخل السعر على أساس تحليل نقطة التعادل.
- طريقة/ مدخل السعر على أساس الإقتداء بقادة السعر.
- طريقة/ مدخل السعر على أساس التكلفة الكاملة.

وجدير بالذكر أن طرق التسعير تستخدم بالنسبة للمنظمات الصحية التي تهدف إلى تحقيق الربح مثل المظمات الصحية الخاصة (التابعة للقطاع الخاص)، فمثلاً : مصحة المتيجي الخاصة والواقعة بولاية تيارت تستخدم طريقة التسعير على أساس التكلفة.

السعر= التكلفة + هامش الربح، وهامش الربح يحدد جزء من التكلفة الكلية من قبل المصحة:

وفيما يلي عرض للخدمات المسعرة:

- سعر خدمات الأشعة.
- سعر خدمات الكشف والمتابعة الطبية.
- سعر خدمات الإيواء والإعاشة.
- سعر الإقامة بدون أدوية.
- سعر الإقامة مع العناية.
- سعر الجراحة.

[1]- ثامر البكري، إستراتيجيات التسويق، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2008، ص: 366.

أما المنظمات الصحية العمومية فهي لا تهدف إلى تحقيق الربح بقدر ما تهدف إلى تحقيق الصالح العام من خلال تقديم الخدمات الصحية لكافة المواطنين دون سواء مجانية العلاج.[1]

رابعاً : سياسة التوزيع الصحي

عرف التوزيع على أنه «مجموعة من الأفراد أو المؤسسات التي يتم عن طريقها نقل السلع والخدمات من مصادر إنتاجها إلى المستهلك الأخير، وهي التي يتم عن طريقها خلق المنافع الزمانية والمكانية ومنفعة الحيازة، أو هي الطريق الذي تسلكه السلعة من المنتج إلى المستهلك النهائي أو المستعمل الصناعي من خلال مجموعة من الأجهزة المتخصصة التي إما أن تكون تابعة لشركة أو مستقلة عنها».[2]

ومن خلال التعريف السابق أن انتقال السلع أو الخدمات من المنتج إلى المستهلك يكون عن طريق وسطاء (أفراد أو مؤسسات).

و الملاحظ كذلك أنه لا يكتمل المزيج التسويقي إلا بوجود مكان مناسب لوجود المنتج، وتوزيع ممتاز له، فالعملية التسويقية تختم بمرحلة التوزيع فوصول المنتج للمستهلك أمر مهم فكلما كان الأمر سهل ساعد ذلك المنظمة على الانتشار والوصول لأكبر عدد والعكس صحيح، وعلى هذا الأساس تم تعريف التوزيع أو ما يسمى بالقناة التسويقية على أنها «مجموعة من الأفراد أو المنظمات التي تشرف على تدفق المنتجات من المصنع إلى المستهلك».

وكما عرف التوزيع على أنه « المنظمات الوسيطة الهادفة إلى جعل السلعة أو الخدمة متاحة للاستخدام أو الاستهلاك»[3].

ومن خلال التعريفين السابقين نلاحظ أن القنوات التسويقية هي سلسلة مترابطة من الأفراد أو المنظمات أو كلاهما يؤدون وظائف مشتركة لخلق قيمة مضافة من المنتج المستهلك.

وهذه التعريف السابقة الذكر لا تختلف عن مفهوم سياسة التوزيع الصحي، إذ يعرف هذا الأخير على «أنه مختلف النشاطات التي يتولاها المستشفى لجعل الخدمة الصحية شاملة سهلة المنال للمريض مكانياً، وزمانياً وسعرياً ومعلوماتياً».[4]

هذا ما يجرنا للحديث على قنوات توزيع الخدمات كما يوضحه الشكل.

---

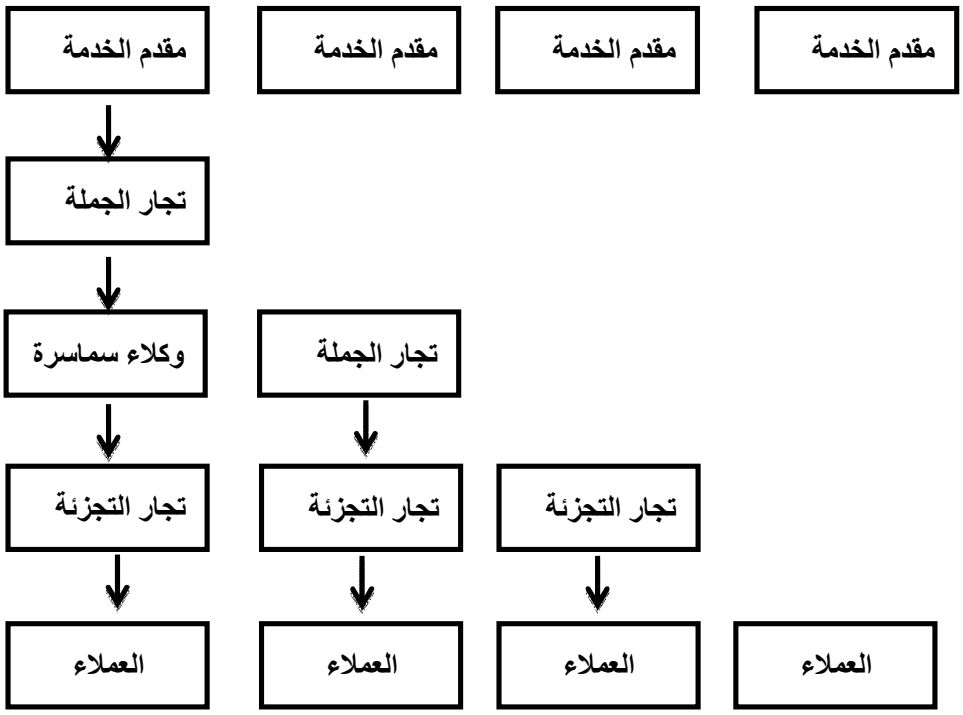
[1]- مصحة المتيجي الخاصة، مصلحة المحاسبة، ولاية تيارت.

[2]- زكرياء أحمد، علي فلاح الزعبي، إدارة التسويق، مصدر سبق ذكره، ص 28.

[3]-هديل الشروانة، ثامر البكري، المزيج التسويقي الأخضر والطاقة المتجددة، دار أمجد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2015، ص: 48-49.

[4]- ميلود تومي، حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص08.

الشكل رقم (3-48) أشكال قنوات التوزيع في الخدمات



المصدر: هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص: 348.

ومن الشكل أعلاه نلاحظ الأشكال المختلفة لمنافذ التوزيع المتاحة، والملاحظ أن مقدم الخدمة قد يستخدم عدة طرق من قنوات التوزيع في الوقت نفسه.

والملاحظ كذلك على الشكل أعلاه أن هناك طرق مباشرة للتوزيع وطرق غير مباشرة ومن أمثلتها:

- القناة الأولى من المنتج إلى المستهلك.
- القناة الثانية المنتج إلى الوسيط إلى المستهلك
- القناة الثالثة من المنتج إلى الوسيط الوكيل إلى المستهلك

هذا النسبة للخدمات بصفة عامة أما بالنسبة لتوزيع الخدمات الصحية فلا يختلف الوضع كثيراً عنها فمثلاً يعتمد مستشفى يوسف الدمرجي بولاية تيارت على توزيع خدماته الصحية، بتطبيق قنوات التوزيع منها مثلاً المباشرة بين الطبيب والمريض، دون وسيط وذلك مثلاً من خلال فحصه أو معاينته صحياً، أما التوزيع الغير مباشر فيظهر من خلال الفروع الصحية المتواجدة بالمناطق والبلديات والدوائر المختلفة للولاية، بحيث تعتبر وسيط أو منفذ من منافذ التوزيع للخدمات الصحية، كذلك يظهر التوزيع غير المباشر من خلال الفرق الطبية المتنقلة للقيام بحملات التلقيح في المناطق النائية أو في المدارس وحملات التبرع بالدم.[1]

[1]- مدير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لولاية تيارت

خامساً: سياسة الترويج الصحي

الترويج هو أحد العناصر الهامة والرئيسية للمزيج التسويقي ولا غنى عنه لكي يتظافر مع بقية العناصر لغرض تحقيق الأهداف المنشودة للأنشطة التسويقية، ألا وهي تسهيل إيصال السلع والخدمات إلى من يحتاجها من المستهلكين.

وعلى هذا الأساس يعرف الترويج على أنه «التنسيق بين جهود البايع في إقامة منافذ للمعلومات وفي تسهيل مع السلعة أو الخدمة أو في قبول فكرة معينة».[1]

ويعرف الترويج كذلك على أنه «يحل مشكلة جهل المستهلك بتقديم المعلومات عن المشروع السلعة، العلاقة التجارية الأسعار، وفرة السلعة، استخدامات السلعة كما يتغلب النشاط الترويجي على تردد المستهلك بالعمل على إقناعه وخلق الجو النفسي الملائم والذي من خلاله يتقبل المستهلك ما يقدم إليه من سلع وخدمات».[2]

ويرى الدكتور تامر البكري أن الترويج «يمثل الإدارة المادية في إيصال الفكرة أو التأثير المطلوب إلى السوق والجمهور المستهدف».[3]

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن الترويج هو جوهر الاتصالات التسويقية، لأنه يدرس سلوك المستهلك فهو يحل كل المشاكل المتعلقة بجهل المستهلك للخدمة أو السلعة من علامة تجارية، وفرة السلعة، الأسعار...إلخ.

ومفهوم سياسة الترويج الصحي لا يختلف عن مفهوم سياسة الترويج للسلع والخدمات الأخرى، أن يعرف على أنه «توجيه المستفيد و إقناعه وحثه على الخدمات التي من شأنها أن تعيده إلى حالته الطبيعية أو وقايته من إحتمال إصابته بأي مؤثر صحي يغير من طبيعة سلوكه».[4]

وجدير بالذكر أن للترويج عناصر تسمى عناصر المزيج الترويجي وهي[5]: الإعلان، العلاقات العامة، البيع الشخصي، ترقية المبيعات.

---

[1]- بشير عباس العلاق، علي محمد ربابعة، الترويج و الإعلان التجاري، أسس-نظريات-تطبيقات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة العربية، الأردن، 2008 ص: 10.

[2]- سمير العبدلي، قحطان العبدلي، الترويج و الإعلان، دار زهران للنشر والتوزيع، بدون طبعة، عمان، الأردن، 2009، ص:07.

[3]- تامر البكري، استراتيجيات التسويق، مرجع سابق، ص:298.

[4]- ميلود تومي، حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، مرجع سابق، ص:40.

[5]- ميلود تومي، استراتيجيات التسويق، المرجع السابق، ص: 07.

وهي تنطبق كذلك على المجال الصحي، إذ يعتبر الترويج عنصر مهم من عاصر المزيج التسويقي وخاصة في المنظمات الصحية الخاصة، أما المنظمات الصحية العمومية فهي تطبق عناصر المزيج الترويجي بطريقة غير مباشرة، فعلى سبيل المثال:

1- الإشهار

فمثلاً مستشفى يوسف الدمرجي العمومي بولاية تيارت، يستخدم وسائل عدة للإشهار بطريقة غير مباشرة للتعريف بخدماته ومنها:

- الوسائل السمعية للتعريف بخدماتها بطريقة غير مباشرةّ، (حصص في الإذاعة).
- الملصقات: وتكون من خلال إلصاق لوحات إشهارية بمحاذاة المستشفى، وفي الأماكن العمومية.

2- العلاقات العامة: تعتبر العلاقات العامة عنصرا هاما من عناصر المزيج الترويجي، هدفها ايجاد وتوطيد العلاقة مع الفئات المتنوعة من المواطنين، وكما سبق أن وذكرنا فان المؤسسات العمومية الاستشفائية تطبق عناصر المزيج التسويقي بطريقة غير مباشرة، وهذا ينطبق على المؤسسة العمومية الاستشفائية يوسف الدمرجي، فالعلاقات العامة على مستوى المؤسسة تكون من خلال خلق جو عمل في ظروف ملائمة، من خلال توزيع المعلومات والبيانات على مختلف اصناف المستخدمين (الاداريين، الفنيين، وافراد السلك الطبي، والشبه الطبي)، لتحقيق الاهداف المسطرة، وكذا تكون العلاقات العامة من خلال البيئة الخارجية للمؤسسة، على شاكلة الموردين إذ يجب على المؤسسة اقامة علاقات طيبة معهم، انتاج الخدمة الصحية كالأدوية والمواد الغذائية، والاجهزة الطبية...الخ.

ضف الى ذلك اقامة علاقات مع السلطة الرابعة (الصحافة) لتحويل المعلومات الى المواطنين.

3- البيع الشخصي: يعد البيع الشخصي من اهم عناصر المزيج التسويقي فاعلية في ما يتعلق بتقديم الخدمة الصحية، ومن المفروض أن يكون كل الطاقم الطبي بما فيهم اعوان الاستقبال مجندين للتعريف بالخدمات الموجودة على مستوى المستشفى للتأثير على المواطنين للإقبال عليها، وعدم التوجه الى القطاع الخاص مثلا، الا اننا لم نلمس هذا على مستوى المستشفى لأنها مؤسسة عمومية وهدفها هو تحقيق الصالح العام وليس الربح.

4- ترويج المبيعات: وكما وسبق وأن ذكرنا فالمؤسسات العمومية الاستشفائية لا تعير أي اهتمام لتسويق الخدمات الصحية، لأنها لا تهدف الى تحقيق الربح، وعلى هذا الأساس لا تهتم بترقية المبيعات.

وعلى أساس التعريف السابق، فالمنتجات الصحية هي العلاج المقدم للمرضى من خلال الخدمات على مستوى المنظمات الصحية سواء كانت تشخيصية أو إرشادية أو تدخلات طبية، ومن الخدمات الصحية المقدمة على مستوى مستشفى يوسف الدمرجي بولاية تيارت هي كالتالي:

- **الخدمات المخبرية وبنك الدم:** وتتمثل في الخدمات الفحص المخبري للدم والهرمونات ...الخ.
- **خدمات الأشعة:** يشتمل قسم الأشعة على الآتي:

- التصوير الطبقي المحوري.
- جهاز التصوير الشعاعي الملون باستخدام الصور الضيلية.
- جهاز التصوير الإشعاعي البسيط.
- جهاز تصوير نقال لخدمة المرضى في الغرف.
- جهاز في غرف العمليات لضمان دقة عمليات الكسور وزرع المفاصل.
- التصوير بالأمواج الضوئية (التراساوند).

- **خدمات العناية المركزية:** وهي خدمات طبية فائقة ومركزة للحالات المرضية الحادة وهذه الخدمات تختلف عن بقية الخدمات الطبية الأخرى في نوعية الخدمة المقدمة للمريض ودقة المتابعة له، بحيث يحتاج كل مريض إلى ممرضة تتابعه على مدار ساعة.

- **خدمات أمراض النساء والولادة:** وتقوم بتوفير العلاج والرعاية الطبية تشخيصا وعلاجا وإسعافا للنساء عموما فيما يخص الأمراض النسائية والأمهات والأجنة أثناء الحمل وبعد الولادة، وذلك من خلال وضع خطة لمتابعة الحامل وتشخيص وعلاج الأمراض المصاحبة والإشراف على الولادة وكذلك تشخيص وعلاج الأمراض النسائية وإجراء العمليات الجراحية اللازمة.

- **خدمات الطب الباطني:** تهدف إلى تقديم خدمات طبية لتشخيصية وعلاجية واسعافية في مجال الطب الباطني، مثل: أمراض القلب والأمراض الصدرية، الأورام، الكلى، والغدد الصماء، الأمراض العصبية النفسية، الروماتيزم والأمراض المعدية.

- **خدمات الطوارئ:** وتهدف إلى تقديم الخدمات الطبية الاسعافية للحالات المرضية الطارئة والعاجلة واستقبال الحالات الباطنية والقلبية والجراحة التي تتطلب مراقبة عن كتب وعلى مدار 24 ساعة تحت إشراف أطباء مدربين.

- **خدمات الجراحة:** وتتمثل في إجراء العمليات الجراحية العلاجية والاستكشافية ومتابعة المرضى بعد إجراء العمليات الجراحية وتشمل ما يلي:

- جراحة عامة وتشمل جميع العمليات الجراحية والجراحة التنظيرية وتنظير البطن واستئصال المرارة بالمنظار ...الخ.
- جراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية.
- جراحة الصدر.
- جراحة العيون والشبكية والسائل الزجاجي.
- جراحة التجميل والترميم.

- جراحة الأنف والأذن والحنجرة.
- جراحة العظام.

خلاصة الفصل:

توصلنا من خلال هذا الفصل إلى أن إدارة الخدمات الصحية، تكون من خلال المؤسسات الصحية، أو بالأحرى المنظمات الصحية، التي تدار هي الأخرى من خلال النظام الصحي، إذ فيه تتجمع مختلف فئات الأطباء والممرضين والعاملين الصحيين من مختلف الاختصاصات والعلوم الصحية لتقديم الخدمات الضرورية للمرضى الداخلين والمرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية، وقسم الطوارئ، وفيه تتكامل الخدمات العلاجية مع خدمات تعزيز الصحة والخدمات الوقائية التأهيلية، وباختصار هو الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان للخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة، وإدارتها على أسس صحيحة، أضف إلى ذلك هو هيكل تنظيمي على أساسه توزع الأدوار والمهام على أساس التخصصات في المنظومة الصحية بصفة عامة، والمستشفيات بصفة خاصة، وتوصلنا إلى أن المستشفى هو نظام تتفاعل فيه مجموعة من الأنظمة الرئيسية تنطوي تحتها أنظمة فرعية.

- كتقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجين.
- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخلين.
- القيام بأنشطة التدريب والتعليم المهنيين الصحيين العاملين في القطاع الصحي.
- الوقاية من الأمراض.

وتوصلنا إلى أنه يختلف تصنيف المستشفيات من دولة إلى أخرى ومن إقليم إلى آخر.

فتقسم على أساس الملكية وهذه الأخيرة بدورها تنقسم إلى نوعين رئيسين، مستشفيات حكومية وأخرى خاصة. وعلى أساس مستوى الرعاية حيث تنقسم إلى مستوى أولي ، ثانوي، ثالثي، وعلى أساس حجم المستشفى (صغير الحجم، متوسط الحجم، كبير الحجم وضخم)، وعلى أساس التخصصات الطبية فهناك المستشفى العام الذي يقدم الرعاية لجميع التخصصات الطبية الممكن تواجدها.

وجدير بالذكر أن هذا النظام الصحي بصفة عامة والخدمات الصحية المقدمة من قبل المنظمات الصحية بصفة خاصة، يجب أن تعمل على إشباع حاجات ورغبات ومتطلبات المواطن بصفة عامة والمريض بصفة خاص بجودة عالية.

أما وجودة الخدمات الصحية هي شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتميز نفسها عن المنظمات الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية، إذ تقاس من خلال خمس أبعاد المعولية (الاعتمادية)، الملموسية، الاستجابة، الكياسة، والتأكيد، وحتى تستطيع المنظمة الصحية التميز على بقية المنظمات المنافسة عليها الاهتمام بالتسويق للخدمات الصحية، لان معاملة الخدمات الصحية معاملة خاصة ليست كمعاملة المنتجات أو الخدمات التي تباع وتشترى، وذلك بمعرفة نقاط قوة وضعف

البيئة الداخلية والخارجية المحيطة بالمنظمة (البيئة التسويقية)، ورسم سياسات وخطط تسويقية تمارسها الإدارة التسويقية بهدف إشباع حاجات ورغبات المستهلكين (المرضى)، إذ تعرف هذه السياسات والخطط بالمزيج التسويقي المتكون من (المنتج الصحي، السعر، الترويج، والتوزيع).

وما لمسناه من خلال ما سبق أن آليات تطبيق مختلف هذه السياسات لا تختلف كثيرا عن آليات تطبيقها في المؤسسات الإنتاجية أو الخدماتية.

الفصل الرابع

دراسة أثر مساهمة اقتصاديات الصحة في التنمية البشرية

دراسة مقارنة بين الجزائر وبعض الدول (2000-2015)

تمهيد:

لعل دراسة اقتصاديات الصحة تمثل أهم مدخل لفهم الوضع الصحي ككل ومشاكله وطرق تطويره، وتشمل اقتصاديات الصحة تمويل العلاج الجاري، كما تشمل إنشاء وصيانة الاستثمارات في مجال تقديم الخدمات الصحية، أي أنها تشمل موازنة جارية وموازنة استثمارية. والنظرة الواسعة للموازنة الاستثمارية لابد وأن تتضمن بجانب مؤسسات تقديم خدمات التشخيص والعلاج من عيادات ومعامل ومراكز فحص إشعاعي ومستشفيات، الاستثمارات اللازمة لإنتاج رأس المال البشري مثل كليات الطب وكليات ومعاهد التمريض والفنيين الصحيين، وتقسم الرعاية الصحية عادة إلى ثلاث مستويات: الرعاية الصحية الأولية، وتضم الوقاية وخدمة العيادات الخارجية والأدوية، والرعاية الصحية الثانوية ويقصد بها الرعاية الإكلينيكية العادية والمستشفيات العامة والمركزية، والرعاية الصحية الثالثية أو المهارات المتقدمة مثل الجراحات المتقدمة للقلب والمخ والعظام وعلاج الأورام والفشل الكلوي وقساطر القلب وغيرها.

وينطلق رسم الخطة الاقتصادية في مجال الصحة، في المجالات الأخرى، من السياسة الصحية إذ يرتبط الإنفاق الصحي ومصادر التمويل بالسياسة الصحية وبالسياسة العامة للدولة، ومصادر تمويل الخدمات الصحية تبدأ بالإنفاق الحكومي، كما تشمل بشكل ثانوي كل من التمويل الخيري، والعلاج الخاص، وينتشر العلاج الخاص فقط في الرعاية الصحية الأولية والكشف والعيادات الخارجية، أما فيما يتجاوز ذلك من فحوص وعلاج بالمستشفيات فهو مكلف جدا ولا يقدر عليه سوى قلة من الأغنياء، ومن هنا يعد أيضا وسيلة ثانوية لتقديم العلاج. والنوع الرئيسي الباقي من التمويل هو التمويل المجتمعي من خلال التأمين الصحي، إذ هو إنفاق من الجيب عن طريق الخصم من المرتب.

وعلى هذا الأساس سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى الخصائص الديمغرافية للدول محل الدراسة، إذ سنعرج على التعداد السكاني، معدل النمو الطبيعي، وكذا أهم مؤشرات الخصوبة كمعدل الوفيات والولادات.

ومن ثم نتطرق لدراسة اقتصاديات الصحة ومساهمتها في تفعيل التنمية البشرية بالإشارة إلى دراسة حالة الجزائر في هذا المجال، ومقارنتها بكل من المملكة العربية السعودية، المغرب والسودان، وقد اخترنا هذه الدول لاعتبارات عدة منها توفر الاحصائيات إلى حد ما بالدول محل المقارنة، وجدير بالذكر هذه الأخيرة تعتبر من أحسن الدول فيما يخص توفر معطياتها مقارنة مع دول أخرى كمصر، موريتانيا واليمن، ووقع عليها اختيارنا عند جمع المعطيات لأنها متشابهة من حيث الظروف، كما ركزنا في الدراسة على المدة (2000 الى 2015) لتوفر الاحصائيات خلال هذه المدة بالدول محل الدراسة، ضف إلى ذلك كما يعلم الجميع أن الجزائر عرفت خلال هذه الفترة بحبوحة مالية جسدت من خلال المخططات التنموية بداية من مخطط الانعاش الاقتصادي للفترة (2001-

2004) ومخطط دعم الانعاش للفترة (2005-2009) ومخطط الانتقال من الريع إلى القيمة المضافة للفترة (2010- 2015) ، إذ أردنا من خلالها معرفة هل ساهمت هذه الأموال في الرفع من المستوى الصحي للفرد الجزائري، مقارنة بالدول محل الدراسة.

ومن خلال هذا الفصل سنحلل ونقارن مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية للدول محل الدراسة بالعالم العربي، بما فيها الجزائر ودول الاتحاد الأوروبي لتبيان مكانة الدول العربية أمام الدول الأوروبية في هذا المجال، نظرا للتطور الذي لحقته هذه الأخيرة في المجال الصحي والاستفادة من تجاربها في هذا الميدان.

المبحث الأول: المؤشرات الديمغرافية للدول محل الدراسة

سنتناول من خلال هذا المبحث الخصائص الديمغرافية للدول محل الدراسة، على غرار كل من الجزائر والمملكة العربية السعودية، المغرب، ودولة السودان، لأن كل منها عرفت تحولات ديمغرافية سريعة عبر مراحل مختلفة من الزمن، ويرجع مرد ذلك إلى تحسن مستوى جودة الخدمات الصحية، تطور نسب الالتحاق بالمدارس، وتطور معدل نصيب الفرد من الدخل، هذين الأخيرين الذين أسهما وبشكل كبير في الرفع من معدلات الصحة التي كان لها تأثير مباشر على التحول الديمغرافي السريع، لكن هذا التحول يختلف من دولة إلى أخرى، وهذا ما سنناقشه في هذا المبحث.

المطلب الأول: المسح السكاني للدول محل الدراسة

سنتطرق من خلال هذا المطلب إلى دراسة أهم المؤشرات السكانية، كعدد السكان، تركيبة السكان، النمو الطبيعي...إلخ، لتبيان ومقارنة التحول السكاني السريع الذي شهدته هذه الدول محل الدراسة.

أولا: التعداد السكاني العام

قدر عدد السكان المقيمين بالجزائر في عام2015 بـ 39.5 مليون نسمة، أما في المملكة العربية السعودية بـ 31.54 مليون نسمة، في حين بلغ في المغرب 34.37 مليون نسمة، أما في دولة السودان فكان عدد السكان يقدر بـ 40.23 مليون نسمة، حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (4-31): تطور عدد السكان (بالمليون نسمة) للفترة 2000-2015

السنوات / الدولة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	30.1	30.8	31.3	31.8	32.3	32.9	33.4	34.1	34.6	35.3	36.0	36.7	37.4	38.3	39.1	39.5
المملكة العربية السعودية	21.39	22.00	22.66	23.35	24.05	24.74	25.41	26.08	26.74	27.40	28.09	28.78	29.49	30.20	30.88	31.54
المغرب	28.95	29.25	29.53	29.81	30.09	30.38	30.69	31.01	31.35	31.74	32.10	32.53	32.98	33.45	33.92	34.37
السودان	28.07	28.80	29.56	30.36	31.17	31.99	32.80	33.63	34.47	35.29	36.11	36.91	37.71	38.51	39.358	40.23

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الدراسات والتخطيط، جانفي 2016، ص: 135. ومجموعة البنك الدولي على الموقع: www.albankaldawli.org

يلاحظ من الجدول أعلاه أن مجموع عدد سكان الدول محل الدراسة عرف تطورا لافتا للانتباه، فبالنسبة للجزائر انتقل من 30.1 مليون نسمة لسنة 2000 إلى 39.5 مليون نسمة لعام 2015، في حين بلغ

بالمملكة العربية السعودية 21.39 مليون نسمة، وانتقل إلى 31.54 مليون نسمة، ونفس الشيء انتقل من 28.95 مليون نسمة إلى 34.37 مليون نسمة ومن 28.07 مليون نسمة إلى 40.23 مليون نسمة في كل من المغرب والسودان على التوالي لنفس السنوات السابقة.

ثانيا: تركيبة السكان من حيث الجنس

سنتطرق إلى دراسة تركيبة السكان على النحو التالي:

الجدول رقم (4-32): عدد السكان من حيث الجنس (% من إجمالي عدد السكان)

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	نسبة سكان الإناث	نسبة سكان الذكور
الجزائر	2005	49.5	50.5
	2010	49.6	50.4
	2015	49.7	50.3
السودان	2005	49.8	50.2
	2010	49.8	50.2
	2015	49.8	50.2
السعودية	2005	44.2	55.8
	2010	43.7	56.3
	2015	43.5	56.5
المغرب	2005	50.7	49.3
	2010	50.8	-49.2
	2015	50.6	49.4

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، على الموقع الإلكتروني http:// www .ar.knoema.com/atlas/matrix.

من الجدول أعلاه يتضح أن نسبة السكان الذكور تتجاوز نسبة السكان الإناث في كل من الجزائر، السعودية والسودان، فمثلا إذا أخذنا سنة 2015 على سبيل المقارنة نجد في الجزائر نسبة الذكور 50.3% في حين نسبة الإناث 49.7%، السعودية 56.5% إلى 43.5%، السودان 50.2% إلى 49.8%، مع تفوق للسعودية في نسبة الذكور والعكس بالنسبة للمغرب نسبة سكان الإناث تتجاوز نسبة سكان الذكور بـ 50.7، 50.8، 50.6 إلى 49.3، 49.2، 49.4 لسنوات 2005، 2010، 2015 على التوالي.

ثالثا: نمو السكان

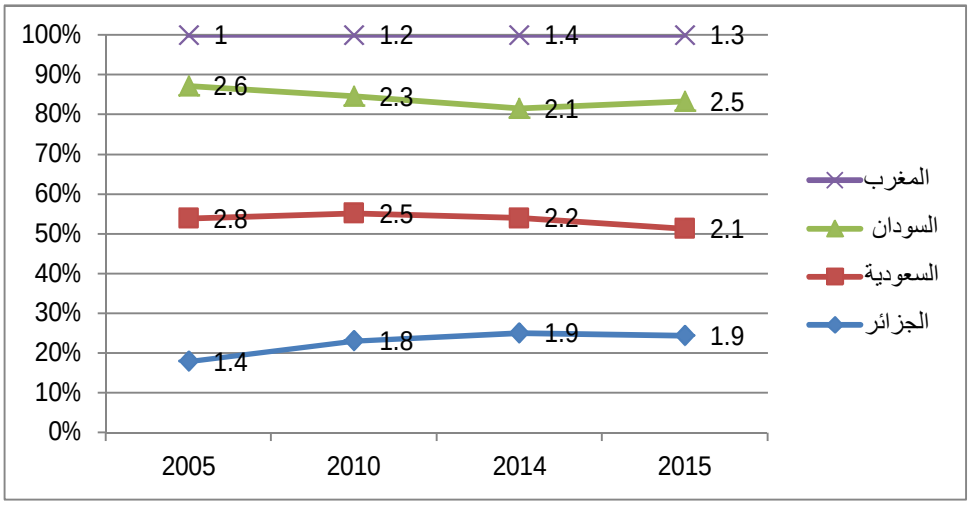
الجدول رقم (4-33): تطور النمو الطبيعي للسكان

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	نسبة النمو الطبيعي
الجزائر	2005	1.4
	2010	1.8
	2014	1.9
	2015	1.9
السودان	2005	2.6
	2010	2.3
	2014	2.1
	2015	2.5
السعودية	2005	2.8
	2010	2.5
	2014	2.2
	2015	2.1
المغرب	2005	1.0
	2010	1.2
	2014	1.4
	2015	1.3

المصدر : من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، 2016، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-49): تطور النمو الطبيعي للسكان



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن سنة 2015 عرفت زيادات طبيعية معتبرة في كل من الجزائر والمغرب بـ (1.9 و1.3) على التوالي مقارنة بسنة 2005 التي كان فيها معدل النمو بـ (1.4) و(1) وعلى التوالي لكلا البلدين.

وانخفض المعدل في السعودية من 2.8 إلى 2.1 لسنوات 2005، 2015، أما السودان فحافظت عل نفس المعدل تقريبا من 2005 إلى 2015 بـ 2.5، والسعودية مقارنة بالدول محل الدراسة هي أقل كثافة، إذ

انخفضت من (14.7 إلى 11.5)، وهذا لانخفاض النمو الطبيعي وليس للتوزيع والانتشار الجيد للأشخاص على أنحاء المملكة العربية السعودية.

وتأتي الجزائر في المرتبة الثانية والمغرب في المرتبة الثالثة والسودان تتذيل الترتيب في المرتبة الرابعة مقارنة بالسعودية.

رابعا: سكان الحضر

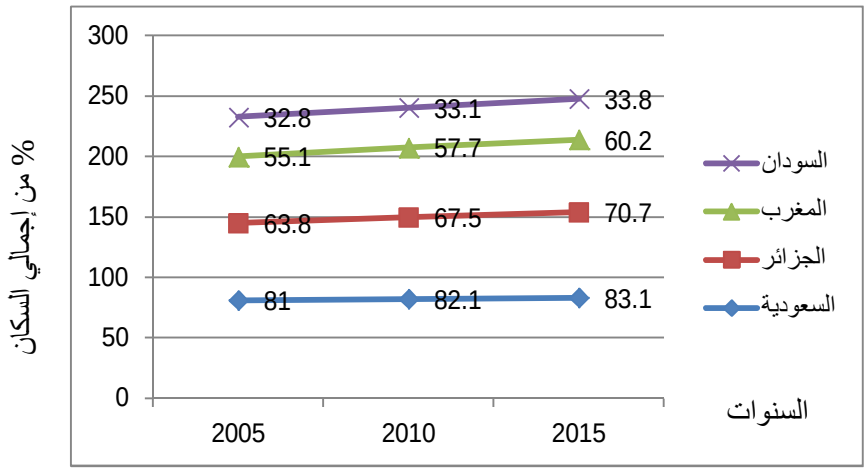
الجدول رقم (4-34): تطور عدد سكان الحضر (% من الإجمالي)

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	نسبة النمو الطبيعي
السعودية	2005	81
	2010	82.1
	2015	83.1
الجزائر	2005	63.8
	2010	67.5
	2015	70.7
المغرب	2005	55.1
	2010	57.5
	2015	60.2
السودان	2005	32.8
	2010	33.1
	2015	33.8

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بمجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-50): تطور عدد سكان الحضر (% من الإجمالي).



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يشير إلى أن سكان الحضر إلى الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية من إجمالي عدد السكان هو الأكثر في السعودية إذ تطور عدد تمركز السكان في المناطق الحضرية من 81، 82، 83% من إجمالي عدد السكان لسنوات 2005، 2010، 2015 على التوالي، ثم تلتها الجزائر بـ 63، 67،

70% لنفس الأعوام على التوالي، لتأتي المغرب في المرتبة الثالثة بـ 55، 57، 60% لنفس السنوات على التوالي، لتحافظ السودان على نفس النسبة 33% لسنوات 2005، 2010، 2015 بمعنى 67% يعيشون خارج المناطق الحضرية.

خامسا: كثافة السكان

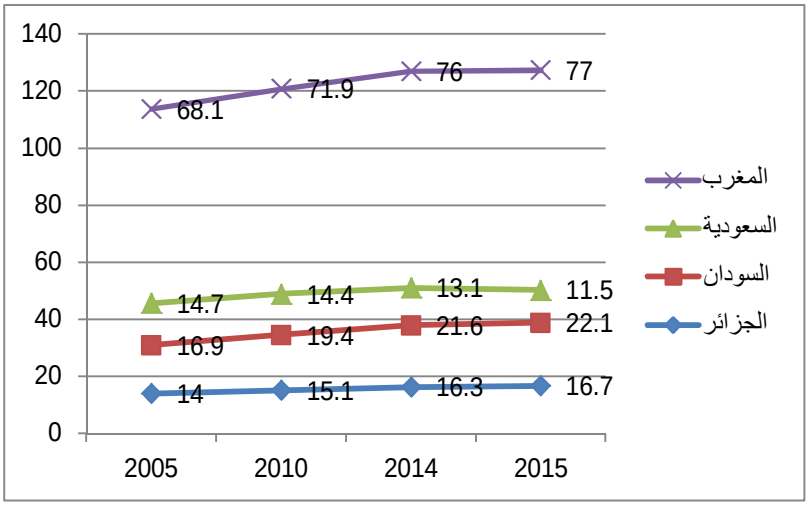
الجدول رقم (4-35): تطور كثافة السكان (مقاسة بـ شخص لكل كيلو متر مربع من مساحة الأرض).

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	نسبة سكان الإناث
الجزائر	2005	14.00
	2010	15.1
	2014	16.3
	2015	16.7
السودان	2005	16.9
	2010	19.4
	2014	21.6
	2015	22.1
السعودية	2005	14.7
	2010	14.4
	2014	13.1
	2015	11.5
المغرب	2005	68.1
	2010	71.9
	2014	76.00
	2015	77.00

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-51): تطور كثافة السكان (مقاسة بـ شخص لكل كيلو متر مربع من مساحة الأرض).



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه نلاحظ أن كل من الجزائر والسودان والمغرب عدد الأشخاص في كل كلو متر مربع من المساحة الإجمالية تزايد فيها من (14 إلى 16) ومن (16 إلى 22)، ومن (68 إلى 77) لسنوات 2005، 2015 على التوالي، وبأكثر حدة في المغرب وهي تعد أكثر كثافة نظرا لعدم التوزيع الجيد للسكان وتمركزهم في شمال المملكة، المغربية.

المطلب الثاني: تركيبة السكان للدول محل الدراسة

أولا: عدد السكان حسب الفئة العمرية (من (01إلى 14 سنة) من إجمالي عدد السكان.

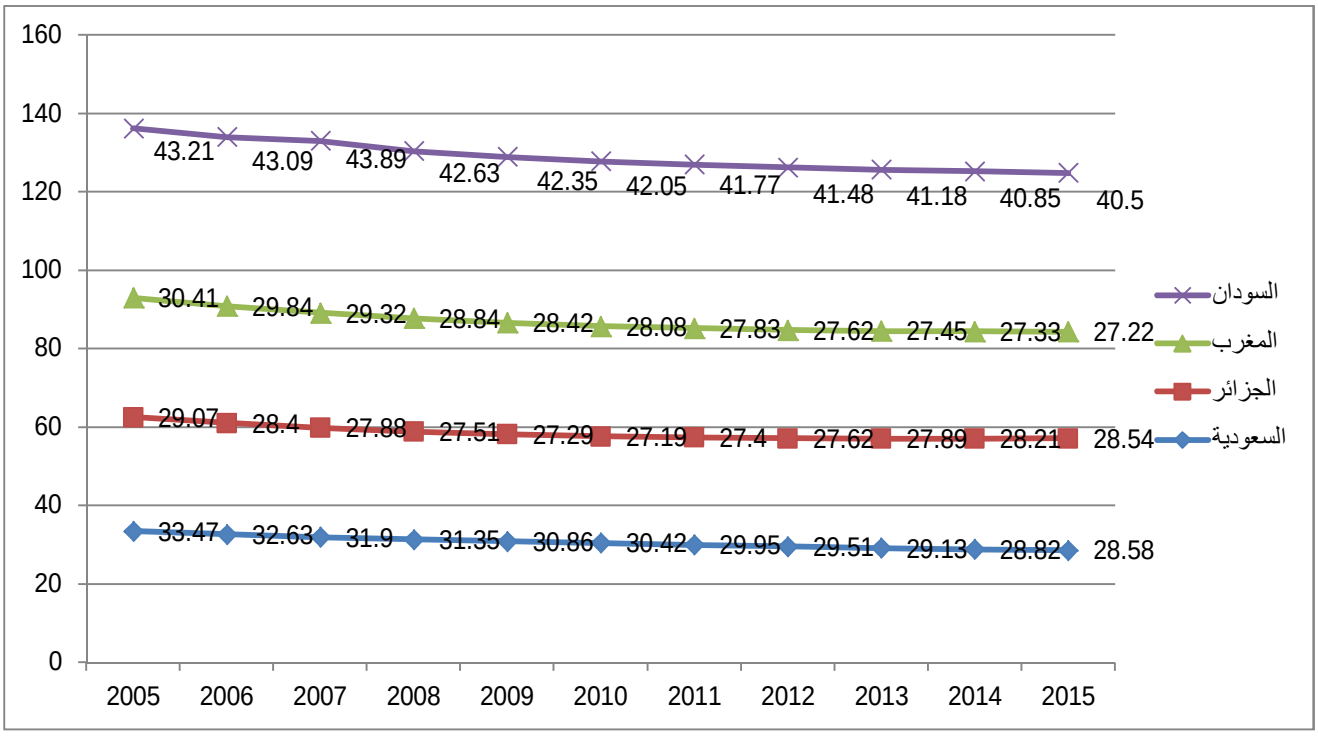
الجدول رقم (4-36): نسبة تطور عدد السكان للفئة أقل من 14 سنة.

السنوات / الدول محل الدراسة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
السعودية	33.47	63.63	31.9	31.35	30.86	30.42	29.95	29.51	29.13	28.82	28.58
الجزائر	29.07	28.4	27.88	27.51	27.29	27.19	27.4	27.62	27.89	28.21	28.54
المغرب	30.41	29.84	29.32	28.84	28.42	28.08	27.83	27.62	27.45	27.33	27.22
السودان	43.21	43.09	43.89	42.63	42.35	42.05	41.77	41.48	41.18	40.85	40.5

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-52): نسبة تطور عدد السكان للفئة أقل من 14 سنة.



المصدر: معطيات الجدول السابق.

يلاحظ من الشكل أعلاه أن الفئة العمرية أقل من 14 سنة في الجزائر والمغرب، السودان، والسعودية عرفت استقرار في نسبة التطور في الفترة (2005، 2015) بـ 1% تقريبا. ولكن مع تفوق مطلق لدولة السودان مقارنة مع الجزائر والمغرب والسعودية، بارتفاع نسبة الفئة العمرية أقل من 14 سنة بها.

ثانيا: تطور تعداد السكان حسب الشريحة العمرية من (15-64) سنة ومن 65 سنة فما فوق

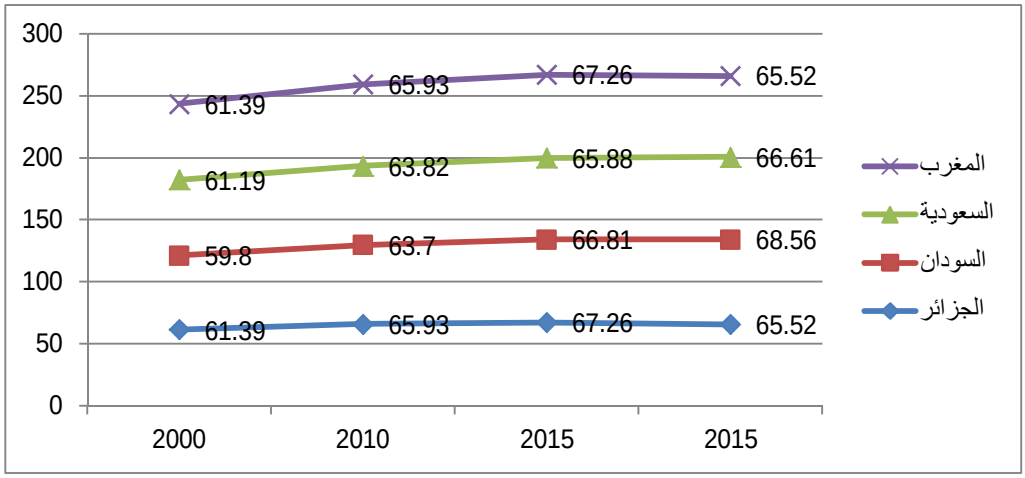
الجدول رقم (4-37): تطور تعداد السكان حسب الشريحة العمرية من (15-64) سنة ومن 65 سنة فما فوق (% من إجمالي عدد السكان).

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	من (15 إلى 64) سنة	من 65 سنة فما فوق
الجزائر	2000	61.39	4.34
	2005	65.93	4.99
	2010	67.26	5.55
	2015	65.52	5.94
السودان	2000	59.80	2.91
	2005	63.70	2.83
	2010	66.81	2.77
	2015	68.56	2.86
السعودية	2000	61.19	5.24
	2005	63.82	5.76
	2010	65.88	6.04
	2015	66.61	6.17
المغرب	2000	61.39	2.98
	2005	65.93	3.04
	2010	67.26	3.14
	2015	65.52	3.33

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

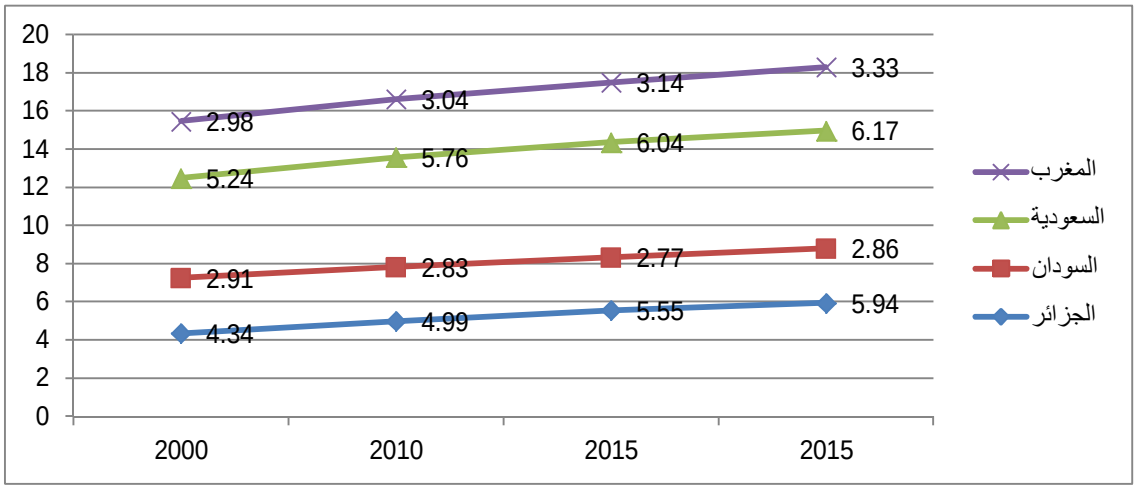
ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكلين التاليين:

الشكل رقم (4-53): تطور تعداد السكان حسب الشريحة العمرية من (15-64 سنة) من إجمالي عدد السكان).



المصدر: معطيات الجدول السابق.

الشكل رقم (4-54): تطور تعداد السكان حسب الشريحة العمرية من (65 فما فوق) من إجمالي عدد السكان).



المصدر: معطيات الجدول السابق

يلاحظ من الشكلين أعلاه أن الشريحة العمرية من (15-64) سنة في السنوات 2000، 2005، 2010، 2015 في الدول محل الدراسة هي متقاربة نسبيا بـ 61%، 65%، 67%، 65%، على التوالي، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أن هذه الدول نسبة الشباب والكهولة فيها تنال حصة كبيرة في تكوين المجتمع بها، مع تفوق طفيف للسعودية خاصة بالنسبة لعام 2015 مقارنة بالدول الأخرى محل الدراسة ، بـ 3.04% بالنسبة للجزائر والسودان، 1.95% بالنسبة للمغرب.

وتأتي نسبة الطفولة (الفتوة) في المرتبة الثانية في تركيب مجتمع الدول محل الدراسة في حين تأتي نسبة الشيخوخة أي الشريحة العمرية 65 سنة فما فوق في المرتبة الثالثة في تركيبة مجتمع الدول محل الدراسة 5.94%، 6.17% لعام 2015 مثلا على التوالي، وانخفاض نسبها في كل من السعودية والسودان بـ 2.86%، 3.33% على التوالي لنفس السنة مقارنة بالجزائر والمغرب.

وفي نفس السياق سنتناول بشيء من التفصيل نسبة الجنس لإجمالي عدد السكان، وإسقاطها على تركيبة السكان للدول محل الدراسة.

ثالثا: نسبة الجنس حسب الفئة العمرية (1-24) سنة

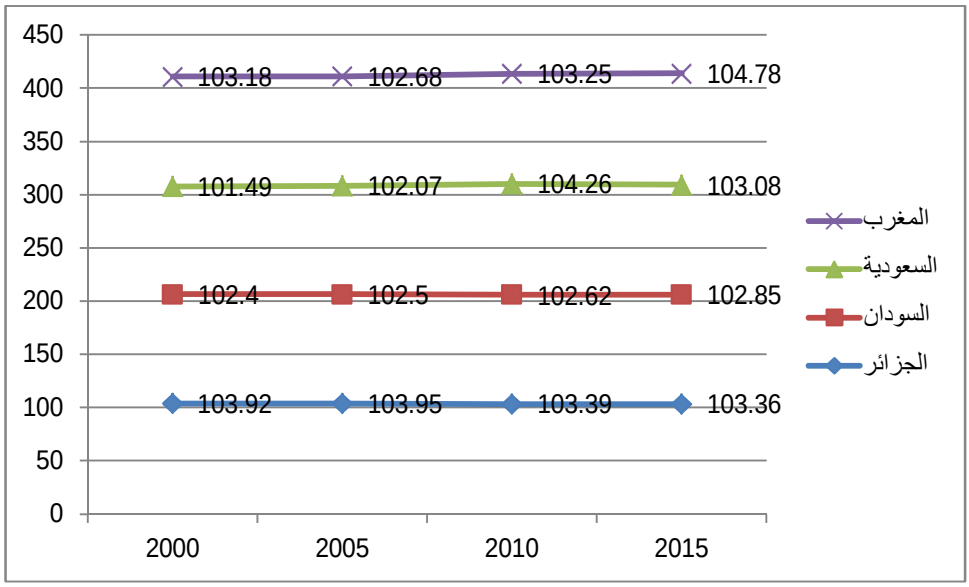
الجدول رقم (4-38): تطور نسبة الجنس (0-24) مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى).

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	عدد الذكور لكل 100 أنثى للفئة (0-24) سنة
الجزائر	2000	103.92
	2005	103.95
	2010	103.39
	2015	103.36
السودان	2000	102.40
	2005	102.50
	2010	102.62
	2015	102.85
السعودية	2000	101.49
	2005	102.07
	2010	104.26
	2015	103.08
المغرب	2000	103.18
	2005	102.68
	2010	103.25
	2015	104.78

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، 2016، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-55): تطور نسبة الجنس (0-24) مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى).



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتبين أن نسبة عدد الذكور للفئة العمرية (0-24) هو 103، 102، 101، 103 مقابل 100 أنثى لسنة 2000، للجزائر، السودان، السعودية، والمغرب على التوالي مع تفوق طفيف لكل من الجزائر والمغرب.

أما في سنة 2015، فكان نسبة عدد الذكور هو 103، 102، 103، 104 مقابل 100 أنثى، للدول السابقة الذكر على التوالي مع تفوق طفيف للمغرب ثم تأتي الجزائر والسعودية في المرتبة الثانية. **رابعا: الجنس حسب الفئة العمرية (25-69) سنة**

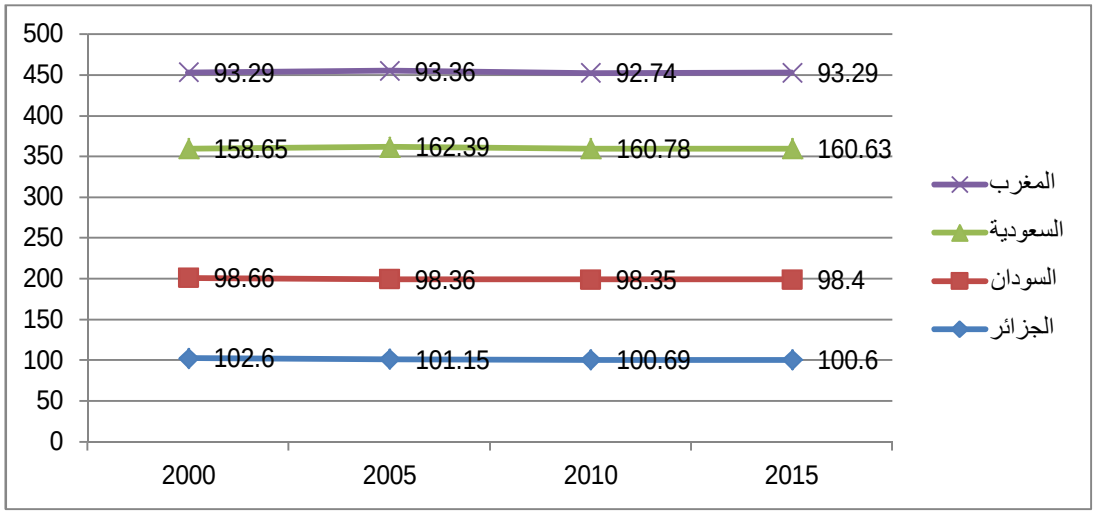
الجدول رقم (4-39): تطور نسبة الجنس (25-69) سنة مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى)

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	نسبة الذكور لكل 100 أنثى للفئة (25-69) سنة
الجزائر	2000	102.60
	2005	101.15
	2010	100.69
	2015	100.60
السودان	2000	98.66
	2005	98.39
	2010	98.35
	2015	98.40
السعودية	2000	158.65
	2005	162.39
	2010	160.78
	2015	160.63
المغرب	2000	93.29
	2005	93.36
	2010	92.74
	2015	93.29

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، 2016، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-56): تطور نسبة الجنس (25-69) سنة مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح لنا أن نسبة عدد الذكور هي مرتفعة في كل من الجزائر والسعودية للفئة العمرية (25-69) سنة لسنوات 2000، 2015 بـ 102.5، 100و 158، 160 على التوالي مقابل (100

أنثى)، ومنخفض بنسبة طفيفة في كل من السودان والمغرب بـ 98.66، 98 و93.29، 93.29 على التوالي، مقابل (100 أنثى).

خامسا: الجنس حسب الفئة العمرية (70 سنة فأكثر)

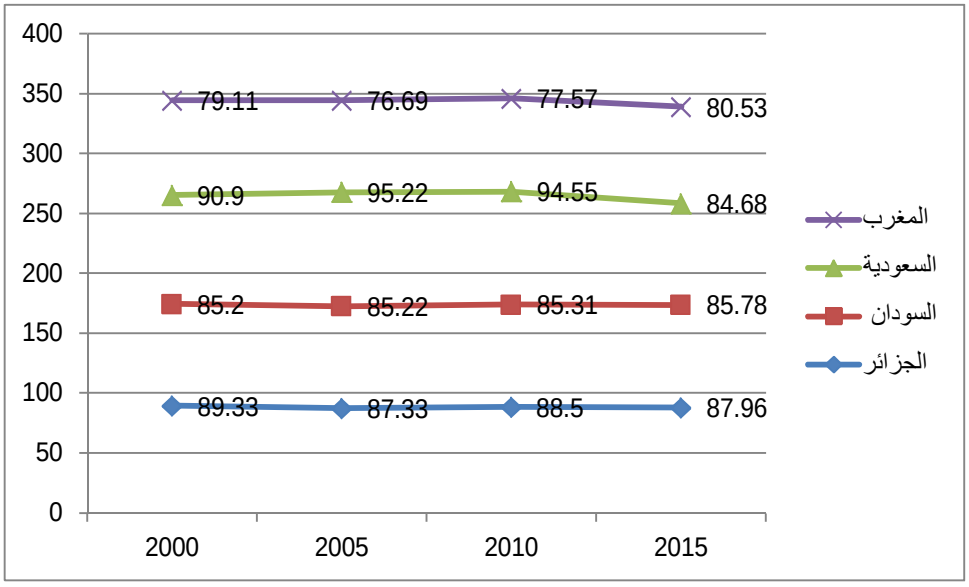
الجدول رقم (4-40): تطور نسبة الجنس (70 سنة) سنة مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى)

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	نسبة الجنس 70 سنة فأكثر
الجزائر	2000	89.33
	2005	87.33
	2010	88.50
	2015	87.96
السودان	2000	85.20
	2005	85.22
	2010	85.31
	2015	85.78
السعودية	2000	90.90
	2005	95.22
	2010	94.55
	2015	84.68
المغرب	2000	79.11
	2005	76.69
	2010	77.57
	2015	80.53

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، 2016، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-57): تطور نسبة الجنس (70 سنة) سنة مقاسة بـ (الذكور لكل 100 أنثى)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الجدول أعلاه يتضح أن عدد الذكور، هو متقارب في كل من السودان والسعودية بـ 85 ذكر مقابل (100) أنثى لعام 2015 للفئة العمرية 70 سنة، فأكثر إذ يحتلا المرتبة الثانية بعد الجزائر التي تحتل الريادة بـ

87.96 ذكر مقابل (100) أنثى، ثم لتأتي المغرب في المؤخرة بـ 80 ذكر لكل (100) أنثى للفئة70 سنة فأكثر.

المطلب الثالث: المؤشرات الحيوية

أولا: معدل الخصوبة

عرف مؤشر الخصوبة* على المستوى الوطني حسب الإحصائيات المتوفرة لعام 2016 ارتفاعا، حيث انتقل من 2.86 إلى 3.1 لكل امرأة خلال سنوات 2014، 2015 على التوالي وهذا كما يظهره الجدول التالي:

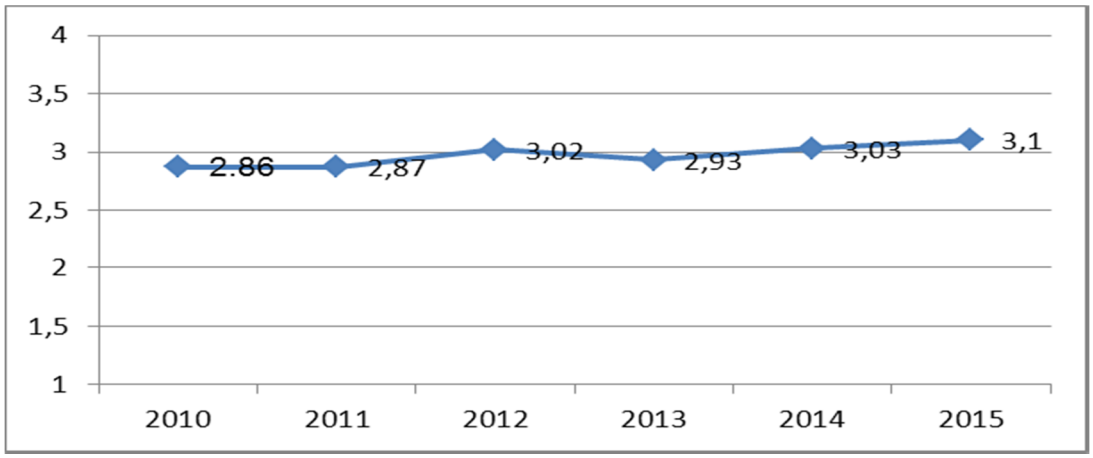
الجدول رقم (4-41): تطور مؤشر الخصوبة الكلي على المستوى الوطني (2010، 2015)

السنوات / الدول محل الدراسة	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	2.86	2.87	3.02	2.93	3.03	3.1

Source : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique et sanitaire 2000-2016, op.cit, p10.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-58): تطور مؤشر الخصوبة الكلي على المستوى الوطني (2010، 2015)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

وفيما يلي نعرض، ونحلل ونقارن معدلات الخصوبة للجزائر والدول الأخرى محل الدراسة، وهذا كما يوضحه الشكل الموالي رقم (4-59).

* معدل الخصوبة تعرف على أنها نسبة عدد الأطفال المولودين إلى عدد النساءن غذ تبدأ قدرة الإنجاب لدى المرأة من وقت البلوغ إلى الوقت الذي تصل فيه إلى سن اليأس.

1- معدل الخصوبة الإجمالي بالدول محل الدراسة

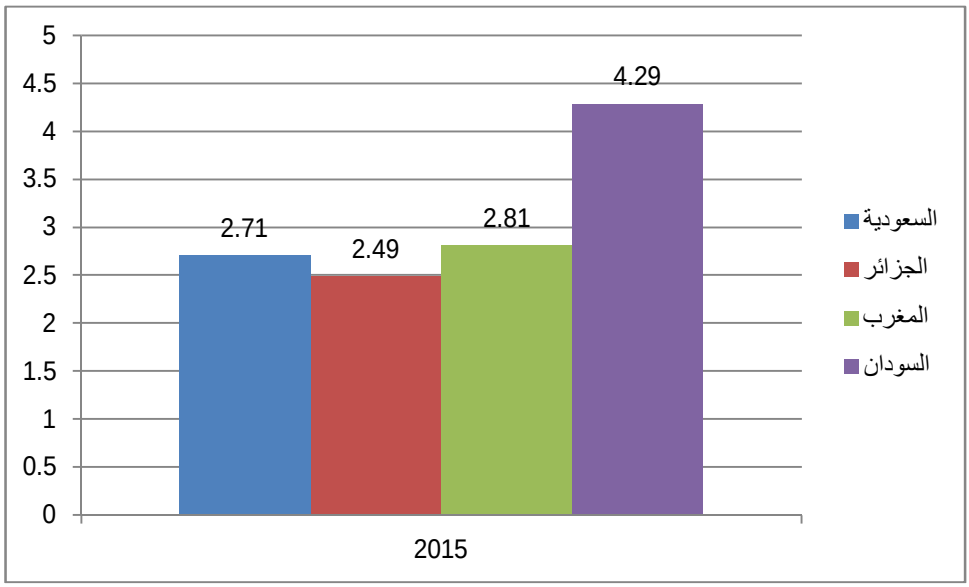
الجدول رقم (4-42) معدلات الخصوبة لسنة 2015

السنوات / الدول محل الدراسة	2015
السعودية	2.71
الجزائر	2.49
المغرب	2.81
السودان	4.29

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-59): معدلات الخصوبة لسنة 2015



المصدر: معطيات الجدول السابق.

يتضح من الشكل رقم (4-60) باستعراض معدلات الخصوبة للدول محل الدراسة إلى ارتفاع معدلات الإنجاب للنساء السودانيات خلال سنة 2015 حسب ما توفر من إحصائيات، أو ما يعرف بمعدل الخصوبة الكلي بـ 4.29 وهذا نظرا لتساوي تعداد الذكور مع تعداد الإناث لفئة أقل من 24 سنة، وارتفاع تعداد الإناث للفئة 25 سنة فما فوق مقارنة مع تعداد الذكور، وكذا عدم الإقبال على تنظيم النسل، انخفاض معدلات العنوسة، انخفاض سن الزواج، انخفاض معدلات الطلاق.

وتأتي الجزائر في المرتبة الثانية من حيث المعدل بـ 2.81، ثم السعودية بـ 2.71 وتتذيل الترتيب المغرب بـ 2.49 كمعدل، وهذا نظرا لارتفاع معدلات العنوسة، تنظيم النسل لأسباب اقتصادية، بالدرجة الأولى، ارتفاع سن الزواج، ارتفاع معدلات الطلاق.

وفيما يلي سنأخذ بشيء من التفصيل سن الإنجاب في الدول محل الدراسة لتأكيد التحليل السابق، أي ما هي الفئة الأكثر إنجابا والتي تساهم في الرفع من معدلات الخصوبة بالدول محل المقارنة.

2- متوسط عمر الحمل

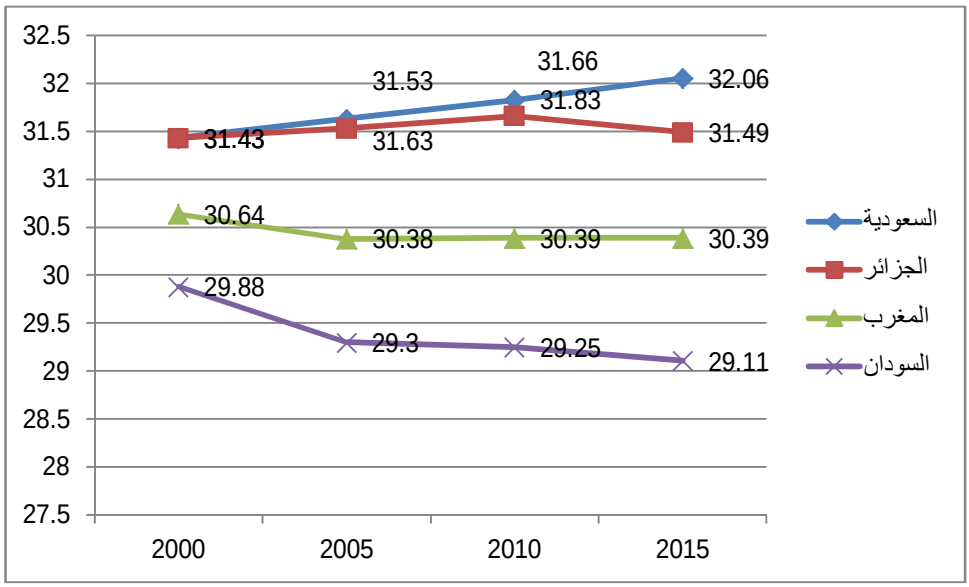
الجدول رقم (4-43): متوسط عمر الإنجاب للدول محل الدراسة

2015	2001	2005	2000	السنوات / الدول محل الدراسة
32.06	31.66	31.53	31.43	السعودية
31.49	31.83	31.63	31.43	الجزائر
30.39	30.39	30.38	30.64	المغرب
29.11	29.25	29.3	29.88	السودان

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-60): متوسط عمر الحمل للدول محل الدراسة مقاسا بعدد السنوات



المصدر: معطيات الجدول السابق.

يلاحظ من الشكل أعلاه أن متوسط عمر الإنجاب بالسودان هو 29 سنة، لسنوات 2000، 2005، 2010، 2015 وهو المنخفض، مقارنة بالدول الأخرى، لكن الملاحظ هو مساهمته الكبرى في الرفع من معدلات الخصوبة، 29 سنة هي الفئة الأكثر انجابا، وتأتي المغرب في المرتبة الثانية إذ أن متوسط عمر الحمل بها هو (30 سنة) ومساهمتها جد فعالة في الرفع من معدلات الخصوبة، أما الجزائر فتحتل المرتبة الثالثة من حيث صغر سن الإنجاب، بـ (31 سنة) وهذه الأخيرة لها مساهمة كبيرة في رفع معدلات الخصوبة، أما متوسط عمر الحمل بالسعودية فهو المرتفع بـ (32 سنة) وهذا يعود لارتفاع سن الزواج، خروج المرأة لعالم الشغل وغيرها من الأسباب التي أدت إلى ارتفاع هذا المتوسط، والملاحظ أن هذا المتوسط ساهم مساهمة كبيرة من الرفع من معدلات الخصوبة خاصة في عام 2015.

ثانيا: معدل الولادات:

تميزت سنة 2015 بارتفاع عدد الولادات حيث بلغ عدد الولادات الحية حسب الإحصائيات المتوفرة لسنة 2016، 1040000 ولادة حية، بنسبة قدرت ب26.03% من النسبة الإجمالية للولادات، وهذا على غرار سنة 2014 إذ عرف حجم الولادات ارتفاعا ب26000 ولادة بين سنتي 2014 و2015 أي بارتفاع نسبي بلغ 2.6%، وهذا كما يوضحه الجدول التالي.

الجدول رقم (4-44): المعدل الخام للولادات على المستوى الوطني (2000-2015)

البيان / السنوات	عدد الولادات الحية	النسبة الخام للولادات	البيان / السنوات	عدد الولادات الحية	النسبة الخام للولادات
2000	589.000	19.36	**2008**	817.000	23.62
2001	619.000	20.03	**2009**	849.000	24.07
2002	617.000	19.68	**2010**	888.000	24.68
2003	649.000	20.36	**2011**	910.000	24.78
2004	669.000	20.67	**2012**	978.000	26.08
2005	703.000	21.36	**2013**	963.000	25.14
2006	739.000	22.07	**2014**	1014.000	25.93
2007	783.000	22.98	**2015**	1040.000	26.03

Source : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique et sanitaire 2000-2016, op.cit, p7.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة الولادات الخام في الجزائر عرفت تطورا ملحوظا إذ بلغت 19.36 في سنة 2000، حيث حافظت على نفس النسبة إلى غاية سنة 2004 لتعرف ارتفاعا في سنة 2005 بـ 21.36، ثم 22.07 و22.98 لسنوات 2006و2007 على التوالي، لترتفع إلى 26.03 في سنة 2015، وهذا ما يدل على تحسن صحة الأمهات نظرا للتغطية الصحية الشاملة.

أما فيما يلي سنقارن معدل المواليد إجمالي (لكل 1000 شخص) للدول محل الدراسة.

1- معدل المواليد الإجمالي للدول محل الدراسة

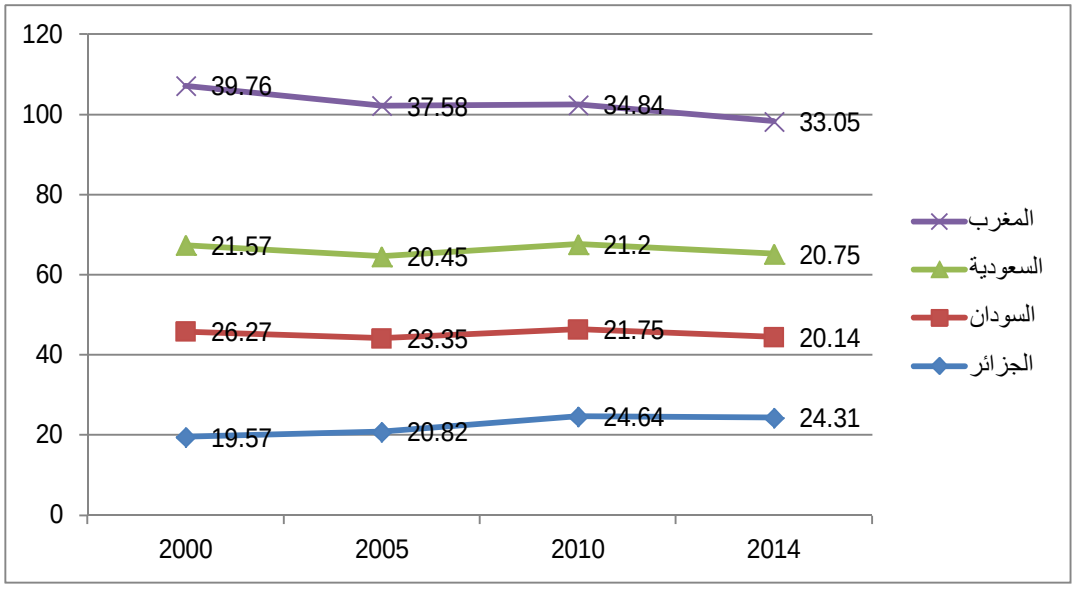
الجدول رقم (4-45): معدل المواليد إجمالي (لكل 1000 شخص)

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	معدل المواليد لكل 1000 شخص
الجزائر	2000	19.57
	2005	20.82
	2010	24.64
	2014	24.31
السودان	2000	26.27
	2005	23.35
	2010	21.75
	2014	20.14
السعودية	2000	21.57
	2005	20.45
	2010	21.20
	2014	20.75
المغرب	2000	39.76
	2005	37.58
	2010	34.84
	2014	33.05

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-61): معدل المواليد إجمالي (لكل 1000 شخص)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح لنا أن معدل المواليد، إجمالي لكل 1000 شخص في دولة السودان يفوق بكثير الدول محل الدراسة بـ 39.76، 37.58، 34.84، 33.05 لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014 على التوالي في حين تبقى الدول الأخرى متقاربة مع تفوق طفيف للجزائر في المعدل.

1- الوفيات

بلغ حجم الوفيات 183.000 في سنة 2015 بنسبة قدرها 4.57% من معدل الوفيات الخام، مسجلا بذلك ارتفاعا نسبيا يقدر بـ 0.13% مقارنة بعام 2014، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-46): تطور نسب ومعدلات الوفيات الخام على المستوى الوطني (2000، 2015)

البيان / السنوات	عدد الوفيات	نسبة الوفيات	البيان / السنوات	عدد الوفيات	نسبة الوفيات
2000	140.000	4.59	**2008**	153.000	4.42
2001	141.000	4.56	**2009**	159.000	4.51
2002	138.000	4.41	**2010**	157.000	4.37
2003	145.000	4.55	**2011**	162.000	4.41
2004	141.000	4.36	**2012**	170.000	4.53
2005	147.000	4.47	**2013**	168.000	4.39
2006	144.000	4.30	**2014**	174.000	4.44
2007	149.000	4.38	**2015**	183.000	4.57

Source: Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique et sanitaire 2000-2016, op.cit, p7.

أما فيما يلي سنقارن معدل وفيات إجمالي (كل 1000 شخص) للدول محل الدراسة.

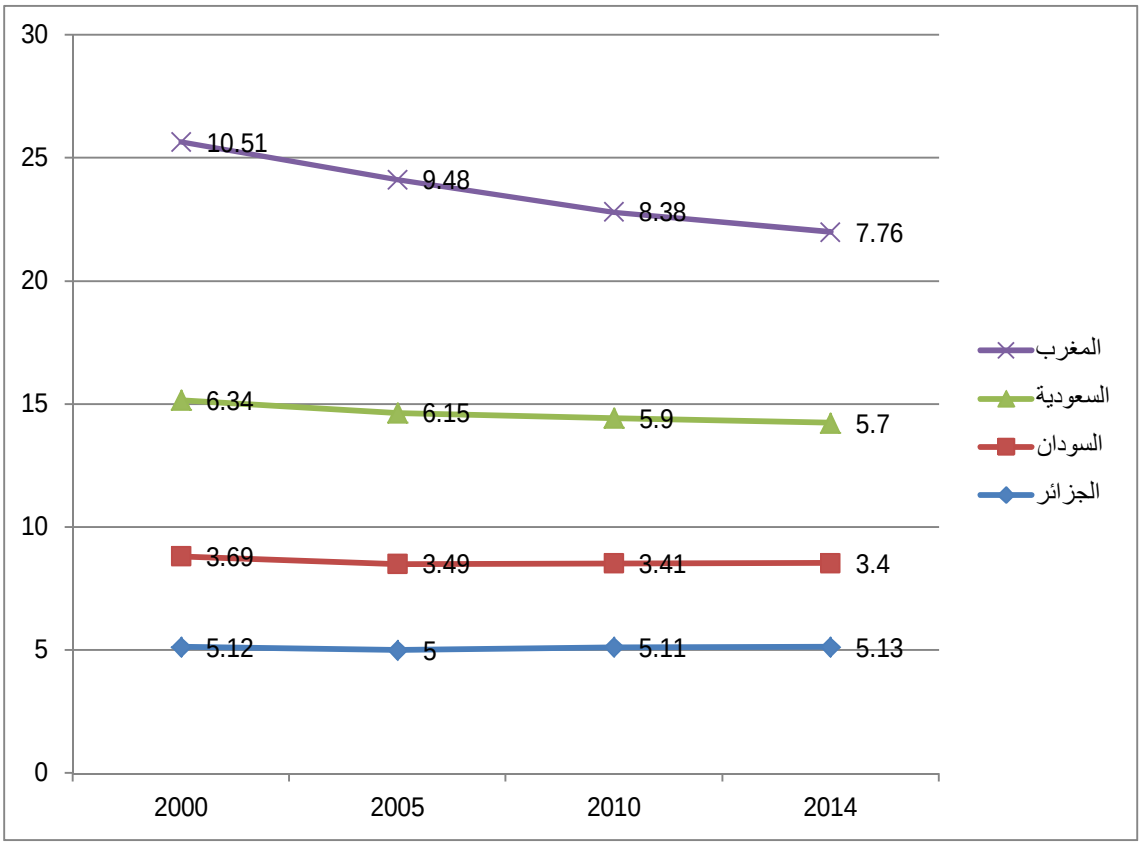
الجدول رقم (4-47): معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص)

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

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس بيانات العالم، 2016، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-62): معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

نلاحظ من الشكل أعلاه يتضح لنا أن معدل الوفيات إجمالي (لكل 1000 شخص) في دولة السودان يفوق بكثير الدول محل الدراسة بـ 10.51، 9.48، 8.38، 7.76 لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014 على التوالي. وتجدر الإشارة إلى أن الدول الأخرى تبقى متقاربة مع تفوق طفيف للسعودية في انخفاض معدل الوفيات، ثم تليها الجزائر، ثم المغرب.

واستنادا على التحليل السابق وكخلاصة للمبحث نستطيع وضع جميع العناصر التي تطرقنا إليها في الجدول التالي بغرض المقارنة والخروج باستنتاجات على النحو التالي:

الجدول رقم (4-48): المؤشرات الديمغرافية

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	عدد السكان (مليون نسمة)	السكان من حيث الجنس		نمو السكان الطبيعي	كثافة السكان	الفئات العرمية		
			ذكر	إناث			14-0	64-15	65 فأكثر
الجزائر	2000	30.1					29.07	61.39	4.43
	2005	32.9	50.5	49.5	14	14	//	//	//
	2014	39.1	/	/	/	/	//	//	//
	2015	39.5	50.3	49.7	1.9	16.7	28.54	65.52	5.94
اتجاه التغير		↗	↙	↗	↗	↗	↘	↗	↗
السعودية	2000	21.39	/	/	/	/	//	59.80	2.91
	2005	24.74	55.8	44.2	2.8	14.7	33.47	//	//
	2014	30.88	/	/	/	/	/	//	//
	2015	31.54	56.5	43.5	2.10	11.5	28.58	68.56	5.24
اتجاه التغير		↗	↗	↙	↗	↙	↙	↗	↗
المغرب	2000	28.95	/	/	/	/	/	61.19	5.24
	2005	30.38	49.3	50.7	1.00	68.1	30.41	/	//
	2014	33.92	/	/	/	/	/	/	//
	2015	34.37	49.4	50.6	1.3	77	27.22	66.61	6.17
اتجاه التغير		↗	↗	↙	↗	↗	↙	↗	↗
السودان	2000	28.07	/	/	/	/	/	61.39	2.98
	2005	31.99	50.2	50.7	2.6	16.9	43.21	/	/
	2014	39.35	/	/	/	/	/	/	/
	2015	40.23	50.2	50.6	2.5	22.1	40.5	65.52	3.33
اتجاه التغير		↗	↗	↙	↙	↗	↙	↗	↗

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على البيانات السابقة.

الجدول رقم (4-49): المؤشرات الحيوية

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	معدل الولادات (لكل 1000 شخص)	معدل الوفيات (لكل 1000 شخص)
الجزائر	2000	19.57	5.12
	2014	24.31	5.13
اتجاه التغيير		↗	↗
السعودية	2000	26.27	3.69
	2014	20.14	3.40
اتجاه التغيير		↙	↙
المغرب	2000	21.57	6.34
	2014	20.75	5.70
اتجاه التغيير		↙	↙
السودان	2000	39.76	10.51
	2014	33.05	7.76
اتجاه التغيير		↙	↙

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على البيانات السابقة.

من الجدولين السابقين يمكن استنتاج ما يلي:

- عدد السكان من حيث الجنس ذكور عرف نقصانا في الجزائر. في المقابل السعودية والمغرب، السودان كان عدد الإناث يتناقص، نظرا لأن الجزائر لا تستقطب عمالة كبيرة مقارنة بالسعودية مثلا، ضف إلى ذلك السعودية تمنح الجنسية إلى هذه العمالة، مما يؤدي إلى الرفع من معدلات الجنس الذكور.
- عدد السكان الإجمالي في الدول محل الدراسة عرف تطورا من 2000، 2015، وهذا نظرا لارتفاع المستوى التعليمي، مستوى الدخل، وكذا تحسن مستويات الصحة في الدول محل الدراسة، انعكس هذا إيجابا على تزايد عدد السكان الإجمالي لهذه الفترة.
- عرفت كل من الجزائر والمغرب زيادة طبيعية معتبرة في عام 2015، وهذا لانخفاض نسبة العنوسة، انخفاض سن الزواج، انخفاض معدلات الطلاق، والعكس بالنسبة للسودان والسعودية.
- الفئات العمرية من (0، 14 سنة) عرف تناقصا في كل الدول محل الدراسة، خاصة في السودان والمغرب وهذا نظرا لارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخمس سنوات.
- الفئة العمرية من (15، 64) عرفت زيادة معتبرة في كل الدول محل الدراسة، وهذا نظرا لتحسن المستوى الصحي.

- الفئة العمرية من 65 سنة فأكثر عرفت زيادة في كل الدول محل الدراسة، لكن بنسب جد معتبرة في كل من السعودية والجزائر، وهذا نظرا لتحسن المستوى الصحي لكل الفئات ابتداء من الفئة (01-14) و(15-64) التي ستساهم وبشكل كبير في الرفع من معدلات العمر المتوقع.

المبحث الثاني: مقارنة مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية بالدول محل الدراسة

يتضمن هذا المبحث كل المصادر الممكنة لتمويل خدمات الرعاية الصحية، إما عن طريق الدولة مباشرة، وتتكفل الحكومة فيه بتوفير الخدمات الصحية لمواطنيها، وذلك بتخصيص جزء من ميزانيتها لقطاع الصحة، أو بالاعتماد على ما تفرضه على السكان من الضرائب، أو الاعتماد على ما تتلقاه من مساعدات دولية، أو عن طريق القطاع الصحي الخاص الذي يتكفل عندها بتوفير جزء من الخدمات الرعاية الصحية وفقا لمبدأ الربح أو الخسارة، ويدفع فيه الأفراد مقابل حصولهم على تلك الخدمات مقابلا ماديا، إما عن طريق الدفع المباشر، أو عن طريق الاعتماد على بوليصة التأمين الحكومي أو التأمين بواسطة شركات التأمين التجاري.

ومن خلال ما سبق سنتناول الجانب المالي كداعم رئيسي يساهم في تعزيز قدرة النظام الصحي على الاستمرارية من خلال توجيه الإنفاق والاستغلال الأمثل للموارد المتاحة الذي يعتبر أهم مبدأ من مبادئ اقتصاديات الصحة في الدول محل الدراسة وهذا حسب ما توفر لنا من إحصائيات.

المطلب الأول: استعراض مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية بالعالم العربي، الاتحاد الأوروبي

بما أننا بصدد دراسة مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر، السعودية، السودان، والمغرب، لابد من الإشارة إلى هذه المؤشرات للدول العربية مجتمعة لتبيان التغييرات والتطورات التي طرأت عليها، ومقارنتها بدول الاتحاد الأوروبي، وكذا لتبيان مكانة الدول العربية أمام الدول الأوروبية في هذا المجال، نظرا للتطور الذي لحقته هذه الأخيرة في المجال الصحي والاستفادة من تجاربها في هذا الميدان، وهذا على النحو التالي:

أولا: الإنفاق الحكومي العام على الرعاية الصحية.

سنتطرق إلى دراسة الإنفاق الحكومي في الدول العربية مجتمعة، ونقارنها بما توصلت إليه الدول المتقدمة على غرار دول الاتحاد الأوروبي.

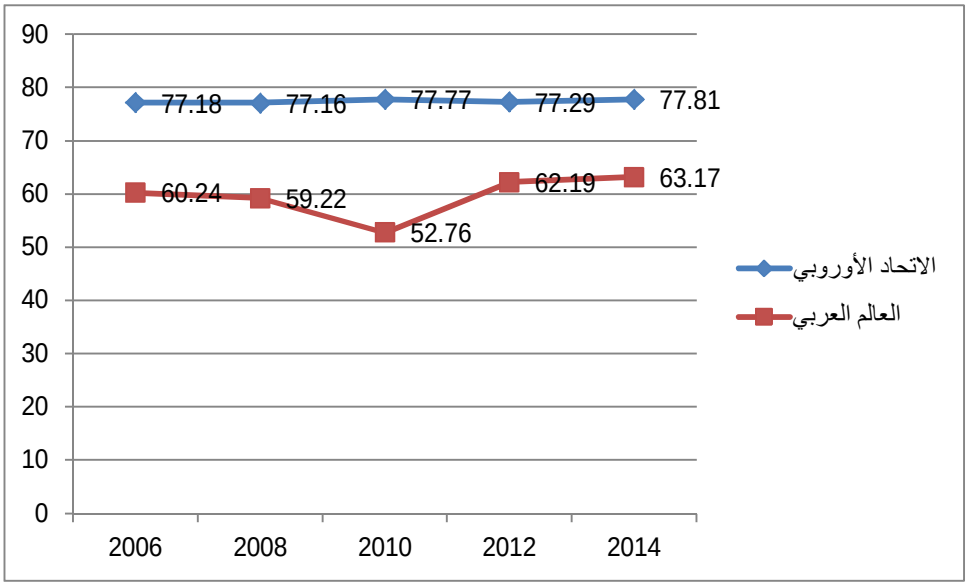
الجدول رقم (4-50): نسبة الإنفاق الحكومي للدول العربية مجتمعة، الاتحاد الأوروبي على الرعاية الصحية.

السنوات / الدول محل الدراسة	2006	2008	2010	2012	2014
الاتحاد الأوروبي	77.18	77.16	77.77	77.29	77.81
العالم العربي	60.24	59.22	52.76	62.19	63.17

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-63): نسبة الإنفاق الحكومي للدول العربية مجتمعة، الاتحاد الأوروبي على الرعاية الصحية.



المصدر: معطيات الجدول السابق.

يتم تمويل الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارات بشكل رئيسي عن طريق ما يخص لها من الميزانية العامة للدولة، كما يظهر في الشكل أعلاه، أن ما تخصصه الدول العربية مجتمعة من ميزانية لوزارات الصحة كنسبة هو أقل مما تخصصه دول الاتحاد الأوروبي، إذ أن هذا الأخير يخصص نسبة قدرها 77%، كمتوسط لسنوات 2006، 2008، 2012، 2014 أما الدول العربية فتخصص 63% كمتوسط لنفس السنوات.

ثانيا إجمالي الناتج المحلي:

سنناقش إجمالي الناتج المحلي على مستوى الدول العربية مجتمعة وكذا نقارنه بمستوى إجمالي الناتج المحلي لدول الاتحاد الأوروبي لنعرف فيما بعد مدى مساهمة الناتج المحلي الإجمالي في تمويل الرعاية الصحية، وهذا على الشكل التالي:

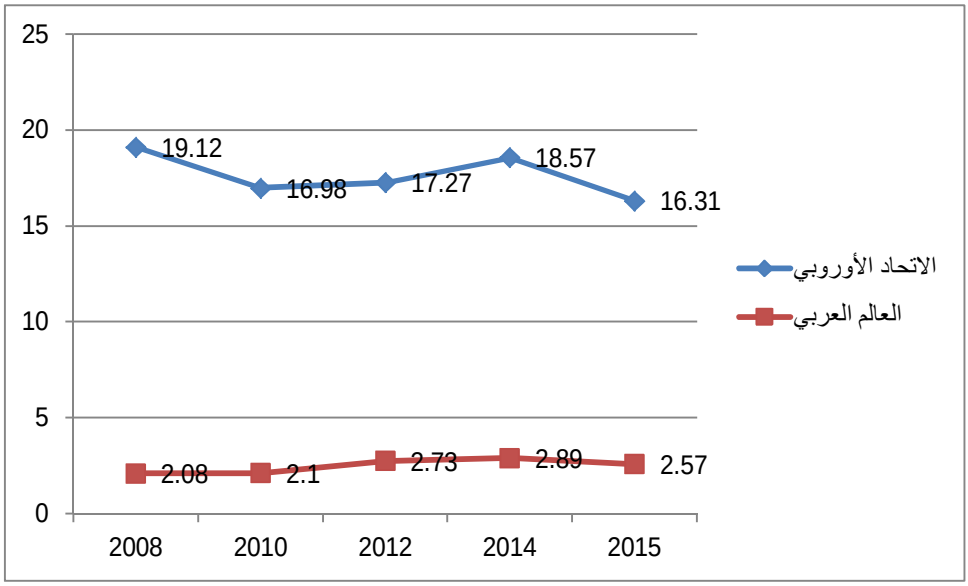
الجدول رقم (4-51): تطور الناتج المحلي الإجمالي مقاسا بـ (القيمة للدولار الأمريكي)

السنوات / الدول محل الدراسة	2008	2010	2012	2014	2015
الاتحاد الأوروبي	19.12	16.98	17.27	18.57	16.31
العالم العربي	2.08	2.1	2.73	2.89	2.57

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-64): تطور الناتج المحلي الإجمالي مقاسا بـ (القيمة للدولار الأمريكي)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن الناتج المحلي الإجمالي بالاتحاد الأوروبي هو ثمانية مرات ضعف الناتج بالدول العربية مجتمعة بمتوسط (16) تريليون لسنوات 2008، 2010، 2012، 2014، 2015 مقابل (2) تريليون للدول العربية المجتمعة، وهذا ما يدل على ضئالة قيمة السلع والخدمات الحقيقية المنتجة داخل بلدان الوطن العربي.

ثالثا: مؤشر الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي

بعدما ناقشنا إجمالي الناتج المحلي في كل من الدول العربية ودول الاتحاد الأوروبي، سنرى مدى مساهمته كنسبة في تمويل الرعاية الصحية من خلال التحليل التالي:

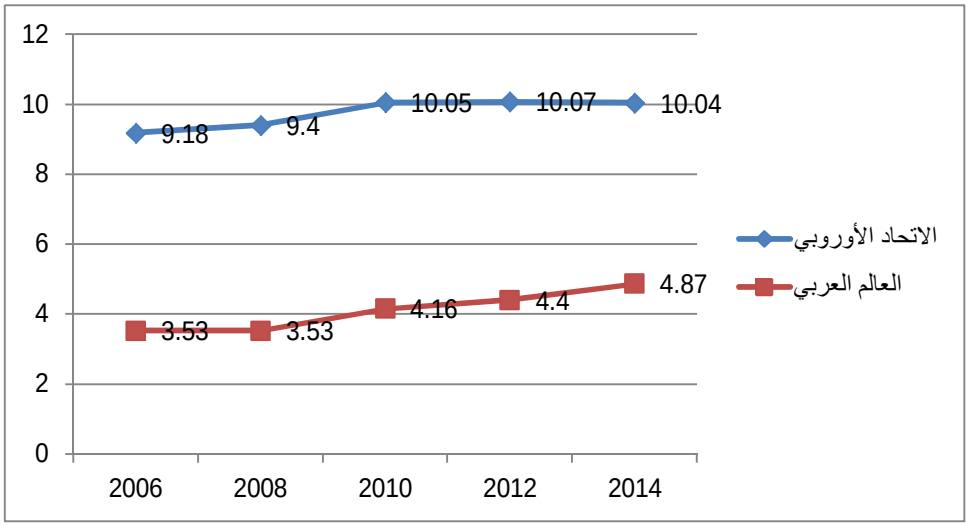
الجدول رقم (4-52): إجمالي الإنفاق على الرعاية كنسبة من إجمالي الناتج المحلي

السنوات / الدول محل الدراسة	2006	2008	2010	2012	2014
الاتحاد الأوروبي	9.18	9.4	10.05	10.07	10.04
العالم العربي	3.53	3.53	4.16	4.4	4.87

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-65): إجمالي الإنفاق على الرعاية كنسبة من إجمالي الناتج المحلي



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتبين أن مساهمة الناتج المحلي الإجمالي في تمويل الرعاية الصحية، أو بالأحرى نسبة ما يصرف على الصحة في الدول العربية مجتمعة هو ضئيل وضئيل جدا مقارنة بما يصرف في دول الاتحاد الأوروبي الذي يصرف 2.5 مرة تقريبا ما تصرفه الدول العربية من ناتجها المحلي، إذ بلغ عدد هذا الأخير **4.87%** لسنة 2014، في حين تجاوز **10%** في دول الاتحاد الأوروبي لنفس السنة، وهذا نظرا لضعف أداء الناتج الوطني كما ناقشناه سابقا من خلال الشكل رقم (4-55) الذي أظهر تفوق دول الاتحاد الأوروبي في السعة الإنتاجية بمعدل 18.57 تريليون مقابل 2.89 تريليون لسنة 2014.

رابعا: مؤشر إنفاق القطاع الخاص على الرعاية الصحية

سنتناول بالتحليل مساهمة مؤشر إنفاق القطاع الخاص على الرعاية الصحية كنسبة من إجمالي الناتج المحلي بالدول العربية مجتمعة ودول الاتحاد الأوروبي على النحو التالي:

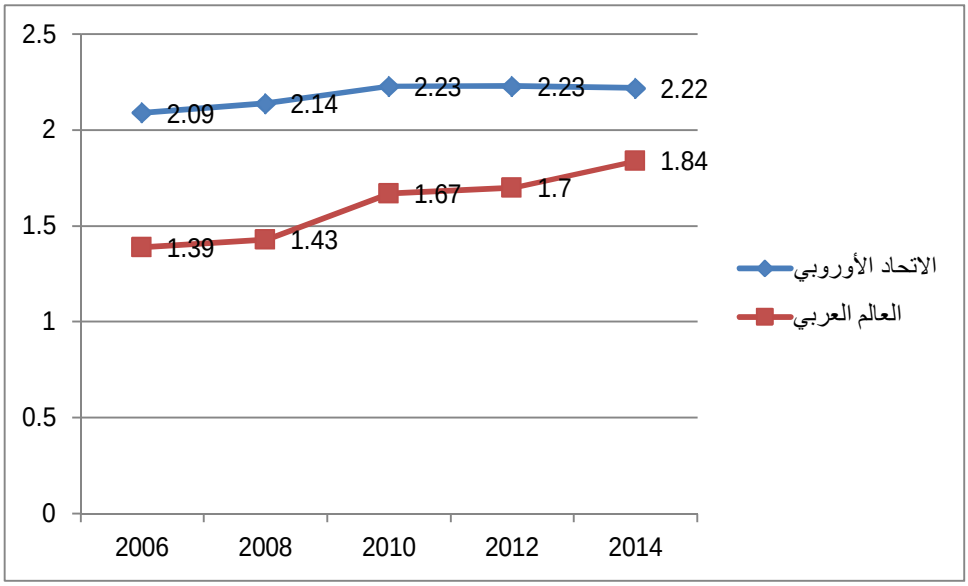
الجدول رقم (4-53): إنفاق القطاع الخاص

السنوات / الدول محل الدراسة	2006	2008	2010	2012	2014
الاتحاد الأوروبي	2.09	2.14	2.23	2.23	2.22
العالم العربي	1.39	1.43	1.67	1.43	1.39

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-66): إنفاق القطاع الخاص



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتبين أن مساهمة القطاع الخاص في دول الاتحاد الأوروبي هي أفضل بقليل من مساهمته في الدول العربية مجتمعة، إذ أن مساهمة هذا الأخير لا تتعدى (1.6%)، في حين وصلت مساهمته في دول الاتحاد الأوربي (2.18%) كمتوسط لسنوات 2006، 2008، 2010، 2012، 2014، والملاحظ أن نسبة مساهمة القطاع الخاص في تمويل الإنفاق على الرعاية الصحية في كلا العالمين العربي والأوربي هي ضئيلة جدا إذا ما قارناها بنسبة الإنفاق الحكومي.

خامسا: مؤشر الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة

سنحلل ونناقش مؤشر الإنفاق الذاتي المباشر على الصحة كنسبة من مجموع النفقات على الرعاية الصحية في العالم العربي وكذا الأوروبي على النحو التالي:

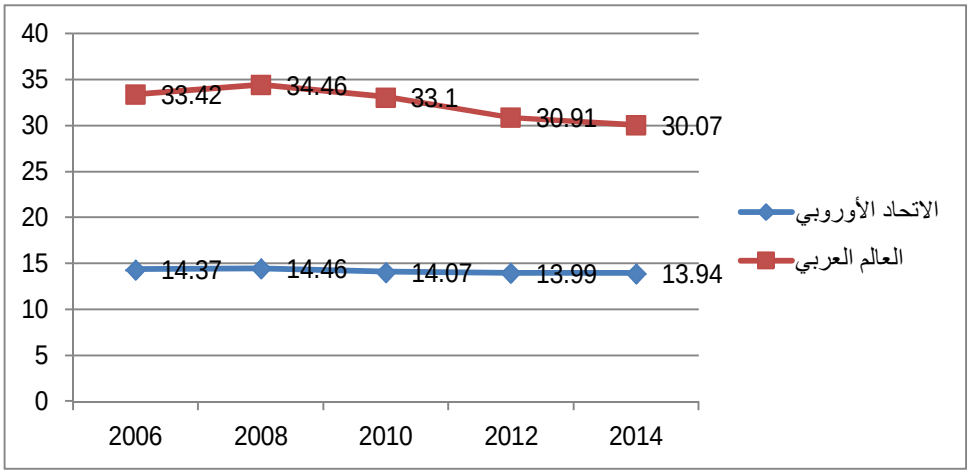
الجدول رقم (4-54): نسبة الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة

السنوات / الدول محل الدراسة	2006	2008	2010	2012	2014
الاتحاد الأوروبي	33.42	34.46	33.1	30.91	30.07
العالم العربي	14.37	14.46	14.07	13.99	13.94

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-67): نسبة الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن العالم العربي يأتي في المرتبة الأولى من حيث نسبة الإنفاق الشخصي على الصحة بـ 30.91%، 30.07% لسنوات 2012، 2014 على التوالي، هذا ما يثبت التحليل السابق للشكل رقم (4-57) أن ما تقدمه الحكومات لوزارات الصحة كميزانية لتمويل الرعاية الصحية هو ضئيل جدا.

وتأتي في المرتبة الثانية دول الاتحاد الأوروبي بمساهمة شخصية أقل إذ تقدر بـ 13.99%، 13.94% لسنوات 2012 ، 2014 على التوالي، لكن مساهمة القطاع الحكومي في تمويل ميزانية الصحة كبير جدا، وهذا ما يظهره الشكل رقم (4-67).

سادسا: نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية

سنحلل ونناقش مؤشر الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي من خلال الجدول التالي:

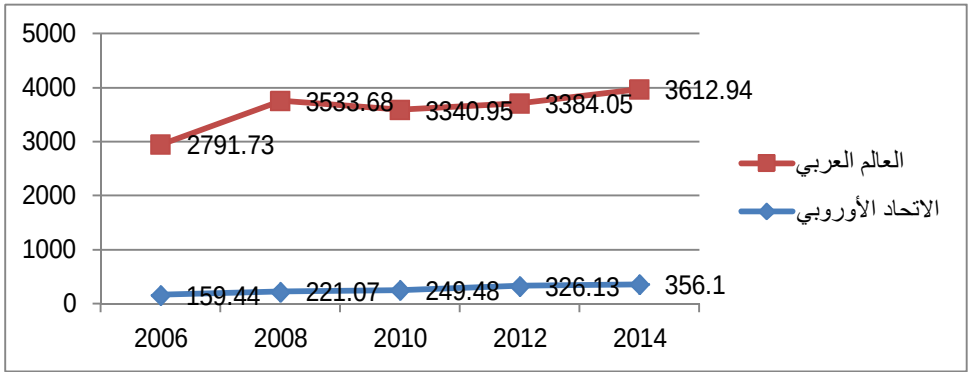
الجدول رقم (4-55): نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالدولار الأمريكي)

الدول محل الدراسة	البيان / السنوات	نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية
العالم العربي	2006	159.44
	2008	221.07
	2010	249.48
	2012	326.13
	2014	356.1
دول الاتحاد الأوروبي	2006	2791.73
	2008	3533.68
	2010	3340.95
	2012	3384.05
	2014	3612.94

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-68): نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالدولار الأمريكي)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن مؤشر نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية هو مرتفع جدا في دول الاتحاد الأوروبي مقارنة بدول العالم العربي، فمثلا لو أخذنا سنة 2006، 2010 و2014 قدر نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية بها 2791.93، 3340.98، 3612.94 دولار أمريكي، على التوالي متفوقا فيها على دول العالم العربي إذ قدر بها نصيب الفرد لنفس السنوات 159.44، 249.48، 365.1دولار أمريكي على التوالي.

واستنادا على ما سبق نستطيع القول أن نصيب الفرد في دول الاتحاد الأوروبي مرتفع جدا، نظرا لارتفاع نسب مساهمة مصادر التمويل على غرار القطاع الحكومي، والخصا على حد السواء.

المطلب الثاني: مؤشر الإنفاق الحكومي، الخاص على الصحة

تأتي مصادر تمويل الرعاية الصحية في أغلب الدول من المصادر التالية: الإنفاق الحكومي، الإنفاق الذاتي، التأمين الاجتماعي، التأمين الخاص ومصادر أخرى، وعلى هذا الأساس سنتناول من خلال هذا المطلب مصادر التمويل المختلفة في الدول محل الدراسة ومقارنتها مع بعضها البعض.

سنناقش ونقارن الإنفاق الحكومي العام على الصحة بين الدول محل الدراسة على النحو التالي:

أولا: نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة

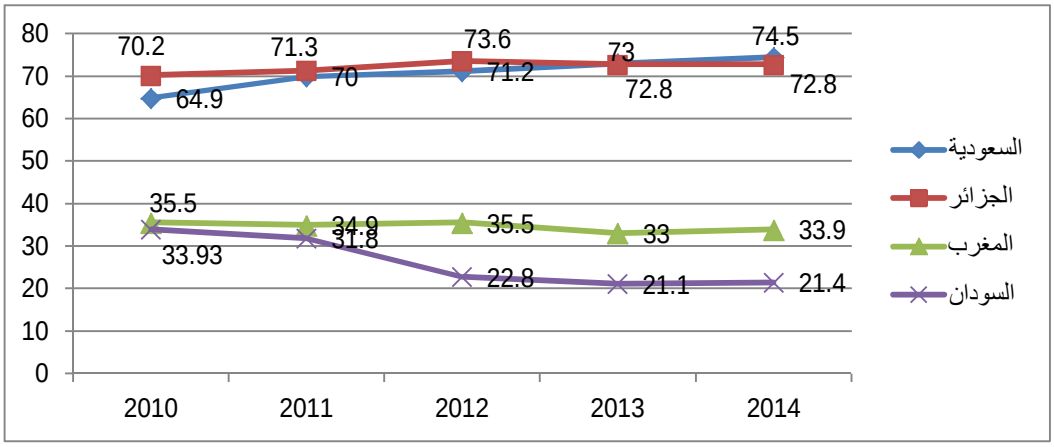
الجدول رقم (4-56): نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة (%)

السنوات / الدول محل الدراسة	2010	2011	2012	2013	2014
السعودية	64.9	70	71.2	73	74.5
الجزائر	70.2	71.3	73.6	72.8	72.8
المغرب	35.5	34.9	35.5	33	33.9
السودان	33.93	31.8	22.8	21.1	21.4

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، وبيانات أطلس العالم، مرجعين سبقا ذكرهما.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-69): نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة (%)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يمكن القول أن نظام تمويل الخدمات الصحية في كل من السعودية والجزائر هو من الأنظمة الصحية التي تعتمد بشكل أساسي على التمويل الحكومي، إذ يمثل هذا الأخير 70.2%، 71.3%، 73.6% بالنسبة للجزائر لسنوات 2010، 2011، 2012 على التوالي، إذ كان الإنفاق الحكومي الجزائري على الصحة أكبر من الإنفاق الحكومي السعودي الذي كان في حدود 64.9%، 70%، 71%.

لكن سرعان ما ضاعفت السعودية من الإنفاق في مجال الصحة بـ 73% و74.5% لسنوات 2013، 2014 على التوالي متفوقة على نسبة الإنفاق الحكومي الجزائري الذي كان في حدود 72% على مدار سنتي 2013، 2014.

أما مقارنة بالمغرب والسودان فهذين الأخيرين، نظام تمويل الخدمات الصحية بهما هو من الأنظمة الصحية التي لا يعتمد بشكل كبير على التمويل الحكومي، إذ يمثل هذا الأخير 35.3%، 34.9%، 35.5%، 33.9%، 31%، 22.8%، لسنوات 2010، 2011، 2012 على التوالي.

وإذا أخذنا سنة 2015 على سبيل المقارنة، نجد السعودية نظامها الصحي يعتمد على 74.5% من التمويل الحكومي وتبقى 25.5% تأتي من المصادر الأخرى وتأتي في المرتبة الأولى، أما الجزائر فنظامها الصحي يعتمد على 78.8% على التمويل الحكومي، وتبقى 27.2% تأتي من مصادر أخرى، تليها في المرتبة الثالثة المغرب بـ 33.9% وتبقى 66.1% تأتي من المصادر الأخرى. أما النظام الصحي السوداني يعتمد على 21.4% وتبقى 78.6% تأتي من المصادر الأخرى.

ثانيا: نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي

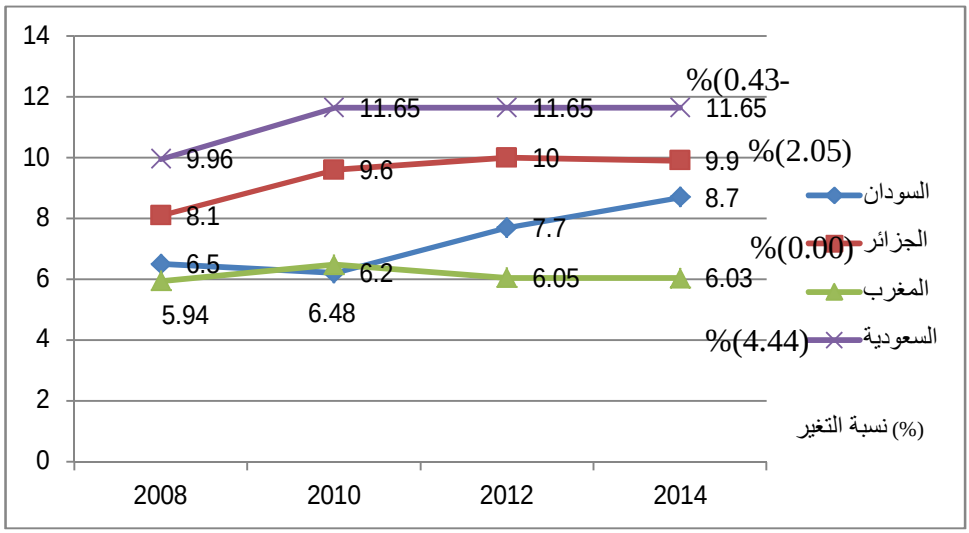
الجدول رقم (4-57): نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي(%)

السنوات / الدول محل الدراسة	2008	2010	2012	2014
السعودية	9.96	11.65	11.65	11.65
الجزائر	8.1	9.6	10	9.9
المغرب	5.94	6.48	6.05	6.03
السودان	6.5	6.2	7.7	8.7

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة بالسعودية، 1431هـ 2010م، مرجع سبق ذكره، ص 32.بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-70): نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي(%)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتبين أن جملة من تنفقه الحكومات محل الدراسة على الصحة من إجمالي الإنفاق على القطاعات الأخرى هو في تغيير مستمر من سنة إلى أخرى، ما عدا السودان التي بقيت فيها نسبة الإنفاق الحكومي من الإجمالي ثابتة لأن هذه الأخيرة كانت في سنوات 2010، 2012، 2014 تقدر بـ 11.65% وهي الأعلى مقارنة بالدول الأخرى، إلا أنها تبقى ضئيلة مقارنة بإسهامات المصادر الأخرى للتمويل مجتمعة، إذ تقدر حسب التحليل السابق بـ 21.4% (أنظر الشكل رقم 4-69).

أما المغرب هي الأكثر تحسنا في نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي، إذ بلغت 6.03%، بنسبة تغير قدرها (4.44%) لسنة 2014 مقارنة بالسنوات الماضية. إلا أنها تبقى هي الأضعف تخصيصا، مقارنة بالجزائر التي بلغ فيها نسبة التخصيص من مجمل القطاعات الأخرى 8.1%، 9.6%، 10.0%، 9.90% لسنوات 2008، 2010، 2012، 2014 على التوالي، لكن بنسبة تغير سالبة قدرها (-0.43)، والملاحظ أن نسبة التخصيص هذه تنعكس جليا في إسهامها الكبير على غرار المصادر

الأخرى للتمويل مجتمعة بـ 72.8% كما يظهره التحليل السابق (أنظر الشكل رقم 4-59)، والسعودية هي الأخرى شهدت تحسنا في نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي، إذ بلغت (8.2%)، بنسبة تغير قدرها (2.05%) والملاحظ كذلك أن نسبة التخصيص هذه تنعكس جليا في إسهامها الكبير على غرار بقية المصادر الأخرى للتمويل مجتمعة بـ 74.5%، أنظر الشكل رقم 4-69.

ثالثا: الإنفاق الحكومي العام على الصحة لكل فرد

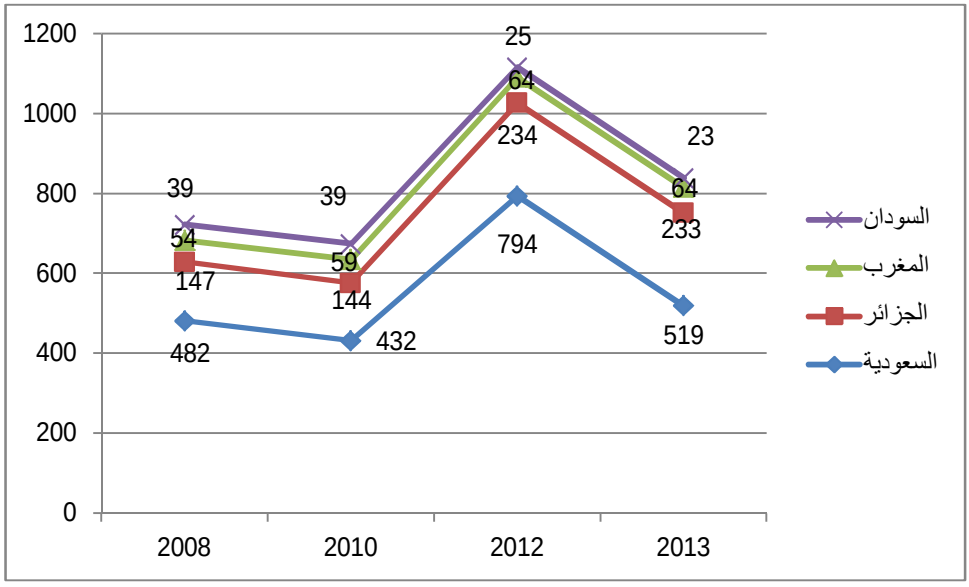
الجدول رقم (4-58): نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بمتوسط سعر الصرف (بالدولار الأمريكي)

السنوات / الدول محل الدراسة	2008	2010	2012	2013
السعودية	482	432	794	519
الجزائر	147	144	234	233
المغرب	54	59	64	64
السودان	39	39	25	23

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة بالسعودية، 1431هـ 2010م، مرجع سبق ذكره، ص 33.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-71): نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بمتوسط سعر الصرف (بالدولار الأمريكي)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن مستوى نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة، يضع السودان في مرتبة متأخرة جدا، إذ تبلغ حصة الفرد فيها ما يعادل 39 دولارا أمريكيا فقط قياسا إلى باقي الدول محل الدراسة التي يصل نصيب الفرد في بعضها إلى 22 مرة ضعف ما هو عليه في السودان، كالسعودية مثلا التي تتصدر هاته الدول محل الدراسة إذ بلغ فيها نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة 482، 432، 714، 519 دولار أمريكي على التوالي لسنوات 2008، 2010، 2012، 2013، أما الجزائر

فتأتي في المرتبة الثانية بتحسن مستمر خلال سنوات 2008، 2010، 2012، 2013 بـ 147، 144، 234، 233 دولار أمريكي، لتأتي المغرب ثالثة في الترتيب لتكاد تقترب نسبيا من السودان بـ 54، 59، 64، 64 دولار أمريكي لنفس السنوات السابقة الذكر. رابعا:

رابعا: الإنفاق على الرعاية الصحية، القطاع الخاص

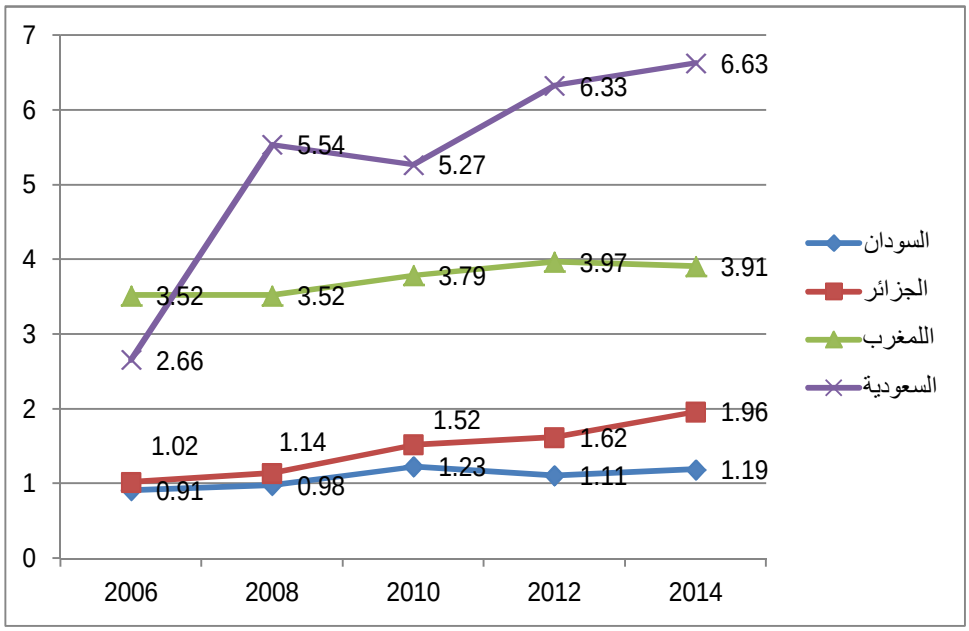
الجدول رقم (4-59): الإنفاق على الرعاية الصحية، القطاع الخاص

السنوات / الدول محل الدراسة	2006	2008	2010	2012	2014
السعودية	2.66	5.54	5.27	6.33	6.63
الجزائر	1.02	1.14	1.52	1.62	1.96
المغرب	3.52	3.52	3.79	3.97	3.91
السودان	0.91	0.98	1.23	1.11	1.19

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-72): الإنفاق على الرعاية الصحية، القطاع الخاص



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن القطاع الخاص يساهم في تمويل الرعاية الصحية بنسبة أكبر في السودان والمغرب، إذ انتقل من (2.66% إلى 6.63%) ومن (3% إلى 3.91%) وهذا ما يثبت ضعف دور الدولة في تمويل قطاع الصحة كما يظهره الشكل السابق (رقم 4-69) بـ (21.4%)، و(33.9%)، وهذا مقارنة مع الجزائر والسعودية، إذ قدرت مساهمة القطاع الخاص بهما (1.96% و1.19%) على التوالي، وهذا يشير إلى

دور الدولة المتميز في التمويل، إذ بلغ 72.8%، و74.5% على التوالي لسنوات 2006، 2014 على التوالي في كل من السودان والمغرب.

المطلب الثالث: مؤشر الإنفاق الذاتي، والإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي، وإجمالي الإنفاق على الصحة

أولا: مؤشر الإنفاق الذاتي

سنحلل ونقارن مؤشر الإنفاق الذاتي على الرعاية الصحية الذي يعتبر مصدر من مصادر التمويل المختلفة بين الدول محل الدراسة على النحو التالي:

1- نسبة الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة من مجموع النفقات على الرعاية الشخصية

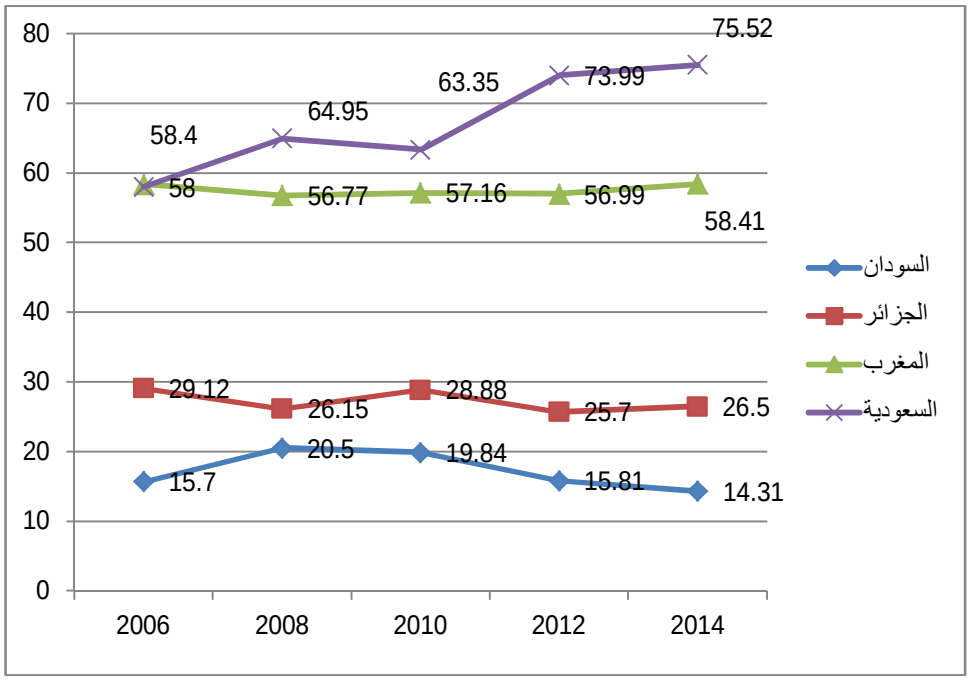
الجدول رقم (4-60): الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة من مجموع النفقات على الرعاية الشخصية

السنوات / الدول محل الدراسة	2006	2008	2010	2012	2014
السعودية	58	64.95	63.35	73.99	75.52
الجزائر	29.12	26.15	28.88	25.7	26.5
المغرب	58.4	56.77	57.16	56.99	58.41
السودان	15.7	20.5	19.84	15.81	14.31

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره. وبيانات أطلس العالم، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-73): الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة من مجموع النفقات على الرعاية الشخصية



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن نسبة الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة من مجموع النفقات على الرعاية الشخصية في السودان هو الأعلى بداية 2006، 2008، 2010، 2012، 2014 بـ (58.4%، 64.95%، 63.35%، 73.99%، 75.52%) على التوالي مقارنة بالدول الأخرى، إذ تأتي المغرب في المرتبة الثانية من حيث الإنفاق الشخصي بـ معدل (58%، 56.77%، 57.16%، 56.99%، 58.41%) على التوالي لنفس السنوات السابقة، وتأتي الجزائر في المرتبة الثالثة من حيث نسبة الإنفاق الشخصي بـ (29.12%، 26.15%، 28.88%، 25.70%، 26.50%) لنفس السنوات على التوالي، لتحل السعودية في المرتبة الرابعة وهي الأقل نسبة من الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة مقارنة بالدول السابقة الذكر.

ومن خلال ما سبق، نستطيع القول أن السعودية والجزائر هي الأفضل من حيث تدني التكاليف الشخصية الخاصة بالرعاية الصحية، وهذا ما يثبت التحليل السابق الذي يشير إلى أن الحكومة تساهم مساهمة كبيرة في التمويل الصحي (أنظر الشكل رقم4-71).

2- التأمين الخاص كنسبة مئوية% من الإنفاق الخاص على الصحة

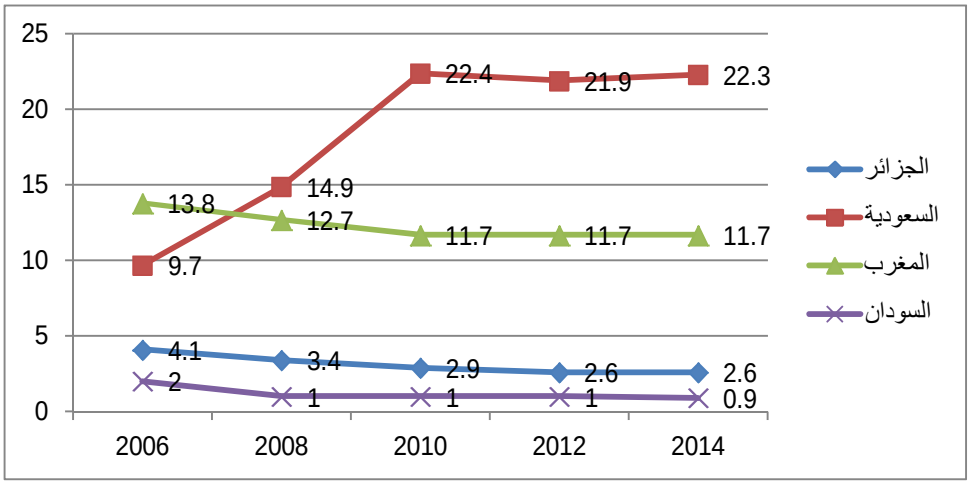
الجدول رقم (4-61): التأمين الخاص كنسبة من إجمالي الإنفاق الخاص

السنوات / الدول محل الدراسة	2006	2008	2010	2012	2014
السعودية	9.7	14.9	22.4	21.9	22.3
الجزائر	4.1	3.4	2.9	2.6	2.6
المغرب	13.8	12.7	11.7	11.7	11.7
السودان	2	1	1	1	0.9

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-74): التأمين الخاص كنسبة من إجمالي الإنفاق الخاص



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن التأمين الخاص كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة هو الأضعف في السودان، حيث لا يذهب غالبية السودانيين إلى هذا النوع من التأمين إذ تناقص على مدار السنوات فمن 2% في سنة 2006 إلى 0.9% في سنة 2014 فهي تذيل الترتيب لتأتي السعودية في المرتبة الأولى من حيث التأمين الخاص كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة، إذ عرف هذا النوع من التأمين تغييرا تصاعديا فمن 9.7% لسنة 2006 إلى 22.3% لسنة 2014، أما المغرب احتلت المرتبة الثانية بالرغم من التغير التنازلي لهذا النوع من التأمين، فلقد انتقل من 13.8% إلى 11.7% لسنوات 2006، 2014 على التوالي.

أما الجزائر جاءت في المرتبة الثالثة بعد كل من السعودية والمغرب بالرغم من التغير التصاعدي الذي عرفه هذا النوع من التأمين فلقد انتقل من (2.6%) لسنة 2006 إلى 4.1% لسنة 2014.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن هذا المصدر من مصادر الإنفاق (التمويل) يساهم بنسب أقل مقارنة بإسهام الحكومة في تمويل الرعاية الصحية (أنظر الشكل رقم 4-71).

3- إجمالي الإنفاق على الصحة لكل فرد

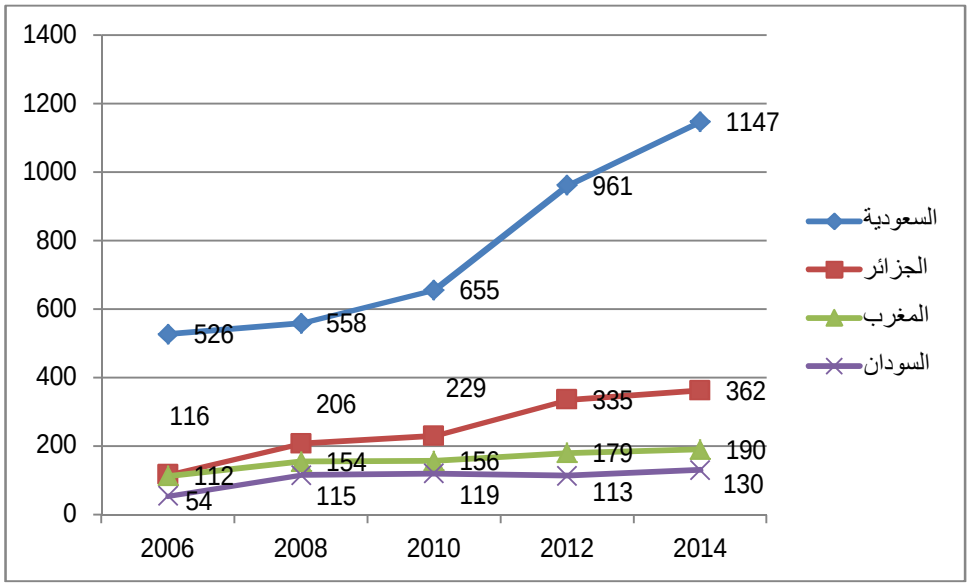
الجدول رقم (4-62): إجمالي الإنفاق على الصحة لكل فرد (بالدولار الأمريكي)

السنوات / الدول محل الدراسة	2006	2008	2010	2012	2014
السعودية	526	558	655	961	1147
الجزائر	116	206	229	335	362
المغرب	112	154	156	179	190
السودان	54	115	119	113	130

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-75): إجمالي الإنفاق على الصحة لكل فرد (بالدولار الأمريكي)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن إجمالي الإنفاق على الصحة لكل فرد في السعودية هو الأعلى بـ 526، 1147، دولار أمريكي لسنوات 2006، 2014 على التوالي، تليها الجزائر بـ 116 و362 دولار أمريكي لنفس السنوات على التوالي، واحتلت المغرب المرتبة الثالثة بـ 112 و190دولار أمريكي لنفس السنوات، ثم السودان رابعة في إجمالي الإنفاق على الصحة لكل فرد بـ (54 دولار أمريكي، و130 دولار أمريكي) لسنوات 2006 و2014) على التوالي.

ثانيا: مؤشر إجمالي الناتج المحلي بالدول محل الدراسة

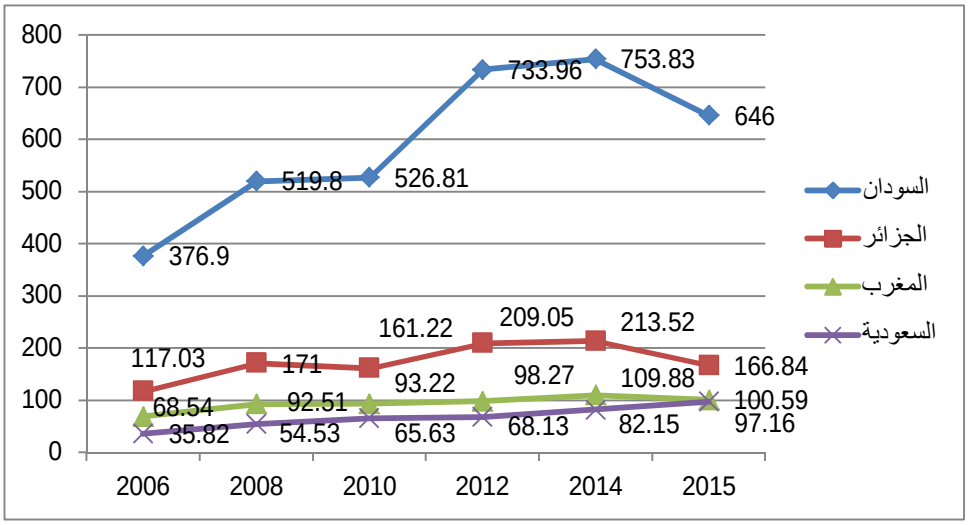
الجدول رقم(4-63): مؤشر إجمالي الناتج المحلي بالدول محل الدراسة

2015	2014	2012	2010	2008	2006	السنوات / الدول محل الدراسة
97.16	82.15	68.13	65.63	54.53	35.82	السعودية
166.84	213.52	209.05	161.22	171	117.03	الجزائر
166.84	109.88	98.27	93.22	92.51	68.64	المغرب
646	753.83	733.96	526.81	519.8	376.9	السودان

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم(4-76): مؤشر إجمالي الناتج المحلي بالدول محل الدراسة



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن إجمالي الناتج المحلي عرف ارتفاعا ملحوظا بكل الدول محل الدراسة، فلو أخذنا مثلا سنة 2006 حتى سنة 2015 تطور الناتج من 35.82 إلى 97.16، و68.64 إلى 100.59، 117.03 إلى 166.84 ومن 376.90 إلى 646.00 (مليار دولار أمريكي) في كل من السودان، المغرب، الجزائر، السعودية على التوالي.

وإذا أخذنا سنة 2015 سنة مقارنة فالناتج بالمغرب والجزائر والسودان متقارب إلى حد ما بـ 100.59 و166.84، 97.16 مليار دولار أمريكي، إذ يحتلون المرتبة الثانية في الترتيب وراء السعودية التي قدر بها الناتج

646.00 مليار دولار أمريكي، وهو خمس مرات ضعف الناتج بكل من المغرب والجزائر، والسودان، هذا إن دل على شيء إنما يدل على ضئالة الإنتاج بهذه الدولة مقارنة بالسعودية.

1- مؤشر الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي

سنحلل إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي على النحو التالي كما يظهره الجدول أدناه.

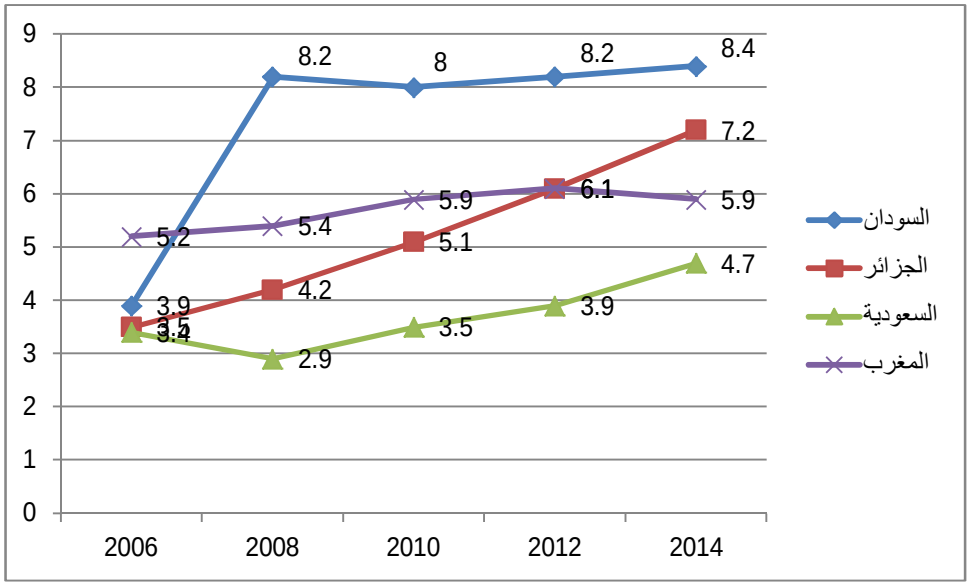
الجدول رقم (4-64): إجمالي الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي

2014	2012	2010	2008	2006	السنوات / الدول محل الدراسة
8.4	8.2	8	8.2	3.9	السودان
7.2	6.1	5.1	4.2	3.5	الجزائر
4.7	3.9	3.5	2.9	3.4	االسعودية
5.9	6.1	5.9	5.4	5.2	المغرب

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة بالسعودية، مرجع سبق ذكره، ص 43. ومجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-77): إجمالي الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن مساهمة الناتج المحلي الإجمالي في تمويل الصحة، أو بالأحرى نسبة ما يصرف على الصحة في المملكة العربية السعودية من إجمالي الناتج المحلي مقارنة بالدول محل الدراسة هو ضعيف، إذ بينما لا تتعدى هذه النسب 3.4%، 2.9%، 3.3%، 3.5%، 4.7% لسنوات 2006، 2008، 2009، 2010، 2012، 2014 على التوالي في السعودية نجد أنها تتراوح ما بين (5% و6%) في المغرب إذ تحل ثانيا بعد السعودية، وأما إذا قارناهما بالجزائر، فهذه الأخيرة تتراوح نسبة ما يصرف على الصحة من إجمالي الناتج

المحلي ما بين (6% و7%) وهي نسب مقبولة، في حين نجد السودان تحتل المرتبة الأولى من حيث نسبة مساهمة الناتج المحلي الإجمالي بنسبة مقبولة جدا تقدر بـ (8%).

2- مؤشر إجمالي الإنفاق على الصحة

سنحلل ونقارن هذا المؤشر بين الدول محل الدراسة على النحو التالي كما يظهره الشكل الموالي.

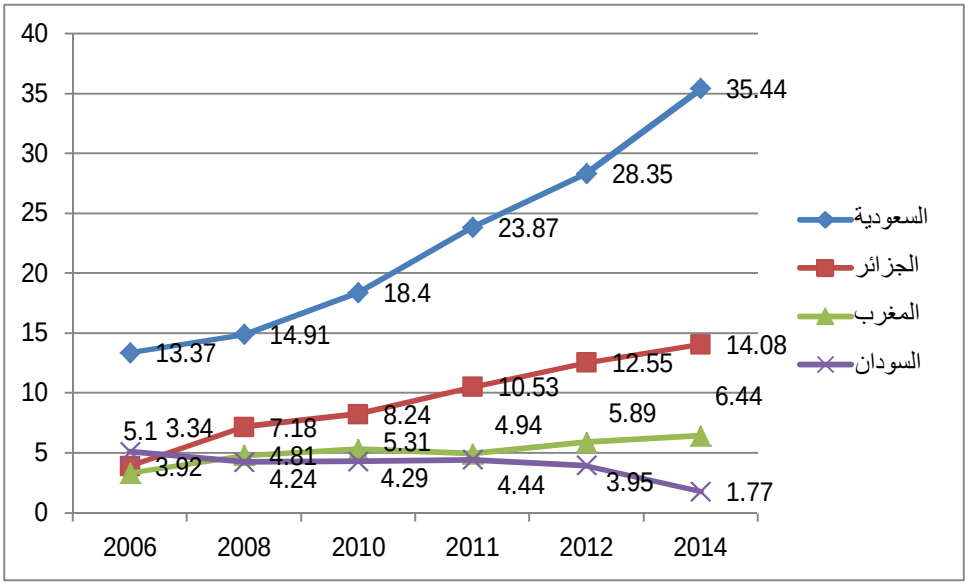
الجدول رقم (4-65): مؤشر إجمالي الإنفاق على الصحة

2014	2012	2011	2010	2008	2006	السنوات / الدول محل الدراسة
35.44	28.35	23.87	18.4	14.91	13.37	االسعودية
14.08	12.55	10.53	8.24	7.18	3.34	الجزائر
6.44	5.89	4.94	5.31	4.81	3.92	المغرب
1.77	3.95	4.44	4.29	4.24	5.1	السودان

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-78): مؤشر إجمالي الإنفاق على الصحة



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يتضح أن إجمالي الإنفاق على الصحة من مجموع المصادر السابقة الذكر (مصادر التمويل)، مقدرا بملايين الدولارات الأمريكية، يختلف من دولة إلى أخرى فالحكومة السودانية لا تولي اهتمام للإنفاق على الصحة من خلالها أو من خلال المصادر الأخرى. أنظر الشكل رقم (4-61)، وهذا ما يعبر عنه إجمالي الإنفاق على الصحة كما يظهره الشكل أعلاه إذ يقدر بـ 5.10، 4.24، 4.29، 3.95، 1.77 لسنوات 2006، 2008، 2010، 2012، 2014 على التوالي، وهي الأضعف حلقة مقارنة بالدول محل الدراسة تتبعها المغرب بـ 3.34، 4.81، 5.31، 5.89، 6.44 لنفس السنوات في مرتبة أقل ما نقول عنها

أنها ضعيفة، لتحل الجزائر ثالثة في مرتبة نستطيع القول عنها متوسطة بـ 3.92، 7.18، 8.24، 10.53، 12.55، 14.08 لنفس السنوات، أما الحكومة السعودية من حيث مصادر التمويل (الإنفاق) تحتل المرتبة الأولى وهذا ما يعبر عنه إجمالي الإنفاق على الصحة بـ 13.37، 14.91، 18.4، 23.87، 28.35، 35.44 لنفس السنوات.

المبحث الثالث: اقتصاديات الصحة ومساهمتها في التنمية البشرية

بعدما تطرقنا في المباحث السابقة إلى الإنفاق على الرعاية الصحية، وكذا الخصائص الديمغرافية للدول محل الدراسة، سنعرج من خلال هذا المبحث على قياس كفاءة الإنفاق وذلك من خلال عدة الأسّرة، عدد العاملين (أي القوى العاملة البشرية، والمادية) ومدى انعكاس هذا الانفاق على مخرجات الصحة بالتطرق إلى العديد من المؤشرات الصحية على غرار معدلات وفيات الأطفال، معدلات الإصابة بالأمراض المعدية والمزمنة، إذ هذه الأخيرة تمثل وصفا عدديا" بسيطا واضحا وقابلا للقياس يختص بجانب أو أكثر من الجوانب الصحية المتعلقة بالفرد أو المجتمع عموما، وتستخدم هذه المؤشرات لأغراض عديدة، مثل تحديد الملامح الأساسية لصحة المجتمع أو ما يعرف بالصحة العامة، وكذلك تحديد مدى نجاح البرامج الصحية العلاجية منها والوقائية، ومدى وصولها إلى الأهداف التي وضعت من أجلها، وهذا كله يعبر عن مدى نجاح الاقتصاد الصحي الذي يعمل على رسم السياسات والتخطيط الصحي ومن ثم نتعرف على دوره في تفعيل التنمية البشرية.

المطلب الأول: أدوات اقتصاديات الصحة

للاقتصاد الصحي أدوات مختلفة تشتمل على تمويل العلاج الجاري، كما تشمل إنشاء وصيانة الاستثمارات في مجال تقديم الخدمات الصحية، على غرار القوى العاملة البشرية والمادية كعدد المستشفيات عدد الأسّرة، بمعنى تنعكس الأهمية للرعاية الصحية في مقدار الموارد التي تخصص لها الانفاق الصحي، إذ توفر الأساليب المتبعة لتمويل أنظمة الصحة وطرق إنفاق الأموال على مدى عدالة النظام ككل بصفة عامة والاقتصاد الصحي بصفة خاصة، بحيث هناك علاقة بين حصة الإنفاق الإجمالي على الصحة وبين مؤشرات الصحة (معدلات وفيات الأطفال الرضع، وفيات المواليد أحياء) أي له علاقة بتحسن متوسطات العمر للتوقع، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال هذا المطلب.

أولا: مؤشر الموارد المادية والبشرية الصحية

سنحلل تطور مؤشر الموارد المادية من خلال كثافة عدد الأسّرة وإجمالي عدد المستشفيات بالدول محل الدراسة لتبيان كثافة الإنفاق الصحي في الرفع من صحة السكان ومن ثم الرفع من معدل التنمية البشرية.

مؤشر الموارد المادية

سنقتصر في تحليل هذه النقطة على المستشفيات وعدد الأسّرة نتوقف عند تحليل سنة 2014 نظرا لعدم توفر الإحصائيات وهي متوقفة عند هذه السنة بالرغم من حداثة المصادر التي توفرت لنا، خاصة بالمغرب، وحتى تكون الدراسة متوازنة توقفنا عند هذه السنة.

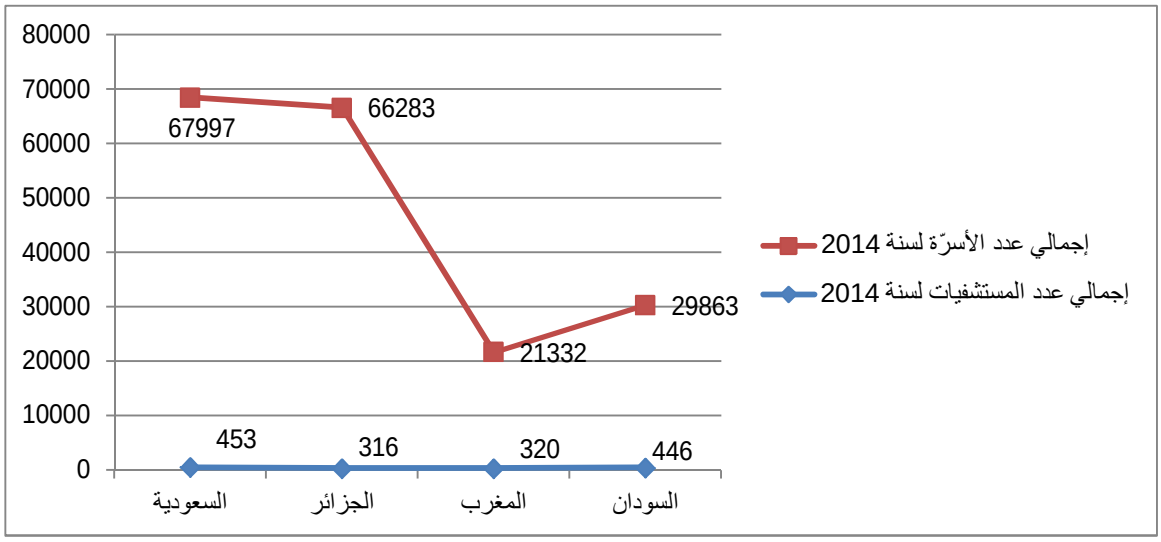
وعلى هذا الأساس سنحلل ونقارن هذا المؤشر بين الدول محل الدراسة على النحو التالي:

الجدول رقم (4-66): تطور الموارد المادية الصحية لسنة 2014

البيان / الدول	إجمالي عدد المستشفيات لسنة 2014	إجمالي عدد الأسّرة لسنة 2014
السعودية[1]	453	67997
الجزائر[2]	316	66283
المغرب[3]	320	21332
السودان[4]	446	29863

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-79): تطور الموارد المادية الصحية لسنة 2014



المصدر: معطيات الجدول السابق.

من الشكل أعلاه نلاحظ أن إجمالي عدد المستشفيات لسنة 2014 متقارب في الدول محل الدراسة، إلا أن كثافة عدد الأسّرة يجعل السعودية في المرتبة الأولى تليها الجزائر ثم المغرب وأخيرا السودان، وهذا ما يدل على كفاءة الإنفاق الصحي (أسلوب التكلفة) الذي هو من اختصاص الاقتصاد الصحي، الذي سينعكس حتما على تعظيم صحة السكان الفعالية (أسلوب الفعالية)، ومن ثم رفع معدلات التنمية البشرية.

1- تطور مؤشر الموارد البشرية

سنحلل ونقارن مؤشر الموارد البشرية بالدول محل الدراسة من خلال الجدول التالي:

[1]- وزارة الصحة السعودية، الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة بالسعودية، مرجع سبق ذكره، ص: 45.

[2]- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الدراسات والتخطيط، مرجع سبق ذكره، ص: 14.

[3]Ministere de la sante du MAROC Direction de la planisication et des Ressources, Op-Cit 2015,p 17.www.Rcp.ma

[4]- وزارة الصحة السودانية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي، المركز القومي للمعلومات الصحية، 2015. ص: 22.
على الموقع: www.fmah.gov.sd

الجدول رقم (4-67): تطور عدد الموارد البشرية الصحية (2011-2014)

البيان / الدول	طبيب عمومي وخاص				ممرضين				صيادلة عمومي				المجموع	
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2011 2012 2013 2014
السعودية[1]	33999	35841	37895	38458	77946	82948	83862	91854	1897	2154	2381	2914	113842	489995
الجزائر[2]	64107	49280	51534	53487	108878	117590	123344	121803	6737	7035	7251	6944	179722	717980
المغرب[3]	23543	-	20638	-	29025	-	-	-	4487	-	4684	-	57055	-
السودان[4]	11751	12353	11443	9359	17929	18158	17112	16829	1580	1653	1549	1496	31260	121212

من الجدول رقم (4-46) نلاحظ أن عدد العاملين في القطاع الصحي بالسعودية ارتفع حيث أن عدد الأطباء انتقل من 33999 طبيب إلى 37895 طبيب ثم إلى 38458 طبيب لسنوات 2011، 2013، 2014 على التوالي، محتلة المرتبة الأولى لتأتي الجزائر في المرتبة الثانية بـ 64107 طبيب، 37895 طبيب، 38458 طبيب، لنفس السنوات السابقة، بالرغم من الانخفاض السنوي المتتالي لعدد الأطباء. أما المغرب فاحتلت المرتبة الثالثة بـ 23543 طبيب لعام 2011 و20638 طبيب لسنة 2013، وهذا بحسب ما توفر لدينا من إحصائيات بالرغم من حداثة المصدر.

أما السودان فجاءت في المرتبة الرابعة متذيلة للترتيب بـ 11751 طبيب، 11443 طبيب، 9359 طبيب لنفس السنوات السابقة على التوالي، أما طاقم الممرضين جعل الجزائر تحتل المرتبة الأولى بـ 108878 ممرض لسنة 2011 (سنأخذ هذه السنة كأساس للمقارنة نظرا لعدم توفر الإحصائيات بالمغرب رغم حداثة المصدر). أما السعودية احتلت المرتبة الثانية بـ 779946 ممرض، في حين جاءت المغرب ثالثة بـ 29025 ممرض، لتتذيل السودان الترتيب بـ 17929 ممرض.

أما فئة الصيادلة فاحتلت الجزائر المرتبة الأولى بـ 6737 صيدلي عمومي، ثم 7251 صيدلي عمومي لسنوات 2011، ثم 2013، على التوالي، (توقفنا عند سنة 2013 لعدم توفر الإحصائيات بالمغرب). لتأتي

[1]- وزارة الصحة السعودية، الكتاب الإحصائي السنوي لعامة 1436هـ الموافق لـ 2015 ، مرجع سبق ذكره.

[2]- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص ص: 17-18.

[3]- Ministere de la sante du MAROC,Op-Cit, p 10.

[4]- وزارة الصحة السودانية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي، مرجع سبق ذكره.

المغرب ثانية بـ 4487 صيدلي، 4684 صيدلي لنفس السنوات، أما السعودية حلت الثالثة بـ 1897 صيدلي، 2381 صيدلي لتتذيل السودان الترتيب بـ 1580 صيدلي، و1549 صيدلي لنفس السنوات على التوالي.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن السعودية والجزائر تميزت بكثافة الموارد البشرية الصحية، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على كفاءة الإنفاق الصحي الذي هو من اختصاص الاقتصاد الصحي، أما المغرب والسودان تميزتا بنقص المورد البشري الصحي، وهذا يدل على عدم كفاءة استخدام الاقتصاد الصحي، الأمر الذي ينعكس سلبا على النتائج الصحية (كمعدل وفيات الأطفال، الأمهات..إلخ) التي تؤثر بدورها على معدل العمر المأمول أو المتوقع عند الحياة الذي يؤثر بدوره على معدلات التنمية البشرية.

ولتوضيح ذلك أكثر نستعين بالجدول التالي:

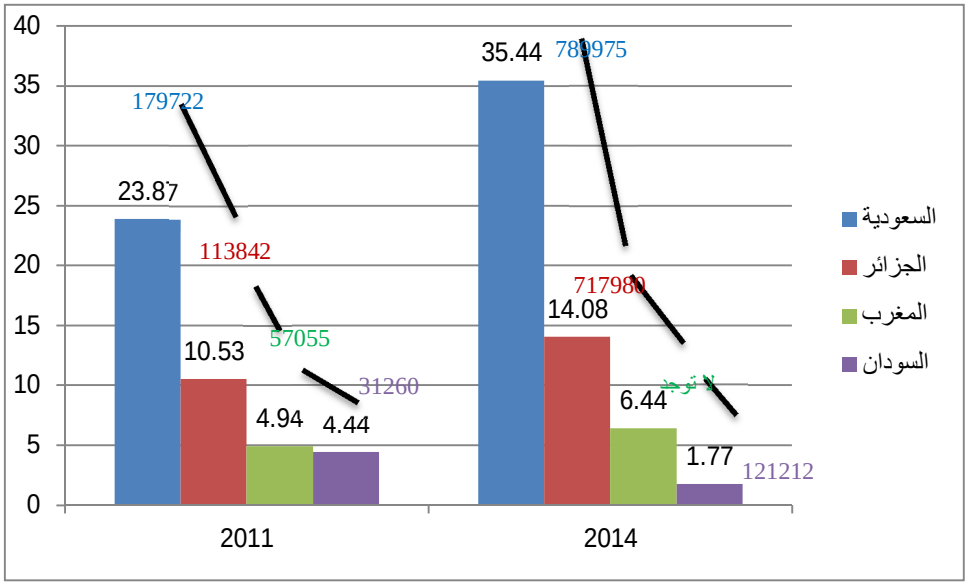
الجدول رقم (4-68): العلاقة بين إجمالي الإنفاق الصحة وكثافة الموارد البشرية

السنوات / الدول محل الدراسة	2011	2014
االسعودية	23.87	35.44
الجزائر	10.53	14.08
المغرب	4.94	6.44
السودان	4.44	1.77

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (4-46)

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-80): العلاقة بين إجمالي الإنفاق الصحة وكثافة الموارد البشرية



المصدر: معطيات الجدول السابق

تجدر الملاحظة أن سنة 2014 لم ندرج عدد القوى العاملة الصحية بالمغرب نظرا لعدم توافر الإحصائيات الخاصة بها، بالرغم من صدور التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2015، ولم يدرج في طياته سنة 2012 ولا سنة 2014.

من خلال الشكل رقم (4-78) نلاحظ أن هناك علاقة طردية بين إجمالي الإنفاق على الصحة وحجم كثافة الموارد الصحية البشرية ، فمثلا لو أخذنا سنة 2014 بدون المغرب نجد أنه كلما زاد الإنفاق زادت معه كثافة الموارد البشرية كما يبينه الشكل أعلاه. وسنة 2011 توضح ذلك أكثر.

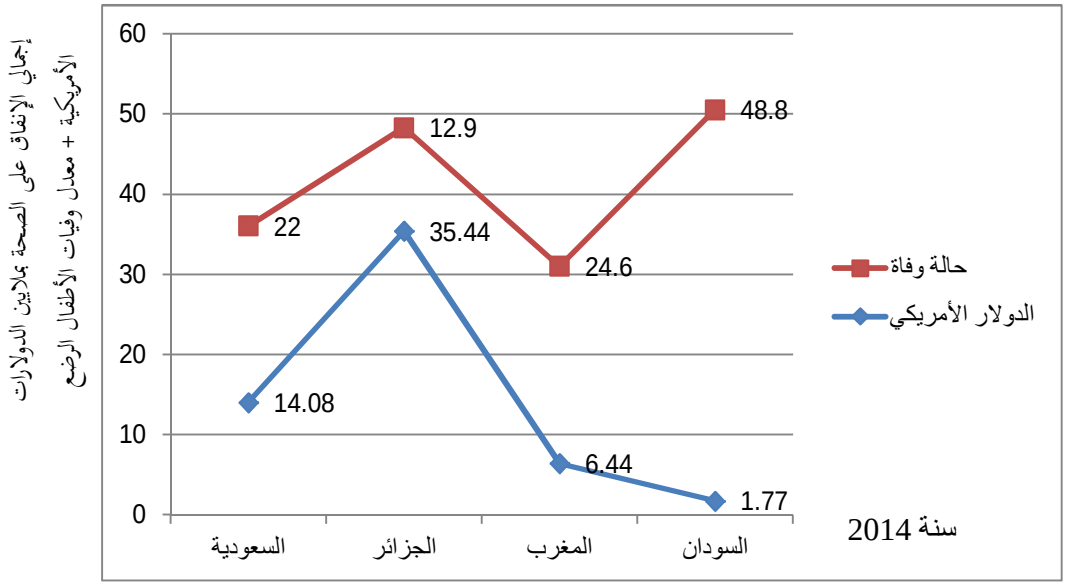
الجدول رقم (4-69): العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال الرضع لسنة 2014.

السنوات / الدول محل الدراسة	الدولار الأمريكي	حالة وفاة
االسعودية	14.08	22
الجزائر	35.44	12.9
المغرب	6.44	24.6
السودان	1.77	48.8

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الشكل رقم (4-68) ومجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-81): العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال الرضع



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يلاحظ أنه هناك علاقة عكسية بين إجمالي ما ينفق على الصحة، وبين معدل وفيات الأطفال الرضع، بحيث كلما زاد الإنفاق قلت معه عدد الوفيات، وهذا ما نستنتجه من خلال الشكل أعلاه، فمثلا بلغ حجم الإنفاق الإجمالي على الصحة 1.77، 6.44، 35.44، 14.08 في كل من السودان،

المغرب، السعودية، الجزائر على التوالي لسنة 2014، صاحبه انخفاضا محسوسا في معدل وفيات الرضع، إذ انتقل من 48.80 حالة وفاة 24.60، 35.44، إلى 20.00 حالة وفاة.

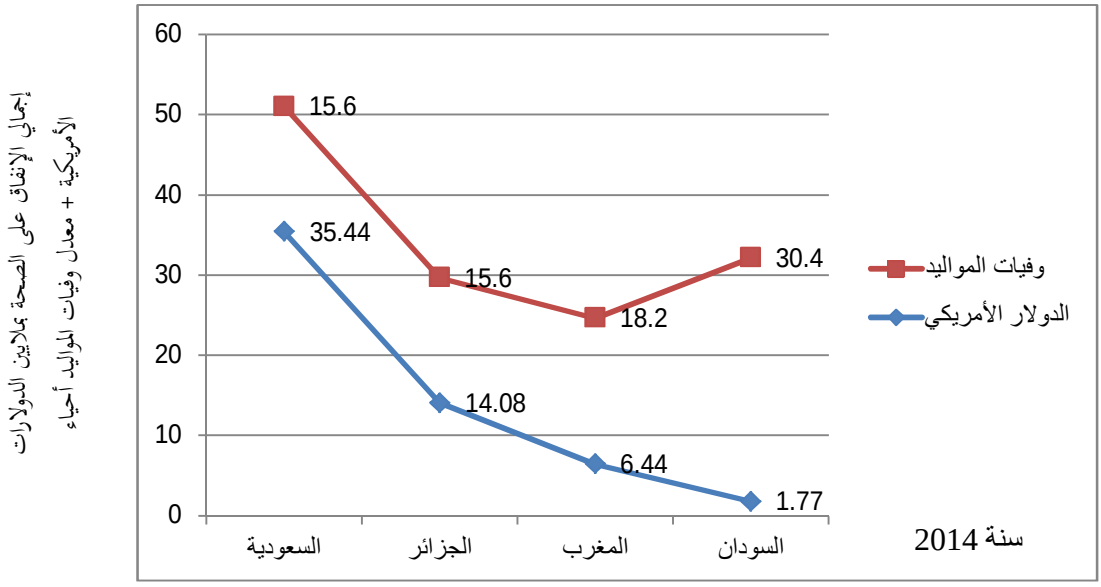
الجدول رقم (4-70): العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات المواليد أحياء

السنوات / الدول محل الدراسة	الدولار الأمريكي	وفيات المواليد
االسعودية	14.08	15.6
الجزائر	35.44	15.6
المغرب	6.44	18.2
السودان	1.77	30.4

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الشكل رقم (4-68) ومجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-82): العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات المواليد أحياء



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه نلاحظ أن هناك علاقة عكسية بين إجمالي ما ينفق على الصحة وبين معدل وفيات المواليد أحياء، بحيث كلما زاد الإنفاق، قلت معه عدد الوفيات، فمثلا بلغ حجم إجمالي الإنفاق على الصحة 1.77، 6.44، 35.44، 14.08 في كل من السودان، المغرب، السعودية، الجزائر على التوالي لسنة 2014، صاحبه انخفاضا محسوسا في معدل وفيات الرضع، إذ انتقل من 30.4، 18.2، 15.6 إلى 15.6 حالة وفاة.

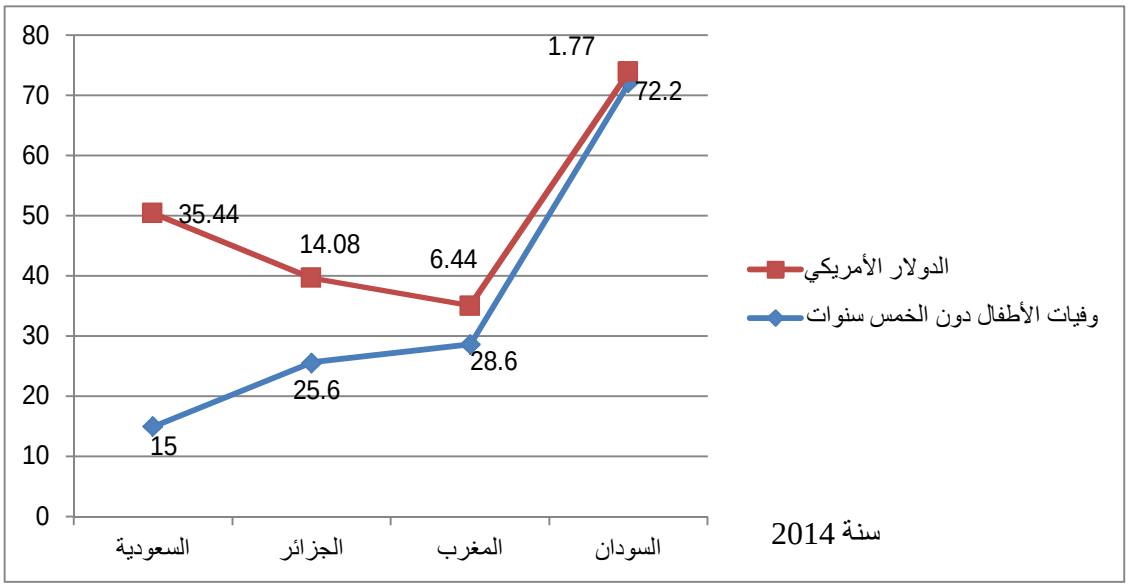
الجدول رقم (4-71): العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات

السنوات / الدول محل الدراسة	الدولار الأمريكي	وفيات المواليد
االسعودية	14.08	15
الجزائر	35.44	25.6
المغرب	6.44	28.6
السودان	1.77	72.2

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الشكل رقم (4-68) ومجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-83): العلاقة بين إجمالي الإنفاق على الصحة وبين معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يتضح أن هناك علاقة عكسية بين إجمالي ما ينفق على الصحة، وبين معدل وفيات الأطفال الرضع بحيث كلما زاد الإنفاق قلت معه عدد الوفيات، وهذا ما نستنتجه من خلال الشكل أعلاه، فمثلا بلغ حجم الإنفاق الإجمالي على الصحة، 1.77، 6.44، 35.44، 14.08 في كل من السودان، المغرب، السعودية، والجزائر، على التوالي لسنة 2014، صاحبه انخفاضا محسوسا في معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات بانتقاله من 72.2، 28.6، 15، 25.6 حالة وفاة.

ومن خلال ما سبق نستنتج أن هناك علاقة إيجابية بين الانفاق الإجمالي على الصحة وبين المؤشرات الصحية التي تم تحليلها، هذه الأخيرة التي من شأنها أن ارتفع معدل العمر المتوقع بدول محل الدراسة بنسب متفاوتة (حسب معدل وفيات الأطفال) بها.

وبعد تقييمنا لأدوات اقتصاديات الصحة سنحلل انعكاساته على مخرجات الصحة.

ثانيا: قياس ومقارنة مخرجات الصحة بالدول محل الدراسة

سنعالج من خلال هذا المطلب مخرجات الصحة التي تقاس بالعديد من المؤشرات الصحية التي تمثل وصفا عدديا بسيطا واضحا وقابلا للقياس يختص بجانب أو أكثر من الجوانب الصحية المتعلقة بالفرد أو المجتمع عموما" وتستخدم هذه المؤشرات لأغراض عديدة مثل تحديد الملامح الأساسية لصحة المجتمع أو ما يعرف بالصحة العامة، وكذلك تحديد مدى نجاح البرامج الصحية العلاجية منها والوقائية ومدى وصولها إلى الأهداف التي وضعت من أجلها، إذ هذا كله يعبر عن مدى نجاح الاقتصاد الصحي، الذي يختص برسم السياسات والتخطيط الصحي، كما وضحناه في المطلب السابق، ومن بين هذه المؤشرات خدمات رعاية الأمومة والطفولة المتمثلة في معدلات وفيات الأطفال الرضع، الأطفال دون سن الخامسة، معدلات وفيات الأمهات.

1- وفيات الأطفال الرضع(لكل 1000 مولود حي)

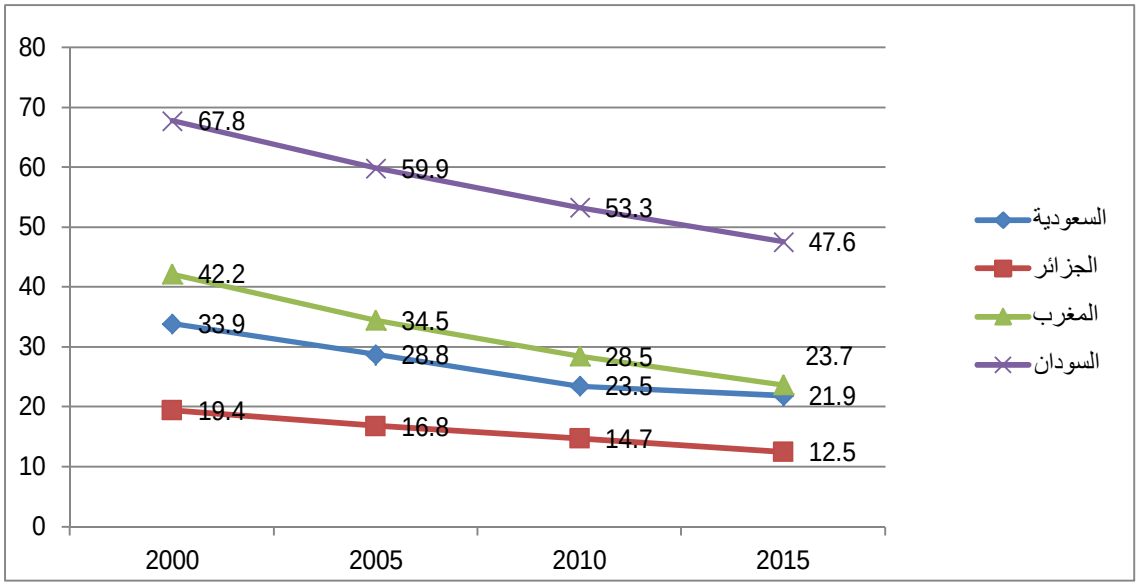
الجدول رقم (4-72): معدل وفيات الأطفال الرضع(لكل 1000 مولود حي)

2015	2010	2005	2000	السنوات / الدول محل الدراسة
21.9	23.5	28.8	33.9	االسعودية
12.5	14.7	16.8	19.4	الجزائر
23.7	28.5	34.5	42.2	المغرب
47.6	53.3	59.9	67.8	السودان

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على كتاب صادر عن وزارة الصحة السعودية، بعنوان إنجازات وزارة الصحة، ص: 42. على الموقع الإلكتروني: WWW.moh.gov.sa تاريخ الاطلاع: 18-12-2016.وبالاعتماد على مجموع البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-84): معدل وفيات الأطفال الرضع(لكل 1000 مولود حي)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل رقم أعلاه يتضح أن معدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 مولود حي مرتفع بنسبة أكبر في دولة السودان بـ 67.80، 47.60 للأعوام 2000، 2015 على التوالي، مع الإشارة إلى أنه انخفض من 2000 إلى 2015، لكنه يبقى مرتفع مقارنة بالدول محل الدراسة.

مع الإشارة إلى أن السعودية المعدل يقل بها إذ بلغ 19.40، 12.5 لسنوات 2000، 2015 على التوالي، وهذا المعدل يكاد يكون متقارب بين المغرب والجزائر لسنة 2015.

2- وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)

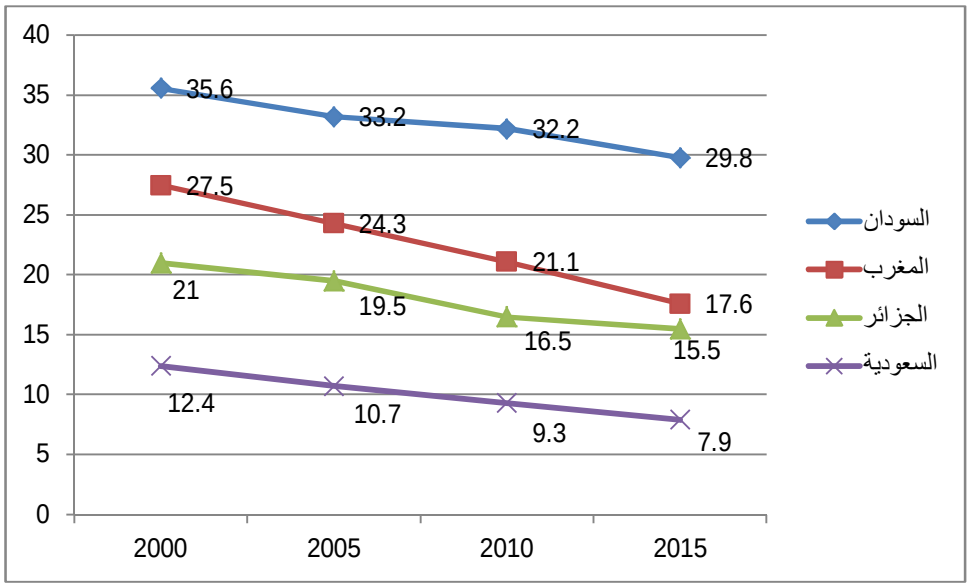
الجدول رقم (4-73): معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)

السنوات / الدول محل الدراسة	2000	2005	2010	2015
السودان	35.6	33.2	32.2	29.8
المغرب	27.5	24.3	21.1	17.6
الجزائر	21	19.5	16.5	15.5
السعودية	12.4	10.7	9.3	7.9

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-85): معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من خلال الشكل رقم (4-84) يلاحظ انخفاض معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي). بكل الدول محل الدراسة من 35.60، 27.50، 21، 12.40 إلى 29.80، 17.6، 15.5، 7.90، السودان، المغرب، الجزائر، السعودية، لسنوات 2000، 2005، 2010، 2015، وبأقل حدة في السعودية بمعدل (7.90)، وبأكثر حدة في السودان بمعدل (29.80).

3- وفيات الأطفال دون خمس سنوات (لكل **1000** مولود حي)

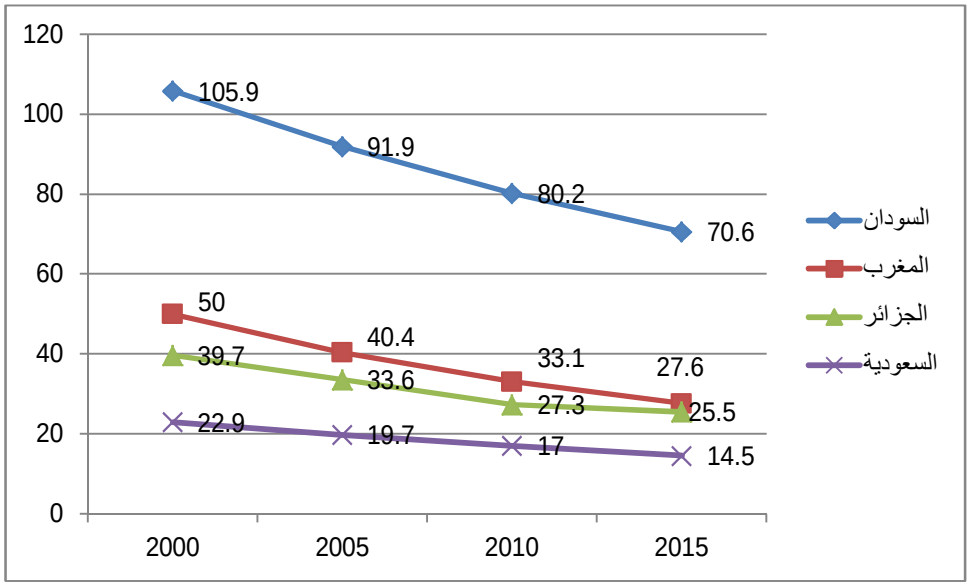
الجدول رقم (4-74): معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات (لكل 1000 مولود حي)

2015	2010	2005	2000	السنوات / الدول محل الدراسة
70.6	80.2	91.9	105.9	السودان
27.6	33.1	40.4	50	المغرب
25.5	27.3	33.6	39.7	الجزائر
14.5	17	19.7	22.9	السعودية

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-86): معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه نلاحظ الانخفاض الواضح في معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة في كل من السعودية والجزائر، من 39.7 حالة وفاة إلى 25.5 حالة وفاة لسنوات 2000 و2015 على التوالي، وبأقل حدة في السعودية انطلق المعدل من 22.9 حالة وفاة إلى 14.5 حالة وفاة على التوالي لنفس السنوات.

والملاحظ أن معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات مرتفع جدا بالسودان بالرغم من انتقاله من 105.9 حالة وفاة إلى 70.6 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي محتلة المرتبة الأولى من حيث عدد الوفيات، تليها المغرب في المرتبة الثانية بالرغم هي الأخرى هي من انخفاض عدد الوفيات بها من 50 حالة وفاة إلى 27.6 حالة وفاة لسنوات 2000 و2015 على التوالي.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن جل مؤشرات الوفيات احتلت فيها دولة السودان المرتبة الأولى من حيث ارتفاع عدد وفيات الأطفال في مختلف الأعمار، لتأتي السعودية هي الأفضل ثم الجزائر وبعدها المغرب، ولعل

مرّد ذلك تناقص عدد وفيات الأمهات، والتغطية بالتطعيمات، إذ وأنه جدير بالذكر أن المملكة العربية السعودية تم تصنيفها من ضمن الدول العشر الأوائل على مستوى العالم في مجال التغطية بالتطعيم للأطفال وشموليته.

أ- وفيات الأمهات

الجدول رقم (4-75): عدد وفيات الأمهات

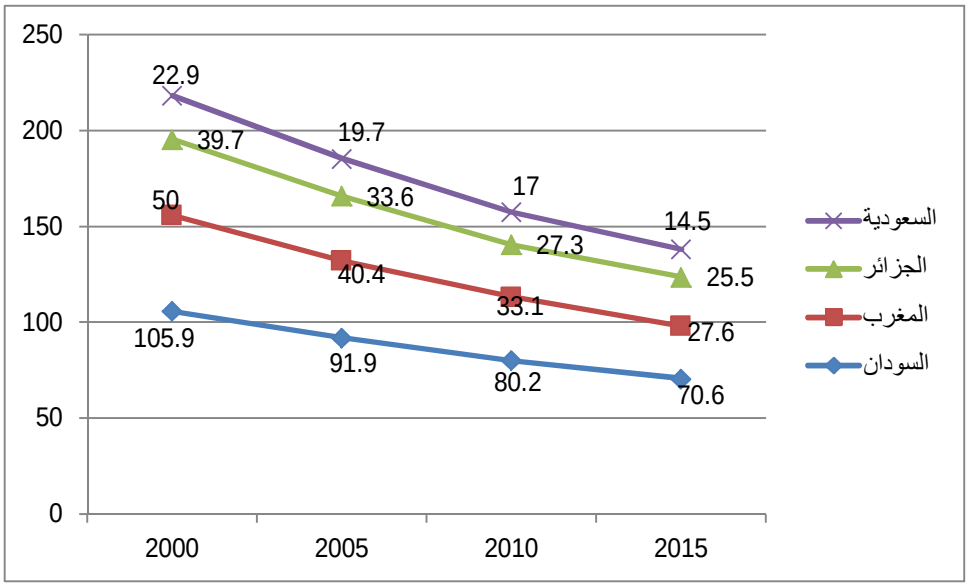
السنوات / الدول محل الدراسة	2000	2005	2010	2015
السودان	105.9	91.9	80.2	70.6
المغرب	50	40.4	33.1	27.6
الجزائر	39.7	33.6	27.3	25.5
السعودية	22.9	19.7	17	14.5

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي، على الموقع:

www.albankaldawli.org

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-87): عدد وفيات الأمهات



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يتضح أن عدد وفيات الأمهات في السودان هو الأعلى بـ 6100، 5300، 4400، 4200، 4100 حالة وفاة لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014، 2015 على التوالي، تليها الجزائر بـ 1000، 1000، 1300، 1300، 1300، لنفس السنوات السابقة على التوالي، لتأتي المغرب في المرتبة الثالثة بـ 1400، 1200، 1000، 890، 850 لنفس السنوات على التوالي، أما السعودية فعدد حالات وفيات الأمهات هو الأدنى بـ 130، 100، 84، 75، 72 حالة وفاة.

وتعقيبا على ما سبق فعدد وفيات الأمهات مرتفع في السودان، ومرد ذلك غياب ثقافة الاقتصاد الصحي، وهذا ما تعكسه أرقام الإنفاق على الرعاية الصحية، إذ بلغ إجمالي الإنفاق مثلا على الصحة في عام

2014 على سبيل المقارنة 1.77 (ملايين الدولارات الأمريكية) مقارنة بالمغرب والجزائر والسعودية بـ 6.44، 14.08، 35.44 على التوالي (أنظر الشكل رقم 01)، وكذا ضعف الهياكل الصحية، ونقص الموارد البشرية الصحية بها، أما عدد وفيات الأمهات بالمغرب والسعودية منخفض، وهذا مرده بالدرجة الأولى ارتفاع نسب العنوسة بالبلدين، ووجود ثقافة تطبيق الاقتصاد الصحي بالدرجة الثانية خاصة بالمملكة العربية السعودية، وهذا ما تعكسه مستويات الإنفاق الإجمالي على الصحة، وكذا تطور رهيب لتأهيل الهياكل الصحية والكوادر البشرية الصحية، وبدرجة أقل في المغرب، أما الجزائر فاستنادا على التحليل السابق فعدد وفيات الأمهات فهو مقبول إلى حد ما إن لم نقول أنه جيد فنسب العنوسة قليلة مقارنة بالمغرب والسعودية، ونرجع هذا كذلك إلى وجود ثقافة تطبيق الاقتصاد الصحي من خلال مستويات الإنفاق الإجمالي على الصحة، وكذا تطور ملحوظ لمنشآت الصحية والكوادر البشرية، الذي يرسمه ويخططه الاقتصاد الصحي.

والملاحظ والجدير بالذكر أن تراجع عدد وفيات الأمهات في كل من السعودية، الجزائر ، المغرب، يرجع كذلك إلى نسب النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية صحية قبل الولادة، وهذا كذلك من اختصاص أدوات الاقتصاد الصحي.

ب- النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية صحية قبل الولادة

سنحلل نسب عدد النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية صحية قبل الولادة ونقارنها بين الدول محل الدراسة وفق الجدول التالي:

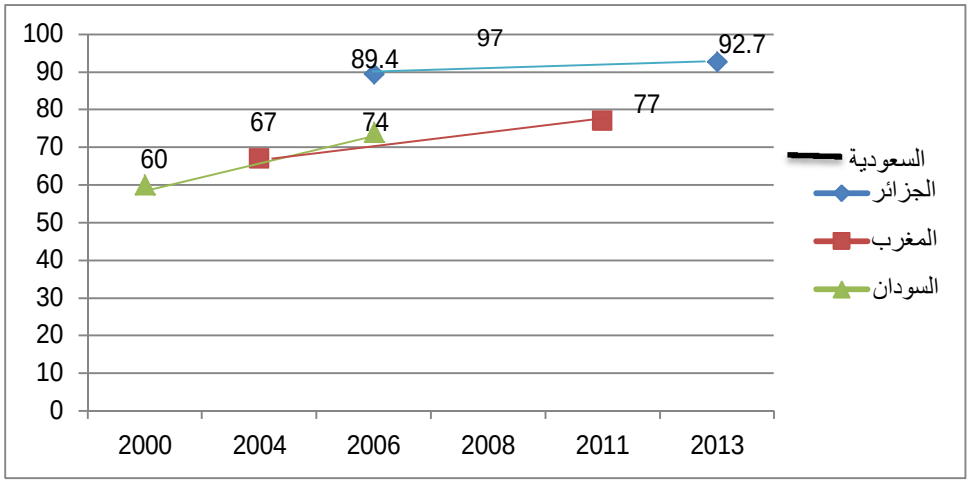
الجدل رقم (4-88): نسب النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية صحية قبل الولادة

السنوات / الدول محل الدراسة	2000	2004	2006	2008	2011	2013
السعودية	/	/	89.4	/	/	/
الجزائر	/	/	89.4	97	/	92.7
المغرب	60	/	74	/	/	/
السودان	/	67	/	/	74	/

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-87): نسب النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية صحية قبل الولادة



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يتضح أن نسب النساء اللائي يتلقين رعاية صحية قبل الولادة هي مرتفعة جدا بالسعودية، وهذا يتطابق مع التحليل السابق فيما يخص معدل وفيات الأمهات الحوامل عد الولادة (أنظر الشكل 06)، إذ وحسب ما توفر لنا من معطيات، بلغت نسبة **97%** لعام 2008 بالسعودية، تليها الجزائر بـ **92%** لعام 2013، ثم المغرب بـ **77%**، لتأتي الودان في المؤخرة بـ **74%** لسنة 2006.

ج- التغطية بالتطعيمات

ناقشنا سابقا معدل الوفيات الخاص بالأطفال وتوصلنا إلى أن معدلاتها منخفضة بالمملكة العربية السعودية والجزائر لتليها المغرب ثم السودان بمعدلات مرتفعة جدا، ويعود مرد ذلك إلى ارتفاع نسب التغطية بالتطعيمات للأمراض المستهدفة بالتحصين، إذ جدير بالذكر أن المملكة العربية السعودية تم تصنيفها من ضمن الدول العشر الأوائل على مستوى العالم في مجال التغطية بالتطعيم، من حيث نسب تطعيم الأطفال وشموليته[1].

وهذا أيضا من إحدى تطبيقات اقتصاد الصحة على أرض الواقع الذي من شأنه رفع معدلات التنمية البشرية والعكس صحيح.

وعلى هذا الأساس سنبرز معدلات التغطية بالتطعيمات وعلى سبيل المثال التطعيم ضد الحصبة، على مستوى دول محل الدراسة من خلال الجدول التالي.

[1]- وزارة الصحة السعودية، الخطة الإستراتيجية، 1431-1440هـ ، مرجع سبق ذكره، ص: 19.

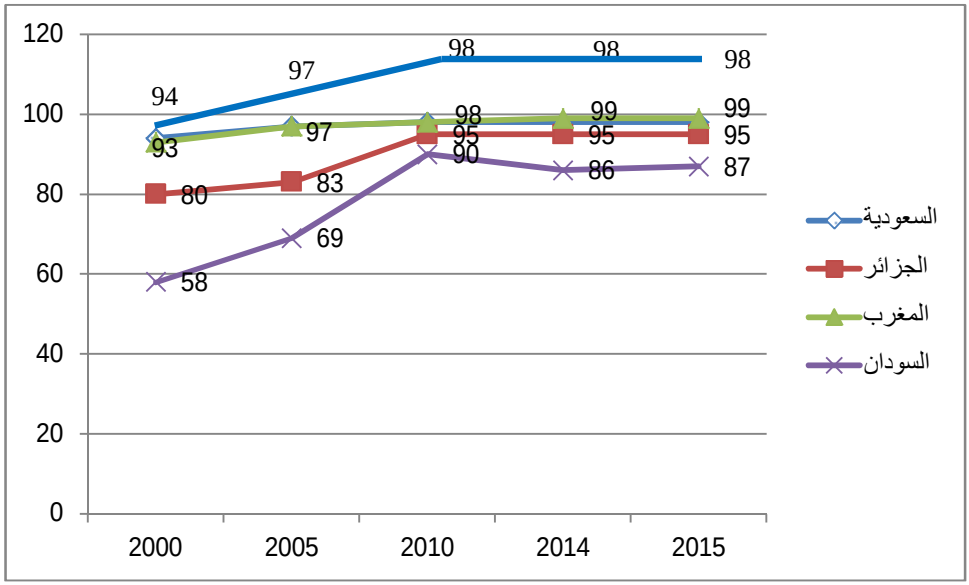
الجدول رقم (4-77): التحصين للوقاية من الحصبة (نسبة الأطفال في الشريحة العمرية 12-23 شهرا).

السنوات / الدول محل الدراسة	2000	2005	2010	2014	2015
السعودية	94	97	98	98	98
الجزائر	80	83	95	95	95
المغرب	93	97	98	99	99
السودان	58	69	90	86	87

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-89): التحصين للوقاية من الحصبة (نسبة الأطفال في الشريحة العمرية 12-23 شهرا).



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه نلاحظ أن السودان معدل التحصين للوقاية من الحصبة للشريحة العمرية (12-23 شهرا) هو الأضعف بين الدول محل الدراسة بـ (58، 69، 86، 87%) وتليها كل من السعودية الجزائر والمغرب بمعدلات مرتفعة تتراوح ما بين 80 و99% لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014، 2015 على التوالي.

د- مؤشرات الأمراض:

تشير التقارير الطبية العالمية إلى أن (40%) من وفيات الدول النامية و(75%) من وفيات الدول المتقدمة هي بسبب الأمراض المزمنة وعلى رأسها أمراض السكري، وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب حيث أصبحت هذه الأمراض من أهم مسببات الوفيات والعاهات في العالم[1]، إضافة إلى ما تؤدي إليه من ارتفاع في تكلفة الرعاية الصحية الناتجة عن العلاج والمتابعة لفترات طويلة، ومن ثم استنزاف للميزانية المخصصة للصحة من

[1]- وزارة الصحة السعودية، الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة بالسعودية، مرجع سبق ذكره، ص: 20.

قبل هذه الحكومات، ومن هنا يبرز دور الاقتصاد الصحي في التقليل من هاته التكاليف من خلال توفير جميع التجهيزات الطبية التي يحتاجها المريض، وتزويد المستشفيات بالأطباء والممرضين والأخصائيين بعدالة وكفاءة على المناطق المختلفة سواء كانت حضرية أو ريفية من أجل الفحص المبكر لمضاعفات هاته الأمراض، إضافة إلى اعتماد دليل وطني لرسم سياسات وبرامج علاجية موحدة وهذا لا لشيء إلا من أجل ترشيد النفقات الصحية، وهذا كله من اختصاص تطبيقات الاقتصاد الصحي.

والسؤال المطروح ما هو واقع هذه الأمراض بالدول محل الدراسة؟ وهل استطاع الاقتصاد الصحي في التقليل من حدتها؟

وعلى هذا الأساس سنحلل ونستعرض نماذج عن هذه الأمراض حسب ما توفر من معطيات.

هـ - الأمراض السرطانية

والتي تخص سرطان القصبة الهوائية والرئة، سرطان القولون والمعدة، سرطان الأورام والدم...إلخ، وهذا كما يوضحه الجدول الآتي:

الجدول رقم (4-78): عدد وفيات بالسرطان

البيان / الدول محل الدراسة	عدد وفيات بالسرطان
السودان	297.000 حالة وفاة
الجزائر	219.000 حالة وفاة
المغرب	206.000 حالة وفاة
السعودية	90.000 حالة وفاة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

World Hearth Organization- Cancer country profiles, 2014.

على الموقع الإلكتروني: www.who.int

من الجدول أعلاه يتضح أن عدد الوفيات بالسرطان في السودان هو الأعلى تقريبا 300 ألف حالة وفاة في أواسط المواطنين، وهو رقم ضخم مقارنة بالسعودية، التي بلغ بها العدد بها 90 ألف حالة وفاة فقط، أما الجزائر والمغرب، فقد بلغ بهما عدد الوفيات 219 ألف، و206 ألف حالة وفاة، وهو رقم سلبي بعيد كل البعد عن السعودية، وإيجابي إلى حد ما مقارنة بدولة السودان.

وهذا إن دل على شيء إنما يدل على وجود ثقافة وسياسة واضحة من قبل الحكومة السعودية في تطبيق الاقتصاد الصحي، من خلال توفير جميع التجهيزات الطبية، والكوادر البشرية الصحية التي ساهمت في التقليل من حدة عدد وفيات بالسرطان.

و - أمراض السل

سنتناول معدلات الإصابة بمرض السل بالدول محل الدراسة حسب الجدولل التالي:

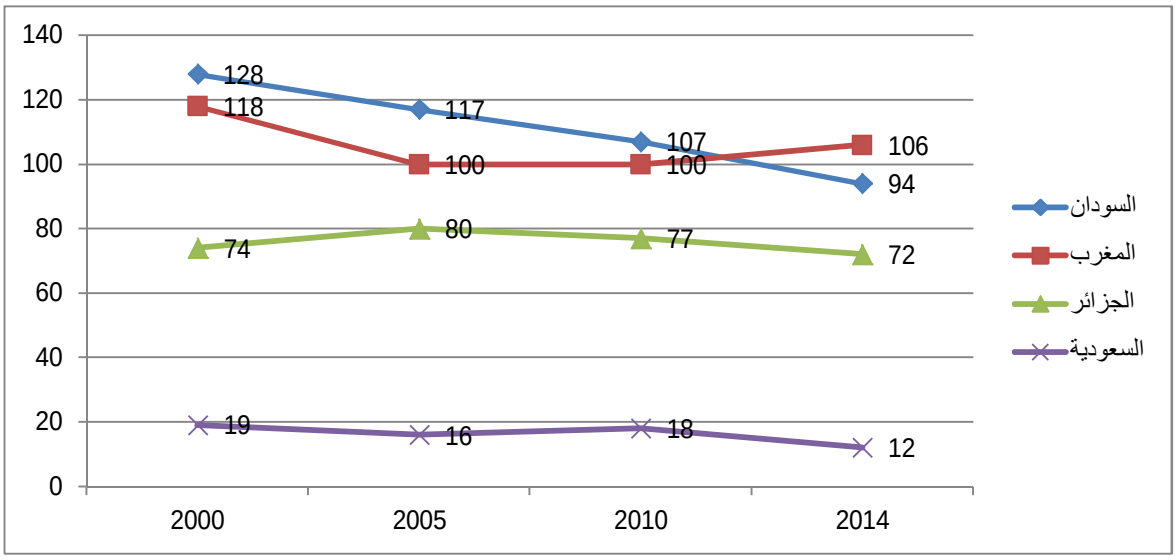
الجدول رقم (4-79): معدل الإصابة بمرض السل

السنوات / الدول محل الدراسة	2000	2005	2010	2014
السودان	128	117	107	94
المغرب	118	100	100	106
الجزائر	74	80	77	72
السعودية	19	16	18	12

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس العالم، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-90): معدل الإصابة بمرض السل



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل رقم (4-78) يتضح أن المملكة العربية السعودية عرفت تناقصا تدريجيا في عدد حالات الإصابة بمرض السل فمن 19، 16، 18 إلى 19 إصابة لكل 100.000 شخص لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014 على التوالي، وهو رقم جد منخفض مقارنة بالمغرب والسودان التي شهدتا أرقام غير مشجعة فيما يخص حالات الإصابة بمرض السل بالرغم من تناقصها من 128 إلى 94 حالة إصابة، ومن 118 إلى 106 إصابة لسنوات 2000 و2014 على التوالي.

أما الجزائر فحالات الإصابة بمرض السل فيها نستطيع القول عنها أرقام متوسطة مقارنة بالمغرب والسودان، وضعيفة مقارنة بالسعودية، وهذا نظرا للجهود المبذولة من قبل الحكومة السعودية التي سطرت برنامجا لمكافحة هذا المرض وصولا إلى استئصاله والقضاء عليه، وهذا نظرا لتطبيق أساسيات الاقتصاد الصحي (إجمالي الإنفاق، هياكل صحية، تأهيل بشري صحي)، إذ هذا سينعكس على تفعيل معدلات التنمية البشرية.

المطلب الثاني: دراسة مساهمة مؤشر العمر المتوقع في معدلات التنمية البشرية

قبل التطرق إلى دراسة مساهمة مؤشر العمر المتوقع عند الولادة في معدلات التنمية البشرية، سنعرج على دراسة وتحليل مؤشر العمر المتوقع عند الحياة بين الدول محل الدراسة.

أولا: متوسط العمر المتوقع عند الولادة

يعرف العمر المتوقع عند الولادة بأنه عدد السنوات التي من المتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ماهي عليه طوال حياته حيث يشير العمر المتوقع عند الولادة إلى مدى التقدم المحرز في تحقيق تنمية بشرية عالية.

من هذا المنطلق سنحلل ونقارن هذا المؤشر بين الدول محل الدراسة كما يظهره الجدول الموالي:

الجدول رقم (4-80): اتجاه التطور في زيادة العمر المتوقع عند الولادة

السنوات / الدول محل الدراسة	2000	2005	2008	2010	2012	2014
السعودية	72.53	73.18	73.45	73.7	74.02	74.34
الجزائر	70.18	75.5	73.22	76.3	76.4	77.2
المغرب	68.5	70.44	71.71	72.58	73.36	74.02
السودان	57.97	59.84	61.15	62.04	62.83	63.64

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على:

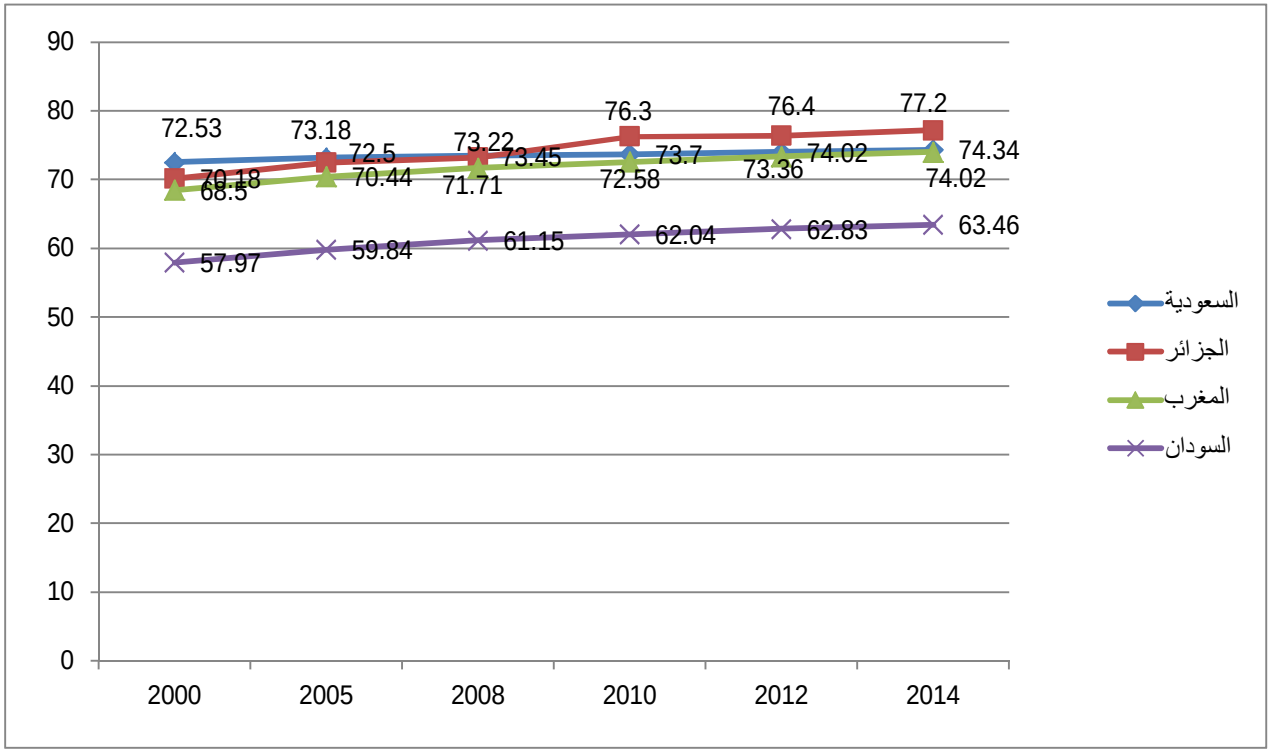
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الدراسات والتخطيط، جانفي 2016، ص: 14.
- مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.
- Ministere de la sante du MAROC Direction de la planisication et des Ressources, Financiere service des Etudes et de l'information sanitaire edition, 2015,p 17.www.Rcp.ma

وزارة الصحة السودانية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي، المركز القومي للمعلومات الصحية، 2015. ص: 22.

- على الموقع: www.fmah.gov.sd

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-91): اتجاه التطور في زيادة العمر المتوقع عند الولادة



المصدر: معطيات الجدول السابق

سنحلل اتجاه التطور في زيادة العمر المتوقع عند الولادة، وهذا حسب ما توفر لنا من معطيات، إذ سنحلل هذا المؤشر حتى سنة 2014 لأنه لم تتوفر لنا الاحصائيات خاصة في كل من المغرب والسودان.

ضف إلى ذلك من المطالب السابقة خاصة المطلب الذي عالج الإنفاق الصحي معطياته توقفت عند 2014.

وللتنويه فإننا سنحدد العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي وتطور مؤشر العمر المتوقع في المطالب القادمة، وحتى تكون الدراسة متوازنة نتوقف عند سنة 2014 في تحليل هذا المطلب.

من الجدول رقم (4-79) نلاحظ ارتفاع مؤشر العمر المتوقع في الجزائر بصفة لافتة للانتباه إذ انتقل من 70.18 سنة، 72.50، 73.22، 76.30. 76.40، 77.20، لسنوات 2000، 2005، 2008، 2010، 2012، 2014 على التوالي، متقدمة على السعودية التي احتلت المرتبة الثانية بمعدلات تصاعدية، إذ انتقل العمر المتوقع بها من 72.53، 73.18، 73.45، 73.70، 74.02، 74.34 سنة لنفس السنوات على التوالي، لتأتي المغرب ثالثة إذ انتقل بها العمر المتوقع من 68.50، 70.44، 71.71، 72.58، 73.36، 74.02 سنة لنفس السنوات على التوالي، لتحتل السودان في المرتبة الرابعة بين الدول محل الدراسة بأضعف معدل 63.46 سنة عام 2014، بالرغم من انتقاله من 57.97، 59.84، 61.15، 62.04، 62.83 لسنوات 2000، 2005، 2008، 2010، 2012 على التوالي.

وبعد تحليلنا لمؤشر العمر المتوقع عند الميلاد، وجدنا أن كل الدول محل الدراسة عرفت تطورا لافتا للانتباه فيما يخص هذا المؤشر، وعلى هذا الأساس سنحلل مساهمة كل من الجنسين (ذكر، أنثى) في الرفع من معدلاته.

1- العمر المتوقع عند الميلاد (ذكور)

سنحلل ونقارن معدل العمر المتوقع عند الميلاد (ذكور) بالدول محل الدراسة حسب الشكل التالي:

الجدول رقم: (4-81): معدل العمر المتوقع عند الميلاد (ذكور)

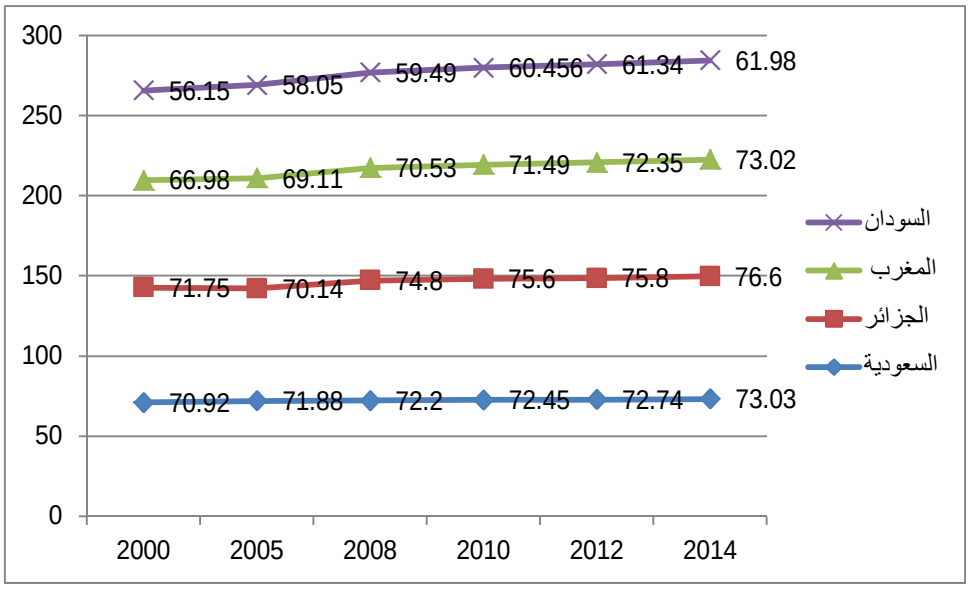
السنوات / الدول محل الدراسة	2000	2005	2008	2010	2012	2014
السعودية	70.92	71.88	72.2	72.45	72.74	73.03
الجزائر	71.75	70.14	74.8	75.6	75.8	76.6
المغرب	66.98	69.11	70.53	71.49	72.35	73.02
السودان	56.15	58.05	59.49	60.456	61.34	61.98

وزارة الصحة والسكان، بالمغرب، مرجع سبق ذكره. وزارة الصحة والسكان بالسودان، مرجع سبق ذكره.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم: (4-92): معدل العمر المتوقع عند الميلاد (ذكور)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يتضح أن معدل العمر المتوقع عند الميلاد (ذكور) عرف معدلات تصاعدية في كل الدول محل الدراسة، إذ انتقل من 71.75 سنة لعام 2000 إلى 76.6 سنة لعام 2014 بالجزائر متقدمة على السعودية التي احتلت المرتبة الثانية بـ 70.92 سنة لعام 2000 إلى 73.03 سنة لعام 2014. تتبعها المغرب بـ 66.98 سنة 73.02 سنة لنفس لسنوات على التوالي، لتتذيل السودان الترتيب بمعدلات ضعيفة (56.15، 61.98 سنة) لنفس السنوات على التوالي.

2- العمر المتوقع عند الميلاد (إناث)

سنحلل ونقارن معدل العمر المتوقع عند الميلاد (إناث) بالدول محل الدراسة حسب الشكل التالي:

الجدول رقم (4-82): معدل العمر المتوقع عند الميلاد (إناث)

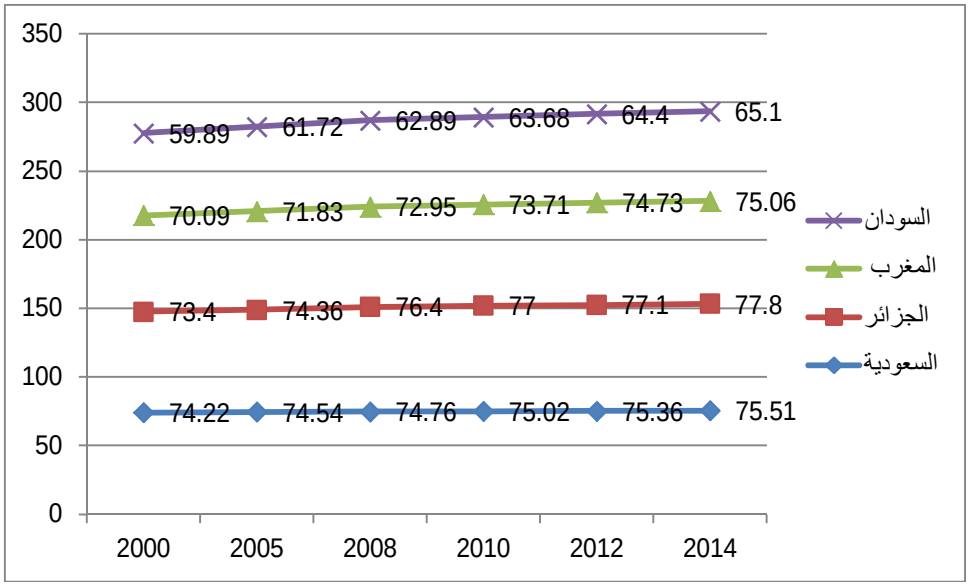
2014	2012	2010	2008	2005	2000	السنوات / الدول محل الدراسة
75.51	75.36	75.02	74.76	74.54	74.22	السعودية
77.8	77.1	77	76.4	74.36	73.4	الجزائر
75.06	74.73	73.71	72.95	71.83	70.09	المغرب
65.1	64.4	63.68	62.89	61.72	59.89	السودان

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على: بيانات أطلس العالم، مرجع سبق ذكره.

- وزارة السكان بالمغرب، مرجع سبق ذكره.
- وزارة الصحة بالسودان، مرجع سبق ذكره

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-93): معدل العمر المتوقع عند الميلاد (إناث)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يتضح أن معدل العمر المتوقع عند الميلاد (إناث) عرف هو الآخر معدلات تصاعدية في كل الدول محل الدراسة، إذ انتقل من 73.04 سنة إلى 77.8 سنة للأعوام (2000، 2014) بالجزائر هذه الأخيرة تقدمت على كل الدول محل الدراسة، تليها السعودية بـ 74.22 سنة و75.51 سنة لنفس السنوات على التوالي، ثم المغرب ثالثة بمعدلات تصاعدية (70.09، 75.06) لنفس السنوات على التوالي، والسودان بأضعف المعدلات إذ تراوحت ما بين (59.89، 65.1) سنة على التوالي لنفس السنوات.

واستنادا على ما سبق نورد الملاحظات التالية:

- العمر المتوقع عند الميلاد (إناث) في الجزائر هو الأعلى عل مدار سنوات 2000، 2005، 2008، 2010، 2012، 2014 إذ ساهم في رفع العمر المتوقع الإجمالي، على غرار العمر المتوقع عند الميلاد (ذكور)، أنظر الشكل رقم، والجدولين رقم (4-80)، (4-81).
- ونفس الشيء بالنسبة للسعودية، المغرب والسودان إذ كانت مساهمة العمر المتوقع عند الإناث الأكبر مقارنة بمساهمة العمر المتوقع عند الذكور في الرفع من المعدل الإجمالي للعمر المتوقع، أنظر الشكل رقم والجدولين رقم (4-80)، (4-81).
- ارتفاع معدل العمر المتوقع عند الميلاد في كل الدول محل الدراسة لكن بنسب متفاوتة ويعود هذا إلى الانخفاض النسبي النوعي الملموس في معدلات الوفيات الخام والرضع، الأطفال دون الخمس سنوات بدرجة أساسية، ثم التوسع الكبير في نشر شبكة المنشآت الصحية، وتحسن مستواها النوعي كما أشرنا إليه سابقا (تطبيقات الاقتصاد الصحي)، وهذا ما يوحي إلى وجود علاقة عكسية بين معدلات وفيات الأطفال الرضع وبين العمر المتوقع عند الحياة.

3- علاقة العمر المتوقع للحياة ومعدل وفيات الأطفال الرضع

سنتابع التطور الحاصل في معدلات العمر المتوقع للحياة ومعدل وفيات الأطفال الرضع بين الدول محل الدراسة، ثم نبين العلاقة بينهما، كما يوضحه الشكل الموالي.

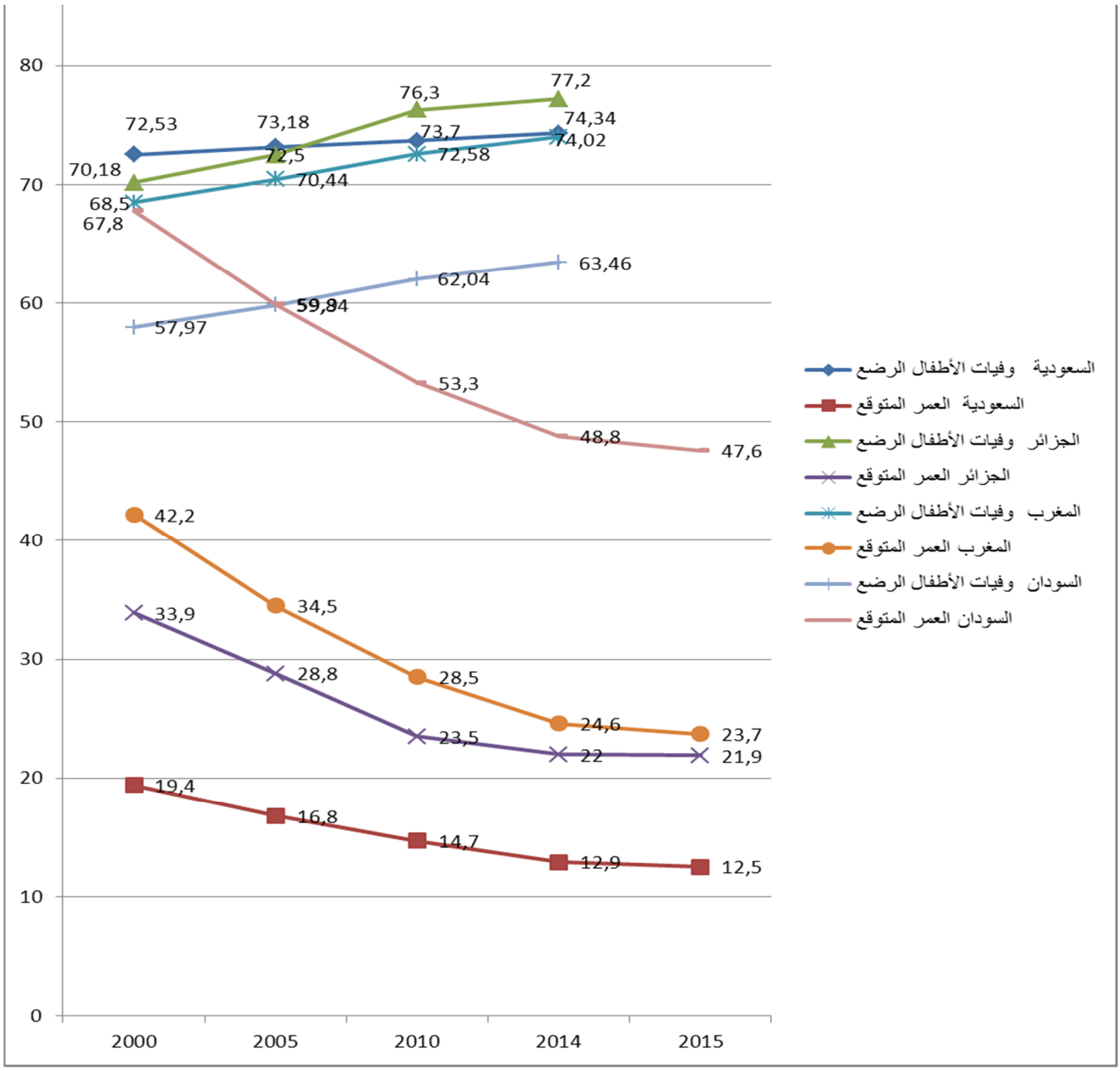
الجدول رقم (4-83): التطور الحاصل في معدلات العمر المتوقع للحياة ومعدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي)

الدول / البيان		2000	2005	2010	2014	2015
السعودية	وفيات الأطفال الرضع	72.53	73.18	73.7	74.34	/
	العمر المتوقع	19.4	16.8	14.7	12.9	12.5
الجزائر	وفيات الأطفال الرضع	70.18	72.5	76.3	77.2	/
	العمر المتوقع	33.9	28.8	23.5	22	21.9
المغرب	وفيات الأطفال الرضع	68.5	70.44	72.58	74.02	/
	العمر المتوقع	42.2	34.5	28.5	24.6	23.7
السودان	وفيات الأطفال الرضع	57.97	59.84	62.04	63.46	/
	العمر المتوقع	67.8	59.9	53.3	48.8	47.6

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على: الديوان الوطني للإحصائيات ONS، ص: 14. ومجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-94): التطور الحاصل في معدلات العمر المتوقع للحياة ومعدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه نلاحظ أن هناك علاقة عكسية بين معدل وفيات الأطفال الرضع ومعدل العمر المتوقع عند الولادة، إذ كلما انخفض معدل الوفيات بين أواسط الأطفال الرضع، زاد معه معدل العمر المتوقع، بدليل أن الجزائر انخفض معدل الوفيات بها من 33.90 حالة وفاة، 28.8، 23.50، 22 حالة وفاة، أدى إلى ارتفاع معدل العمر المتوقع من 70.18، 72.5، 76.30، 77.2 سنة لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014 على التوالي.

أما السعودية فمعدل وفيات الأطفال الرضع بها عرف انخفاضا لنفس السنوات السابقة فمن 19.4 حالة وفاة 16.80، 14.70، 12.90، 12.50 حالة وفاة. أدى هذا الارتفاع العمر المتوقع بها، فمن 72.53، 73.18، 73.70 سنة وارتفع إلى 74.34 سنة ونفس الشيء بالنسبة للمغرب انتقل العمر المتوقع بها من 68.5 سنة 70.44، 72.58 إلى 74.02 سنة، ساهم في ارتفاعها انخفاض معدل وفيات الرضع، الذي انتقل تنازليا من 42.2 حالة وفاة، 34.5، 28.5 إلى 24.6 حالة وفاة، لنفس السنوات السابقة الذكر.

أما السودان فبالرغم من انخفاض معدل العمر المتوقع بها مقارنة مع الدول محل الدراسة، كان له الأثر الإيجابي في الرفع من معدلاته إذ انتقل تصاعديا من 57.97 سنة، 59.84 سنة، 62.04 سنة إلى 63.46 سنة، وهذا نظرا لانخفاض عدد وفيات الأطفال الرضع، إذ انتقلتا معدلاتها تنازليا من 67.8 حالة وفاة، 59.90، 53.30، 48.80 إلى 47.6 حالة وفاة.

4- علاقة العمر المتوقع عند الحياة ومعدل وفيات المواليد أحياء

سنتابع التطور الحاصل في معدلات العمر المتوقع للحياة ومعدل وفيات المواليد أحياء لكل (1000 مولود حي) وهذا حسب الشكل رقم (.4-73).

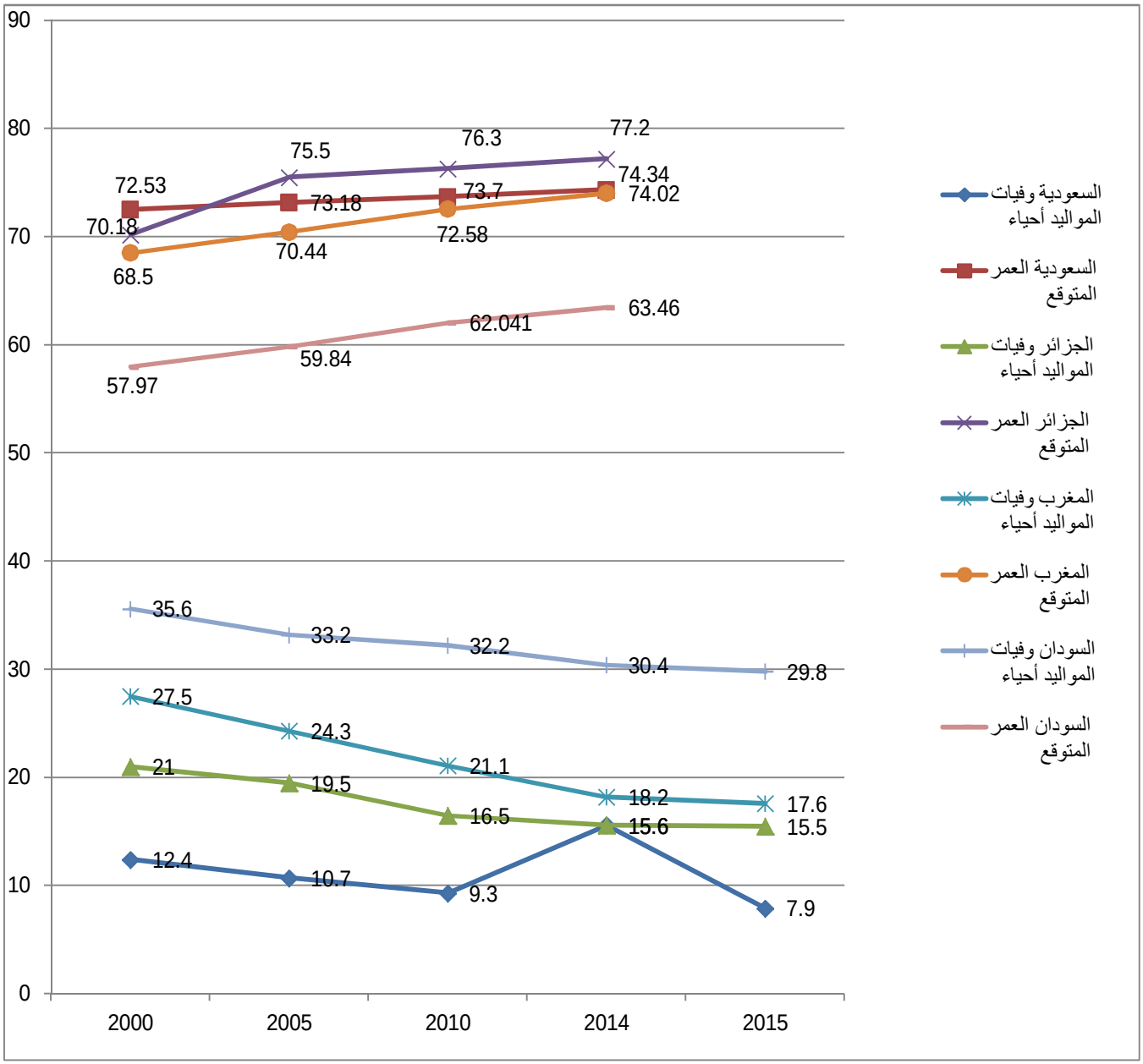
الجدول رقم (4-84): التطور الحاصل في معدل العمر المتوقع ومعدل وفيات المواليد أحياء

البيان / الدول		2000	2005	2010	2014	2015
السعودية	وفيات المواليد أحياء	12.4	10.7	9.3	15.6	7.9
	العمر المتوقع	72.53	73.18	73.7	74.34	/
الجزائر	وفيات المواليد أحياء	21	19.5	16.5	15.6	15.5
	العمر المتوقع	70.18	75.5	76.3	77.2	/
المغرب	وفيات المواليد أحياء	27.5	24.3	21.1	18.2	17.6
	العمر المتوقع	68.5	70.44	72.58	74.02	/
السودان	وفيات المواليد أحياء	35.6	33.2	32.2	30.4	29.8
	العمر المتوقع	57.97	59.84	62.041	63.46	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على: الديوان الوطني للإحصائيات ONS، ص: 14. ومجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4-95): التطور الحاصل في معدل العمر المتوقع ومعدل وفيات المواليد أحياء



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يتضح أن هناك علاقة عكسية بين معدل وفيات المواليد أحياء (لكل 1000 مولود حي) ومعدل العمر المتوقع، بحيث كلما انخفض معدل الوفيات صاحبه ارتفاع في العمر المتوقع، وبدليل السعودية معدل وفيات المواليد أحياء، انتقل تنازليا من 12.40 حالة وفاة، 10.70، 09.30 إلى 15.60 حالة وفاة، صاحبه ارتفاع في العمر المتوقع من 72.53 سنة، 73.18، 73.70 إلى 74.34 سنة، أما الجزائر انخفاض معدل وفيات المواليد أحياء جعلها تحتل المرتبة الثانية بعد السعودية من حيث معدل العمر المرتقب، إذ انتقل تصاعديا من 70.18، 72.5، 76.3 إلى 77.2 سنة، في حين نجد أن المغرب جاءت ثالثة في ترتيب الدول

محل الدراسة من حيث معدل العمر المرتقب، إذ انتقل تصاعديا من 68.5 سنة، 70.44 سنة، 72.58، إلى 74.02 سنة، ساهم في ذلك انخفاض معدل وفيات المواليد أحياء، إذ انتقل من 42.2 حالة وفاة، 34.5، 28.5 إلى 24.6 حالة وفاة، أما السودان حلت في المرتبة الرابعة من حيث معدل العمر المرتقب عند الحياة، إذ انتقل تصاعديا من 57.97 سنة، 59.84، 62.04 إلى 63.46 سنة، ساهم في ذلك انخفاض معدل وفيات المواليد أحياء، فمن 67.8 حالة وفاة انتقل إلى 59.9 حالة وفاة، 53.30 إلى 48.8 حالة وفاة.

واستنادا على ما سبق نستنتج أن هناك علاقة عكسية بين معدل وفيات الأطفال الرضع ووفيات المواليد أحياء وبين العمر المتوقع للحياة.

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن جل مخرجات الصحة في الجزائر والسعودية إيجابية إلى حد كبير على عكس المغرب والسودان، ومرد ذلك بطبيعة الحال الاستغلال الأمثل للموارد الصحية سواء البشرية منها أو المادية التي هي من اختصاص تطبيقات الاقتصاد الصحي.

ثانيا: مؤشر العمر المتوقع وانعكاساته على التنمية البشرية

سنختبر مدى مساهمة العمر المتوقع (مؤشر الصحة)، على غرار بقية المؤشرات الأخرى، والمكونة للتنمية البشرية في الرفع من معدلاتها، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-85): تطور معدل التنمية البشرية ومكوناتها

البيان / السنوات	السعودية				الجزائر				المغرب				السودان			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
مؤشر التعليم (بالسنوات)	/			8.7	/			7.6	/			4.4	/			3.1
مؤشر الدخل الوطني الإجمالي	/			56.821	/			13.054	/			6.850	/			3.809
مؤشر العمر المتوقع (بالسنوات)	73.85	74.02	71.18	74.34	76.5	76.4	77	77.2	72.99	73.36	73.71	74.02	62.46	62.83	63.17	63.46
مؤشر التنمية البشرية	0.83	0.83	0.84	0.84	0.72	0.72	0.72	0.74	0.61	0.61	0.62	0.63	0.47	0.47	0.47	0.48

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سبق ذكره.

HumanDelopement Report, 2015Site : www.hdr.undp.org

من الجدول أعلاه نلاحظ أن مؤشر التنمية البشرية بالدول محل الدراسة عرف تطورا ملحوظا بداية من (2011، 2012، 2013، 2014) خاصة بالملكة العربية السعودية، إذ انتقل من 0.83 نقطة إلى 0.84،0.83 إلى 0.84 نقطة للسنوات السابقة على التوالي. تليها الجزائر في المرتبة الثانية بـ 0.72 نقطة، 0.72، 0.72، لينتقل إلى 0.74 نقطة، أما المغرب فجاءت ثالثة في الترتيب بين الدول محل الدراسة إذ انتقل بها مؤشر التنمية البشرية من 0.61 نقطة، 0.61، 0.62 إلى 0.63 نقطة لنفس السنوات السابقة على التوالي، وأحرزت السودان المرتبة الرابعة، إذ انتقل بها المؤشر بمعدلات ضعيفة من سنة 2011 وصولا لسنة 2014، فمن 0.47 إلى 0.47، 0.47 وصولا إلى 0.48 نقطة لنفس السنوات السابقة على التوالي.

واستنادا على هذا التحليل سنتعرف على أي مؤشر من مؤشرات التنمية البشرية الذي كانت له المساهمة الكبرى في تفعيل معدلاتها على مستوى الدول محل الدراسة، علما أن التنمية البشرية تقاس بثلاث مؤشرات [مؤشر الصحة (العمر المتوقع)، مؤشر التعليم ومؤشر الدخل].

سنحلل الجدول رقم (4-48) استنادا على المعلومات المتوفرة، سنحلل معطيات 2014 الخاصة بمؤشر التنمية البشرية ومكوناته بالرغم من وجود معطيات خاصة بها حتى سنة 2016، إلا أن الإحصائيات الخاصة بتطبيقات الاقتصاد الصحي (الإنفاق أو التكلفة) توقفت عند سنة 2014.

من الجدول أعلاه نلاحظ أن مؤشر التنمية البشرية، قدر بـ (0.84 نقطة) بالسعودية، وهي بذلك تصنف ضمن التنمية البشرية المرتفعة جدا. إذ ساهم في ارتفاعها مؤشر العمر المتوقع بنسبة كبيرة، وهي تحتل المرتبة الأولى بين الدول محل الدراسة، ويتضح ذلك أكثر إذا ما قارناها بالجزائر التي احتلت المرتبة الثانية بتنمية بشرية مرتفعة بـ (0.74 نقطة)، ساهم في ارتفاعها مؤشر العمر المتوقع بنسبة كبيرة بدليل مؤشر التعليم ومؤشر الدخل الوطني الإجمالي، هو أقل منه في السعودية كما يظهره الجدول أعلاه.

أما المغرب حلت ثالثة بتنمية بشرية متوسطة (0.63 نقطة)، كان لمؤشر العمر المتوقع الدور الأكبر في الرفع منها بدليل أن مؤشر التعليم ومؤشر الدخل ضعيفان مقارنة منه بالسعودية والجزائر (أنظر الجدول رقم 4-48).

أما السودان فاحتلت رابعة في الترتيب، وكان هذا متوقعا بها لعدم كفاءة الاقتصاد الصحي الذي لديه تأثير على مخرجات الصحة، ومن ثم معدلات التنمية البشرية، التي تميزت بتنمية بشرية منخفضة (0.48 نقطة)، بدليل أن مؤشر العمر المتوقع هو ضعيف جدا بالرغم من مساهمته في تحسين معدلات التنمية البشرية بها، وهذا إذا ما قارناه بمعدلاته ومعدلات التعليم، معدلات الدخل في كل من الجزائر والسعودية.

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق نستطيع تثمين دور الاقتصاد الصحي من خلال نجاعة البرامج والسياسات الصحية المتمثلة في كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية، الأمر الذي جعل المملكة السعودية والجزائر تحتلان مراتب متقدمة في ما يخص معدلات التنمية البشرية بين الدول محل الدراسة ساهم فيها العمر المتوقع بنسبة كبيرة، ويظهر هذا جليا من خلال انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع والمواليد الأحياء (مخرجات الصحة) والتي بدورها انعكست إيجابيا على ارتفاع مؤشر توقع الحياة عند الولادة الذي يعرف بأنه عدد السنوات التي من المتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته، حيث يشير العمر المتوقع عند الولادة إلى مدى التقدم المحرز في تحقيق تنمية بشرية عالية.

خاتمة

عامة

سعيا منا إلى تحقيق هدف البحث تم تقسيمه إلى أربعة فصول بغية حل إشكالية الدراسة، إذ تطرقنا في الفصل الأول إلى ماهية الاقتصاد الصحي، وتوصلنا إلى أن استحالة تغطية الطلب الاجتماعي المتزايد على العلاج، فمن هنا كانت الضرورة ملحة لظهور هذا الفرع لتنظيم قطاع الصحة من حيث مساعدة المسير في صنع واتخاذ القرارات، وذلك لأنه يتعامل مع استخدام الصحية وزيادة فعاليتها.

ثم عرجنا على مفهوم الصحة، وتوصلنا إلى أنها غاية ووسيلة في آن واحد، فهي وسيلة لأنها ترتبط بالجهود التنموية في البلاد من تنمية اجتماعية، وهي غاية يصبوا إليها الأفراد إذ يتطلعون إلى الجهة التي تستطيع تأمينا لهم. وتوصلنا من خلال التعاريف التي استعرضناها حول مفهوم الصحة أن السمة والصفة الأساسية البارزة فيها على اختلاف مصادرها هي أنها ليست مجرد غياب المرض أو العجز ولكنها تتسع لتشمل مفاهيم أعمق، على غرار تحسين مستويات رأس المال البشري، وكذا مستوى القدرات الفردية.

ومن خلال هذه الدراسة توصلنا إلى أن هناك فرق بين اقتصاديات الصحة والخدمات الصحية، وحتى المبحث في حد ذاتها كمفهوم، إذ وجدنا فوارق كبيرة بينهم، فاقتصاد الصحة هو مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي، يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاجها، والتي تشمل الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات، بينما يضيق مفهوم اقتصاديات الخدمات الصحية ليشمل فقط على الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية.

أما الفصل الثاني فتطرقنا فيه إلى المفاهيم الأساسية للتنمية البشرية التي كان لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي الدور الكبير في إبرازها، إذ جاء في أول تقرير له سنة 1990، والذي أعطى مفهوم جديد على "أنها توسيع الخيارات أمام الأفراد"، وهذه الخيارات أبرزها، وتطرقنا إلى تقييم ودراسة مؤشرات الصحة وانعكاسها على التنمية البشرية في الجزائر، إذ تم التوصل إلى أن جل المؤشرات المتعلقة بتعزيز الصحة كلها إيجابية وانعكس هذا على التنمية البشرية من خلال الرفع من معدلاتها، من خلال مساهمة مؤشر الصحة بأكبر نسبة، يليه مؤشر الدخل، ثم مؤشر التعليم، إذا احتلت الجزائر المرتبة 83 عالميا في 2015، بعدما كانت في المرتبة 93 عالميا في عام 2014.

أما الفصل الثالث تناولنا فيه كيفية إدارة الخدمات الصحية، وتوصلنا من خلال هذا الفصل أن إدارة الخدمات الصحية تكون من خلال المؤسسات الصحية أو بالأحرى المنظمات الصحية، التي تدار هي الأخرى من خلال النظام الصحي الذي عليه مراعاة جودة الخدمات الصحية التي تقاس من خلال خمسة أبعاد (**الملموسة، الاجتماعية، الاستجابة، التوكيد "الثقة"**)، وحتى تستطيع المنظمة تحقيق الجودة في الخدمة عليها الاهتمام بالتسويق للخدمات الصحية.

وفي الفصل الرابع أو بالأحرى الجزء التطبيقي تطرقنا إلى دراسة أدوات اقتصاديات الصحة من خلال الإنفاق الصحي، وانعكاسات هذا الأخير على مؤشر الصحة (العمر المتوقع) الذي بدوره يؤثر على معدلات التنمية البشرية.

من خلال ما تم استعراضه في ثنايا البحث، سوف نقوم بتقديم نتائج اختبار الفرضيات، وأهم النتائج النظرية والتطبيقية بالإضافة إلى مجموعة من التوصيات و المقترحات.

نتائج اختبار الفرضيات:

من أجل الإجابة على الإشكالية الرئيسية وكذا التساؤلات الفرعية التي نتجت عنها قمنا في بداية الدراسة بصياغة عدد من الفرضيات، وفيما يلي سنقوم باختبار صحتها أو خطئها وفقا للنتائج المتحصل عليها.

- **الفرضية الأولى: الاقتصاد الصحي أسواقه (سوق خدمات الرعاية الصحية) تختلف عن بقية الأسواق النمطية (أسواق السلع والخدمات)**، فقد تم عدم ثبوت صحة الفرضية من خلال الفصل الأول، بدليل سوق خدمات الرعاية الصحية الذي يحتوي على الخدمات الصحية كنوع من أنواعه، يعمل مثل بقية الأسواق النمطية، فهو يحتوي على جانبي الطلب والعرض.

- **الفرضية الثانية: إن ضعف الأبعاد الثلاثة لدليل التنمية البشرية (الصحة، التعليم، الدخل)، هو ما جعل الجزائر تتأخر عن الانتقال الايجابي نحو معدلات مرتفعة للتنمية البشرية**، فقد تم إثبات صحة هذه الفرضية وذلك من خلال الفصل الثاني، حيث وجدنا أن العمر المتوقع عند الحياة إحدى مؤشرات الصحة كان له الأثر الكبير على غرار بقية المؤشرات الأخرى التعليم والدخل في الرفع من معدلات التنمية البشرية.

- **الفرضية الثالثة: الخدمات الصحية المقدمة، تقاس بمخرجات الصحة**، فقد تم إثبات صحة هذه الفرضية، إذ توصلنا إلى أن الخدمات الصحية تقاس بأبعاد رئيسية خمسة ألا وهي (الملموسية، الاستجابة، الاعتمادية، الأمان، التعاطف)، هذه الأخيرة هي التي تقاس بها مخرجات الصحة، وهذا ما يظهره الفصل الثالث.

- **الفرضية الرابعة: مؤشر العمر المرتقب (أحد مكونات الصحة)، له دور كبير في تفعيل ورفع معدلات التنمية البشرية على غرار بقية العناصر (التعليم، الدخل)**، فقد تم إثبات صحة هذه الفرضية من خلال الفصل الرابع، بدليل أنه جعل المملكة السعودية والجزائر تحتلان مراتب متقدمة في ما يخص معدلات التنمية البشرية بين الدول محل الدراسة ساهم فيها العمر المتوقع بنسبة كبيرة، ويظهر هذا جليا من خلال انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع والمواليد الأحياء، معدلات وفيات الأمهات (مخرجات الصحة)، والتي بدورها انعكست إيجابيا

على ارتفاع مؤشر توقع الحياة عند الولادة الذي يعرف بأنه عدد السنوات التي من المتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته.

وعلى ضوء ما سبق توصلنا إلى النتائج التالية:

النتائج المتوصل اليها:

- أولى النتائج هي مساهمة الاقتصاد الصحي من خلال الأداة التحليلية، ألا وهي قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في تفعيل معدلات التنمية البشرية من خلال تزويد صانعي القرار على مستوى قطاع الصحة بكل المعلومات الخاصة بمؤشر الصحة على غرار الخدمات المقدمة (ذات جودة أم العكس) وكذا نسبة التغطية الصحية، الهياكل القاعدية الصحية... الخ، هذه الأخيرة التي هي من اختصاصات وتطبيقات الاقتصاد الصحي.

- خدمات الرعاية الصحية هي من بين أحد أهم مكونات الاحتياجات الأساسية التي يوفرها النظام الصحي، التي تعرف بالرفاهة في أدبيات التنمية البشرية، بداية من مستوى الرعاية الصحية الأولية، مرورا بالمستوى الثاني خدمات الرعاية الثانوية، وانتقالا إلى المستوى إلى المستوى الثالث ألا وهو خدمات الرعاية التخصصية ، وصولا إلى المستوى الرابع خدمات الرعاية الممتازة.

- سوق خدمات الرعاية الصحية الذي يحتوي على الخدمات الصحية كنوع من أنواعه، يعمل مثل بقية الأسواق النمطية، فهو يحتوي على جانبي الطلب والعرض.

- مؤشر العمر المرتقب(**توقع الحياة عند الولادة**) أحد أهم مؤشرات الصحة، له دور كبير في الرفع من معدلات التنمية البشرية، إذ ومن خلال المبحث الثالث للفصل الثاني ،وجدنا أنه ساهم وبقدر كبير على غرار بقية المؤشرات (**التعليم، الدخل**) في الرفع من معدلات التنمية البشرية فمن المرتبة 93 عالميا لسنة 2014 إلى المرتبة 83 عالميا لعام 2015، كان لمؤشر العمر المرتقب الدور الأكبر في ذلك.

من خلال ما سبق نستطيع تثمين دور الاقتصاد الصحي من خلال نجاعة البرامج والسياسات الصحية المتمثلة في كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية، الأمر الذي جعل المملكة السعودية والجزائر تحتلان مراتب متقدمة في ما يخص معدلات التنمية البشرية بين الدول محل الدراسة ساهم فيها العمر المتوقع بنسبة كبيرة، ويظهر هذا جليا من خلال انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع والمواليد الأحياء، معدلات وفيات الأمهات (مخرجات الصحة) ،والتي بدورها انعكست إيجابيا على ارتفاع مؤشر توقع الحياة عند الولادة الذي يعرف بأنه عدد السنوات التي من المتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته، حيث يشير العمر المتوقع عند الولادة إلى مدى التقدم المحرز في تحقيق تنمية بشرية عالية.

الاقتراحات:

ومن هذا المنطلق ارتأينا أن نقدم هذه المقترحات لصانعي القرار.

- مما تقدم على صناع القرار بالدول محل الدراسة عامة، وعلى القائمين على قطاع الصحة بصفة خاصة إعطاء المزيد من الاهتمام للرعاية الصحية من خلال زيادة التغطية الصحية برفع الإنفاق على الكوادر البشرية والبنى الصحية التحتية (أدوات الاقتصاد الصحي)، هذا الأخير الذي له دور في رفع مؤشرات الصحة على غرار تخفيض عدد وفيات الأطفال (العمر المتوقع)، الذي يساهم بدوره في رفع معدلات التنمية البشرية.

- يجب أن تكون الكفاءة للمسير الجزائري من خلال الرصيد العلمي، إذ ومن خلال دراستنا الميدانية لم نجد سوى مدير الصحة لولاية تيارت له علم بمصطلح اقتصاديات الصحة، خاصة على مستوى إطارات المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

مع العلم أن الاقتصاد الصحي يساعد المسيرين على مستوى المنظمات (**تسويق صحي، تكاليف، ...إلخ).**

- على الجهات الوصية القائمة على قطاع الصحة، إدراج مصلحة للتسويق (**التسويق الصحي**)، في هيكلها التنظيمي الصحة في 2007 بمرسوم تنفيذي، غيب هو الآخر هذه النقطة الهامة، لأن وكما سبق الذكر أن التسويق الصحي من خلال عناصر المزيج التسويقي الصحي (**المنتج، السعر، الترويج، والتوزيع**) يلعب دور كبير في تثقيف المواطن صحيا، ومن ثم المساهمة في الرفع من معدلات التنمية البشرية.

آفاق الدراسة:

لقد حاولنا في دراستنا معالجة جوانب الموضوع في حدود الإشكالية المطروحة حسب المعلومات التي أمكن الحصول عليها، وقد استوقفتنا بعض المحاور التي يمكن أن تشكل مواضيع بحث مستقبلية، والتي يمكن طرحها كالتالي:

- اقتصاديات الصحة ودورها في تفعيل التنمية البشرية (دراسة قياسية حول الخدمات الصحية بالمستشفيات)
- مؤشر التعليم ومساهمته في تفعيل معدلات التنمية البشرية.
- مؤشر الدخل ومساهمته في تفعيل معدلات التنمية البشرية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

القرآن الكريم برواية حفص عن عاصم

- **باللغة العربية**

أولا: الكتب

1. إبراهيم الدعمة، التنمية البشرية ولنمو الاقتصادي، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 2002.
2. أحمد شكري الحكيم، التأمين و إعادة التأمين في اقتصاديات الدولة النامية، مكتبة الأنجلو مصرية، مصر، 1971.
3. أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2003.
4. بشير عباس العلاق، علي محمد ربابعة، الترويج و الإعلان التجاري، أسس-نظريات-تطبيقات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة العربية، الأردن، 2008.
5. البكري، وريتا حمارنة وآخرون، الصحة والسلامة العامة، الطبعة الخامسة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.
6. توفيق محمد عبد المحسن، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، مدخل المنتجات، مدخل إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، 1995.
7. ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2006.
8. ثامر البكري، إستراتيجيات التسويق، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2008.
9. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
10. جاد الله فوزي، الصحة العامة والرعاية الصحية، الإسكندرية، دار المعارف للنشر، 1968.
11. جاد الله فوزي، الصحة العامة والرعاية الصحية، مطبعة م.ك، الإسكندرية، مصر، 1985.
12. جمال الطاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج والعمليات، مدخل إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، مكتبة القاهرة للطباعة، القاهرة، 2002.
13. حميد الطائي، بشير العلاق، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 2007.
14. الدراركة سليمان مأمون، إدارة الجودة الشاملة، دار صفا للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2001.
15. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي الاجتماعي، دار المناهج للنشر، الأردن، 2008.
16. رياض عزيز هادي، المشكلات السياسية في العالم الثالث، بغداد، جماعة بغداد، 1989.

17. زكرياء أحمد عدلان، علي فلاح الزغبي، سياسات التسعير، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، الأردن، 2011.

18. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقه، دار المناهج، عمان، الأردن، الطبعة الأولى 2003.

19. زهير الأعرجي، النظام الصحي والسياسات الطبية في الإسلام، بدون دار نشر، مدينة قم المشرفة، ذو الحجة 1413هـ.

20. سليم بطرس جلدة، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2007.

21. سمير العبدلي، قحطان العبدلي، الترويج و الإعلان، دار زهران للنشر والتوزيع، بدون طبعة، عمان، الأردن، 2009.

22. سمير فياض، الصحة في مصر الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام 2020، الطبعة الأولى، القاهرة، المكتبة الأكاديمية.

23. سناء محمد علي ملال، أخطار و تأمينات التجارة الخارجية، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1990.

24. الشهرساني عبد الرزاق، أسس الصحة والحياة، الطبعة الأولى، بدون دار نشر، النجف، 1971.

25. صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الراعية الصحية، دار الفكر للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2010، عمان.

26. طارق طه، إدارة التسويق، دار الفكر الجامعي، بدون طبعة، الإسكندرية، 2008.

27. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة، مصر 2000.

28. طلعت مصطفى السروجي، منى محمود عويس وآخرون، التنمية الاجتماعية المثال والواقع، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان، القاهرة، 2001.

29. عامر سليمان، التأمينات الاجتماعية في الدول العربية، دار القلم للنشر، 1990.

30. عبد الجبار لعبيدي، خرافة التنمية البشرية المستدامة، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2012.

31. عبد الجبار منديل، التسويق الحديث، الدار العلمية الدولية، الطبعة الأولى، عمان، 2002.

32. عبد الرحمن توفيق، تسويق الخدمات التأمينية، مركز الخيرات المهنية للإدارة، الجيزة مصر، 2014.

33. عبد الرحمن تومي، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر الواقع والآفاق، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الطبعة 1432هـ-2011م.

34. عبد الرزاق الصنهورة، الوسيط، دار إحياء التراث العربي للنشر، بيروت، لبنان، 1924م، ج7، الفقرة 281.

35. عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)، القاهرة، مصر، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003.

36. عبد العزيز عجيمة، التنمية الاقتصادية، جامعة الإسكندرية، كلية التجارة، 2000.

37. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003.

38. عبد المحسن بن صالح الحيدر، محمد علي التركي، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، المملكة العربية السعودية، 1423هـ، 2002م.

39. عبد المهدي بوعوانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد، 2004.

40. عبد الهادي عبد القادر سويفي، قراءات في اقتصاديات الوطن العربي، الطبعة الثانية، بدون دار نشر، القاهرة، 2006-2007.

41. عقيلي عمرو، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2001.

42. علي عبد الرضا الجياشي، التسعير مدخل تسويقي، جهينة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008.

43. عوني محمود عبيدات، «شرح قانون الضمان الاجتماعي»، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 1998.

44. فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

45. فيليب كوتلر، جاري أرمسترونج، أساسيات التسويق، دار المريخ للنشر، بدون طبعة.

46. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة ومتطلبات الإيزو 9001، 2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2005.

47. كامل بكري، التنمية الاقتصادية، الدار الجامعية، مصر، 1988.

48. محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنة، التسويق الصحي والدوائي، دار وائل للنشر، عمان، الطبعة الأولى، 2006.

49. محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، مصر، ديسمبر 1983.

50. محمد الأمين فارس، تعقيب على مفاهيم ومقاييس التنمية البشرية، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، بيروت، فيفري 1995.

51. محمد البكري سونيا، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002.

52. محمد الناجي الجعفري، التسويق، سلسلة الكتاب الجامعي، كلية ودمني الأهلية الجامعية، الطبعة الثانية، السودان.

53. محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، الرياض، الطبعة الأولى، 2007.

54. محمد عابدي الجابري، التنمية البشرية في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، بيروت، 1995.

55. محمد عدنان وديع، قياس التنمية ومؤشراتها، لمعهد العربي للتخطيط، الكويت.

56. محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج، عمان، 2008.

57. محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، بدون طبعة، مصر، 2008.

58. محمود جاسم محمد الصميدعي، استراتيجيات التسويق، مدخل كمي وتحليلي، دار الحامد للنشر والتوزيع، بدون طبعة، عمان، 2009.

59. محمود جاسم محمد الصميدعي، مداخل التسويق المتقدم، دار زهران، عمان، 1999.

60. مصدق جميل الحبيب، التعليم والتنمية الاقتصادية، دار الرشيد للنشر، العراق، 1981.

61. مصطفى محمد محمود، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

62. المعتصم بالله الجوازنة، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، دار الخليج، صناع التغيير، الأردن، 2012.

63. معراج هواري، جهاد بوعزوز وآخرون، تسويق خدمات التأمين، واقع السوق الحالي وتحديات المستقبل، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2013.

64. مهند أحمد حلوش، اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2004.

65. نبيلة داود، الموسوعة المعاصرة، مدراس ومصطلحات، منظمات وهيئات القرن العشرين، القاهرة، مكتبة غريب.

66. هاشم أحمد عطية، محمود محمد عبد ربه محمد، النظام المحاسبي المالي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية "المستشفيات"، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

67. هاني حامد، الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ط2، 2004.

68. هديل الشروانة، ثامر البكري، المزيج التسويقي الأخضر والطاقة المتجددة، دار أمجد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2015.

69. وردية واشد، التسويق الإلكتروني، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2008، بيروت، لبنان.

70. وردية واشد، التسويق، معرفة السوق والمستهلكين، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2008.

ثانيا: رسائل وأطروحات جامعية

71. أفراح يحي محمد الرزامي، دراسة إحصائية لمقياس التنمية البشرية، أطروحة دكتوراه منشورة على الموقع: www.yemen-nie.info، اليمن.

72. أكتم ماجد العواجين، أثر جودة الخدمات الداخلية في الرضا الوظيفي للعاملين في مؤسسة تنمية أموال الأيتام في الأردن، رسالة ماجستير، قسم إدارة أعمال، جامعة الشرق الأوسط.

73. أمير الجيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظمة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، فرع التخطيط، منشورة، جامعة الجزائر، 2008، 2009.

74. إيمان أحمد أحمد عوض، فعالية الإنفاق العام الصحي في مصر على ضوء أسلوب العائد والتكلفة، رسالة مقدمة لنسل شهادة الدكتوراه في فلسفة الاقتصاد، كلية التجارة، قسم الاقتصاد، جامعة المنصورة.

75. بوعبد الله صالح، نماذج وطرق قياس جودة الخدمة، دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر، أطروحة دكتوراه منشورة في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف1، 2013-2014.

76. جندي محمد صفوت عامر أبوسحلي، خصخصة الخدمات العامة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، تخصص اقتصاد ومالية عامة، جامعة حلوان، كلية الحقوق، قسم الاقتصاد، القاهرة، 2003.

77. حسني إبراهيم عبد الواحد، إنتاجية النفقات العامة الصحية "دراسة مقارنة"، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في الاقتصاد، كلية التجارة وإدارة الأعمال، قسم الاقتصاد والتجارة الخارجية، جامعة حلوان.

78. دحمان ليندة، التسويق الصيدلاني، أطروحة دكتوراه، فرع علوم التسيير ، جامعة دالي إبراهيم، الجزائر، 2009-2010.

79. زرارة صالحي الواسعة، المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية، دراسة مقارنة بين القانون المصري والجزائري، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في القانون الخاص، كلية الحقوق، جامعة منتوري، قسنطينة، 2006/2007.

80. سحر عبد الرؤوف القفاس، تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع التأمين الصحي في مصر، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، كلية التجارة، قسم الاقتصاد، 2007.

81. شادي محمد القطيفان، التسويق الصيدلاني، أطروحة دكتوراه في الإدارة الصحية، منشورة St elements University، 2007-2008.

82. نعيم عبد الكريم الطراونة، أثر ~أبعاد جودة الخدمات الإلكترونية في تحقيق الرضا لدى ممثلي المنشآت الخاضعة للضمان الاجتماعي، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، 2011.

ثالثا: الملتقيات والندوات، المؤتمرات:

83. إلهام فخري أحمد حسن، التسويق بالعلاقات، الملتقى العربي الثاني، التسويق في الوطن العربي، الفرص والتحديات، 6-8 أكتوبر، الدوحة، 2003.

84. فاطمة بوسالم وزينة بوسالم، الأهداف التنموية للألفية في أفق 2015، نقطة النهاية لأهداف التنمية الصحية بالجزائر؟ الملتقى الوطني الأول حول الصحة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة الطارف.

85. محمد عابد الجابري، وآخرون، ندوة حول التنمية البشرية في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، بيروت، فيفري، 1995.

86. محمد مراد، التنمية البشرية المستدامة (حالة البلدان العربية)، ندوة بتاريخ 2011/06/11.

87. محمد يعقوب، محمد زيدان، الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير – تجارب الدول – الملتقى الدولي السابع، يومي 03 و04 ديسمبر 2012، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الشلف.

88. مصطفى أحمد مصطفى، محمود عبد الحي صلاح، تنمية مصر رؤية مستقبلية، معهد أعمال ندوات الثلاثاء معهد التخطيط القومي، 200-2001، القاهرة.

89. المعهد العربي للتخطيط، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية بعنوان: ندوة حول مؤشر المساواة بين الجنسين.

90. بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة 12-14 مارس 2002.

91. رمضان بن إبراهيم، الفقر والتنمية البشرية وسير العمل في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، المؤتمر العالمي التاسع للاقتصاد والتمويل الإسلامي.

92. معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فاطمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية يومي 18 و19 ماي 2011 ، جامعة سعد دحلب البليدة – الجزائر.

رابعا: المراسيم:

93.الجريدة الرسمية رقم 02، 1988.

خامسا: التقارير

94. البنك الدولي، 1993، تقرير حول الاستثمار في الصحة.

95. البنك الدولي، تحديات التنمية، 1991.

96. التقرير الإقليمي للتعليم للجميع الخاص بالدول العربية، منظمة الأمم المتحدة للتربية والتعليم والثقافة، عمان، 12-14 ماي 2014.

97. تقرير التنمية الإنسانية العربية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنساني 2002، خلق فرص للأجيال القادمة، 2002.

98. تقرير التنمية البشرية المستديمة، 2002، برنامج الأمم المتحدة للتنمية وقطاع الشؤون الاقتصادية والاجتماعية الأمم المتحدة واليونسكو.

99. تقرير التنمية البشرية لعام 1990، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

100. تقرير التنمية البشرية لعام 1991، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

101. تقرير التنمية البشرية لعام 1992، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1992.

102. تقرير التنمية البشرية لعام 1997، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1997.

103. تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1999.

104. وزارة الصحة السودانية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي، المركز القومي للمعلومات الصحية، 2015.

105. تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1995.

106. تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1996.

107. تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2013.

108. تقرير التنمية البشرية، نيويورك، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2008/2007.

109. تقرير الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا الجزائر 2015، المديرية التقنية المكلفة بالإحصاء السكاني والتشغيل بالديوان.

110. تقرير عن التنمية في العالم 2015، عرض عام العقل والمجتمع والسلوك، مجموعة البنك الدولي، 2015.

111. تقرير قياس الفقر في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي 2015، مركز الأبحاث الإحصائية الاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (مركز أنقرة بتركيا)، 2015.

112. تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الدراسات والتخطيط، جانفي 2016.

113. تقرير مجموعة البنك الدولي، بنك البيانات العالمي، 2016.

114. تقرير مشترك بين وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لحقوق الطفل، بعنوان: وضعية الأمومة والطفولة بالجزائر 2015.

115. تقرير منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، حول التعليم للجميع الخاص بالدول العربية لعام 2014.

116. جمعية التنمية الصحية والبيئية، تقرير برنامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية بمصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى المستقبل، إعداد ونشر جمعية التنمية الصحية والبيئية.

117. المجالس القومية المتخصصة، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، الدورة الأولى، القاهرة، 1979.

118. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر

119. المرصد الوطني لحقوق النساء الجزائريات نحو المساواة، مركز الإعلام والتوثيق لحقوق الطفل والمرأة (CIDDFE)، 2014.

120. مركز الأبحاث الإحصائية والاجتماعية والاقتصادية والتدريب للدول الإسلامية، مركز أنقرة، تقرير حول تعزيز القدرات الوطنية للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في إحصاءات الفقر ، 2015.

121. منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، سويسرا.
122. منظمة الصحة العالمية، التقرير السادس عن الحالة الصحية في العالم، جنيف، 1980، الجزء الأول.
123. منظمة الصحة العامية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، سنة 2000.
124. الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، تقرير حول ديمغرافيا الجزائر، 2015.

سادسا: المجلات والمنشورات

125. إلياس أبو جودة، التنمية المستدامة وأبعادها الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، منشورات، مجلة الدفاع الوطني اللبناني، العدد 78، تشرين الأول.
126. بومعراف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، دورية أكاديمية محكمة سنوية، العدد 07، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2009-2010.
127. التمويل والتنمية، مجلة صندوق النقد الدولي، العدد 01، الرقم 04، ديسمبر 2014، Fan and saved off دراسة 2014.
128. ثائرة عدنان الماضي وفريد نصيرات، أثر التمكين الإداري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 7، العدد 4، 2014.
129. حسين الترنوري، التأمين الصحي في الفقه الإسلامي، بحث منشور، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد 32، 1418هـ.
130. زهرة عيد محمد الشمري، مستويات إدارة الجودة في المنظمات الخدمية، دراسة حالة في مستشفى دار التمريض الخاص، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد 18، العدد 3، 2010، جامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد، 2010.
131. سناء حسن حلو، أثر البيئة التسويقية في التخطيط الاستراتيجي للتسويق، مجلة الإدارة والاقتصاد، معهد الإدارة، الرصافة، 2009.
132. سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المتشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، جامعة المسيلة.
133. الطيب داودي، أثر تحليل البيئة الخارجية والداخلية في صياغة الإستراتيجية، مجلة الباحث، عدد 05، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2007.

134. عادل هادي البغدادي، دور عوامل البيئة التسويقية الكلية في الخصائص الشخصية لمشتري السلع الكهرومنزلية، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة الكوفة، المجلد 11، العدد 3، 2009.

135. عبد العباس حسن كاظم، دور التحليل العاملي في تحديد أهم العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 16، العدد 4، 2014، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الكوفة.

136. عبد المجيد شفيق، التناول الديداكتيكي لمفهوم التنمية في الكتب المدرسية، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 3، العدد 9، أيلول 2014.

137. عرابة الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث، العدد السابع، 2009-2010.

138. عزة عمر الفندري، نقلاً عن حمدي السيد: حوار حول مشكلات النظام الصحي في مصر والعقبات التي تقف أمام تطويره، مجلة أحوال مصرية، السنة الثانية، العدد الخامس، صيف 1999.

139. علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22، أكتوبر تشرين الأول 2003، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت.

140. عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية على الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، المعهد العربي للتخطيط، الكويت.

141. الفاتح محمد عثمان مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، مجلة أماراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد 4، العدد 10، 2013.

142. فريد خليل الجاعوني، دراسة إحصائية لديناميكية التنمية البشرية (HDI) على مستوى بلدان العالم والبلدان العربية خلال فترة (1975-2004)، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد الأول، 2009.

143. فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، كلية إدارة الأعمال، منشورات عمادة البحث العلمي الجامعة الأردنية، الطبعة الأولى، 2003.

144. محمد إبراهيم سلمان، مستوى جودة الخدمات الصحية الجامعية كما يدركها طلبة جامعة الأقصى لغزة طبقا لمقياس جودة الخدمة، مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)، المجلد 17، جانفي 2013.

145. محمد بلفضل، التنمية المستدامة، مجلة البحوث العلمية في التشريعات البيئية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ابن خلدون بتيارت، الجزائر، العدد التجريبي سبتمبر 2011.

146. محمد نصار، أسس التأمين الصحي الاجتماعي، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، الجمعية العلمية للتأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، العدد الأول، جوان 1973.

147. محمد نور الطاهر وأحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، 2015.

148. محمود صلاح ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، جانفي 2012.

149. مدحت عبد العزيز حسن: محاسبة التكاليف ودورها في تقويم الأداء وترشيد قرارات الخدمة الصحية، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، كلية التجارة ببنها، السنة السابعة، العدد الثاني، 1987.

150. مدخل لاقتصاد الصحة، في دونالد، منشورات جون ليبي أوروتكست 117.

151. مكتب العمل العربي، الموارد البشرية العربية ودورها في الحياة الاقتصادية، مجلة العمل العربي، العدد 68، 1997.

152. ميلود تومي، حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، أبحاث اقتصادية وإدارية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، العدد الثاني، ديسمبر 2007.

سابعا: الأوراق البحثية والمحاضرات

153. أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجيلي وآخرون، بحث مقدم بعنوان إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة مختارة من المستشفيات، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل.

154. أوراق عمل المؤتمر الدولي للمنظمة الإدارية، نحو أداء متميز في القطاع الحكومي – الرياض، من 13-16 ذو القعدة 1430هـ الموافق لـ1-4 نوفمبر 2009.

155. سمية أحمد علي عبد المولى، دور الدولة في قطاع الخدمات الصحية، بحث مقدم، الجمعية السياسية والاقتصادية، العدد 483، يوليو، 2006، القاهرة.

156. عبد الحميد محمد العباسي، محاضرة في التنمية البشرية مفاهيم وأساسيات، معهد الدراسات والبحوث الاجتماعية، قسم الإحصاء الحيوي والسكاني، جامعة القاهرة.

157. محمد حامد عبد الله، دور الاقتصاد في خدمات الرعاية الصحية ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الواقع والمستقبل، 8-9 أفريل 2003.

158. محمد عيشوني، محاضرة حول مفاهيم أساسية من الضبط الشامل للجودة وإدارة الجودة الشاملة، قسم التقنية الميكانيكية، الكلية التقنية بحائل، 2005.

159. هشام حسن علي، محاضرات في تخطيط وتنسيق المستشفيات، لطلبة كلية التمريض، جامعة أسيوط، القاهرة.

160. ورقة بحثية مقدمة من طرف محمد ريحان، عثمان أحمد عثمان بعنوان: "التسويق لخدمة الرعاية الصحية"، جمهورية مصر العربية.

- **المواقع الإلكترونية**

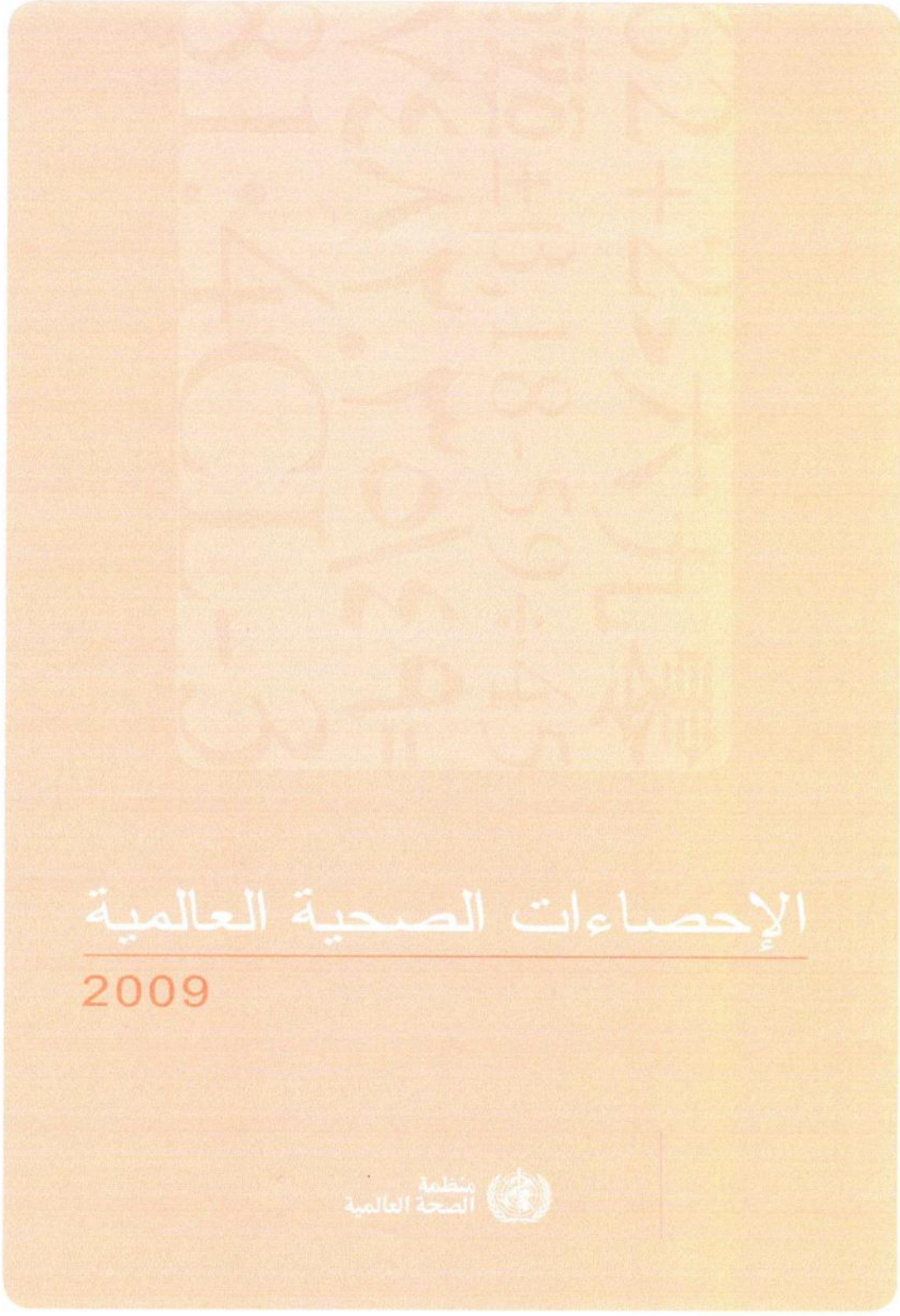
161.abunawaf.com
162.bookrders@yahoo.int
163.http ://www.dz.undp.org
164.http://conselhosaude.gov.br
165.http://www.cnas.dz
166.http://www.onefd.edu.dz
167.http://www.startimes.com/?t=4303243
168.lebarmy.gov.lb/ar/content/
169.www.abahe.co.uk
170.www.Abahe.co.uk/terminologics-health-care-management.html
171.www.anam.ma
172.www.databank.albankaldawli.org
173.www.jorddp.dz
174.www.mtess.gov.dz
175.*www.ons.dz/*
176.www.who.int/features/qa/28/ar
177.www.who.int/whr/ar/
178.wwww.Arabmn.com/archives
179.www.albankaldawli.org

- **باللغة الأجنبية**

180.Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement، Rapport établi par le gouvernement Algérienne، 2011
181.For a review of small area variation studies ; see cherman follande and miron stano; “small area variation a critical review of pro position; methods and evidence” medical care review ; 47 ; winter 1990
182.Human development, Report 1990, New-York, UNDP
183.L. Chachoua, Le système National de Santé 1962 à nos jours, Collège international sur les politiques de santé, Alger, les 18 et 19 Janvier 2014,
184.Medhat Abdelaziz hassan : Study on Lotion of health services-condidate/PHD dissertation-HUN, Academy of Science-HUN gRy, 1979.
185.Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016،

186.Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière، situation démographique et sanitaire 2000-2016
187.Model : A study on PCBS (Private commercial Banks) in Bangladesh, Business Management Dynamiss, Vol 1 n° 0.1.2011,
188.Niles Oscarson, « Health Economic Evaluation, Method for Decision, Marking in Preventive Dentistry » UNEA University Medical Dissertations, New 2006,
189.Phelps the economics of health and medical care an aspen publication USA 2003
190.Rahmani, Mohamed Miszenur, Abdullah, Md, Rahmans Atour, Measuring service quality using servqual.
191. Shiell C. Donaldson, 2002, « Health Economic » Journal of Epidemiology and Community Health, 56,

الملاحق


الإحصاءات الصحية العالمية
2009
منظمة الصحة العالمية

جدول المحتويات

المقدمة 7

القسم الأول: المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة 9

ملخص الأوضاع والاتجاهات 10

الرسوم البيانية الإقليمية والقطرية

1- الأطفال دون الخامسة المنخفضو الوزن بالمقارنة مع أعمارهم (٪) 13
2- معدل وفيات الاطفال دون الخامسة (احتمالات موتهم قبل بلوغهم الخامسة لكل 1000 مولود حي) 14
3- التغطية بلقاحات الحصبة بين الأطفال البالغين سنة واحدة (٪) 15
4- نسبة وفيات الأمومة (لكل 000 100 مولود حي) 16
5- الولادات بإشراف عاملين صحيين حاذقين (٪) 17
6- معدل انتشار استخدام موانع الحمل (٪) 18
7- معدل الخصوبة بين المراهقات (لكل 1000 فتاة بين سن 15 و19 سنة) 19
8- نسبة التغطية بخدمات الرعاية في مرحلة الحمل (٪): زيارة واحدة على الأقل 20
9- الاحتياجات الغير الملباة من خدمات تنظيم الأسرة (٪) 21
10- معدل انتشار فيروس العوز المناعي البشري بين البالغين في سن 15 سنة فأكثر لكل 000 100 نسمة 22
11- نسبة الذكور في سن 15-24 الذين لديهم معلومات شاملة وصحيحة عن الأيدز والعدوى بفيروسه (٪) 23
12- نسبة الإناث في سن 15-24 سنة اللاتي لديهن معلومات شاملة وصحيحة عن الأيدز والعدوى بفيروسه (٪) 24
13- التغطية بالمعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بين الأشخاص الذين بلغت عدوى فيروس لأيدز لديهم مرحلة متقدمة (٪) 25
14- معدل الوفيات جراء الملاريا لكل 000 100 ساكن 26
15- الأطفال دون الخامسة الذين ينامون تحت ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية (٪) 27
16- الأطفال دون الخامسة الذين تلقوا أي علاج بالأدوية المضادة للملاريا (٪) 28
17- النجاح في علاج السل بموجب استراتيجية الدوتس (٪) 29
18- التوصل إلى مصادر محسنة لمياه الشرب(٪) 30
19- إمكانية التوصل الي وسيلة محسّنة من وسائل الإصحاح (٪) 31

القسم الثاني: مؤشرات الصحة العالمية 33

الجدول 1: الوفيات وعبء الأمراض 35

توقع الحياة عند الولادة (بالسنوات)
معدل مأمول الحياة مع التمتع بالصحة عند الميلاد (بالسنوات)
معدل وفاة الأطفال حديثي الولادة (لكل 1000 مولود حي)
معدل وفيات الرضّع (احتمالات الوفاة بين الميلاد والسنة الأولى من العمر لكل 1000 مولود حي)
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (احتمالات الوفاة قبل بلوغ سن الخامسة لكل 1000 مولود حي)
معدل وفيات البالغين (احتمالات الوفاة بين سن 15 و60 سنة لكل 1000 ساكن)

التغطية التمنيعية بين الأطفال الذين يبلغون من العمر سنة (٪)
الأطفال البالغين 6–59 شهراً والذين تلقوا جرعات مكملة من الفيتامين «ألف» (٪)
الأطفال دون الخامسة الذين ينامون تحت ناموسيات معالجة (٪)
الأطفال دون الخامسة المصابون بحمى والذين عولجوا بأي من الأدوية المضادة للملاريا (٪)
الأطفال دون الخامسة الذين تظهر عليهم أعراض الأمراض التنفسية الحادة ويقبلون في المرافق الصحية (٪)
الأطفال دون الخامسة المصابون بالإسهال وتعطى لهم أملاح الإمهاء (٪)
حاجات غير مشبعة (تنظيم الأسرة) (٪)
معدل انتشار استعمال موانع الحمل (٪)
التغطية بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، النساء الحوامل (توقي سراية فيروس الأيدز من الأم إلى الطفل) (٪)
التغطية بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية: المصابون بعدوى فيروس الأيدز في مراحل متقدمة (٪)
معدل اكتشاف الإصابة بالسل في إطار استراتيجية الدوتس (٪)
نسبة نجاح علاج السل في إطار استراتيجية الدوتس (٪)

المجموعة 3 عوامل الاختطار 83

التوصل إلى مصادر محسّنة لمياه الشرب (٪)
التوصل إلى وسائل إصحاح محسّنة (٪)
الولدان المنخفضو الوزن عند الميلاد (٪)
الرضّع الذين يرضعون أمهاتهم حصراً خلال الشهور الستة الأولى من العمر (٪)
الأطفال دون الخامسة قصار القامة مقارنة مع العمر (٪)
الأطفال دون الخامسة الناقصو الوزن مقارنة مع العمر (٪)
الأطفال دون الخامسة الزائدو الوزن مقارنة مع العمر (٪)
الكبار البالغون من العمر 15 سنة أو أكثر والمصابون بالسمنة (٪)
استهلاك الكحول بين الكبار البالغين من العمر 15 سنة أو أكثر (اللترات لكل فرد كل عام)
معدل انتشار تعاطي التبغ حالياً، الكبار (≤ 15 سنة) (٪)
معدل انتشار تعاطي التبغ حالياً، المراهقين (13–15 سنة) (٪)
معدل انتشار استخدام الكبار للأغمدة الواقية (15–49) والمعرضين لمخاطر جنسية عالية (٪)
نسبة السكان البالغين من العمر 15–24 سنة الذين يعرفون كل شيء عن الأيدز والعدوى بفيروسه (٪)

المجموعة 4 القوى العاملة الصحية، والبنى التحتية، والأدوية الأساسية 95

القوى العاملة والبنى التحتية

عدد الأطباء والكثافة لكل 10 000 ساكن
العاملون في التمريض والقبالة: العدد والكثافة لكل 10 000 ساكن
العاملون في طب الأسنان: العدد والكثافة لكل 10 000 ساكن
العاملون الصحيين المجتمعيين: العدد والكثافة لكل 10 000 ساكن
مقدمو الخدمات الصحية الآخرين: العدد والكثافة لكل 10 000 ساكن
أسرّة المستشفيات لكل 10 000 ساكن

الأدوية الأساسية

وسطي نسبة توافر أدوية جنيسة منتقاة للقطاعين العام والخاص (٪)
وسطي نسبة أسعار استهلاك أدوية جنيسة منتقاة في القطاعين العام والخاص

جدول 7 الإنفاق الصحي 107

إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة
الإنفاق الخاص على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة
الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي
الموارد الخارجية المكرسة للصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة
إنفاق الضمان الاجتماعي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام على الصحة
الإنفاق من الجيب كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة
الخطط الخاصة للإنفاق المسبق كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة
نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط معدل سعر الصرف (بالدولار الأمريكي)
نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة (تعادل القوة الشرائية الدولية بالدولار الأمريكي)
نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بمتوسط سعر الصرف (بالدولار الأمريكي)
نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (تعادل القوة الشرائية الدولية بالدولار الأمريكي)

جدول 8 حالات الغبن في المجال الصحي 119

الولادات بإشراف عاملين صحيين حاذقين
التغطية بلقاحات الحصبة بين الأطفال الذين يبلغون من العمر سنة
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (احتمالات الوفاة قبل الخامسة لكل 1000 مولود حي)

جدول 9 الإحصاءات الديمغرافية والاجتماعية الاقتصادية 131

السكان: المجموع (بالآلاف)
السكان: متوسط العمر (بالسنوات)
السكان: دون الخامسة عشرة (٪)
السكان: فوق الستين (٪)
معدل النمو السنوي (٪)
القاطنون في الحضر (٪)
التغطية بخدمات التسجيل المدني (٪): معدل الولادات والوفيات
إجمالي معدل الخصوبة (لكل امرأة)
معدل خصوبة المراهقات (لكل 1000 امرأة)
معدل إلمام الكبار بالقراءة والكتابة (٪)
النسبة الصافية للالتحاق بالمدارس الابتدائية (٪)
نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي (تعادل القوة الشرائية الدولية بالدولار الأمريكي)
السكان الذين يعيشون على أقل من دولار أمريكي واحد (تعادل القوة الشرائية الدولية بالدولار الأمريكي في اليوم (٪)

الحواشي 142

الملحق رقم 02

N° 740

DEMOGRAPHIE ALGERIENNE

2015

40,4 Millions d'habitants au 1er Janvier 2016

41,2 Millions d'habitants au 1er Janvier 2017

1 040 000 Naissances vivantes,

183 000 Décès et 369 000 Mariages en 2015.

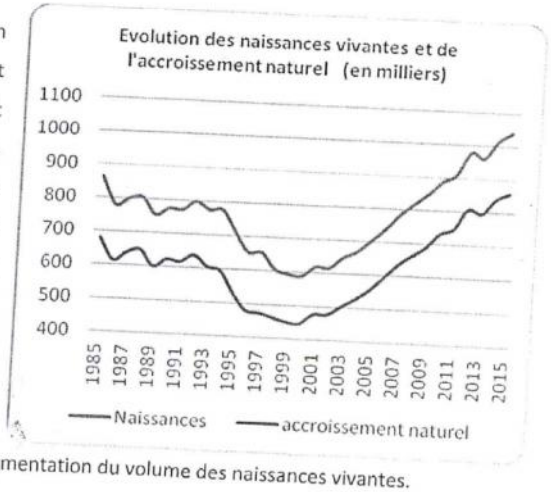
Au 1er janvier 2016, la population résidente totale en Algérie a atteint 40,4 millions d'habitants.

L'année 2015 a été marquée par une augmentation conséquente du volume des naissances vivantes, qui a dépassé pour la seconde année consécutive le seuil d'un million de naissances. Cette année a connu également une hausse du volume des décès et un fléchissement assez significatif du nombre de mariages contractés comparativement aux dernières années.

ÉVOLUTION DE LA POPULATION

Au cours de l'année 2015, la population résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 858 000 personnes, soit un taux d'accroissement naturel de 2,15%. Il est à relever que ce taux a connu une stagnation entre 2014 et 2015 qui est imputée essentiellement à l'augmentation dans le même ordre de grandeur aussi bien des naissances vivantes que du volume des décès.

Notons que l'accroissement naturel de la population est essentiellement corrélé à l'augmentation du volume des naissances vivantes.



Aussi, et sous l'hypothèse que le rythme de croissance de l'année 2015 se maintiendrait pour l'année 2016, la population résidente totale atteindrait 41,2 millions au 1er janvier 2017.

Directeur de la Publication : Mounir Khaled BERRAH
Ce numéro est élaboré par la Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi
ONS Avenue Belkacemi Mohamed El Annasser Alger Prix = 40 DA Avril 2016
Tél : (021) 77-78-38 Fax : (021) 77-78-30- Site web : http://www.ons.dz courriel : ons@ons.dz stat@ons.dz

NATALITE et FECONDITE

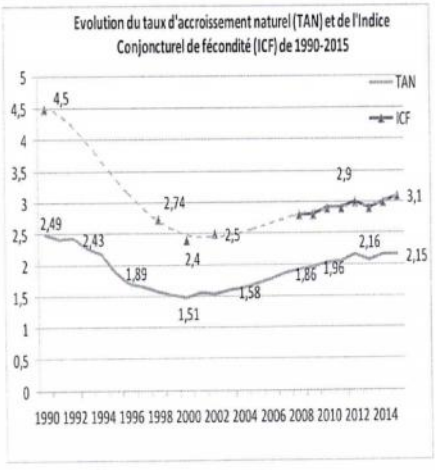
L'année 2015 a été marquée par l'enregistrement de 1 040 000 naissances vivantes auprès des services de l'état civil, soit une moyenne de plus de 2 800 naissances vivantes par jour, alors que la moyenne enregistrée au cours de l'année 2014 s'établissait à 2 700 naissances/jour et celle de 2013 à 2 600 naissances/jour. Il est à noter que c'est la seconde année consécutive où le volume de naissances dépasse le seuil d'un million. La répartition de ces naissances par sexe exprimée par le rapport de masculinité donne 104 garçons pour 100 filles.

En volume, les naissances ont connu une augmentation de 26 000 naissances entre 2014 et 2015, soit un accroissement relatif de 2,6% qui correspond à la moitié de celui enregistré entre 2013 et 2014 (5,3%).

Le taux brut de natalité continue d'enregistrer une progression continue pour atteindre 26,03‰ après avoir atteint 25,93‰ en 2014 et 25,14‰ en 2013.

De même, l'indice conjoncturel de fécondité a connu une hausse, passant de 3,0 à 3,1 enfants par femme durant cette période, dépassant ainsi le seuil de trois (3) enfants par femme.

En revanche, l'âge moyen à l'accouchement affiche le même niveau que celui observé l'année précédente ; soit 31,8 ans.



LA MORTALITE

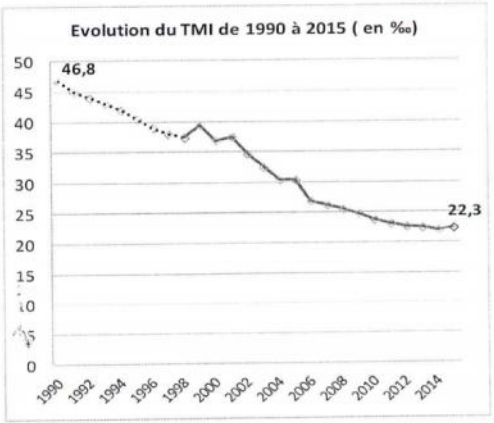
La mortalité générale

L'année 2015 a connu un volume des décès atteignant 183 000, soit un accroissement relatif de 5,2% par rapport à l'année 2014, et qui s'est traduit l'augmentation du taux brut de mortalité qui est passé de 4,44 ‰ à 4,57‰ durant cette période.

Cette augmentation a eu un impact sur l'espérance de vie à la naissance qui a enregistré un recul d'un dixième de point par rapport à l'année 2014 atteignant ainsi 77,1 ans. Notons que cette baisse a plutôt touché les hommes dont le niveau est passé de 76,6 à 76,4 ans durant cette même période, alors que celle des femmes a connu plutôt une stagnation en s'établissant à 77,8 ans.

La mortalité infantile

Le volume des décès de moins d'un an a atteint 23 150 en 2015, correspondant à une augmentation relative de 3,9% par rapport à l'année précédente. Notons que cette hausse peut être imputée aussi bien à l'augmentation du volume des naissances vivantes enregistrée au cours de l'année, mais aussi à une augmentation relativement significative du niveau de la mortalité infantile. Pour preuve, le taux de mortalité infantile (TMI) a connu un accroissement de 0,3 point entre 2014 et 2015, pour atteindre 22,3‰ (23,7‰ auprès des garçons et 20,7‰ auprès des filles).



La mortalité infanto-juvénile

Après la baisse enregistrée entre 2013 et 2014, la probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans exprimé par le quotient de mortalité infanto juvénile, a connu une légère hausse estimée à un dixième de point (0,1) entre 2014 et 2015, atteignant ainsi un niveau de 25,7‰. Cette hausse, bien que dans une proportion moindre que celle enregistrée par la mortalité infantile, a été atténuée par le recul notable de la mortalité juvénile, dont le niveau est passé de 3,6‰ à 3,4‰ durant cette même période.

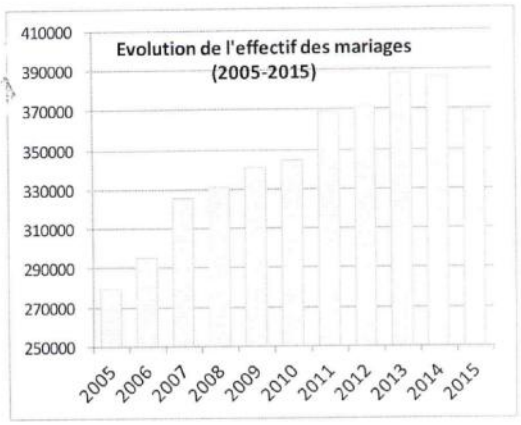
Décliné par sexe le quotient de mortalité infanto juvénile a atteint 27.1‰ auprès des garçons et 24.2‰ auprès des filles

La mortinatalité

Après la stagnation enregistrée en 2013 et en 2014, le volume des mort-nés a connu un recul durant l'année 2015, pour atteindre 14 620 cas, soit une baisse relative de 3,0% par rapport à 2014. Cette diminution en volume associée à l'augmentation du volume des naissances vivantes s'est traduit également par une réduction significative du taux de mortinatalité qui est passé à 13,9‰ ; soit un gain de 0,7 point par rapport à l'année 2014.

LA NUPTIALITÉ

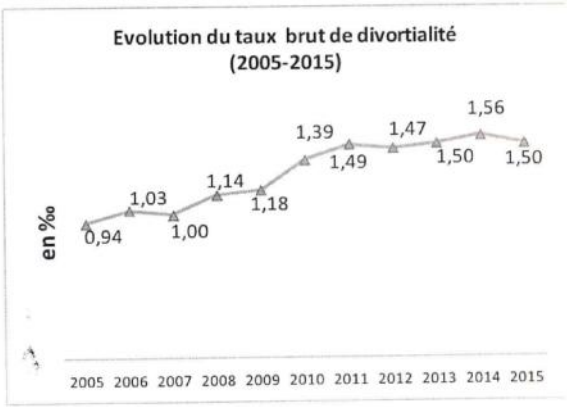
La baisse enregistrée dans le volume des mariages entre 2013 et 2014 s'est poursuivi en 2015 toutefois avec un rythme plus soutenu. En effet, les bureaux de l'état civil ont registré une diminution du nombre des mariages enregistrés par rapport à 2014 ; 369 074 unions ont été contractées en 2015, contre 386 422 l'année auparavent, soit une baisse relative de 4,5%. Ainsi le taux brut de nuptialité a connu ainsi un fléchissement passant de 9,88‰ à 9,24‰ entre 2014 et 2015.



LA DIVORTIALITÉ

L'effectif des divorces enregistrés par les services du Ministère de la Justice font ressortir un volume de 59 909 ruptures d'unions prononcées au cours de l'année 2015, soit une baisse relative de 1,5% par rapport à l'année 2014. Le taux brut de divortialité, défini comme étant le rapport entre le nombre de divorces et la population moyenne de l'année a atteint ainsi 1,50‰ au cours de la même période connaissant une légère baisse par rapport à 2014 où il avait atteint 1.56‰.

En revanche, le taux de divorce exprimé par le rapport entre l'effectif des divorces et celui des mariages contractés a connu une hausse cours de la même période puisqu'il est passé de 15.75% à 16.23% entre 2014 et 2015.



Les tables de mortalité :

$Q_{(x)}$: Quotient de mortalité pour 1000 survivants à l'âge x
$l_{(x)}$: Survivants à l'âge exact x
$d_{(x,x+a)}$: Décès de la table entre l'âge x et l'âge x+a

$L_{(x)}$: Effectif de la population stationnaire dans l'intervalle d'âge
$T_{(x)}$: Effectif cumulé de la population stationnaire à partir de l'âge x
$E_{(x)}$: Espérance de vie à l'âge x

Tableau N°2 : Table de mortalité abrégée de l'année 2015

Hommes

Age (x)	$Q_{(x)}$	$l_{(x)}$	$d_{(x,x+a)}$	$L_{(x,x+a)}$	$T_{(x)}$	$E_{(x)}$
00 an	0.0237	100000	2370	98104	7642432	76.4
01 an	0.0034	97630	331	389858	7544328	77.3
05 ans	0.0021	97299	204	485984	7154470	73.5
10 ans	0.0023	97095	221	484921	6668486	68.7
15 ans	0.0036	96874	348	483497	6183565	63.8
20 ans	0.0050	96525	479	481428	5700068	59.1
25 ans	0.0052	96046	501	478978	5218640	54.3
30 ans	0.0057	95545	543	476369	4739662	49.6
35 ans	0.0068	95002	650	473388	4263293	44.9
40 ans	0.0090	94353	852	469633	3789905	40.2
45 ans	0.0128	93500	1195	464515	3320271	35.5
50 ans	0.0207	92306	1913	456746	2855756	30.9
55 ans	0.0313	90393	2830	444890	2399011	26.5
60 ans	0.0526	87563	4607	426299	1954121	22.3
65 ans	0.0770	82956	6387	398814	1527821	18.4
70 ans	0.1173	76569	8981	360392	1129008	14.7
75 ans	0.1942	67588	13126	305124	768615	11.4
80 ans	0.3096	54462	16862	230154	463491	8.5
85 ans	1,0000	37600	37600	233337	233337	6.2

Femmes

Age (x)	$Q_{(x)}$	$l_{(x)}$	$d_{(x,x+a)}$	$L_{(x,x+a)}$	$T_{(x)}$	$E_{(x)}$
00 an	0.0207	100000	2070	98344	7776189	77.8
01 an	0.0035	97930	339	391042	7677845	78.4
05 ans	0.0019	97591	190	487482	7286802	74.7
10 ans	0.0016	97402	155	486622	6799320	69.8
15 ans	0.0023	97247	226	485669	6312698	64.9
20 ans	0.0025	97021	240	484502	5827030	60.1
25 ans	0.0029	96780	284	483192	5342527	55.2
30 ans	0.0039	96497	381	481531	4859335	50.4
35 ans	0.0057	96116	551	479204	4377804	45.5
40 ans	0.0084	95565	803	475821	3898600	40.8
45 ans	0.0118	94763	1119	471017	3422779	36.1
50 ans	0.0168	93644	1572	464291	2951762	31.5
55 ans	0.0237	92072	2180	454912	2487471	27.0
60 ans	0.0403	89892	3626	440398	2032559	22.6
65 ans	0.0615	86267	5309	418061	1592162	18.5
70 ans	0.0995	80958	8054	384654	1174100	14.5
75 ans	0.1765	72904	12870	332345	789446	10.8
80 ans	0.3158	60034	18957	252779	457101	7.6
85 ans	1,0000	41077	41077	204322	204322	5.0

Tableau N°4 : Structure de la population par âge et sexe (pour 10 000)[1] au 01/07/2015

Groupes d'âges	Masculin	Féminin	Ensemble
00-04 ans	602	570	1172
05-09 ans	493	464	957
10-14 ans	386	367	753
15-19 ans	398	381	779
20-24 ans	452	436	889
25-29 ans	480	471	951
30-34 ans	460	452	912
35-39 ans	382	375	757
40-44 ans	310	311	621
45-49 ans	268	270	538
50-54 ans	221	222	443
55-59 ans	179	178	357
60-64 ans	146	141	287
65-69 ans	98	98	196
70-74 ans	71	74	145
75-79 ans	56	60	116
80-84 ans	37	40	77
85 ans & +	25	26	51
TOTAL	5063	4937	10 000

Tableau N°5 : Structure des décès par âge et sexe

Groupes d'âges	Masculin	Féminin	Ensemble
Moins d'1 an	690	578	1268
01-04 ans	88	85	173
05-09 ans	45	40	85
10-14 ans	39	26	64
15-19 ans	63	39	102
20-24 ans	99	47	146
25-29 ans	110	61	170
30-34 ans	115	78	193
35-39 ans	115	94	209
40-44 ans	123	115	238
45-49 ans	151	141	291
50-54 ans	202	164	367
55-59 ans	249	187	436
60-64 ans	345	254	599
65-69 ans	344	272	615
70-74 ans	388	341	728
75-79 ans	529	508	1036
80-84 ans	595	650	1245
85 ans & +	899	1136	2035
TOTAL	5187	4813	10 000

Tableau N°6 : Répartition de la population par âge et sexe (au 01/07/2008)

Groupes d'âges	Masculin	Féminin	Ensemble
00-04 ans	1 785 642	1 685 336	3 470 978
05-09 ans	1 507 332	1 441 076	2 948 408
10-14 ans	1 693 757	1 624 819	3 318 576
15-19 ans	1 879 122	1 817 095	3 696 217
20-24 ans	1 925 495	1 896 054	3 821 549
25-29 ans	1 755 956	1 716 458	3 472 414
30-34 ans	1 397 869	1 380 564	2 778 433
35-39 ans	1 183 750	1 192 307	2 376 057
40-44 ans	1 021 168	1 024 531	2 045 699
45-49 ans	829 312	824 380	1 653 692
50-54 ans	691 935	673 160	1 365 095
55-59 ans	555 608	522 923	1 078 531
60-64 ans	359 886	361315	721 201
65-69 ans	319 808	320 472	640 280
70-74 ans	252 068	259 228	511 296
75-79 ans	184 061	184 485	368 546
80-84 ans	94 749	94 670	189 419
85 ans & +	63 060	71 134	134 194
TOTAL	17 500 578	17 090 007	34 590 585

Tableau N°7 : Répartition de la population par âge et sexe (au 01/07/2015)[1]

Groupes d'âges	Masculin	Féminin	Ensemble
00-04 ans	2 406 038	2 277 403	4 683 442
05-09 ans	1 968 897	1 855 061	3 823 958
10-14 ans	1 540 672	1 467 189	3 007 861
15-19 ans	1 589 914	1 524 597	3 114 511
20-24 ans	1 808 061	1 743 302	3 551 363
25-29 ans	1 917 201	1 882 581	3 799 782
30-34 ans	1 838 018	1 807 751	3 645 769
35-39 ans	1 524 862	1 499 174	3 024 036
40-44 ans	1 239 837	1 243 124	2 482 961
45-49 ans	1 070 132	1 080 584	2 150 716
50-54 ans	882 544	885 876	1 768 420
55-59 ans	715 788	710 680	1 426 468
60-64 ans	583 152	562 417	1 145 569
65-69 ans	391 709	390 365	782 074
70-74 ans	283 923	297 185	581 108
75-79 ans	224 389	239 377	463 766
80-84 ans	148 198	158 245	306 443
85 ans &	101 869	103 132	205 001
TOTAL	20 235 204	19 728 045	39 963 249

[1] Structure issues des projections de la population établies à cet effet

TABLEAU N°9 : REPARTITION DES DECES TOTAUX ET DES DECES DE MOINS D'UN AN SELON LE SEXE ET LA WILAYA D'ENREGISTREMENT

CODE	WILAYA	DECES TOTAUX			DECES DE MOINS D'UN AN		
		MASCULIN	FEMININ	ENSEMBLE	MASCULIN	FEMININ	ENSEMBLE
01	ADRAR	1 125	874	1 999	137	123	260
02	CHLEF	2 134	1 904	4 038	328	243	571
03	LAGHOUAT	962	696	1 658	186	133	319
04	O.E.BOUAGHI	1 353	1 183	2 536	142	129	271
05	BATNA	3 009	2 623	5 632	493	403	896
06	BEJAIA	2 531	2 243	4 774	190	172	362
07	BISKRA	1 773	1 437	3 210	372	271	643
08	BECHAR	647	538	1 185	78	71	149
09	BLIDA	2 995	2 424	5 419	276	237	513
10	BOUIRA	1 475	1 294	2 769	146	104	250
11	TAMANRASSET	1 018	611	1 629	112	70	182
12	TEBESSA	1 649	1 376	3 025	236	200	436
13	TLEMCEN	2 863	2 682	5 545	365	260	625
14	TIARET	2 164	1 830	3 994	378	330	708
15	TIZI OUZOU	3 241	3 129	6 370	226	152	378
16	ALGER	9 934	8 278	18 212	1 130	930	2 060
17	DJELFA	2 192	1 716	3 908	472	377	849
18	JIJEL	1 554	1 487	3 041	149	135	284
19	SETIF	3 673	3 202	6 875	638	450	1 088
20	SAIDA	857	715	1 572	93	96	189
21	SKIKDA	2 068	1 910	3 978	255	218	473
22	S,B,ABBES	1 943	1 624	3 567	225	173	398
23	ANNABA	2 341	2 025	4 366	520	399	919
24	GUELMA	1 195	1 049	2 244	119	88	207
25	CONSTANTINE	3 935	3 219	7 154	809	574	1 383
26	MEDEA	1 832	1 506	3 338	249	207	456
27	MOSTAGANEM	2 108	1 783	3 891	354	255	609
28	MSILA	2 118	1 721	3 839	372	262	634
29	MASCARA	2 130	1 827	3 957	255	177	432
30	OUARGLA	1 386	1 006	2 392	277	223	500
31	ORAN	4 957	3 827	8 784	667	464	1 131
32	EL BAYADH	595	497	1 092	123	97	220
33	ILLIZI	170	94	264	16	17	33
34	B,B,ARRERIDJ	1 442	1 264	2 706	264	197	461
35	BOUMERDES	1 414	1 269	2 683	65	43	108
36	EL TAREF	718	674	1 392	59	51	110
37	TINDOUF	179	108	287	9	11	20
38	TISSEMSILT	663	611	1 274	117	92	209
39	EL OUED	1 550	1 162	2 712	326	259	585
40	KHENCHELA	945	795	1 740	153	104	257
41	SOUK AHRAS	1 063	923	1 986	139	103	242
42	TIPAZA	1 444	1 282	2 726	123	84	207
43	MILA	1 502	1 355	2 857	93	61	154
44	AIN DEFLA	1 775	1 509	3 284	267	211	478
45	NAAMA	474	339	813	102	68	170
46	AIN TEMOUCHENT	1 167	937	2 104	90	63	153
47	GHARDAIA	934	693	1 627	148	84	232
48	RELIZANE	1 727	1 543	3 270	257	210	467
	NATIONAL	90 924	76 794	167 718	12 600	9 681	22 281

Données brutes non corrigées

TABLEAU N°10 : REPARTITION DES EVENEMENTS SELON LE SEXE ET LE MOIS D'ENREGISTREMENT

Evénements	Sexe	Mois												Total
		Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	
Naissances vivantes	Masculin	43 176	37 865	42 238	37 719	40 524	47 335	52 455	51 655	47 453	45 493	41 875	42 811	530 599
	Féminin	42 337	37 115	40 774	35 983	38 758	45 359	49 363	49 372	45 406	43 858	40 477	40 627	509 429
	Ensemble	85 513	74 980	83 012	73 702	79 282	92 694	101 818	101 027	92 859	89 351	82 352	83 438	1 040 028
Décès totaux	Masculin	8 398	7 801	7 987	7 184	7 043	6 966	7 578	7 683	7 029	7 553	7 599	8 103	90 924
	Féminin	7 445	7 115	6 947	5 966	5 858	5 573	6 220	6 371	5 903	5 993	6 464	6 939	76 794
	Ensemble	15 843	14 916	14 934	13 150	12 901	12 539	13 798	14 054	12 932	13 546	14 063	15 042	167 718
Décès de moins d'un an	Masculin	1 059	952	1 065	918	1 064	1 025	1 119	1 130	983	1 119	1 062	1 104	12 600
	Féminin	822	817	829	717	800	793	856	833	778	821	786	829	9 681
	Ensemble	1 881	1 769	1 894	1 635	1 864	1 818	1 975	1 963	1 761	1 940	1 848	1 933	22 281
Mort-nés	Masculin	639	562	627	599	695	741	760	728	681	674	646	617	7 969
	Féminin	560	526	542	527	584	597	603	602	523	517	535	535	6 651
	Ensemble	1 199	1 088	1 169	1 126	1 279	1 338	1 363	1 330	1 204	1 191	1 181	1 152	14 620
Mariages		17 643	23 196	35 752	33 079	35 411	25 476	26 355	51 923	34 622	36 154	23 924	25 539	369 074

Données brutes non corrigées

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

DIRECTION DE LA POPULATION

Situation Démographique et Sanitaire

(2000 – 2016)

Juillet 2016

1-14- Santé maternelle

Consultation prénatale

Evolution du Taux de consultations prénatales (Niveau National, 2000-2012)

Années	Taux de consultations prénatales (%)
MICS2 -2000	79.0
Papfam 2002	81.0
MICS3 - 2006	90.3
MICS4 - 2012-2013	93.0

Accouchement en milieu assisté

Evolution du Taux d'accouchement en milieu assisté (Niveau National, 2000-2012)

Années	Taux d'accouchement en milieu assisté (%)
MICS2 -2000	92.0
Papfam 2002	90.2
MICS3 - 2006	95.3
MICS4 - 2012-2013	97.0

Consultation postnatale

Evolution du Taux de consultations postnatales (Niveau National, 2000-2012)

Années	Taux de consultations postnatales (%)
MICS2 -2000	32.0
Papfam 2002	30.1
MICS3 - 2006	30.6
MICS4 - 2012-2013	86.5

2- Personnels de la santé

2-1 : Personnel médical

Evolution du nombre de praticiens - (Niveau national, 2000-2014)

Années	Spécialistes(*)		Généralistes		Dentistes		Pharmaciens		Ensemble	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
2000	4 175	4 522	11 381	5 803	4 665	3 346	216	4 587	20 437	18 258
2001	4 315	4 861	11 686	5 915	4 626	3 580	185	4 778	20 812	19 134
2002	4 523	5 216	11 984	6 185	4 647	3 747	189	4 995	21 343	20 143
2003	4 659	5 238	12 209	6 226	4 639	3 804	187	5 502	21 694	20 770
2004	4 796	5 606	12 427	6 376	4 659	3 987	206	5 860	22 088	21 829
2006	5535	5913	13440	6 576	4 742	4 728	232	7 009	22 981	24 226
2008	6 901	6 645	19 197	6 548	5 88[illegible]	4 803	507	7 513	32 493	25 509
2009	7 590	7032	19 197	6 598	6158	5 017	622	7 882	33 567	26 529
2010	8 284	7 491	20 667	6 764	6 491	5 223	624	8 764	36 066	28 242
2011	9457	7650	22140	6860	6737	5396	624	8764	38958	28670
2012	10442	8864	23516	6458	7035	5441	1000	9177	41993	29940
2013	11576	9439	24037	6482	7251	5587	1024	9520	43888	31018
2014	12399	10116	24318	6654	6944	5928	1253	9794	44914	32492

Source : Annuaire statistique – MSPRH- DEP

(*) Non compris les Professeurs, Docents, Maitres Assistants et Résidents au nombre de 14991 en 2013 et de 14788 en 2014

Situation démographique et sanitaire (2000 – 2016)

1- Données démographiques

- Population Algérienne par sexe (2000 - 2016)
- Structure de la population Algérienne
- Pyramide des âges
- Natalité, Mortalité et Accroissement naturel
- Nuptialité
- Fécondité
- Planification familiale
- Mortalité infantile
- Mortalité Infanto-juvénile
- Mortinatalité
- Mortalité maternelle
- Espérance de vie à la naissance

2- Personnels de la santé

- Personnel médical
- Personnel paramédical
- Personnel administratif

3 - Etablissements de santé

- Nombre des structures de santé selon le type
- Nombre de lits dans les structures de santé

4 - Activités médicales

- Activité d'hospitalisation
- Activité de maternité
- Activité des urgences
- Activité de consultation
- Activité de radiologie
- Activité d'exploration fonctionnelle
- Activité de laboratoire
- Actes opératoires
- Activité d'hémodialyse

1- 4 : Natalité, Mortalité et Accroissement naturel

1-4-1 : Natalité

Taux Brut de Natalité : Le rapport du nombre de naissances vivantes enregistrées durant une année donnée à la population moyenne de cette même année, ce Taux est donné généralement pour mille habitants (‰).

Evolution des effectifs de naissances vivantes et des Taux Brut de Natalité (Niveau national, 2000 – 2015)

Années	Effectif naissances vivantes	Taux Brut de Natalité (‰)	Années	Effectif naissances vivantes	Taux Brut de Natalité (‰)
2000	589.000	19.36	**2008**	817.000	23.62
2001	619.000	20.03	**2009**	849.000	24.07
2002	617.000	19.68	**2010**	888.000	24.68
2003	649.000	20.36	**2011**	910.000	24.78
2004	669.000	20.67	**2012**	978.000	26.08
2005	703.000	21.36	**2013**	963.000	25.14
2006	739.000	22.07	**2014**	1014.000	25.93
2007	783.000	22.98	**2015**	1040.000	26.03

Source : Données Etat Civil – ONS

1-4-2 : Mortalité

Taux Brut de Mortalité : le rapport du nombre de décès (tous âges confondus) enregistrés durant une année donnée, à la population moyenne de cette même année. Ce Taux est donné généralement pour mille habitants (‰).

Evolution des effectifs de décès et des Taux Brut de Mortalité (Niveau national, 2000 – 2015)

Années	Effectif des décès	Taux Brut de Mortalité (‰)	Années	Effectif des décès	Taux Brut de Mortalité (‰)
2000	140.000	4.59	**2008**	153.000	4.42
2001	141.000	4.56	**2009**	159.000	4.51
2002	138.000	4.41	**2010**	157.000	4.37
2003	145.000	4.55	**2011**	162.000	4.41
2004	141.000	4.36	**2012**	170.000	4.53
2005	147.000	4.47	**2013**	168.000	4.39
2006	144.000	4.30	**2014**	174.000	4.44
2007	149.000	4.38	**2015**	183.000	4.57

Source : Données Etat Civil – ONS

1 – 9 : Mortalité Infanto-juvénile

Quotient de Mortalité Infanto-juvénile : la probabilité pour une naissance vivante de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. Ce quotient est donné pour mille naissances vivantes (‰).

Evolution du Quotient de mortalité infanto-juvénile par sexe (Niveau national. 2000-2015)

Années	Quotient de mortalité infanto-juvénile (‰)		
	Garçons	Filles	Ensemble
2000	44.8	41.3	43.0
2008	31.4	27.8	29.7
2009	30.8	27.1	29.0
2010	29.0	26.0	27.5
2011	28.3	25.2	26.8
2012	27.3	24.7	26.1
2013	27.3	24.9	26.1
2014	27.1	23.9	25.6
2015	27.1	24.2	25.7
Source : Données Etat Civil – ONS			

1-10 : Mortinatalité

Taux de mortinatalité : le nombre de mort-nés enregistrés durant une année donnée rapporté à l'ensemble des naissances (naissances vivantes + mort-nés) de la même année. Ce Taux est donné pour mille naissances (‰).

Evolution du Taux de Mortinatalité par sexe (Niveau national. 2000-2015)

Années	Effectif des mort-nés	Taux de mortinatalité		
		Garçons	Filles	Ensemble
2000	14 891	24.6	22.8	24.7
2008	16 588	21.3	18.4	19.9
2009	15 937	19.6	17.2	18.4
2010	16 444	19.6	16.7	18.2
2011	15 480	18.0	15.4	16.7
2012	15 795	16.8	14.9	15.9
2013	15 009	16.4	14.2	15.4
2014	15 077	15.8	13.5	14.6
2015	14 620	14.8	12.9	13.9
Source : Données Etat Civil – ONS				

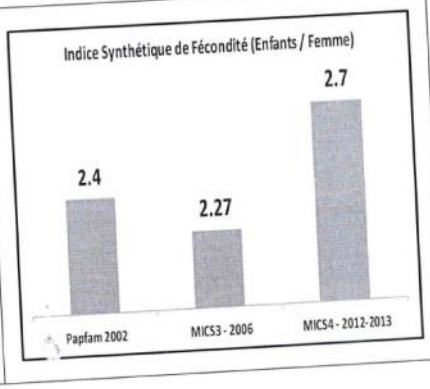
1– 6 : Fécondité

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) : le nombre moyen d'enfants mis au monde par une femme durant sa vie féconde, en supposant que toutes les femmes du même groupe d'âge auraient à la fin de leur vie féconde le nombre d'enfants correspondant aux taux de fécondité, observés en ce moment.

Evolution de l'Indice Synthétique de Fécondité
(Niveau national, 2000-2015

Données Etat Civil	
Années	**Indice Synthétique de Fécondité (Enfants/Femme) (Enfants /**
2000	2.40
2001	-
2002	2.48
2003	-
2004	-
2005	2.56
2006	-
2008	2.81
2009	2.84
2010	2.87
2011	2,87
2012	3,02
2013	2.93
2014	3.03
2015	3.1

Données d'enquêtes nationales	
Année	**Indice Synthétique de Fécondité (Enfants/Femme)**
MICS2 -2000	-
Papfam 2002	2.4
MICS3 - 2006	2.27
MICS4 - 2012-2013	2.7



1 –7 : Planification

Taux de Prévalence Contraceptive : le nombre de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, utilisant un moyen de contraception, rapporté au total des femmes mariées en âge de procréer de la même année.

Evolution du Taux de prévalence contraceptive

(Niveau national, 1992-2012)

Méthode	PPACHILD 1992	MDG 1995	EDG 2000	PAPFAM 2002	MICS3 2006	MICS4 2012-2013
Toutes méthodes	50.9	56.9	64.0	57,0	**61,4**	**57,1**
Dont méthodes modernes	**43.1**	**49.0**	**50.1**	**51.8**	**52.0**	**47,9**

1 – 9 : Mortalité Infanto-juvénile

Quotient de Mortalité Infanto-juvénile : la probabilité pour une naissance vivante de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. Ce quotient est donné pour mille naissances vivantes (‰).

Evolution du Quotient de mortalité infanto-juvénile par sexe
(Niveau national. 2000-2015)

Années	Quotient de mortalité infanto-juvénile (‰)		
	Garçons	Filles	Ensemble
2000	44.8	41.3	43.0
2008	31.4	27.8	29.7
2009	30.8	27.1	29.0
2010	29.0	26.0	27.5
2011	28.3	25.2	26.8
2012	27.3	24.7	26.1
2013	27.3	24.9	26.1
2014	27.1	23.9	25.6
2015	27.1	24.2	25.7
Source : Données Etat Civil – ONS			

1-10 : Mortinatalité

Taux de mortinatalité : le nombre de mort-nés enregistrés durant une année donnée rapporté à l'ensemble des naissances (naissances vivantes + mort-nés) de la même année. Ce Taux est donné pour mille naissances (‰).

Evolution du Taux de Mortinatalité par sexe
(Niveau national. 2000-2015)

Années	Effectif des mort-nés	Taux de mortinatalité		
		Garçons	Filles	Ensemble
2000	14 891	24.6	22.8	24.7
2008	16 588	21.3	18.4	19.9
2009	15 937	19.6	17.2	18.4
2010	16 444	19.6	16.7	18.2
2011	15 480	18.0	15.4	16.7
2012	15 795	16.8	14.9	15.9
2013	15 009	16.4	14.2	15.4
2014	15 077	15.8	13.5	14.6
2015	14 620	14.8	12.9	13.9
Source : Données Etat Civil – ONS				

1 – 9 : Mortalité Infanto-juvénile

Quotient de Mortalité Infanto-juvénile : la probabilité pour une naissance vivante de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. Ce quotient est donné pour mille naissances vivantes (‰).

Evolution du Quotient de mortalité infanto-juvénile par sexe
(Niveau national. 2000-2015)

Années	Quotient de mortalité infanto-juvénile (‰)		
	Garçons	Filles	Ensemble
2000	44.8	41.3	43.0
2008	31.4	27.8	29.7
2009	30.8	27.1	29.0
2010	29.0	26.0	27.5
2011	28.3	25.2	26.8
2012	27.3	24.7	26.1
2013	27.3	24.9	26.1
2014	27.1	23.9	25.6
2015	27.1	24.2	25.7
Source : Données Etat Civil – ONS			

1-10 : Mortinatalité

Taux de mortinatalité : le nombre de mort-nés enregistrés durant une année donnée rapporté à l'ensemble des naissances (naissances vivantes + mort-nés) de la même année. Ce Taux est donné pour mille naissances (‰).

Evolution du Taux de Mortinatalité par sexe
(Niveau national. 2000-2015)

Années	Effectif des mort-nés	Taux de mortinatalité		
		Garçons	Filles	Ensemble
2000	14 891	24.6	22.8	24.7
2008	16 588	21.3	18.4	19.9
2009	15 937	19.6	17.2	18.4
2010	16 444	19.6	16.7	18.2
2011	15 480	18.0	15.4	16.7
2012	15 795	16.8	14.9	15.9
2013	15 009	16.4	14.2	15.4
2014	15 077	15.8	13.5	14.6
2015	14 620	14.8	12.9	13.9
Source : Données Etat Civil – ONS				