



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 3

إبراهيم سلطان شيبوط

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم الاقتصادية

موضوع الأطروحة



أثر الإنفاق العام الصحي على تعزيز التنمية البشرية بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية

تخصص: اقتصاد

إشراف الأستاذ:

أ.د عبد المجيد قدي

إعداد الطالبة:

فاطمة بوسالم

أعضاء لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة	الأستاذ (ة)
رئيسا	جامعة الجزائر - 03	أ.د. ضحالك نجية
مشرفا، مقرر	جامعة الجزائر - 03	أ.د. قدي عبد المجيد
عضوا، ممتحنا	جامعة الجزائر - 03	د. جمعي محمد
عضوا، ممتحنا	المدرسة العليا للتجارة	أ.د. محممان مريزق
عضوا، ممتحنا	جامعة الشلف	د. مديوني جميلة
عضوا، ممتحنا	جامعة البلدية 02	أ.د. حوشين إبتسام

السنة الجامعية: 2025/2026

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل العلمي، وأعانني على تذليل الصعاب وتجاوز العقبات.
الحمد لله الذي منّ عليّ بنعمة العقل والفهم، وسخر لي من الأسباب ما مكّني من الوصول إلى
هذه المرحلة المهمة في مسيرتي الأكاديمية. وأشكره سبحانه وتعالى على توفيقه وهدايته، فما
كان لهذا العمل أن يرى النور لولا فضله ومنته.

يطيب لي أن أتقدم بأصدق عبارات الشكر والامتنان والتقدير إلى أستاذي الجليل الأستاذ
المميز عبد المجيد قدي، الذي تشرفت بأن يكون مشرفاً عليّ هذه الأطروحة. لقد كان أستاذي
الفاضل مثلاً يُحتذى به في العلم والأخلاق، وقدوة حقيقية في التفاني والعطاء. فقد احتضن هذا
العمل منذ بدايته بصدر رحب وقلب كبير، ولم يتوان لحظة واحدة عن تقديم النصع والإرشاد
والتوجيه.

إن صبره الجميل وتشجيعه المستمر كان بمثابة الوقود الذي دفعني للمضي قدماً في أصعب
المراحل. كانت توجيهاته العلمية الدقيقة وملاحظاته القيمة بمثابة النجوم التي أضاءت لي طريق
البحث، لقد علمني أستاذي الكريم أن العلم ليس مجرد معلومات تُحفظ، بل منهج حياة وطريقة
تفكير، وأن الباحث الحقيقي هو من يسعى للحقيقة بصدق وإخلاص.

فجزاه الله عنّي خير الجزاء، وبارك في علمه وعمله، وجعل هذا العمل في ميزان حسناته، فهو حقاً
خير أستاذ ومرشد وقدوة.

إهداء

إلى روح أمي الغالية التي رحلت عن دنيانا ولكن دعواتها وحبها لا يزالان يضيئان دربي، والتي طالما تمننت لي النجاح وزرعت في قلبي بذور الإصرار والعزيمة،

إلى روح أختي الحبيبة رفيقة الطفولة التي آمنت بقدراتي وشجعتني على المضي قدماً نحو تحقيق أهدافي وما زال صوتها يهمس في أذني "ستنجين"،

إلى والدي العزيز حفظه الله ورحمه الذي كان سندي وقوتي ولم يبخل علي بدعمه ومساندته في كل خطوة من خطوات هذه الرحلة العلمية

إلى زوجي الغالي شريك الحياة ورفيق الدرب الذي وقف بجاني في أصعب اللحظات وأجملها وكان خير معين لي في تحقيق هذا الإنجاز،

إلى ولدي الحبيب "حسين" أملتي الدائم ونور عيني الذي من أجل مستقبله المشرق أجد في نفسي القوة للمضي قدماً وتحقيق النجاح تلو الآخر،

إلى جميع أقاربي وأصدقائي ومعارفي وزملائي الأعزاء الذين أحاطوني بحبهم ودعمهم وتشجيعهم وكانوا خير رفقة في هذه المسيرة العلمية،

إليكم جميعاً أهدي ثمرة جهدي عسى أن يكون هذا العمل مصدر فخر لكم كما أنتم مصدر فخر لي.



فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	العناصر
	شكر وتقدير
	إهداء
I	فهرس المحتويات
XIII	قائمة الجداول
XX	قائمة الأشكال
XXV	قائمة المختصرات
XXVII	الملخص
	المقدمة العامة
01	مقدمة
02	أولا. أهمية الدراسة
03	ثانيا. أهداف الدراسة
04	ثالثا. أسباب اختيار موضوع الدراسة
05	رابعا. دراسات سابقة حول موضوع البحث
15	خامسا. إشكالية الدراسة
18	سادسا. فرضيات الدراسة
19	سابعا. منهجية الدراسة
21	ثامنا. محتويات الدراسة

الفصل الأول	
الإنفاق العام على الصحة كقائرة لدعم وتمويل النظم الصحية	
27	تمهيد
28	المبحث الأول. التحليل الاقتصادي في أسواق الخدمات الصحية
28	المطلب الأول. أساسيات اقتصاد الصحة والخدمات الصحية
28	الفرع الأول. تحليل الفروق الأساسية بين اقتصاد الصحة واقتصاديات الخدمات الصحية
30	الفرع الثاني. تحديد المفاهيم الأساسية: الصحة، الرعاية الصحية، والخدمات الصحية
32	الفرع الثالث. أنواع الخدمات الصحية
33	الفرع الرابع. الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية
34	الفرع الخامس. معايير إنتاج الخدمات الصحية
37	المطلب الثاني. تحليل أسواق الخدمات الصحية
37	الفرع الأول. تحليل الطلب والعرض من الخدمات الصحية
41	الفرع الثاني. هيكل أسواق الخدمات الصحية
48	المطلب الثالث. التدخل الحكومي في أسواق الخدمات الصحية
48	الفرع الأول. مبررات تدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية
50	الفرع الثاني. أشكال التدخل الحكومي في أسواق الخدمات الصحية
52	المبحث الثاني. تطور النظم الصحية وآليات تمويلها
52	المطلب الأول. لمحة عامة حول النظم الصحية
52	الفرع الأول. مفهوم النظم الصحية
55	الفرع الثاني. أهداف ووظائف النظم الصحية
58	المطلب الثاني. أنماط تمويل النظم الصحية في العالم

59	الفرع الأول: مصادر تمويل النظم الصحية
63	الفرع الثاني. نماذج عن تمويل النظم الصحية في العالم
69	المبحث الثالث. تحليل كفاءة وفعالية الإنفاق العام على الصحة
69	المطلب الأول. دراسة تحليلية لظاهرة تزايد الإنفاق العام على الصحة
69	الفرع الأول. مكونات الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية
70	الفرع الثاني. الإنفاق العام على الصحة كركيزة أساسية للإنفاق الاجتماعي
72	الفرع الثالث. العوامل المؤدية إلى تزايد الإنفاق العام على الصحة
74	الفرع الرابع. الحجم الأمثل للإنفاق العام على الصحة
76	المطلب الثاني. التباين في الإنفاق العام الصحي على مستوى العالم وتأثيرات جائحة كوفيد-19
76	الفرع الأول. تحليل مؤشرات الإنفاق العام على الصحة على مستوى العالم
79	الفرع الثاني. تداعيات جائحة كوفيد 19 على الإنفاق العام الصحي
81	المطلب الثالث. مؤشرات قياس كفاءة الإنفاق العام على الصحة
81	الفرع الأول. الفرق بين كفاءة وفعالية الإنفاق العام على الصحة
83	الفرع الثاني. مؤشرات قياس كفاءة الإنفاق العام على الصحة
87	الفرع الثالث. العوامل المؤثرة على كفاءة الإنفاق العام على الصحة
90	الفرع الرابع. تحديات الإنفاق العام على الصحة في الدول النامية
91	الفرع الخامس. استراتيجيات تعزيز كفاءة الإنفاق الحكومي في قطاع الصحة
93	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني
	الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة
95	تمهيد

96	المبحث الأول. مسارات التنمية البشرية: مفاهيم ومقاربات القياس
96	المطلب الأول. التنمية البشرية: رؤى معاصرة لتعزيز القدرات البشرية
96	الفرع الأول. التطور التاريخي لمفهوم التنمية البشرية
99	الفرع الثاني. مفهوم التنمية البشرية والانتقادات الموجهة له
102	الفرع الثالث. جوانب التنمية البشرية
104	المطلب الثاني. قياس التنمية البشرية: الأسس ومسارات التحديث
104	الفرع الأول. أبعاد ومؤشرات دليل التنمية البشرية
109	الفرع الثاني. أساسيات حساب وتقييم دليل ومؤشرات التنمية البشرية
113	الفرع الثالث. تحديثات في دليل التنمية البشرية لقياس أشمل
120	المبحث الثاني. تمويل التنمية البشرية لتحقيق الأهداف الصحية ضمن أهداف التنمية البشرية المستدامة
120	المطلب الأول. الأسس النظرية للتنمية البشرية المستدامة
120	الفرع الأول. مكونات وجوانب التنمية البشرية المستدامة
121	الفرع الثاني. قياس التنمية البشرية المستدامة
124	المطلب الثاني: تمويل التنمية البشرية لتحقيق أهداف الألفية وأهداف التنمية المستدامة في الجانب الصحي
124	الفرع الأول. تقييم إنجازات الأهداف الصحية ضمن الأهداف الإنمائية للألفية على الصعيد العالمي
127	الفرع الثاني. تقييم التقدم العالمي نحو أهداف التنمية المستدامة لعام 2030 في مجال الصحة
133	الفرع الثالث. تمويل التنمية البشرية المستدامة
137	المطلب الثالث. تأثير جائحة كورونا على اتجاهات ومؤشرات التنمية البشرية عالميا
137	الفرع الأول. اتجاهات التنمية البشرية واستعادة التعافي من جائحة كورونا
141	الفرع الثاني. تحديات التنمية البشرية في الدول النامية
142	الفرع الثالث. مقترحات للدول النامية لبلوغ أهداف التنمية البشرية المستدامة

145	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث
	استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي
147	تمهيد
148	المبحث الأول. السياسة الصحية بالجزائر وتحديات الإصلاح
148	المطلب الأول. استراتيجيات السياسة الصحية بالجزائر
148	الفرع الأول. أهداف النظام الصحي الجزائري
150	الفرع الثاني. مركّزات ومحاور السياسة الصحية بالجزائر
151	المطلب الثاني. مسيرة وتحديات السياسة الصحية بالجزائر
151	الفرع الأول. مراحل تطور السياسة الصحية بالجزائر
156	الفرع الثاني. التحديات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية
159	المطلب الثالث. إصلاح النظام الصحي الجزائري وتحديات المستقبل
159	الفرع الأول. المبادئ الأساسية لبرنامج الإصلاح الصحي بالجزائر
161	الفرع الثاني. تقييم إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر
166	المبحث الثاني. إشكالية تمويل النظام الصحي الجزائري وتوسيع مظلة التأمين الصحي
166	المطلب الأول. تطور مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري
166	الفرع الأول. نظام التمويل خلال الفترة (1963-1973)
167	الفرع الثاني. نظام التمويل خلال الفترة (1974-1988)
170	الفرع الثالث. نظام التمويل خلال الفترة 1989 إلى الوقت الحالي
175	المطلب الثاني. نحو توسيع مظلة التأمين الصحي في الجزائر
176	الفرع الأول. مفهوم التأمين الصحي

177	الفرع الثاني. تطور نظم التأمين الصحي
178	الفرع الثالث. التوجهات المستقبلية للتأمين الصحي بالجزائر وتفعيل النهج التعاقدية
186	المبحث الثالث. التوجهات الإستراتيجية للنظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي
186	المطلب الأول. مكانة الصحة ضمن البرامج التنموية المنتهجة في إطار الاستراتيجيات الوطنية الجزائرية خلال الفترة (2001-2030)
186	الفرع الأول. تقييم دور البرامج التنموية في تمويل الصحة بالجزائر (2001-2019)
194	الفرع الثاني. النموذج الجديد للنمو والتوجهات الإستراتيجية لتطوير النظام الصحي في الجزائر (2016-2030)
199	المطلب الثاني. تحليل هيكل وموارد القطاع الصحي في الجزائر (2000-2018)
199	الفرع الأول. تطوير البنية التحتية للخدمات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2018)
207	الفرع الثاني. تحليل اتجاهات توزيع الموارد البشرية في النظام الصحي الجزائري خلال الفترة (2000-2018)
211	المطلب الثالث. تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي في الجزائر: الانجازات والتحديات
212	الفرع الأول. من الأمن الصحي إلى الأمن الصحي العالمي: تحليل مؤشر الأمن الصحي
215	الفرع الثاني. تعزيز الأمن الصحي بالجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة: الاستجابة لأزمة كورونا
222	خلاصة الفصل
الفصل الرابع	
دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر	
224	تمهيد
225	المبحث الأول. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)
225	المطلب الأول. اتجاهات الإنفاق العام الصحي في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)

225	الفرع الأول. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي (GHED) وفجوة الإنفاق الصحي بين الجزائر وبعض الدول المختارة
230	الفرع الثاني. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%) في الجزائر وفجوة الإنفاق الصحي بين الجزائر وبعض الدول المختارة
234	الفرع الثالث. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر
238	الفرع الرابع. اتجاهات نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة في الجزائر حسب تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي
243	المطلب الثاني. اتجاهات التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)
243	الفرع الأول. اتجاهات دليل التنمية البشرية (HDI) وتصنيف الجزائر عالميًا خلال الفترة من 2020 إلى 2022 مقارنة ببعض الدول
247	الفرع الثاني. اتجاهات مؤشرات التنمية البشرية للجزائر خلال الفترة (2000-2022)
254	الفرع الثالث. اتجاهات الأدلة المركبة لدليل التنمية البشرية بالجزائر
270	المبحث الثاني. تقييم الإنجازات الصحية في الجزائر: من أهداف الألفية للتنمية إلى أهداف التنمية المستدامة
270	المطلب الأول. إنجازات الجزائر في تحقيق أهداف الألفية للتنمية في المجال الصحي (1990-2015)
272	الفرع الأول. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف الرابع لأهداف الألفية للتنمية: تحليل مؤشرات وفيات الأطفال
278	الفرع الثاني. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف الخامس من أهداف الألفية: تحليل مؤشرات تحسين صحة الأمهات
281	الفرع الثالث. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف السادس من أهداف الألفية: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض
286	المطلب الثاني. تقييم التقدم المحرز لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة بالجزائر
288	الفرع الأول. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-1 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
290	الفرع الثاني. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-2 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

293	الفرع الثالث. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-3 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
300	الفرع الرابع. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-4 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
302	الفرع الخامس. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-5 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
304	الفرع السادس. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-6 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
305	الفرع السابع. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-7 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
307	الفرع الثامن. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-8 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
309	الفرع التاسع. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-9 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
311	الفرع العاشر. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-أمن أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
312	الفرع الحادي عشر. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-ب من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
314	الفرع الثاني عشر. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-ج من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
315	الفرع الثالث عشر. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-د من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر
319	المبحث الثالث. قياس العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)
319	المطلب الأول. تحليل العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر
319	الفرع الأول. الهدف العام من الدراسة القياسية
320	الفرع الثاني. فرضيات الدراسة القياسية
320	الفرع الثالث. المبررات النظرية لبناء الفرضيات
322	المطلب الثاني. منهجية قياس العلاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية
322	الفرع الأول. ميكانيزم النموذج وخطوات التحليل
322	الفرع الثاني. اختبارات استقرار السلاسل الزمنية: اختبار جذر الوحدة Unit Root Test

324	الفرع الثالث. نموذج "جرانجر" لاختبار اتجاه السببية Granger Model
325	المطلب الثالث. اختبار علاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة 2000-2022
325	الفرع الأول. تصميم الدراسة القياسية
328	الفرع الثاني. التحليل المنهجي للمتغيرات: التحليل الوصفي، الاتجاهات، والقيم الشاذة في مؤشرات الإنفاق الصحي والتنمية البشرية 2000-2022
336	الفرع الثالث. اختبار السببية بين متغيرات الإنفاق العام الصحي والتنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)
361	خلاصة الفصل
357	الخاتمة
375	قائمة المراجع

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	رقم الصفحة
01	مؤشرات الإنفاق العام الصحي عالميا خلال الفترة (2000-2022)	77
02	القيم الدنيا والقصوى لكل مؤشر من المؤشرات سنة 2024	110
03	أهداف التنمية المستدامة في أفق 2030	128
04	مؤشرات الهدف الثالث لأهداف التنمية المستدامة 2030	129
05	اتجاهات دليل التنمية البشرية (1990-1921)	137
06	فجوات التنمية البشرية في دول العالم سنة 2022	140
07	مصادر تمويل الصحة في الجزائر من 1974 إلى 1989	168
08	مصادر تمويل الصحة في الجزائر خلال الفترة (1989-1998)	172
09	مصادر تمويل الصحة في الجزائر خلال الفترة (2000-2021)	173
10	حصة المدفوعات من الجيب من إجمالي النفقات الصحية الوطنية خلال الفترة (2000-2021)	175
11	تطور عدد المنشآت القاعدية الصحية والأسرة التقنية في الجزائر خلال الفترة (2000-2006)	200
12	تطور عدد المنشآت القاعدية خارج المستشفيات في الجزائر خلال الفترة (2000-2006)	202
13	تطور أعداد المنشآت القاعدية الصحية والأسرة التقنية في الجزائر خلال الفترة (2000-2018)	204
14	تطور أعداد المنشآت القاعدية الصحية خارج المستشفيات في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)	206
15	العاملين في السلك الطبي والسلك شبه الطبي خلال الفترة (2000-2018)	208
16	نصيب الكوادر الطبية من السكان خلال الفترة (2000-2018)	209
17	عدد الأطباء حسب قطاع النشاط خلال الفترة (2000-2018)	210
18	درجة مؤشر التغطية الصحية الشاملة في الجزائر خلال الفترة (2000-2021)	220

قائمة الجداول

221	تصنيف منظومة الصحة الجزائرية وفق مؤشرات الأمن الصحي العالمي (2019-2021)	19
226	تطور الإنفاق الصحي الحكومي كنسبة مئوية من الإنفاق العام خلال الفترة (2000-2022)	20
327	مقارنة الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام بين الجزائر وعدد من الدول المختارة	21
231	تطور الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري خلال الفترة (2000-2022)	22
232	مقارنة الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري بين الجزائر وعدد من الدول المختارة	23
234	تطور الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000-2022)	24
236	مقارنة الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي بين الجزائر وعدد من الدول المختارة خلال الفترة (2000-2022)	25
241	تطور نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة خلال الفترة (2000-2022)	26
242	مقارنة الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي بين الجزائر وعدد من الدول المختارة	27
244	اتجاهات تطور مؤشر التنمية البشرية (HDI) في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022	28
245	تصنيف الجزائر وترتيبها العالمي وفقاً لدليل التنمية البشرية (HDI) خلال الفترة (2000-2023)	29
246	قيم دليل التنمية البشرية (HDI) في الجزائر وبعض الدول المختارة لعام 2023	30
248	تطور مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)	31
249	تطور قيم متوسط سنوات الدراسة المتوقع في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)	32
251	تطور قيم متوسط سنوات الدراسة في الجزائر خلال الفترة 2000-2022	33
252	تطور قيم الدخل الإجمالي للفرد في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)	34

قائمة الجداول

254	تطور قيمة مؤشر التنمية البشرية للجنسين في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)	35
256	تطور قيم دليل التنمية البشرية للإناث بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)	36
258	تطور قيم دليل التنمية البشرية للذكور في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)	37
260	تطور قيم دليل التنمية البشرية معدلا بعامل عدم المساواة ومؤشراته بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)	38
262	دليل الفوارق بين الجنسين ومؤشراته بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)	39
265	تطور قيم دليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب ومؤشراته بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)	40
268	تطور قيم عدد السكان الإجمالي بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)	41
271	الأهداف الإنمائية للألفية - مؤشرات لرصد التقدم المحرز في الصحة (الهدف الرابع، الخامس والسادس) -	42
272	تطور معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة (1990-2015)	43
275	تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر خلال الفترة (1990-2015)	44
277	نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة في الجزائر خلال الفترة (1990-2015)	45
278	تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة (1990-2015)	46
280	تطور نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة الإنجابية بالجزائر	47
281	تطور الحالات المسجلة لفيروس نقص المناعة بالجزائر	48
283	تطور معدل انتشار وسائل منع الحمل بالجزائر	49
284	تطور معدل انتشار الملاريا بالجزائر	50
285	تطور معدل انتشار السل بالجزائر	51
286	أهداف التنمية المستدامة - غايات ومؤشرات لرصد التقدم المحرز في الصحة (الهدف الثالث)	52
289	تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة (2000-2023)	53

قائمة الجداول

290	تطور معدل الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مهرة بالجزائر خلال الفترة(2006-2019)	54
291	تطور أعداد ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة(2000-2023)	55
292	تطور أعداد ومعدل وفيات المواليد في الجزائر خلال الفترة(2000-2023)	56
294	تطور عدد حالات الإصابات الجديدة بفيروس الإيدز بالجزائر خلال الفترة(2000-2023)	57
296	تطور معدل انتشار داء السل بالجزائر خلال الفترة(2000-2023)	58
297	تطور معدل انتشار الملاريا بالجزائر خلال الفترة(2000-2023)	59
298	تطور معدل انتشار المستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد B بالجزائر خلال الفترة(2015-2020)	60
299	تطور عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات ضد الأمراض المدارية المهملة بالجزائر خلال الفترة(2010-2023)	61
300	تطور معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة بالجزائر خلال الفترة(2000-2021)	62
301	تطور معدل وفيات الانتحار بالجزائر خلال الفترة(2000-2021)	63
302	تطور معدل التدخلات العلاجية لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة بالجزائر خلال الفترة (2014-2021)	64
303	تطور استهلاك الفرد الواحد من الكحول بالجزائر خلال الفترة(2000-2022)	65
304	تطور معدلات الوفيات الناتجة عن إصابات حوادث المرور بالجزائر خلال الفترة(2000-2021)	66
306	تطور معدل النساء في سن الإنجاب واللواتي تم تلبية احتياجاتهن من تنظيم الأسرة باستخدام الطرق الحديثة بالجزائر خلال الفترة(2006-2018)	67
306	تطور معدل الولادات بين المراهقات بالجزائر خلال الفترة(2002-2019)	68
308	تطور معدل مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة بالجزائر خلال الفترة(2000-2023)	69

قائمة الجداول

70	تطور معدل الوفيات المنسوب للتسممات غير المقصودة بالجزائر خلال الفترة (2000-2021)	310
71	تطور معدل انتشار استعمال التبغ بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)	311
72	انتشار الملاريا تطور معدل السكان المستهدفين الذين تلقوا 3 جرعات من لقاح الدفتيريا-الكزاز-السعال الديكي بالجزائر خلال الفترة (2000-2023)	312
73	تطور إجمالي المساعدات التنموية الرسمية للبحث الطبي والقطاعات الصحية الأساسية بالجزائر خلال الفترة (2000-2023)	313
74	تطور معدل كثافة الأخصائيين الصحيين بالجزائر خلال الفترة (2002-2022)	315
75	تقييم التقدم في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية وأطر الطوارئ الصحية في الجزائر خلال الفترة (2010-2023)	316
76	متغيرات الدراسة القياسية	327
77	التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة	329
78	نتائج اختبار فيليبس-ويرون لجذر الوحدة.	336
79	نتائج اختبار جذر الوحدة لمتغيرات الدراسة باستخدام اختبار ديكي فولر الموسع.	338
80	اختبار الارتباط العام بين المتغيرات	339
81	اختبار السببية جرانجر بين المتغيرات (الأجل القصير)	341
82	اختبار الاستجابة الفورية بين متغيرات الدراسة	345
83	نتائج تحليل الوساطة (Path Analysis) بين المتغيرات محل الدراسة	347

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	رقم الصفحة
01	مكونات أسواق الخدمات الصحية	41
02	أنظمة تمويل الصحة العامة في بعض دول العالم	63
03	مكونات دليل التنمية البشرية HDI	106
04	تصنيف الدول وفقاً لقيمة دليل التنمية البشرية	108
05	تطور الأدلة المركبة للتنمية البشرية	114
06	مكونات قياس دليل الفقر المتعدد الأبعاد	115
07	مكونات قياس دليل التنمية البشرية معدلاً بعامل عدم المساواة (IHDI)	116
08	مكونات قياس دليل الفوارق بين الجنسين (GII)	118
09	رصد التقدم المحرز نحو تحقيق الهدف الثالث للتنمية المستدامة في الدول العربية (2015 - 2022)	132
10	اتجاهات دليل التنمية البشرية من 1999 إلى 2023: تأثير جائحة كورونا	138
11	التفاوت في تعافي دليل التنمية البشرية عالمياً خلال الفترة (2020-2021)	139
12	تحديات التنمية البشرية في الدول النامية	141
13	تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر خلال الفترة (1974-1989)	168
14	توزيع ميزانية برنامج الإنعاش الاقتصادي بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى للتنمية	188

قائمة الأشكال

	البشرية	
15	توزيع ميزانية البرنامج الخماسي للتنمية بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى للتنمية البشرية	191
16	معدل نمو البنى التحتية الاستشفائية خلال الفترة (2000-2006)	201
17	معدل نمو الأسرة التقنية خلال الفترة (2000-2006)	201
18	معدل نمو المنشآت القاعدية خارج المستشفيات في الجزائر خلال الفترة (2000-2006)	203
19	تطور الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الإنفاق العام في الجزائر	226
20	تطور معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر	273
21	تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر (حالة وفاة لكل 1000 مولود حي)	277
22	نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة في الجزائر (%)	279
23	معدل وفيات الأمهات في الجزائر	280
24	نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة الإنجابية بالجزائر	282
25	تطور انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في الجزائر	283
26	تطور معدل انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر	285
27	تطور معدل انتشار السل في الجزائر	287
28	نموذج الدراسة القياسية	328
29	اتجاهات الإنفاق الصحي ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر (2000-2022)	331
30	مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة خلال الفترة (2000-2022)	333

قائمة الأشكال

31	مخططات الصندوق لتحديد القيم الشاذة لمؤشرات الإنفاق الصحي والتنمية البشرية (2000-2022)	335
32	نموذج تحليل المسار بين المتغيرات: تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة	352
33	التأثير الكلي للإنفاق الحكومي على الصحة على مؤشر التنمية البشرية	354
34	التأثيرات غير المباشرة عبر المتغيرات الوسيطة	354
35	نتائج تحليل الانحدار بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية	356
36	نتائج تحليل الانحدار المتعدد بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية	357
37	شبكة السببية بين المتغيرات ($P\text{-value} < 0.05$)	359



قائمة المختصرات

قائمة المختصرات

MSPRH	Ministère de la Santé ; Population de la Reforme Hospitalier	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	المركز الاستشفائي الجامعي
EHP	Etablissement Hospitalier Privé	مؤسسة استشفائية خاصة
CMS	Centre Médical Social	المركز الطبي الاجتماعي
EPH	Etablissement Hospitalier Universitaire	مؤسسة استشفائية جامعية
EPSP	Etablissement Public Hospitalier à Proximité	مؤسسة استشفائية عمومية قريبة
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية
SDGs	Sustainable Development Goals	أهداف التنمية المستدامة
UHC	universal health coverage	التغطية الصحية الشاملة
UNDP	United Nations Development Programme	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية

الملخص

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة السببية واتجاهها بين الإنفاق الحكومي على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022، وذلك من خلال اختبار تأثير الإنفاق العام الصحي على مكونات التنمية البشرية الثلاثة: الصحة، التعليم، والدخل. يتركز هذا التحليل على نظرية النمو الداخلي التي تؤكد أن الاستثمار في رأس المال البشري (مثل الصحة والتعليم) هو الأساس لتحسين التنمية البشرية. كما تعتمد الدراسة على نظرية رأس المال البشري، التي تبرز الصحة كمكون حيوي في تعزيز الإنتاجية والكفاءة الاقتصادية. بالإضافة إلى ذلك، تستند الدراسة إلى نظرية فاجنر، التي تفسر العلاقة بين النمو الاقتصادي والإنفاق العام، وخاصة في القطاعات الاجتماعية مثل الصحة والتعليم.

اعتمدت الدراسة على اختبار السببية جرانجر (Granger Causality Test) لاختبار العلاقة السببية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والتنمية البشرية، بالإضافة إلى تحليل المسار (Path Analysis) لاختبار اتجاهات السببية بين المتغيرات، وتحليل الوساطة (Mediation Analysis) لمعرفة الأثر المباشر وغير المباشر من خلال المتغيرات الوسيطة (مثل التعليم والصحة).

أظهرت نتائج الدراسة القياسية وجود علاقة إيجابية وقوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة وتحسين مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر. تبين من خلال نموذج الانحدار أن الإنفاق على الصحة له تأثير معنوي إيجابي على العمر المتوقع عند الميلاد، مما يعكس تحسناً في الصحة العامة نتيجة للاستثمار في القطاع الصحي. كما أظهر تحليل المسار (Path Analysis) أن هناك علاقة سببية بين الإنفاق الحكومي على الصحة وتحسين مخرجات التعليم، حيث أن تحسين الصحة يعزز من معدلات الالتحاق بالتعليم وجودته، مما يعكس دور الصحة كوسيط رئيسي في تحسين النتائج التعليمية. بالإضافة إلى ذلك، أكدت النتائج أن الإنفاق الصحي له تأثير إيجابي على النمو الاقتصادي والدخل الفردي، مما يعكس أن استثمار الدولة في القطاع الصحي يعد ركيزة أساسية لتحقيق التنمية البشرية المستدامة.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الحكومي على الصحة، التنمية البشرية، رأس المال البشري، اختبار السببية جرانجر، تحليل المسار، تحليل الوساطة.

Abstract

This study investigates the causal relationship and its direction between government health expenditure and human development in Algeria during the period 2000-2022, which is to be achieved by testing the impact of public health expenditure on the three components of human development: health, education, and economic income. The analysis is grounded in the endogenous growth theory, which emphasizes that investment in human capital (such as health and education) is essential for improving human development. The study also draws on the human capital theory, which highlights health as a vital component in enhancing productivity and economic efficiency. Additionally, the study incorporates Wagner's Law, which explores the relationship between economic growth and public expenditure, especially in social sectors such as health and education.

The study employs the Granger Causality Test to assess the causal relationship between government health expenditure and human development, along with Path Analysis to determine the causal directions between the variables, and Mediation Analysis to identify the direct and indirect effects through mediating variables (such as health and education).

The empirical findings showed a positive and strong relationship between government health expenditure and improved human development indicators in Algeria. Through a regression model, it was found that increased health expenditure significantly enhances life expectancy at birth, signaling an improvement in public health due to investment in the health sector. Furthermore, Path Analysis revealed a causal relationship between government health expenditure and improved educational outcomes, showing that better health contributes to higher enrollment rates and improved education quality, and thus revealing the role of health as a key mediator in improving educational results. Moreover, the results confirmed that health expenditure positively

influence economic growth and personal income, reflecting the role of state investment in the health sector as a fundamental factor in driving sustainable human development.

Keywords: Government Health Expenditure, Human Development, Human Capital, Granger Causality Test, Mediation Analysis.

JEL Classification : H51, O15, J24, C32, C21.

المقدمة العامة

مقدمة

تعد القضايا الصحية من الركائز الأساسية التي تؤثر بشكل مباشر على كفاءة العملية الإنتاجية في المجتمع وبذلك فإن صحة الأفراد تشكل حجر الزاوية لأي عملية تنموية. فبتحسن الحالة الصحية، ترتفع كفاءة الإنتاج وهو الأمر الذي يحسن من القدرة على تحقيق أهداف التنمية البشرية. وبما أن الوصول إلى خدمات صحية متميزة يعتبر هدفا أساسيا في أي دولة، فإنه يتعين تخصيص الموارد بشكل فعال لضمان تقديم الرعاية الصحية للجميع، لأن تحسين نوعية الحياة والارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين يرتبط بمسألة الإنفاق على الصحة.

إن صحة الفرد لا تعد مجرد عنصر مكمل لحياته اليومية، بل هي أساس لتطوير قدراته الإنتاجية وتنمية المجتمع بشكل عام. فتمتع الفرد بصحة جسدية وعقلية متكاملة يجعله قادرا على العمل والإنتاج. مع تطور الأنظمة الصحية وتزايد التحديات الصحية، تغيرت أيضا طرق تمويل قطاع الصحة. ففي العديد من البلدان يتم تمويل الخدمات الصحية من خلال مزيج من الميزانية الحكومية، والضرائب، والمساهمات الاجتماعية. خلال جائحة كوفيد-19، اضطرت الحكومات إلى تخصيص مبالغ ضخمة لتمويل الفحوصات والعلاجات واللقاحات، مما غير هيكل وأولويات الإنفاق الصحي على مستوى العالم. هذا التحول يسلط الضوء على أهمية تقييم كفاءة وفعالية الإنفاق العام على الصحة خاصة في وقت الأزمات الصحية أين يمكن أن تعكس القدرة على الاستجابة والتعامل مع الأزمة مدى فعالية السياسات الصحية.

لا يمكن لأحد أن ينكر العلاقة الوثيقة بين الصحة والتنمية البشرية، فالصحة لا تعد مجرد هدف بحد ذاته بل هي شرط أساسي لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية. باعتبار الصحة غاية من غايات التنمية، فإن القدرة على تحقيق التنمية نفسها تعتمد بشكل كبير على صحة الأفراد. ومن هنا تصبح الصحة جزء لا يتجزأ من عملية التنمية، حيث أنها لا تعكس فقط رفاهية الإنسان، بل أيضا مستوى التقدم الذي أحرزته المجتمعات في تحقيق التنمية البشرية.

على الرغم من ذلك يظل التحدي قائما في العديد من الدول النامية، بما في ذلك الجزائر حيث يلاحظ وجود تفاوتات كبيرة في مؤشرات الصحة بين المناطق والفئات الاجتماعية المختلفة، مما يعكس وجود فجوات صحية لم

تعالج بعد. ورغم تخصيص موارد ضخمة من الحكومات لتحسين الخدمات الصحية، إلا أن هذه الجهود لا تزال تواجه تحديات في تحقيق العدالة في الوصول إلى الرعاية الصحية وتحقيق نتائج تنمية ملموسة.

شهد قطاع الصحة في الجزائر تطورا ملحوظا خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي، وذلك بالتوازي مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها الدولة. ورغم الزيادة في الإنفاق على الصحة كنسبة من إجمالي الناتج المحلي إلا أنه أقل بكثير من المعايير الدولية. لكن القضية ليست في زيادة الإنفاق وحده، بل في كيفية توجيه هذا الإنفاق لتحقيق أقصى استفادة من الموارد. فزيادة الإنفاق العام على الصحة قد لا تترجم دائما إلى خدمات صحية أفضل، بل يمكن أن تؤدي إلى إهدار الموارد إذا لم يتم إعادة ترتيب الأولويات بشكل مناسب. ومع تزايد الطلب على الخدمات الصحية، تتزايد الحاجة إلى تحسين كفاءة الإنفاق الحكومي في هذا القطاع بما يضمن تحسين المؤشرات الصحية وتقليل الفجوات في الوصول إلى الرعاية الصحية.

نظرا لأن الصحة تعتبر عنصرا محوريا في عملية التنمية البشرية، التي تشمل أيضا التعليم والدخل. فمؤشر التنمية البشرية (HDI) الذي يعتمد على الصحة، والتعليم، والدخل، يعكس التقدم الذي تحققه الدول في تحسين رفاهية الإنسان. فإن وضع الإنفاق الحكومي على الصحة في الجزائر ضمن أطر التنمية المستدامة يظهر ضرورة التركيز على تحسين كفاءة وفعالية هذا الإنفاق. فالزيادة في الإنفاق ليست كافية إذا لم تتم إعادة هيكلة الأولويات بشكل يتماشى مع احتياجات المجتمع الصحية. حيث أنه على الرغم من تخصيص الدولة الجزائرية لمبالغ كبيرة في قطاع الصحة على مدار العقود الماضية، فإن هناك تساؤلات حول مدى تحقيق هذه الاستثمارات لأهداف ملموسة في تحسين الصحة العامة وتحقيق تنمية بشرية شاملة.

أولا. أهمية الدراسة: تكتسي هذه الدراسة أهمية كبيرة في العديد من الجوانب تتمثل في النقاط التالية:

1. أهمية الإنفاق الحكومي على الصحة كأداة تنمية: يعد الإنفاق العام على الصحة من الأولويات الأساسية للدولة في الجزائر، حيث يعتبر استثمارة حيوية لتعزيز التنمية البشرية. وبذلك تأتي دراسة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر في إطار سعي الدولة لتحسين النظام الصحي وضمان توفر الخدمات الصحية الجيدة للمواطنين. كما يساهم هذا الإنفاق في دعم تحقيق أهداف التنمية المستدامة، لا سيما الهدف الثالث الذي يركز على "الصحة الجيدة والرفاه".

2. دور الصحة في تحقيق النمو الاقتصادي: يعتبر الاستثمار في الصحة أداة من أدوات السياسة الاقتصادية الكلية، حيث يمكن أن يؤدي إلى تحسين الإنتاجية، خفض معدلات الغياب عن العمل، وتعزيز القدرة على التعلم. وبذلك يساعد فهم دور الصحة في الاقتصاد على تسليط الضوء على كيفية مساهمة الصحة الجيدة في رفع مستويات النمو الاقتصادي والتعرف على كيفية مساهمة الإنفاق الحكومي على الصحة في دعم النمو الاقتصادي وتحقيق التنمية البشرية في الجزائر.

3. أهمية تقييم السياسات الصحية: تعد إشكالية الإنفاق على الرعاية الصحية من أهم القضايا في تقييم فعالية النظام الصحي والسياسات المعتمدة في الجزائر. فمن خلال التحليل الدقيق لأثر الإنفاق الحكومي على الصحة يمكن توجيه السياسات الصحية نحو تحسين جودة الخدمات الصحية، وبالتالي دعم مؤشرات التنمية البشرية بما في ذلك التعليم الدخل، والصحة.

ثانيا. أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة بشكل أساسي إلى تحليل العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر، مع التركيز على دور هذا الإنفاق في تحقيق أهداف الألفية والتنمية المستدامة (SDGs). تشمل الأهداف الرئيسية للدراسة ما يلي:

1. تحليل مسارات كل من الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر بهدف دراسة التطورات والاتجاهات الزمنية للإنفاق على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية.
2. قياس العلاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر، وذلك لتحديد كيف يمكن أن يساهم الإنفاق العام الصحي في تحسين مؤشرات الصحة والتعليم والدخل.
3. دراسة تأثير التقلبات الاقتصادية على الإنفاق العام الصحي ومؤشرات التنمية، خاصة في ظل أزمة كوفيد-19 وتراجع أسعار النفط، وتأثير هذه العوامل على فاعلية الاستثمار الحكومي في الصحة.
4. تحليل التقدم المحرز في تحقيق أهداف الألفية المتعلقة بالصحة في الجزائر، وتقييم الإنجازات والتحديات التي واجهتها البلاد في هذا السياق.
5. قياس التقدم المحرز في الجزائر في مجال الصحة ضمن أهداف التنمية المستدامة (SDGs) وتحليل مدى التقدم في تحقيق الهدف الثالث (الصحة الجيدة والرفاه) بحلول 2030، مع تحديد التحديات الرئيسية التي قد تعوق تحقيق هذا الهدف.

6. سد الفجوة المعرفية في الأدبيات العربية المتعلقة بالعلاقة بين الإنفاق العام الصحي والتنمية البشرية في الجزائر.

7. تقديم مقترحات مبنية على أدلة علمية لصناع القرار في الجزائر، بهدف تحسين فعالية السياسات الصحية وتخصيص الموارد المالية للقطاع الصحي بشكل أكثر كفاءة.

ثالثا. أسباب اختيار موضوع البحث: تتمثل هذه الأسباب في مجموعة من الدوافع العلمية والعملية التي يمكن إجمالها فيما يأتي:

1. أهمية قطاع الصحة في الجزائر: تعتبر قضية الصحة في الجزائر من أهم القضايا التي يجب أن تحظى بأولوية في الدراسات الاقتصادية والاجتماعية، نظرا لدورها الحيوي في تعزيز التنمية البشرية بشكل عام. وبذلك يعتبر قطاع الصحة أحد الدعائم الأساسية التي تدعم تحسين مستوى المعيشة، وعامل رئيسي في تحقيق الأهداف التنموية. بما أن الجزائر شهدت إصلاحات في هذا القطاع منذ التسعينات، فإن دراسة تأثير الإنفاق على الصحة على التنمية البشرية تكتسب أهمية خاصة في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها البلاد.

2. التحديات في تفسير الأرقام والمؤشرات الصحية: على الرغم من وجود العديد من الأرقام والإحصائيات المتعلقة بالصحة في الجزائر، فإن هذه الأرقام قد لا تعكس بالضرورة الواقع الفعلي في الميدان. وبالتالي فإن هذه الدراسة تحتاج إلى منهجية تحليلية قوية لفهم هذه الأرقام واستخلاص منها مؤشرات حقيقية يمكن أن تسهم في تحسين السياسات العامة المتعلقة بالصحة.

3. حداثة موضوع الإنفاق على الرعاية الصحية: يمثل موضوع الإنفاق الحكومي على الصحة وتأثيره على التنمية البشرية جزءا من المواضيع الحديثة في البحوث الاقتصادية، خصوصا في ظل التحديات الاقتصادية والاجتماعية التي تواجهها الدول النامية. يحظى هذا الموضوع باهتمام متزايد في الأبحاث العلمية والمجلات الدولية، ويشمل النقاشات حول دور الدولة في تمويل الرعاية الصحية وأثر ذلك على التنمية المستدامة.

4. إثراء المكتبة الجزائرية: يأتي اختيار هذا الموضوع بهدف إثراء المكتبة الجزائرية بموضوع جديد يمكن أن يساهم في فتح نقاشات علمية حول دور الإنفاق الصحي في تحقيق التنمية المستدامة. يعكس هذا البحث حاجة أكاديمية لتسليط الضوء على كيفية تخصيص الموارد الصحية بشكل أكثر فعالية، الأمر الذي يؤدي إلى تطوير السياسات الصحية في الجزائر بما يواكب أهداف التنمية المستدامة (SDGs).

رابعاً. دراسات سابقة حول موضوع البحث: يتم فيما يأتي عرض الاسهامات العلمية التي قدمتها الدراسات السابقة في موضوع البحث بهدف توضيح التراكم المعرفي وتحديد الفجوات البحثية التي تستدعي المزيد من الدراسة:

1. دراسات تناولت العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية:

1-1. دراسة بعنوان "تأثير الإنفاق الحكومي على مؤشر التنمية البشرية في محافظة نوسا تنغارا

الشرقية"¹

تناولت هذه الدراسة تأثير الإنفاق الحكومي في قطاعات الصحة والتعليم والبنية التحتية على مؤشر التنمية البشرية (HDI) في محافظة نوسا تنغارا الشرقية (NTT) في إندونيسيا خلال الفترة من 2010 إلى 2022. استخدمت الدراسة تحليل بيانات اللوحة (Panel Data) باستخدام طريقة Pooled Least Squares (PLS)، حيث تم تحليل بيانات 22 مقاطعة/مدينة داخل المحافظة. توصلت النتائج إلى أن الإنفاق الحكومي على الصحة والتعليم له تأثير إيجابي ومؤثر بشكل كبير على مؤشر التنمية البشرية، بينما لم يظهر الإنفاق على البنية التحتية تأثيراً كبيراً. تم استخدام نماذج Pooled Least Squares (PLS)، Fixed Effect Model (FEM)، و Random Effect Model (REM) لاختبار تأثيرات الإنفاق في هذه القطاعات. كما اعتمدت الدراسة على تطبيق اختبارات Chow Test و Hausman Test و Lagrange Multiplier Test بهدف تحديد النموذج الأنسب للتحليل.

1-2. دراسة حول: "تأثير الإنفاق الحكومي على مؤشر التنمية البشرية مع الناتج المحلي الإجمالي

كمتغير معدل"²

تمحورت هذه الدراسة حول تحليل تأثير الإنفاق الحكومي على مؤشر التنمية البشرية (HDI) مع إضافة متغير الناتج المحلي الإجمالي (GDP) كممتغير معدل. تناولت الدراسة أهمية الإنفاق الحكومي الذي يتم بناءً على أبحاث علمية ويكون موفراً للموارد في تحسين جودة الحياة، بما في ذلك التعليم والصحة، وهو ما يؤثر بشكل إيجابي على

¹ Banase, M. A. D. D., & Purwono, R. (2024). The Influence of Government Expenditure on the Human Development Index in NTT Province. *Jurnal Ilmu Ekonomi Terapan*, 9(1), 109-119.

² Manullang, R. R., Amran, E., Syofya, H., Harsono, I., & Awaluddin. (2024). The influence of government expenditures on the human development index with gross domestic product as a moderating variable. *Reslaj: Religion Education Social Laa Roiba Journal*, 6(4), 2059-2068.

مؤشر التنمية البشرية. تم استخدام منهج البحث الكمي مع نهج تفسيري، حيث تم معالجة البيانات الثانوية المستقاة من التقارير السنوية الصادرة عن وكالة الإحصاء المركزية في إندونيسيا من 2018 إلى 2023 باستخدام أداة تحليل "Smart PLS 4.0".

أظهرت النتائج أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي ومؤشر التنمية البشرية حيث كانت قيمة الـ P-Value أقل من 0.05. كما أظهرت الدراسة أن الناتج المحلي الإجمالي يعزز تأثير الإنفاق الحكومي على مؤشر التنمية البشرية، مما يساهم في تقوية العلاقة بينهما.

3-1. دراسة حول: "تأثير الإنفاق الحكومي في قطاعات الصحة والاقتصاد على مؤشر التنمية البشرية"¹

تهدف الدراسة إلى تقييم أثر الإنفاق الحكومي في مجالي الصحة والاقتصاد على مؤشر التنمية البشرية ضمن محافظات/مدن إقليم بابوا في إندونيسيا خلال الفترة 2011-2018. استخدمت الدراسة بيانات ثانوية من مكتب الإحصاءات المركزي ووزارة المالية في إندونيسيا، وقد تم تطبيق نموذج الانحدار البياني باستخدام طريقة التأثير العشوائي (REM).

بينت النتائج أن الإنفاق الحكومي في كل من قطاعي الصحة والاقتصاد له تأثير إيجابي على مؤشر التنمية البشرية. وقد قدمت الدراسة توصيات لتحسين الإنفاق في هذين القطاعين في المناطق التي تشهد مستويات منخفضة في الاقتصاد والرعاية الصحية.

4-1. دراسة حول: "تأثير الإنفاق العام على الصحة والتعليم على التنمية البشرية في تشاد"²

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم وتحليل أثر الإنفاق العام على الصحة والتعليم في دعم وتعزيز التنمية البشرية في دولة تشاد. استخدمت الدراسة نموذج الانحدار الذاتي الموزع (ARDL) باستخدام بيانات من البنك الدولي وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) بين عامي 1990 و2022.

¹ Nainggolan, R. M. (2024). The effect of health and economic sector government expenditure on human development index. *Gorontalo Development Review*, 7(1), 91-102.

² Tchitchoua, J., & Mahamat Ibrahim, C. (2024). Effects of health and education public spending on human development in Chad. *Economic & Management Review*, 23(1), 49-67.

أوضحت النتائج أن الإنفاق العام على قطاعي الصحة والتعليم له تأثير إيجابي معنوي على التنمية البشرية في تشاد. كما تم التأكيد على أهمية زيادة الإنفاق في هذين القطاعين لتحقيق أهداف الأجندة 2030 للتعليم وإعلان أبوجا للصحة. ، وتم العثور على أن الاستثمارات في التعليم والصحة تساهم بشكل ملموس في تحسين المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية للبلاد.

1-5. دراسة حول: "تأثير الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي على التنمية البشرية في الجزائر"¹

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل تأثير الإنفاق الحكومي والصحي الخاص والنمو الاقتصادي على مؤشر التنمية البشرية (HDI) في الجزائر خلال الفترة بين 2003 و 2020 باستخدام طريقة المربعات الصغرى.

أظهرت النتائج أن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير غير معنوي على التنمية البشرية، وهو ما يعود إلى الميزانيات المنخفضة التي أنفقتها الحكومة الجزائرية على قطاع الصحة خلال تلك الفترة. وفي المقابل وجد أن الإنفاق الصحي الخاص له تأثير إيجابي ومعنوي على التنمية البشرية، مما يشير إلى أهمية الإنفاق الخاص في تحسين مستوى التنمية البشرية. بينت نتائج الدراسة أن النمو الاقتصادي يحرز أثرا إيجابيا ذا دلالة إحصائية على التنمية البشرية في الجزائر، حيث يؤدي ارتفاع النمو الاقتصادي إلى تعزيز مؤشر التنمية البشرية بالبلاد.

1-6. دراسة حول: "العلاقة بين التنمية البشرية والإنفاق على الصحة"²

تسعى هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين التنمية البشرية ومستوى الإنفاق على الصحة في 25 دولة من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) باستخدام بيانات من الفترة بين 2003 و 2019. تم تضمين دليل التنمية البشرية (HDI) كمتغير تابع لتمثيل التنمية البشرية، بينما تم تضمين الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) والإنفاق الطوعي على الصحة من الأسر (VHE) كمتغيرات مستقلة.

أظهرت النتائج علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق على الصحة والتنمية البشرية، حيث تم العثور على أن زيادة وحدة واحدة في الإنفاق الحكومي على الصحة يزيد قيمة مؤشر التنمية البشرية بمقدار 0.11 وحدة، بينما زيادة وحدة واحدة في الإنفاق الطوعي على الصحة تزيد القيمة بمقدار 0.03 وحدة. ومن ثم

¹ Yousfi, I. (2023). The impact of health expenditure and economic growth on human development in Algeria: An empirical study (2003-2020). *Human Resources Journal*, 18, 718-740.

² Ataklı-Yavuz, R., & Yılmaztürk, R. G. (2023). The relationship between human development and health expenditures: Evidence from the Driscoll-Kraay estimator. *Journal of Management and Economics Research*, 21(3), 163-175.

خلصت الدراسة إلى أن زيادة الاستثمارات في قطاع الصحة، سواء من قبل الحكومات أو الأسر، يسهم في دعم التنمية البشرية في هذه الدول.

1-7. دراسة حول: "العلاقة بين الإنفاق على الصحة ومؤشر التنمية البشرية"¹

قامت هذه الدراسة بتحليل العلاقة بين الإنفاق على الصحة كمؤشر من الناتج المحلي الإجمالي ومؤشر التنمية البشرية (HDI) باستخدام بيانات البانل من 25 دولة في منطقة جنوب غرب آسيا خلال الفترة من 2000 إلى 2008. تم استخدام طريقة الانحدار في بيانات اللوحة (Panel Data Regression) في برنامج Stata لتحليل هذه البيانات.

أظهرت النتائج أن زيادة الإنفاق على الصحة كان مرتبطاً بشكل إيجابي مع زيادة في مؤشر التنمية البشرية. حققت الدول التي أنفقت بشكل أكبر على الصحة مؤشرات تنمية بشرية أعلى، في حين أن الدول ذات الإنفاق المنخفض على الصحة كانت تتمتع بمؤشرات تنمية بشرية منخفضة. على سبيل المثال، كانت إسرائيل من أعلى الدول في الإنفاق على الصحة، تليها الإمارات وقطر، بينما كانت أفغانستان من أقل الدول في الإنفاق على الصحة.

2. دراسات تناولت العلاقة بين الانفاق العام على الصحة والعمر المتوقع عند الميلاد (دليل الصحة)

2-1. دراسة حول: "دور الإنفاق الحكومي على الصحة في تعزيز النمو الاقتصادي: دليل

من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)"²

تناولت هذه الدراسة تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة والعمر المتوقع على النمو الاقتصادي في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) بين عامي 2000 و2021. اعتمدت الدراسة على تحليل بيانات البانل لدراسة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والعمر المتوقع باعتبارهما من العوامل المؤثرة على الأداء الاقتصادي.

¹ Mirahsani, Z. (2016). *The relationship between health expenditures and human development index*. Journal of Research & Health, 6(3), 373-377.

² Abas, N. K. H., Borhan, N. A., Muda, R., & Zakaria, Y. (2024). The role of government health expenditure in driving economic growth: Evidence from OECD countries. *Information Management and Business Review*, 16(3S), 736-749.

أظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي على المدى القصير حيث يشير إلى أن الإنفاق الصحي قد يؤدي إلى زيادة الضغوط المالية التي تؤثر سلباً على النمو الاقتصادي. كما تبين أن العمر المتوقع له تأثير سلبي على النمو الاقتصادي، حيث يمكن أن يؤدي إلى زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية والأعباء المالية لاسيما في ظل تزايد نسبة كبار السن. كما أوضحت الدراسة أن تأثير متوسط العمر المتوقع على تعديل العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي كان ضعيفاً.

2-2. دراسة حول: "الإنفاق الصحي وأثره على الأداء الاقتصادي والعمر المتوقع: دراسة مقارنة بين الهند والولايات المتحدة"¹

هدفت هذه الدراسة إلى تقديم مقارنة بين الإنفاق الصحي الحكومي في كل من الهند والولايات المتحدة وأثره على إجمالي الناتج المحلي (GDP) والعمر المتوقع في. استخدم الباحث بيانات من البنك الدولي للفترة بين 2010 و2019 لتحليل الإنفاق الصحي وتأثيره على المؤشرات الاقتصادية.

أوضحت النتائج أن وجود ارتباط وثيق بين الإنفاق الصحي وبعض المؤشرات الاقتصادية مثل إجمالي الناتج المحلي. كما تم إجراء اختبار t² للتحقق من الفرق الكبير في الإنفاق بين الهند والولايات المتحدة، حيث تبين أن الإنفاق الصحي في الولايات المتحدة أكبر بكثير مقارنة بالهند. استخدم الباحث أيضاً نموذج الانحدار المتعدد لدراسة أثر كل من الإنفاق الصحي والناتج المحلي الإجمالي على متوسط العمر المتوقع في كل من الهند والولايات المتحدة.

2-3. دراسة حول: "العمر المتوقع، الإنفاق الصحي العام والنمو الاقتصادي في نيجيريا"²

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار العلاقة بين كل من العمر المتوقع، الإنفاق الصحي العام والنمو الاقتصادي في نيجيريا خلال الفترة (1995-2017). تم استخدام بيانات من البنك الدولي، مع تطبيق تحليل الانحدار العادي (OLS) واختبار العلاقة باستخدام "جراجر" لتحديد اتجاه العلاقة بين هذه المتغيرات. أوضحت النتائج أن لكل

¹ Takkella, P. (2023). Health care expenditure and its impact on economic performance and life expectancy: A comparative study between India & USA. *International Journal of Social Sciences & Economic Environment*, 8(1), 1-11.

² Ibikunle, J. A. (2019). Life expectancy, public health spending, and economic growth in Nigeria. *Social Sciences*, 8(6), 369-376.

من الإنفاق الحكومي على الصحة والعمر المتوقع تأثير إيجابي على إجمالي الناتج المحلي (GDP) في دولة نيجيريا. كما أظهرت وجود علاقة أحادية الاتجاه بين الناتج المحلي الإجمالي والعمر المتوقع، حيث يتسبب النمو الاقتصادي في تحسين العمر المتوقع، بينما لم توجد علاقة عكسية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي. بالإضافة إلى وجود علاقة سببية تبادلية في الاتجاهين بين الإنفاق الصحي والعمر المتوقع.

2-4. دراسة حول: "العلاقة بين العمر المتوقع عند الميلاد والإنفاق الصحي: تحليل عبر

البلدان وفترات زمنية"¹

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي والعمر المتوقع عند الميلاد من خلال تحليل بيانات 175 دولة في العالم خلال الفترة من 1995 إلى 2010. تم استخدام نموذج بيانات البانل لاختبار العلاقة بين الإنفاق على الصحة ومتوسط العمر المتوقع.

أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ومعنوية بين الإنفاق الصحي والعمر المتوقع عند الميلاد، حيث تزداد التوقعات العمرية مع زيادة الإنفاق على الصحة في معظم الدول. تم تجميع الدول إلى مجموعات وفقاً لمستوى الدخل والموقع الجغرافي، وكانت النتائج أكثر وضوحاً في البلدان ذات الدخل المتوسط والمرتفع. كما أظهرت الدراسة اختلافات كبيرة بين الدول، خاصة بين الدول المتقدمة والنامية، حيث كان الإنفاق على الصحة أعلى في الدول المتقدمة، مما ساهم في زيادة العمر المتوقع.

3. دراسات تناولت العلاقة بين الانفاق العام على الصحة ودليل التعليم:

3-1. دراسة حول: "تأثير الإنفاق الصحي على نتائج التعليم في إندونيسيا الشرقية"²

تناولت هذه الدراسة تأثير الإنفاق على التعليم والصحة، بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل اللامركزية المالية والناتج المحلي الإجمالي للفرد، على نتائج التعليم في 16 محافظة من إندونيسيا الشرقية خلال الفترة من 2011 إلى 2020. استخدمت الدراسة نموذج المعادلات الهيكلية (SEM) لتحليل البيانات الثانوية.

¹ Jaba, E., Balan, C. B., & Robu, I. B. (2014). The relationship between life expectancy at birth and health expenditures estimated by a cross-country and time-series analysis. *Procedia Economics and Finance*, 15, 108-114.

² Rahman, A., Nursini, N., Razak, A. R., & Iswanto, A. A. (2021). Education outcome in Eastern Indonesia through education expenditure. *Community Empowerment in Tourism & Creative Economy*, 3(1), 321-331.

أظهرت النتائج أن الإنفاق على التعليم له تأثير إيجابي ومباشر على نتائج التعليم، بما في ذلك معدلات الالتحاق بالمدارس في جميع المستويات التعليمية، مدة التعليم المتوقعة، ومتوسط سنوات التعليم. كما تبين أن الإنفاق على الصحة له تأثير إيجابي على نتائج التعليم، حيث يعزز الإنفاق الصحي من قدرة الأطفال على المشاركة في التعليم. إلا أن النتائج أظهرت أن تأثير الإنفاق الصحي على التعليم كان أكثر وضوحاً في تحسين معدلات الالتحاق بالتعليم الأساسي.

3-2. دراسة حول: "العلاقة السببية بين الإنفاق على التعليم، الصحة والنتائج المحلي الإجمالي: دراسة حالة بنغلاديش"¹

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة السببية بين الإنفاق على التعليم والصحة والنتائج المحلي الإجمالي في بنغلاديش خلال الفترة (1990-2009). استخدم الباحثون النموذج الموسع لـ "معدل النمو سولو" بما في ذلك الإنفاق على التعليم والصحة كاستثمار في رأس المال البشري والصحي.

بينت نتائج الدراسة أن الإنفاق على الصحة والتعليم يمتلك أثر إيجابي على النمو الاقتصادي. كما أن هناك علاقة سببية تبادلية بين الإنفاق على التعليم والنتائج المحلي الإجمالي، إضافة إلى وجود علاقة سببية من الإنفاق على الصحة باتجاه النتائج المحلي الإجمالي. كما أظهرت الدراسة أن الإنفاق على التعليم يساهم في تعزيز النمو الاقتصادي، بينما يعد الإنفاق على الصحة عامل داعم لتحسين أداء الاقتصاد على المدى الطويل.

4. دراسات تناولت العلاقة بين الانفاق العام على الصحة ودليل الدخل

4-1. دراسة حول: "العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في الجزائر: اختبار التكامل المشترك"²

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة من 1974 إلى 2014 باستخدام بيانات سنوية. تعتمد الدراسة على إطار عمل التكامل السببي باستخدام اختبار التكامل وإطار نموذج تصحيح الأخطاء (ECM).

¹ Rahman, M. M. (2011). Causal Relationship among Education Expenditure, Health Expenditure and GDP: A Case Study for Bangladesh. *International Journal of Economics and Finance*, 3(3), 149-158.

² Boussalem, F., Boussalem, Z., & Taiba, A. (2014). The Relationship between public spending on health and economic growth in Algeria: Testing for Co-integration and Causality. *International Journal of Business and Management*, 2(3), 25-39.

بينت النتائج وجود علاقة سببية طويلة الأجل تمتد من الإنفاق على الصحة إلى النمو الاقتصادي، في حين لم يلاحظ أي دليل على وجود علاقة سببية قصيرة الأجل من الإنفاق الصحي باتجاه النمو الاقتصادي. تشير الدراسة إلى أن عدم وجود ارتباط قوي بين الإنفاق على الصحة والنمو الاقتصادي ليس بالضرورة سببا لإعادة تخصيص الاستثمارات الصحية بعيدا عن القطاع الصحي، حيث يمكن لتحسين الوضع الصحي أن يكون ذو قيمة حتى وإن كانت له تأثيرات محدودة على النمو الاقتصادي.

2-4. دراسة حول: "دور الإنفاق الحكومي على الصحة في تعزيز النمو الاقتصادي: الأدلة من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية"¹

تناولت هذه الدراسة تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة في تعزيز النمو الاقتصادي في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) بين عامي 2000 و 2021. استخدمت الدراسة نماذج تحليل بيانات اللوحة (POLs, FEM, REM) ونماذج GMM الديناميكية لدراسة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي، مع فحص دور متوسط العمر المتوقع كعامل معتدل في هذه العلاقة.

بينت النتائج أن الإنفاق الحكومي على الصحة يؤثر سلبا على النمو الاقتصادي في الأجل القصير. كما أوضحت وجود علاقة عكسية بين متوسط العمر المتوقع والنمو الاقتصادي، حيث أن ارتفاع متوسط العمر المتوقع قد يؤدي إلى زيادة التكاليف والنفقات على الصحة. ومع ذلك، لم يتم إثبات أن متوسط العمر المتوقع له تأثيرا معتدلا ذا دلالة إحصائية على العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي. تؤكد الدراسة على أهمية التمييز بين التأثيرات الاقتصادية قصيرة وطويلة الأجل للإنفاق الصحي.

3-4. دراسة حول: "العلاقة بين مؤشرات الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)"²

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين مؤشرات الإنفاق الصحي ومعدلات النمو الاقتصادي في 21 دولة من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) خلال الفترة (1990-2019). تعتمد

¹ Abas, N. K. H., Borhan, N. A., Muda, R., & Zakaria, Y. (2024). The role of government health expenditure in driving economic growth: Evidence from OECD countries. *Information Management and Business Review*, 16(3), 736-749.

² Beylik, U., Cirakli, U., Cetin, M., Ecevit, E., & Senol, O. (2022). The relationship between health expenditure indicators and economic growth in OECD countries: A Driscoll-Kraay approach. *Frontiers in Public Health*, 10, 1050550.

الدراسة على منهجية Driscoll-Kraay في تقدير الأخطاء القياسية ضمن تحليل بيانات البانل. تم استخدام الناتج المحلي الإجمالي والدخل الفردي كمؤشرات للنمو الاقتصادي، بينما تم تحليل الإنفاق الصحي كمتغيرات مستقلة مثل الإنفاق الصحي لكل فرد، الإنفاق الحكومي على الصحة، الإنفاق الصحي الخاص، ونسبة الإنفاق على الأدوية من الناتج المحلي الإجمالي.

أظهرت النتائج أن جميع مؤشرات الإنفاق الصحي كانت مرتبطة بشكل إيجابي مع النمو الاقتصادي في النموذج الذي استخدم الناتج المحلي الإجمالي كمتغير تابع. في النموذج الثاني الذي استخدم الدخل الفردي كمتغير تابع، تبين أن زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة يساهم في زيادة الدخل الفردي، في حين أن زيادة الإنفاق الصحي الخاص ترتبط بانخفاض الدخل للفرد. وتشدد الدراسة على أهمية توجيه الموارد العامة نحو قطاع الصحة، لما لذلك من أثر إيجابي في دعم النمو الاقتصادي المستدام على المدى البعيد.

4-4. دراسة حول: "تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة على النمو الاقتصادي في

الصين"¹

تناولت هذه الدراسة تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة في الصين على النمو الاقتصادي باستخدام بيانات سنوية من 30 منطقة إقليمية بين عامي 2011 و2020. استندت الدراسة إلى نموذج الإنتاج كوب-دوغلاس وطبقت نموذج التأثير الثابت الثنائي باستخدام بيانات اللوحة.

أوضحت نتائج الدراسة أن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير إيجابي كبير على النمو الاقتصادي، حيث أن التأثير يتم من خلال زيادة استهلاك الأسر. كما أظهرت الدراسة أن التأثيرات الإيجابية كانت أكثر وضوحاً في المناطق ذات التنمية الاقتصادية المرتفعة، في حين كانت التأثيرات أقل وضوحاً في المناطق ذات المستوى التنموي المنخفض. تشير الدراسة إلى ضرورة تحسين السياسات الصحية العامة وتحقيق التوازن بين الإنفاق على الصحة والاحتياجات التنموية الاقتصادية المحلية.

¹ Wu, H. (2023). The impact of government health expenditure on economic growth. *BCP Business & Management EMEHSS*, 49, 462-475.

4-5. دراسة حول: "تحديد العلاقة السببية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي: تطبيق على دول E7"¹

تسعى هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة السببية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في مجموعة الدول الناشئة، حيث تم تقييم دول E7 التي تشمل كلا من البرازيل، الصين، الهند، إندونيسيا، المكسيك، روسيا وتركيا. باستخدام طريقة التحليل المشترك للبيانات Panel Cointegration Method وتحليل العلية باستخدام طريقة Dumitrescu-Hurlin تم استخدام البيانات السنوية بين عامي 1996 و2016.

أظهرت نتائج اختبار Pedroni panel cointegration وجود علاقة طويلة الأجل بين النمو الاقتصادي والإنفاق الصحي الإجمالي والإنفاق الحكومي على الصحة. بينما لم تظهر النتائج علاقة طويلة المدى بين الإنفاق الصحي الخاص والنمو الاقتصادي. أما فيما يتعلق بنتائج اختبار السببية باستخدام منهج Dumitrescu Hurlin، فقد تبين غياب علاقة سببية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي. مع ذلك كشفت النتائج أن النمو الاقتصادي يشكل المحرك الأساسي لزيادة كل من الإنفاق الصحي الإجمالي، والحكومي والخاص.

5. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في عدة جوانب هامة. أولاً، تركز هذه الدراسة على الجزائر خلال الفترة الزمنية من 2000 إلى 2022، مما يوفر تحديثاً زمنياً مهماً لم يتم استكشافه في العديد من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقات بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية في دول أخرى. كما تتميز الدراسة بتطبيق متقدم لتحليل السببية وتحليل الوساطة، مما يعزز من فهم الآليات غير المباشرة التي يؤثر من خلالها الإنفاق الصحي على مؤشرات التنمية البشرية مثل العمر المتوقع والتعليم. هذا النوع من التحليل لم يتم التطرق إليه بشكل كامل في الأدبيات السابقة التي كانت تركز في الغالب على التأثيرات المباشرة للإنفاق الحكومي على الصحة. بالإضافة إلى أن هذه الدراسة تعطي أهمية أكبر للجزائر من خلال دراسة السببية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي، وتقديم رؤى حول العلاقة بين النمو الاقتصادي والقدرة على تخصيص المزيد من الموارد الصحية.

¹ Dinçer, H., & Yüksel, S. (2019). Identifying the causality relationship between health expenditure and economic growth: An application on E7 countries. *Journal of Health Systems and Policies*, 1, 6-21.

بينما تناولت الدراسات السابقة الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في دول أخرى أو باستخدام منهجيات تقليدية، فإن هذه الدراسة تقدم قيمة كبيرة من خلال استخدام نموذج تحليل الوساطة لفهم العلاقة بين هذه المتغيرات بطريقة أعمق وأكثر دقة. وبالتالي تساهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات المتعلقة بالعلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية البشرية في الجزائر، مقدمة نظرة شاملة حول كيفية تأثير الإنفاق الصحي على مختلف جوانب التنمية البشرية بما في ذلك الصحة والتعليم والدخل، مما يشكل إضافة هامة مقارنة بالدراسات السابقة.

خامسا. إشكالية الدراسة

يعتبر الإنفاق العام على الصحة أحد المحاور الأساسية التي تؤثر في رفاه الأفراد وتساهم في تحقيق التنمية البشرية المستدامة. ومع تزايد التحديات الصحية والاقتصادية في الدول النامية، يظل التساؤل الأبرز هو: هل يمكن للإنفاق العام على الصحة أن يكون محركا رئيسيا لتحقيق التنمية البشرية المستدامة؟ وبذلك فإن تأثير الإنفاق العام الصحي على مؤشرات التنمية البشرية يشكل قضية محورية لفهم العلاقة بين النفقات الصحية والنمو الاجتماعي والاقتصادي.

على الرغم من تخصيص مبالغ ضخمة في العديد من الدول النامية لتحسين الخدمات الصحية، إلا أن تأثير هذه الاستثمارات على مؤشرات التنمية البشرية، مثل التعليم والدخل ورفاهية الأفراد، يظل غير واضح في كثير من الأحيان. فبينما تشير الأدبيات إلى أن استثمار الموارد في القطاع الصحي يمكن أن يعزز الإنتاجية ويساهم في تقليص معدلات الفقر وتحسين الحياة الاجتماعية، يظل السؤال قائما: هل يتم توجيه هذه الموارد بفعالية لتحقيق أهداف الألفية وأهداف التنمية المستدامة (SDGs) في هذه الدول؟

يشكل قطاع الصحة في الدول النامية تحديا أساسيا، حيث يعاني من نقص في الكفاءة والفعالية بالرغم من المحاولات المستمرة لتخصيص موارد كبيرة لهذا القطاع. في الجزائر، ومنذ الستينيات إلى غاية اليوم، شهدت الحكومة العديد من المحاولات الجادة لإصلاح هذا القطاع عبر مختلف المخططات التنموية. إلا أن هذه الجهود-رغم تخصيصها مبالغ ضخمة-لم تحقق النتائج المرجوة في تحسين نوعية الخدمات الصحية، بل كانت هناك مشاكل متزايدة في الهياكل الصحية بسبب ضعف التسيير المالي والإداري، مما أظهر الحاجة لإصلاح هيكلي حقيقي في هذا القطاع.

يعاني القطاع الصحي في الجزائر من تحديات هائلة تؤثر بشكل مباشر على التنمية البشرية. تتشكل هنا "حلقة مفرغة" تعيد إنتاج المرض، حيث يبدأ انخفاض مستوى الصحة العامة بتقليص القدرة على العمل، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى الإنتاجية في المجتمع. هذا الانخفاض في الإنتاجية يترجم بدوره إلى تراجع في مستوى الدخل الحقيقي للأفراد، مما يؤدي إلى سوء التغذية وضعف الصحة العامة، ليعود هذا الوضع ليؤثر سلبا على صحة الأفراد في دائرة مغلقة. وفقا لذلك يصبح الإنفاق العام على الصحة أمرا حيويا في كسر هذه الحلقة المفرغة وزيادة الإنفاق الصحي ليست مجرد زيادة في الموارد المالية، بل هي استثمار في تحسين الحالة الصحية التي بدورها تعزز القدرة على العمل، ترفع الإنتاجية، وتحسن الدخل الحقيقي، مما يساهم في تحقيق التنمية البشرية المستدامة.

تعد الصحة حجر الزاوية لأي خطة تنموية، حيث لا يمكن تحقيق تقدم اقتصادي أو اجتماعي دون ضمان صحة الأفراد، والتي تمثل المدخل الأساسي لتحقيق التنمية البشرية مما يضعها في موقع محوري ضمن استراتيجيات التنمية الوطنية. ومع أن الجزائر قد بذلت جهودا كبيرة في رفع الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية في السنوات الأخيرة، إلا أن هناك فجوة واضحة بين هذا الإنفاق والمستوى المطلوب لتحسين الخدمات الصحية بشكل يتناسب مع تلبية احتياجات المواطنين. فعلى الرغم من النمو الكبير في معدلات الإنفاق الصحي، إلا أن المواطن الجزائري لا يزال يعاني من انخفاض في مستوى رضاه عن الرعاية الصحية نتيجة للضغوط التي تواجهها المنشآت الصحية الحكومية، بسبب زيادة عدد السكان وقلة الإمكانيات البشرية والبنية التحتية، وهو ما يؤثر سلبا على كفاءة وجودة الخدمات المقدمة.

في المقابل يعاني السكان أيضا من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية في القطاع الخاص، وضعف الجودة في معظم المؤسسات الخاصة، مع انتشار ظواهر مثل الابتزاز والأخطاء الطبية، مما يزيد من حدة الأزمة الصحية. وهذا يستدعي تغييرات هيكلية جذرية في تنظيم القطاع الصحي، بما في ذلك تعزيز الرقابة والمساءلة، وتحسين معايير الجودة وتدريب العاملين في القطاعين العام والخاص. إن هذه التحديات الصحية تعيد طرح التساؤل حول مدى قدرة الإنفاق الحكومي على الصحة في الجزائر على تحسين مؤشرات التنمية البشرية.

يعد تمويل الإنفاق الصحي أحد التحديات الجوهرية التي تواجه الجزائر، إذ يتطلب تحقيق نظام صحي ناجح وفعال استثمارا مستمرا في الموارد المالية والبشرية، بالإضافة إلى تحسين الكفاءة في توزيع هذه الموارد. ورغم أن الجزائر قد بذلت جهودا كبيرة في سبيل تطوير وإصلاح نظامها، إلا أنه لا يزال يعاني من العديد من التحديات

المتعلقة بتمويله. فعلى الرغم من زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة، إلا أن هناك قلقاً من أن هذا الإنفاق لا يزال غير كافٍ لتلبية احتياجات السكان المتزايدة.

يعتبر الإنفاق العام على الصحة أحد أهم محركات التنمية البشرية، خاصة في الدول النامية التي تسعى لتحقيق أهداف التنمية المستدامة 2030. تواجه السياسة الصحية في الجزائر تحديات متعددة الأبعاد تتطلب دراسة علمية معمقة لفهم العلاقة بين الاستثمار الصحي والتنمية البشرية. وبذلك تتمحور الإشكالية الرئيسية للبحث في التساؤل الموالي:

إلى أي مدى يساهم الإنفاق العام على الصحة في تعزيز التنمية البشرية وتحقيق أهداف الألفية والتنمية المستدامة في الجزائر، وهل يمكن تحسين فعالية هذا الإنفاق لضمان تحقيق أهداف التنمية المستدامة 2030؟

من خلال هذه الإشكالية والتي تستند إلى نظريات رأس المال البشري ونظريات النمو الداخلي التي تؤكد على أهمية الاستثمار في الصحة كمحرك للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. يسعى البحث إلى تحليل العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتنمية البشرية، ودراسة أثر هذا الإنفاق في تحقيق أهداف الألفية (أهداف التنمية لعام 2015) وأهداف التنمية المستدامة (SDGs) في الجزائر. يستهدف هذا التساؤل الرئيسي تحليل العلاقة بين مستوى الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وأثره على مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر خلال العقدين الماضيين، مع التركيز على كيفية توجيه هذه الموارد لتحقيق تحسينات ملموسة في مجالات الصحة، التعليم، الدخل.

في محاولة الإجابة على هذا التساؤل الرئيسي، تظهر عدة تساؤلات فرعية، ومن ثم فإن الدراسة الحالية تحاول الإجابة على التساؤلات التالية:

1. ما هي طبيعة العلاقة الموجودة بين الصحة ومؤشرات التنمية البشرية؟
2. إلى أي مدى تؤثر زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة في تحسين مؤشر التنمية البشرية المركب (HDI) في الجزائر، وهل هناك علاقة سببية متبادلة بين الإنفاق العام على الصحة وتحسين مؤشرات التنمية البشرية؟
3. هل تنفق الجزائر المبلغ الملائم على صحة مواطنيها وكيف يتم تمويل هذا الإنفاق؟
4. هل معدلات النمو في الإنفاق الحكومي على الصحة تعكس بالضرورة تنمية حقيقية في قطاع الصحة؟
5. ما هي الآثار الناتجة عن برامج الاستثمار الحكومي في مجال الصحة؟

6. هل حققت الجزائر أهداف الألفية المتعلقة بالصحة، وما هي الإنجازات والتحديات التي واجهتها في هذا المجال، وهل تشكل الأهداف الإنمائية للألفية محطة نهائية لمسار أهداف التنمية الصحية في الجزائر؟
7. ما هو التقدم المحرز في الجزائر في مجال الصحة ضمن أهداف التنمية المستدامة 2030؟

سادسا. فرضيات الدراسة: للإجابة على التساؤل الرئيسي للدراسة والتساؤلات الفرعية، سيتم تبني الفرضيات التالية:

1. العلاقة بين الصحة والتنمية البشرية هي علاقة متبادلة؛ فحيث أن تحقيق التنمية البشرية يؤدي إلى تحسين الأوضاع الصحية فإن الصحة الأفضل تساهم في التنمية البشرية.
2. هناك علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية المركب (HDI) في الجزائر، حيث يتوقع أن يؤدي ارتفاع الإنفاق على الصحة إلى تحسين التنمية البشرية بشكل عام. كما يحتمل أن يكون هناك تأثير سبي متبادل، إذ أن التنمية البشرية قد تؤدي بدورها إلى زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة.
- 1-2. زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة يرتبط بتحسين ملحوظ في مؤشرات الصحة، وخصوصا في رفع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد، مما يعكس تحسن جودة الصحة العامة للسكان.
- 2-2. يؤثر الإنفاق الحكومي على الصحة إيجابيا وبشكل غير مباشر على مؤشر التعليم، حيث يساهم في تحسين الحالة الصحية للسكان في تعزيز القدرة على التعلم وزيادة معدلات الالتحاق والاستمرارية في الدراسة.
- 2-3. يساهم الإنفاق الحكومي على الصحة في تعزيز الدخل الفردي والنمو الاقتصادي على المدى الطويل، من خلال تحسين إنتاجية القوى العاملة وصحتها. كما أن هناك علاقة سببية متبادلة، حيث يساهم النمو الاقتصادي في تعزيز الإمكانيات المتاحة لتخصيص موارد أكبر لقطاع الصحة.
3. رغم زيادة الإنفاق العام على الصحة في الجزائر في السنوات الأخيرة، إلا أن المبالغ المخصصة لا تزال غير كافية مقارنة مع احتياجات القطاع الصحي، ويعتمد تمويل هذا الإنفاق بشكل رئيسي على الميزانية العامة مع ضعف مشاركة القطاع الخاص.

4. لا تعكس معدلات النمو في الإنفاق الحكومي على الصحة بالضرورة تنمية حقيقية في القطاع، حيث أن هيكل الإنفاق وجودته لا تواكب الاحتياجات الصحية الفعلية، مما يعني أن زيادة الإنفاق لم تؤدي إلى تحسن ملموس في نتائج الرعاية الصحية.
5. برامج الاستثمار الحكومي في الصحة قد ساهمت في تحسين البنية التحتية الصحية وزيادة الوصول إلى الخدمات الصحية، لكنها تواجه تحديات في ضمان الجودة وفاعلية توزيع الموارد، مما يحد من تأثيرها الإيجابي.
6. حققت الجزائر بعض الإنجازات في إطار أهداف الألفية في مجال الصحة، مثل تقليص معدلات وفيات الأطفال وتحسين الرعاية الصحية، لكنها تواجه تحديات مستمرة، كما أن أهداف الألفية لا تمثل نقطة النهاية، بل ينبغي العمل على تحقيق أهداف التنمية المستدامة في الصحة.
7. أحرزت الجزائر تقدم ملحوظ في تحسين بعض مؤشرات الصحة ضمن أهداف التنمية المستدامة، حيث من المتوقع أن يساهم هذا التقدم في تحقيق الهدف الثالث بحلول 2030، رغم وجود العديد من التحديات التي قد تؤثر على تسارع هذا التحسن.

سابعاً. منهجية الدراسة: من أجل الإجابة على الأسئلة المطروحة وتحليل الإشكالية الرئيسية بشكل شامل تعتمد هذه الدراسة على مجموعة من المناهج والأساليب البحثية التي تتماشى مع طبيعة الموضوع وتساهم في اختبار صحة الفرضيات المتبناة. تتضمن منهجية الدراسة ما يلي:

➤ استخدام المنهج التاريخي لدراسة تطور النظام الصحي في الجزائر عبر الزمن. سيمكن هذا المنهج من فهم كيفية تطور السياسات الصحية في الجزائر وتحديد أثر الإنفاق على الصحة على مؤشرات التنمية البشرية على مدار العقود الماضية. من خلال هذا التحليل التاريخي يمكن تتبع تأثير التغيرات في السياسات الاقتصادية والاجتماعية على النظام الصحي، بما في ذلك التحديات الكبيرة مثل أزمة كوفيد-19. كما سيساعد المنهج التاريخي في تحليل كيفية استجابة الحكومة والقطاع الصحي لهذه التحديات ومدى تأثير ذلك على تحسين مستوى الصحة والتنمية البشرية في الجزائر.

➤ استخدام المنهج الوصفي التحليلي لدراسة وتحليل البيانات والأرقام والمؤشرات المتعلقة بالإنفاق الصحي والتنمية البشرية في الجزائر. سيساهم هذا المنهج في طرح القضية العامة بشكل نظري وتحليل فعالية الإنفاق العام على الصحة، مع التركيز على العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية. سيتم استخدام الجداول والأرقام والمؤشرات لدراسة الاتجاهات المتعلقة بهذا المجال، مما يمكننا من

تقديم تحليل دقيق لمدى تأثير الإنفاق على الصحة في تحسين المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر.

➤ تعتمد الدراسة على المنهج القياسي لفحص العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر. سيتضمن ذلك استخدام التحليل الزمني، حيث سيتم تحليل السلاسل الزمنية الخاصة بالإنفاق الحكومي على الصحة والمقارنة مع مؤشرات التنمية البشرية على مر السنوات. بالإضافة إلى ذلك سيتم اعتماد اختبار جرانجر للسببية (Granger Causality Test) لتحليل اتجاه العلاقة السببية بين المتغيرات الاقتصادية. يساعد هذا الاختبار في تحديد أي من المتغيرين، الإنفاق العام الصحي أو التنمية البشرية، يسبب التغير في الآخر. نظرا للارتباط القوي بين الصحة والتنمية البشرية على المدى الطويل، فإن هذا الاختبار سيكون أداة أساسية في فحص العلاقة بين المتغيرات.

➤ تتم عملية جمع المعلومات من خلال أسلوب المسح المكتبي، حيث سيعتمد الباحث على المراجع والبحوث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث. تم الرجوع إلى مجموعة متنوعة من المصادر بما في ذلك:

- الدراسات البحثية المنشورة في الدوريات العلمية المتخصصة.
- البحوث العلمية المقدمة في رسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراه التي تناولت هذا الموضوع بشكل مباشر.
- الأوراق البحثية المقدمة في الملتقيات العلمية.
- الدراسات والأبحاث المتوفرة على شبكة الإنترنت التي تعنى بالإنفاق الصحي والتنمية البشرية.

وبذلك فمن خلال المنهج التاريخي، المنهج الوصفي التحليلي، المنهج القياسي، وأسلوب المسح المكتبي سيتيح لنا هذا البحث تحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية البشرية في الجزائر.

ثامنا. محتويات الدراسة: لتحقيق أهداف البحث، والإجابة عن الإشكالية الرئيسية والتساؤلات التي أثارها فيما سبق وإثبات مدى صحة الفرضيات المقدمة، وتحليلها، ارتأينا تقسيم البحث إلى أربع فصول مترابطة على النحو التالي:

يتمحور الفصل الأول من الدراسة حول موضوع "الإنفاق العام على الصحة كقاطرة لدعم وتمويل النظم الصحية"، ويهدف إلى تقديم تحليل شامل لأسواق الخدمات الصحية من الناحية الاقتصادية، ثم التطرق إلى تطور النظم الصحية وآليات تمويلها، وصولاً إلى تحليل كفاءة وفعالية الإنفاق العام على الصحة. يتناول الفصل ثلاثة مباحث رئيسية، كل مبحث يتضمن عدة مطالب وفروع

يتناول المبحث الأول التحليل الاقتصادي في أسواق الخدمات الصحية، هذا المبحث يبدأ بتعريف أساسيات اقتصاد الصحة والخدمات الصحية من خلال تقديم فروق أساسية بين هذين المجالين، حيث يتم توضيح التباين بين اقتصاد الصحة واقتصاديات الخدمات الصحية. ثم عرض المفاهيم الأساسية مثل الصحة، الرعاية الصحية، والخدمات الصحية، بالإضافة إلى تحديد الأنواع المختلفة من الخدمات الصحية. يختتم هذا المطلب بعرض الخصائص الاقتصادية لهذه الخدمات، مع تقديم معايير الإنتاج التي تحدد كيفية تقديمها. في المطلب الثاني من المبحث ذاته، سنتناول تحليل أسواق الخدمات الصحية بشكل موسع، بدءاً من تحليل الطلب والعرض في هذه الأسواق، وصولاً إلى دراسة هيكل هذه الأسواق ومعرفة مكوناتها الاقتصادية والوظيفية. أما المطلب الثالث فسيتم فيه التطرق إلى التدخل الحكومي في أسواق الخدمات الصحية، حيث سيتم تناول إخفاق آلية السوق في توفير الخدمات الصحية بشكل عادل، ومن ثم التطرق إلى مبررات تدخل الحكومة في هذه الأسواق، وأنواع التدخلات الحكومية المختلفة التي تضمن توفير هذه الخدمات للمواطنين.

في المبحث الثاني، يتم الانتقال إلى تطور النظم الصحية وآليات تمويلها سيتم التعرف على مفهوم النظم الصحية وأهدافها ووظائفها. ثم يتم عرض أنماط تمويل النظم الصحية على مستوى العالم، بدءاً من استعراض مصادر التمويل وصولاً إلى دراسة نماذج متنوعة لتمويل النظم الصحية في دول مختلفة.

أما من خلال المبحث الثالث سيتم تحليل كفاءة الإنفاق العام على الصحة، يبدأ هذا المبحث بمراجعة تحليلية لظاهرة تزايد الإنفاق العام على الصحة، من خلال التعرف على مكوناته المختلفة وكيف يساهم هذا الإنفاق في تحسين الخدمات الصحية، بالإضافة إلى تسليط الضوء على العوامل المؤدية إلى الزيادة المستمرة لهذا الإنفاق. كما سيتم مناقشة موضوع الحجم الأمثل للإنفاق العام على الصحة من خلال دراسة كيفية تحديد مستويات الإنفاق التي تضمن تحقيق أقصى فعالية دون تبديد الموارد. المطلب الثاني في هذا المبحث يتناول التباين في الإنفاق العام الصحي على مستوى العالم وتأثيرات جائحة كوفيد-19 على هذا الإنفاق، حيث يعرض

التحليل المقارن لمؤشرات الإنفاق على الصحة عالمياً، مع تناول تداعيات جائحة كوفيد-19 على تخصيص الموارد الصحية عالمياً. المطلب الثالث سيتم من خلاله تناول مؤشرات قياس كفاءة الإنفاق العام على الصحة، أين سيتم نوضح الفرق بين كفاءة وفعالية الإنفاق، ثم تقديم مؤشرات قياس كفاءة الإنفاق مع تحليل العوامل التي تؤثر عليها. إضافة إلى عرض التحديات التي تواجه الدول النامية، ويختتم هذا المبحث باستراتيجيات تعزيز كفاءة الإنفاق الحكومي في قطاع الصحة، بما يساعد في تحقيق أقصى استفادة من الموارد المتاحة.

يتناول الفصل الثاني "الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة"، وهو يركز على تحليل الأبعاد التنموية للاستثمار في الصحة، وكيفية تأثيره في تحقيق التنمية البشرية المستدامة. يتوزع هذا الفصل على مبحثين رئيسيين يقدمان صورة شاملة عن دور الصحة في تعزيز التنمية البشرية، وكذلك التمويل اللازم لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في المجال الصحي.

في المبحث الأول من هذا الفصل، سيتم التعمق في مسارات التنمية البشرية: مفاهيم ومقاربات القياس. يبدأ المبحث بتعريف التنمية البشرية من خلال المطلب الأول، حيث سيتم التطرق للتطور التاريخي لهذا المفهوم وتناول مختلف جوانب التنمية البشرية التي تشمل الصحة، التعليم، والدخل. المطلب الثاني سيتناول قياس التنمية البشرية أين سيتم عرض أبعاد دليل التنمية البشرية وتطورات المؤشرات التي تساعد في قياس التقدم في هذا المجال، كما سيتم توضيح الأسس والمنهجيات الخاصة بحساب وتقييم هذه المؤشرات.

أما في المبحث الثاني، فسيتم الانتقال إلى محور تمويل التنمية البشرية لتحقيق الأهداف الصحية ضمن أهداف التنمية البشرية المستدامة، يبدأ هذا المبحث بالأسس النظرية للتنمية البشرية المستدامة في المطلب الأول، مع التركيز على مكونات وجوانب هذه التنمية. كما سيتم التعرف على كيفية قياس التنمية البشرية المستدامة. في المطلب الثاني سيتم التركيز على تمويل التنمية البشرية لتحقيق أهداف الألفية وأهداف التنمية المستدامة في المجال الصحي، أين سيتم عرض تقييم إنجازات الأهداف الصحية العالمية وتقييم التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة لعام 2030 في القطاع الصحي، بالإضافة إلى عرض كيفية تمويل التنمية البشرية المستدامة. المطلب الثالث تم تخصيصه لتحليل تأثير جائحة كورونا على اتجاهات التنمية البشرية عالمياً، حيث سيتم مناقشة كيفية تأثير الجائحة على مؤشرات التنمية البشرية، والتحديات التي واجهتها الدول النامية، وتقديم مقترحات لدول هذه الفئة من أجل استعادة التعافي وتحقيق أهداف التنمية البشرية المستدامة.

الفصل الثالث جاء تحت عنوان "استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي"، وهو يهدف إلى دراسة السياسات الصحية في الجزائر وتقديم تحليل شامل لتمويل النظام الصحي وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. يتضمن هذا الفصل ثلاثة مباحث رئيسية، كل مبحث يعكس جانبا مختلفا من النظام الصحي الجزائري وتحدياته.

في **المبحث الأول**، سيتم التطرق إلى **السياسة الصحية بالجزائر وتحديات الإصلاح**، يتضمن المبحث تحليل لاستراتيجيات السياسة الصحية بالجزائر، حيث سيتم من خلال المطلب الأول تناول أهداف النظام الصحي الجزائري ومركزات السياسة الصحية ومحاورها الأساسية التي تحدد مسار الإصلاحات المستقبلية. في المطلب الثاني سيتم تقديم **التحديات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية**، مع دراسة مراحل تطور السياسة الصحية منذ الاستقلال حتى الوقت الحاضر. كما سيتم تناول أبرز التحديات التي تواجه القطاع الصحي. أما في المطلب الثالث سيتم فيه التطرق إلى **إصلاح النظام الصحي الجزائري وتحديات المستقبل**، حيث سيتم الإشارة إلى المبادئ الأساسية لبرنامج الإصلاح الصحي بالجزائر، وتقديم تقييم حول فعالية الإصلاحات التي تم تنفيذها مع التركيز على التحديات المستقبلية التي قد تواجهها الجزائر في سبيل تحسين نظامها الصحي.

يتناول **المبحث الثاني إشكالية تمويل النظام الصحي الجزائري وتوسيع مظلة التأمين الصحي**. يبدأ المبحث بمراجعة تطور مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري على مر العقود، بدءا من الفترة بين 1963 و 1973 وصولا إلى الفترة الحالية. سيتم في المطلب الأول توضيح كيفية تطور نظام التمويل الصحي من خلال استعراض ثلاث فترات رئيسية في تاريخ الجزائر بعد الاستقلال. المطلب الثاني يركز على **توسيع مظلة التأمين الصحي في الجزائر**، حيث يتم عرض مفهوم التأمين الصحي وتطور نظم التأمين الصحي في الجزائر، بالإضافة إلى التوجهات المستقبلية للتأمين الصحي في البلاد، مع التركيز على تفعيل النهج التعاقدية لضمان تغطية شاملة لجميع المواطنين.

سيتم في **المبحث الثالث** الإشارة إلى **التوجهات الإستراتيجية للنظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي**. يتضمن هذا المبحث دراسة لمكانة الصحة ضمن البرامج التنموية الوطنية الجزائرية خلال الفترة من 2001 إلى 2030. في المطلب الأول سيتم القيام بتقييم دور البرامج التنموية في تمويل الصحة بالجزائر خلال الفترة من 2001 إلى 2019، وكذلك استعراض النموذج الجديد للنمو والتوجهات الإستراتيجية لتطوير النظام الصحي الجزائري من 2016 إلى 2030. في المطلب الثاني سيتم تحليل هيكل وموارد

القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2018، حيث سيتم القيام بتقييم تطوير البنية التحتية للخدمات الصحية وتحليل توزيع الموارد البشرية في النظام الصحي الجزائري. في المطلب الثالث سيتم مناقشة تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي في الجزائر من خلال دراسة الإنجازات التي حققتها الجزائر في هذا المجال، إلى جانب التحديات التي ما زالت قائمة. أين سيتم تحليل مؤشر الأمن الصحي في الجزائر وكيف يمكن تعزيز الأمن الصحي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، مع تقديم استجابة الجزائر لأزمة جائحة كورونا كدراسة حالة.

الفصل الرابع والأخير للدراسة جاء تحت عنوان "دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر " يهدف هذا الفصل إلى تقديم تحليل شامل للإنفاق العام على الصحة في الجزائر ودوره في تعزيز التنمية البشرية. يعتمد الفصل على المنهج التحليلي والقياسي لمقارنة العلاقة بين الإنفاق الصحي والتنمية البشرية في سياق التحديات والإنجازات التي تحققت في الفترة من 2000 إلى 2022.

من خلال المبحث الأول للفصل سنقوم بتحليل اتجاهات الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية بالجزائر خلال الفترة 2000-2022. سيتم في المطلب الأول عرض اتجاهات الإنفاق العام على الصحة من خلال عدة مؤشرات رئيسية من خلال دراسة وتحليل اتجاهات الإنفاق العام الصحي كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي (GHED)، بالإضافة إلى مقارنة فجوة الإنفاق الصحي بين الجزائر وبعض الدول المختارة. ثم مقارنة الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري، وكذلك كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، مع التركيز على اتجاهات نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة وفق تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي. هذا التحليل يهدف إلى تقديم رؤية شاملة عن استدامة الإنفاق العام على الصحة ودوره في تحسين الوضع الصحي العام في الجزائر.

سيتم من خلال المطلب الثاني من هذا المبحث تناول اتجاهات التنمية البشرية في الجزائر خلال نفس الفترة (2000-2022). يتم البدء بدراسة اتجاهات دليل التنمية البشرية (HDI) وتصنيف الجزائر عالميا خلال الفترة من 2020 إلى 2022 مقارنة ببعض الدول. ثم سيتم عرض تحليل لمؤشرات التنمية البشرية الخاصة بالجزائر مع تسليط الضوء على التوجهات الرئيسية في التنمية البشرية مركزين على أبعاد هذه المؤشرات. كما سيتم تحليل

اتجاهات الأدلة المركبة لدليل التنمية البشرية بالجزائر بهدف فهم العلاقة التي تربط بين قطاع الصحة ومستويات التنمية البشرية في البلاد.

سنتناول من خلال المبحث الثاني، تقييم الإنجازات الصحية في الجزائر. سيتم في المطلب الأول تقييم إنجازات الجزائر في تحقيق أهداف الألفية للتنمية في المجال الصحي خلال الفترة (1990-2015)، حيث يتم الإشارة إلى مدى بلوغ الجزائر للهدف الرابع (وفيات الأطفال) والهدف الخامس (صحة الأمهات) والهدف السادس (مكافحة الأمراض مثل الإيدز والملاريا). سيتم في المطلب الثاني تقييم التقدم المحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة بالجزائر، حيث يتم تحليل التقدم الذي أحرزته الجزائر في تحقيق الأهداف المختلفة، مثل تحسين الصحة العامة، وتقليل وفيات الأطفال والأمهات، ومكافحة الأمراض المعدية، وتحقيق الأمن الصحي.

أما في المبحث الثالث، فسيتم التركيز على قياس العلاقة بين الإنفاق العام الصحي والتنمية البشرية بالجزائر خلال الفترة 2000-2022. يبدأ المبحث بتحليل العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر، مع تحديد الهدف العام من الدراسة القياسية وصياغة فرضيات الدراسة بناء على المبررات النظرية. في المطلب الثاني نعرض منهجية قياس العلاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية باستخدام أدوات إحصائية مثل اختبار جذر الوحدة (Unit Root Test) لاختبار استقرار السلاسل الزمنية، وكذلك نموذج "جرانجر" لاختبار اتجاه السببية. يساعد هذا التحليل على تحديد ما إذا كان الإنفاق الصحي يساهم بشكل مباشر في التنمية البشرية.

في المطلب الثالث سيتم فحص العلاقة السببية بين الإنفاق العام الصحي والتنمية البشرية في الجزائر. سيتم تحليل المتغيرات بشكل منهجي عبر التحليل الوصفي والاتجاهات، مع تسليط الضوء على القيم الشاذة في مؤشرات الإنفاق الصحي والتنمية البشرية خلال الفترة من 2000 إلى 2022. هذا التحليل يقدم دليلاً على كيفية تأثير الإنفاق العام على الصحة في تحسين المؤشرات التنموية في الجزائر.

الفصل الأول

الإنفاق العام على الصحة

نقاطرة لدعم وتمويل النظم

الصحية

تمهيد

يعد التحليل الاقتصادي في سوق خدمات الرعاية الصحية أمراً بالغ الأهمية لفهم التفاعلات بين العرض والطلب وتأثيرات التدخل الحكومي. تتميز الخدمات الصحية بخصائص مختلفة عن باقي الخدمات والسلع، وهذا يسلط الضوء على ضرورة تدخل الحكومة من أجل تصحيح عيوب السوق وضمان المساواة في الحصول على الرعاية الصحية. يتم ذلك من خلال تنظيم الأسعار، وتوفير التمويل العام، ومراقبة جودة خدمات الرعاية الصحية بهدف ضمان الكفاءة والفعالية في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

مع تطور أنظمة الرعاية الصحية، تطورت أيضاً طرق تمويلها. عادة ما يتم تمويل الإنفاق الحكومي على الصحة مباشرة من ميزانية الدولة ومساهمة الضمان الاجتماعي. ومع تزايد التحديات الصحية، تهتم الحكومات بشكل متزايد بزيادة الميزانيات المخصصة للصحة. على سبيل المثال اضطرت الحكومات خلال جائحة كوفيد-19 إلى إنفاق مبالغ كبيرة على الفحوصات والعلاجات واللقاحات، مما أدى إلى تغيير كبير في هيكل وأولويات التمويل الصحي.

تحدد كفاءة وفعالية الإنفاق العام على الصحة بمدى تأثير هذا الإنفاق على تحسين المؤشرات المتعلقة بالصحة وتقليص الفوارق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. لقد أظهرت جائحة كوفيد-19 أهمية الاستثمار في أنظمة الصحة العامة والقدرة على الاستجابة للأزمات، حيث كان لدى البلدان التي كرست جهودها للصحة العامة والبنية التحتية الصحية استجابة أكثر فعالية للوباء.

المبحث الأول. التحليل الاقتصادي في أسواق الخدمات الصحية

تسعى أغلب دول العالم جاهدة لتوفير مستوى متقدم من الخدمات الصحية لمواطنيها بداية من الرعاية الصحية الأولية كونها أساس النظام الصحي وجزء فاعل في بلوغ التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وبالتالي فإن فهم الدور الاقتصادي للخدمات الصحية يعزز ويطور من إمكانيات الدول في بلوغ مستويات عالية اجتماعيا واقتصاديا. ونظرا للخصائص الاقتصادية التي تميز الخدمات الصحية عن غيرها من السلع والخدمات، سيتم تسليط الضوء على الجدل القائم حول تدخل الدولة في أسواق الخدمات الصحية التي يتم من خلالها إنتاج الصحة للأفراد من أجل معالجة أوجه القصور في قواعد السوق الحر.

المطلب الأول. أساسيات اقتصاد الصحة والخدمات الصحية

يعد علم اقتصاد الصحة من التخصصات الحديثة في علم الاقتصاد، يهتم بدراسة كيفية استخدام الأدوات الاقتصادية لتحليل القضايا المتعلقة بالصحة وتخصيص الموارد المتاحة لإنتاج الخدمات الصحية بغية تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تسمح بتحسين الصحة للأفراد، والتي أصبحت تشكل عاملا رئيسيا في النمو الاقتصادي بكونها أصبحت من أولويات معظم الحكومات. وبما أنها تعتبر حقا أصيلا من حقوق الإنسان، وواجبا أكدته تعاليم الدين الإسلامي، بالإضافة إلى ما أقرته المواثيق الدولية، يعتبر الحق في الصحة من الأمور الأساسية التي يجب على كافة الدول العمل على ضمان توافرها لمواطنيها. يقدم التحليل الاقتصادي منظورا علميا ومنهجيا لدراسة القضايا الأساسية في قطاع الرعاية الصحية، ويساعد في إيجاد حلول فعالة للمشكلات الشائعة التي يواجهها هذا القطاع.

الفرع الأول. تحليل الفروق الأساسية بين اقتصاد الصحة Health Economics واقتصاديات الخدمات

الصحة Health care Economics

يركز علم الاقتصاد بشكل أساسي على كيفية توزيع الموارد الاقتصادية المحدودة بين احتياجات واستخدامات متعددة ومتنوعة تتنافس فيما بينها، بهدف تحقيق أقصى استفادة ممكنة منها. ونظرا لندرة الموارد المخصصة للخدمات الصحية مع ازدياد الحاجة إليها باستمرار بالإضافة إلى خصوصية هذه الخدمات فقد تطور مؤخرا فرع اقتصاديا خاصا بها أطلق عليه بـ "اقتصاد الصحة"¹. حيث أنه وإلى غاية نهاية الخمسينات من القرن الماضي لم تولي الحكومات أية أهمية

¹ العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، الجزء الأول، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص: 13، 09.

لموضوع اقتصاد الصحة نظرا للرخاء الاقتصادي الذي عاشته الدول الغربية في تلك الفترة، ولكن أزمة السبعينات من القرن الماضي واستحالة تغطية الطلب الاجتماعي المتنامي على الرعاية الصحية أعطى مكانة هامة لاقتصاد الصحة كفرع خاص.

ولقد عرف الباحثان "Benamour & Guot" اقتصاد الصحة في كتابهما الاقتصاد العالمي على أنه: "فرع من المعرفة التي هدفها البحث عن أمثلية الفعل الطبي، أي دراسة الشروط المثلى لتوزيع الموارد التي تملكها بغرض التوفير لأفراد المجتمع أحسن وقاية طبية وأفضل حالة صحية ممكنة مع الأخذ بعين الاعتبار الوسائل الموجودة"¹. كما يعرف الاقتصاد الصحي بأنه أحد فروع علم الاقتصاد الذي يهدف إلى تطبيق الأدوات الاقتصادية المتعارف عليها في مجال الرعاية الصحية من أجل المساهمة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهذا القطاع الحيوي بغرض تحسين كفاءته، بالإضافة إلى المساهمة في استنباط أفكار واسعة حول الصحة وطريقة استخدام الموارد المتاحة في الرعاية الصحية بطريقة تؤدي إلى التخصيص الكفء لهذه الموارد، بما يؤدي إلى تعظيم المكاسب الاجتماعية التي يتم الحصول عليها. وعلى هذا الأساس فإنه من خلال فهم طبيعة اقتصاديات الصحة يمكن الإجابة على التساؤلات التالية:

❖ ماهي السبل الممكنة لتقديم الرعاية الصحية بأقل تكلفة ممكنة؟

❖ ما هي الآليات التي يتم من خلالها توزيع الخدمات الصحية على الأفراد الذين يحتاجونها؟

❖ ما هو مقدار الموارد التي يتم إنفاقها على الرعاية الصحية؟²

من الصعوبة بما كان تطبيق المبادئ الاقتصادية على الخدمات الصحية نظرا للخصائص التي تميزها عن غيرها من السلع، وهناك العديد من الأسباب التي تستدعي الإلمام وفهم طبيعة اقتصاديات الصحة، من بينها³:

● زيادة المبالغ المنفقة على قطاع الصحة في العالم، حيث أن الرعاية الصحية محورا رئيسيا في عمليات الإنفاق والاستثمار وتوفير فرص العمل ضمن مختلف الاقتصادات الحديثة والمتقدمة.

● تتأثر عمليات تمويل وخدمات وتوزيع الرعاية الصحية بشكل مباشر بالظروف الاقتصادية المحيطة، مما يستوجب ضرورة فهم منهجيات التحليل الاقتصادي لزيادة القدرة على المشاركة والنقاش حول السياسات الصحية*.

¹ سجيلة بار، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، الجزائر، 1994/1993، ص: 06-11.

² سليمان بوقاس، ساعد محمد، تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية-دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى، مجلة المالية والأسواق، الجزائر، المجلد 04، العدد 01، 2017، ص: 159.

³ ستيفن موريس وآخرون، التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، المملكة العربية السعودية، 2013، ص: 20.

- فهم العاملين في الرعاية الصحية لأساليب التحليل الاقتصادي يؤدي إلى زيادة الإنتاجية والكفاءة.

من الأهمية بما كان التفرقة بين مفهومي اقتصاديات الصحة Health Economics واقتصاديات الخدمات الصحية Health care Economics نظرا لوجود فارق كبير بينهما، فمفهوم اقتصاديات الصحة مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة، والتي تشتمل على الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات بينما ينحصر مفهوم اقتصاديات الخدمات الصحية في إطار أضيق، حيث يعني فقط بالخدمات الصحية باعتبارها الناتج النهائي لصناعة الخدمات الصحية، وكذلك كعنصر أساسي يستخدم في عملية إنتاج الصحة نفسها¹.

يمكن القول أن كل من اقتصاديات الصحة واقتصاديات الخدمات الصحية يعتبران من مجالات الدراسة التي ترتبط ارتباطا وثيقا بنظام الرعاية الصحية، ولكن لكل منهما تركيزه الخاص. يعد اقتصاديات الصحة مجال كبير يتعلق بتوزيع الموارد مثل الأموال والمعدات والعمالة لتحقيق النتائج الصحية المثلى، ويتعلق بتقييم كفاءة وفعالية وعدالة أنظمة وسياسات الرعاية الصحية. ويتناول مسألة كيفية توزيع موارد الرعاية الصحية بشكل أكثر فعالية من حيث التكلفة. ومن ناحية أخرى تهتم اقتصاديات الخدمات الصحية أكثر بإنتاج وتوزيع واستهلاك الخدمات الصحية على وجه التحديد. حيث أنها تهتم بالطريقة التي يؤثر بها العرض والطلب على خدمات الرعاية الصحية، وتحديد الأسعار وتأثيرات السياسات على إنشاء هذه الخدمات وجودتها. كما يبحث في أسباب القرارات الفردية والتنظيمية المتعلقة بتوفير واستهلاك خدمات الرعاية الصحية، ويدرس كيفية تحسين إدارة المستشفيات والعيادات. أي أنه في حين أن اقتصاديات الصحة تهتم بالنظام الصحي بأكمله وتسعى إلى تحقيق أكبر النتائج الصحية الممكنة باستخدام الموارد المتاحة، فإن اقتصاديات الخدمات الصحية تركز على التفاعلات الأكثر تخصصا بين مقدمي الخدمات والمرضى.

الفرع الثاني. تحديد المفاهيم الأساسية: الصحة، الرعاية الصحية، والخدمات الصحية

تعد الصحة والرعاية الصحية والخدمات الصحية مفاهيم مرتبطة ببعضها البعض ولكن لكل منها تعريفها ومجال تطبيقها الخاص، ومن المهم التفريق بينها كما يأتي:

* الهدف من دراسة الاقتصاد لا يتمثل في الحصول على مجموعة من الإجابات الجاهزة للسؤال الاقتصادي، بل لنتمكن من تفادي تضليل الاقتصاديين لنا (Robinson, 1980,p:17)

¹ الفاتح محمد عثمان مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، أماراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، الولايات المتحدة الأمريكية، المجلد 04، العدد 10، 2013، ص:123.

أولاً. تعريف الصحة **Health**: ورد في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية WHO عند إنشائها عام 1946 تعريف الصحة على أنها: "حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد انعدام المرض أو العجز"¹. ويتفق "Cutler David" مع هذا التعريف للصحة من حيث رؤيته لها على أنها حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد، الأمر الذي يستوجب العمل على ضرورة توسيع هذا المفهوم ليتخطى حدود المفهوم الطبي من أجل اتخاذ خطوة للأمام باتجاه النظرة الكلية التكاملية والتنموية لسلامة الوجود الإنساني². وعليه فإن الصحة تحمل معنى أشمل للحياة، إذ تتضمن الصحة البدنية المرتبطة بالجسم، والصحة النفسية والعقلية، بالإضافة إلى الصحة الاجتماعية التي تتعلق بعلاقات الفرد مع محيطه³. كما أشار ألفريد مارشال سنة 1890 في مؤلفه "مبادئ الاقتصاد" إلى أن الصحة هي القوة الجسدية **physical** والقدرة العقلية **mental** الروح المعنوية للفرد **moral**. وأكد مارشال أن للصحة أثراً كبيراً في زيادة الثروة الاقتصادية للبلاد⁴.

يمكن القول أن الصحة هي مفهوم متعدد الأبعاد يعكس حالة من الرفاهية الشاملة، حيث يتجاوز تعريفها غياب المرض ليشمل الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية. كما يمتد هذا المفهوم ليضم الجوانب البيئية والنفسية والاجتماعية.

ثانياً. تعريف الرعاية الصحية **Health Care**: تختلف الصحة عن الرعاية الصحية من الناحية المفاهيمية، ففي حين يمكن تداول الرعاية الصحية في الأسواق فإن الأمر لا ينطبق على الصحة⁵. ويقصد بالرعاية الصحية: "الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية والمتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات العلمية العادية والتخصصية، وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية"⁶.

يمكن القول أن الرعاية الصحية هي حق أساسي لكل فرد في المجتمع، ويجب أن تكون متاحة للجميع دون تمييز. تقع مسؤولية توفير هذه الخدمات الصحية المتكاملة على عاتق الحكومات بغض النظر عن مستوى التقدم أو

¹ فيليب عطية، أمراض الفقر: المشكلات الصحية في العالم الثالث، عالم المعرفة، الكويت، 1992، ص: 189

² عصام محمد السيد، الإنفاق العام على الصحة وأثره على التنمية الإنسانية-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، مكتبة الوفاء القانونية، الإسكندرية، مصر، 2017، ص: 104.

³ محمد هاني راتب، سلمى فؤاد، إرشادات الصحة العامة من أجل حياة صحية، الطبعة الأولى، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، كلية الهندسة جامعة القاهرة، مصر، 2007 ص: 04

⁴ Marshall Alfred, *Principles of economics*, 8th Edition, Palgrave Classics in Economics, ISBN: 978-0-230-24927-1, 2013, p: 161.

⁵ Belay Mohammed, *Determinants of Demand for Health Care Services in Mekelle City*, A Thesis Submitted to Mekelle University, College of Business and Economics, Department of Economics in Partial Fulfillment of Masters of Science Degree in Economics (Specialization of Development Policy Analysis), Mekelle University, Ethiopia, May 2013, P:09.

⁶ غالب محمود سنجق، موسى أحمد خير الدين، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص: 29.

الأيدولوجية. الالتزام بتوفير الرعاية الصحية هو جزء أساسي من مسؤوليات الحكومات تجاه مواطنيها وركيزة لتحقيق التنمية الشاملة والمستدامة.

ثالثا. تعريف الخدمات الصحية Health Services: تعد الخدمات الصحية من أبرز المسؤوليات التي تلتزم بها العديد من الدول، حيث ينظر إليها باعتبارها من أهم الواجبات التي يتعين على الحكومات توفيرها لمواطنيها بشكل مستمر، وكما أشارت منظمة الصحة العالمية، فإن الخدمات الصحية تشمل خدمات التعزيز والوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة¹. وهو تعريف يعكس شمولية وتكامل نظام الرعاية الصحية الذي يجب على الدول اعتماده لضمان صحة ورفاهية مواطنيها. حيث يؤكد على أهمية توفير الرعاية الصحية الشاملة، والتي لا تقتصر على علاج الأمراض فحسب، مما يزيد من كفاءة نظام الرعاية الصحية ويساهم في تحسين نوعية الحياة بشكل عام.

الفرع الثالث. أنواع الخدمات الصحية

تتنوع الخدمات الصحية المقدمة للأفراد بشكل كبير، حيث تشمل هذه الخدمات العديد من الأنواع المختلفة مثل الخدمات الصحية العلاجية والخدمات الصحية الوقائية، والموضحة فيما يأتي:

أولا. الخدمات الصحية العلاجية: تشكل الخدمات الصحية المرتبطة بشكل مباشر بصحة الإنسان محور أساسي في منظومة الرعاية الطبية، حيث تندرج تحتها خدمات التشخيص، والعلاج سواء عبر الأدوية المقدمة داخل المنزل أو من خلال تدخلات متخصصة تستلزم تلقي العناية السريرية في المستشفيات. ويشمل هذا أيضا العمليات الجراحية بكافة أنواعها، سواء التقليدية أو الحديثة. وإلى جانب ذلك تبرز أهمية خدمات الرعاية الصحية المستمرة حتى تمام الشفاء. فهذه الخدمات تمثل الجانب العلاجي في النظام الصحي، وتهدف أساسا إلى معالجة المرض أو تخفيف معاناة الأفراد من تأثيراته وآلامه².

ثانيا. الخدمات الصحية الوقائية: يرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة المجتمع بصورة غير مباشرة، حيث يعرف عادة باسم "خدمات صحة البيئة" نظرا لاهتمامها بحماية الأفراد من الأمراض المعدية وانتشار الأوبئة، وكذلك الوقاية من المشكلات الصحية الناتجة عن سلوكيات الأفراد والمشاريع التي تساهم في تلوث البيئة. وتمثل هذه الخدمات جزءا أساسيا من التدخلات الوقائية، إذ تهدف بشكل رئيسي إلى حماية الأفراد من التعرض للأمراض قبل وقوعها،

¹ منظمة الصحة العالمية، التغطية الصحية الشاملة، المجلس التنفيذي، الدورة الثانية والثلاثون بعد المائة، يناير 2013، ص: 02.

² طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، دار الكتب المصرية، مصر، 2000، ص: 31-32.

وتشمل خدمات صحة البيئة مجموعة واسعة من الإجراءات مثل حملات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وبرامج رعاية الأمومة والطفولة، ومكافحة الآفات والحيوانات التي تنقل الأمراض، إلى جانب الرقابة الصحية على أماكن تقديم الأغذية ومرافق البيئة بشكل عام. كما تندرج ضمن هذه الخدمات جهود التوعية ونشر الثقافة الصحية وسط المجتمع¹.

بالرغم من أن النفقات الصحية تشكل عبئا ماليا كبيرا على الخطط التنموية في أول مراحلها، لكنها أمر ضروري ولا بد من الإنفاق على هذا النوع من الخدمات نظرا لدورها الكبير في زيادة إنتاجية العمل وتعزيز التنمية البشرية. وبذلك يمكن القول أن الدولة تتدخل لتوفير الخدمة الصحية سواء كانت علاجية أو وقائية لجميع الأفراد، كما أن الإنفاق على هذا النوع من الخدمات يعد نوعا من أنواع الإنفاق الاستثماري في رأس المال البشري.

الفرع الرابع. الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية

بالرغم من عدم تجانس الخدمات الصحية، حيث تتميز كل خدمة بخصائص وسمات معينة تنفرد بها، نجدها تشترك في مجموعة من الخصائص أهمها:

تتميز الخدمات الصحية بأنها سلعا جماعية أي أنها تلك السلع التي تقدم منافع للمجتمع ككل ولا تقتصر على الفرد الذي يستهلكها، حيث أن تحسن صحة الفرد لا يستفيد منها هو فقط وإنما أغلب أفراد المجتمع المحيطين به، مما يعني أن الخدمات الصحية تولد آثار انتشار خارجية موجبة *external economies*، وبالتالي من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات أو تقديمها مجانا. كما ينبع الطلب على الخدمات الصحية أساسا من الحاجة إلى تحسين الحالة الصحية، إذ يعد الطلب عليها انعكاسا لرغبة الأفراد في تعزيز صحتهم وليس غاية في حد ذاته، بل وسيلة للوصول إلى مستوى صحي أفضل. زيادة على ذلك فالخدمات الصحية تمثل شراء ضغط *distress purchase* بالنسبة للمستهلك، لأن الطلب على الخدمات الصحية يتم تحت ضغط الحاجة². كما تمتاز الخدمات الصحية

¹ الفاتح محمد عثمان مختار، مرجع سبق ذكره، ص: 124.

² جيهان سيد محمد مصطفى، التقييم الاقتصادي للخدمات الصحية، *المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة*، كلية التجارة، جامعة عين شمس، المجلد 01، العدد 01، جانفي، 2012، ص: 214-217.

بخاصية عدم تماثل المعلومات Asymmetric Knowledge بين الطبيب والمريض حيث أن الأطباء يملكون معلومات أكثر بخصوص المرض وكيفية العلاج¹.

يؤكد "آرو" (Arrow, 1936) على أن الخاصية الرئيسية للخدمات الصحية هي عدم اليقين (Uncertainty) فلا نعلم متى سنمرض أو حجم الخدمات الصحية التي نحتاج إليها عند المرض، كما لا نعلم تكلفة تلك الرعاية الصحية. إلى جانب ذلك يبقى هناك دائما قدر من عدم الوضوح بشأن طريقة استجابة كل حالة مرضية للعلاج والرعاية الصحية المقدمة، ويرى "آرو" أنه يمكن مواجهة عدم اليقين جزئيا من خلال أسواق التأمين².

تتولى الحكومة دور بارز في إنتاج الخدمات الصحية بشكل مباشر عبر مؤسسات ومنشآت صحية تابعة للقطاع العام، إذ تشرف الجهات الحكومية في معظم الدول على تلبية الجزء الأعظم من احتياجات المجتمع الصحية. ونادرا ما تترك سوق الخدمات الصحية لتعمل بشكل كامل وفق آليات السوق الحر دون تدخل.

الفرع الخامس. معايير إنتاج الخدمات الصحية

تهتم العديد من الأبحاث في مجال اقتصاديات الصحة بتحديد كيفية اتخاذ القرارات المتعلقة بمستوى إنتاج واستهلاك الخدمات الصحية في مختلف الدول، ويمكن توضيح المعايير التي تحدد إلى أي مدى سيتم إنتاج من الخدمات الصحية فيما يلي:

أولا. معيار التكلفة: غالبا ما يرغب مستهلكو الخدمات الصحية في انخفاض تكاليف الخدمات. ويفترض في أسواق الخدمات الصحية أنه لا يوجد شيء مجاني بالكامل، فلا بد من وجود جهة تتولى دفع تكلفة هذه الخدمات، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. ويلاحظ تزايد اهتمام المديرين والأطباء وصناع القرار والمستفيدين بموضوع تكلفة الخدمات، وضرورة الحد من الهدر، والتخلص من الخدمات التي لا تحقق فائدة حقيقية للمستفيدين منها. وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد باعتبارات التكلفة، إلا أن هناك حدودا دنيا أساسية يجب ألا تنخفض مستويات الخدمة دونها بغض النظر عن التكاليف اللازمة لتقديمها³.

¹ تشارلز فيلبس، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، ترجمة جلال البنا، الطبعة الأولى، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، مصر، 2003، ص: 36.

² ستيفن موريس وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 32-33.

³ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 31-32.

ثانياً. **مقياس الفعالية:** تعتبر فعالية خدمات الصحة أمر معقد حيث يصعب قياسها بشكل واقعي. كما يشير "بوريل" وآخرون (Borril et al)، فإن النظام الصحي يتألف من مجموعة من الأطراف المعنية (المهنيين الصحيين، مستخدمو الخدمات، لجان إدارة الصحة، المجتمعات المحلية، بما في ذلك صانعي السياسات وصناع القرار)، بحيث أن لكل منهم تفسير خاص لفعالية الخدمات الصحية. كما يشير ويلكن وآخرون (Wilkin et al) إلى أن الفعالية غالباً ما تحدد بما إذا تم تلبية احتياجات الرعاية الصحية بشكل مناسب، وما إذا كانت النتائج قد تحققت بشكل إيجابي. وبالتالي يمكن القول أن النتيجة الإيجابية بعد التدخلات في تلبية احتياجات الرعاية الصحية للأفراد تعتبر رعاية فعالة. ومن هذا المنطلق فإن فعالية الخدمات الصحية تعني الحصول على مكاسب صحية ملموسة¹. ويقصد بها المكاسب الصحية التي تنعكس في تحسين الوضع الصحي للأفراد، بحيث لا يقتصر الأمر على الفوائد الفردية فقط مثل انخفاض معدلات الوفيات وارتفاع متوسط العمر المتوقع وانخفاض معدلات انتشار الأمراض، بل يعني أيضاً توزيع كل من المرض والصحة يكون من أجل تعظيم الإنتاجية الاقتصادية بشكل عام، بالإضافة إلى رفع مستوى الصحة والرفاهية².

ثالثاً. **مقياس الكفاءة:** تقيس الكفاءة مدى حسن استخدام الموارد المتاحة، ويستخدم في ذلك مؤشرات عديدة أهمها مؤشر المدخلات والمخرجات والعائد³. حيث أن مفاهيم الكفاءة تكتسب أهمية كبيرة نظراً لأن الموارد عادة ما تكون محدودة والحاجة إلى الرعاية الصحية مستمرة ومتزايدة. وتشمل العناصر الرئيسية التي تستخدم في قياس الكفاءة في الخدمات الصحية المدخلات والتي تتضمن الموارد البشرية (مثل الأطباء والممرضين)، المعدات الطبية، والأدوية، والتمويل. بالإضافة إلى المخرجات والتي تتمثل في النتائج الملموسة مثل عدد المرضى المعالجين، العمليات الجراحية التي تم إجراؤها، أو تحسن مستوى الصحة في المجتمع، كما تشمل مخرجات نوعية مثل رضا المرضى وجودة الخدمات المقدمة. أما العائد فيشمل هذا الفحص للفوائد الأوسع التي تحققت من الاستثمار في الرعاية الصحية، مثل تحسين الصحة العامة، تقليل معدلات الوفيات، أو انخفاض تكاليف الرعاية الصحية على المدى الطويل بفضل التدخلات الفعالة.

¹ Regmi K, Effective Health Services: Perspectives and Perceptions of Health Service Users and Healthcare Practitioners. **Primary Health Care: Open Access**, Volume 2, Issue 3, ISSN: 2167-1079, 2012,p:04.

² لوآن آداي وآخرون، **تقويم نظام الرعاية الطبية - الفعالية والكفاءة والإنصاف -**، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، معهد الإدارة العامة، الرياض السعودية، 2000، ص: 17.

³ سعيد عبد العزيز، يحيى عبد الغني، **الموازنة العامة والتحليل الكلي**، دار فاروس العلمية، الإسكندرية، مصر، 2013، ص: 140.

رابعاً. معيار العدالة: تتمثل الخطوة الجوهرية التي تعتمدھا الدولة لتحقيق العدالة في المجال الصحي في التوجه نحو التغطية الصحية الشاملة، بما يضمن تمكين جميع الأفراد من الحصول على كامل الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون استثناء¹.

وبذلك فإن العدالة في تقديم الخدمات الصحية تمثل مبدأ أساسياً يهدف إلى تحقيق المساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية بغض النظر عن الفروق الاجتماعية أو الاقتصادية بين الأفراد. يتضمن هذا المبدأ ضمان أن يكون لجميع الأفراد نفس الفرصة في الوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية، متجاوزاً العوائق المالية والجغرافية والثقافية التي قد تمنع بعض الأشخاص من الوصول إلى الرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك ينبغي أن تكون تكاليف الخدمات الصحية معقولة ومعتدلة، بحيث لا تكون عائقاً أمام الأفراد الذين لديهم دخل محدود. كما يجب توزيع الموارد الصحية بشكل عادل بين المناطق الجغرافية المختلفة وبين الشرائح الاجتماعية المختلفة، مما يشمل توفير الخدمات في المناطق النائية. ويرتبط ذلك أيضاً بضرورة تحقيق تكافؤ في النتائج الصحية بين جميع الأفراد، دون النظر إلى اختلافاتهم من حيث الوضع الاجتماعي أو الاقتصادي، بما يضمن عدالة الاستفادة من الرعاية الصحية لكل أفراد المجتمع.

خامساً. معيار الأمان الصحي: يقصد بمفهوم الأمان الصحي شعور الفرد بالأطمئنان إلى أن خدمات الرعاية الصحية متاحة وذات جودة عالية، بحيث يتمكن من الحصول على العلاج اللازم عند الحاجة. ولا يرتبط الأمان الصحي فقط بإحساس الشخص بتوفر الخدمات بكفاءة وفعالية، بل يشمل أيضاً الشعور بأن تكاليف العلاج تقع ضمن حدود إمكانياته المالية. كما يتضمن الأمان الصحي شعور المواطن بأنه دائماً مشمول بحماية منظومة الرعاية الصحية، حتى وإن لم يكن بحاجة إليها في الوقت الحاضر، إذ قد يتعرض في المستقبل لظروف صحية طارئة أو أمراض مفاجئة تتطلب دعم طبي شاملاً. من هنا يتحقق الأمان الصحي بأن يشعر الفرد وأسرته بالثقة في قدرتهم على الحصول على الرعاية الصحية المناسبة في جميع الأحوال، حتى في حالات فقدان العمل أو الانتقال إلى وظيفة جديدة أو التقاعد قبل بلوغ سن التقاعد الرسمية².

¹ تقرير منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008، الرعاية الصحية الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى، 2008، ص: 40.

² طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 35-36.

المطلب الثاني. تحليل أسواق الخدمات الصحية:

تتميز أسواق الخدمات الصحية عن الأسواق التقليدية المفترضة في النظرية الاقتصادية، إذ تفتقر إلى الكثير من الافتراضات الجوهرية المتعلقة بجائبي العرض والطلب¹. وبناء عليه فإن دراسة أسواق الرعاية الصحية تتطلب التركيز على ديناميكية التفاعل بين قوى العرض والطلب في هذا القطاع، مع الأخذ في الاعتبار الخصوصيات التي تفرقها عن الأسواق الأخرى.

الفرع الأول. تحليل الطلب والعرض من الخدمات الصحية

يمكن استنباط تصورات تحليلية لجائبي الطلب والعرض في أسواق الخدمات الصحية بتطبيق وسائل التحليل الاقتصادي. يشمل الطلب على الخدمات الصحية العديد من العوامل مثل ديموغرافيا السكان، والتأمين الصحي ومستوى الوعي والتوقعات الصحية. بالمقابل، يتأثر العرض بالموارد المتاحة، التقنيات الجديدة، والسياسات الحكومية. ويتطلب فهم الديناميكيات بين هذين الجانبين تحليلاً دقيقاً لكيفية تفاعلها وتأثيرها على جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة.

أولاً. محددات الطلب على الخدمات الصحية: يمكن تصنيف محددات الطلب على الخدمات الصحية إلى مجموعتين كما يلي:

1. **المحددات الشخصية:** تتمثل أهم العوامل الديمغرافية المؤثرة في الطلب على الخدمات الصحية في العمر، نوع الجنس، الحالة الاجتماعية والتعليم. يزيد الطلب على الخدمات الصحية كلما تقدم الفرد في العمر لأنه بازياد عمر الأفراد تزداد احتمالات حدوث المرض بالإضافة إلى تغيير نمط الحالة الصحية، بحيث تصبح الأمراض المزمنة لها دور كبير في تحديد الحاجة للرعاية الصحية². وهناك دراسة في "الو.م.أ" أثبتت أن الطلب على الخدمات الصحية يكون من طرف النساء بدرجة أكبر من الرجال. وبذلك فهي تؤكد على أهمية نوع الجنس في استخدام الخدمات الصحية³. كما حاولت العديد من الدراسات التي تناولت تحليل الطلب على الخدمات الصحية معرفة أثر الحالة الاجتماعية marital status على الطلب على الخدمات الصحية. مثال على ذلك دراسة (Hui Zheng, and Patricia

¹ عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، السنة الثانية، العدد 22، أكتوبر 2003، ص: 08.

² بول فلدرستين، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، ترجمة محمد عابدين عبد الله، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2002، ص: 135.

³ Richard Thomas, *Society and health*, Kluwer academic, Plenum Publishers, New York, 2003, p:230.

(Thomas2013) والتي توصلت إلى أن المتزوجين أكثر طلبا على الخدمات الصحية مقارنة بالأفراد غير المتزوجين¹. بالإضافة إلى أن التعليم يعتبر محدد أساسي للطلب على الصحة على اعتبار أنه يحسن قدرة الأفراد على الاعتناء الصحي بأنفسهم بدلا من الاعتماد على الخدمات الصحية بدرجة أساسية، حيث أن هناك أدلة علمية كثيرة تؤكد أن تحسن التعليم من خلال التحسينات في مجال محو الأمية والدراسات الصحية في مجالات محددة تؤدي إلى زيادة الرغبة في الاستخدام الفعال للخدمات الصحية². كما أن ازدياد مستوى التعليم في الأسرة يمكنها من التعرف على الأعراض المبكرة للمرض مما يؤدي إلى رغبة أكبر في البحث عن العلاج المبكر³.

إضافة إلى ما سبق يمكن أن يؤدي ارتفاع نسبة الأمراض المعدية والأوبئة إلى زيادة كبيرة في الطلب على الخدمات الصحية. على سبيل المثال، شهد العالم سنة 2020 انتشارا واسعا لفيروس كورونا الجديد، مما أدى إلى زيادة كبيرة في الطلب على الخدمات الصحية. هذا الارتفاع في الطلب خلق أزمة في القطاع الصحي، حيث اضطرت المؤسسات الصحية إلى تكييف استجابتها وتعزيز قدراتها لتلبية الاحتياجات المتزايدة للمرضى والمجتمعات المتأثرة.

2. المحددات الاقتصادية: وتتمثل في:

1-2. الأسعار: وتنقسم إلى سعر الخدمة الصحية ذاتها والذي يتأثر بنوعية الجهة أو المؤسسة المقدمة للخدمة من حيث كونها جهة خاصة أو عامة أو مؤسسة خاضعة لهيئة التأمين الصحي، إضافة إلى أسعار السلع الأخرى حيث يوجد العديد من البدائل للطب الكيميائي أو الأكاديمي وأهم هذه البدائل هي الطب الشعبي popular or folk medicine⁴. شهد الطب التقليدي توسعا ملحوظا في الآونة الأخيرة، حتى أصبح له تأثير مهم في دعم التنمية الاقتصادية في العديد من الدول. وفي ضوء التحديات المالية والقيود المتزايدة عالميا يبرز دور الطب التقليدي كوسيلة فعالة لتعزيز الصحة، وتمكين الأفراد من العناية بأنفسهم، والوقاية من الأمراض، مما يساهم بشكل ملموس في تخفيض تكاليف الرعاية الصحية على مستوى الأفراد والدولة⁵.

¹ Hui Zheng & Patricia Thomas, Marital Status, Health, and Mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1) 128-143, 2013, p:129.

² TIM ENSOR & STEPHANIE COOPER, *Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side, Health Policy And Planning*, Oxford University Press, 2004, 19(2), p:71.

³ بول فلدستين، *اقتصاديات الرعاية الصحية*، الجزء الأول، مرجع سبق ذكره، ص: 135-136.

⁴ سحر عبد الرؤوف الفقااش، *تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع التأمين الصحي في مصر في الفترة (1980-2000)*، أطروحة دكتوراه، تخصص الفلسفة في الاقتصاد، كلية التجارة، قسم الاقتصاد، جامعة الإسكندرية، مصر، ص: 40-47.

⁵ منظمة الصحة العالمية، *استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2014-2023*، وثائق منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا، 2013، ص: 18.

2-2. الدخل: يعتبر الدخل محددًا هامًا للطلب على الرعاية الصحية، وكلما ارتفع دخل الأفراد كلما زاد الطلب على الخدمات الصحية لأنهم يستطيعون تحمل تكاليفها¹.

2-3. الأذواق والتوجهات: إن توقعات وأذواق الأفراد بخصوص صحتهم تتغير على مر الزمن مما يؤثر في الطلب على الرعاية الصحية، حيث تلعب أنماط السلوك الصحي وغير الصحي المنتشرة في المجتمع دور بارز في التأثير على المستوى العام لصحة السكان، الأمر الذي ينعكس بدوره على حجم الطلب على خدمات الرعاية الصحية. إذ تساهم التحولات في الأذواق والميول الاجتماعية اتجاه أنواع محددة من الخدمات الصحية في إعادة تشكيل حجم ونوعية الطلب ضمن هذا القطاع².

2-4. التأمين الصحي والتوسع في الإنفاق الحكومي: يمكن اعتبار التأمين الصحي على أنه أحد أهم محددات الطلب على الخدمات الصحية، حيث يؤدي زيادة الطلب على التأمين الصحي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية³. كما يترتب على زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة زيادة في الطلب على الخدمات الصحية⁴.

2-5. حجم وتركيب المجموعة السكانية: تعتبر تركيبة السكان وخاصة نسبة كبار السن عامل مهم يؤثر على الطلب على الرعاية الصحية. مع زيادة نسبة كبار السن في السكان، يزداد الطلب على الخدمات الصحية لأن كبار السن يعانون من أمراض أكثر ويحتاجون إلى علاجات أكثر تكلفة. على الرغم من أن الأدلة التجريبية تشير إلى أن الاقتراب من نهاية الحياة له تأثير أكبر على ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، فإن تركيبة السكان تلعب دورًا مهمًا في زيادة الطلب على الرعاية الصحية. لذا، فإن تزايد عدد كبار السن في السكان يعتبر أحد العوامل الجوهرية المؤثرة في الطلب على الخدمات الصحية⁵.

تسعى جميع الحكومات دائمًا إلى زيادة نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية لتلبية التنامي المتزايد للطلب على الخدمات الصحية. هذا التنامي يعكس الزيادة في الحاجة للرعاية الصحية، سواء للوقاية من الأمراض أو للعلاج ويحفز الاستثمار في تطوير البنية التحتية الصحية وتقديم الخدمات بجودة أفضل، مما يساهم في تعزيز صحة السكان.

¹ Kazi Julfikar Ali & A.N.K Noman, Determinants of Demand for Health Care in Bangladesh: An Econometric Analysis, *World Journal of Social Sciences*, Vol. 3. No. 6. November 2013, P: 157.

² ستيفن موريس وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 61-62.

³ James Henderson, *health economics and policy*, The 6th edition, USA, 2012, P: 160.

⁴ طلعت الدمرداش إبراهيم، *اقتصاديات الخدمات الصحية*، مرجع سبق ذكره، ص: 99.

⁵ Morris, Stephen, et al. *Economic Analysis in Health Care*. Second edition., John Wiley & Sons, 2012, pp:33-34.

ثانيا. **محددات عرض الخدمات الصحية:** بالرغم من أن عرض الخدمات الصحية يتم ضمن إطار تنظيمي عالي المستوى في العديد من نظم الخدمات الصحية ولا يستجيب لقوى السوق كما هو الحال بالنسبة لعرض السلع الاستهلاكية، فإن محددات عرض الخدمات الصحية لا تختلف كثيرا عن محددات عرض السلع والخدمات الأخرى¹. ويمكن إدراج أهم المحددات فيما يأتي:

1. السعر: تفترض النظرية الاقتصادية وجود علاقة طردية بين السعر كمتغير مستقل والكمية المعروضة من الخدمات الصحية كمتغير تابع.

2. تكلفة الإنتاج: يقصد بها التكلفة التي يتحملها النظام الصحي أو الجهة المقدمة للخدمات الصحية (كالمستشفيات)، وتعتبر تكاليف إنتاج الخدمات الصحية من أكثر العناصر تأثيرا على العرض من هذه الخدمات. وتنقسم هذه التكاليف إلى تكلفة العنصر البشري والتي تتمثل في الأجور والمرتبات والخوافز المدفوعة للعنصر البشري وكذا تكلفة العنصر الوسيط ويقصد بها تكلفة الأدوية، وأدوات التعقيم، والضمادات، والغيريات الطبية وغيرها، ويمثل الإنفاق على المنتجات الوسيطة ما يعادل 30-35% من إجمالي الميزانية المخصصة للإنفاق على الصحة في الدول النامية. بالإضافة إلى تكلفة العنصر الرأسمالي والمتمثلة في تكلفة المباني (المستشفيات) وتكلفة الآلات والمعدات الرأسمالية الطبية وتكلفة التجهيزات الطبية مثل الأسرة وغيرها.

3. هدف الوحدة المنتجة للخدمة الصحية: تختلف الكميات المعروضة من الخدمات الصحية باختلاف هدف الوحدة المقدمة، فمن المتوقع أن يكون هدف المستشفيات الخاصة والعيادات الخاصة ومعامل التحليل ومعامل الأشعة الخاصة هو تعظيم الربح، بينما في حالة المستشفيات العامة أو التابعة لهيئة التأمين الصحي فإن هدف تعظيم الإنتاج يتوقع أن يكون هو هدف هذه الوحدات².

4. مستوى التكنولوجيا: تساهم التقنيات الحديثة في توسيع نطاق توفير بعض الخدمات الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى خفض التكاليف أو يتيح استخدام موارد بديلة ذات كفاءة إنتاجية مرتفعة³.

يجدر الإشارة إلى أن الطلب على الخدمات الصحية يعد منخفض المرونة، حيث لا يتأثر كثيرا بتغير الأسعار، وفي بعض الحالات قد يكون شبه ثابت تماما بغض النظر عن تكاليف الخدمة. هذا يعني أن الزيادة أو النقص في أسعار بعض الخدمات الصحية لا ينعكس بشكل واضح على حجم الطلب عليها، نظرا لضرورتها القصوى للأفراد. أما بالنسبة للعرض في قطاع الخدمات الصحية، فيتسم بقلّة المرونة خاصة على المدى القصير؛ إذ إن توفير هذه الخدمات

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 105.

² سحر عبد الرؤوف الفقاش، مرجع سبق ذكره، ص: 50-51.

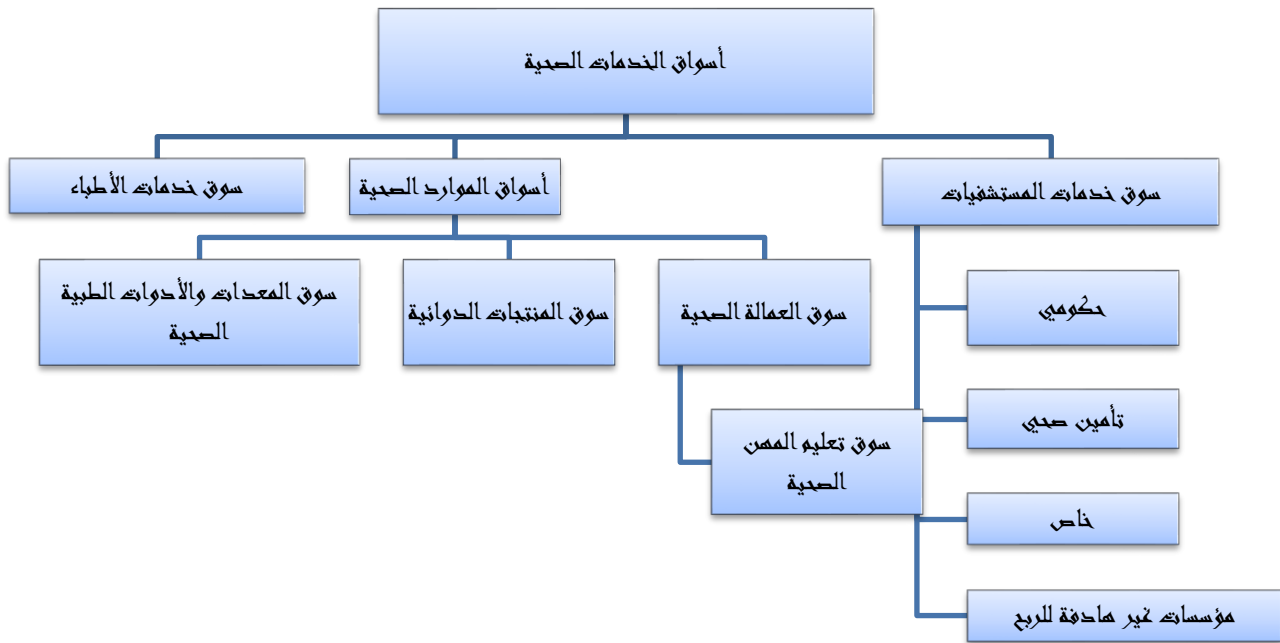
³ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 109.

يتطلب فترات زمنية طويلة لبناء وتجهيز المستشفيات، بالإضافة إلى الحاجة لسنوات من التدريب المتخصص للأطباء والفنيين¹.

الفرع الثاني. هيكل أسواق الخدمات الصحية

تنقسم أسواق الخدمات الصحية بشكل رئيسي إلى سوقين: الأول خاص بالخدمات الصحية المقدمة كمنتج نهائي، والثاني يتعلق بالموارد اللازمة لإنتاج هذه الخدمات، وذلك كما يظهر في الشكل الموالي:

الشكل رقم (01). مكونات أسواق الخدمات الصحية



المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة المدينة، الزقازيق، مصر، 2000، ص: 76.

سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي يتكون من مستويين أساسيين:

- **سوق خدمات العيادات الطبية الخاصة:** حيث يذهب المريض إلى طبيبه الخاص، والذي قد يستكمل علاج مريضه من خلال عيادته الخاصة أو قد يحوله إلى أحد الأطر المؤسسية الصحية لاستكمال العلاج.
- **سوق خدمات المستشفيات:** وتشمل عدة أطر مؤسسية تقدم الخدمات الصحية، مثل المستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، ووحدات التشخيص بالأشعة، ووحدات الإسعاف وغيرها. وتنوع أنماط هذه

¹ جيهان سيد محمد مصطفى، مرجع سبق ذكره، ص: 218.

الخدمات ما بين المؤسسات الحكومية ومرافق التأمين الصحي، إضافة إلى الجهات غير الربحية مثل الجمعيات الخيرية الأهلية.

أما سوق الموارد الصحية فيشمل ثلاث أسواق فرعية تتمثل في:

- **سوق العمالة الصحية:** وتضم جميع الفئات البشرية التي تساهم في إنتاج الخدمات الصحية، من أطباء وطواقم تمريض، إلى الكوادر الفنية المتخصصة في تشغيل أجهزة التشخيص والعلاج. وترتبط هذه السوق بشكل وثيق بسوق التعليم الصحي، إذ تمثل مؤسسات التعليم الطبي مصدرا أساسيا للكوادر البشرية، ويشكل خريجو هذه المؤسسات جانب العرض في سوق العمل الصحي.
- **سوق المنتجات الدوائية:** يتضمن جانب العرض في هذه السوق وجود صناعات دوائية متعددة، بالإضافة إلى مختلف الجهات التي تقدم خدمات الصيدلة للمجتمع.
- **سوق المعدات والأدوات الطبية:** ويشمل جانب العرض في هذه السوق على صناعات المعدات والأدوات الطبية¹.

سيتم فيما يلي عرض وتحليل أهم الأسواق في مجال الخدمات الصحية والمتمثلة في سوق المستشفيات، وسوق خدمات الأطباء وسوق الأدوية:

أولا. سوق المستشفيات: يعد المستشفى الحلقة المركزية في نظام الرعاية الصحية في جميع الدول، إذ يشكل أساسا مهما في تقديم الرعاية الصحية، ويعد من أهم مظاهر الاستثمار الصحي في كثير من المدن والمجتمعات². فالمستشفيات هي أكبر مستهلك للخدمات الصحية، كما أنها أكبر مقدم أو منتج لها. وتصنف المستشفيات على أساس طول فترة الإقامة فيها ونوع الخدمة الرئيسية التي تقدمها ونظام إدارتها أو ملكيتها، فالمستشفيات قصيرة الأجل short run hospitals هي المستشفيات التي يقيم فيها المريض في المتوسط فترة تقل عن الشهر، أما المستشفيات طويلة الأجل long-run hospitals هي المستشفيات التي تزيد مدة إقامة المريض فيها عن الشهر³. وبحسب عدد الأسرة، يمكن تقسيم المستشفيات إلى ثلاث فئات: المستشفيات الصغيرة التي تضم أقل من 100 سرير، والمستشفيات المتوسطة والتي تضم ما بين 100 إلى 300 سرير، والمستشفيات الكبيرة والتي تضم أكثر من 300 سرير⁴.

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 75-77.

² منظمة الصحة العالمية، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، مراجعة محمد هيثم خياط، أكاديمية انترناشيونال، لبنان، 2007، ص: 112.

³ بول فلدرستين، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، مرجع سبق ذكره، ص: 371.

⁴ منظمة الصحة العالمية، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، مرجع سبق ذكره ص: 116.

تصنف المستشفيات تبعا لنوع الخدمة التي تقدمها إلى مستشفيات عامة تقدم تشكيلة متنوعة من الخدمات العلاجية والجراحية، خدمات التوليد وخدمات رعاية الأطفال. بالإضافة إلى مستشفيات متخصصة تقدم الرعاية لأمراض محددة أو لمجموعات معينة من السكان، مثل مستشفى الأطفال، مستشفى الولادة، مستشفى الأمراض الصدرية، مستشفى الأمراض النفسية. وأخيرا تصنف وفقا لهذا المعيار إلى مستشفيات متنقلة تخدم المناطق النائية والأقل حظا وتأخذ طابع الخدمة التطوعية¹. ووفقا للملكية تصنف المستشفيات إلى مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة، فتتخذ المستشفيات الحكومية عدة أشكال كما يلي²:

■ **مستشفيات حكومية عامة:** تملكها الدولة وتقدم خدماتها لجميع فئات المجتمع وهي عموما تابعة لوزارة الصحة.

■ **مستشفيات حكومية خاصة بفئات معينة:** بالرغم من امتلاكها لنفس خصائص المستشفيات العمومية، إلا أنها تختلف عنها في كونها تابعة لوزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية. ويتم تقديم الخدمات للعاملين في هذه المصلحة بالإضافة إلى أسرهم كالمستشفيات العسكرية، مستشفيات الشرطة، مستشفيات تابعة لشركات ومؤسسات القطاع العام).

■ **مستشفيات حكومية تخصصية:** تتخصص في علاج نوع معين من الأمراض، وبذلك فهي تختلف عن المستشفيات الحكومية من حيث التخصص ولكنها تتشابه معها من حيث الملكية، ويطلق عليها في الجزائر باسم المؤسسات العمومية المتخصصة E.S.H مثل أمراض السرطان، الأمراض العقلية.

■ **مستشفيات تعليمية أو جامعية:** تتميز المستشفيات الجامعية باستقلالها الإداري عن المستشفيات الحكومية، إذ تتبع عادة للجامعات أو لكليات الطب في المناطق التي تقع فيها. ويشرف على إدارتها مجلس يتكون من أعضاء هيئة التدريس في كليات الطب والصيدلة وطب الأسنان، إلى جانب بعض الشخصيات العامة. وتعتبر ضمن منشآت الجامعة التابعة لها وتقدم نفس الخدمات التي تقدمها المستشفيات العامة والتخصصية. بالإضافة إلى وجود بعض الأقسام التعليمية كونها تقوم بتعليم الأطباء وباقي الهيئات التمريضية والفنية الأخرى، حيث أن المركز الاستشفائي الجامعي في الجزائر يكون تابع لوزارة الصحة من حيث الوصاية الإدارية، وتابع في نفس الوقت لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي من حيث الوصاية البيداغوجية.

¹ غالب محمود سنجق، موسى أحمد خير الدين، مرجع سبق ذكره، ص: 108.

² نورالدين حاروش، الإدارة الصحية - دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، دار الأمانة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2017، ص: 93-95. للمزيد من المعلومات أنظر: نعيمة أحمد عمر الشامي، محددات سياسة التسعير للخدمات الصحية بالمراكز والمستشفيات الخاصة "دراسة ميدانية بمدينة بنغازي"، رسالة ماجستير جامعة بنغازي، ليبيا، 2013، ص: 60، 64.

بالإضافة إلى ما سبق هناك هياكل صحية أخرى تابعة للحكومة ولكنها ليست مستشفيات وذلك لأنها لا تحتوي على أسرة للاستشفاء، من بينها قاعات العلاج التي توجد في المناطق الريفية وتقدم خدمات الرعاية الأولية البسيطة والمراكز الصحية المتواجدة في التجمعات السكنية والعيادات المتعددة الخدمات التي توجد في المدن الصغيرة. وتجر الإشارة إلى أن العيادات المتخصصة في الولادة تحتوي على أسرة للولادة ومتوسط الإقامة فيها لا يتعدى يومين إلى ثلاثة أيام على أقصى تقدير. بالإضافة إلى المستشفيات الخاصة التي توجد منها عدة نماذج مثل مستشفيات بأسماء أصحابها، مستشفيات الجمعيات غير الحكومية ومستشفيات استثمارية.

هناك مجموعة من الخصائص التي يتميز بها قطاع المستشفيات بصفة عامة والتي تؤثر على هيكل السوق، من بينها مدى توافر اقتصاديات الحجم economies of scale. فتوافر اقتصاديات الحجم يعني أنه كلما ازداد إنتاج المنشآت قلت تكاليفها المتوسطة¹. بالإضافة إلى وجود وفورات تعدد المنتج economies of scope والتي يقصد بها تقديم أكثر من خدمة صحية في وحدة إنتاجية واحدة بما يضمن تحقيق خفض في التكاليف، وقد ناقشت العديد من الدراسات مؤخرا أثر اقتصاديات الوفرة وتعدد المنتج على الجودة في المستشفيات ومن بين هذه الدراسات (Clark and Huckman 2012, Kuntz et al. 2019) بالإضافة إلى دراسات ميدانية ركزت على التكاليف في مجال دراستها لأثر اقتصاديات الحجم ووفورات تعدد المنتج في المستشفيات².

ولتقييم أداء صناعة المستشفيات من الأهمية بما كان معرفة محددات هيكل الصناعة ونظم الدفع وحوافزها وأهداف متخذي القرارات في المستشفيات. فمدى توافر اقتصاديات الحجم في إنتاج خدمات المستشفى والقيود القانونية والتنظيمية المفروضة على الدخول في هذا السوق تعتبر محددات هامة لعدد المستشفيات المتنافسة في سوق ما. ويمكن تصنيف المستشفى كمنافس أو كاحتكر اعتمادا على عدد المنافسين، كما أنها تحدد درجة المنافسة أو الاحتكار ونوعية المنافسة بين المنشآت ومستوى أداء الصناعة³.

ثانيا. سوق خدمات الأطباء: يتحدد الطلب على خدمات الأطباء بعوامل غير اقتصادية كالحاجة والعوامل الحضارية السكانية، وعوامل اقتصادية كدخل المريض، والسعر الذي يجب أن يدفعه للخدمات الطبية (كذلك أسعار الخدمات البديلة والمكملة) ونوع وشمولية التغطية التأمينية وأي تكاليف زمنية مرتبطة بشراء واستخدام خدمات الأطباء. في حين يتأثر عرض خدمات الأطباء بالأجور التي يتقاضونها نظير خدماتهم وتكلفة إنتاج هذه الخدمات، والتي تعتمد على

¹ بول فلدستين، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، مرجع سبق ذكره، ص: 384.

² Michael Freeman et al, Economies of Scale and Scope in Hospitals: An Empirical Study of Volume Spillovers, *MANAGEMENT SCIENCE, Articles in Advance*, ISSN 1526-5501, May 26, 2020, p: 01.

³ بول فلدستين، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، مرجع سبق ذكره، ص: 408.

إنتاجية مدخلات الإنتاج وأسعارها، والتي تتأثر بدورها بعدد الأطباء وعدد الساعات التي يعملون خلالها واستخدامهم لمساعدتهم، ورأس المال والمعدات المتاحة والمدخلات والتكاليف الأخرى المطلوبة لتقديم خدمات الأطباء كالتأمين على سوء الممارسة. وبذلك يتحدد سعر خدمات الأطباء بتفاعل كل من العرض والطلب، وبدوره يؤثر السعر على طلب المريض ومقدار الخدمة التي يكون مقدموها على استعداد لتقديمها¹.

يمتاز سوق الأطباء بانخفاض مرونة عرض خدمات الأطباء، وذلك بسبب وجود موانع لدخول مهنة الطب حيث يرى "آرو" (arrow,1963) أن التحاق الأطباء بالعمل في هذا القطاع يخضع لمجموعة من تنظيمات الترخيص المهني، كما أن الإعلان والتنافس العلني يكون معدوماً في الأسواق الطبية. كما أشار "آرو" إلى أن الدخول إلى مهنة الطب مقتصر على من استوفى متطلبات محددة في التعليم والتدريب الطبي. فالأطباء يقومون بسياسة التمييز السعري أين يتقاضى الأطباء رسوماً مختلفة من مرضى مختلفين، حيث يفرضون رسوماً مرتفعة على أصحاب الدخل العالية، ومبالغ أقل على ذوي الدخل المنخفضة، بينما يعفى المحتاجون والفقراء من الرسوم في بعض الحالات².

وقد استخدمت مهنة الطب افتراض الإحسان لتبرير هذا التمييز في الأسعار بين الأفراد، حيث يقوم الطبيب بتحديد نوعية الدخل المرضى والسعر الذي يدفعه كل واحد منهم بنفس منطق وكالة الإحسان. غير أنه حسب هذا الافتراض كلما توسعت التغطية التأمينية (حكومية أو خاصة) بين الأفراد ذوي الدخل الضعيف ستقل حاجة الأطباء للتمييز السعري³.

ثالثاً. سوق الدواء: يعتبر سوق الأدوية من الأسواق التي تخضع بشكل كبير للتنظيمات الحكومية لعدة أسباب رئيسية، منها⁴:

- ✓ تضمن الحكومات سلامة وفعالية الأدوية المسوقة بتكلفة مناسبة، مما يجعل عملية طرح دواء جديد في السوق تستغرق وقتاً أطول وتكلفة أكبر.
- ✓ تشجع الحكومات الابتكار من خلال منح براءات الاختراع والتي توفر للمنتجين حقوقاً احتكارية مؤقتة، مما يمكنهم من تحقيق عوائد مالية مناسبة.

¹ نفس المرجع السابق، ص: 293-295.

² ستيفن موريس وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 32-33.

³ بول فلدرستين، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الثاني، ترجمة محمد عابد عبد الله، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2002، ص: 662.

⁴ ستيفن موريس وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 193.

✓ تطبق الحكومات سياسات استخدام معينة للحد من الإنفاق على الأدوية، وخاصة فيما يتعلق بسلوكيات الأطباء في وصف الدواء.

✓ تتدخل الحكومات في السوق لتعزيز المنافسة والفعالية.

✓ تنظم الحكومات أسعار الأدوية وأرباحها في النظام الصحي الممول من الدولة، وذلك لأن المرضى والأطباء غالباً ما يكونون غير مرنين تجاه تغيرات التكاليف والأسعار.

شهد سوق الأدوية العالمي خلال السنوات الأخيرة نموا ملحوظا على صعيدي الإنتاج والاستهلاك، كما سجل القطاع استثمارات عالمية ضخمة بلغ حجمها نحو 773 مليار دولار في عام 2008. ويعزى هذا التوسع بدرجة كبيرة إلى التقدم التكنولوجي الذي لعب دورا أساسيا في تحديث وتطوير صناعة الدواء¹. كما قدر حجم سوق الأدوية العالمية بحوالي 1,482 مليار دولار أمريكي في عام 2022، ومن المتوقع أن ينمو بمعدل نمو سنوي قدره 6.12% خلال الفترة (2023-2030). وتشمل العوامل الرئيسية الدافعة لهذا النمو زيادة انتشار الأمراض المزمنة، وارتفاع عدد السكان المسنين وزيادة عدد السكان وارتفاع الإنفاق العام على الصحة من قبل المنظمات الحكومية على مستوى العالم، والجهود المبذولة لجعل الأدوية في متناول الجميع². وباعتبار الأدوية من الوسائل الضرورية لتوفير الرعاية الصحية العلاجية والوقائية³، فهي أحد أضلاع مربع الحياة. ويتميز سوق الدواء أو الصناعات الدوائية بمجموعة من الخصائص أهمها:

✓ خضوع الصناعات الدوائية للرقابة من قبل مؤسسات حكومية مختلفة: شهد مجال الرقابة على المستحضرات الصيدلانية تحولات بارزة خلال العقد الأخير من القرن العشرين، انعكست في التطوير المستمر للمعايير والإجراءات المنظمة لهذا القطاع الحيوي. حيث أصدر اتحاد الصناعات الدوائية العربي عام 1991 النسخة الأولى من مدونة "مبادئ الممارسة الجيدة للتصنيع الدوائي العربي"⁴، والتي مثلت خطوة جوهرية نحو وضع إطار تنظيمي موحد يواكب التطورات العالمية، ويعزز جودة وسلامة المنتجات الدوائية على مستوى العالم العربي، وبذلك فإن إدارة الرقابة الدوائية تسعى دائما إلى تحقيق الأهداف المنشودة لضمان أمن وسلامة الدواء ووصوله إلى المستهلك بمواصفات ونوعية عالية.

¹ بن بريكة عبد الوهاب، مياح عادل، الهيكل الصناعي الدوائي في الجزائر، *أبحاث اقتصادية وإدارية*، جامعة بسكرة، الجزائر، العدد 09، جوان 2011، ص: 56.

² Pharmaceutical Market Size, Share & Trends Analysis Report. *Grand View Research, 2024*. Accessed on [13/04/2024].

³ منظمة الصحة العالمية، دور منظمة الصحة العالمية في التدابير التي تضمن توافر المنتجات الطبية العالية النوعية والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار، فيفري 2011، ص: 01.

⁴ سلسلة تقارير خاصة، *بؤس الرقابة على المستحضرات الصيدلانية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية*، (28)، 2004، ص: 02.

✓ ارتفاع تكلفة البحث والتطوير في مجال الصناعات الدوائية: بالإضافة إلى تميزها بعنصر المخاطر، حيث أن عملية البحث والتطوير لإنتاج منتج دوائي جديد تستغرق اثني عشرة سنة في المتوسط¹. بالإضافة إلى السعي نحو التخصص في مجال الصناعات الدوائية، حيث تخصص بعض الشركات الصيدلانية في تصنيع منتجات لا تستطيع شركات أخرى منافستها فيها، كما أن هناك شركات تقوم فقط بصناعة الأدوية غالية الثمن مثل أدوية الأمراض المزمنة. وهناك ثلاثة أنماط قانونية رئيسية للأدوية تتمثل في²:

➤ **المنتجات المحمية:** تخضع هذه المنتجات لحماية قانونية بموجب براءات اختراع تستمر عادة لفترة تتراوح بين 5 و20 عاما، ولا يسمح خلال هذه المدة لأي جهة أخرى بإنتاجها. كما تتميز تلك المنتجات غالبا بارتفاع أسعارها بشكل ملحوظ مقارنة بغيرها.

➤ **المنتجات الجنيسة:** تتحول المنتجات التي كانت محمية ببراءة اختراع إلى الملكية العامة عند انتهاء مدة الحماية القانونية، مما يؤدي إلى فتح المجال أمام المنافسة وزيادة عدد المنتجين، الأمر الذي يسهم في انخفاض الأسعار بشكل ملحوظ

➤ **المنتجات الحرة:** هي الأدوية التي تصرف دون الحاجة لوصفة طبية، إذ يمكن الحصول عليها مباشرة من الصيدليات أو المتاجر العامة. وغالبا ما تكون أسعار هذه المنتجات مرتفعة نسبيا، كما يقتصر نطاق انتشارها على سوق ضيق، ولا تغطيها أنظمة الضمان الاجتماعي.

تجدر الإشارة إلى أن التسويق يلعب دورا هاما في مجال الصناعات الدوائية خصوصا مع الزيادة الكبيرة في شركات الأدوية والتي تسعى بشكل دائم للحصول على الحصة السوقية الأكبر³. مما يعني أن للتسويق أهمية خاصة في تحفيز الطلب على الأدوية.

¹ JOHN Gibbons Pharmaceutical R&D: Costs, Risks, and Rewards, office of technology assessment, National Academies, U S congress: government printing office, 1993, p:01.

² مداح عرابي الحاج، تنافسية الصناعات الصيدلانية في دول شمال إفريقيا، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، جامعة حسنية بن بوعلي الشلف، العدد 09، 2013، ص: 23.

³ شادي محمد القطيفان، التسويق الصيدلاني، أطروحة دكتوراه في الإدارة الصحية، جامعة سانت كلمنتس العالمية، 2007-2008، ص: 11.

المطلب الثالث. التدخل الحكومي في أسواق الخدمات الصحية

شهد تدخل الدولة في القطاع الصحي تصاعدا ملحوظا منذ منتصف ستينيات القرن العشرين، حيث يعتبره فريق من المهتمين توجهها ضروريا وذا فائدة، في حين يرى آخرون أنه خيار غير ملائم ويقود إلى ضعف الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية¹.

الفرع الأول. مبررات تدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية

في معظم بلدان العالم، نادرا ما يتم العثور على اعتماد كلي على آليات السوق في تقديم خدمات الرعاية الصحية. غالبا ما تتخذ الحكومات دورا أكبر في تنظيم سوق الصحة مقارنة بما تفعله مع معظم السلع الاقتصادية الأخرى؛ فهي تضع ضوابط تحدد من يحق له تقديم الخدمات الصحية، وتضع حدودا للأسعار أو للأرباح التي يمكن لمقدمي الرعاية تحقيقها. ويبرز تدخل الدولة كذلك في دعم تكاليف الرعاية الصحية جزئيا أو كليا، من خلال أنظمة تمويل متنوعة. وتستند الدولة في تدخلها في أسواق خدمات الصحة إلى عدد من المبررات الأساسية.

أولا. الخدمات الصحية سلع عامة: هناك مبررات قوية لتدخل الدولة بوضوح في القطاع الصحي، ويبرز في مقدمتها أن كثيرا من الخدمات المتعلقة بالصحة ومكافحة الأمراض المعدية تعد من السلع العامة². تتدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية باعتبارها سلعا عامة بسبب خصائص بعض الحاجات العامة التي لا تخضع لمبدأ الاستبعاد، مما يجعلها متاحة لجميع أفراد المجتمع بمجرد إنتاجها، مما يحدث حافزا للأفراد لإظهار رغبتهم في الحصول عليها. ينتج عن ذلك فشل القطاع الخاص في تلبية هذه الحاجات بشكل كامل، مما يستدعي الاعتماد الكلي على الإنفاق العام. الحاجات الاجتماعية العامة مثل التعليم والصحة يمكن تلبيةها جزئيا من قبل القطاع الخاص، لكن الدولة تلعب دورا أساسيا نظرا للفوائد الاقتصادية الخارجية التي تنتج عن توفير هذه الخدمات. الاعتماد فقط على آلية السوق لتحقيق التوازن يمكن أن يؤدي إلى عدم تحقيق الرفاهية المجتمعية بشكل كاف، لذا تتدخل الدولة بصورة مباشرة من خلال إنشاء المدارس والمستشفيات، أو بشكل غير مباشر عن طريق تقديم الإعانات والدعم³. وبما أن القطاع الخاص وحده

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 329.

² تقرير عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، مؤشرات التنمية الدولية، القاهرة مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1993، ص: 17.

³ محمد عمر أبو دوح، ترشيد الإنفاق العام وعجز ميزانية الدولة، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2006، ص ص 21-22.

لا ينتج سوى نسبة ضئيلة جدا من السلع العامة التي تؤدي دورا محوريا في تعزيز الصحة، يصبح من الضروري أن تتدخل الحكومة لتوسيع نطاق توفير هذه السلع وزيادة المعروض منها¹.

ثانيا. الخدمات الصحية عالية التكاليف بالنسبة للفقراء: يؤدي الفقر إلى سوء الحالة الصحية للأفراد، وذلك لعدم تمكن الأفراد الفقراء من الحصول على الخدمات الصحية الجيدة². وبما أن الأهداف الإنمائية للألفية التي تعهدت على تنفيذها 189 دولة سنة 2000،³ تركز على تخفيض الفقر للأفراد، فإنه يستوجب على الحكومات التدخل في أسواق الخدمات الصحية.

ثالثا. تنظيم التأمين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص: من الضروري جدا تدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية للتعويض عن مشكلات تنجم عن عدم اليقين وعن تقصير سوق التأمين، حيث أن حالة عدم اليقين الكبيرة التي تكتنف احتمال حدوث المرض وكفاءة الرعاية الصحية من شأنها زيادة الطلب على التأمين. كما تؤدي إلى القصور في إدارة أسواق القطاع الخاص، ويرجع ذلك لعدة أسباب من بينها⁴:

✓ التأمين يقلل من الحوافز التي تحدد الأفراد إلى تفادي المخاطر والتكاليف، وذلك بسلوكهم سلوكا يتصف بالحرص والروية. كما أنه يوفر للأطباء والمستشفيات حوافز وفرص تحوهم إلى إعطاء المرضى رعاية طبية تفوق احتياجاتهم إليها.

✓ عدم التماثل في المعلومات بين مقدمي الخدمات وبين المرضى بشأن النتائج التي يسفر عنها التدخل. فمقدمو الخدمات يقدمون النصح للمرضى بشأن اختيار العلاج، ومتى ارتبط دخل مقدمي الخدمة مع هذه النصيحة، فقد ينتج عن ذلك الإسراف في العلاج.

ونظرا لهذه الاعتبارات في أسواق القطاع الخاص الغير منظمة بلوائح، فإن التكاليف ترتفع دون تحقق مكاسب صحية ملموسة بالنسبة للمرضى، ويقع على الحكومات دور هام ينبغي لها الاضطلاع به في التأمين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص، أو التعويض ببدائل مثل التأمين الاجتماعي للتأكد من تغطيته الواسعة ولإبقاء تكاليفه منخفضة.

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 331.

² world health organization, The impact of health expenditure on households and options for alternative financing, Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Fifty-first Session Technical paper, EM/RC51/4. July 2004.

³ John Anyanwu & Andrew Erhijakpor, Health Expenditures and Health Outcomes in Africa, African Development Bank, Economic Research Working Paper , No 91, December 2007, p:03.

⁴ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 332-333.

إذن للحكومات دور هام في ضبط وتوجيه النظم الصحية. وفي هذا الشأن أوضحت العديد من الدراسات الميدانية أن تدخل الحكومة في قطاع الصحة يؤدي إلى تحسين المؤشرات الصحية¹.

الفرع الثاني. أشكال التدخل الحكومي في أسواق الخدمات الصحية

إن فشل السوق في توفير رعاية صحية عادلة ومتاحة للجميع يجعل من التدخل الحكومي أمرا ضروريا في أسواق الخدمات الصحية. حيث أن السوق قد يفشل في توفير الخدمات الصحية بشكل متساو وعادل، وقد يؤدي ذلك إلى تحميل تكاليف باهظة على المواطنين أو إلى تقديم خدمات غير آمنة أو غير فعالة. وبالتالي وجب التدخل الحكومي لتنظيم السوق، مما يضمن حقوق المواطنين في الحصول على رعاية صحية جيدة ومناسبة. وبالتالي يستدعي فشل السوق تدخل الحكومات لأداء دور فاعل في تنظيم قطاع الرعاية الصحية وتوفير الخدمات الضرورية، متخذة عدة أشكال متمثلة في²:

أولاً. التدخل الحكومي المباشر في تمويل وتوفير الرعاية الصحية: تتدخل الحكومة بشكل مباشر في تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحية بعدة أساليب، فقد تتولى تمويل برامج الرعاية الصحية بالكامل بحيث يدفع الأفراد تكاليفها بصورة غير مباشرة عبر الضرائب. كذلك، قد تتولى الجهات الحكومية تقديم بعض خدمات الرعاية الصحية بنفسها حيث تمتلك الدولة المستشفيات وتديرها. كما يمكن أن تساهم الحكومة في تمويل الرعاية الصحية عن طريق توفير التأمين الصحي العام، سواء كان هذا التأمين شاملا لكل المواطنين أو مقتصرًا على فئات محددة من المجتمع.

ثانياً. الضرائب والإعانات: تغيب كفاءة باريتو حين تظهر عيوب في الأسواق، ولا تتساوى المنفعة الحدية الاجتماعية مع التكلفة الحدية الاجتماعية. في مثل هذه الحالات، يصبح من المفضل اجتماعيا تحقيق مستوى مختلف من الإنتاج. ولتصحيح مثل هذه الاختلالات، تتدخل الحكومات من خلال فرض ضرائب أو تقديم إعانات؛ إذ تفرض الضرائب على الأنشطة التي يكون فيها عرض الخدمات الصحية في السوق أعلى من المستوى الذي يحقق كفاءة باريتو، بينما تقدم الإعانات عندما يكون العرض الحالي للخدمات الصحية دون المستوى الأمثل لتحقيق الكفاءة الاجتماعية.

¹ Muhammad Akram & Faheem Jehangir Khan, Health Care Services and Government Spending in Pakistan, **PAKISTAN INSTITUTE OF DEVELOPMENT ECONOMICS**, Islamabad, Pakistan, PIDE Working Papers, 2007, p:03.

² ستيفن موريس وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص: 191، 198.

ثالثا. وضع اللوائح التنظيمية: تتدخل الحكومات في توجيه توزيع الموارد داخل سوق الرعاية الصحية من خلال سن التشريعات ووضع الأنظمة التنظيمية. أحيانا تلجأ الحكومات إلى إجراءات صارمة، كأن تحظر تماما بعض الأنشطة لما تسببه من أضرار صحية، مثل منع إنتاج أو استهلاك أنواع معينة من المخدرات. وفي المقابل، قد تلزم الأفراد بممارسات تعتبرها في صالحهم كفرض ارتداء حزام الأمان. بالإضافة إلى أن الحكومة تضع قواعد تحكم السوق الصحي لتنظم ظروف إنتاج السلع والخدمات. ويأتي هذا التنظيم بأشكال متعددة مثل ضبط الأسعار، وتحديد الكميات المنتجة أو المسموح بها، والرقابة على الجودة.

رابعا. توفير المعلومات: عندما ينشأ فشل السوق في قطاع الرعاية الصحية نتيجة نقص المعرفة أو المعلومات غير الكاملة، تتجه الحكومة عادة لمعالجة هذه المشكلة عبر توفير المعلومات الضرورية. فالحكومة تقدم للمجتمع حملات توعوية ومواد إعلامية توضح فوائد بعض أشكال الرعاية الصحية، بهدف سد فجوة المعرفة وتمكين الأفراد من اتخاذ قرارات أفضل تتعلق بصحتهم. بهذه الطريقة، تساهم الدولة في رفع الوعي الصحي وتعزيز الاستفادة المثلى من الخدمات المقدمة.

يمكن القول أن تدخل الحكومات قد يكون أمرا مرغوبا فيه للأسباب السالف ذكرها، ولكن هذا لا يعني أن تدخلها أمر جيد بدون استثناء. ليكون هذا التدخل مرغوبا لابد أن يحقق الكفاءة والعدالة وإلا فسيكون هناك فشل في هذا التدخل الحكومي. فحينشأ فشل الحكومات في تدخلها في مجال الرعاية الصحية نظرا للمعرفة غير الكاملة عن المنفعة الحدية الاجتماعية والتكلفة الحدية الاجتماعية للاستهلاك والإنتاج. بالإضافة إلى ذلك، لا تتحقق الكفاءة المثلى أحيانا في تقديم الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص. يعود ذلك بشكل أساسي إلى ارتفاع مستويات البيروقراطية والإدارة في القطاع الحكومي. يضاف إلى ذلك أن غياب الحوافز السوقية، مثل ضعف المنافسة وصعوبة قياس مستوى الأداء، يعقد من قدرة المؤسسات العامة على تقديم خدمات عالية الجودة بكفاءة. كما يواجه القطاع الحكومي تحديات أخرى ناتجة عن تعدد الأهداف وتضاربها، نتيجة لتداخل وتفاعل إدارات مختلفة تحت تأثير تغيرات السياسة المستمرة. ولهذا كثيرا ما ينتقد القطاع العام بسبب بيروقراطيته وضعف كفاءته، حيث ينظر إلى تدخل الدولة في كثير من الحالات على أنه سبب لهدر الموارد الصحية.

المبحث الثاني. تطور النظم الصحية وآليات تمويلها

إن فهم وتحليل التطورات في النظم الصحية وتمويلها يعتبر أمراً بالغ الأهمية لضمان رعاية صحية فعالة. تسعى النظم الصحية إلى تحقيق عدة أهداف رئيسية مثل تحسين الصحة العامة، وتقديم الرعاية الصحية بكفاءة، وتعزيز العدالة في الحصول على الخدمات الصحية. كما تلعب أساليب التمويل، من جانبها، دوراً محورياً في دعم هذه الأهداف، لأنها تحدد كيفية جمع الأموال وتوزيعها داخل النظام الصحي.

المطلب الأول. لمحة عامة حول النظم الصحية

تختلف النظم الصحية من دولة إلى أخرى ومن وقت إلى آخر، ومن ثم فهي تنمو وتتطور وفقاً للأوضاع السائدة مما ينبغي على الحكومات عند مواجهتها للمشاكل الصحية أن تتعرف بدرجة أولى على الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية السائدة والمحيط بها، حتى تتمكن من توفير الخدمات الصحية الكافية مع مراعاة العدالة في توزيعها بين الأفراد.

الفرع الأول. مفهوم النظم الصحية

تحتل النظم الصحية في عالمنا المعاصر الصدارة من حيث أهميتها في الحفاظ على صحة الأفراد وتعزيزها، وبالتالي سيتم تسليط الضوء على مختلف المفاهيم المتعلقة بالنظم الصحية، وإبراز الملامح المحددة لها، وكذا مستويات الخدمة التي تقدمها، ونظراً لضرورة تقييم أداء النظم الصحية من أجل تحديد نقاط القوة ومعالجة مواطن الخلل الظاهرة فيها، سيتم الوقوف على تحديد أهم وظائف النظم الصحية الضرورية لتحقيق أهدافها.

أولاً. تعريف النظم الصحية: لقد أشاد تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2000 إلى الدور الكبير الذي تلعبه النظم الصحية، بتعريفه للأنظمة الصحية بأنها: "جميع الأنشطة التي ترمي أساساً إلى تعزيز الصحة وإعادة تأهيلها إلى سالف عهدها"¹. وتعرف الأنظمة الصحية بأنها: "كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية بالأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة"². كما تعرف بأنها "جملة الموارد والتنظيم والتمويل والإدارة تكفل بمجموعها تقديم الخدمات الصحية لعامة الشعب، وهذا بطبيعة الحال لا يعني أن الخدمات الصحية هي المحدد

¹ منظمة الصحة العالمية، طب المجتمع، سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، أكاديبيا، بيروت، لبنان، 2011، ص: 398.

² عيسى محمد الغزالي، مرجع سبق ذكره، ص: 04.

الوحيد أو أنها أهم المحددات الصحية، فربما كان من العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة ما هو أقوى وأبعد أثرا من الخدمات الصحية¹. كما يمكن اعتبار النظم الصحية بأنها: "الإطار الذي يتم من خلاله 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، وتقديم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة"².

يظهر النظام الصحي تباينا واضحا من دولة إلى أخرى، فلا نجد نظامين صحيين متماثلين تماما. ومع ذلك تتقاطع بعض النظم في اتجاهات معينة؛ إذ يهيمن الطابع الحكومي Governmental على بعضها، بينما يغلب الجانب الخاص private على أخرى. وتتباين مصادر تمويل هذه النظم بين الاعتماد على الضرائب الحكومية taxes أو نظم التأمين الصحي health insurance أو حتى الدفع المباشر direct payment من قبل الأفراد. كما تختلف درجة التعقيد والشمول في النظام الصحي بحسب المستوى الاجتماعي والاقتصادي للبلد، إلى جانب مستوى التعليم السائد، وطبيعة التحديات الصحية التي تواجه المجتمع³.

وبالتالي يمكن القول أن النظم الصحية عبارة عن تظافر الهياكل والمؤسسات الإدارية والخدماتية والمسيرة من طرف أفراد يمتلكون مهارات وتخصصات مختلفة، وتعتبر بذلك أسلوب عمل وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية لدولة معينة.

ثانيا. العوامل المحددة لملامح النظم الصحية: تتعدد العوامل التي ترسم ملامح النظام الصحي في أي دولة، وهذا ما يفسر التباين في الأنظمة الصحية لمختلف دول العالم، ومن بينها⁴:

✓ **السكان:** ويعتبر الركيزة الأساسية في بناء النظام الصحي، وأهم مؤشرات هي عدد السكان، ومعدل نمو السكان، وتوزيع السكان حسب الفئات العمرية، والتوزيع الجغرافي للسكان، وتوزيع السكان حسب الجنس، والمستوى الثقافي للسكان، والعادات والتقاليد، وكذا مستوى دخل الأفراد.

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، مصر، 12-14 مارس 2002، ص: 14.

² عدلمان مريزق، دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 25، ماي 2012، ص: 47.

³ منظمة الصحة العالمية، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص: 401.

⁴ صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة: منظور شامل، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن، 2009، ص: 53-56.

✓ الموارد الطبيعية المتوفرة، والمستوى الاقتصادي العام، ومدى توافر المواد الخام، ومدى توفر الموارد البشرية، وحجم الإنفاق على قطاع الصحة مقارنة بالقطاعات الأخرى.

✓ **العوامل البيئية الطبيعية:** يتم الأخذ بعين الاعتبار عند تصميم النظام الصحي المناخ والأوبئة إن وجدت والحشرات والقوارض، والتي لها دور هام في رسم ملامح النظم الصحية.

✓ **المتغيرات السياسية والتكنولوجية:** يعتمد شكل النظام الصحي على مدى إيمان القادة السياسيين وقدرتهم على توظيف التكنولوجيا الحديثة في تطويره وتشكيله.

✓ **متغيرات أخرى:** تكاليف التعليم والصفات الوراثية السائدة.

على الرغم من التباين في الأنظمة الصحية بين مختلف الدول، فإنها تتشارك في تصنيف موحد لمستويات تقديم الخدمات الصحية، والتي تختلف بشكل أساسي في الجودة والنوعية. وبالتالي فإن فهم هذه المستويات والتحديات المرتبطة بها يساعد في تصميم برامج تعمل على تقليص الفجوات وتحسين نوعية الرعاية الصحية لجميع السكان.

ثالثاً. مستويات الخدمة التي تقدمها النظم الصحية: هناك أربع مستويات لتقديم الخدمات الصحية من قبل مختلف الأنظمة الصحية، وتتمثل في:

1- الرعاية الصحية الأولية: عرفت منظمة الصحة العالمية بأنها جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد، وهي محور التنمية الشاملة للمجتمع. وقد حدد مؤتمر "الماتا" عناصر أساسية للرعاية الصحية هي¹:

- ❖ نشر التوعية الصحية حول القضايا الصحية والاجتماعية المنتشرة داخل المجتمع.
- ❖ العمل على تحسين البيئة الأساسية وضمان توفير مياه شرب نقية بكميات كافية.
- ❖ السعي لتأمين أغذية صحية وسليمة للمجتمع.
- ❖ تقديم رعاية متكاملة للأمومة والطفولة، إلى جانب تحصين الأطفال وتطعيمهم ضد مختلف الأمراض.
- ❖ اتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المتوطنة والمعدية والسيطرة على انتشارها.
- ❖ إجراء التشخيص الدقيق وتوفير العلاج المناسب للحالات المرضية والإصابات الشائعة.
- ❖ الحرص على إتاحة الأدوية الأساسية والضرورية للعلاج.

¹ صلاح محمود ذياب، المرجع نفسه، ص: 57-58.

- 2- الرعاية الصحية الثانوية:** وتتمثل في الخدمات العلاجية التي يتلقاها الأفراد عند المرض، بحيث تقوم المستشفيات بتوفير جميع الإجراءات اللازمة لتقديم الخدمات الصحية والعلاجية للمرضى¹. المؤسسات الصحية التي تقدم الرعاية الصحية الثانوية توفر خدمات علاجية وتشخيصية مباشرة للمرضى من قبل الأطباء، أو بشكل غير مباشر من خلال أعضاء الفريق الطبي الآخرين. تشمل هذه الخدمات رعاية التمريض، والتحليلات الطبية والمخبرية، والصور الإشعاعية².
- 3- الرعاية الصحية الثالثة*التخصصية*:** وهي خدمات متطورة يتم تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة، ونظرا لكون هذا النوع من الخدمات يطلب من قبل فئة قليلة من المواطنين فإنه عادة ما يتم توفيرها على أساس إقليمي أو وطني. ويعتبر هذا من النوع من الخدمات عالي التكلفة مقارنة بخدمات المستوى الأول والثاني³.
- 4- الرعاية الصحية الرابعة أو التأهيلية:** ويتضمن هذا المستوى تقديم خدمات تمتد لفترات طويلة نسبيا، وتخصص للمرضى الذين يصعب شفاؤهم أو لمن يحتاجون إلى التأهيل للتكيف مع مرض أو إعاقة دائمة. وتقدم هذه الرعاية في المستشفيات أو المراكز الطبية، كما يمكن توفيرها في المنزل حسب الحاجة⁴.

بما أن هذه المستويات الأربعة لخدمات الرعاية الصحية تقدم مباشرة للفرد وتهدف للحفاظ على صحته، فإنها تركز على صحة الفرد على عكس خدمات الصحة العامة التي تركز على المجتمع ككل، فإنه يجب التنسيق والتكامل بينها وبين الخدمات الصحية الموجهة للمجتمع (خدمات الارتقاء بالصحة وخدمات الصحة العامة وصحة البيئة) ليتم تشكيل النظام الصحي الكلي من أجل ضمان تقديم خدمات صحية شاملة تحقق أهداف النظم الصحية.

الفرع الثاني. أهداف ووظائف النظم الصحية

يعتبر إدراك أهداف ووظائف النظم الصحية من المتطلبات الأساسية لنجاح الحكومات في تحقيق الأهداف الصحية المنشودة، وفيما يأتي سيتم استعراض أهم الأهداف التي تتطلع النظم الصحية لتحقيقها وكذا الوظائف اللازمة لبلوغ الأهداف المسطرة.

¹ غرايبي فضيلة، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر- تحديات وإنجازات-، *مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية*، جامعة تبسة، الجزائر، المجلد 9، العدد 01، 2016، ص: 242.

² بسام عبد الرحمن المشاقبة، *الإعلام الصحي*، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2012، ص: 42-43.

³ فريد توفيق نصيرات، *إدارة منظمات الرعاية الصحية*، الطبعة السابعة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016، ص: 69.

⁴ صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 59.

أولاً. أهداف النظم الصحية: يهدف أي نظام صحي بالأساس إلى تحقيق أفضل حالة صحية ممكنة لكل فرد وللمجتمع ككل، مع الأخذ في الاعتبار الإمكانيات المتاحة. ومن أبرز الأهداف التي تسعى النظم الصحية إلى بلوغها¹:

- ✓ النهوض بالمستوى الصحي العام.
- ✓ تقليل الفوارق في الحصول على الرعاية الصحية.
- ✓ تلبية احتياجات السكان الصحية بشكل فعال.
- ✓ حماية الأفراد والأسر والمجتمع من الأعباء المالية الناتجة عن المرض.
- ✓ تعزيز العدالة في توزيع وتمويل الخدمات الصحية.

يعد تحسين الصحة الهدف الأساسي الذي يسعى النظام الصحي إلى تحقيقه. كما يساعد توزيع التمويل بشكل أكثر إنصافاً في تحسين الحالة الصحية، إذ يحد من احتمال حرمان من يحتاجون للرعاية بسبب ارتفاع التكاليف. بالإضافة إلى ذلك فإن تلبية توقعات الأفراد تسهم في تعزيز الصحة العامة².

تختلف الأهداف الصحية من نظام صحي لآخر، حيث يسعى النظام الصحي في المملكة المتحدة مثلاً لأن يكون أسرع استجابة لرغبة المواطنين في العلاج، في حين يسعى النظام الصحي الأمريكي لأن يكون أكثر عدالة وأقل من حيث العبء المالي على الأفراد. يعكس كل نموذج أولويات وقيم المجتمع الذي يخدمه، مما يؤكد أهمية النظر إلى هذه الأنظمة لفهم كيفية تحقيق الأهداف الصحية في سياقات مختلفة بشكل أفضل.

ثانياً. وظائف النظم الصحية: لتحقيق أهداف النظام الصحي لابد من القيام بالوظائف الرئيسية التالية³:

1. المهام الرئاسية للنظام الصحي: تتجسد هذه المهمة في الدور الإرشادي والرقابي المتكامل الذي تتولاه الحكومة عبر وزارة الصحة، مستندة إلى مجموعة من المبادئ والمعايير المستمدة من التشريعات الصحية. وتشمل هذه الوظيفة تطوير السياسات والخطط الاستراتيجية في مجال الصحة، ويجري ذلك من خلال جمع

¹ Ajay Tandon et al , *MEASURING OVERALL HEALTH SYSTEM PERFORMANCE FOR 191 COUNTRIES*, GPE Discussion Paper Series: No. 30, EIP/GPE/EQC, World Health Organization, pp:2-3.

² منظمة الصحة العالمية، *الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية*، مرجع سبق ذكره، ص: 52.

³ بلقاسم صبري، مرجع سبق ذكره، ص: 20، 08.

البيانات والمعلومات الإحصائية والديموغرافية والوبائية التي تتيح فهم الاحتياجات الصحية للمجتمع، وأيضاً تساهم في بلورة رؤية شاملة لمسار التنمية الصحية بالمستقبل.

2. وظيفة التمويل العادل للخدمات الصحية: تتيح هذه الوظيفة صياغة سياسات تمويل الرعاية الصحية وتنفيذها، ومتابعة نتائجها بشكل فعال. وقد أكدت أدبيات منظمة الصحة العالمية أن هذه المهمة تعد من أولويات الحكومات، وتضطلع بها وزارات الصحة، فهي تجسد البعد الاجتماعي لدور الدولة في المجتمع.

3. تقديم الخدمات الصحية: ترتبط هذه الوظيفة بتنظيم الرعاية الصحية بشكل عام، إذ يعد توفير مختلف أنواع الخدمات الصحية من أبرز مهام النظم الصحية، بهدف الحفاظ على الصحة العامة، وتقليل الفوارق بين أفراد المجتمع، وتحسين الوضع الصحي بشكل شامل.

4. وظيفة دعم وتطوير الموارد البشرية: وتعني ضمان توفير المساهمات الملائمة لدعم الصحة، سواء تعلق الأمر بالموارد البشرية أو المالية أو غيرها، إضافة إلى توزيع هذه الموارد بصورة عادلة حسب احتياجات الفئات السكانية المستفيدة من الرعاية الصحية. وتشير الدراسات الإحصائية إلى أن جهود الدول في تطوير بنية النظم الصحية الأساسية برزت بشكل واضح من خلال توفير الكوادر البشرية المؤهلة خلال العقود الأخيرة من القرن العشرين.

5. وظيفة تطوير سياسة انتقاء التكنولوجيا الصحية والطبية: يساهم التقدم المتسارع في مجال التكنولوجيا الصحية والطبية في زيادة الضغوط على النظم الصحية، الأمر الذي يجعل من الضروري تعزيز دعم مؤسسات وزارات الصحة لمواكبة هذه التطورات.

ثالثاً. محددات النظم الصحية: هناك ثلاث محددات متشابكة تتحكم في أنواع النظم الصحية وتتمثل في¹:

1- محددات اقتصادية: يؤثر النمو الاقتصادي بشكل كبير على النظام الصحي ومدخلاته المادية والبشرية مثل الأفراد والمنشآت، والسلع، ودرجة التعليم. تختلف الدول الفقيرة ذات الموارد المحدودة والتي تعاني من الأمراض المتوطنة في نظامها الصحي عن الدول الغنية التي تركز على الأمراض المصاحبة للشيخوخة. كما أن الإنفاق على الصحة العامة يزداد بزيادة الدخل القومي. بالإضافة إلى أن التوزيع السكاني في المناطق الحضرية والريفية يتأثر ويؤثر في نوعية الخدمات الصحية المقدمة. عندما تركز النظم الصحية في سياساتها على الإنفاق على الخدمات الصحية في المناطق الحضرية، يدفع ذلك السكان الباحثين عن الخدمات الصحية إلى الانتقال من المناطق الريفية إلى الحضرية ولو لفترة

¹ محمد غانم الأسطل، محددات الوضع الصحي في فلسطين وانعكاساته على التنمية البشرية، رسالة ماجستير في الاقتصاد، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، قسم الاقتصاد، جامعة القاهرة، مصر، 2007، ص ص: 48-49.

قصيرة، مما قد يغير نمط حياة الأجيال القادمة نحو العيش في المناطق الحضرية. بالإضافة إلى ذلك يعكس التركيز على الخدمات الصحية في المناطق الحضرية تركز القوى السياسية ذات النفوذ والقادة ذوي القوة السياسية.

2- محددات ثقافية: تعني هذه مجموعة من العناصر الاجتماعية والدينية المتشابكة التي تشمل دور رجال الدين والمؤسسات الاجتماعية في التأثير على رعاية صحة الأمومة مثل تنظيم الأسرة والإجهاض وغيرها من البرامج التي تتأثر بالثقافة، بالإضافة إلى مدى الترابط الأسري في المجتمع.

3- محددات سياسية: تتحدد طبيعة النظام الصحي في أي بلد حسب القوانين والتشريعات التي تضعها الدولة والتي تهدف من ورائها إلى تمويل الخدمات الصحية وفق السياسة العامة للدولة. فعلى سبيل المثال تعد الضرائب في المملكة المتحدة المحرك الرئيسي للخدمات الصحية، بينما يعد القطاع الخاص في الولايات المتحدة القطاع الأساسي لتقديم الخدمات الصحية. هذه الاختلافات في نماذج تقديم الخدمات الصحية ليست سوى انعكاس لسياسة الدولة.

وبما أن العديد من دول العالم حددت أهدافاً في المجال الصحي وحددت المهام الأساسية التي يجب تنفيذها، فإن الاهتمام يتجه نحو أنماط التمويل المستخدمة لدعم هذه الأهداف والبرامج في القطاع الصحي. ويثير هذا تساؤلات حول فعالية وكفاءة أساليب التمويل المختلفة والإصلاحات المتعددة التي تم تنفيذها لمعالجة التفاوت والمشاكل التي قد تنشأ بين النتائج الملموسة والأهداف المخططة. ومن التأمين الصحي الحكومي والخاص إلى التمويل المباشر من خلال الضرائب، تختلف الأساليب في كل دولة وفقاً لقيمتها ومواردها، مما يسلط الضوء على الحاجة إلى فهم هذه الأنماط بعمق لتقييم تأثيرها على الرعاية الصحية.

المطلب الثاني. أنماط تمويل النظم الصحية في العالم

إن التعرف على نظم تمويل الخدمات الصحية في مختلف الدول يساعد في تحديد مدى نجاح السياسة الصحية في تلبية احتياجات السكان من الصحة، بالإضافة إلى بيان أفضل البدائل التمويلية للنهوض بمستوى فعالية استخدام الموارد المخصصة للقطاع الصحي، خصوصاً في ظل محدودية الموارد والطلب المتزايد على الرعاية الصحية. ورغم اتفاق أغلبية واضعي السياسات الصحية على ضرورة إتاحة الخدمات الصحية لجميع السكان، إلا أنهم لا يتفقون أبداً على طرق تمويل النظم الصحية.

الفرع الأول: مصادر تمويل النظم الصحية

تم تعريف تمويل الرعاية الصحية من طرف منظمة الصحة العالمية على أنه " وظيفة لأي نظام صحي معني بجمع الأموال وتخصيصها لتغطية الاحتياجات الصحية للشعب بصفة فردية وجماعية في النظام الصحي"، كما ترى المنظمة أن "الغرض من التمويل الصحي هو توفير التمويل، إلى جانب وضع الحوافز المالية المناسبة لموفري الرعاية وضمان تمتع جميع الأفراد بإمكانية الوصول إلى الصحة العامة الفعالة والصحة الشخصية"¹.

هناك ثلاث مصادر أساسية لتمويل الخدمات الصحية وتتمثل في المصادر العامة التي تشمل الضرائب، والتأمين الصحي الإجباري من خلال هيئات الضمان الاجتماعي. وكذا المصادر الخاصة المتمثلة في الأموال التي يدفعها الأفراد مباشرة أو يدفعها المشتركون في التأمين الخاص، بالإضافة إلى الأموال التي يدفعها أصحاب الأعمال نيابة عن العاملين لديهم. أما المصادر الخارجية فتشمل المنح المقدمة من قبل الجهات الرسمية مثل الاتحاد الأوروبي، والمنح التي قد تأتي من مصادر أخرى مثل المنشآت الخيرية². وبالرغم من تنوع الطرق التي تعتمد عليها الدول في تمويل الرعاية الصحية، فإن هناك أربع أنظمة شائعة لتمويل الرعاية الصحية، تمثل معظم الأنظمة الموجودة في العالم وهي:

أولاً. الأنظمة القائمة على الميزانية العامة: ينتشر هذا النوع من الأنظمة في الدول النامية وكذلك في البلدان التي تفتقر إلى آليات واضحة لجمع البيانات أو إدارة الموارد. عادة، تعتمد هذه الأنظمة على الميزانيات المركزية لتمويل وزارة الصحة، التي تتولى بدورها تمويل وتشغيل مرافق الرعاية الصحية العامة وإدارتها بشكل مباشر³. ومن مميزات هذه الأنظمة ما يلي⁴:

- ✓ إمكانية تغييرها بسهولة لتعكس السياسة الحكومية ;
- ✓ عدم الحاجة إلى أنظمة إدارة معقدة لتشغيلها;
- ✓ تتيح إمكانية ضبط التكاليف عبر اعتماد نظام الميزانية;
- ✓ تتميز بتكاليف أقل للإدارة.

¹ ميلندا مور وآخرون، مستقبل الرعاية الصحية في إقليم كوردستان-العراق، نحو نظام فعال عالي الجودة مع التركيز على الرعاية الأولية، حكومة إقليم كوردستان، وزارة التخطيط، وزارة الصحة، مؤسسة راند، 2012، ص: 43.

² طلعت الدرمداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 278.

³ سي روس أنتوني وآخرون، إصلاح القطاع الصحي في إقليم كوردستان-العراق (إصلاح التمويل، الرعاية الأولية وسلامة المرضى)، وزارة التخطيط، وزارة الصحة، مؤسسة راند، 2014، ص: 20.

⁴ ميلندا مور وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 48.

أما العيوب التي تواجه هذه الأنظمة فهي كالتالي:

- ✓ يمكن التحكم بها مركزيا من قبل جهة تمتلك سلطة سياسية قوية;
- ✓ صعوبة في وضع خطط طويلة الأجل، إذ أن التمويل يرتبط بميزانيات قد تتغير سنويا;
- ✓ تخصيص موارد أقل من المطلوب واللازمة للقطاع الصحي;
- ✓ الاستثمار في التقنيات الحديثة بطيء;
- ✓ يحافظ على انخفاض الأجور بطرق تعسفية، مما يؤدي إلى تراجع الحوافز لدى العاملين;
- ✓ تفتقر الأنظمة إلى حوافز قوية لتحسين الأداء، أو تعزيز الجودة، أو ضبط التكاليف.

ثانيا. أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي: يتحقق التأمين الاجتماعي عند قيام الدولة بضمان حصول المواطنين على حد أدنى من التأمين الصحي من خلال جهة مركزية أو من خلال مجموعة من صناديق التأمين أو صناديق المخاطر التي تعمل نيابة عن الدولة، حيث ترجع أصول هذه الشركات أو الصناديق إلى نقابات العمال أو التجمعات المهنية أو الإقليمية أو الدينية. وقد تقرر الحكومة أن التأمين يشمل جميع المواطنين أو يقتصر فقط على مجموعات سكانية تعاني انخفاض المداخل أو ارتفاع المخاطر، وبصفة خاصة هؤلاء الأفراد الذين لا يرغبون أو لا يستطيعون تمويل المستوى المناسب من الخدمات الصحية¹. وعلى الرغم من أن هذه الأنظمة قد تحصل على تمويل معتبر من الميزانية العامة، إلا أن معظم التمويل يأتي عادة من ضرائب الأجور أو ضرائب التوظيف المفروضة على الشركات، حيث تسدد هذه الضرائب مباشرة إلى صندوق التأمين الاجتماعي. يتولى الصندوق بدوره التعاقد مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية من القطاع العام والخاص لتوفير الخدمات للمستفيدين، ومن المزايا التي تتمتع بها أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي ما يلي²:

- ✓ يعتمد التمويل - الذي غالبا ما يقتطع كنسبة من الأجور - على قرارات العملية السياسية;
- ✓ يرتبط حجم المزايا المقدمة بقيمة المساهمات المدفوعة;
- ✓ توجد حوافز تدعم تحسين الجودة وضبط التكاليف;
- ✓ يتميز النظام بتمويل مستقر إلى حد كبير، مما يتيح إمكانية التخطيط طويل الأجل.

وبالرغم من هذه المزايا فإن هناك عيوباً في هذه الأنظمة كالتالي:

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 282-283.

² ميلندا مور وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 49.

- ✓ تعتبر هذه الأنظمة أقل تقدما من أنظمة الضرائب العامة;
- ✓ قد تواجه هذه الأنظمة صعوبات في الإدارة بسبب الحاجة إلى تنسيق واسع بين مختلف الجهات الفاعلة;
- ✓ تعتمد فعاليتها ومراقبة أدائها بشكل كبير على توفر كميات كبيرة من البيانات;
- ✓ يصبح التحكم في المزايا تحديا كبيرا أثناء فترات الأزمات الاقتصادية;
- ✓ يشترط أن يكون حجم الاقتصاد الرسمي كبيرا نظرا لصعوبة فرض الضرائب على القطاع غير الرسمي أو السيطرة عليه.

ثالثا. الخدمات الصحية الوطنية الممولة من الضرائب: يستند نظام الخدمات الصحية المعتمد على الضرائب إلى أساليب التخطيط والترشيد البيروقراطي لتحقيق أهداف قومية مثل تقليل اللامساواة في الصحة¹. حيث يعمل صندوق التأمين العام في الدول التي تتبنى نظام وطني للخدمات الصحية على جمع الأموال والدفع مقابل الخدمات بالإضافة إلى إدارة وتشغيل المرافق التي تقدم هذه الخدمات. كما تتميز الأنظمة الوطنية للصحة بتوفير تمويل أكثر عدالة وإتاحة الخدمات بنسبة أكبر من صناديق التأمين الاجتماعي بالإضافة إلى التشغيل الفعال للنظام وكذا إمكانية التحكم في تكاليف الأطباء والمستشفيات بشكل أفضل². أما العيوب المتواجدة على هذه الأنظمة فهي³:

- ✓ عملية توفير الخدمات الطبية الشاملة هي عملية معقدة ومكلفة.
- ✓ تحتاج هذه الأنظمة إلى كوادرات إدارية وطبية ذات كفاءة عالية للإشراف على النظام وضمان حسن تشغيله.
- ✓ كثيرا ما تتصادم السياسات العامة مع رغبة الأفراد الأكثر ثراء في الحصول على مستوى رعاية يفوق ما يقدمه القطاع العام.

✓ يتم توزيع الموارد والخدمات الطبية المحدودة خلال فترات الانتظار، ما يسبب إحباطا لدى عدد كبير من المرضى وقد ينعكس ذلك في نتائج علاجية أقل جودة، إضافة إلى احتمالية ظهور أسواق ثانوية.

رابعا. أنظمة التأمين الصحي الخاص: تتضمن هذه الأنظمة شراء الأفراد أو الأسر لخدمات التأمين الصحي الخاص كما تتيح لبعض الحكومات فرض تعليمات إلزامية تقضي بوجود حصول جميع المواطنين أو الشركات على تغطية تأمينية خاصة سواء لأنفسهم أو لموظفيهم⁴. ونظرا للتحديات العديدة المرتبطة بهذا النظام وضعف فعاليته كخطة

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 293.

² سي روس أنتوني وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 20.

³ ميلندا مور وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 49-50.

⁴ سي روس أنتوني وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 21.

وطنية شاملة، نجد أن غالبية الدول تسمح بوجود التأمين الصحي الخاص إلى جانب النظام الوطني العام، بحيث يستطيع من يرغب في الحصول على تغطية أعلى ولديه القدرة المالية دفع تكلفة التأمين الإضافي. ومن بين مزايا هذه الأنظمة أنها توفر وسيلة لتعزيز البرامج الحكومية من خلال سد الثغرات الموجودة في التغطية، وغالباً ما يقدمها أصحاب العمل بغض النظر عن وجود برامج حكومية. كما تتيح هذه الأنظمة مرونة واسعة في اختيار المزايا وأساليب الدفع، وتوفر إمكانية للقطاع العام للتعاقد مع شركات التأمين الخاص لتنفيذ بعض البرامج العامة. أما العيوب الملاحظة في هذه الأنظمة هي¹:

✓ غالباً ما تمتنع شركات التأمين عن تسجيل الأفراد الأكثر عرضة للخطر، مثل كبار السن، حفاظاً على مصالحها وتقليل المخاطر المالية التي قد تواجهها، وهو ما لا يخدم المصلحة العامة. ففي حال سمح للتأمين الخاص بأن يحل محل البرامج العامة، قد يؤدي ذلك إلى ظهور نظام صحي مزدوج المستويات، يحصل فيه الأثرياء على رعاية صحية بجودة أعلى.

✓ لا تولي الشركات عادة اهتماماً كافياً بالصحة العامة، إذ تقتصر تغطيتها للرعاية الأولية والوقائية غالباً على مستويات محدودة وغير كافية.

✓ يتركز اهتمام شركات التأمين بشكل أساسي على تعظيم أرباحها، بينما تحتل صحة المجتمع مرتبة أقل في أولوياتها.

يمكن القول أن غالبية الدول تعتمد أنظمة مختلطة في تمويل الرعاية الصحية، حيث يعمل النظام العام جنباً إلى جنب مع النظام الخاص. يسمح هذا التنوع بتكامل تغطية الصحة عبر تمويل حكومي وتأمين اجتماعي عام، مع إمكانية الاستفادة من التأمين الصحي الخاص لمن يرغب في تغطية أوسع أو خيارات إضافية. يوضح الشكل التالي أمثلة متنوعة على أنظمة تمويل الصحة في مختلف أنحاء العالم.

¹ ميلندا مور وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 50-51.

الشكل رقم(02). أنظمة تمويل الصحة العامة في بعض دول العالم

التأمين الصحي الخاص	التأمين الصحي الاجتماعي	الخدمات الصحية الوطنية	الميزانية العامة
<ul style="list-style-type: none"> الولايات المتحدة الامريكية اليونان سنغافورة هولندا 	<ul style="list-style-type: none"> فرنسا تركيا ألمانيا اليابان الإمارات العربية المتحدة 	<ul style="list-style-type: none"> المملكة المتحدة كندا إيطاليا أستراليا نيوزيلاندا 	<ul style="list-style-type: none"> العراق حكومة إقليم كردستان غانا نيبال قطر

المصدر: ميلندا مور وآخرون، مستقبل الرعاية الصحية في إقليم كردستان-العراق، نحو نظام فعال عالي الجودة مع التركيز على الرعاية الأولية، حكومة

إقليم كردستان، وزارة التخطيط، وزارة الصحة، مؤسسة راند، 2012، ص:43.

يتم استخدام آليات التشريع والتخطيط من طرف كل دول العالم، وذلك من أجل السيطرة على نمط تقديم الخدمات الصحية وكذا تطوير وإدخال التكنولوجيات والعلاجات الجديدة. أي أن التشريع يقوم بتحديد إمكانية السماح للمرضى بالوصول إلى الأخصائي أو رعاية المستشفى بشكل مباشر، أو يجب عليهم المرور على الطبيب المحلي أو طبيب الأسرة. وبالتالي فإنه يتواجد على مستوى كل النظم الصحية قدر من التشريعات المصممة لحماية المريض، ولكن هذا سيحد من إمكانيات التطوير والابتكار وتقييد الطرق التي يحاول من خلالها مقدمو الخدمة البحث عن مصادر جديدة لرفع كفاءة التشغيل¹.

يعود التباين بين المنظومات الصحية بالدرجة الأولى إلى تعدد مصادر التمويل واختلاف أساليب دفع تكاليف الخدمات الصحية، إلى جانب تباين دور الدولة في تقديم هذه الخدمات لمواطنيها.

الفرع الثاني. نماذج عن تمويل النظم الصحية في العالم

إن التعرف على أنظمة تمويل الخدمات الصحية في مختلف الدول يساعد في تحديد مدى نجاح السياسة الصحية في تلبية الاحتياجات الصحية للسكان، بالإضافة إلى بيان أفضل البدائل لتمويل الخدمات التي تعمل على تحسين مستوى كفاءة استخدام الموارد المخصصة للقطاع الصحي خاصة في ظل محدودية الموارد وزيادة الطلب على الرعاية الصحية. يمكن استكشاف وتحليل بعض التجارب مع أنظمة تمويل الخدمات الصحية بناءً على النموذج السابق كما يلي:

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص:292.

أولاً. النظام الصحي البريطاني كنموذج عن الخدمات الصحية الوطنية: تعتبر هيئة خدمات الصحة الوطنية (National Health Service /NHS) من أعظم المنجزات البريطانية والتي نشأت سنة 1948، بحيث كانت تضمن الرعاية الصحية الكاملة لكل المقيمين على أرض بريطانيا سواء مواطنين أو أجانب، وتميزت الخدمات المقدمة بمستوى عال من الجودة بحيث يتأتى تمويلها من ضريبة الدخل، فيدفع المريض في هذه الفترة مبلغ زهيد مقابل خدمات صحية بجودة عالية، ولكن في سنة 1983 تم إدخال تعديلات على النظام ارتفعت معها المبالغ المقدمة من طرف الأفراد لقاء الخدمات الصحية¹.

يعتبر سكان بريطانيا أن الصحة هي جزء من مسؤولية الدولة، فبالرغم من بيروقراطيتها إلا أنها تحظى قبولا بين سكان المنطقة وترضي الشركاء الاجتماعيين في المملكة المتحدة، وذلك بسبب استفادة جميع المواطنين من علاج مجاني ممول عن طريق دافعي الضرائب. كما أنه يتم تخصيص ميزانية موحدة ومحددة هدفها تلبية الاحتياجات المختلفة وتوزيع الإمكانيات ما بين المناطق والهيئات حسب معايير الأولوية. ويمتاز هذا النظام الصحي بتطور البحث العلمي واحتوائه أطباء ممتازين بالإضافة إلى إنتاج قوي للأدوية². من نقاط القوة في النظام الصحي البريطاني تقديم العلاجات المستعجلة ووجود طبيب العائلة والعلاجات الأولية، كما أن غالبية المستشفيات مملوكة من طرف الدولة والعاملون فيها تابعون لها أيضا، بالإضافة إلى وجود سوق تأمين خاص ولكنه صغير جدا³.

وبالرغم من كل هذه الايجابيات فإن هناك بعض الانتقادات موجهة للنظام الصحي البريطاني تتمثل أساس في ندرة التجهيزات مقارنة بنظرائها من الدول الأوروبية، كما أن الأطباء البريطانيون هم أكثر ضررا من الناحية المادية مقارنة بزملائهم في ألمانيا وفرنسا، وهذا ما خلق انزعاج لدى المواطنين البريطانيين بسبب عدم وجود عرض كافٍ يستجيب لاحتياجاتهم كما هو الحال لباقي دول أوروبا. وعلى إثر الانتقادات المقدمة، فلقد تم تجسيد إصلاح في نظام الخدمات الوطنية للصحة سنة 2006، والذي سمح بتقديم حقيقي فيما يخص حرية الاختيار للمرضى وتحسين البنية التحتية وكذا تخفيض قائمة الانتظار⁴.

¹ نائل العجلوني، الصحة في الأردن: واقع وتطلعات، الطبعة الأولى، مؤسسة عبد الحميد شومان، الأردن، 1999، ص: 94.

² العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، مرجع سبق ذكره، ص: 96-97.

³ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، مرجع سبق ذكره، ص: 165.

⁴ العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، مرجع سبق ذكره، ص: 95-101.

يمكن القول أن النظام الصحي البريطاني (NHS) هو مثالا هاما على كيفية تقديم الرعاية الصحية الشاملة كمصلحة عامة مع تركيز شديد على العدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية. من خلال تمويله عبر الضرائب العامة فإنه يضمن توفير خدمات صحية متكاملة لجميع المواطنين بغض النظر عن مستوى دخلهم أو خلفيتهم الاجتماعية.

ثانيا. النظام الصحي الفرنسي كنموذج عن التأمين الاجتماعي: يمتاز النظام الصحي الفرنسي بجودة الخدمات والأداء الحسن، وهو من أحسن الأنظمة في العالم حسب تقرير منظمة الصحة العالمية¹. ويعتمد على ثلاثة مبادئ أساسية تتمثل في²:

- ❖ تحقيق التغطية الشاملة عبر نظام حكومي يتكفل بتحمل المخاطر وتقديم التعويضات.
- ❖ ضمان توفير الرعاية الصحية وإتاحة حرية اختيار الخدمات العلاجية أمام المرضى.
- ❖ تعزيز التعاون بين القطاعين العام والخاص بما يخص إدارة المستشفيات وتمويل خدمات الرعاية الصحية.

تتولى الحكومة الدور المحوري في إدارة النظام الصحي الفرنسي بهدف تحقيق المصلحة العامة للسكان وتعزيز مستويات الصحة لديهم. ويتميز نظام التأمين الصحي في فرنسا بالطابع المركزي، إذ تشرف هيئة الضمان الاجتماعي على إدارته، بينما تتولى وزارة الشؤون الاجتماعية والتكافل مسؤولية الجوانب التمويلية، في حين تعود الإدارة اليومية والتسيير إلى وزارة الصحة.

وقد بلغت نفقات الصحة في فرنسا سنة 2002 حوالي 10% من الناتج الداخلي الإجمالي، والتي خصصت بشكل أكبر للعلاجات والسلع الطبية بالإضافة إلى نفقات الوقاية والتعليم والبحث والإدارة الصحية، وتم تمويل هذه النفقات بنسبة 72% من الحماية الاجتماعية و12% من مختلف أنظمة التأمين والتعاونيات والباقي موزع ما بين الأسر بنسبة 9.7% والدولة والجماعات المحلية بنسبة 4.4% و مصادر مختلفة بنسبة 1.9%³. كما وسع البرنامج العام للتأمين الصحي الفرنسي في عام 2000 نطاق الحصول على التغطية التكميلية، ليشمل كذلك الأفراد ذوي الدخل المنخفض. وبفضل ذلك، أصبح نحو 92% من السكان يتمتعون بإمكانية الاستفادة من هذه التغطية التكميلية بجانب التأمين الصحي الأساسي. تدار التغطية التكميلية عادة من خلال شركات تأمين خاصة، حيث

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، مرجع سبق ذكره، ص: 167.

² خديجة على إبراهيم، دراسة وتحليل الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية (قطاع التربية في محافظة ريف دمشق أنموذجا)، رسالة ماجستير غير منشورة في الاقتصاد، جامعة

دمشق، الجمهورية العربية السورية، 2011/2012، ص: 106.

³ العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، ص: 110-111.

تهدف إلى تعويض الدفعات المشتركة، بالإضافة إلى تغطية الخدمات التي لا يوفرها النظام العام بشكل كامل مثل رعاية الأسنان وخدمات العيون¹.

وبذلك فإن النظام الصحي الفرنسي يمثل نموذجاً متقدماً لنظام التأمين الاجتماعي، حيث يضمن تغطية صحية شاملة لجميع المواطنين من خلال تمويل مختلط يجمع بين مساهمات العمال وأرباب العمل والدعم الحكومي. يعتمد النظام على مبدأ التضامن الوطني، حيث تساهم جميع الأطراف في تمويل الرعاية الصحية، مما يتيح توفير خدمات طبية ذات جودة عالية بأسعار معقولة. كما يغطي التأمين الاجتماعي الفرنسي مجموعة واسعة من الخدمات الصحية بما في ذلك الرعاية الأولية، والعلاج المتخصص، والأدوية، والرعاية الوقائية، مما يضمن حماية صحية كاملة للمواطنين. يتميز النظام بالكفاءة العالية من خلال تعاونه مع القطاع الخاص والمستشفيات العامة، مما يتيح توازناً بين الجودة والتكلفة. بالرغم من التحديات المالية والديموغرافية، يبقى النظام الصحي الفرنسي نموذجاً فعالاً في تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال آليات التأمين الاجتماعي.

ثالثاً. النظام الصحي الأمريكي كنموذج عن التأمين الخاص: لا ينظر في النظام الأمريكي إلى الرعاية الصحية بوصفها حقاً مدنياً للمواطن، إذ يعتمد بشكل أساسي على التأمين الصحي الخاص، مع وجود دعم فيدرالي موجه لغير القادرين وكبار السن والمتقاعدين من الجيش². يسود الاعتقاد بين الأمريكيين بأن الصحة مسؤولية شخصية وأن التغطية التأمينية الخاصة وقوى السوق هي التي تلبي الاحتياجات الصحية للأفراد بدلاً من تدخل الدولة. يعاني النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية من التطور الهائل للنفقات الفردية للصحة، وبذلك فإن التغطية الصحية منخفضة نتيجة الاعتماد على التأمين الخاص³. وتوجد في أمريكا ثلاثة أنظمة تتمثل في:

1- التأمين الخاص: ويضم أغلبية الشباب الأمريكي الناشط والذي يقوم بالتأمين عند الخواص، سواء عن طريق أرباب العمل أو عن طريق العقود الجماعية، وهناك حتى العقود الفردية.

2- التأمينات العمومية: وتغطي الأخطار الكبرى بحيث تؤمن حوالي 23% من السكان، وتمول حوالي 42% من نفقات الصحة.

3- البرامج التضامنية: وتتمثل في:

¹ ميلندا مور وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 56.

² خديجة على إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص: 107.

³ العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، مرجع سبق ذكره، ص: 119.

1-3. برنامج الرعاية الطبية Medicare: تم إنشاء هذا البرنامج عام 1965، ويضم الأشخاص المسنين أكثر من 65 سنة، ثم توسع ليشمل الأشخاص ذوي أمراض العجز الكلوي المزمن والذين يخضعون لغسيل الكلى أو زرعها، بحيث يغطيهم برنامج تضامني يمول من طرف الخزينة العمومية ويغطي حوالي 33 مليون شخص¹. يمول برنامج الرعاية الطبية من إيرادات الضرائب العامة التي يتأتى جزء كبير منها من ضريبة الدخل. ونظرا لارتباط منافع برنامج الرعاية الطبية بالدخل، فإن عدد كبير من المسنين يجدون صعوبة في دفع ما يجب عليهم دفعه من دخولهم، ونتيجة لهذا الكم الهائل من النفقات وعدم كفاية التغطية التأمينية، نجد أن 20 % من المسنين لابد عليهم من الاعتماد على برنامج المساعدات الطبية².

2-3. برنامج المساعدات الطبية Medicaid: هذا البرنامج مخصص لذوي الدخل المنخفض، والفقراء والعجزة الذين هم بحاجة إلى العلاج، ويضم حوالي 30 مليون شخص يمول جزء منه من طرف ميزانية الفيدرالية والدولة³. يمول هذا البرنامج من ضريبة الدخل التي تجمعها الولايات والحكومة الفدرالية، ونظرا لارتفاع نفقات هذا البرنامج اضطرت الولايات لتخفيف نصيبها من تكاليف برنامج المساعدات الطبية المتزايدة، مما قلل من إمكانية الفقراء في الحصول على الرعاية الطبية⁴.

3-3. برنامج المحاربين القداماء: يتكفل هذا البرنامج بتغطية النفقات الصحية للمتقاعدين من الجيش، حيث يوفر لهم مستشفيات ومرافق طبية متخصصة في شتى الولايات الأمريكية، تتيح لهم الحصول على الرعاية الطبية الضرورية في منشآت تدار خصيصا من أجلهم⁵.

تعد الولايات المتحدة الأمريكية الدولة التي تسجل أعلى نسبة إنفاق صحي مقارنة بالناتج المحلي الإجمالي عالميا، إذ بلغ هذا الإنفاق نحو 16% في عام 2016، متجاوزاً بذلك بنحو مرتين ونصف متوسط الإنفاق في بقية الدول ذات الدخل المرتفع. ويعتمد نظام تمويل الرعاية الصحية في أمريكا بشكل رئيسي على التأمين الصحي الخاص والاختياري، الذي توفره غالبية الشركات لموظفيها، ليغطي بذلك نحو ثلثي الأمريكيين⁶. أي أنه بالرغم من أن

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، مرجع سبق ذكره، ص: 170.

² مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية، العراق، المجلد 15، العدد (دراسة تحليلية للسنوات 2002-2014) المستوفي صباح صاحب، تمويل الخدمات الصحية العامة في العراق

63، فيفري 2019، ص: 179

³ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، مرجع سبق ذكره، ص: 170.

⁴ المستوفي صباح صاحب، مرجع سبق ذكره، ص: 179

⁵ خديجة على إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص: 107.

⁶ رجاء الكساب، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة، منتدى البدائل العربي للدراسات، على الموقع: <http://www.afalebanon.org/ar> . تمت زيارته يوم

2020/07/11

الخدمات الصحية المقدمة في أمريكا على قدر عالي من الجودة، فإن النظام الصحي الأمريكي يكتنفه الكثير من الغموض والتعقيد من ناحية تحقيق التغطية الشاملة والعدالة والإتاحة للخدمات الصحية.

إذا فالنظام الصحي الأمريكي يعد نموذجاً مميزاً للتأمين الصحي الخاص، حيث يعتمد بشكل أساسي على شركات التأمين الخاصة لتوفير التغطية الصحية للمواطنين. يتم تمويل الرعاية الصحية بشكل رئيسي من خلال أقساط التأمين التي يدفعها الأفراد وأرباب العمل، بالإضافة إلى مدفوعات مباشرة من المرضى مثل الخصومات والمشاركة في التكاليف. يتيح هذا النظام تنوعاً كبيراً في خيارات التأمين والخدمات الصحية المتاحة، حيث يمكن للأفراد اختيار خطط تأمينية متنوعة تتناسب مع احتياجاتهم وميزانياتهم. ومع ذلك يواجه النظام تحديات كبيرة، مثل ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وعدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية، حيث قد يعاني الأفراد غير المؤمن عليهم أو ذوو التغطية المحدودة من صعوبات في الحصول على الرعاية اللازمة. بالإضافة إلى ذلك، يتميز النظام بتعقيده الإداري وتباينه الكبير في جودة الخدمات المقدمة مما يؤثر على الكفاءة العامة للنظام. على الرغم من هذه التحديات، يبقى النظام الصحي الأمريكي مثالاً على كيفية اعتماد الرعاية الصحية على السوق الحرة والتأمين الخاص، مع التركيز على الابتكار والتنوع في تقديم الخدمات الصحية.

كما هو ملاحظ فإن العديد من الدول نجحت في تحقيق نظام تأمين صحي فعال بينما فشلت دول أخرى في اختيار نظام التأمين الذي يجب تطبيقه على أرض الواقع، وبالتالي تكمن أهمية استعراض بعض من تجارب الدول في التمويل الصحي في الاستفادة من النجاحات المحققة على مستوى كل نظام، والتي من المحتمل أن تساعد واضعي السياسات الاقتصادية بالدول في رسم برنامج تأمين صحي يلائم الظروف الخاصة بالمجتمع الخاص بها، وهذا لا يعني استبعاد الفشل المحقق في دول أخرى وذلك بغية تجنب الأخطاء حتى لا يتم الوقوع فيها مستقبلاً.

كما أن الألفية الثالثة شهدت عدة أنظمة للتأمين الصحي مما يجعل من الأهمية بما كان إيجاد نظام تأمين صحي كفؤ يعطي خارطة طريق لأجل تحسين الخدمات الصحية المقدمة للأفراد. وفيما يخص الدول النامية فمن الصعب تمويل النفقات الصحية من خلال الضرائب بسبب ضعف الدخل وبالتالي محدودية وعاء الضريبة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن هذه الدول غالباً ما تعاني من انخفاض القدرات التنظيمية في تحصيل الضرائب بسبب ارتفاع التهرب الضريبي.

المبحث الثالث. تحليل كفاءة وفعالية الإنفاق العام على الصحة

يعد الإنفاق الاجتماعي والذي يشمل في المقام الأول الإنفاق العام على الصحة، ركيزة أساسية لتحسين رفاهية المجتمع وتعزيز الصحة العامة. وفي ظل التحديات العالمية مثل جائحة فيروس كورونا، شهد العالم زيادة كبيرة في الإنفاق العام على الصحة استجابة للحاجة الملحة لتعزيز النظم الصحية ومكافحة الأزمات الصحية. وتثير هذه الزيادة تساؤلات حول مدى كفاءة هذا الإنفاق ومدى فاعليته في تحقيق النتائج المرجوة.

المطلب الأول. دراسة تحليلية لظاهرة تزايد الإنفاق العام على الصحة

يستمر الإنفاق العام على الصحة في التزايد كظاهرة عالمية، مما يعكس الاعتراف المتزايد بأهمية الاستثمار في الرعاية الصحية كعنصر مهم في الإنفاق الاجتماعي. وتشمل هذه النفقات تمويل خدمات الرعاية الصحية وتحسين البنية التحتية الصحية بهدف تحسين الوصول إلى الرعاية الجيدة وتحسين نوعية الحياة. ومع ذلك فإن زيادة الإنفاق تثير تساؤلات حول الحجم الأمثل للإنفاق العام على الصحة وكيفية الاستخدام الأمثل للموارد المالية لتحقيق أعلى مستويات الكفاءة والفعالية.

الفرع الأول. مكونات الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية

تشتمل مكونات الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية على ثلاثة مكونات رئيسية هي¹:

أولاً. **الإنفاق العام (الحكومي)**: يمثل المبالغ التي تخصصها الحكومة من الخزينة العامة للخدمات الصحية، ويشكل جزءاً من الموازنة العامة السنوية.

ثانياً. **الإنفاق الخاص**: يشمل الإنفاق الشخصي المباشر من جيب المستهلك، أو ما يعرف بالإنفاق المباشر. ويتضمن أيضاً نسبة من الاشتراكات في التأمين الخاص والعام، بالإضافة إلى مدفوعات التأمين الإضافية. بالإضافة إلى ذلك يشمل رسوم الخدمات الصحية سواء العامة أو الخاصة، ويغطي الإنفاق المباشر على الأدوية.

¹ محمد حسين حفي غانم، تحليل مقارن لأثر الإنفاق في التعليم والصحة على التنمية البشرية بين مصر وماليزيا، المجلة العلمية للبحوث التجارية، كلية التجارة، جامعة جنوب الوادي، المجلد 3، العدد 01، 2019، ص: 47.

ثالثاً. الإنفاق على التأمين: يتكون من مساهمات المواطنين، وهي تشكل جزءاً كبيراً من هذا النوع من الإنفاق بالإضافة إلى الجزء الذي تدفعه الخزينة العامة وفقاً لقوانين التأمين المعمول بها إلى غاية الوقت الحالي.

الفرع الثاني. الإنفاق العام على الصحة كركيزة أساسية للإنفاق الاجتماعي

يعد الإنفاق العام على الصحة حجر الزاوية في الإنفاق الاجتماعي، حيث يتم توجيه الموارد المالية الحكومية نحو تعزيز الصحة. كما يعبر عن التزام الدولة بأولوياتها في مجال السياسة الاجتماعية، مما يدل على الاهتمام بالاستثمار في رأس المال البشري.

أولاً. الإنفاق الاجتماعي: إن النفقات الاجتماعية العامة ليست مجرد مساعدة اختيارية تقدمها الحكومة للأفراد، بل هي استثمارات أساسية في رأس المال البشري وعوامل تساهم في تعزيز الإنتاجية بالإضافة وأدوات لمعالجة الفوارق في الوصول إلى الخدمات الأساسية. إلا أن أساليب توزيع وإنفاق الموارد العامة - والتي يتم تحديدها بناءً على السياسات المالية للحكومات - تؤثر بشكل دائم على اقتصاد الدولة ومبادرات التنمية البشرية واستقرار نسيجها الاجتماعي. ولذلك يجب أن تلعب السياسة المالية دوراً محورياً في إنشاء مجتمعات واقتصادات متقدمة يتمتع فيها الجميع بإمكانية الوصول العادل والمنصف إلى الموارد والخدمات. ويختلف فهم وتعريف الإنفاق الاجتماعي من بلد إلى آخر. على سبيل المثال، يتم استخدام معيار دولي مشترك لقياس الإنفاق الحكومي على قطاعات مثل الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية، وتعتبر هذه النفقات خدمات اجتماعية ممولة من الموازنة الحكومية. وقد تم تطوير هذا المعيار المعروف باسم "معيار الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية" من قبل صندوق النقد الدولي، ويركز على العديد من العناصر الأساسية التي تساهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة¹. كما يعرف الإنفاق الاجتماعي وفقاً لصندوق النقد الدولي على أنه ذلك الجزء من الإنفاق الحكومي الذي تخصصه الميزانية لدعم نظم الصحة، والتعليم، والحماية الاجتماعية².

يمكن القول أن الإنفاق الاجتماعي يمثل مجموعة من النفقات التي تتحملها الحكومة أو المؤسسات العامة بهدف تحسين الرفاه الاجتماعي وتلبية احتياجات المواطنين الأساسية. يشمل هذا الإنفاق تمويل الرعاية الصحية، والتعليم والضمان الاجتماعي، والإسكان، والرعاية الاجتماعية. وتسعى هذه النفقات إلى تعزيز الأمن الاجتماعي، وتقليل الفقر، ودعم الفئات الضعيفة في المجتمع. يعد توزيع الإنفاق الاجتماعي مؤشراً على العدالة الاجتماعية، حيث يعكس

¹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، نحو جعل الميزانيات أكثر إنصافاً وكفاءة وفعالية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، مرصد الإنفاق الاجتماعي للدول العربية، الأمم المتحدة، بيروت، لبنان، 2022، ص: 36.

² اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا نحو إنفاق اجتماعي أكثر إنصافاً وكفاءة وفعالية، مرصد الإنفاق الاجتماعي في الأردن، E/ESCWA/CL3.SEP/2021/CP.4، الأمم المتحدة، بيروت، لبنان، 2022، ص: 09.

التزام الحكومة بتقليل الفجوات الاقتصادية والاجتماعية وتحسين نوعية الحياة، حيث تشير العديد من الأبحاث إلى أن الإنفاق الاجتماعي الفعال يمكن أن يؤدي إلى تحسينات كبيرة في مؤشرات التنمية البشرية.

ثانياً. تعريف الإنفاق العام على الصحة: يشير الإنفاق العام على الصحة إلى النفقات التي يتم إنفاقها على الخدمات الصحية باستخدام الأموال العامة وتشمل ذلك التمويل الذي يأتي من الهيئات الحكومية على مستوى الدولة والمحلية، بالإضافة إلى برامج الضمان الاجتماعي. يشمل هذا النوع من الإنفاق استثمارات القطاع العام في بناء وصيانة المرافق الصحية، بالإضافة إلى تحويلات رأس المال إلى القطاع الخاص لإنشاء مستشفيات واقتناء المعدات الطبية اللازمة¹. يعرف الإنفاق الصحي الحكومي بشكل عام بأنه مجموع الأموال التي تخصصها الدولة للوقاية والعلاج والتأهيل، والرعاية الصحية، والتي تشمل أيضاً الأنشطة المرتبطة بالصحة السكانية، والتغذية، وبرامج الطوارئ، وذلك بهدف تعزيز وتحسين صحة الأفراد والمجتمع ككل. وهناك ثلاثة مكونات أساسية للإنفاق الصحي الحكومي هي²:

- ✓ يشمل الإنفاق العام على الموارد البشرية كافة الأجور والرواتب والحوافز التي تصرف لتأهيل وتدريب وتشغيل الكوادر البشرية في القطاع الصحي.
- ✓ يتضمن الإنفاق العام على المنتجات الوسيطة المصروفات المخصصة للمستلزمات والخدمات الطبية مثل احتياجات المختبرات من المواد الكيميائية.
- ✓ يغطي الإنفاق العام على الأصول الرأسمالية النفقات المتعلقة بشراء الآلات والمعدات والأجهزة الطبية المتخصصة، إضافة إلى إنشاء المباني وتجهيزاتها.

يعتمد حجم الإنفاق العام على الصحة في المقام الأول على الموارد المالية المتاحة للحكومات، والتي تتميز بقدرتها على تخصيص موارد مالية إضافية للصحة دون الحاجة إلى الاقتراض المفرط أو تخفيض ميزانيات القطاعات الأخرى. ويلعب هذا المفهوم دوراً محورياً في المناقشات الحالية حول كفاءة واستدامة توسيع التأمين الصحي من خلال استخدام الإعانات المختلفة. ولتحقيق التغطية الصحية الشاملة، من الضروري زيادة إجمالي الإنفاق العام على الصحة للفرد كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، سواء من خلال الإيرادات الضريبية أو من خلال المساهمات الإلزامية. ويتطلب ذلك أن يتم توجيه الزيادة في الإنفاق العام على الصحة نحو الخطط الحكومية والمساهمات الإلزامية، مما يعني زيادة نسبة الإنفاق الصحي الحكومي المحلي من إجمالي الإنفاق الصحي ومن الإنفاق الحكومي العام. ومن الأهمية بما كان

¹ <https://www.unescwa.org/>

² محمد عربي ياسر الربيعي، *أثر الإنفاق الصحي الحكومي في التنمية البشرية المستدامة في العراق*، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، الجامعة المستنصرية، العراق، 2011، ص: 37-38.

التحول نحو تمويل الصحة من خلال آليات الدفع المسبق وتجميع الموارد بدلا من الاعتماد على المدفوعات المباشرة من الجيب عند الحاجة إلى الرعاية الصحية وذلك لتقليل العبء المالي على الأسر الضعيفة.¹

الفرع الثالث. العوامل المؤدية إلى تزايد الإنفاق العام على الصحة

يتزايد إجمالي الإنفاق على الصحة بشكل أسرع من إجمالي الناتج المحلي، وهذه الزيادة أكبر في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (بنحو 6% في المتوسط) عنها في البلدان المرتفعة الدخل (4%)². كما يتأثر هذا الإنفاق وطرق تمويله بالسياسات الصحية والسياسات العامة للدولة³. ومع زيادة متوسط العمر المتوقع تزداد الحاجة إلى المزيد من الموارد للعلاج الطبي والرعاية المستمرة للمسنين. ويفرض الطلب المتزايد على الخدمات الصحية ضغوطا إضافية على الميزانيات، نتيجة انتشار الأمراض المزمنة وزيادة الاتجاهات الاستهلاكية بين المرضى⁴. وبغض النظر عن أساليب تمويل وتنظيم وتقديم الخدمات الصحية، فإن الأنظمة الصحية في الدول المتقدمة والنامية تواجه مشاكل تتمثل في زيادة الطلب وارتفاع التكاليف، وبالتالي الضغط على الموارد المتاحة لتقديم الخدمات الصحية. ويرجع ذلك إلى عدة عوامل، منها⁵:

- أدى التقدم الطبي إلى ظهور علاجات جديدة مثل زرع الأعضاء والعلاج الجيني، مما خلق احتياجات جديدة لزيادة الإنفاق الصحي. كما أدى انتشار تقنية التشخيص والعلاج عن بعد والطب عن بعد إلى خلق احتياجات جديدة لمزيد من الإنفاق على الخدمات الصحية وتوقعات أكبر، بالإضافة إلى زيادة تكاليف الاتصالات في مجال الخدمات الصحية عبر الأقمار الصناعية.
- يؤدي تحسين مستويات المعيشة إلى زيادة متوسط العمر المتوقع وبالتالي زيادة الحاجة إلى المزيد من الموارد اللازمة للعلاج الطبي والرعاية المستمرة للمسنين.

¹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، التأمين الصحي المدعوم للفئات التي يصعب الوصول إليها: نحو تغطية صحية شاملة في المنطقة العربية - نظرة أولى -، الأمم المتحدة، 2022، ص: 13

² Xu, K., et al. (2018). *Public spending on health: A closer look at global trends*. Geneva: **World Health Organization**. 2018. ISBN 978-92-4-004034-2.p:05

³ محمد حسن خليل، **اقتصاديات الصحة في مصر في مرحلة الانتقال، تقرير الاتجاهات الاقتصادية الإستراتيجية 2013**، مركز الدراسات الإستراتيجية بمؤسسة الأهرام، مصر، نوفمبر 2013، ص: 02.

⁴ كيران وولش، جوديث سميث، **إدارة الرعاية الصحية**، الطبعة الأولى، ترجمة نبيل ابو النجا، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، 2009، ص: 95، 119.

⁵ طلعت الدمرداش إبراهيم، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثارها الاقتصادية: دراسة حالة لجمهورية مصر العربية، **مجلة البحوث التجارية (كلية التجارة - جامعة الزقازيق)** - مصر، المجلد 22، العدد 02، ص: 15-114، 2000، ص: 36-40.

- أدى التغير في بنية الأسرة في الدول المتقدمة إلى عدم قدرة كبار السن على تلقي الرعاية من أفراد أسرهم حيث لا يرغب معظم الأفراد في تكوين أسر وإنجاب أطفال يعولونهم عندما يكبرون، مما سيزيد العبء على الخدمات الصحية الحكومية.
- هناك توقعات عالية لمستويات الخدمات الصحية في الدول المتقدمة، مما يجعل سكانها يطالبون بخدمات صحية أكثر وأفضل.
- إن نقص المعلومات عن الخدمات الصحية لدى المستهلكين تلك الخدمات يؤدي إلى زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية، في حين أن توفر نظام معلومات جيد عن الخدمات الصحية يؤدي إلى اختصار خطوات ومراحل العلاج وتكاليفه.
- أدى انتشار التعليم في الدول النامية وزيادة الاهتمام ببرامج الإعلام الصحي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية، ومن ثم التوسع في مخصصات الخدمات الصحية في برامج الإنفاق العام في الموازنة العامة للدولة.
- أدى التقدم الصناعي السريع في الدول المتقدمة والجهود التي تبذلها الدول النامية لتحقيق التنمية الصناعية إلى تزايد مشاكل التلوث البيئي وما يتبعه من تدهور في الحالة الصحية العامة للسكان. وقد أدى ذلك إلى زيادة مخصصات الإنفاق العام على برامج الخدمات الصحية الوقائية ومراقبة الصحة البيئية.
- أدى الاهتمام المتزايد بالاستثمار في الموارد البشرية منذ بداية الثمانينات إلى زيادة الإنفاق العام على الخدمات الصحية والتعليمية، حيث يشكل كل من الصحة والتعليم أهم أشكال رأس المال البشري.
- إن الزيادة السكانية تفرض على الحكومات ضرورة تخصيص موارد متزايدة للقطاع الصحي، سواء كانت هذه المخصصات موجهة إلى برامج الخدمات الصحية أو إلى البرامج البديلة التي تهدف إلى تحسين الصحة. ولعل هذا العامل يبدو أكثر وضوحاً في الدول النامية، حيث تعاني من ارتفاع معدلات النمو السكاني رغم برامج تنظيم الأسرة.
- التوجهات السياسية للحكومات لزيادة مخصصات الإنفاق الاجتماعي العام كأهداف للبرامج الانتخابية، فعادة ما يكون هناك ارتباط وثيق بين التعليم والصحة والأهداف الاجتماعية.
- أدى ظهور التقنيات الطبية الحديثة إلى تسابق الحكومات لاقتنائها بحجة مواكبة العصر دون مراعاة التزاماتها المالية أو فرص وإمكانات الاستفادة منها. وبذلك أصبح الجزء الأكبر من المكون الرأسمالي للإنفاق العام على الخدمات الصحية يستخدم في إنشاء وتجهيز المستشفيات المتخصصة على درجة عالية من التكنولوجيا والتكاليف العالية. إضافة إلى توجه بعض المستشفيات الحكومية لاقتناء معدات طبية عالية التقنية قد لا تستخدم على الإطلاق، وحتى لو تم استخدامها فستكون أقل بكثير من طاقتها التشغيلية المثلى.

➤ المشاكل الأخلاقية لكل من المستهلكين ومقدمي الخدمات الصحية. وفيما يتعلق بالتمويل الحكومي، تنخفض تكلفة العلاج التي يتحملها المريض، وبالتالي لا يوجد ضغط مالي مباشر على مستهلكي الخدمات الصحية لتقليل طلبهم كما كان سيحدث لو أنهم دفعوا ثمن هذه الخدمات بشكل مباشر وبالكامل. ومن ثم يفرط المستهلكون في استخدام الخدمة لأسباب وأغراض تافهة قد يتجاهلوها أو يعالجونها بأنفسهم في ظروف أخرى، وهذا قد يشجع الأفراد على تبني أنماط حياة غير صحية يمكن أن تؤدي إلى الحاجة إلى العلاج.

➤ قد لا يكون لدى مقدمي الخدمات الصحية الحكومية إحساس سليم بالاقتصاد واستخدامهم للأموال العامة بسبب انخفاض إحساس مقدمي الخدمة بتكاليف العلاج والخدمات التي يقدمونها. وقد يشجعون الطلب على الخدمات الصحية من منطلق أن حجم الميزانيات المخصصة لهم يعتمد على حجم الطلب على خدماتهم. وقد يبالغون في تضخيم أوجه القصور في خدماتهم ويسلطون الضوء على أوجه القصور فيها كوسيلة للحصول على ميزانيات أكبر.

➤ انتشار الفساد في الجهات الحكومية بما فيها وحدات الخدمات الصحية الحكومية. حيث أن انخفاض أجور موظفي الحكومة يجبرهم على قبول الرشاوى، خاصة في مجال عقود التوريد. وقد تزداد فرص الحصول على الرشاوى في عقود مباني المستشفيات، والمعدات الطبية، وإمدادات الغذاء والدواء، وما يترتب على ذلك من انخفاض مستوى الخدمات الصحية وارتفاع تكاليفها. هذا بالإضافة إلى قيام الموظفين الحكوميين في مجال الخدمات الصحية بتقديم المجاملات لأصدقائهم وأقاربهم، وهذا أمر منتشر في الدول النامية حيث تكون العلاقات شخصية إلى حد كبير.

بالإضافة إلى كل ما سبق يمكن القول أن انتشار الأمراض المعدية والظهور المتكرر لفيروسات جديدة، مثل فيروس كورونا، يؤدي إلى زيادة العبء المالي على أنظمة الرعاية الصحية في مختلف أنحاء العالم. وتشكل الاستجابة لهذه التحديات الصحية الملحة محركاً رئيسياً للنمو الاستثنائي في الإنفاق العام على الصحة. وهذا يتطلب موارد مالية إضافية لتطوير وتوزيع اللقاحات وتعزيز النظم الصحية وتنفيذ برامج التوعية للحد من انتشار هذه الأمراض. ولذلك يصبح الإنفاق الفعال وعلى الرعاية الصحية عنصراً أساسياً في الحفاظ على السلامة العامة ومواجهة التحديات الصحية المستقبلية.

الفرع الرابع. الحجم الأمثل للإنفاق العام على الصحة

تتناول العديد من الدراسات حجم الإنفاق الأمثل الذي يجب أن تستهدفه الدول لتحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة، مع الإشارة إلى ضرورة زيادة الإنفاق المحلي في هذا القطاع. فوفقاً لصندوق النقد الدولي، يتعين

على البلدان النامية أن تزيد من انفاقها على الصحة بما يتراوح بين 2% و 8.3% من الناتج المحلي الإجمالي بحلول 2030.¹

ومما لا شك فيه أن البلدان ذات الموارد الوفيرة تجد في تحقيق الحق في الصحة أمرا أقل تعقيدا. حيث أنه لا يمكن لأي دولة مهما كانت غنية أن تلبي جميع الاحتياجات الصحية التي يطمح إليها سكانها أو يحتاجون إليها بالفعل. والواقع أن الحجم الأمثل للإنفاق العام على الصحة لا يتحدد بمقياس ثابت، بل هو نتاج لقرار سياسي تشكله السياسات الضريبية وتحديد أولويات الإنفاق. ويتأثر هذا القرار بالقيم السائدة والأهداف المرجوة للنظام الصحي وطرق تناول المناقشات العامة، فضلا عن القدرات الإدارية للدولة. كما أن الدور المتوقع للحكومة في الرعاية الصحية والاهتمام بالأشكال الأخرى للإنفاق العام من العوامل الرئيسية في تحديد هذا الإنفاق. ولذلك لا يمكن القول بأن هناك مبلغا مثاليا ينبغي للدولة أن تنفقه على الصحة، بل هناك مبلغ محدد يجب إنفاقه لتحقيق الأهداف الصحية التي تضعها الدولة نصب أعينها. وتلعب كفاءة الإنفاق دورا حاسما في هذه العملية، لأنها تؤثر بشكل مباشر على القدر اللازم من الموارد المالية. مما يعني أن أي انخفاض في الكفاءة سيؤدي إلى زيادة في كمية الموارد اللازمة لتحقيق هذه الأهداف.²

يتأثر مستوى الدعم المقدم للقطاع الصحي بشكل مباشر بحجم الموارد التي تخصصها الحكومة من موازنتها لهذا الغرض، وهذا بدوره يعتمد على نسبة الناتج المحلي الإجمالي الموجهة إلى الإنفاق الحكومي العام ونسبة هذا الإنفاق تحديداً المخصصة لقطاع الصحة. وبالتالي يمكن توقع وجود علاقة إيجابية بين إنفاق الحكومات المحلية على الصحة (كنسبة من الإنفاق الحكومي) والإنفاق العام (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي). يظهر تحليل المالية العامة تباين القدرة المالية على أساس نسب الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي، حيث تعتبر القدرة المالية "منخفضة للغاية" عندما تكون النسبة أقل من 15%. يتم تعريف "منخفض" على أنه يتراوح بين 15% و 20%. يتم تعريف "منخفض إلى متوسط" على أنه يتراوح بين 20% و 25%. وتشير النسبة بين 25% و 35% إلى قدرة "متوسطة". "متوسط إلى مرتفع" يمثل ما بين 35% و 45%. وأخيرا، تعتبر القدرة المالية "عالية جدا" عندما تتجاوز 45%. إضافة إلى ذلك فإن نسبة إنفاق الحكومات المحلية على الصحة مقارنة بالإنفاق الحكومي العام تعكس الأهمية التي توليها الحكومات

¹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، التأمين الصحي المدعوم للفئات التي يصعب الوصول إليها: نحو تغطية صحية شاملة في المنطقة العربية - نظرة أولى، مرجع سبق ذكره،

ص: 14.

² William Savedoff et al, (2023). *Smart Spending for Health: How to Make Each Dollar Count*. Inter-American Development Bank. 1300 New York Avenue, N.W., Washington, D.C. 20577. pp: 04-05.

لقطاع الصحة مقارنة بالقطاعات الأخرى. وتشير هذه النسب إلى أولويات التخصيص المالي ضمن الموازنات الحكومية وتسלט الضوء على كيفية توجيه الموارد لتلبية احتياجات القطاع الصحي¹.

تعد الاستثمارات في الرعاية الصحية من بين الأولويات الرئيسية للحكومات حول العالم، حيث من المتوقع تأثيرها المباشر على صحة المواطنين واستقرار المجتمعات. يعتمد الحجم الأمثل للإنفاق العام على الصحة على توازن دقيق بين تلبية الاحتياجات الصحية الأساسية وتعزيز الجودة والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية. ومع ذلك فإن التحديات الديموغرافية والتكنولوجية المتزايدة تفرض ضغوطاً إضافية على الميزانيات الصحية، مما يستدعي استراتيجيات متقدمة لإدارة النفقات وتحقيق أقصى قدر من الفعالية.

المطلب الثاني. التباين في الإنفاق العام الصحي على مستوى العالم وتأثيرات جائحة كوفيد-19

إن فهم التباين في الإنفاق العام الصحي على مستوى العالم وتأثيرات جائحة كوفيد-19 يعد أمراً ضرورياً لتحليل كيفية استجابة النظم الصحية للتحديات الاستثنائية وتأثير الوباء على سياسات الإنفاق الصحي وأولوياته. سيتم تسليط الضوء على الفجوات الرئيسية بين دول العالم في مؤشرات الإنفاق الصحي، مما يساهم في تقييم كفاءة الاستثمارات الصحية العامة في فترات ما قبل وأثناء الجائحة ويدعم تعزيز الفهم اللازم لتطوير النظم الصحية لتكون قادرة على التعامل مع التحديات المستقبلية.

الفرع الأول. تحليل مؤشرات الإنفاق العام على الصحة على مستوى العالم

يوضح الجدول الموالي مؤشرات الإنفاق العام على الصحة بحيث تظهر هذه المؤشرات تطور الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي عبر السنوات الماضية، مما يعكس التغيرات في السياسة الصحية والاقتصادية. يمكن استخدام هذه البيانات لفهم التأثيرات الاقتصادية والمالية للسياسات الصحية المتبعة على مستوى كافة دول العالم خلال هذه الفترة الزمنية.

¹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، التأمين الصحي المدعوم للفئات التي يصعب الوصول إليها: نحو تغطية صحية شاملة في المنطقة العربية- نظرة أولى-، مرجع سبق ذكره،

الفصل الأول. الإنفاق العام على الصحة كقاطرة لدعم وتمويل النظم الصحية

الجدول رقم (01). مؤشرات الإنفاق العام الصحي عالمياً خلال الفترة (2000-2022)

مجموعات الدول حسب فئة الدخل	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%)	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (%)	نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة (حسب تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي)									
	2022	2020	2019	2000	2022	2020	2019	2000	2022	2020	2019	2000
العالم	62.11	63.66	60.35	57.42	6.16	6.93	5.91	4.95	1063.3	968.8	849.77	322.9
الدول العربية	61.33	63.01	59.57	54.44	2.7	3.61	2.96	2.15	435.96	489.04	422.94	233.97
مجموعة الدول مرتفعة الدخل	64.66	66.14	62.43	59.41	8.11	9.10	7.66	5.57	4619.88	4229.73	3619.3	1344.78
مجموعة الدول متوسطة الدخل	51.97	52.83	51.92	39.53	2.74	2.91	2.73	1.96	360.87	314.02	291.89	66.63
مجموعة الدول منخفضة الدخل	20.66	22.79	20.42	29.09	1.07	1.2	0.99	1.22	25.73	28.07	23.72	16.03

المصدر: من إعداد الطالبة اعتماداً على بيانات البنك العالمي.

يتضح من خلال بيانات الجدول أن هناك زيادة في الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي والناتج الداخلي الإجمالي في مختلف فئات الدخل بين عامي 2000 و2022. لكن في نفس الوقت يمكن ملاحظة أن البيانات عرفت تراجعاً كبيراً بعد أزمة كورونا التي تسببت في تأثيرات ملحوظة على النظام الصحي في العديد من الدول.

عند النظر إلى العالم بشكل عام، نجد أن نسبة الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي قد ارتفعت من 57.42% في عام 2000 إلى 63.66% في عام 2020، ثم انخفضت بشكل طفيف إلى 62.11% في 2022. هذا الانخفاض الطفيف قد يكون نتيجة لتقليص بعض الدول للإنفاق العام بسبب الأزمات الاقتصادية التي تسببت بها جائحة كورونا. أما بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي، فقد شهدت نسبة الإنفاق العام على الصحة زيادة من 4.95% في 2000 إلى 6.93% في 2020، ثم استقر عند 6.16% في 2022. ولكن عند ملاحظة نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة وفقاً لتقنية تعادل القوى الشرائية، نجد زيادة ملحوظة من 322.9 دولار أمريكي في 2000

إلى 968.8 دولار في 2020، حيث يشير هذا إلى تحسين مستوى الإنفاق الصحي، ثم واصل الارتفاع في 2022 ليصل إلى 1063.3 دولار أمريكي.

بالنسبة للدول العربية، يظهر الزيادة في نسبة الإنفاق العام على الصحة من 54.44% في 2000 إلى 63.01% في 2020، ولكن في عام 2022، انخفضت هذه النسبة إلى 61.33%. هذا التراجع الطفيف قد يكون نتيجة لقيود الميزانية بعد جائحة كورونا. على صعيد الناتج المحلي الإجمالي، ارتفعت النسبة من 2.15% في 2000 إلى 3.61% في 2020، لكن تراجعت بشكل ملحوظ إلى 2.7% في 2022، مما يشير إلى تأثير الأزمات الصحية والاقتصادية على الإنفاق العام. أما نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة، فقد شهد زيادة من 233.97 دولار في 2000 إلى 489.04 دولار في 2020، إلا أنه تراجع قليلاً إلى 435.96 دولار في 2022، وهو ما يعكس صعوبة الحفاظ على نفس مستويات الإنفاق في بعض الدول العربية بعد الأزمة الصحية العالمية.

في مجموعة الدول مرتفعة الدخل، نجد أن نسبة الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق الصحي شهدت زيادة ملحوظة من 59.41% في 2000 إلى 66.14% في 2020، إلا أن هذه النسبة تراجعت بشكل طفيف إلى 64.66% في 2022. يشير هذا التراجع الطفيف إلى التأثيرات السلبية لجائحة كورونا على هذه الدول، بالرغم من أن لديها إمكانيات اقتصادية أكبر مقارنة بالدول الأخرى. أما بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي، فقد شهدت الدول مرتفعة الدخل زيادة كبيرة في الإنفاق العام على الصحة، من 5.57% في 2000 إلى 9.10% في 2020، ثم تراجعت إلى 8.11% في 2022، مما يشير إلى محاولات بعض الدول للتحكم في الإنفاق بسبب الأزمات الاقتصادية المصاحبة للجائحة. وعلى مستوى نصيب الفرد، تزايد الإنفاق من 1344.78 دولار في 2000 إلى 4229.73 دولار في 2020، ثم استمر في الارتفاع إلى 4619.88 دولار في 2022، مما يعكس قدرة هذه الدول على زيادة الإنفاق رغم التحديات.

بالنسبة للدول متوسطة الدخل، فقد شهدت زيادة كبيرة في نسبة الإنفاق العام على الصحة من 39.53% في 2000 إلى 52.83% في 2020، لكن هذه النسبة استقرت عند 51.97% في 2022. أما بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي، فقد ارتفعت النسبة من 1.96% في 2000 إلى 2.91% في 2020، ثم تراجعت قليلاً إلى 2.74% في 2022. هذا التراجع قد يكون نتيجة للمشاكل الاقتصادية التي صاحبت أزمة كورونا. نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة وفقاً لتقنية تعادل القوى الشرائية شهد زيادة كبيرة من 66.63 دولار في 2000 إلى 314.02 دولار في

2020، ولكن هذا الرقم واصل الارتفاع ليصل إلى 360.87 دولار في 2022، مما يشير إلى تحسن مستوى الإنفاق الصحي رغم الصعوبات.

يلاحظ أن نسبة الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق الصحي قد شهدت تراجعاً ملحوظاً من 29.09% في 2000 إلى 22.79% في 2020 بالنسبة للدول منخفضة الدخل، ثم استقرت عند 20.66% في 2022. هذه الانخفاضات تعكس الأزمة التي تعرضت لها هذه الدول بسبب كورونا، حيث كانت تعاني من نقص في الموارد المالية للإنفاق على الصحة. كما أن نسبة الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي كانت منخفضة جداً، حيث انخفضت من 1.22% في 2000 إلى 1.07% في 2022، وهو ما يعكس التحديات التي تواجه هذه الدول في تمويل نظام الرعاية الصحية. أما نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة، فقد ارتفع من 16.03 دولار في 2000 إلى 28.07 دولار في 2020، لكن هذا الرقم تراجع إلى 25.73 دولار في 2022، مما يعكس الصعوبات الاقتصادية بعد الجائحة.

تظهر البيانات بوضوح كيف أحدثت جائحة كورونا تغييراً جذرياً في السياسات والأولويات الصحية في جميع أنحاء العالم. وهو ما يعكس الحاجة العالمية لمواجهة التحديات الصحية بشكل أكثر فعالية. وقد تمكنت البلدان الأكثر ثراءً من الاستجابة بشكل أفضل من خلال زيادة الإنفاق وتحسين البنية الأساسية، في حين لا تزال البلدان ذات الدخل المنخفض تواجه تحديات كبيرة.

الفرع الثاني. تداعيات جائحة كوفيد 19 على الإنفاق العام الصحي

لقد جددت جائحة كوفيد-19 اهتمام صناع السياسات حول العالم بأهمية الاستثمار في القطاع الصحي من أجل بناء أنظمة صحية قوية قادرة على الصمود في وجه الأزمات والحد من تداعياتها السلبية على الاقتصادات والمجتمعات. وبالرغم من أن الإنفاق العالمي الحقيقي على الصحة تضاعف خلال العقدين الماضيين ليصل إلى نحو 8.5 تريليون دولار في عام 2019، وهو ما يمثل نحو 9.8% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي، إلا أن الجائحة هزت كافة الأنظمة الصحية في مختلف دول العالم وتسببت في خسائر إنسانية فادحة لم يشهدها العالم من قبل. كما تسببت الجائحة في ركود اقتصادي عالمي، مما دفع كافة الدول إلى حشد مواردها وتعزيز إنفاقها على الصحة لدعم أنظمتها الصحية في مواجهة الفيروس ومنع انتشاره وتوفير اللقاحات بعد ذلك. وقد أدى تباين الحيز المالي للبلدان إلى تباين القدرات في تعزيز الموارد الإضافية المطلوبة لمواجهة الوباء. وبينما تمكنت الاقتصادات المتقدمة من زيادة إنفاقها على الصحة في

المتوسط بنحو 1.5% من الناتج المحلي الإجمالي خلال عام 2020، فإن هذه النسبة لم تتجاوز 0.9% في الاقتصادات الناشئة والدول النامية منخفضة الدخل.

كان الإنفاق الحكومي هو العامل الرئيسي في زيادة الإنفاق العام على الصحة من سنة 2019 إلى غاية سنة 2020، حيث ارتفع الإنفاق الحكومي للفرد على الصحة في جميع فئات الدخل وزاد بوتيرة أسرع مما كان عليه في السنوات السابقة. وقد لعبت الحكومات دوراً مركزياً في نمو الإنفاق على الصحة في عام 2020، إذ زاد الإنفاق الحكومي على الصحة بشكل كبير في جميع فئات الدخل، ليصل إلى أعلى مستوياته على الإطلاق من حيث نصيب الفرد الحقيقي. وكانت الزيادات من عام 2019 إلى عام 2020 أكبر بكثير مما كانت عليه في السنوات السابقة حيث كانت البلدان منخفضة الدخل في المقدمة، وبذلك ارتفع نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بنسبة 18.6% خلال سنة 2020، ليصل إلى 9.20 دولار أمريكي. وفي البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى، ارتفع بنسبة 14.9% ليصل إلى 61 دولاراً. وكان النمو أبطأ، وإن كان لا يزال سريعاً في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى (8.4%، إلى 307 دولارات) والبلدان المرتفعة الدخل (11.0%، إلى 2689 دولاراً). وفي معظم الدول أدت الظروف الاقتصادية بشكل كبير في عام 2020 إلى انخفاض قدرة الحكومات على توليد الضرائب والإيرادات الأخرى. وبناء على ذلك لم يأت نمو الإنفاق الحكومي على الصحة من خلال نمو الدخل، بل من خلال مجموعة من خيارات السياسات التي وسعت بسرعة دور الحكومة في الاقتصاد¹.

تمتد تأثيرات جائحة كوفيد-19 إلى ما هو أبعد من الجوانب الصحية، إذ إنها تفرض تحديات كبيرة على العديد من جوانب التنمية الاجتماعية والاقتصادية. في عام 2020، وهو العام الأول للجائحة، كافحت الأنظمة الصحية في العديد من البلدان للحفاظ على الخدمات الأساسية الروتينية، وإجراء اختبارات كوفيد-19، وتتبع العلاج. شهد هذا العام زيادة في الموارد المالية المخصصة للصحة، مدفوعة بزيادة الإنفاق الحكومي على الصحة للفرد ونسبة من إجمالي الإنفاق الحكومي في معظم البلدان. وفي نفس الوقت انخفض الإنفاق المباشر من الجيب على الصحة من حيث القيمة الحقيقية بسبب القيود التي يفرضها جانبي العرض والطلب. للإنفاق الحكومي على الصحة أهمية كبيرة لضمان المساواة في الحصول على الخدمات الصحية وتخفيف العبء المالي على الأسر من خلال تغطية تكاليف الخدمات الصحية عند الحاجة. وقد لعبت الحكومات دوراً محورياً في توفير المنافع العامة أين طغى الوباء على معظم الأنظمة الصحية وأثار أزمات اقتصادية. واستجابة لذلك، قامت معظم الحكومات بزيادة الموارد المالية المخصصة للصحة في

¹ سحر عبود، الإنفاق الصحي في مصر وتعزيز الصمود في مواجهة الأزمات، *مجلة كلية السياسة والاقتصاد*، جامعة بني سويف، مصر، المجلد 18، العدد 17، جانفي 2023، ص:311.

عام 2020 لمكافحة الجائحة، مما أدى إلى ارتفاع الإنفاق الحكومي وانخفاض النفقات من الجيب. ونتيجة لذلك انخفضت نسبة النفقات من الجيب في الإنفاق الصحي الإجمالي¹.

المطلب الثالث. مؤشرات قياس كفاءة الإنفاق العام على الصحة

تلعب مؤشرات قياس كفاءة وفعالية الإنفاق على الصحة العامة دوراً رئيسياً في تحسين النظم الصحية وضمان الاستخدام الأمثل للموارد. وتساعد هذه المؤشرات في تحديد ما إذا كان يتم استثمار الأموال العامة بطريقة تعزز الصحة العامة وتوفر خدمات صحية عالية الجودة بأقل تكلفة ممكنة. ومن خلال تقييم كفاءة وفعالية الإنفاق، يمكن لوضعي السياسات تحديد القطاعات التي تتطلب تحسينات أو تغييرات في السياسات لزيادة الكفاءة الإجمالية لنظام الرعاية الصحية.

الفرع الأول. الفرق بين كفاءة وفعالية الإنفاق العام على الصحة

على الرغم من الفوائد الكبيرة التي تجلبها زيادة الإنفاق العام على القطاع الصحي، إلا أن التوسع المستمر في هذه النفقات يفرض ضغوطاً مالية متزايدة على الموازنات الحكومية. ويشكل الإنفاق الحكومي الموجه نحو الصحة حالياً نسبة كبيرة من الميزانيات العامة ومن المتوقع أن يواصل مساره التصاعدي. ولذلك ترى العديد من البلدان أن تحسين كفاءة الإنفاق العام على الصحة يمثل أفضل وسيلة لضمان التقدم المستمر في جودة الخدمات الصحية دون إثقال كاهل المالية العامة بتكاليف إضافية. كما أن تحسين الكفاءة يعد وسيلة مقبولة سياسياً لإدارة النفقات المتزايدة بدلاً من إهمال تطوير الخدمات الصحية أو خفض الإنفاق في الإدارات الأخرى. إلا أن فعالية هذه الاستراتيجية تعتمد بشكل كبير على تحديد مجالات الهدر وعدم الكفاءة داخل النظام الصحي والقدرة على التخفيف منها².

يقصد بكفاءة الإنفاق العام العلاقة بين المدخلات المتمثلة في موارد الإنفاق العام والمخرجات التي تسعى الحكومة إلى تحقيقها من خلال ذلك الإنفاق. ويتميز الإنفاق العام بالكفاءة عندما يؤدي هذا الإنفاق إلى أقصى قدر ممكن من المنافع³. في سياق كفاءة الإنفاق العام، تقسم الكفاءة إلى جانبين رئيسيين: كفاءة المخرجات وكفاءة المدخلات. الكفاءة في المخرجات تعني تحقيق أقصى قدر من النتائج بنفس كمية الموارد المستخدمة، وتقاس بنسبة المخرجات

¹ World Health Organization. *Global spending on health: rising to the pandemic's challenges*. Geneva: World Health Organization; 2022.

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. pp: 02-09.

² كودي، ديفيدو وآخرون، *المعركة من أجل الصحة العالمية: الكفاءة ضرورة ملحة*، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، العدد 51، الرقم 04، ديسمبر 2014، ص: 30.

³ رحاب أمين دسوقي، *دور حجم وكفاءة الإنفاق العام في تحقيق النمو الاقتصادي في مصر*، مذكرة ماجستير في الاقتصاد، كلية التجارة، جامعة بنها، مصر، 2020، ص: 21.

الفعالية إلى المخرجات المتوقعة عند مستوى معين من المدخلات. في حين تعني كفاءة المدخلات تحقيق نتائج معينة باستخدام أقل كمية من الموارد، وتقاس بنسبة المدخلات الفعلية إلى المدخلات المتوقعة عند مستوى معين من المخرجات. يعتمد استخدام كفاءة المخرجات عندما تكون النتائج النهائية للإنفاق العام قابلة للقياس الكمي، مثل تحقيق تحسينات في الصحة عن طريق علاج المرضى. أما عندما تكون هذه النتائج ذات طابع اجتماعي أو تحتوي على أبعاد متعددة ومتداخلة، ولا يمكن قياسها بدقة، يمكن الاعتماد على المقاييس الوسيطة مثل عدد المرضى لكل طبيب كمقياس لكفاءة الإنفاق العام في هذه الحالات¹.

يركز تحليل الكفاءة (Efficiency) على اختبار العلاقة بين المدخلات (Inputs) والمخرجات (Outputs). وبالتالي فهو يختلف عن مفهوم الأداء (Performance) الذي يركز على دراسة وتحليل جانب المخرجات فقط دون الاهتمام بجانب المدخلات. كما يختلف عن مفهوم الفعالية (Effectiveness) الذي يشير إلى العلاقة بين المدخلات أو المخرجات من جهة، وبين النتائج أو الأهداف النهائية المراد تحقيقها (Outcomes) من جهة أخرى والتي عادة ما تتعلق بتحقيق مستويات معينة من الرفاهة أو معدلات النمو. هذا في حين تهتم الكفاءة بتحقيق الاستغلال الأمثل للموارد أو المدخلات، وذلك من خلال تعظيم المخرجات الناتجة عن استخدام قدر معين من المدخلات، أو تقليل المدخلات اللازمة للحصول على قدر معين من المخرجات (الباز، 2014) و (Schweizer et al., 2009) و (Conte et al., 2009) و (Aubyn et al., 2009) و (Mandl et al., 2008) و (Mihaiu et al., 2010). ينطبق هذا التحليل على كفاءة الإنفاق العام الصحي، إذ ينظر إلى المدخلات على أنها حجم الإنفاق الحكومي في قطاع الصحة، بينما تتمثل المخرجات في النتائج الصحية التي تسعى الحكومة لتحقيقها من خلال هذا الإنفاق. وتعتمد كفاءة الإنفاق العام الصحي على العلاقة بين مقدار الإنفاق (المدخلات) والتحسين المحقق في النتائج الصحية (المخرجات). فكلما زادت المخرجات الصحية المتحققة مقابل مبلغ معين من الإنفاق، أو انخفض حجم الإنفاق اللازم لتحقيق نتائج محددة، دل ذلك على ارتفاع مستوى كفاءة الإنفاق العام الصحي².

يمكن تعريف كفاءة النظام الصحي بأنها نسبة الموارد المستهلكة (مدخلات النظام الصحي) إلى بعض مقاييس المخرجات الصحية ذات القيمة التي يتم إنشاؤها. حيث تعد الكفاءة واحدة من الأبعاد الرئيسية لتقييم أداء النظم

¹ محمد عمر أبو دوح، مرجع سبق ذكره، ص: 44.

² معهد التخطيط القومي، الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفعالية، الطبعة الأولى، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، رقم 336، مصر، 2022، ص: 09.

الصحية، وتعتبر كفاءة النظم الصحية أولوية نظرا للموارد المحدودة وزيادة الطلب على الرعاية الصحية. إن مقارنة كفاءة النظم الصحية الوطنية (بدلا من قطاعات الرعاية الصحية فقط، مثل المستشفيات أو الرعاية الأولية) هو مجال ذو اهتمام طويل الأمد، وهو ما يمكن أن يساعد صانعي السياسات في تحديد الأفضل أداء، وتحسين تخصيص الموارد وتصحيح العيوب التي تتداخل مع الكفاءة¹.

الفرع الثاني. مؤشرات قياس كفاءة الإنفاق العام على الصحة

تعد كفاءة النظام الصحي أولوية هامة لصانعي السياسات على مستوى العالم في مواجهة تزايد نفقات النظام الصحي. إن تحقيق الكفاءة يظهر الإدارة الجيدة من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة والقضاء على الهدر. كما يلهم استعداد الحكومات والمواطنين للمساهمة في الموارد لتحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC). تعتبر تحسين الكفاءة هدفا مرغوبا للنظام الصحي وهدفا وسيطا لسياسات التمويل الصحي التي تساهم في تحقيق أهداف النظام الصحي. كما أنها معيار رئيسي لتحديد الأولويات من قبل صانعي القرار. نظرا لندرة الموارد الصحية، من الضروري أن توجه النظم الصحية في كل من الدول ذات الدخل المرتفع والدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط عملياتها نحو الاستخدام الفعال لمواردها لتحقيق أهداف النظام الصحي المحددة وتعزيز الاستدامة المالية على المدى الطويل نحو التغطية الصحية الشاملة².

فيما يتعلق بالمدخلات التي يتم الاعتماد عليها في قياس كفاءة الإنفاق العام الصحي، فإنه عادة ما يتم الاعتماد على حجم الإنفاق الحكومي المخصص للقطاع الصحي أو نصيب الفرد من ذلك الإنفاق. أما بالنسبة للمخرجات التي يتم الاعتماد عليها لقياس الأداء بالقطاع الصحي، فتختلف الدراسات في هذا الشأن. فبعض الدراسات تكتفي بالاعتماد على مؤشر واحد فقط لقياس أداء القطاع الصحي أو مخرجاته مثل دراسة (Nassar et al., 2020)، ودراسة (Beker, 2008)؛ واللتي اعتمدتا على مؤشر العمر المتوقع عند الولادة لقياس ذلك الأداء. ويؤخذ على هاتين الدراستين أنهما اعتمدتا على ذلك المؤشر منفردا لقياس الأداء بالقطاع الصحي، مما يؤدي إلى عدم إعطاء صورة شاملة عن مختلف أبعاد الأداء بالقطاع الصحي. إضافة إلى ذلك يتأثر مؤشر العمر المتوقع عند الولادة بعوامل

¹ Santos et al. Should we adjust health expenditure for age structure on health systems efficiency? A worldwide analysis, *Health Economics Review*, volume13, 2023, p: 02.

² Rahab Mbau et al, Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature, *Applied Health Economics and Health Policy*, volume21, , 2023, , P:206.

اقتصادية واجتماعية عديدة، وليس فقط بمستوى الإنفاق على القطاع الصحي، وهو ما أكدته بالفعل دراسة (Nassar et al., 2020).¹

ويعتبر متوسط العمر المتوقع والتوقعات الصحية المعدلة بناء على الصحة أكثر المخرجات استخداما في دراسات كفاءة النظام نظرا لأنها هدف "معقول" للإطار المؤسسي الذي يتم التحليل من أجله. ومع ذلك، فإن الهدف الرئيسي للنظم الصحية ليس مجرد زيادة العمر المتوقع، بل أيضا تحسين جودة الحياة من خلال معالجة مجموعة من القضايا الصحية التي لا تؤدي بالضرورة إلى الوفاة.²

في حالة الاعتماد على مؤشر واحد لقياس الأداء بالقطاع الصحي هو العمر المتوقع عند الولادة، فيفضل عندئذ مؤشر توقع الحياة بصحة جيدة عند الولادة (Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE)، مثلما فعلت دراسة Wildman & Hollingsworth, 2003. يعتبر مؤشر توقع الحياة بصحة جيدة عند الولادة مؤشرا معدلا لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة؛ إذ يعبر عن عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الفرد بصحة جيدة وخالية من الإعاقة. وبعبارة أخرى، يحدد هذا المؤشر عدد سنوات الحياة المتوقعة للفرد منذ الولادة، بعد استبعاد السنوات التي يحتل أن يقضيها في حالة مرض أو إعاقة مستمرة، وذلك بالاعتماد على معدلات انتشار الأمراض والإعاقات والوفيات عند لحظة الولادة. وبذلك فإن هذا المؤشر يجمع بين مؤشرات الوفيات ومعدلات الإصابة بالأمراض أو الإعاقات السائدة، ليقدم صورة أكثر دقة حول جودة الحياة الصحية المتوقعة أن ينعم بها الفرد. وهناك دراسات أخرى قد اعتمدت في قياس أداء القطاع الصحي على مؤشرين، مثل دراسة (Tanzi & Schuknecht, 2008) التي اعتمدت على مؤشر معدل وفيات الأطفال، بالإضافة إلى ذلك الخاص بالعمر المتوقع عند الولادة، وكذا دراسة St Aubyn & Afonso, 2005 التي اعتمدت على مؤشري معدل وفيات الأطفال، والعمر المتوقع عند الولادة، ودراسة Rayp & Van de Sijpe, 2005 التي اعتمدت على مؤشري وفيات الأطفال ونسبة الأطفال الذين تلقوا لقاح الحصبة.

وفي محاولة لتغطية الأبعاد المختلفة للأداء بالقطاع الصحي، اعتمدت بعض الدراسات الأخرى على أكثر من مؤشرين لقياس الأداء، مثل دراسة (Verhoeven & Gupta, 2001) التي اعتمدت على مؤشرات العمر المتوقع عند الولادة، ووفيات الأطفال، ونسب الأطفال الذين تلقوا لقاح DPT ولقاح الحصبة، وكذا دراسة Pang &

¹ معهد التخطيط القومي، الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفعالية، مرجع سبق ذكره، ص: 09.

² Santos et al, Op.Cit.p:03.

Herrera, 2005 التي اعتمدت على مؤشرات العمر المتوقع عند الولادة، ونسب الأطفال الذين تلقوا لقاح DPT ولقاح الحصبة، ومؤشر توقع الحياة بصحة جيدة عند الولادة، ودراسة (الباز 2014) التي اعتمدت على مؤشرات العمر المتوقع عند الولادة، وعدد الأسرة بمستشفيات وزارة الصحة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع.

تجدر الإشارة إلى أنه بالرغم من وجود تباين بين الدراسات المختلفة السابقة فيما يتعلق بالمؤشرات المثلى التي يمكن الاعتماد عليها لقياس أداء القطاع الصحي، فإنه يمكن القول في هذا الصدد بأن الاعتماد على عدد أكبر من المؤشرات يمكن من إعطاء صورة أكثر وضوحاً وتفصيلاً لمختلف جوانب ذلك الأداء. وبصفة عامة فإن الاعتماد على المؤشرات المركبة في ذلك الصدد يعد أفضل ويعطي صورة أكثر شمولاً¹. وحسب تقرير التنمية البشرية العربية لسنة 2022 فإن المؤشرات التي تعبر عن النتائج الصحية تكمن فيما يلي²:

أولاً. مؤشر الإنفاق على الصحة

➤ **نسبة الإنفاق الجاري على الصحة:** ويمثل النسبة المئوية للإنفاق على السلع والخدمات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي، باستثناء النفقات الصحية الرأسمالية مثل المباني والآلات وتكنولوجيا المعلومات ومخزونات اللقاحات لحالات الطوارئ أو تفشي المرض.

ثانياً. مقاييس إنتاجية الإنفاق الصحي: وتنقسم إلى:

1. **مؤشر توقع الحياة ممثلاً بالعمر المتوقع بصحة جيدة عند الولادة (بالسنوات):** يمثل متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يقضيها الفرد متمتعاً بصحة جيدة، مع الأخذ بعين الاعتبار الفترات التي قد تتأثر فيها صحته نتيجة للأمراض أو الإصابة.

2- **مؤشر الوفيات:** ويشمل على:

1-2. **وفيات الرضع (عدد الوفيات لكل 1000 مولود حي):** ويمثل احتمال الوفاة بين عمر الولادة وعمر السنة بالتمام لكل 1000 مولود حي.

¹ معهد التخطيط القومي، الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفعالية، مرجع سبق ذكره، ص: 10.

² برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2022: تعظيم الفرص لتعافٍ يشمل الجميع ويعزز القدرة على مواجهة الأزمات في حقبة ما بعد كوفيد-19، المكتب الإقليمي للدول العربية، 2022، ص: 153-154.

2-2. وفيات الأطفال دون الخامسة (عدد الوفيات لكل 1000 مولود حي): ويمثل احتمال الوفاة بين عمر الولادة وعمر السنة بالتمام لكل 1000 مولود حي.

2-3. معدل وفيات البالغين: احتمال وفاة الأشخاص في سن 15 عاماً قبل بلوغ الستين لكل 1000 شخص. وتشمل:

2-3-1. معدل وفيات الإناث: بين البالغين لكل 1000 شخص

2-3-2. معدل الوفيات الذكور: بين البالغين لكل 1000 شخص

2-4. معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض غير سارية: معدل الوفيات المعياري للعمر والناجم عن أمراض غير سارية كمتوسط مرجح لمعدلات الوفيات حسب العمر لكل 10.0000 شخص، حيث تكون النسب الترتيجية هي نسب الأشخاص في الفئات العمرية المقابلة من السكان المرجعيين حسب منظمة الصحة العالمية. تشمل الأمراض غير السارية أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة.

2-4-1. معدل الوفيات الإناث الناجمة عن أمراض غير سارية: لكل 100.000 شخص

2-4-2. معدل الوفيات الذكور الناجمة عن أمراض غير سارية: لكل 100.000 شخص

3- مؤشرات الحالة الصحية للأطفال:

3-1. الرضع الذين تغدوا حصرياً من الرضاعة الطبيعية: النسبة المئوية من الفئة العمرية من 0 إلى 5 أشهر. نفس الأمر. النسبة المئوية لأطفال الفئة العمرية من 0 إلى 05 أشهر الذين يتغذون حصراً من حليب الأم في الساعات الـ 24 السابقة للمسح.

3-2. الرضع الذين لم يحرصوا ضد الخناق والشهاق والكزاز (بالنسبة المئوية للأطفال بعمر السنة): النسبة المئوية لأطفال الباقيين على قيد الحياة الذين لم يتلقوا الجرعة الأولى من لقاح الخناق والكزاز والشهاق.

3-3. الرضع الذين لم يحرصوا ضد الحصبة: بالنسبة المئوية للأطفال بعمر السنة: النسبة المئوية لأطفال الباقيين على قيد الحياة الذين لم يتلقوا الجرعة الأولى من لقاح الحصبة.

3-4. سوء تغذية الأطفال (تقزم معتدل أو حاد): النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين لديهم أكثر من انحرافين معياريين دون متوسط الطول حسب العمر للسكان المرجعيين، وفقاً لمعايير نمو الطفل الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لعام 2006.

4- مؤشرات معدلات الإصابة. وتتمثل في:

- 1-4. معدلات الإصابة بالمalaria: لكل 1000 شخص معرض للخطر.
- 2-4. معدلات الإصابة بالسل: لكل 100.000 من السكان
- 3-4. معدل انتشار فيروس نقص المناعة بين البالغين: بالنسبة المئوية للفئة العمرية (15-49 سنة)

ثالثا. مؤشرات نوعية الصحة: حسب تقرير التنمية البشرية لعام 2020، فإنها تتمثل في¹:

- 1- التدهور الصحي المتوقع (بالنسبة المئوية): ويمثل الفارق النسبي بين العمر المتوقع والعمر المتوقع بصحة جيدة، ويحسب بالنسبة المئوية من العمر المتوقع عند الولادة.
- 2- عدد الأطباء لكل 10.000 من السكان.
- 3- عدد أسرة المستشفيات لكل 10.000 من السكان.

الفرع الثالث. العوامل المؤثرة على كفاءة الإنفاق العام على الصحة

هناك العديد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والمؤسسية التي يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي أو سلبي على مستوى أداء وكفاءة الإنفاق العام في القطاع الصحي. وفيما يلي توضيح لأبرز تلك العوامل وكيفية تأثيرها²:

أولا. نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي: يصعب حصر العلاقة بين زيادة نصيب الفرد من الإنفاق العام المخصص لقطاع الصحة (أو حجم/ نسبة الإنفاق العام الصحي) وتغير مستويات أداء وكفاءة ذلك القطاع في شكل واحد، حيث تظهر الدراسات تباينا في النتائج. تظهر بعض الدراسات وجود علاقة طردية بين نصيب الفرد من الإنفاق وكفاءة القطاع، مع التأكيد على وجود حد أدنى من الإنفاق اللازم لتحقيق كفاءة النظم الصحية. وفي الدول النامية قد تعاني الأنظمة الصحية من عدم الكفاءة بسبب قلة الإنفاق اللازم لتلبية احتياجات المواطنين بجودة مقبولة. كما تؤثر طريقة الإنفاق ومدى توافقها مع المشاكل الصحية القائمة على كفاءة استخدام الموارد، حيث أن الإنفاق المرتفع لا يضمن بالضرورة تحسين كفاءة وفعالية القطاع الصحي إذا لم يتم توجيهه بطريقة مناسبة.

¹ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 2020: أفق جديد - التنمية البشرية والأمنوسين، نيويورك، 2020. ص:373.

² معهد التخطيط القومي، الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفعالية، مرجع سبق ذكره، ص:13-17.

إن التقرير الصادر عن البنك الدولي (World Bank, 2004) بعنوان "تقرير التنمية في العالم 2004" يلفت الانتباه إلى أن التفاوت في النتائج الصحية المرتبطة بالإنفاق العام قد ترجع إلى عدة عوامل. أولاً، قد تؤدي طبيعة الأزمات الصحية إلى زيادة الإنفاق وتؤثر سلباً على النتائج الصحية مثل زيادة معدلات الوفيات. ثانياً، تتباين تأثيرات زيادة الإنفاق على شرائح المجتمع المختلفة، إذ قد يظهر التحسن في بعض الشرائح دون غيرها. ثالثاً، تؤثر الطريقة التي يتم بها توزيع الإنفاق بين الخدمات الصحية المختلفة، من الرعاية الأولية إلى الرعاية الثالثة على النتائج. رابعاً، من الممكن أن يلعب الحكم والفساد دوراً كبيراً في فعالية الإنفاق. أي أن زيادة الإنفاق على الصحة العامة وحدها لا تكفي لتحسين الأداء الصحي؛ بل يجب أن تكون مصحوبة بتدابير تكميلية مثل تحسين التوزيع الفعال للموارد، وتطبيق مبادئ الحكم الرشيد، ومكافحة الفساد لتحقيق نتائج صحية أفضل.

ثانياً. نمط تخصيص الإنفاق على القطاعات الفرعية: يتفق معظم الباحثين على أن طريقة توزيع الإنفاق بين البنود والمجالات الفرعية في القطاع الصحي تؤثر بشكل ملحوظ على مستويات الكفاءة، وأن تغيير هذا التوزيع دون الحاجة إلى زيادة إجمالي حجم أو نسبة الإنفاق قد يؤدي إلى تحسين كفاءة الإنفاق الصحي (Verhoeven & Gupta, 2001) و (Kreuser & Murray, 1997) و (Ajay Tandon et al., 1994) و (Whang, 1994). ولذا، فإن إدخال بعض التغييرات على طريقة توزيع الإنفاق بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة وكذلك على مختلف البنود أو الأنشطة والمجالات الخاصة بالقطاع الصحي، وتحويل بعض الموارد من بند أو مستوى إلى آخر قد يكون كفيلاً برفع مستوى كفاءة الإنفاق على القطاع. وعليه فإن البحث عن التوليفة الملائمة للتدخل والتي من شأنها رفع مستوى كفاءة الإنفاق على ذلك القطاع هو مطلب رئيسي.

ثالثاً. الحوكمة والفساد: تؤثر العلاقة بين مستويات الحوكمة والفساد وكفاءة الإنفاق على الصحة العامة بشكل مباشر على النتائج الصحية في مختلف البلدان. إذ تشير الدراسات إلى أن الحكم الرشيد يعزز أداء وكفاءة الإنفاق العام، حيث أن زيادة الإنفاق في بيئة الحكم الرشيد يمكن أن تؤدي إلى تحسينات ملحوظة في القطاع الصحي، مثل خفض معدلات وفيات الأطفال. وبالمقابل فإن الدول التي تعاني من ضعف في الإدارة أو ارتفاع مستويات الفساد عادة لا تؤدي زيادة الإنفاق إلى تحقيق نفس التحسينات المرجوة في النتائج الصحية. وتسلب هذه النتائج الضوء على أهمية الحوكمة الرشيدة في ضمان الاستخدام الفعال للموارد المخصصة للصحة، حيث تساهم الحوكمة في توجيه الاستثمارات الصحية نحو تحسين الرعاية الصحية بشكل أكثر فعالية. بالإضافة إلى ذلك يشير الفساد إلى هدر الموارد

وانخفاض كفاءة الإنفاق، مما يؤدي إلى ضعف الأداء الصحي. ولذلك يصبح من الضروري تعزيز الشفافية والمساءلة في النظم الصحية لتحقيق أفضل النتائج. وفيما يأتي تحليلًا شاملًا لظاهرة الفساد في قطاع الصحة¹:

1- تعريف الفساد في قطاع الصحة: يعرف تقرير منظمة الشفافية الدولية الفساد بأنه إساءة استخدام السلطة لتحقيق منافع شخصية. وفي قطاع الصحة، يظهر ذلك في أشكال عديدة مثل دفع الرشاوى لمسؤولين في التنظيم أو للممارسين الصحيين، والتلاعب بنتائج تجارب الأدوية، وأيضًا في توزيع الأدوية والمستلزمات الطبية، وفساد عمليات الشراء، أو تقديم مطالبات مالية مبالغ فيها لشركات التأمين. ولا يقتصر الفساد على المسؤولين الحكوميين، بل قد تشارك فيه أيضًا مؤسسات القطاع الصحي الخاص، فعندما يلجأ مدراء المستشفيات أو شركات التأمين أو الأطباء أو شركات الأدوية إلى ممارسات غير مشروعة، يستغلون سلطاتهم بطرق تضر بالموارد المخصصة لتحسين الصحة العامة مما يؤدي إلى فقدان هذه الموارد وتوجيهها لغير أغراضها الأساسية.

يؤثر الفساد على سياسات الصحة وأولويات الإنفاق بشكل كبير، إذ أن الحد من الفساد يؤدي إلى إعادة تدفق الأموال إلى قطاع الخدمات الصحية. وفقًا لتقارير منذ عام 1999 التي أجرتها وحدات مكافحة التزوير في الخدمات الصحية، تمكنت جهود مكافحة الفساد من استرداد ما يقارب 170 مليون جنيه استرليني (حوالي 300 مليون دولار أمريكي)، بما في ذلك استعادة الخسائر الناتجة عن الاحتيال وتقليص هذه الخسائر بنسبة تصل إلى أربعة أضعاف بفضل تدخل جهاز مكافحة الاحتيال. هذا الإنجاز يكفي لبناء عشرة مستشفيات جديدة، مما يبرز أهمية مكافحة الفساد في دعم النظام الصحي الوطني وتعزيز قدرته على تلبية احتياجات المجتمع.

2- العوامل المؤدية إلى الفساد في قطاع الصحة: توجد سمات خاصة تجعل أنظمة الرعاية الصحية، سواء كانت حكومية أم خاصة، وفي جميع البلدان بغض النظر عن مستوى دخلها، أكثر عرضة لمظاهر الفساد. من بين هذه العوامل، نقص المعلومات المتاحة للمسؤولين مقارنة بالشركات المنتجة للأدوية والمعدات الطبية، بالإضافة إلى حالة عدم اليقين التي تسود قطاع الرعاية الصحية نتيجة عدم القدرة على التنبؤ بمن سيصاب بالمرض أو توقيت حدوثه وأيضًا مدى فعالية العلاجات المقدمة.

3- أنماط الفساد في قطاع الصحة. يمكن إجمالها فيما يأتي:

➤ الاختلاس والسرقة من الميزانيات المخصصة للرعاية الصحية أو من موارد الرسوم الطبية بما يشمل سرقة الأدوية والمستلزمات الطبية للاستخدام الشخصي أو لأغراض التسويق.

¹ حسام بدراوي، محسن يوسف، الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة، مكتبة الإسكندرية، مصر، 2007، ص: 18، 14.

➤ ممارسات الفساد في عمليات الشراء والتوريد، مثل الرشاوي والمؤامرات التي تؤدي لزيادة تكاليف البضائع والخدمات أو لعدم الامتثال لمعايير الجودة، مع التركيز على استثمارات كبيرة في المستشفيات وتكنولوجيا الرعاية الصحية العالية التكلفة.

➤ الفساد في نظم الدفع بما يشمل تجاوز الرسوم لمرضى معينين، وتزوير مستندات التأمين، واستغلال ميزانيات المستشفيات لمصلحة أفراد محددين، وتقديم مطالبات غير قانونية لخدمات غير مقدمة أصلاً، مع تزوير السجلات والفواتير والاستلامات.

يمكن القول أنه يتعين على البلدان النامية التي تسعى إلى تحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030 أن تعمل على تحسين الحوكمة بالتوازي مع زيادة الإنفاق العام على الصحة. وقد لا تكون زيادة الإنفاق وحدها كافية لتحسين نتائج القطاع الصحي أو تحقيق أهداف التنمية المستدامة إذا لم تكن مصحوبة بتحسينات في الحوكمة. وتظهر التجربة أن الفساد وضعف الإدارة يمكن أن يقوض فعالية الإنفاق العام، مما يجعل من الصعب تحقيق النتائج المرجوة من الاستثمارات في الصحة. ولذلك فإن تحسين الحوكمة يعد خطوة ضرورية لضمان أن تؤدي زيادة الإنفاق في قطاع الصحة إلى نتائج ملموسة ومستدامة.

الفرع الرابع. تحديات الإنفاق العام على الصحة في الدول النامية

توجد تحديات كبيرة في الإنفاق الصحي الحكومي في معظم الدول النامية، منها انخفاض التخصيصات المالية العامة المخصصة للقطاع الصحي والتفاوت في توزيع هذه النفقات بين النفقات التشغيلية والاستثمارية، حيث تتسبب النفقات التشغيلية مثل الأجور والمرتبات في استحواذ النسبة الأكبر منها دون كفاية لتأمين حياة كريمة للعاملين في القطاع. وهذا يؤثر سلباً على أداء الحكومة في هذا القطر مما يعكسه ارتفاع نسبة الغياب عن العمل في المنشآت الصحية، خاصة في المناطق الريفية، وتداخل الوظائف أو العمل خارج ساعات العمل الرسمية لزيادة الدخل. بالإضافة إلى ذلك، فإن أجور الكفاءات الصحية غير كافية، مما أدى إلى هجرة العديد منهم إلى الخارج بحثاً عن فرص أفضل وهذا بدوره يؤثر على قدرة هذه الكفاءات على القيام بدورها الفعال في تحسين الوضع الصحي المحلي. وبالنسبة لنسبة الإنفاق على الصحة والمخصصة لشراء المستلزمات الضرورية مثل الأدوية والأغذية واللقاحات، فإنها غالباً ما لا تلي الاحتياجات المؤسسات الصحية في البلدان النامية بشكل كافٍ¹.

¹ محمد عربي ياسر الربيعي، مرجع سبق ذكره، ص 38-39.

الفرع الخامس. استراتيجيات تعزيز كفاءة الإنفاق الحكومي في قطاع الصحة

لقد استعرض الباحثون فوائا استراتيجيات الإصلاح التي من شأنها تعزيز كفاءة الإنفاق الحكومي في قطاع الصحة كما يلي¹:

✓ هناك حاجة إلى إعادة تخصيص الإنفاق الصحي نحو الخدمات والعلاجات الأكثر فعالية من حيث التكلفة وتوفير الحوافز لمكافأة السلوكيات التي تحقق الكفاءة. على سبيل المثال، غالبا ما تكون خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية غير متوفرة وغير مستغلة بشكل كاف - بدءا من الزيارات الروتينية والتحصينات إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والتدخين والسمنة. وهذا يدل على أهمية دور الحكومة في دعم البحث والتطوير، وتوفير خدمات الرعاية الصحية العامة، وتطوير القواعد التنظيمية والمبادئ التوجيهية التي تحكم عمليات العلاج، والتدابير الضريبية (Jamison and others, 2013).

✓ تصميم هياكل تقاسم التكاليف من الممكن أن يشجع على استخدام خدمات رعاية صحية أكثر فعالية من حيث التكلفة، وخاصة في الأسواق الناشئة والبلدان المنخفضة الدخل التي لا تقدم تغطية تأمين صحي شاملة. وينبغي لهذه البلدان أن تسعى جاهدة لتحقيق التغطية الشاملة من خلال توفير حزم المزايا التي تغطي فقط الخدمات الأكثر أهمية والأكثر فعالية من حيث التكلفة، لأنها أكثر قدرة على توفير الأموال اللازمة لزيادة الإنفاق على الصحة العامة.

✓ ينبغي للحكومة تشجيع المنافسة وحرية الاختيار، حيث أن أساس هذا الإصلاح هو إتاحة الفرصة للمرضى للاستفادة من المنافسة بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات ونشر المعلومات عن أسعار الخدمات الطبية ومستويات جودتها. وقد يجبر ذلك مقدمي الرعاية الصحية على العمل بكفاءة أكبر من خلال تدابير مثل المراقبة لمنعهم من عدم تقديم العلاج اللازم للمرضى. وينطبق هذا على معظم الاقتصادات التي يوجد بها قطاع صحي خاص كبير.

✓ يجب على الحكومة تحسين أداء المؤسسات العامة. ويمكن تحسين الكفاءة من خلال الاتساق في توزيع المسؤوليات عبر مستويات الحكومة (تجنب تداخل المسؤوليات والتكاليف الإدارية المفرطة). إن وضع وتنفيذ لوائح العلاج المناسبة يمكن أن يساعد في تقليل الاستخدام المفرط أو غير المناسب للعلاجات. وقد تساعد زيادة الشفافية التنظيمية وتحسين آليات التنفيذ، وخاصة في مجال لوائح المشتريات والمدفوعات، في الحد من الفساد والاحتيال السائد في جميع الاقتصادات.

¹ كودي ديفيد وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص: 31-32.

ولذلك فإن تحسين كفاءة الإنفاق العام على الخدمات الصحية في جميع الاقتصادات يعد ضرورة مطلقة. ولا بد من تنفيذ الإصلاحات الرامية إلى جعل الإنفاق العام أكثر كفاءة على النحو الذي يتناسب مع ظروف كل دولة. وفي الاقتصادات المتقدمة، يعني ارتفاع أعداد كبار السن ومستويات الدين العام أن الحكومات يجب أن تعمل على تثبيت أو كبح النمو في الإنفاق على الصحة كنسبة من إجمالي الناتج المحلي دون المساس بمستويات الصحة. ويتعين على الاقتصادات النامية أن تستمر في تحسين صحتها مع الحفاظ على الاستدامة المالية.

خلاصة الفصل

من خلال تحليل أهمية الإنفاق العام على الصحة كمحرك لدعم وتمويل السياسات والأنظمة الصحية، يلاحظ أن الدور الذي تلعبه الحكومات في سوق الخدمات الصحية يتمثل في تنظيم السوق وضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة ومتاحة لجميع أفراد المجتمعات. ويظهر تحليل الطلب والعرض في هذه الأسواق أن التدخل الحكومي ضروريا لمعالجة إخفاقات السوق وضمان التوزيع العادل والفعال للموارد الصحية، خاصة في ضوء التحديات الجديدة مثل جائحة كوفيد-19.

توضح النظم الصحية وأساليب تمويلها أهمية التكيف مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية الحالية. حيث توفر المحطات التاريخية التي مرت عليها النظم الصحية دروسا قيمة حول كيفية تطوير الخدمات والسياسات الصحية لتلبية احتياجات المجتمع بشكل أفضل. كما أن تمويل هذه الأنظمة سواء من خلال الميزانية العامة أو نظام التأمين الصحي يجب أن يتم بطريقة تضمن الكفاءة.

إن تحليل كفاءة الإنفاق العام على الصحة يسلط الضوء على الحاجة إلى مواصلة البحث والتقييم لمعرفة الفجوات وتحديد أفضل السبل لاستخدام الموارد. ويجب أن تكون الزيادات في الإنفاق العام على الصحة، خاصة في أوقات الأزمات مثل جائحة كوفيد-19، مصحوبة بتحسينات في مؤشرات الصحة العامة وكفاءة الخدمات المقدمة.

الفصل الثاني

الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية
البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية
المستدامة

تمهيد

يمثل الاستثمار في الصحة أحد الدعائم الأساسية للتنمية البشرية. وقد تطورت الأطر النظرية التي تربط بين الصحة والتنمية على مر الزمن بداية من النموذج الاقتصادي التقليدي الذي يركز على الناتج المحلي الإجمالي إلى مقاربات التنمية البشرية التي تضع رفاهية الإنسان في الصدارة. تعكس هذه الأطر النظرية التحولات في فهم دور الصحة كعنصر محوري في تحقيق التنمية المستدامة، حيث ينظر إلى الصحة ليس فقط كهدف بحد ذاته ولكن كوسيلة لتحقيق مزيد من التقدم الاجتماعي والاقتصادي.

يتم قياس التنمية البشرية من خلال عدة مؤشرات أهمها مؤشر التنمية البشرية (HDI) الذي يجمع بين الدخل ومستوى التعليم، ومتوسط العمر المتوقع، وبذلك تلعب الصحة دورا محوريا في هذا المؤشر. تساهم المقاربات الحديثة في القياس في توفير صورة شاملة عن حالة التنمية البشرية وتساعد في تحديد الفجوات والاحتياجات اللازمة لتحقيق تحسينات مستدامة.

تقييم التقدم العالمي نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة يشكل جانبا هاما في تحليل الأطر النظرية للتنمية البشرية. تساهم هذه المؤشرات في تقديم صورة شاملة عن الحالة الصحية العالمية وتساعد في تحديد الفجوات والاحتياجات اللازمة لتحقيق التحسينات المطلوبة. يساهم هذا التقييم في توجيه السياسات والبرامج الصحية لضمان تحقيق الأهداف المنشودة بحلول عام 2030. ويتطلب تحقيق الأهداف الصحية ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة (SDGs) تمويلا مستداما وفعالاً. وبذلك يعد تمويل التنمية البشرية عنصرا أساسيا لتحقيق أهداف الألفية وأهداف التنمية المستدامة في الجانب الصحي.

المبحث الأول. مسارات التنمية البشرية: مفاهيم ومقاربات القياس

تعتبر التنمية البشرية مفهوما شاملا يتجاوز عدة مفاهيم مثل النمو الاقتصادي، لتشمل تحسين نوعية حياة الأفراد وتوسيع قدراتهم وخياراتهم. تطورت هذه الرؤية المتكاملة للتنمية تدريجيا عبر التاريخ، معتمدة في جوهرها على تداخل بين عدة مفاهيم رئيسية من بينها مفهوم رأس المال البشري الذي يؤكد على أهمية الاستثمار في البشر من خلال التعليم والصحة. بالإضافة إلى مفهوم تنمية الموارد البشرية، موسعا النظرة لتشمل التدريب والتطوير المهني وبناء القدرات وذلك بالتكامل مع التنمية الاقتصادية التي تمثل الإطار العام لتحقيق النمو. يبرز هذا التكامل كيف أن التنمية البشرية والاقتصادية ليستا متضادتين بل متكاملتين. تساعد أدوات قياس التنمية البشرية في تقييم ومقارنة التقدم عبر الدول معتمدة على معايير مثل متوسط العمر المتوقع، ومستويات التعليم، ومعياري الدخل، مما يوفر صورة أكثر تكاملا للتنمية بعيدا عن النظرة الضيقة التي تقتصر على الناتج المحلي الإجمالي فقط.

المطلب الأول. التنمية البشرية: رؤى معاصرة لتعزيز القدرات البشرية

كبدية لصياغة الأفكار الاقتصادية من طرف الباحثين، تم التركيز على أهمية رأس المال المادي فقط مع إهمال الاهتمام بالأفراد وزيادة قدراتهم وتحسين مهاراتهم، ولكن ظهور الكثير من المشكلات الاقتصادية جعل من الأهمية بما كان الاهتمام بتحسين التعليم والمعرفة وتحقيق مستوى صحي أفضل. ونتيجة لذلك أصبح الإنسان موردا هاما إلى جانب الموارد الاقتصادية. يقوم مفهوم التنمية البشرية على الفرضية التي تعتبر الإنسان هو الأصل الحقيقي لثروة الشعوب، إذ تركز التنمية البشرية بصورة أساسية على تطوير إمكانات الأفراد وتوسيع نطاق اختياراتهم وصقل قدراتهم المختلفة.

الفرع الأول. التطور التاريخي لمفهوم التنمية البشرية

يمكن تحديد نقطة الانطلاق الأولى للتنمية البشرية في لحظة الولادة الأولى للإنسان، حيث يجبر الإنسان بطبيعته على استكشاف كافة جوانب الحياة لتحقيق طموحاته الشخصية وتطوير نفسه للارتقاء بمستواه على جميع الأصعدة. وبالتالي فإن التنمية البشرية ليست حدثا جديدا، بل تعود جذورها إلى العصور القديمة حيث أكرم الله البشرية جمعا

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

وميزها بفضلها على الكثير من المخلوقات الأخرى. ويذكر في القرآن الكريم، في سورة الإسراء: "وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا" (سورة الإسراء، الآية 70)¹.

تطور مفهوم التنمية البشرية عبر العصور أين شهدت نظريات التنمية تطورا مستمرا عبر الزمن. أي أن مفهوم التنمية البشرية يمثل نتاج جهود فكرية طويلة، حيث يمكن تتبع جذوره إلى أفكار ابن خلدون التي أشارت إلى أن ثروة الشعوب لا تكمن في مقدار الثروة المادية فحسب، بل في نوعية سكانها وعملهم وتفانيهم في العمل وفي قدرتهم على الإبداع والإنتاج. كما أشار أرسطو إلى أن الغاية الحقيقية من الثروة هي رفاهية البشر وليست الثروة نفسها².

أصبح مصطلح التنمية البشرية يتصدر الساحة التنموية منذ مطلع تسعينيات القرن العشرين، حيث جاء ليحل محل عدد من المفاهيم السابقة مثل "تنمية الموارد البشرية"، و"تنمية العنصر البشري"، و"تنمية رأس المال البشري" وغيرها من المفاهيم ذات الصلة. ويعود أصل هذه المصطلحات إلى بروز نظرية رأس المال البشري التي أطلقها "ثيودور شولتز" في بداية ستينيات القرن الماضي، وتحديدًا في عام 1961، إذ أبرز شولتز من خلال أبحاثه أن النمو المرتفع في الدول المتقدمة يعود بشكل أساسي إلى الاستثمار في رأس المال البشري، لا سيما في مجالات التعليم والصحة والتأهيل³.

وفي نهاية الخمسينات وبداية الستينيات، بدأت النظريات الاقتصادية تعتبر الإنسان كمورد اقتصادي مهم، معتبرة أن النهوض برأس المال البشري إلى جانب رأس المال المادي تشكل الدافع الأساسي لتسريع عجلة النمو الاقتصادي. فمن خلال الاستثمار في الصحة والتعليم، ينظر إلى تراكم رأس المال البشري كعنصر حيوي لزيادة الإنتاجية وتحقيق التنمية الاقتصادية. هذا النهج أدى إلى تطوير نظرية رأس المال البشري بواسطة "ثيودور شولتز" Theodore Schultz و"جاكوب منسر" Jacob Mincer، مما أثار اهتماما بتنمية الموارد البشرية كقوة مستقلة عن رأس المال التقليدي. تبلور هذا الاهتمام في التركيز على تأهيل الكوادر الفنية والتقنية خاصة في الدول النامية كجزء من استراتيجيات التصنيع وخطط التنمية. وبحلول عقد السبعينيات ظهر توجه جديد يختلف عن مفهوم التنمية القائم على الاستثمار في البشر كمورد إنتاجية فقط والذي أكد على الاهتمام بالأبعاد الأساسية للفقراء، والحاجات الإنسانية الأساسية، والتطورات الاجتماعية والمؤسسية، مع العمل على بناء "مجتمع جديد" يركز على الإنسان كمحور

¹ مشتاق طالب إبراهيم حمادي المشهاني، سامي حميد عباس الجميلي، قياس وتحليل أثر النمو السكاني على بعض مؤشرات التنمية البشرية في الاقتصاد العراقي للمدة (2005-2020)، مجلة اقتصاديات الأعمال للبحوث التطبيقية، جامعة الفلوجة، العراق، المجلد 03، العدد 05، ISSN 2709-6475، 2022، ص: 155.

² أكرم مسلم دخل الله، الإنفاق الحكومي والخاص وأثرهما في التنمية البشرية في الأردن: دراسة اقتصادية للمدة 1970-2002، أطروحة دكتوراه فلسفة في الاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 2005، ص: 03.

³ إبراهيم مراد الداعمة، التنمية البشرية (الإنسانية) بين النظرية والواقع، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص: 17-18.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

للتنمية وليس مجرد اقتصاد متطور. يميز هذا النهج بين مفهومي التنمية القائمين على تحقيق النمو الاقتصادي من خلال تعزيز الكفاءات البشرية، والتنمية المستدامة التي تعتبر الاهتمام بالجوانب الإنسانية والاجتماعية جوهر التطور¹.

خلال عقد الثمانينيات وخاصة بعد منتصفه، واجهت برامج التكيف الهيكلي التي نفذها صندوق النقد الدولي انتقادات حادة بسبب تجاهلها الكبير للعناصر البشرية في التنمية. فشلت هذه البرامج والمركزة أساساً على الإصلاحات الاقتصادية والمالية في مراعاة تأثيرها على الرفاهية البشرية والتنمية الاجتماعية. وكاستجابة لهذا الوضع زاد الاهتمام بضمن دمج تنمية الموارد البشرية ضمن استراتيجيات التنمية الشاملة. وقد استجاب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لهذه الحاجة من خلال دعوته لإجراء أبحاث تنموية مركزة على الموارد البشرية ودورها الحاسم في عملية التنمية. تجسد هذا الاهتمام المتجدد بتنمية الموارد البشرية في توصية بإصدار تقارير دورية تقيم حالة الوضع البشري على مستوى العالم، مما يعكس التغيرات في الواقع البشري بمختلف المناطق. وتجلى هذا النهج الجديد في تقرير صدر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 1989، والذي أكد بشكل واسع على الإجماع حول أهمية تنمية الموارد البشرية كعنصر أساسي في استراتيجيات التنمية. شهدت هذه الفترة تحولاً في التركيز من الأبعاد الاقتصادية الضيقة للتنمية إلى نهج أوسع يشمل البعد البشري معترفاً بأن التقدم الاقتصادي يجب أن يكون مصحوباً بتحسين في جودة حياة الناس وقدراتهم².

في سياق النقاش حول مفاهيم التنمية التي تجعل الإنسان محور اهتمامها، تم استخدام مصطلحات متعددة مثل تنمية رأس المال البشري، وتنمية العنصر البشري، وتنمية الموارد البشرية، والتنمية البشرية. أثارت هذه المصطلحات نقاشات واسعة تعكس إلى حد كبير الاختلافات في المعاني التي يمنحها المشاركون المختلفون للتنمية المنشودة حتى انتهى الأمر بتفضيل واضح لاستخدام مصطلح التنمية البشرية³.

ومنذ سنة 1990 حظي مفهوم التنمية البشرية بتوسع وانتشار ملحوظين بدعم من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. هذا الاعتماد مرتكز على فكرة أساسية مفادها أن البشر هم الثروة الحقيقية للأمم. وبذلك أصبح العام 1990 نقطة تحول رئيسية تمثل الانتقال في الاهتمام من التركيز على الاقتصاد والثروة المادية، إلى الاهتمام بالإنسان والثروة البشرية

¹ صباح رحيم مهدي الأسدي، مستقبل التنمية البشرية في ضوء مستجدات البيئة الاقتصادية في العراق، أطروحة دكتوراه فلسفة في العلوم الاقتصادية، قسم الاقتصاد، جامعة الكوفة، العراق، 2010، ص: 12-13.

² إسراء كاطع فياض، واقع التنمية البشرية في العراق وفاق النمو الاقتصادي (دراسة تحليلية)، مجلة واسط للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العراق، المجلد 13، العدد 38، ISSN: 1812-372، 2017: 372.

³ مركز دراسات الوحدة العربية، التنمية البشرية في الوطن العربي، بحوث الندوة الفكرية التي نظمتها الأمانة العامة لجامعة الدول العربية واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الطبعة الأولى، بيروت، فيفري 1995، ص: 18.

مؤكدًا على قيمة العنصر البشري كمحور لعمليات التنمية المستدامة¹. وبذلك فقد شهد عقد التسعينيات تغييرًا جذريًا في النظرة للتنمية، من التركيز على تحفيز معدلات النمو الاقتصادي والاستثمار في رأس المال المادي والبشري، إلى الاهتمام بالإنسان كهدف نهائي للتنمية وليس كوسيلة لتعزيز النمو الاقتصادي فحسب. وبالتالي فقد أصبح النمو الاقتصادي أداة لهدف أعلى يتمثل في توسيع القدرات الفردية، مما يعكس تحولًا نوعيًا في فلسفة التنمية. أدى هذا التحول الجوهري في أفكار التنمية إلى تعاظم اهتمام الحكومات بالإنفاق الاجتماعي أين أخذت المؤشرات الاجتماعية تلعب دورًا مهمًا كمعايير لقياس فعالية التنمية².

يمكن القول أنه وقبل ظهور مصطلح التنمية البشرية، كان التركيز الرئيسي على النمو الاقتصادي والتوسع الإقليمي مع اهتمام واضح بالابتكار والتطور التكنولوجي كمحرك لهذا النمو. وترتب على اتباع هذا النهج إغفال الجوانب الإنسانية والاجتماعية وهذا ما دفع بطرح أفكار جديدة بعد الحرب العالمية الثانية أين تزايد الاهتمام بالتنمية كمفهوم شامل يتجاوز النمو الاقتصادي ليشمل الرفاه الاجتماعي والبشري. وتسارع هذا التحول في الستينيات والسبعينيات وصولًا إلى عام 1987 مع تقرير برانتلاند³ والذي أسس بشكل راسخ لمفهوم التنمية المستدامة، حيث شدد على ضرورة تحقيق التوازن بين تحقيق النمو الاقتصادي وحماية البيئة، إلى جانب تحقيق العدالة الاجتماعية لجميع أفراد المجتمع. وفي سياق هذه التطورات، جاءت تقارير التنمية البشرية⁴ لعام 1990 لتمثل نقطة تحول هامة مع تقديم مؤشر التنمية البشرية (HDI) بواسطة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وهو ما أعطى الأولوية للصحة، والتعليم، ومستوى المعيشة كمؤشرات رئيسية للتقدم.

الفرع الثاني. مفهوم التنمية البشرية والانتقادات الموجهة له

توضح مراحل تطور مفهوم التنمية البشرية أهمية الأبعاد الإنسانية للتنمية جنبًا إلى جنب مع الجوانب الاقتصادية. وفي هذا السياق يبرز التساؤل حول المعنى الدقيق للتنمية البشرية وجوهرها والذي يستدعي الفهم العميق للتعريفات والرؤى التي شكلت مفهوم التنمية البشرية معتبرين الانتقادات الموجهة إليها كجزء لا يتجزأ من عملية تطوير وتحسين المفهوم ذاته.

¹ فرقاني فتية، التنمية البشرية: مقارنة لحدود التأسيس ومضامين الأداء، *مجلة البحوث السياسية والإدارية*، الجزائر، المجلد 3، العدد 01، الجزائر، 2014، ص: 141.

² لطيفة اسماعيل قاسم الثور، *دور السياسات الاستثمارية في تحقيق التنمية البشرية في اليمن خلال الفترة (1986-2005)*، أطروحة دكتوراه الفلسفة في الاقتصاد، كلية التجارة، قسم الاقتصاد، جامعة الإسكندرية، مصر، 2006، ص: 21.

³ أنظر: <https://research.un.org/ar/docs/environment/conferences>

⁴ أنظر: <https://www.un.org/ar/esa/hdr>

أولاً. مفهوم التنمية البشرية: تبنى البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة مفهوم التنمية البشرية في تقريره لأول مرة عام 1990، ويستند مفهوم التنمية البشرية من الناحية النظرية على مساهمات الاقتصادي الهندي "أمارتيا سن" الذي قام بتطوير مفهوم الاستحقاقات كمعيار لقياس رفاهية البشر، ويقصد بالاستحقاقات تلك الحقوق الجوهرية التي ينبغي أن يتمتع بها البشر¹. بحسب ما ورد في هذا التقرير، فإن التنمية البشرية تعرف باعتبارها عملية تهدف إلى توسيع الفرص المتاحة أمام الأفراد، بحيث تتجلى في تمكينهم من أن يعيشوا حياة مديدة تنعم بالصحة وخالية من الأمراض، وأن ينالوا مستوى مناسباً من التعليم، فضلاً عن ضمان قدرتهم على الوصول إلى الموارد الضرورية التي تتيح لهم حياة كريمة. كما تشمل التنمية البشرية أيضاً الحرص على تمكين الأفراد من ممارسة حرياتهم السياسية الكاملة، مع احترام حقوق الإنسان وتعزيز شعورهم بقيمتهم الذاتية وكرامتهم الإنسانية. يتضح من التعريف أن التنمية البشرية لا تقتصر على مجرد زيادة الدخل باعتباره خياراً واحداً يحرص الأفراد على توفره. أي أن التنمية البشرية وفقاً لهذا المفهوم تشمل على مجموعة كبيرة من الخيارات أهمها²:

✓ تحقيق مستوى معيشي لائق يمكن بلوغه من خلال رفع متوسط الدخل الفردي.

✓ الحصول على مستوى مناسب من التعليم.

✓ الاستفادة من رعاية صحية وخدمات تغذية متوافقة مع المعايير الملائمة.

✓ توافر فرص عمل كريمة تضمن دخلاً مناسباً للفرد.

✓ العيش في بيئة صحية خالية من مصادر التلوث.

✓ تمكين جميع أفراد المجتمع من المشاركة في اتخاذ القرارات المجتمعية.

✓ تمتع الأفراد بالحريات السياسية والاجتماعية الكاملة.

كما قام الاقتصادي الباكستاني "محبوب الحق" بتعريف التنمية البشرية على أنها توسيع نطاق خيارات وفرص الأفراد مؤكداً أن الدخل يمثل فقط جزءاً من هذه الفرص وليس المعيار الوحيد لقياس جودة الحياة الإنسانية. ويشدد على أن البشر لديهم الحق الأصيل في العيش بكرامة، سواء من الناحية المادية أو المعنوية، رافضاً أي شكل من أشكال التمييز ضد الأشخاص بناءً على أي أساس سواء كان اقتصادياً، اجتماعياً، ثقافياً، أو غير ذلك. وبالتالي فإن

¹ ممر مرسى خيري غانم، أثر تطبيق برنامج الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية في مصر (دراسة تحليلية تطبيقية عن الفترة من عام 1990 حتى عام 2006)، رسالة ماجستير

في الاقتصاد، جامعة الإسكندرية، 2008، ص: 13

² محمد عبد العزيز عجمية وآخرون، التنمية الاقتصادية: المفاهيم والخصائص-النظريات الاستراتيجية-المشكلات، مطبعة البحيرة، مصر، أكتوبر 2008، ص: 88-89.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

هذا التعريف يؤكد على أن التنمية البشرية تعني بالأساس تحقيق رفاهية شاملة تتجاوز المقاييس المادية لتشمل الأبعاد الروحية والثقافية والاجتماعية التي تساهم في تحقيق حياة ملؤها الرضا والسعادة للإنسان¹.

يشمل مفهوم التنمية البشرية الارتقاء بالناس من أجلهم وبمشاركتهم الفاعلة. فتنمية الأفراد تعني الاستثمار في قدراتهم، سواء عبر التعليم أو تحسين الصحة أو تطوير المهارات، حتى يصبح باستطاعتهم أداء أعمالهم بفاعلية وإبداع. كما تعني التنمية بحماية حق الجميع في الحصول العادل على ثمار النمو الاقتصادي وتوزيعها بشكل يحقق الإنصاف والشمول. بالإضافة إلى أن التنمية البشرية تهدف إلى منح كل فرد فرصة للمساهمة والمشاركة في عملية البناء والتنمية². وقد تم إضافة بعد جديد لهذا المفهوم من خلال التقارير الصادرة عن البرنامج وهو بعد الاستدامة³.

وعلى هذا الأساس يمكن تعريف التنمية البشرية على أنها مفهوم شامل يغطي الجوانب المتنوعة للعمليات التنموية التي تهدف إلى تعزيز الرفاهية وتمكين الأفراد والمجتمعات. لا يقتصر هذا المفهوم على النمو الاقتصادي كمؤشر لتحسين الظروف المعيشية للأفراد، بل يعطي أهمية كبيرة لإنشاء بيئة تمكن الأفراد من تحقيق إمكاناتهم القصوى والعيش بطريقة مرضية تلي تطلعاتهم وحاجاتهم المختلفة.

ثانياً. الانتقادات الموجهة لمفهوم التنمية البشرية: واجهت الفكرة القائمة حول التنمية البشرية انتقادات عديدة بسبب فشلها في تقديم خطوط إرشادية واضحة للدول الناشئة حول كيفية تحسين مستويات التنمية البشرية وبالتالي تسريع التقدم الاقتصادي. كما تفتقر إلى تحديد الاستراتيجيات الفعالة للتغلب على العقبات التي تواجه هذه الدول ولا تقدم رؤية لكيفية تحقيق العدالة في العلاقات الدولية. وينظر إلى هذا المفهوم بأنه يغفل عن السمات الخاصة بالمجتمعات النامية معتبرا تجاهله للتنوع في معايير التنمية البشرية بين الدول وعدم معالجته الكافية للأوضاع الداخلية للدول النامية وعلاقاتها الخارجية. إضافة إلى ذلك، لا يضمن توسيع نطاق المفهوم قدرته على تصوير التحديات التنموية بدقة في البلدان النامية أو تغطيته الشاملة لكافة أبعاد التقدم والتطور في مجال التنمية⁴.

¹ صادق عباس راهي الحسناوي، تحليل العوامل المؤثرة في مسارات التنمية البشرية في العراق للمدة 1990-2010، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة كربلاء، العراق، 2013، ص: 10-09.

² برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 1993. نيويورك: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1993، ص: 03.

³ * التنمية البشرية المستدامة هي التنمية التي تعمل على تحقيق الإنصاف داخل الأجيال، وكذلك الإنصاف فيما بين الأجيال، مما يمكن جميع الأجيال الحاضرة والمستقبلية من تحقيق أقصى استفادة من قدراتها المحتملة: تقرير التنمية البشرية لعام 1995، ص: 12.

⁴ سمر مرسي خيرى غانم، مرجع سبق ذكره، ص: 14.

وبذلك يجب التأكيد على أن التنمية بشكل عام والتنمية البشرية بشكل خاص، تواجه تحديات جمة تستلزم جهودا مكثفة ومستمرة لتحديد هذه التحديات بدقة والعمل على حلها. ويبرز هذا التحدي بشكل خاص في الدول النامية التي على الرغم من ثرائها بالموارد الطبيعية والبشرية والمعدنية فإنها لا تزال تصارع من أجل تحقيق التقدم. وبذلك فمعالجة قضايا التنمية البشرية يتطلب جهدا أكبر وتفكيراً يتجاوز النماذج القياسية، مع التركيز الخصائص الخاصة بكل مجتمع والتحديات الخاصة التي يواجهها¹.

يمكن القول بأن الانتقادات الموجهة لمفهوم التنمية البشرية تُبرز التحديات الكبيرة التي يواجهها في تقديم حلول ملموسة وفعالة للدول النامية. وبذلك من الضروري تطوير استراتيجيات متكيفة ومرنة بحيث تأخذ بعين الاعتبار التنوع والخصائص المحلية لكل مجتمع. كما يجب على الدول والمنظمات الدولية العمل معا لصياغة استراتيجيات تنموية تراعي الظروف المحلية وتسعى لتحقيق التقدم الاقتصادي مع الحفاظ على العدالة والاستدامة. وبما أن تعزيز التعليم والصحة والرفاهية جزءا لا يتجزأ من مسيرة التنمية البشرية، فإنه يتعين توفير الدعم والموارد الكافية لهذه القطاعات.

الفرع الثالث. جوانب التنمية البشرية

أوضح التقرير الأول للتنمية البشرية الصادر عام 1990 أن التنمية البشرية تقوم على جانبين أساسيين ومتكاملين. يتمثل الأول في تعزيز القدرات البشرية، مثل رفع مستويات الصحة، وتوسيع قاعدة المعرفة، وتطوير مهارات الأفراد. أما الجانب الثاني فيكمن في ضمان استفادة الناس من هذه القدرات التي اكتسبوها، سواء في تحقيق أهداف إنتاجية يرغبون فيها، أو في تعزيز قدراتهم الثقافية، أو ممارسة حقوقهم السياسية والاجتماعية، أو حتى في الاستفادة من أوقات الفراغ². أما التقرير الثاني للتنمية البشرية عام 1991 فقد أكد أن منهج التنمية البشرية يركز على جعل التنمية موجهة للأفراد، وبمشاركتهم النشطة، ولأجلهم في الوقت ذاته. وهو ما يعني أن التنمية البشرية تشمل ثلاثة جوانب رئيسية تتمثل في³:

■ أن تكون التنمية للأفراد: مما يعني ضرورة التزام المجتمعات بالاستثمار في التعليم، والصحة، وغيرها من العوامل الاجتماعية الأساسية. يمكن هذا الاستثمار الأفراد من المساهمة بفعالية في الحياة الاقتصادية، والاجتماعية والسياسية لمجتمعاتهم، مما يعزز بدوره مشاركتهم في عملية النمو الاقتصادي.

¹ إبراهيم مراد الداعمة، مرجع سبق ذكره، ص: 40-41.

² عبد القادر محمد عبد القادر عطية، *اتجاهات حديثة في التنمية*، الدار الجامعية، مصر، 2003/2002، ص: 49.

³ محمد عبد العزيز عجمية وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 91.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

■ أن تكون التنمية من خلال الأفراد: ويعني هذا أن الأفراد يجب أن يكونوا جزءا فعالا في عملية تخطيط وتنفيذ استراتيجيات التنمية من خلال إشراكهم في هياكل صنع القرار المناسبة. ومن الضروري أن تضمن هذه الاستراتيجيات توفير فرص كافية لنمو الدخل والتوظيف، لتمكين الاستفادة الكاملة من القدرات البشرية وإعطاء المجال للأفراد لإظهار إبداعاتهم وقدرتهم على الابتكار.

■ أن تكون التنمية موجهة لصالح الأفراد: ويتطلب ذلك أن تعمل على تلبية احتياجاتهم كافة بصورة شاملة. كما يشترط أن تتاح فرص الحصول على هذه الاحتياجات بصورة متكافئة لجميع الناس دون تمييز، بحيث يتمكن كل فرد من الاستفادة منها على قدم المساواة مع الآخرين.

انطلاقا من هذا التصور فإن التنمية البشرية تقوم على جانبين متكاملين: الأول يتمثل في بناء القدرات لدى الأفراد عبر الاستثمار في مجالات التعليم، الصحة، التغذية، والتدريب. أما الجانب الثاني فيتعلق بكيفية الاستفادة الفعلية من هذه القدرات، بحيث توظف لصالح الإنسان، سواء في زيادة الإنتاج، أو الاستمتاع بأوقات الفراغ، أو المشاركة الفعالة في الحياة السياسية والاجتماعية والثقافية. وبذلك يصبح الإنسان محور عملية التنمية، إذ يمثل الغاية التي تصبو إليها، وفي الوقت نفسه الأداة التي تتحقق بواسطتها.

مفهوم التنمية البشرية يعد الأشمل بين مفاهيم التنمية، إذ يضم في طياته مختلف الجوانب التي تناولتها المقاربات السابقة، من تحليل النمو الاقتصادي إلى تنمية الموارد البشرية، مروراً بتلبية الاحتياجات الأساسية وتحقيق رفاهية الإنسان، ليس فقط للجيل الحاضر بل أيضا للأجيال المقبلة. وعليه فإن التنمية البشرية لا تغفل أهمية النمو الاقتصادي، بل تشدد على ضرورة الاهتمام بنوعية هذا النمو وطريقة توزيعه¹. كما أن الهدف الأساسي للسياسات الاقتصادية والاجتماعية هو تحسين حياة الأفراد وتعزيز خياراتهم وتنمية مهاراتهم².

يتضح مما تقدم أن التنمية البشرية تقوم على أربعة أعمدة أساسية: الإنتاجية، والعدالة، والاستدامة، والمشاركة. حيث يتطلب تعزيز الإنتاجية تحسين القدرات التعليمية، والصحية، والتدريبية للأفراد، مما يساهم في زيادة الدخل وتلبية الاحتياجات بشكل أفضل. من جهة أخرى، يجب أن توفر التنمية فرصا متساوية لجميع الأفراد للمشاركة في عملية التنمية والاستفادة من نتائجها مما يعزز العدالة التوزيعية. إضافة إلى ذلك لا ينبغي أن تقتصر فرص المساواة على الجيل الحالي فحسب، بل يجب أن تمتد لتشمل الأجيال المقبلة أيضا ضمانا لاستدامة التنمية. كما أنه من

¹ عبد الله عطوي، *السكان والتنمية البشرية*، دار النهضة العربية، بيروت، 2004، ص 26.

² Pineda, Jose, *Sustainability and human development: a proposal for a sustainability adjusted HDI (SHDI)*. MPRA Paper No. 39656, June 2012, p: 01.

الضروري مشاركة الأفراد في اتخاذ القرارات المؤثرة على حياتهم مما يجعل من التنمية عملية تشاركية تحدث بفضل الأفراد ومن أجلهم¹.

على الرغم من التحديد الواضح لمفهوم التنمية البشرية والذي يركز على تعزيز القدرات البشرية وتوسيع الإمكانيات من خلال تحسين الصحة والوصول إلى التعليم الجيد، إلا أنه لا يزال هناك مجال للخلط مع مصطلحات أخرى ذات صلة ولكن بفروقات محددة وكبيرة.

المطلب الثالث. قياس التنمية البشرية: الأسس ومسارات التحديث

وضعت الأمم المتحدة عبر برنامجها الإنمائي مفهوم التنمية البشرية في قلب استراتيجياتها وذلك في سعيها الدائم نحو تحقيق التنمية المستدامة. ولتقييم مدى الإنجاز أو التحديات في هذا المسعى، استحدثت الأمم المتحدة الإنمائي مجموعة من المؤشرات تركز على الصحة، والتعليم، والدخل كأسس رئيسية للتنمية البشرية. ومن خلال هذه المؤشرات نشأ دليل التنمية البشرية كأداة هامة لتسليط الضوء على التفاوتات بين الدول، مقدمة تصنيفا يعكس مدى التقدم أو النقص في التنمية البشرية. وبالرغم من هذه الجهود فقد تم توجيه عدة انتقادات لمؤشرات التنمية البشرية وللدليل التنمية البشرية نفسه، معتبرين أن هذه الأدوات قد لا تشمل كافة الأبعاد الثقافية والاقتصادية المعقدة للتنمية البشرية.

الفرع الأول. أبعاد ومؤشرات دليل التنمية البشرية

تبرز أهمية الدليل التنموي البشري ومؤشراته كأدوات حيوية لمراقبة وتقييم التقدم، حيث تعتمد هذه المؤشرات على منهجيات قياسية مبنية على أسس علمية وتطبيقية تمكن من تحليل التطورات في مجالات الصحة، والتعليم، ومستويات المعيشة بدقة. لا يقتصر هذا النهج على رصد الوضع الراهن بل أيضا لتوجيه السياسات والجهود التنموية نحو تحسينات ملموسة في الظروف البشرية.

أولا. دليل التنمية البشرية Human Development Index: مع التطورات التي شهدتها العالم في مجال التنمية، برزت الحاجة إلى تطوير العديد من المؤشرات التنموية التي تتيح قياس نتائج الجهود المبذولة لمكافحة الفقر وتلبية مختلف الاحتياجات الأساسية، سواء كانت مادية أو اجتماعية أو معنوية. وفي وقت لاحق ظهرت الحاجة لضرورة صياغة مؤشر مركب واحد يضم بين طياته جميع هذه المؤشرات المرتبطة بمدى إشباع تلك الاحتياجات، وذلك

¹ عبد القادر محمد عبد القادر عطية، *اتجاهات حديثة في التنمية*، مرجع سبق ذكره، ص: 52.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

لتسهيل عمليات المقارنة والمتابعة والتقييم، وصولاً إلى تحسين الأداء التنموي. وقد أفضت هذه المحاولات إلى ظهور دليل التنمية البشرية¹.

تمثل عملية قياس التنمية البشرية تقييماً للإنجازات والنتائج التي تم الوصول إليها في إطار التنمية البشرية، وذلك بهدف دعم صناع القرار في إدارة وتوجيه عملية التنمية. تساهم هذه العملية في صياغة السياسات، ومتابعة تطبيقها واتخاذ الإجراءات الضرورية لتحسين أو تعزيز الاتجاه بناء على التطورات الجديدة². ومن خلال تحليل تعريف التنمية البشرية يبرز التحدي في الإشارة إليها بواسطة مؤشر واحد أو مجموعة صغيرة من المؤشرات الكمية، والتي غالباً ما تكون غير متوافرة في الدول النامية. وهنا يأتي دور الدليل الذي اعتمدته التقرير الخاص بالتنمية البشرية لسنة 1990 والذي يتألف من مجموعة محددة من البيانات والإنجازات ضمن المجالات الرئيسية للتنمية البشرية. هذا الدليل مصمم ليكون قابلاً للقياس عبر فترة زمنية محددة ويسمح بالمقارنة بين مختلف الدول³.

يعرف دليل التنمية البشرية HDI حسب آخر تقرير صادر في 13 مارس سنة 2024 على أنه "دليل مركب يقيس متوسط الإنجازات في ثلاثة أبعاد أساسية للتنمية البشرية وهي الحياة المديدة والصحية، والمعرفة، والمستوى المعيشي اللائق"⁴. وبالتالي يعد دليل التنمية البشرية مؤشراً مركباً يستخدم لرصد التقدم في ثلاثة مجالات رئيسية للتنمية لدى الأفراد. أول هذه المجالات هو التمتع بحياة مديدة وصحية، ويقاس من خلال متوسط العمر المتوقع عند الولادة. المجال الثاني يرتبط بالمعرفة، حيث ينظر فيه إلى عدد سنوات التعليم التي أتمها الأفراد وكذلك السنوات التي يتوقع أن يقضوها في الدراسة. أما المجال الثالث فهو المستوى المعيشي، ويتم تقديره من خلال نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي⁵.

ثانياً. أبعاد ومؤشرات التنمية البشرية: يكمن مبدأ اختيار الأبعاد الأساسية والمؤشرات المكونة لدليل التنمية البشرية - كما تقدمه تقارير التنمية البشرية - في إبراز القدرات الجوهرية التي يجب أن يمتلكها الأفراد ليتمكنوا من المشاركة الفاعلة في المجتمع والمساهمة في تقدمه. وتعد هذه المؤشرات بمثابة الحد الأدنى الذي يتوجب على الدولة توفيره لجميع

¹ المعهد العربي للتخطيط، تحليل تقرير التنمية البشرية (HDI-UNDP) 2018.

² عبد الرحيم محمد عبد الرحيم، التنمية البشرية ومقومات تحقيق التنمية المستدامة في الوطن العربي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، التنمية البشرية وأثرها على التنمية المستدامة، بحوث وأوراق عمل المؤتمر العربي السادس للإدارة والبيئة، شرم الشيخ، مصر، 2007، ص: 10.

³ عدنان داود محمد الحداري، هدى زوير مخلف الدعوي، الاقتصاد المعرفي وانعكاساته على التنمية البشرية-نظرية وتحليل في دول عربية مختارة-الطبعة الأولى، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2010، ص: 39.

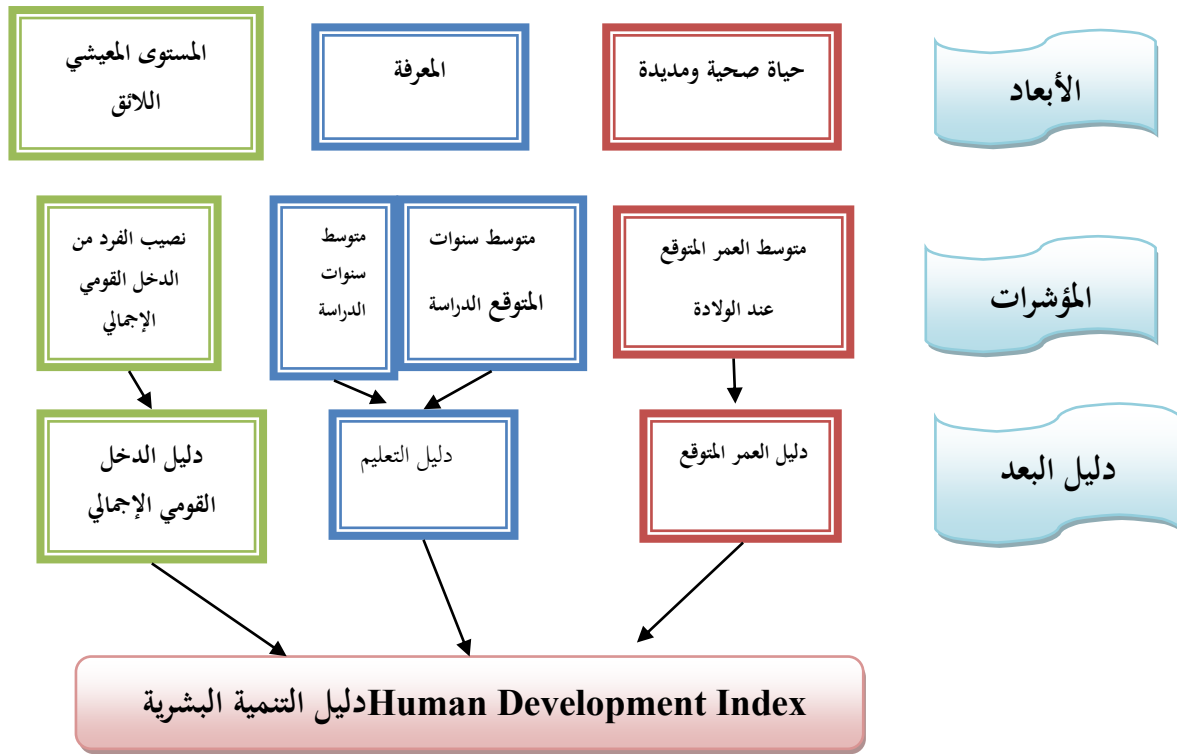
⁴ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2024/2023: الخروج من المأزق، صورة التعاون في عالم الاستقطاب، نيويورك، 2024، ص: 30.

⁵ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الاحصائي لعام 2018، واشنطن، ال.م.أ، ص: 01.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

مواطنيها. وقد اقتصر الدليل على مجموعة مختارة من المؤشرات نظراً لندرة الإحصاءات القابلة للمقارنة، لا سيما في بلدان العالم النامي. كما هدفت هذه المقاربة إلى تجنب التعقيد المفرط عند تقييم أوضاع التنمية البشرية، الأمر الذي قد يثير الكثير من الجدل¹. يوضح الشكل التالي مكونات دليل التنمية البشرية من أبعاد ومؤشرات ودليل كل بعد:

الشكل رقم (03). مكونات دليل التنمية البشرية HDI



SOURCE : UNDP, HDR , technical notes 2021/2022

تتمثل المؤشرات المختارة لقياس التنمية البشرية إلى غاية يومنا الحالي فيما يأتي:

1. بعد الصحة: الحياة الصحية المديدة Long And Healthy Life: يقاس هذا البعد من خلال مؤشر العمر المتوقع عند الولادة والذي يعرف على أنه " عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها مولود جديد إذا بقيت أنماط معدلات الوفيات المسجلة حسب الفئات العمرية عند ولادته على حالها طيلة حياته"². لقد وجهت إلى هذا المؤشر عدة انتقادات. فعلى الرغم من أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة يعتبر مؤشراً موجزاً لاتجاهات الوفيات ويحظى بقبول واسع، إلا أن له بعض العيوب. ليس من السهل دائماً حسابه بدقة، إذ كثيراً ما تفتقر البيانات الأساسية اللازمة لذلك إلى الشمول أو الدقة المطلوبة، بل قد تغيب في بعض الحالات. كما أن هذا المؤشر، رغم أهميته، يظل

¹ إبراهيم مراد الداعمة، مرجع سبق ذكره، ص: 34-35.

² برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2022، مرجع سبق ذكره، ص: 150.

تقديرا افتراضيا للمستقبل وليس قياسا مباشرا للواقع. أضف إلى ذلك أنه لا يعبر بشكل كاف عن بعض الأمراض الناتجة عن التحضر، أو الضغوط النفسية والاجتماعية التي تصاحب أنماط الحياة الحديثة، مما يحد من قدرته على عكس صورة كاملة لصحة الأفراد في المجتمعات المعاصرة¹.

2. بعد المعرفة Knowledge: ويقاس من خلال مؤشرين هما²:

➤ متوسط سنوات الدراسة Mean Years of Schooling – MYS والذي يقصد به "متوسط عدد سنوات التعليم التي أتمها الأشخاص من الفئة العمرية 25 سنة وأكثر، محسوبا بمستويات التحصيل العلمي على أساس الفترات الرسمية لكل مرحلة".

➤ العدد المتوقع لسنوات الدراسة Expected Years of Schooling - EYS والذي يقصد به "عدد سنوات الدراسة التي يتوقع أن يتمها طفل في سن الدخول إلى المدرسة مع افتراض بقاء أنماط معدلات الالتحاق حسب الفئات العمرية كما هي طيلة حياته".

3. بعد المستوى المعيشي اللائق: ويقاس بنصيب الفرد من الدخل القومي الاجمالي الذي يعرف على أنه: "مجموع الدخل في اقتصاد معين. وهو حصيلة قيمة الانتاج وملكية عوامل الانتاج التي تملكها اقتصادات العالم الأخرى وتحول إلى قيمة الدولار المعتمدة دوليا على أساس معدلات معادل القوة الشرائية وتقسم على عدد السكان في منتصف السنة"³. حيث يقاس العنصر المتعلق بالدخل ضمن دليل التنمية البشرية بهدف مقارنة مستويات المعيشة عبر البلدان، وذلك من خلال استخدام نصيب الفرد من الدخل الوطني الإجمالي المعدل بناء على تعادل القوة الشرائية (PPP). يمكن هذا التعديل من إزالة التباين في مستويات الأسعار بين الدول، موفرا بذلك مقارنة أكثر عدالة ودقة لمستوى الرفاهية بينها⁴.

ثالثا. تصنيف الدول وفقا لدليل التنمية البشرية: إن تصنيف الدول وفقا لدليل التنمية البشرية (HDI) يوفر تقييما شاملا للتقدم في مجالات الصحة، والتعليم ومستوى المعيشة مما يسمح بالمقارنات بين الدول وداخلها ويعزز صياغة السياسات الفعالة وتخصيص الموارد بشكل مستهدف. كما يعمل دليل التنمية البشرية كأداة لتحفيز التقدم، وتعزيز

¹ إبراهيم مراد الداعمة، مرجع سبق ذكره، ص: 48-74.

² برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2022، مرجع سبق ذكره، ص: 276.

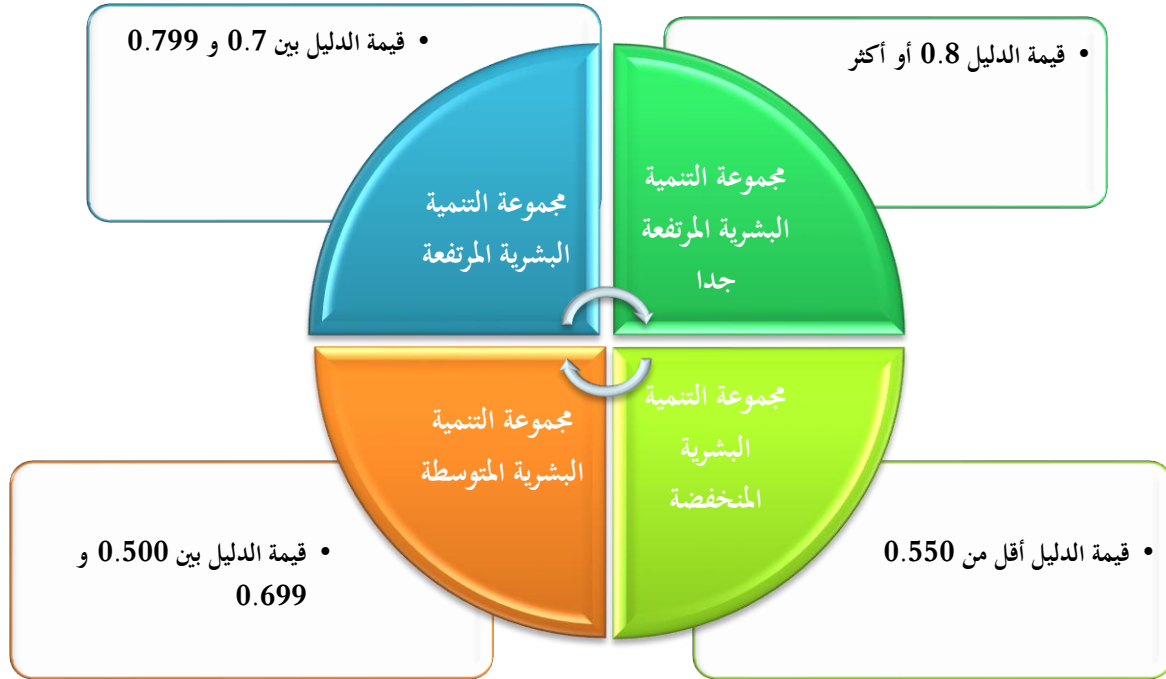
³ نفس المرجع، نفس الصفحة.

⁴ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 2020: أفق جديد - التنمية البشرية والأثر والبيئة، مرجع سبق ذكره، ص: 335.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

المساءلة، وتشجيع البحث والنقاش حول سبل تحسين التنمية البشرية. ويتم تقسيم البلدان إلى أربع مجموعات بناء على قيم مؤشر دليل التنمية البشرية كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم(04). تصنيف الدول وفقا لقيمة دليل التنمية البشرية



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي لعام 2018، واشنطن، الو.م.أ، ص ص: 17-18.

رابعاً. مجالات استخدام دليل التنمية البشرية: إن استخدام دليل التنمية البشرية يساهم بشكل فعال في تشكيل وتوجيه السياسات المتعلقة بالتنمية البشرية. فمن خلال التركيز على ثلاثة مكونات أساسية، أثبت هذا الدليل فعاليته في تعزيز الاهتمام بتقييم ومراقبة عمليات التنمية¹. يستخدم دليل التنمية البشرية في عدة مجالات حيوية كما يلي²:

1. **تقييم أداء الحكومات:** يساعد الدليل في تقييم الأداء الحكومي بخصوص الخدمات الاجتماعية الأساسية عبر مقارنته مع أداء دول أخرى في ميدان التنمية البشرية مما يحفز النقاش الوطني حول مصالح الأفراد.
2. **توجيه الإنفاق الاجتماعي:** يكشف الدليل عن نقاط الضعف في الخدمات الاجتماعية ويوجه الإنفاق نحو الأولويات مما يساهم في تحسين السياسات الاجتماعية في دول مثل باكستان، وتونس، وغانا، ومصر، وعدد من دول أمريكا الوسطى.

¹ سمر مرسي خيرى غانم، مرجع سبق ذكره، ص: 20.

² وائى علي الموسوي، موسوعة اقتصاديات التنمية، الجزء الأول، الطبعة الأولى، دار الأيام للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص ص 66-68.

3. تسليط الضوء على التفاوتات الداخلية: يبرز الدليل التفاوت في مستويات التنمية البشرية داخل الدول موضحةً الفروق في مستوى المعيشة بين المناطق الريفية والحضرية وبين مختلف الفئات الاجتماعية.
4. صياغة سياسات المعونة الدولية: تعتمد الدول المانحة للمعونات على دليل التنمية البشرية كمرجع رئيسي لتحديد الدول الأكثر حاجة للمساعدة ولتوجيهها نحو المجالات ذات الأولوية للدول المتلقية.
5. تمكين المقارنات الدولية الجديدة: يسمح الدليل بإجراء مقارنات بين الدول لتحديد الدول التي نجحت في تحويل النمو الاقتصادي إلى تنمية بشرية مستدامة وتلك التي لم تنجح، سواء بين الدول المتقدمة فيما بينها أو بين الدول النامية.

يمكن القول أن دليل التنمية البشرية يعد حافزا للحكومات لتحسين أدائها ورفع جودة الخدمات الاجتماعية المقدمة للمواطنين. كما يوفر أساساً متيناً للتقييم والمقارنة مما يؤدي إلى تعزيز المنافسة الإيجابية بين الدول وضمن الدول نفسها لتحسين مؤشرات التنمية البشرية. أي أن دليل التنمية البشرية هو أداة قيمة تساعد في توجيه السياسات وتخصيص الموارد بطريقة تخدم تحقيق التنمية البشرية الشاملة والمستدامة.

الفرع الثاني. أساسيات حساب وتقييم دليل ومؤشرات التنمية البشرية

إن حساب وتقييم دليل ومؤشرات التنمية البشرية يعتمد على مجموعة من المعايير والأسس التي تهدف إلى قياس جودة ومستوى حياة الإنسان في مختلف الدول والمجتمعات. يتم تطوير هذه المؤشرات وتحديثها بانتظام من قبل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) وغيره من المنظمات الدولية. ويتمثل الهدف الرئيسي من هذه المؤشرات في توفير صورة واضحة حول التقدم أو التراجع في مستويات التنمية البشرية في العالم.

أولاً. حساب وتقييم دليل التنمية البشرية: يتم حساب قيم دليل التنمية البشرية عبر خطوات كما يلي¹:

1. تحديد القيم القصوى والدنيا لكل مؤشر من مؤشرات أبعاد دليل التنمية البشرية: يتم في هذه المرحلة تحديد القيم الدنيا والقصوى من أجل تحويل المؤشرات المعبر عنها بقيم مختلفة إلى مؤشرات تتراوح قيمتها بين 0 و 1. وتم تحديدها كما يلي:

¹ UNDP, *Human Development Report 2021/2022*, Technical notes, pp: 02-03.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

الجدول رقم (02). القيم الدنيا والقصوى لكل مؤشر من المؤشرات سنة 2024

البعد	المؤشر	القيمة الدنيا	القيمة القصوى
الصحة	العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)	20	85
التعليم	متوسط سنوات الدراسة (بالسنوات)	0	18
	العدد المتوقع لسنوات الدراسة (بالسنوات)	0	15
المستوى المعيشي	نصيب الفرد من الدخل القومي (مقاسا بمعامل تعادل القوى الشرائية لسنة 2017)	100	75000

Source: UNDP, Human Development Report 2021/2022, Technical notes, p: 02.

يتم تبرير استخدام هذه القيم كما يلي:

✓ تبرير وضع الصفر الطبيعي لمتوسط العمر المتوقع عند الميلاد عند 20 عاما يستند إلى الأدلة التاريخية التي تشير إلى أنه لم يكن هناك دولة في القرن العشرين كان متوسط العمر المتوقع عند الولادة فيها أقل من 20 عاما. كما يتم تحديد الحد الأقصى لمتوسط العمر المتوقع عند الميلاد عند 85 عاما، وهو هدف واقعي تطمح إليه العديد من الدول على مدى الثلاثين عاما الماضية. وبفضل تحسن ظروف العيش باستمرار والتقدم الطبي فقد تجاوز متوسط العمر المتوقع عند الولادة أو اقترب جدا من 85 عامًا في عدة اقتصادات: 85.9 عامًا في موناكو، و85.5 عامًا في هونغ كونغ، الصين (المنطقة الإدارية الخاصة) و84.8 عامًا في اليابان.

✓ يمكن للمجتمعات أن تعيش بدون تعليم رسمي مما يبرر الحد الأدنى لسنوات التعليم بصفر سنة. كما أن الحد الأقصى للسنوات المتوقعة من التعليم هو 18 سنة، وهو ما يعادل الحصول على درجة الماجستير في معظم الدول. بالإضافة إلى أن الحد الأقصى لمتوسط سنوات التعليم هو 15 سنة، وهو الحد الأقصى المتوقع لهذا المؤشر لعام 2025.

✓ القيمة الدنيا المنخفضة للدخل القومي الإجمالي (GNI) للفرد هي 100 دولار، مبررة بالكم الهائل من الإنتاج الذاتي وغير السوقي في الاقتصادات القريبة من الحد الأدنى والتي لا تدرج في البيانات الرسمية. ويتم تحديد الحد الأقصى عند 75,000 دولار للفرد.

2- حساب قيمة دليل كل بعد من أبعاد دليل التنمية البشرية: بعد تحديد القيم الدنيا والقصوى يتم حساب مؤشرات البعد كما يلي:

$$\text{مؤشر البُعد} = \frac{\text{القيمة الفعلية} - \text{القيمة الدنيا}}{\text{القيمة القصوى} - \text{القيمة الدنيا}}$$

1-2. حساب قيمة دليل بعد الصحة (I_{Health}): ويحسب اعتمادا على المعادلة السابقة كما يلي:

$$\text{مؤشر الصحة} = \frac{\text{متوسط العمر المتوقع عند الولادة} - 20}{20 - 85}$$

2-2. حساب قيمة دليل بعد التعليم ($I_{\text{Education}}$): بالنسبة لبعد التعليم، يتم أولا تطبيق المعادلة أعلاه على كل من المؤشرين وبعدها يتم أخذ المتوسط الحسابي للمؤشرين الناتجين. إن استخدام المتوسط الحسابي لمؤشري التعليم يسمح بالتبادلية الكاملة بين السنوات المتوقعة من التعليم ومتوسط سنوات التعليم، والتي تبدو معقولة نظرا لأن العديد من الدول النامية لديها مستوى منخفض من إنجاز المدرسة بين البالغين ولكنها حريصة جدا على تحقيق التسجيل العالمي في المدارس الابتدائية والثانوية بين الأطفال في سن المدرسة.

3-2. حساب قيمة دليل بعد الدخل (I_{Income}): يتم استخدام اللوغاريتم الطبيعي للقيم الفعلية والقيم الدنيا والقصوى فيما يخص الدخل. وعلى مر السنين، تعاملت طرق تقييم عنصر الدخل ضمن دليل التنمية البشرية (HDI) مع التحديات المعقدة المتعلقة بكيفية قياس التأثيرات المتغيرة للدخل على الرفاهية البشرية. وفي مرحلة انتقالية مهمة، استند الباحثان (Sen and Anand, 2000) إلى استخدام أوزان مختلفة لمستويات الدخل المتباينة، مما يعكس فهما أن التأثيرات المترتبة على الدخل ليست موحدة عبر جميع مستويات الدخل. إن التحول اللوغاريتمي المعتمد حاليا في قياس عنصر الدخل يقدم توازنا بين الإمكانيات الأساسية التي تمتد لتشمل الصحة والتعليم، مضيفا بعدا يتعلق بالمكانة الاجتماعية والكرامة والذي يرتبط بالدخل. يعكس هذا النهج فكرة أن التأثيرات الإيجابية لزيادة الدخل على هذه الإمكانيات تتضاءل مع ارتفاع مستوى الدخل نفسه، وهو ما يؤكد على القيمة المتناقصة للدخل في مستوياته العليا من حيث تحسين الرفاهية البشرية¹.

3- تجميع مؤشرات الأبعاد: مؤشر التنمية البشرية (HDI) هو المتوسط الهندسي لمؤشرات الأبعاد الثلاثة:

$$HDI = (I_{\text{Health}} \cdot I_{\text{Education}} \cdot I_{\text{Income}})^{1/3}$$

¹ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 2020: أفق جديد - التنمية البشرية والأنشروبوسين، مرجع سبق ذكره، ص: 247.

ثانياً. التحديثات في حساب دليل التنمية البشرية ومؤشراته: من 1990 إلى 2024: شهدت منهجية حساب دليل التنمية البشرية تحديثات مهمة لتعكس التغيرات في الظروف العالمية والتحسينات المستمرة في نظريات وممارسات التنمية البشرية منذ إطلاق دليل التنمية البشرية (HDI) في عام 1990 من قبل البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة (UNDP). وفيما يلي سيتم إلقاء الضوء على التحديثات الرئيسية التي طرأت على دليل التنمية البشرية ومؤشراته منذ عام 1990 إلى غاية الوقت الراهن.

خلال سنة 2010 شهد دليل التنمية البشرية تحسينات مهمة تمثلت في الأساس بتحديث طرق حساب مؤشراته. من بين هذه التحسينات ما يلي¹:

- ❖ استخدام الدخل القومي الإجمالي بدلاً من الناتج المحلي الإجمالي لقياس مستوى المعيشة، حيث أنه تم التحول إلى استخدام الدخل القومي الإجمالي للفرد لحساب بعد الدخل، وكذا تطبيق اللوغاريتمات لقياسه مما يسمح بتقييم أدق لتأثير الزيادات في الدخل على مستوى التنمية البشرية خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض.
- ❖ تبني المتوسط الهندسي بدلاً من المتوسط الحسابي: تم الانتقال في تجميع الأبعاد الثلاثة للدليل (الصحة، التعليم والدخل) إلى استخدام المتوسط الهندسي. إن هذا الاختيار يزيد من حساسية الدليل للتغيرات في كل بعد ويعكس بشكل أفضل التفاعل بين هذه الأبعاد مشدداً على الحاجة إلى التقدم المتوازن عبر جميع مجالات التنمية البشرية.
- ❖ تعديل في قياس البعد المتعلق بالمعرفة: تم تحديث مؤشرات التعليم بإدخال متوسط سنوات الدراسة والسنوات المتوقعة للتعليم كبدايل لمعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة. توفر هذه التغيرات رؤية أكثر شمولاً ودقة لمستوى التعليم والمعرفة في المجتمعات مما يسهل إجراء مقارنات أكثر دقة بين البلدان.

تعكس هذه التحديثات التزام برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بتحسين قياس التنمية البشرية مما يساعد في توجيه السياسات والاستثمارات نحو تحقيق تقدم شامل في مختلف أنحاء العالم. ولكن بالرغم من أن هناك تحسينات في دليل التنمية البشرية عام 2010 باستبعاد معدل الإلمام بالقراءة والكتابة كمؤشر للتعليم نظراً لتقارب الدول في هذا المعيار إلا أن الواقع سنة 2020 يكشف عن تحديات مستمرة. حيث توضح الدلائل أن نسبة كبيرة من الأطفال في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط وبخاصة في الأكثر فقراً لا تستطيع فهم نص بسيط، وهذا يبرز أهمية اعتماد مقاييس أكثر شمولاً لتقييم التعليم تتجاوز مهارات القراءة والكتابة إلى الفهم والقدرات التحليلية.

¹ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2010: القوة الحقيقية للأمم: مسارات إلى التنمية البشرية، لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا الإسكوا، 2010، ISBN: 9780230284456، ص:15.

بالإضافة إلى أن الانتقال من استخدام المتوسط الحسابي إلى المتوسط الهندسي في تقييم دليل التنمية البشرية جاء كمحاولة لمعالجة بعض التحديات المرتبطة بتقييم الإنجازات في مختلف أبعاد التنمية. ومع ذلك فإن هذا التحول أثار جدلاً واسعاً، حيث تناول (Anand, 2018) القضية بالقول إن المتوسط الهندسي قد يقلل من أهمية التحسينات في العمر المتوقع بالنسبة للبلدان ذات الدخل المنخفض، في حين اعتبر (Fleurbaey, 2019) أنه يعكس تفضيلاً أخلاقياً للحياة في البلدان الغنية. بينما أشار (Klasen, 2018) إلى أن الاختلافات بين التصنيفات الناتجة عن استخدام المتوسط الهندسي مقابل الحسابي ليست كبيرة، مما يدل على أن التغيير في المنهجية قد لا يغير الفهم العام للتنمية البشرية بشكل جوهري، ولكنه يثير تساؤلات حول كيفية قياس التنمية بالشكل الأمثل. هذا النقاش يبرز التحديات في تقييم التنمية البشرية بطريقة تعكس تعقيدات وتطلعات الحياة البشرية.¹

الفرع الثالث. تحديثات في دليل التنمية البشرية لقياس أشمل

تعرض دليل التنمية البشرية لعدد من الانتقادات، لا سيما بسبب غياب بعض الأبعاد الهامة من محتواه. فهناك قائمة واسعة من الجوانب التي لم يشملها الدليل، من بينها الفقر، وحقوق الإنسان، والسعادة، والحوكمة والأمان، وحماية البيئة، والرفاه، والتآزر المجتمعي. وقد أدى هذا النقص، إلى جانب النجاح الذي حققته المؤشرات المركبة وترتيب الدول، إلى ظهور العديد من المقاييس الجديدة. بات دليل التنمية البشرية في القوت الراهن يطرح وسط طيف متنوع من المؤشرات، يقال إنها توفر بدائل أكثر شمولاً لقياس التنمية أو بعض عناصرها الأساسية، في محاولة لسد الثغرات التي لم يعالجها الدليل الأصلي.

¹ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 2020: أفق جديد - التنمية البشرية والأنثروبوسين، مرجع سبق ذكره، ص: 247.

الشكل رقم (05). تطور الأدلة المركبة للتنمية البشرية



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي لعام 2018، واشنطن، الو.م.أ، ص: 01.

شهد دليل التنمية البشرية تعزيزات مستمرة عبر السنوات، حيث أصبحت تقاريره تضم أدلة مكملية وجداول إحصائية متنوعة، بالإضافة إلى لوحات متابعة تساعد في تقديم صورة أوضح وأكثر شمولاً حول البيانات المتعلقة بالتنمية وقياس التقدم المحرز في الدول. أولى تقرير التنمية البشرية لعام 2010 اهتماماً خاصاً لموضوع الفقر فأضاف مؤشر الفقر متعدد الأبعاد، الذي يرصد مظاهر الحرمان في عدة مجالات حياتية دون الاكتفاء بقياس الدخل فقط. وفي نفس العام، قدم دليل التنمية البشرية معدلاً بعامل عدم المساواة رداً على النقد الموجه نحو الدليل الأصلي بأنه يعتمد على متوسط الإنجازات دون مراعاة التفاوتات الفردية مستهدفاً قياس مستويات عدم المساواة في كل بلد من أبعاد الإنجاز. بني هذا النهج على جهود تقرير التنمية البشرية لعام 1995 الذي ركز على المساواة بين الجنسين مقترحاً مقاييس لتقييم عدم المساواة بين الجنسين في الرفاه والحقوق في الحياة، مما أدى إلى تضمين دليلين حول النوع الاجتماعي يقيسان التفاوتات بين الجنسين في أبعاد التنمية البشرية وعدم المساواة في التمكين والرفاه.

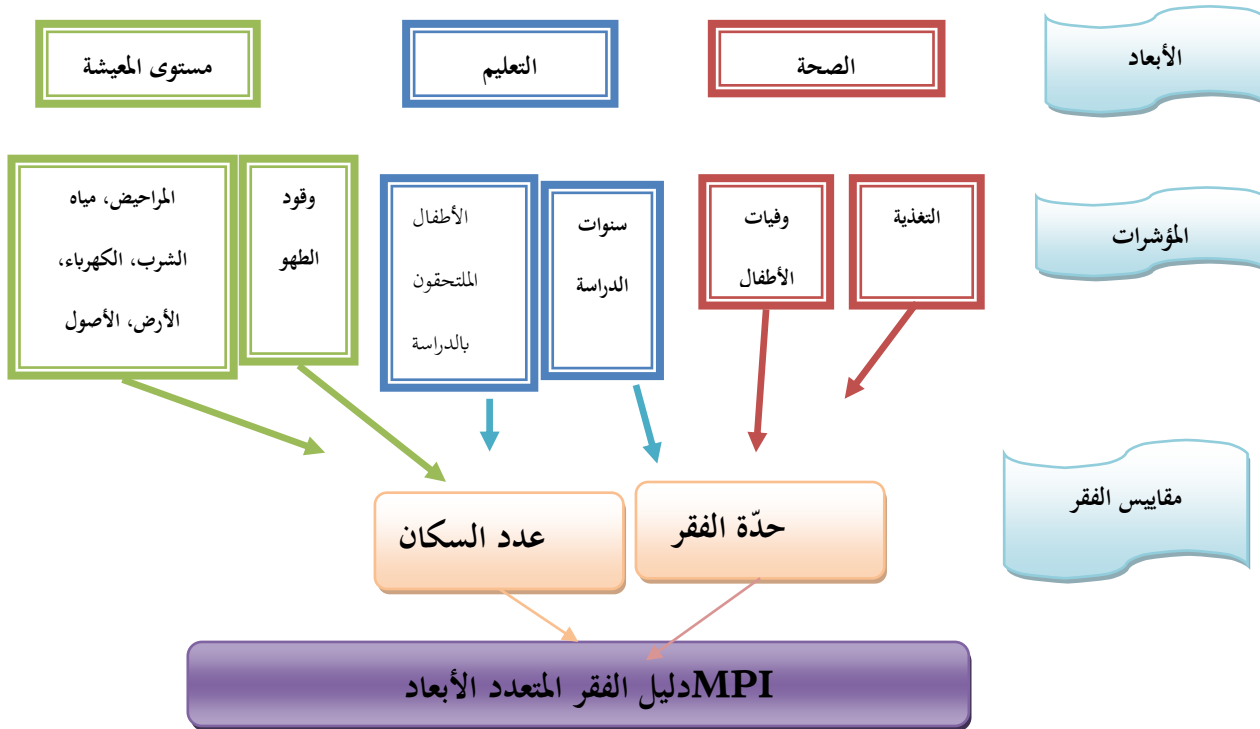
على الرغم من الأهمية الكبيرة والاعتراف الواسع الذي حظي به دليل التنمية البشرية عبر السنوات، فإنه واجه العديد من الانتقادات وأهمها عدم شموله بعض الأبعاد الحيوية للتنمية مثل حقوق الإنسان، والسعادة، والحوكمة والأمن. وجاء الرد على هذه الملاحظات من خلال تطوير أدوات ومؤشرات جديدة تسعى لتغطية هذه الجوانب بالرغم من أي توسع في الأبعاد المدروسة يشكل خطراً على تقليل الأهمية النسبية للمكونات الأساسية للتنمية البشرية.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

وبذلك فقد تم الحفاظ على الأبعاد الثلاثة الأصلية للصحة، والتعليم، ومستوى الدخل كمحاور رئيسية مع إجراء تعديلات لتحسين دقة القياسات¹. وفيما يلي ذكر الأدلة المركبة للتنمية البشرية:

أولاً. دليل الفقر متعدد الأبعاد (Multidimensional Poverty Index - MPI): يعمل دليل الفقر متعدد الأبعاد على تقديم صورة شاملة لمظاهر الحرمان التي يواجهها الأفراد في البلدان النامية، سواء في مجالات الصحة أو التعليم أو ظروف المعيشة. يبرز هذا المؤشر الفقر المرتبط بأكثر من بعد وليس فقط تدني الدخل، حيث يوضح نسبة السكان الذين يعانون من الحرمان في مجالات عدة، بالإضافة إلى شدة الفقر من خلال متوسط عدد أوجه الحرمان التي يختبرها كل فقير. واستناداً إلى معدلات الحرمان، يصنف السكان ضمن ثلاث فئات: ممن يعيشون في فقر متعدد الأبعاد، أو من هم في حالة فقر مدقع، أو من يعتبرون أكثر عرضة للوقوع في الفقر المتعدد الأبعاد².

الشكل رقم(06). مكونات قياس دليل الفقر المتعدد الأبعاد



المصدر: من إعداد الطالبة اعتماداً على: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2010: الثروة الحقيقية للأمم: مسارات إلى التنمية البشرية، ص: 219.

يمكن القول أن هذا الدليل يهدف إلى توفير تحليل عميق لأوجه الحرمان التي تواجهها الأسر والأفراد في مختلف جوانب الحياة، فهو يوفر صورة أكثر شمولية للفقر مقارنة بمقاييس الدخل الوحيدة. كما أن حساب هذا الدليل يتيح

¹ نفس المرجع السابق، ص: 245-246.

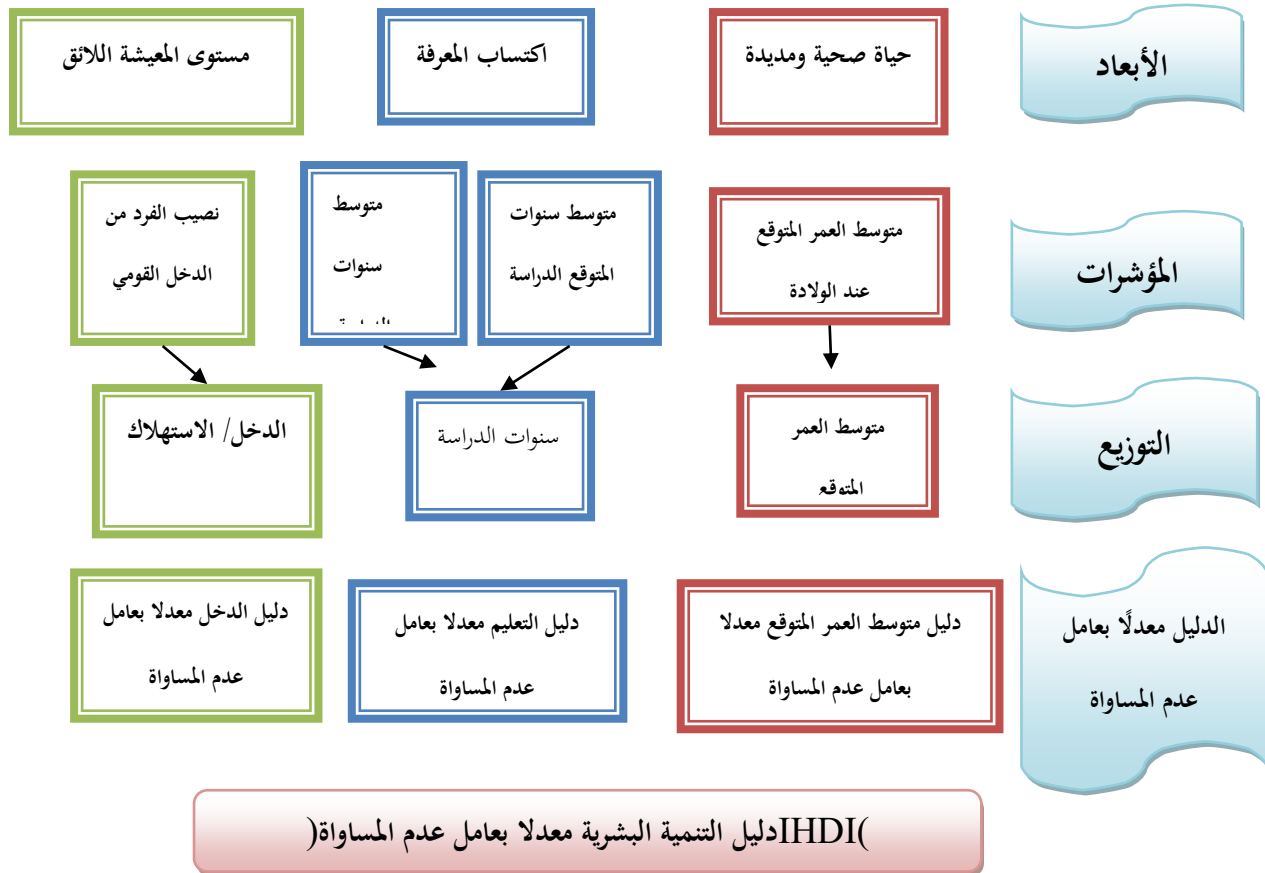
² نفس المرجع، ص: 338.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

لصانعي السياسات والباحثين تصميم برامج مساعدات أكثر فعالية تستهدف الاحتياجات المحددة للمجتمعات المحرومة.

ثانياً. دليل التنمية البشرية معدلاً بعامل عدم المساواة (IHDI). **Inequality-adjusted Human Development Index**: يقوم مؤشر التنمية البشرية المعدل بالتفاوت (IHDI) بتعديل مؤشر التنمية البشرية (HDI) ليعكس التفاوت في توزيع كافة أبعاده عبر السكان. ويعتمد هذا المؤشر على نوع من المؤشرات المركبة التي تأخذ بعين الاعتبار التوزيع السكاني وفقاً لما اقترحه فوستر، لوبيز-كالفا وسيكيللي في عام 2005، استناداً إلى مجموعة أتكينسون من مقاييس التفاوت التي تعود إلى عام 1970 ويتم حسابه باستخدام المتوسط الهندسي للمؤشرات البعدية المعدلة للتفاوت.¹

الشكل رقم (07). مكونات قياس دليل التنمية البشرية معدلاً بعامل عدم المساواة (IHDI)



المصدر: من إعداد الطالبة اعتماداً على: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، **تقرير التنمية البشرية 2010: الثروة الحقيقية للأمم: مسارات إلى التنمية البشرية**، ص: 219.

¹ [Inequality-adjusted Human Development Index | Human Development Reports \(undp.org\)](http://inequality-adjusted-human-development-index-human-development-reports-undp.org)

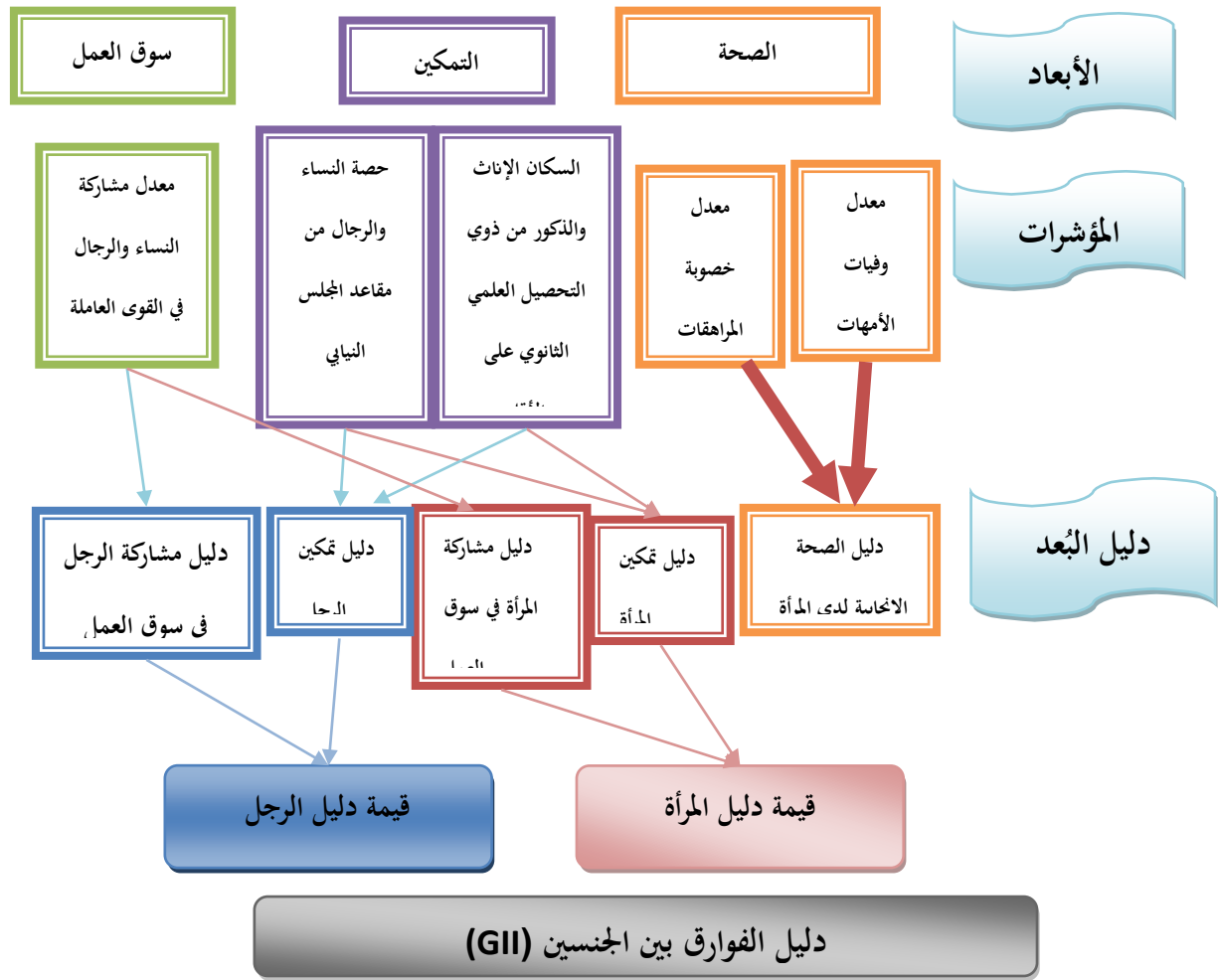
يعتبر هذا الدليل هاما لأنه يوفر رؤية أكثر شمولاً للتنمية البشرية مشيراً إلى أن النمو والتقدم لا يجب أن يقاسا فقط بالمتوسطات الوطنية ولكن يجب أيضاً أخذ التوزيع العادل للإنجازات بعين الاعتبار.

ثالثاً. دليل الفوارق بين الجنسين (Gender Inequality Index - GII): يتضمن هذا الدليل مؤشراً مركباً لقياس الفروق بين الجنسين عبر ثلاثة أبعاد رئيسية: الصحة الإنجابية، والتمكين، والمشاركة في سوق العمل. في الجانب الأول، تقاس الصحة الإنجابية من خلال معدل وفيات الأمهات ونسبة الولادات بين المراهقات. أما التمكين، فيقاس بنسبة المقاعد التي تحظى بها النساء في الهيئات التشريعية، إضافة إلى نسبة الذكور والإناث ممن أنهوا مرحلة التعليم الثانوي على الأقل. ويعنى البعد الثالث بقياس مشاركة الرجال والنساء في سوق العمل من خلال رصد معدلات انخراطهم ضمن القوى العاملة. وتشير القيمة المنخفضة لهذا الدليل إلى تراجع الفجوة بين الجنسين، في حين تعكس القيمة المرتفعة تفاقم الفوارق بين النساء والرجال في تلك الأبعاد¹.

¹ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 2020: أفق جديد - التنمية البشرية والأنثروبوسين، مرجع سبق ذكره، ص: 338.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

الشكل رقم(08). مكونات قياس دليل الفوارق بين الجنسين (GII)



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2010: الثروة الحقيقية للأمم: مسارات إلى التنمية البشرية، ص: 219.

يتضح من خلال الشكل أن الهدف الرئيسي من هذا الدليل هو توفير إطار عمل يمكن من خلاله تقييم ومقارنة مستوى المساواة بين الجنسين عبر الدول والمناطق وكذا تتبع التقدم المحرز على مر الزمن. بالإضافة إلى أنه يساعد الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع المدني على تحديد السياسات والمبادرات اللازمة لتقليص الفجوات بين الجنسين وتعزيز المساواة. وبالتالي تكمن أهميته أهمية في قياس المساواة بين الجنسين في أبعاد التنمية البشرية مثل التعليم والصحة والدخل.

وقد تم إدخال هذا الدليل لأول مرة سنة 2014 أين تم تعريفه على أنه: "دليل مركب يقيس الفارق في الإنجازات بين المرأة والرجل في ثلاثة أبعاد هي: الصحة، والتعليم، ومستوى المعيشة"¹. تتطابق المكونات التي تستخدم في قياس

¹ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2014: المضي في التقدم، بناء المنفعة لدرء المخاطر، 2014، ص: 177.

هذا الدليل مع المكونات المستخدمة في قياس دليل التنمية البشرية من حيث الأبعاد، المؤشرات حيث يكمن الاختلاف الأساسي في توفر دليل للتنمية البشرية مخصص للرجال وآخر مخصص للنساء.¹

رابعاً. دليل التنمية البشرية معدلاً بعامل الضغوط على الكوكب (Planetary pressures–(PHDI adjusted Human Development Index

شهدت العلاقة بين المفهوم وأساليب القياس تطوراً مستمراً منذ نشر تقرير التنمية البشرية الأول الذي قدم مفهوم التنمية البشرية وطرق قياسها. تضمن هذا التطور مقترحات لتحديث وتغيير مقاييس التنمية البشرية خاصة بما يتعلق بإدراج الاستدامة ضمن معايير التقييم. ويوفر دليل التنمية البشرية المعدل بأخذ الضغوط على الكوكب بعين الاعتبار مقياساً إرشادياً لتعزيز التنمية البشرية مع العمل على تقليل الضغوط التي تتعرض لها البيئة. يجري الدليل الجديد تعديلاً على الدليل الأصلي من خلال احتساب مستوى انبعاثات ثاني أكسيد الكربون والبصمة المادية لكل بلد بناءً على نصيب الفرد. وبذلك عندما يعدل دليل التنمية البشرية ليشمل تأثيرات النشاط البشري على البيئة، يتطور إلى مؤشر جديد يسمى "دليل التنمية البشرية معدلاً بعامل الضغوط على الكوكب". يحدث هذا التعديل من خلال ضرب قيمة دليل التنمية البشرية في معامل تصحيح يستند إلى المتوسط الحسابي لعدة مؤشرات تتضمن مقدار ما يساهم به الفرد من انبعاثات CO₂ وكذلك مساهمته في البصمة المادية اللتين تقيسان بالترتيب مدى الانتقال بعيداً عن استعمال الوقود الأحفوري والأثر البيئي الناتج عن استهلاك الموارد.²

تكمن أهمية هذا الدليل في قدرته على تحقيق توازن بين متطلبات التنمية البشرية وضرورات الحفاظ على البيئة وذلك من خلال إدراج عوامل بيئية في قياس التقدم البشري. كما يساعد في توجيه الانتباه نحو القضايا البيئية الحرجة وتحديد الأولويات لتحقيق التنمية المستدامة.

¹ UNDP, HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2021/2022, op cite. P:01.

² برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 2020: أفق جديد - التنمية البشرية والأنشروبوسين، مرجع سبق ذكره، ص: 13، 235.

المبحث الثاني. تمويل التنمية البشرية لتحقيق الأهداف الصحية ضمن أهداف التنمية البشرية المستدامة

تبرز أهمية معرفة طرق تمويل التنمية البشرية المستدامة تحدياً كبيراً في عالم اليوم، حيث أن ذلك سيساهم بشكل كبير في فهم كيفية استغلال الموارد بشكل فعال لبلوغ أهداف التنمية المستدامة المقررة لعام 2030.

المطلب الأول. الأسس النظرية للتنمية البشرية المستدامة

تدعم التنمية البشرية المستدامة تحسين القدرات البشرية، والحفاظ على الموارد وتعزيز مشاركة المجتمع، مما يساهم في تطوير عمليات تنموية أكثر فعالية وشمولية تضمن مستقبلاً يراعي احتياجات الجميع مع الحفاظ على البيئة للأجيال القادمة.

الفرع الأول. مكونات وجوانب التنمية البشرية المستدامة

يعتبر الإشارة إلى مكونات التنمية البشرية وجوانبها أمر هام للمساعدة في صياغة سياسات فعالة تعزز من قدرات الأفراد وتوسع من الخيارات المتاحة أمامهم.

أولاً. مكونات التنمية البشرية المستدامة: وفقاً لتقرير التنمية البشرية العالمي لعام 1995، تستند منهجية التنمية البشرية إلى أربعة مكونات أساسية تتمثل فيما يأتي¹:

- 1. الإنتاجية:** تعني قدرة الأفراد على إجراء أنشطة منتجة وإبداعية.
- 2. المساواة:** تشير إلى تكافؤ الفرص لجميع أفراد المجتمع دون تمييز على أساس العرق، والجنس، ومستوى الدخل والأصل، أو أي عوامل أخرى.
- 3. الاستدامة:** تدور حول ضرورة عدم إلحاق الضرر بالأجيال المستقبلية سواء من خلال استهلاك الموارد الطبيعية بشكل مفرط، أو التلوث البيئي، أو تراكم الديون العامة التي تثقل كاهل الأجيال القادمة، أو عدم الاستثمار في تنمية الموارد البشرية مما قد يؤدي إلى معضلات في المستقبل نتيجة للقرارات المتخذة اليوم.
- 4. التمكين:** التنمية يجب أن تتم بمشاركة الناس ولأجلهم، مما يعني ضرورة مشاركتهم الكاملة في صنع القرارات والإجراءات التي تمس جوانب حياتهم. تأتي هنا أهمية منظمات المجتمع المدني وإمكانية المساءلة وضبط المسار عند

¹ المعتصم بالله الجوارنة، ديمة محمد وصوص، *التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية*، الطبعة الأولى، دار الخليج، عمان، الأردن، 2009، ص: 44.

الحاجة، مؤكداً أن الأفراد لا يقتصر دورهم في عملية التنمية على كونهم متلقين بشكل سلبي، بل يشكلون عنصراً رئيسياً في رسم سياسات التنمية وتوجيه مسارها.

ثانياً. **جوانب التنمية البشرية المستدامة:** إن استدامة التنمية تشكل نقطة الانطلاق الأساسية لتحقيق الأهداف الاقتصادية الشاملة التي تشمل عدة جوانب رئيسية تعكس مختلف أبعاد التنمية والمتمثلة في¹:

1. **الجانب الاقتصادي:** يركز على زيادة معدلات نمو الدخل الوطني، والناتج المحلي الإجمالي والاستثمارات والاستهلاك الإجمالي. كما يؤكد على أهمية توفير فرص العمل، والاستغلال الأمثل للموارد، والاستقرار الاقتصادي وتنويع البنية الاقتصادية للبلاد.

2. **الجانب الاجتماعي:** يسعى إلى تحقيق العدالة الاجتماعية من خلال توزيع الدخل والثروة بشكل عادل بين مختلف شرائح المجتمع مما يساهم في تحسين مستوى المعيشة وتعزيز الرفاهية الاقتصادية للسكان.

3. **الجانب البيئي:** يتعلق بالحفاظ على الموارد الطبيعية الأساسية مثل الماء، والهواء، والتربة، والعمل على منع التلوث وتشجيع توسع الغطاء النباتي. يساعد هذا البعد في زيادة نسبة الأكسجين في الجو، وتحسين الظروف المناخية، وحماية الأرض من التآكل والتصحر.

4. **الجانب الاستراتيجي:** يهدف إلى ضمان استمرارية حقوق الأجيال القادمة في استخدام الموارد الطبيعية المتاحة حالياً، وذلك من خلال استهلاكها بطريقة مسؤولة ومستدامة لضمان إمكانية الاستفادة منها في المستقبل.

يمكن القول أن فهم الجوانب والعناصر الأساسية للتنمية البشرية المستدامة يلعب دوراً حاسماً في قياس مؤشراتها والتي تعتبر أدوات مهمة لتقييم التقدم نحو أهداف التنمية المستدامة وتساعد في توجيه السياسات والبرامج في مختلف الدول.

الفرع الثاني. قياس التنمية البشرية المستدامة

شهد مفهوم التنمية البشرية المستدامة تطوراً ملحوظاً بفضل مبادرات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وذلك من خلال إدخال مؤشرات جديدة لقياس الرفاهية الاقتصادية الشاملة للدول. تشمل هذه المؤشرات معايير مبتكرة تضمن الحفاظ على البيئة والموارد الطبيعية مع التقليل من التلوث، وتعزيز رأس المال البشري بما يشمل جميع الفئات والمكونات

¹ بشير هادي عودة، دور التنمية البشرية المستدامة في العراق: المضمون ومبادئ تنفيذ الأهداف، مجلة العلوم الاقتصادية، جامعة البصرة، المجلد 12، العدد 45، ردمك -1814 9669، 2017، ص:79.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

الاجتماعية، وذلك لضمان توفر الفرص للجميع في اكتساب المهارات، والصحة، والتعليم، بالإضافة إلى المشاركة في العمليات الاقتصادية والاجتماعية. اضافة إلى أنه يركز على تطوير رأس المال المجتمعي من خلال تحفيز التنظيم الفعال للعلاقات المجتمعية على أساس حسن الإدارة، والمساءلة وتحقيق الإنصاف والعدالة في توزيع الموارد والمشاركة في صنع القرار¹.

ولقياس التنمية البشرية المستدامة، تم تطوير مجموعة من المؤشرات والأدلة التي تشمل جوانب متعددة من الحياة البشرية والبيئية. بالإضافة إلى الأدلة التي تم ذكرها سابقا مثل دليل التنمية البشرية (HDI)، ودليل الفقر المتعدد الأبعاد (MPI)، دليل التنمية البشرية المعدل بعامل عدم المساواة (IHDI)، دليل الفوارق بين الجنسين (GDI) دليل التنمية حسب الجنس، ودليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب، هناك مؤشرات أخرى تضيف بعدا آخر لمفهوم التنمية البشرية المستدامة، يمكن ذكر أهمها فيما يلي:

أولا. مؤشر الرخاء العالمي (The Legatum Prosperity Index): يساهم مؤشر الرخاء العالمي حسب تقرير عام 2023 في قياس التنمية البشرية المستدامة من خلال تقييم مجموعة واسعة من العوامل التي تعكس جودة الحياة والرفاهية في 167 دولة حول العالم. يعتمد المؤشر على 12 ركيزة رئيسية تشمل الأمان والأمن، والحرية الشخصية، ورأس المال الاجتماعي، وبيئة الاستثمار، وشروط المؤسسات، والبنية التحتية والوصول إلى الأسواق، وجودة الاقتصاد، وظروف المعيشة، والصحة، والتعليم، والبيئة الطبيعية. تغطي كل هذه الركائز الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية، والسياسية للرخاء مما يوفر صورة شاملة عن مدى تقدم الدول نحو تحقيق التنمية المستدامة. كما يوضح التقرير كيف يمكن للتحسينات في مجالات مثل الصحة، والتعليم، وظروف المعيشة أن تساهم في تعزيز الرفاهية البشرية ودعم التنمية المستدامة².

ثانيا. مؤشر السعادة العالمي (World Happiness Index): يمكن مؤشر السعادة العالمي كمقياس للتنمية البشرية المستدامة من خلال توفيره لبيانات حول تأثير العوامل الاجتماعية والبيئية على رفاهية الأفراد. حيث أكد التقرير العالمي للسعادة لعام 2024 على أن التغيرات في مستويات السعادة بين الأجيال والعلاقة بين السعادة والصحة، والتأثيرات الإيجابية للدعم الاجتماعي والحرية، تبرز كلها أهمية السعادة كمؤشر على التقدم نحو مجتمعات أكثر عدالة³.

¹ عدنان داود محمد العذاري، هدى زوير مخلف الدعمي، مرجع سبق ذكره، ص: 30.

² Legatum Institute Foundation. *The 2023 Legatum Prosperity Index™*. (16th edition). 2023 pp 4-21.

³ Helliwell, J. F., et al. (2024). *World Happiness Report 2024*. Wellbeing Research Centre, University of Oxford.

ثالثاً. مؤشر الابتكار العالمي (Global Innovation Index): يقدم مؤشر الابتكار العالمي لعام 2023 تقييماً شاملاً لأداء نظم الابتكار في الاقتصادات المختلفة، ويعكس كيف يمكن للابتكار دعم التنمية البشرية المستدامة من خلال التقدم التكنولوجي في عدة مجالات مثل الذكاء الاصطناعي. كما يشير هذا التقرير إلى الدور الحاسم للابتكار في تعزيز النمو الاقتصادي، وتحسين جودة الحياة ودعم استدامة البيئة، مؤكداً على أهمية الابتكار كمحرك أساسي للتقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة¹.

رابعاً. مؤشر البصمة البيئية (Ecological Footprint): يقدم مؤشر البصمة البيئية معلومات حول الضغط البيئي الذي يفرضه الإنسان على البيئة، كما يحلل عادات الاستهلاك ويقدم تقديرات للاحتياجات المستقبلية للموارد الطبيعية. ويعتبر هذا المؤشر كأداة قيمة في قياس التنمية البشرية المستدامة من خلال مساهمته في وضع السياسات واتخاذ القرارات نحو مستقبل أكثر صحة واستدامة للبشرية والبيئة².

خامساً. مؤشر التقدم الاجتماعي (Social Progress Index): يستند مؤشر التقدم الاجتماعي إلى مجموعة واسعة من المعايير التي تقيم تطور الدول في ميادين متعددة، شاملة بذلك عدة مجالات حيوية كالصحة، والتعليم والأمان الشخصي، والحريات، والمساواة بين غيرها. لا تقتصر هذه المعايير على تقديم تقييم للتنمية البشرية المستدامة فحسب، بل توفر أيضاً لمحة شاملة عن حياة الأفراد ضمن مجتمعاتهم. فمن خلال تحليل هذه المعايير يكون بالإمكان فهم جوانب الرفاهية البشرية بشكل دقيق وتقييم مدى تقدم الدول نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة والارتقاء بمستوى حياة المواطنين على المدى البعيد. وفي الإصدار الأخير للمؤشر لعام 2024 والذي شمل 170 دولة، احتلت الدانمارك المرتبة الأولى عالمياً، بينما جاءت الكويت في المرتبة الـ 48 عالمياً والأولى عربياً، تليها الإمارات العربية المتحدة في المركز الثاني عربياً والـ 51 عالمياً. وقد صنفت الجزائر في المركز الـ 97 عالمياً والعاشر عربياً، متأخرة عن تونس التي حلت في المركز الثامن عربياً والـ 91 عالمياً³.

يمكن القول أن هذه المؤشرات تعتمد على تحليلات وبيانات مفصلة لتقديم صورة أكثر شمولاً للتنمية البشرية المستدامة بما يتجاوز القياسات الاقتصادية التقليدية. ومن خلال دمج هذه المقاييس مع الأدلة المركبة لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي يمكن الحصول على فهم أعمق للتحديات والفرص في مجال التنمية البشرية المستدامة.

¹ World Intellectual Property Organization (WIPO). (2023). *Global Innovation Index 2023: Innovation in the Face of Uncertainty*. (16th Edition). Geneva: WIPO. pp 25-42

² Goel, Sonu et al, "Ecological Footprint: A tool for measuring Sustainable development." *International Journal of Environmental Sciences*, volume2, no. 1, ISSN 0976 – 4402. 2011, pp:140-144.

³ <https://www.socialprogress.org/2024-social-progress-index/>

المطلب الثاني: تمويل التنمية البشرية لتحقيق أهداف الألفية وأهداف التنمية المستدامة في الجانب الصحي

تحولت الصحة إلى عنصر أساسي في جدول أعمال التنمية العالمية مما يعكس الإدراك المتزايد لدى المجتمع الدولي بأن تحقيق التنمية المستدامة يتوقف على تحسين حالة الصحة للأفراد في جميع أنحاء العالم. وقد أظهرت أهداف التنمية للألفية المحددة خلال الفترة (2000-2015)، وأهداف التنمية المستدامة التي تم وضعها للفترة (2016-2030) أن الارتقاء بالصحة يعتبر عاملاً حاسماً لتحقيق التنمية المستدامة. إن بلوغ الأهداف المرتبطة بالصحة والتنمية المستدامة يتطلب تمويلاً كبيراً لتحقيق التغييرات اللازمة في البنية التحتية الصحية وتوفير الخدمات الصحية الأساسية.

الفرع الأول. تقييم إنجازات الأهداف الصحية ضمن الأهداف الإنمائية للألفية على الصعيد العالمي

إن الارتباط الوثيق بين الصحة والتنمية يشهد تصاعداً واضحاً في الأجندة المحلية والعالمية للتنمية المستدامة ويرجع ذلك إلى زيادة حالات الأمراض المزمنة والمكلفة. تفرض هذه الحالات أعباء اقتصادية كبيرة كان بالإمكان تجنبها من خلال الاستثمار في مجال الصحة. وقد تم تخصيص الفصل السادس في مؤتمر الأمم المتحدة حول البيئة والتنمية الذي انعقد بالبرازيل عام 1992 لمناقشة موضوع الصحة تحت عنوان "حماية وتعزيز الصحة". وقد أكد المؤتمر على أن الإنسان يشكل محور التنمية المستدامة، وينبغي له أن يحظى بحياة صحية وإنتاجية في توازن مع البيئة. تأتي هذه المبادئ مع ضرورة تلبية احتياجات الأجيال الحالية دون التأثير على حقوق الأجيال القادمة. فيما تميزت قمة الأرض بإطلاق برنامج عمل شامل يركز على التحديات المستقبلية للتنمية المستدامة والتأكيد على الأبعاد الصحية في هذا البرنامج¹.

في بداية الألفية الثالثة ومن خلال إعلان الأمم المتحدة، أقر المجتمع الدولي بضرورة مواجهة التحديات الكبرى لتحقيق التنمية المستدامة في البلدان النامية والأقل نمواً. وعقب مراجعة شاملة قامت بها لجنة مساعدات التنمية التابعة لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) في عام 1995، تحول هذا الإقرار إلى ما يعرف بـ "الأهداف الإنمائية للألفية". أدت هذه المراجعة إلى نشر تقرير "تشكيل القرن الواحد والعشرين: دور التعاون من أجل التنمية"، محددة سبعة أهداف تنموية رئيسية استمدت من قرارات مؤتمرات وقمم الأمم المتحدة خلال التسعينيات. وبحلول العام 2000، تبنت 189 دولة "إعلان الألفية" في مؤتمر قمة الألفية، مما أدى إلى تبني الأهداف الدولية للتنمية مع إضافة

¹ نورالدين عياشي، المسألة الصحية بين الأهداف التنموية للألفية وأهداف التنمية المستدامة - حالة الجزائر -، مجلة العلوم الانسانية، الجزائر، المجلد ب، العدد 50، ديسمبر 2018 ص:

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

هدف ثامن يدعو إلى إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية. تهدف هذه الأهداف إلى توجيه السياسات والبرامج التنموية على مستوى العالم مع التأكيد على مسؤولية جميع دول العالم في القضاء على الفقر وتحسين مستويات المعيشة في البلدان النامية.¹

رسمت الأهداف التنموية للألفية معالم لغايات محددة زمنيا ومكنت من تقييم التقدم الذي أحرز نحو خفض معدلات الفقر والجوع والأمراض. عززت هذه الأهداف المساواة بين الجنسين وتحسين الصحة والتعليم والاستدامة البيئية. كما أنها عكست الحقوق الأساسية للإنسان، أي الحق في الصحة والتعليم والأمان لكل فرد على سطح الأرض. وبالتعاون مع خطة الأمم المتحدة الشاملة للتنمية، حددت هذه الأهداف المسار الذي كان ينبغي أن تتبعه الجهود العالمية للتخفيف من شدة الفقر المدقع بحلول عام 2015². وقد تضمنت الأهداف الخاصة بالصحة التي كانت جزءا من الأهداف التنموية للألفية ما يلي³:

- **الهدف الرابع:** العمل على خفض نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
- **الهدف الخامس:** تعزيز صحة الأمهات وتحسين الصحة الإنجابية، بما في ذلك توفير الرعاية الصحية المناسبة خلال فترة الحمل والولادة.
- **الهدف السادس:** مكافحة الأمراض القابلة للانتقال، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، ومرض نقص المناعة المكتسب (AIDS)، والملاريا، والسل، وغيرها من الأمراض المعدية، من خلال تطوير استراتيجيات فعالة للوقاية من هذه الأمراض وعلاجها.

إن المرامي التنموية للألفية مرتبطة ببعضها البعض ويعتمد بعضها على بعض، وفي عدة دول قد يكون من المستحيل التخفيف من وطأة الفقر الناجم عن الانخفاض في الدخل (المرمى الأول، الهدف الأول)، من دون أخذ خطوات ضمان التعليم الأفضل للناس، وعلى نحو مشابه فإن إزالة التفاوت بين الجنسين (المرمى الثالث) وزيادة معدلات الانخراط في التعليم الأساسي (المرمى الثاني) هو شرط أساسي من أجل النجاح في تحسين النتائج الصحية ولا يمكن أيضا للتعليم أن يوضع بمعزل عن التساؤلات حول تدبير الموارد الطبيعية وضمان الاستدامة البيئية (المرمى السابع)، ومن أجل ذلك لا ينبغي رؤية المرامي التنموية للألفية ذات الصلة بالصحة على نحو منعزل - كبرامج

¹ نوال بن عمار، تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة بالجزائر (الهدف الرابع والخامس)، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، الجزائر، المجلد 13، العدد 05، 2021، ص: 177.

² محمد صفوت قابل، نظريات وسياسات التنمية الاقتصادية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 2008، ص: 89.

³ الأمم المتحدة، التقرير رقم A157/270، 2000، ص ص 30-44.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

منفصلة- بل ينبغي النظر إلى هذه البرامج كمحصلة أو كنتاج مرغوب لبرنامج عمل التنمية، حيث تعد مهمة خفض ثلثي وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر (المرمى الرابع، الهدف الخامس) واحدة من أكثر الأهداف التنموية تحديًا، وهي تتطلب تدخلات تكنولوجية لمعالجة أسباب وفاة الأطفال الرئيسية كسوء التغذية والعدوى والأمراض الطفيلية. النجاح في هذا المسعى يعتمد على شبكة فعالة من نظم الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص، وكذلك على التمويل المناسب. وبالتالي من الواضح أن تعزيز صحة الأفراد وإطالة أعمارهم يمثل هدفًا قائمًا بذاته وركيزة أساسية للتنمية البشرية¹.

يشير تقرير أهداف التنمية المستدامة للألفية لعام 2015 إلى تحقيق تقدم كبير نحو الأهداف الموضوعية مع تسجيل تراجع في معدلات الفقر العالمي، وزيادة في نسب التحاق الأطفال بالتعليم الابتدائي، وانخفاض في وفيات الأطفال بالإضافة إلى تحسن في إمكانية الوصول إلى مياه شرب نظيفة. كما ساهمت الجهود المبذولة لمكافحة أمراض كالمالاريا والإيدز، والسل في إنقاذ ملايين الأرواح. وعلى الرغم من هذه الإنجازات، يظهر التقرير الحاجة الملحة لمزيد من الجهود لحماية الفئات الأكثر فقرًا وضعفًا من تأثيرات التغير المناخي والتدهور البيئي التي قد تهدد المكاسب المحرزة. وتبقى النزاعات تمثل تحديًا رئيسيًا أمام التنمية المستدامة، مما يدعو قادة العالم لتبني خطة استدامة شاملة وطويلة الأجل للحفاظ على الإنجازات ومواجهة التحديات الجديدة، بما في ذلك القضاء على كافة أشكال الفقر وضمان عدم تخلف أي شخص عن الركب. هذا التقرير يسلط الضوء أيضًا على التقدم العالمي في الجانب الصحي لتحقيق أهداف التنمية للألفية كما يلي²:

أولاً. تقييم التقدم نحو بلوغ الهدف الرابع. خفض وفيات الأطفال: وفقًا لتقرير أهداف التنمية المستدامة للألفية فقد كانت جهود تحقيق الأهداف التنموية للألفية ناجحة للغاية في تقليل وفيات الأطفال. شهد العالم خلال الفترة من عام 1990 إلى 2015 انخفاضًا بأكثر من ثلاثة أضعاف في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

ثانيًا. تقييم التقدم نحو بلوغ الهدف الخامس. تحسين الصحة النفسية: بتوجيه من الأهداف التنموية للألفية، تمكنت نسبة أكبر من الأمهات من الوصول إلى الدعم والعلاج الحيوي خلال وبعد الحمل. منذ العام 1990، انخفضت معدلات الوفيات أثناء الولادة عالميًا إلى النصف، مما أدى إلى حصول حوالي ثلاثة أرباع الولادات على رعاية من محترفين مؤهلين في المجال الصحي عبر العالم.

¹ حمد غانم محمد الأسطل، مرجع سبق ذكره، ص: 40-41.

² الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2015، إدارة شؤون الإعلام في الأمم المتحدة، DPI/2594/2A، ص ص: 05-07.

ثالثا. تقييم التقدم نحو بلوغ الهدف السادس: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض: تراجعت حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بنسبة 40%، وتحقيق تقدم ملموس في الوصول إلى العلاجات المضادة للفيروسات الرجعية. كما يسجل انخفاض ملحوظ في وفيات وإصابات الملاريا بجانب الإنجازات الكبيرة في مكافحة السل. تعد هذه النتائج دليلا على فعالية الأهداف التنموية للألفية في مجابهة الأمراض وإحراز تقدم كبير في الصحة العامة.

الفرع الثاني. تقييم التقدم العالمي نحو أهداف التنمية المستدامة لعام 2030 في مجال الصحة

تعكس الأهداف الصحية التي وردت في أهداف التنمية المستدامة لعام 2030 التزام المجتمع الدولي بتحسين صحة الإنسان وضمان حياة صحية للجميع. وتشمل هذه الأهداف جهودا عديدة لمواجهة التحديات الصحية العالمية. ويمكن من خلال تحقيق هذه الأهداف تحسين نوعية حياة وصحة الأفراد في جميع أنحاء العالم وتعزيز التنمية المستدامة من خلال ضمان بيئة صحية وآمنة للجميع، الأمر الذي يتطلب تضافر الجهود والتعاون بين الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع المدني لتحقيق التقدم المستدام في مجال الصحة.

أولا. الأهداف الصحية ضمن أهداف التنمية المستدامة: بدأ العمل على خطة التنمية لما بعد عام 2015 في عام 2010، وهذا يعني قبل انتهاء الأهداف الإنمائية للألفية بخمس سنوات. وفي سبتمبر 2015، اجتمع رؤساء 193 دولة في المقر الرئيسي للأمم المتحدة في نيويورك، حيث تم اعتماد النص النهائي لخطة التنمية المستدامة في آفاق 2030. تضمنت هذه الخطة جيلا جديدا من الأهداف، والتي تشمل 17 هدفا و169 غاية مرتبطة بها. وتأتي هذه الأهداف لتحل محل الأهداف الإنمائية للألفية أين بدأ تنفيذها في 2016، لتكون منارة للجهود التنموية حتى عام 2030.¹

بتاريخ 25 سبتمبر 2015، اعتمدت الأمم المتحدة "خطة التنمية المستدامة لعام 2030" كدليل عالمي يشمل الناس والكوكب ويسعى للرخاء والسلام عبر الشراكة والتعاون مرتكزة على مبادئ العالمية، والتكامل، وحقوق الإنسان، والابتكار². وقد بدأ العمل رسميا على تنفيذها منذ الأول من شهر جانفي سنة 2016. وهي خطة طموحة تقوم على الأهداف السبعة عشر للتنمية المستدامة بهدف مواجهة التحديات الكبرى التي يواجهها العالم في السنوات

¹ نورالدين عياشي، المسألة الصحية بين الأهداف التنموية للألفية وأهداف التنمية المستدامة - حالة الجزائر-، مرجع سبق ذكره، ص: 168.

² جمعية الأمم المتحدة للبيئة التابعة لبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، تحقيق خطة التنمية المستدامة لعام 2030، UNEP/EA.2/INF/4، 2016، ص: 01.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

الخمس عشرة التالية¹. تسعى هذه الأهداف لإحداث توازن بين الجوانب الثلاثة للتنمية المستدامة، كما أنها تغطي كافة الدول سواء كانت متقدمة أو نامية، مع الأخذ بعين الاعتبار التباين في الواقع والإمكانيات والسياسات والأولويات الوطنية لكل منها. وتستند هذه الخطة إلى مخرجات جميع المؤتمرات الكبرى والقمم التي نظمتها الأمم المتحدة وتبنى على الإنجازات المحققة في إطار الأهداف الإنمائية للألفية ساعية لتقديم حلول شاملة للتحديات الرئيسية الباقية التي تواجه التنمية المستدامة². الجدول الآتي يوضح هذه الأهداف:

الجدول رقم(03). أهداف التنمية المستدامة في أفق 2030

الهدف 1	القضاء على الفقر	الهدف 10	الحد من أوجه عدم المساواة
الهدف 2	القضاء على الجوع	الهدف 11	مدن ومجتمعات محلية مستدامة
الهدف 3	الصحة الجيدة والرفاه	الهدف 12	الإنتاج والاستهلاك المسؤولين
الهدف 4	التعليم الجيد	الهدف 13	العمل المناخي
الهدف 5	المساواة بين الجنسين	الهدف 14	الحياة تحت الماء
الهدف 6	المياه النظيفة والنظافة الصحية	الهدف 15	الحياة في البر
الهدف 7	طاقة نظيفة وبأسعار معقولة	الهدف 16	السلام والعدل والمؤسسات القوية
الهدف 8	العمل اللائق ونمو الاقتصاد	الهدف 17	عقد الشراكات لتحقيق الأهداف
الهدف 9	الصناعة والابتكار والهياكل الأساسية		

المصدر: الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2016، نيويورك، 2016.

يركز الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة 2030 على الصحة ويتضمن عدة مؤشرات أساسية لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف. وتغطي هذه المؤشرات مجالات مثل الوفيات المبكرة، ونوعية الحياة الصحية، وتغطية الخدمات الصحية الأساسية. ويتضمن أيضا تقييم جودة الرعاية الصحية المتاحة، ومدى توفر التغطية الصحية الشاملة، ومعدلات التطعيم، ومدى توافر الأدوية اللازمة. كما يدرس كيفية استجابة البلدان للأمراض المعدية وغير المعدية وجهودها للحد من تفشي الأوبئة. تعكس هذه المؤشرات الإنجاز الفعلي للأهداف الصحية، مع التركيز على تحسين الصحة والرفاهية لجميع الناس في جميع أنحاء العالم.

يهدف الهدف الثالث والمتمثل في ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار إلى ضمان الصحة والرفاه للناس في كل المراحل العمرية، وذلك عبر تعزيز الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال، وكذا

¹الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2016، نيويورك، 2016.

² المنظمة العالمية للملكية الفكرية، تقرير بشأن مساهمة الويبو في تنفيذ أهداف التنمية المستدامة والغايات المرتبطة بها، CDIP/21/10، جنيف، 2018، ص: 02.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

القضاء على الأوبئة السارية الكبرى، والتقليل من الأمراض غير السارية والمتعلقة بالبيئة، وكذا توفير التغطية الصحية الشاملة وضمان الوصول للأدوية واللقاحات الآمنة والفعالة بأسعار معقولة¹. ويمكن تمثيل مؤشرات هذا الهدف في الجدول الآتي:

الجدول رقم(04). مؤشرات الهدف الثالث لأهداف التنمية المستدامة 2030

الهدف الثالث. الصحة الجيدة والرفاه			
2-3	وفيات الأطفال	7-3	الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية
3-3	الأمراض المعدية	8-3	التغطية الصحية الشاملة
9-3	التأثير الصحي للتلوث	أ-3	مكافحة التبغ
1-3	وفيات الأمهات	ب-3	البحث والتطوير في مجال الصحة
4-3	الأمراض غير المعدية والسلامة العقلية	ج-3	تمويل قطاع الصحة والقوى العاملة
5-3	إساءة استخدام المواد المخدرة		إدارة المخاطر الصحية
6-3	حوادث المرور		

المصدر: الأمم المتحدة، التقدم نحو أهداف التنمية المستدامة في المنطقة العربية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الاسكوا، 2023، ص:08.

يسعى الهدف الثالث لأهداف التنمية المستدامة من خلال هذه المؤشرات إلى تحقيق تقدم ملموس في تحسين الصحة العامة وبالتالي إنشاء أنظمة صحية قوية تضمن توفير حياة صحية لجميع أفراد المجتمعات على الصعيد العالمي.

ثانياً. تقييم مؤشرات الهدف الصحي عند نقطة الانطلاق: حالة المؤشرات الصحية في عام 2015: انخفضت وفيات الأمهات على مستوى العالم بين عامي 1990 و 2015 بنسبة 44% وانخفضت وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى النصف. كما انخفضت الحالات العالمية لفيروس نقص المناعة البشرية والملاريا والسل بين عامي 2000 و 2015. ومع ذلك فقد كان هناك في عام 2015 حوالي 2.1 مليون إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية وحوالي 214 مليون حالة إصابة بالملاريا. وقد تمكنت في نفس السنة 75% من النساء اللاتي كن في سن الإنجاب (15-49 سنة) من الوصول إلى الأساليب الحديثة لتلبية احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة².

¹ الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2016، نيويورك، 2016، ص:04.

² نفس المرجع السابق، نفس الصفحة.

ثالثا. تقييم شامل للتقدم المحرز في الأهداف الصحية قبل تفشي جائحة كوفيد-19: شهدت العديد من المؤشرات الصحية تحسنا وكانت تسير نحو الهدف المنشود قبل تفشي جائحة كوفيد-19. حيث تحسنت صحة الأم والطفل بشكل ملحوظ، وشهدت تغطية التطعيمات ارتفاعا بالإضافة إلى تراجع حالات الأمراض المعدية. بيد أن الجائحة أوقفت هذا التقدم الذي تم إحرازه في القطاع الصحي وأدت إلى تراجعته¹.

ففي الفترة من 2000 إلى 2017 انخفض المعدل العالمي لوفيات الأمهات بمتوسط سنوي قدره 2.9%. ومع ذلك يظل هذا الانخفاض أقل من النصف المطلوب لبلوغ الهدف العالمي المتمثل في 70 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي بحلول عام 2030. ومن ناحية أخرى، فقد أحرز العالم تقدما كبيرا نحو الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة على مدى العقدين الماضيين، حيث انخفض المعدل العالمي من 76 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2000 إلى 39 حالة وفاة في عام 2018. كما انخفض المعدل العالمي لوفيات الأطفال حديثي الولادة أيضا أين انخفضت من 31 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2000 إلى 18 حالة وفاة في عام 2018. أي أنه بحلول عام 2018، تم تحقيق هدف التنمية المستدامة العالمي المتمثل في الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة².

شهد العالم قبل الجائحة تقدما مستمرا في الحد من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية، حيث انخفض بين عامي 2010 و2019 احتمال الوفاة بسبب أي من الأمراض الأربعة الرئيسية غير المعدية (أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، والسكري، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة) بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 30 إلى 70 عاما من 19.9% إلى 17.8%³.

لقد أدى تفشي كوفيد-19 إلى تعطيل أو حتى عكس اتجاه التقدم المحرز على مدى عقد من الزمن في مجال الصحة. وقد أدى هذا الانقطاع إلى عكس التقدم المحرز مما يعرض للخطر الجهود العالمية لتحسين الرعاية الصحية والحد من الوفيات.

رابعا. تقييم شامل للتقدم المحرز في الأهداف الصحية بعد تجاوز جائحة كوفيد-19: أدى تفشي جائحة كوفيد-19 إلى انحراف التقدم المحرز عن مساره المنشود، مما أفضى إلى تسجيل زيادة حادة في حالات الإصابة بالفيروس مسببة فقداننا كبيرا في الأرواح وواضحة أعباء ثقيلة على الأنظمة الصحية عالميا فضلا عن تعطيل الخدمات الصحية

¹ الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2021، نيويورك، 2021، ص:30.

² الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2020، نيويورك، 2020، ص: 28.

³ الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2021، مرجع سبق ذكره، ص:31.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

الرئيسية والإجراءات الحيوية¹. وبذلك فقد تأثرت الخدمات الصحية الأساسية بشدة جراء الجائحة مما أدى إلى تفاقم مشكلات الصحة النفسية مثل القلق والاكتئاب وانخفاض متوسط العمر المتوقع عالمياً. كما تعطلت الجهود المستمرة نحو القضاء على فيروس نقص المناعة البشرية، والسل، والملاريا، وتوقفت الزيادات التي تحققت على مدار عقدين في جعل التغطية الصحية شاملة².

لقد شكلت جائحة كوفيد-19 عقبة كبيرة أمام التقدم المستمر في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بالصحة الجيدة والرفاهية. فبالنسبة لهدف خفض الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، فقد تم تسجيل حوالي 1.5 مليون حالة جديدة على مستوى العالم سنة 2021، وهو ما يمثل انخفاضاً بنحو الثلث مقارنة بعام 2010. وانخفضت المعدلات العالمية للوفاة بالإيدز من 1.4 مليون حالة وفاة في عام 2010 إلى 650 ألف حالة وفاة في عام 2021. ورغم ذلك لا يزال العالم بعيداً عن تحقيق هدف خفض الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى أقل من 370 ألفاً بحلول عام 2025. وبالنسبة للهدف المتعلق بمرض السل فقد ألقت الجائحة بظلالها الثقيلة على الجهود المبذولة لتشخيص وعلاج مرض السل في العديد من البلدان حول العالم مما ساهم في تفاقم عبء هذا المرض على مستوى العالم. فبين عامي 2015 و2021 انخفضت حالات السل والوفيات بنسبة 10% و5.9% على التوالي، مما يشير إلى تباطؤ في تحقيق الهدف المؤقت لعام 2025 ضمن استراتيجية منظمة الصحة العالمية للقضاء على مرض السل. أما بالنسبة لتحقيق أهداف الملاريا فلم يكن العالم على المسار الصحيح، حيث بلغ معدل الإصابة العالمي 59 حالة لكل 1000 شخص معرضين للخطر في عام 2020 مقابل هدف 35 حالة، مما يعني أن التقدم خرج عن المسار الصحيح بنسبة 40%³.

بلغت الوفيات العالمية المقدرة بسبب الملاريا في عام 2021 حوالي 619 ألف شخص، مقارنة بـ 625 ألفاً في عام 2020 و568 ألفاً في عام 2019، مع تسجيل إجمالي 247 مليون حالة إصابة بالملاريا عالمياً في العام نفسه متجاوزة الأرقام السابقة البالغة 245 مليوناً في عام 2020 و232 مليوناً. ومع ذلك لا يزال العديد من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالملاريا يفتقرون إلى الخدمات الأساسية للوقاية من المرض واكتشافه وعلاجه، كما لا يزال التقدم نحو هدف القضاء على الملاريا بحلول عام 2030 متأخراً. بالإضافة إلى جائحة كوفيد-19 ساهمت في تراجع التغطية الصحية الشاملة مع انخفاض تقديم الخدمات الصحية الأساسية وزيادة الصعوبات في الحصول على الرعاية بسبب

¹ الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2020، مرجع سبق ذكره، ص: 28.

² الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2022، نيويورك، 2022، ص: 30.

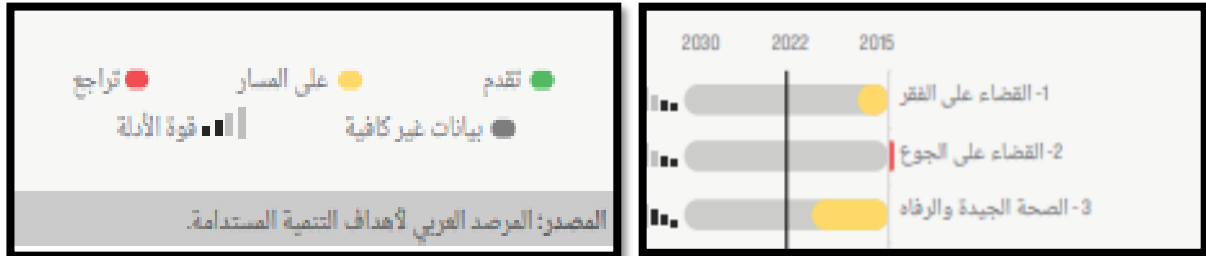
³ نفس المرجع السابق، ص: 18، 32.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

الإنفاق الزائد. وبذلك فلقد أصبح تسريع توسيع الخدمات الصحية الأساسية وخاصة في المناطق التي لم يتحقق فيها سوى الحد الأدنى من التقدم، ضرورة ملحة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وهناك حاجة إلى سياسات استباقية لتخفيف العبء المالي وزيادة تمويل الصحة العامة، وتوسيع نطاق التغطية بالأدوية، وتعزيز حماية الفئات الفقيرة¹.

خامسا. رصد التقدم الصحي في الدول العربية ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة خلال الفترة (2015-2022): يعد رصد التقدم الصحي في الدول العربية مؤشرا مهما لتقييم الجهود والتحديات القائمة التي تواجهها هذه الدول في تحقيق صحة ورفاهية أفضل لجميع سكانها، مما يمكن الحكومات والمنظمات الدولية تحديد النجاحات والفجوات في السياسات الصحية ومن ثم توجيه الموارد والجهود إلى المجالات التي تحتاج إلى مزيد من الدعم. كما يسمح بتبادل أفضل الممارسات والخبرات بين الدول العربية ويعزز التعاون الإقليمي في مجال الصحة العامة، مما يساعد في تسريع التقدم نحو الأهداف المستدامة المتعلقة بالصحة. يوضح الشكل التالي تقدم الدول العربية نحو تحقيق الهدف الثالث للتنمية المستدامة، والمتعلق بضمان العيش الصحي وتعزيز الرفاه للجميع في الفترة من عام 2015 إلى عام 2022.

الشكل رقم(09). رصد التقدم المحرز نحو تحقيق الهدف الثالث للتنمية المستدامة في الدول العربية (2015-2022)



المصدر: الأمم المتحدة، التقدم نحو أهداف التنمية المستدامة في المنطقة العربية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الاسكوا، 2023، ص:06.

شهدت الدول العربية منذ عام 2015 وحتى عام 2022 تقدما كبيرا نحو تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، ويتضمن هذا التقدم النقاط التالية²:

✓ حدث انخفاض ملحوظ في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وهو مؤشر على تحسن كبير في الرعاية الصحية والتغذية لهذه الفئة العمرية.

✓ تم تخفيض معدل وفيات الأمهات إلى 390 وفاة لكل 100,000 حالة ولادة، ما يشير إلى تحسينات في الرعاية الصحية المتخصصة خلال الحمل والولادة.

¹ الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2023: نحو خطة إنقاذ للناس والكوكب، نيويورك، 2023، ص: 18-19.

² الأمم المتحدة، التقدم نحو أهداف التنمية المستدامة في المنطقة العربية، مرجع سبق ذكره ص:06.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

- ✓ زادت نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف متخصصين صحيين، مما يدل على توفر خدمات الرعاية الصحية وزيادة الوعي بأهمية هذه الخدمات. وعلى الرغم التحسينات المتحققة، هناك تفاوتات كبيرة بين البلدان داخل المنطقة، حيث تقع ما يقارب ثلث الولادات في البلدان الأقل نمواً دون إشراف متخصص.
- ✓ الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة لا يزال دون المستوى المطلوب، حيث لم تلبي احتياجات تنظيم الأسرة لأكثر من ثلث النساء باستخدام وسائل حديثة، وهذا يتضح بشكل خاص في البلدان الأقل نمواً حيث تزيد النسبة عن 60%.
- ✓ تم تسجيل تراجع كبير في معدل وفيات الرضع خلال سنة 2000 في البلدان الأقل نمواً إلى 49 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي، بينما في بلدان المشرق والمغرب بلغت 17 حالة، وفي دول مجلس التعاون الخليجي بلغت 6 حالات فقط.
- ✓ ما زالت المنطقة تواجه تحديات في الوصول إلى التطعيم الشامل لجميع النساء والأطفال، مما يستدعي تعزيز الجهود لتحقيق هذا الهدف.
- ✓ تواجه المنطقة أيضاً انخفاضاً في كثافة العاملين الصحيين وفي التغطية بالخدمات الصحية الأساسية، مما يتطلب تدخلات فورية لضمان الوصول إلى الرعاية الصحية للجميع.
- ✓ تعتبر معدلات الوفيات نتيجة حوادث الطرق مرتفعة بشكل كبير مقارنة بالمتوسط العالمي خصوصاً بين الرجال، مما يدل على أهمية تحسين إجراءات السلامة على الطرق.

الفرع الثالث. تمويل التنمية البشرية المستدامة

إن تحقيق التنمية البشرية يتطلب مستويات معينة من الإنفاق والتي تختلف بين الدول حسب أولوياتها واحتياجاتها بما في ذلك الضروريات مثل الخدمات الاجتماعية والضمان الاجتماعي والإسكان والمياه النظيفة والصحة. ولا يقتصر الهدف على زيادة الإنفاق الاجتماعي فحسب، بل تحسين كفاءة هذا الإنفاق لضمان أقصى قدر ممكن من التأثير نحو أهداف التنمية البشرية. وقد تبنت القمة الاجتماعية عام 1995 مبدأ يعرف باسم "20:20"، والذي ينص على أنه من الضروري أن تخصص الدول النامية 20% من ميزانياتها للإنفاق على الأولويات الإنسانية، في حين يتعين على الدول الصناعية أن توجه 20% من مساعداتها لنفس الأغراض. وإعادة توزيع الموازنات الوطنية والمساعدات الرسمية

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

بهذه النسبة يعني أن نحو 75% من التمويل اللازم لتحقيق التنمية البشرية سيتأتى من الدول النامية ذاتها، غير أن 25% من التمويل سيتأتى من مصادر خارجية¹.

وفيما يتعلق بالتمويل اللازم للتنمية البشرية، فقد أولت معظم حكومات الدول النامية اهتماما كبيرا بهذا الجانب وخصصت نسبة كبيرة من موازنتها العامة لهذا الغرض. ويمثل هذا التوجه خطوة إيجابية نحو الوفاء بالتزامات التنمية البشرية مثل مكافحة سوء التغذية، وتحسين الخدمات الصحية، ورفع مستوى التعليم. إلا أن البلدان النامية تواجه تحديا كبيرا يتمثل في أن إيراداتها العامة غير كافية لتحقيق أهداف التنمية الشاملة التي حددتها لنفسها في الألفية الجديدة حتى لو قامت بتخصيص كل هذه الإيرادات. ولذلك تصبح هذه الدول في حاجة إلى المساعدات من الدول المتقدمة أو الاقتراض منها أو من مصادر التمويل الدولية الأخرى. ويلاحظ أيضا أن هناك قيودا على المساعدات الرسمية سواء المنح أو القروض، من الدول المتقدمة والمؤسسات المالية الدولية.

قد يتأثر توزيع المساعدات بالعوامل السياسية في جميع الأحوال وليس بأهداف التنمية الاقتصادية. وهناك أدلة كثيرة على ذلك مستمدة من التقارير الدولية. ومن هذه الأدلة ما حصلت عليه إسرائيل والتي تعتبر من الدول ذات الدخل المرتفع وتصنف على أنها دولة ذات تنمية بشرية عالية. فقد بلغ نصيب الفرد من المساعدات المالية الرسمية من البلدان المتقدمة 148.3 دولارا في عام 1999، وهذا أكثر من نصف دخل الفرد في النيجر، التي تعد واحدة من أفقر البلدان².

يعود الاهتمام بتمويل التنمية بشكل رئيسي إلى معاناة غالبية الدول النامية من استنزاف مواردها المالية وضغوط اقتصادية متفاقمة بفعل أعباء الديون الثقيلة. ولهذا تصبح الحاجة ملحة للبحث عن طرق فعالة لتمويل التنمية البشرية، حيث هناك وسيلتان يمكن من خلالهما تمويل التنمية البشرية يتمثلان في³:

أولا. التمويل المحلي (الداخلي): من الضروري أن تضمن أي خطة تنموية توفر الموارد المالية الكافية لتحقيق أهدافها. تأتي في المقام الأول أهمية الاعتماد على مصادر التمويل المحلية المتوفرة في الدولة، إذ لا يمكن الاعتماد بشكل دائم على مصادر التمويل الخارجية، خاصة وأنها غالبا ما تكون غير متاحة باستمرار. بل وحتى عندما تتوفر، فإنها قد تشكل عبئا ثقيلا على الاقتصاد الوطني عند حلول موعد سداد الديون وخدمة الفوائد المترتبة عليها. إضافة

¹ مرسى خيرى غانم، مرجع سبق ذكره، ص: 18.

² عبد الرحمن يسري، جليمة حسن حسنين، *اقتصاديات التنمية: الفجوة الاقتصادية ومفاهيم التنمية ونظرياتها*، جامعة الاسكندرية، مصر، 2003، ص: 132-133.

³ إبراهيم مراد الداعمة، مرجع سبق ذكره، ص: 67-68.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

إلى أن تمويل التنمية البشرية المستدامة عبر القروض الاقتصادية ليس حلاً طويل الأمد. بالنسبة للدول النامية، فإن حجم التمويل المطلوب (ويقدر أحياناً بنحو 57 مليار دولار) ليس بعيد المنال في حال جاء دعم حكومي فعال من خلال إعادة توجيه الإنفاق الجاري واستخدام الموارد المالية بطرق أكثر كفاءة. وبذلك يمكن تمويل التنمية البشرية من خلال العديد من الوسائل المحلية، منها:

- ✓ تفعيل مؤسسات القطاع العام.
- ✓ الحد من انتشار الفساد الإداري.
- ✓ تجنب تنفيذ المشاريع الضخمة وغير المجدية.
- ✓ الحد من هروب الأموال الوطنية إلى الخارج.
- ✓ تخفيف أعباء الديون الخارجية.
- ✓ تقليل الإنفاق العسكري غير الضروري.

ثانياً. التمويل الدولي (الخارجي): تلجأ الدول غالباً إلى مصادر التمويل الخارجي حين تواجه عجزاً في موازنتها العامة، بحيث تصبح الموارد المحلية غير كافية لتغطية هذا النقص، وينتج عن ذلك أيضاً اختلال في ميزان المدفوعات. في مثل هذه الحالات يكون الحل في الغالب إما عبر استئانة خارجية أو الحصول على مساعدات ودعم مالي من جهات دولية، وأحياناً بالاعتماد على الدمج بين الخيارين. ويدخل تمويل التنمية من الخارج ضمن هذا الإطار، خاصة حين تتطلب استراتيجيات التنمية البشرية توفير موارد مالية ضخمة لتلبية احتياجاتها المتعددة، وهو ما يجعل الاعتماد على الدعم والاقتراض الخارجيين خياراً لا مفر منه أمام العديد من الدول لتحقيق أهدافها التنموية.

بالإضافة إلى ما سبق، هناك تصنيف آخر لمصادر تمويل التنمية البشرية المستدامة في الدول العربية، يتمثل فيما يأتي¹:

❖ **مصادر التمويل العامة:** يمكن تعزيز تمويل التنمية المستدامة بشكل فعال من خلال تطوير النظم الضريبية ومكافحة التهرب الضريبي وإعادة تنظيم الدعم لتحقيق العدالة، ومكافحة الفساد بجميع أشكاله. ووفقاً لصندوق النقد الدولي، فإن هناك نقصاً في الجهود التي تبذلها الدول العربية لتوليد إيرادات ضريبية كافية مما يجعل الدين العام المصدر الرئيسي لتغطية العجز المالي. وقد سجل متوسط نسبة الدين العام إلى الناتج الداخلي الإجمالي نسبة عالية في الدول العربية باستثناء البلدان الأقل نمواً. إذن فهناك حاجة ملحة إلى قيام هذه البلدان بإصلاح أنظمتها الضريبية لتحسين قدرتها على تمويل التنمية.

¹ الأمم المتحدة، التقرير العربي للتنمية المستدامة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الاسكوا، العدد الأول، بيروت، 2015، ص: 157-166.

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

❖ **مصادر التمويل الخاصة:** وتشمل الاستثمار الأجنبي المباشر، والتحويلات المالية، والمحافظ الاستثمارية والمدخرات المحلية.

❖ **التدفقات المالية الأخرى:** تلعب الشركات بين القطاعين العام والخاص دورا مهما في تمويل مشاريع القطاع الخاص التي ترعاها الحكومة، مما يسمح بتوزيع المخاطر والاستفادة من الكفاءات الإدارية والخبرات والقدرة على الابتكار في القطاع الخاص. يمكن من خلال هذه الشركات تعزيز الكفاءة من خلال التنافس مع الشركات الخاصة في مجالات التوريد والتشغيل وتكاليف الصيانة. وتشير البيانات الواردة من البلدان العربية والنامية إلى أن الشركات بين القطاعين العام والخاص غالبا ما تكون في قطاعات أقل استراتيجية وأقل تنظيما مما هو معمول به عالميا مما يؤدي إلى فوائد أكبر للقطاع الخاص ويسمح بتطبيق أسعار قريبة من أسعار السوق.

كما تم اقتراح طرق تمويل التنمية البشرية المستدامة في المؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية الذي عقد في "أديس أبابا" بإثيوبيا عام 2015، والذي اعتمدته ودعمته الجمعية العامة للأمم المتحدة. وتشمل هذه الاقتراحات عدة جوانب رئيسية تؤكد على ما يلي¹:

- أهمية السياسات العامة وتعبئة واستخدام الموارد المحلية بفعالية، وهي عملية مدعومة بمبدأ السيادة الوطنية. ويشمل ذلك تحقيق النمو الاقتصادي المدعوم بيئة مواتية على جميع المستويات وضرورة وجود سياسات اجتماعية وبيئية واقتصادية سليمة، فضلا عن الحوكمة الجيدة والمؤسسات الديمقراطية والشفافة.
- تعزيز الإدارة الضريبية والمالية والعمل على تحسين عدالة وشفافية وكفاءة وفعالية النظم الضريبية، وتوسيع القاعدة الضريبية والجهود المبذولة لدمج القطاع غير الرسمي في الاقتصاد الرسمي، وكذا تعزيز التعاون الدولي لدعم البلدان في تعزيز قدراتها الضريبية.
- مضاعفة الجهود للحد من التدفقات المالية غير المشروعة بحلول عام 2030 بما في ذلك عن طريق مكافحة التهرب الضريبي والفساد من خلال تعزيز القواعد الوطنية وتعزيز التعاون الدولي.

¹ United Nations. (2015). *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development*. General Assembly Resolution 69/313, 27 July 2015, New York, NY: United Nations, 2015. pp:08-17

المطلب الثالث. تأثير جائحة كورونا على اتجاهات ومؤشرات التنمية البشرية عالمياً

تعد التنمية البشرية مقياساً أساسياً للتقدم الذي يحرزه أي بلد في تحسين نوعية حياة البشر، بما في ذلك التعليم والدخل ومستويات المعيشة. وقد تسببت جائحة كورونا بتأثيراتها المباشرة في تراجع غير مسبوق في هذه المؤشرات مما يشير إلى الحاجة الملحة إلى إحداث تحسينات في البنية التحتية الاجتماعية والاقتصادية. ويستلزم ذلك إعادة توجيه الموارد ووضع السياسات التي تعزز التنمية الشاملة مع التأكيد على ضرورة التعافي بشكل أفضل في بعد الجائحة وتوفير خارطة طريق لتحقيق ظروف معيشية وتعليمية واقتصادية أفضل للجميع.

الفرع الأول. اتجاهات التنمية البشرية واستعادة التعافي من جائحة كورونا

توضح البيانات الواردة في الجدول أدناه تأثير اتجاهات دليل التنمية البشرية (HDI) من عام 1990 حتى عام 2021.

الجدول رقم (05). اتجاهات دليل التنمية البشرية (1990-2021)

المتوسط السنوي لنمو دليل التنمية البشرية (%)				قيمة دليل التنمية البشرية						المناطق
1990-1991	2000-2001	2010-2011	2020-2021	1990	2000	2010	2019	2020	2021	
0.64	0.45	0.78	0.71	0.732	0.735	0.739	0.697	0.645	0.601	العالم
0.57	0.26	0.62	0.58	0.754	0.755	0.768	0.733	0.689	0.633	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
0.59	0.59	0.92	0.25	0.796	0.793	0.802	0.746	0.681	0.664	أوروبا وآسيا الوسطى
1.16	0.85	1.43	1.24	0.632	0.638	0.641	0.576	0.500	0.442	جنوب آسيا
0.96	0.77	1.58	0.55	0.547	0.549	0.552	0.503	0.430	0.407	جنوب الصحراء الإفريقية الكبرى
0.79	0.42	0.90	1.08	0.708	0.708	0.715	0.676	0.618	0.555	الدول العربية
1.27	0.83	1.45	1.56	0.749	0.748	0.748	0.684	0.592	0.507	شرق آسيا والمحيط الهادي
1.34	0.94	1.79	1.34	0.40	0.542	0.542	0.487	0.408	0.357	أقل البلدان نمواً
0.40	0.25	0.41	0.55	0.899	0.897	0.905	0.875	0.840	0.795	منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2022/2021: زمن بلا يقين، حياة بلا استقرار، نيويورك، 2022/2021، ص: 280.

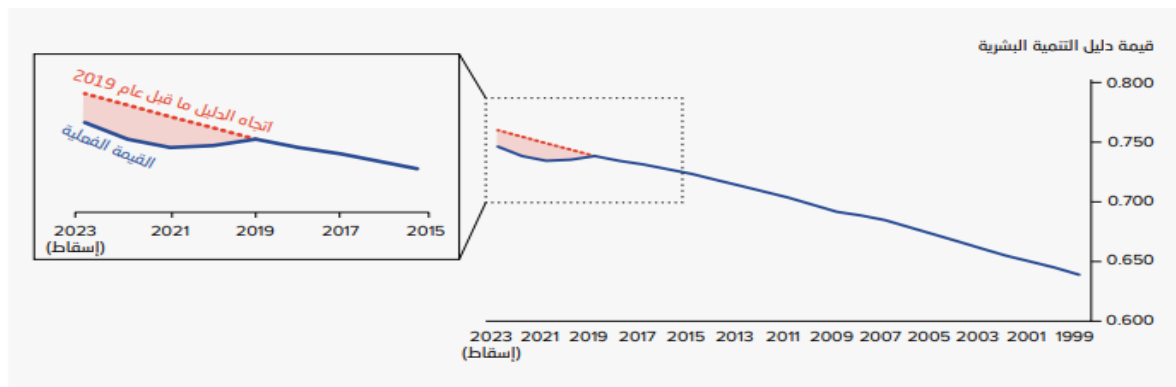
يلاحظ من خلال بيانات الجدول ارتفاع قيمة دليل التنمية البشرية بشكل مطرد في جميع المناطق خلال الفترة (1990-2019) وذلك قبل أن تشهد انخفاضاً خلال الفترة (2020-2021) نتيجة لجائحة كوفيد-19. كما يظهر معدل النمو السنوي لدليل التنمية البشرية تبايناً بين مختلف المناطق، حيث حققت شرق آسيا والمحيط الهادي معدل نمو سنوي خلال الفترة (1990-2021) قدر بـ 1.27%، بينما سجلت أقل البلدان نمواً في المعدل السنوي للدول العربية ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بنسبة 0.79% و 0.40% على التوالي. وبذلك تظهر بيانات الجدول أن

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

الجائحة أثرت بشكل متفاوت على المناطق المختلفة مما يبرز الحاجة إلى استراتيجيات تنمية مخصصة للتعامل مع التحديات التي تفرضها مثل هذه الأزمات العالمية.

يوضح الشكل الآتي الاتجاهات المختلفة للتنمية البشرية على مدى الفترة من عام 1999 إلى غاية 2023 مبينا مدى تقدم أو تراجع دليل التنمية البشرية خلال هذه السنوات، مع التركيز بشكل خاص على الفترة التي تشمل ما قبل وما بعد جائحة كورونا في عام 2019.

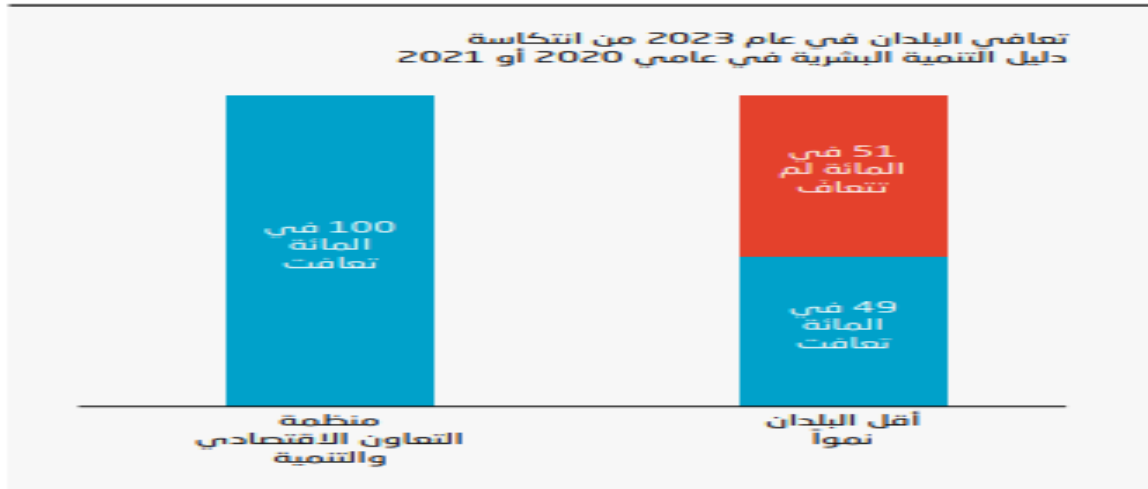
الشكل رقم(10). اتجاهات دليل التنمية البشرية من 1999 إلى 2023: تأثير جائحة كورونا



المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2023/2024: الخروج من المأزق، صورة التعاون في عالم الاستقطاب، نيويورك، 2024، ص:04.

يوضح الشكل اتجاهها متزايدا لدليل التنمية البشرية في الفترة (2015-2019)، مما يشير إلى تحسن في مؤشرات التنمية البشرية خلال هذه السنوات. ولكن بعد عام 2019 حدث انخفاض حاد في دليل التنمية البشرية مما يدل أن الجائحة تسببت في تدهور كبير في مؤشرات التنمية البشرية. كما يوضح الشكل مقارنة بين القيمة الفعلية لدليل التنمية البشرية (الخط الأزرق) والقيمة المتوقعة إذا لم تحدث الجائحة (الخط الأحمر المتقطع) لتوضيح مدى تأثير الجائحة على مسار التنمية البشرية. ويستمر الانخفاض في دليل التنمية البشرية خلال الفترة (2021-2023)، مما يشير إلى أن التعافي من آثار الجائحة لم يكن سريعا أو كافيا لتعويض التراجع الذي حدث. ويوضح الشكل الموالي التباين في تعافي دول العالم من تأثيرات جائحة كورونا على دليل التنمية البشرية خلال الفترة (2020-2021).

الشكل رقم(11). التفاوت في تعافي دليل التنمية البشرية عالميًا خلال الفترة (2020-2021)



المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2023/2024: الخروج من المأزق، صورة التعاون في عالم الاستقطاب، نيويورك، 2024، ص: 04.

يشير الشكل إلى وجود اختلافات كبيرة بين الدول في مدى وسرعة استعادة مؤشرات التنمية البشرية إلى مستويات ما قبل الجائحة. بعض الدول استطاعت أن تتعافى بسرعة أكبر بفضل السياسات الفعالة والموارد المتاحة بينما عانت دول أخرى من تعاف بطيء أو محدود بسبب نقص الموارد أو تحديات أخرى. يعكس هذا التباين الفجوات الكبيرة في القدرات والإمكانات بين الدول، مما يستدعي ضرورة التعاون الدولي والدعم المتبادل لتعزيز التنمية البشرية في جميع أنحاء العالم. وقد شهدت سنة 2022 تفاوت واضح في مستويات التنمية البشرية بين الدول كما هو موضح في الجدول التالي:

الفصل الثاني. الاستثمار في الصحة من أجل تعزيز التنمية البشرية وبلوغ أهداف التنمية الصحية المستدامة

الجدول رقم(06). فجوات التنمية البشرية في دول العالم سنة 2022

المناطق	قيمة دليل التنمية البشرية	دليل التنمية البشرية معدلاً بمعامل عدم المساواة	دليل التنمية حسب الجنس	دليل الفوارق بين الجنسين	دليل الفقر متعدد الأبعاد. 2022/2021	دليل التنمية البشرية معدلاً بعوامل الضغوط على الكوكب
العالم	0.739	0.576	0.951	0.462	0.088	0.685
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	0.763	0.605	0.991	0.386	0.024	0.716
أوروبا وآسيا الوسطى	0.802	0.708	0.963	0.224	0.004	0.743
جنوب آسيا	0.641	0.443	0.855	0.478	0.091	0.622
جنوب الصحراء الإفريقية الكبرى	0.549	0.363	0.915	0.565	0.262	0.539
الدول العربية	0.704	0.534	0.877	0.523	0.074	0.658
شرق آسيا والمحيط الهادئ	0.766	0.640	0.962	0.340	0.022	0.683
أقل البلدان نمواً	0.542	0.363	0.890	0.556	0.268	0.533
منظمة التعاون والاقتصادي والتنمية	0.906	0.803	0.984	0.194	0.194	0.787

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2024/2023: الخروج من المأزق، صورة التعاون في عالم الاستقطاب، نيويورك، 2024، ص:30. ملاحظة: جميع القيم خاصة بسنة 2022، بينما قيمة دليل الفقر متعدد الأبعاد تخص الفترة 2022/2011.

يظهر الجدول قيم أدلة التنمية البشرية لعدد من المناطق حول العالم موضحاً تبايناً كبيراً في مستويات التنمية والفجوات بين الدول. يعتبر مؤشر دليل التنمية البشرية (HDI) مقياساً شاملاً لمستوى التنمية البشرية في كل منطقة حيث تراوحت قيمته بين 0.542 و 0.906، مما يعني وجود فجوات كبيرة بين الدول. يلاحظ أن دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية تتمتع بأعلى قيمة HDI بنسبة 0.906 مقارنة بالدول الأخرى.

يظهر مؤشر التنمية البشرية معدلاً بمعامل عدم المساواة مدى التفاوت في التنمية داخل المجتمعات، حيث يتراوح بين 0.363 و 0.803. ويتواجد أعلى معدل في جنوب الصحراء الإفريقية الكبرى، بينما يظهر المعدل الأدنى في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية مما يوضح الفجوات الواسعة بين المناطق. ويعكس مؤشر التنمية البشرية معدلاً بعوامل الضغوط على الكوكب التأثيرات البيئية لعمليات التنمية حيث تتباين قيم هذا المؤشر بين الدول وتتأثر بشكل كبير بالعوامل البيئية المحيطة بها. وعلى سبيل المثال فإن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية تظهر بقيمة 0.787 مما يعكس اهتمامها البيئي وجهودها في تحسين الاستدامة البيئية.

الفرع الثاني. تحديات التنمية البشرية في الدول النامية

إن المتأمل في الأهداف الجديدة للتنمية والقضاء على الفقر يلاحظ بوضوح أن تحقيق هذه الأهداف جميعا يحتاج إلى مناخ سياسي ملائم وكفاءات بشرية عالية المستوى وموارد تمويلية كبيرة. وتشير تجارب معظم الدول النامية في الحقبة الماضية إلى أن هناك كمية كبيرة من التصريحات والإعلان عن برامج طموحة موجهة لتحقيق هدف التنمية البشرية، ولكن في نفس الوقت هناك قلة قليلة من هذه الدول التي نفذت بالفعل. المشكلة في معظم الدول النامية هي غياب الممارسات الديمقراطية الصحيحة التي يمكن من خلالها محاسبة الحكومات على التصريحات والبرامج الطموحة التي لم تدخل حيز التنفيذ أو لم تستكمل أو تعرضت للفشل. أما عن الكفاءات البشرية العالية المستوى، فهي متوفرة في مجموعة الدول النامية المصنفة في مجموعة التنمية البشرية العالية والعديد من دول التنمية البشرية المتوسطة. لكن هذه الكفاءات قد تتعرض بسبب عدم كفاءة الأنظمة الاقتصادية والسياسية إلى الإهمال أو تستخدم في غير محلها مما يمثل ضغوطا نفسية على أصحابها ورغبة في الهجرة إلى الدول المتقدمة¹. ويمكن توضيح أهم تحديات التنمية البشرية في الدول العربية من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم(12). تحديات التنمية البشرية في الدول النامية



المصدر: ريم النجداوي، خطة التنمية لما بعد 2015، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة الاسكوا، ورشة العمل حول (ترسيخ مفهوم التنمية المستدامة)، الدوحة، قطر 15-16 أكتوبر 2014، ص: 12.

يوضح الشكل مجموعة من التحديات المترابطة التي تواجه التنمية البشرية، حيث تتداخل هذه القضايا مع بعضها البعض بشكل كبير مما يؤثر على جهود التنمية المستدامة. من بين هذه التحديات، نجد انعدام الأمن الغذائي الذي

¹ عبد الرحمن يسري، جلييلة حسن حسنين، مرجع سبق ذكره، ص: 131.

يمثل مشكلة كبيرة في توفير الغذاء الكافي والمغذي للسكان. كما يظهر أمن الطاقة كأحد العناصر الأساسية، حيث يعد توفر مصادر طاقة موثوقة ومستدامة أمراً حيوياً. تعتبر الصحة من الأولويات كذلك، حيث تتطلب أنظمة صحية فعالة وشاملة لتحسين جودة الحياة. تعبر الفجوات في التمويل والتكنولوجيا عن نقص الموارد المالية والتكنولوجية اللازمة للتنمية، مما يزيد من تعقيد هذه التحديات. كما يمثل عدم المساواة بين الجنسين تحدياً آخر حيث لا تزال الفجوات في الفرص والمعاملة بين الرجال والنساء قائمة. وتبرز المؤسسات غير الفعالة دوراً هاماً حيث تعتمد فعالية التنمية على وجود مؤسسات قوية وفعالة. بالإضافة إلى أن الإسكان والبنى التحتية تعد أيضاً من العناصر الأساسية، إذ يحتاج السكان إلى مساكن ملائمة وبنية تحتية جيدة. ويمثل تدني جودة التعليم مشكلة أخرى تتطلب أنظمة تعليمية ذات جودة عالية. كما أن ندرة المياه تعد من التحديات الكبيرة، حيث يواجه العديد من السكان صعوبة في الحصول على مياه صالحة للشرب والاستخدامات الأخرى.

يعكس كل من الفقر والجوع والتفاوت في التنمية جملة التحديات المتعلقة بتوزيع الثروات والخدمات بشكل غير متكافئ، مما يزيد من معدلات الفقر والجوع. كما تمثل البطالة تحدياً كبيراً، حيث تحتاج الدول إلى توفير فرص عمل ملائمة للسكان لتحقيق الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي. وبالتالي يتطلب التصدي لهذه التحديات استراتيجيات شاملة ومتناسقة تأخذ في الاعتبار الترابط الوثيق بين هذه القضايا لتحقيق تنمية مستدامة.

الفرع الثالث. مقترحات للدول النامية لبلوغ أهداف التنمية البشرية المستدامة

إن الظروف التي تمر بها الدول النامية تستلزم منها تعبئة مواردها الاقتصادية واستخدامها بأقصى كفاءة ممكنة لتحقيق أهداف التنمية البشرية. والحديث عن هدف تعبئة الموارد الاقتصادية سواء مادية أو بشرية واستخدامها بأقصى كفاءة ممكنة لا يعني العودة إلى الأسلوب التقليدي للتنمية الاقتصادية طالما أننا نقوم بهذا في إطار السعي لتحقيق أهداف التنمية البشرية. يمكن القول إن تحقيق التنمية البشرية يستدعي إدخال تعديلات على أساليب التنمية الاقتصادية وليس إلغاء هذه الأساليب كما قد يتصور البعض. تتضمن القواعد التالية جوهر المقترحات المقدمة لأجل تنمية بشرية عالية في الأجل الطويل¹:

✓ أهداف التنمية البشرية عديدة، ولكن من مصلحة كل دولة نامية أن تضع أولويات لهذه الأهداف، وذلك في ضوء تقدير ما هو أكثر إلحاحاً من هذه الأهداف من جهة وإمكاناتها الاقتصادية وغير الاقتصادية من جهة أخرى.

¹ نفس المرجع السابق، ص ص: 134-135.

✓ هدف التنمية الاقتصادية هو رفع الدخل أو الناتج الحقيقي ومتوسط نصيب الفرد من الدخل بأعلى معدلات ممكنة، وقد يتعارض هذا الهدف بدرجة أو بأخرى عند السعي لتحقيق أهداف التنمية البشرية. فقد يأتي التعجيل بتحقيق أهداف التنمية البشرية (في العدد القليل من السنوات) على حساب معدل نمو الدخل الحقيقي. وأفضل وضع متصور في الأجل الطويل والاجتهاد في الحلول الوسط للموازنة بين الهدف الاقتصادي البحث والأهداف الإنسانية والاجتماعية للتنمية البشرية. وتحقيق هذا الوضع يستلزم البحث عن أساليب مناسبة لاستخدام الموارد الاقتصادية وسياسات إنمائية جديدة.

وفي إطار تعزيز الجهود الرامية إلى تطوير وتحسين التنمية البشرية المستدامة، واستكمالاً لمبادرات "أديس أبابا"، يقترح مكتب الأمم المتحدة من خلال تقرير أهداف التنمية المستدامة لسنة 2023 ما يلي¹:

❖ **الالتزام العالمي المتجدد:** يجب على رؤساء الدول والحكومات إعادة تأكيد التزامهم بفترة عمل مكثفة ومستدامة تستمر على مدى السنوات السبع المقبلة بهدف تحقيق الأهداف المحددة في أجندة التنمية المستدامة. ويجب أن يشمل هذا الالتزام العمل على المستويين الوطني والدولي.

❖ **تعزيز الحكم الرشيد والمساءلة:** يجب على الحكومات تحسين القدرات الوطنية والمحلية، وتطوير آليات المساءلة وتعزيز المؤسسات العامة من أجل الجهود الرامية إلى تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

❖ **إطلاق مبادرات محددة:** يجب على الحكومات اتخاذ الإجراءات اللازمة واعتماد سياسات محددة وشاملة للقضاء على الفقر، وتقليص الفجوات الاقتصادية والاجتماعية، وحماية البيئة، مع التركيز بشكل خاص على تعزيز حقوق النساء والفتيات وتمكينهن.

❖ **دعم البلدان النامية:** المجتمع الدولي مدعو إلى إعادة الالتزام بتنفيذ خطة عمل أديس أبابا، وتوفير التمويل والاستثمارات اللازمة لمساعدة البلدان النامية على تحقيق أهداف التنمية المستدامة، وخاصة تلك التي تواجه ظروفًا خاصة أو تعاني من الهشاشة المفرطة.

¹ الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2023: نحو خطة إنقاذ للناس والكوكب، مرجع سبق ذكره، ص: 06.

❖ تعزيز جهاز الأمم المتحدة الإنمائي: لا بد من العمل على تعزيز قدرات جهاز الأمم المتحدة الإنمائي وتحسين قدرته على مواجهة التحديات الجديدة، ومعالجة الثغرات ونقاط الضعف المتعلقة بأهداف التنمية المستدامة التي ظهرت منذ عام 2015.

تتطلب هذه المقترحات تجديد وتكثيف التعاون الدولي والوطني لضمان التنمية البشرية المستدامة، مع مراعاة التحديات العالمية الحالية والمستقبلية.

خلاصة الفصل

تم تطوير العديد من المؤشرات لقياس التنمية البشرية بغرض تقييم جوانب مختلفة من التنمية. أحد الأدوات الرئيسية المستخدمة هو دليل التنمية البشرية (HDI) الذي يشمل أبعاد الصحة والتعليم ومستوى المعيشة. يساعد تصنيف الدول وفقا لهذا الدليل في مقارنة الأداء بين الدول وتحديد مجالات التحسين. وبمرور الوقت واستجابة للعديد من الانتقادات الموجهة لدليل التنمية البشرية تم تحديثه ليصبح أكثر شمولاً، بما في ذلك دليل الفقر متعدد الأبعاد (MPI) ودليل التنمية البشرية المعدل بعامل عدم المساواة (IHDI)، ودليل الفوارق بين الجنسين (GII)، ودليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب (PHDI). في حين أن قياس التنمية البشرية المستدامة يعتمد على أنواع أخرى من المؤشرات مثل مؤشر الرخاء العالمي، ومؤشر السعادة العالمي، ومؤشر الابتكار العالمي، ومؤشر البصمة البيئية، ومؤشر التقدم الاجتماعي.

يتطلب تحقيق أهداف التنمية البشرية المستدامة تمويلاً كافياً وموجهاً نحو الأولويات الصحية. وقد شملت الأهداف الصحية ضمن الأهداف الإنمائية للألفية (2000-2015) خفض وفيات الأطفال، وتحسين الصحة النفسية، ومكافحة الأمراض مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا. تقييم التقدم نحو هذه الأهداف أظهر تحسناً ملموساً في بعض المجالات، ولكن أبرز وجود حاجة مستمرة لتحسين التمويل والاستراتيجيات لتحقيق الأهداف بالكامل. ومن جهة أخرى فإن الأهداف الصحية ضمن أهداف التنمية المستدامة (2030) تركز على تعزيز الصحة الجيدة والرفاهية للجميع. وقد أظهر تقييم مؤشرات هذه الأهداف عند نقطة الانطلاق في عام 2015 تقدماً متفاوتاً بين الدول، كما أنها تأثرت بشكل كبير بجائحة كوفيد-19. أشار التقييم الشامل للتقدم المحرز قبل وبعد الجائحة إلى تحديات كبيرة في تحقيق الأهداف الصحية وخاصة في الدول النامية.

الفصل الثالث

استراتيجيات تمويل النظام
الصحي الجزائري لتحقيق
التغطية الصحية الشاملة والأمن
الصحي

تمهيد

تواجه السياسة الصحية في الجزائر تحديات كبيرة تستدعي إصلاحا شاملا بهدف تحقيق تغطية شاملة وعدالة في توزيع الخدمات الصحية. عملت الجزائر على تطوير وإصلاح سياستها الصحية عبر مراحل متعددة مما يعكس التزامها بتحسين منظومتها الصحية على الرغم من وجود العديد من الصعوبات. يشمل هذا الإصلاح تعزيز الكفاءة في إدارة الموارد وتقليل الهدر، والتركيز على استدامة النظام الصحي لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات.

تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من تحديات متعلقة بتمويل النظام الصحي وتوسيع مظلة التأمين الصحي، حيث يتطلب تحقيق التغطية الصحية الشاملة تحسين نظم التأمين الصحي الحالية وتفعيل النهج التعاقدية لضمان استدامة أكبر وفعالية أكثر في تقديم الخدمات الصحية. تسعى الجزائر لتطوير نظامها الصحي من خلال تحسين البنية التحتية وتوزيع الموارد البشرية بشكل يضمن عدالة وكفاءة أكبر. يشمل ذلك التركيز على تدريب وتوزيع العاملين في القطاع الطبي وشبه الطبي بين القطاعين العام والخاص، وضمان توزيع عادل للأطباء والخدمات بين المناطق المختلفة.

أظهرت جائحة كوفيد-19 تحديا لمدى قدرة النظام الصحي الجزائري على مواجهة الأزمات وأبرزت الحاجة الملحة لتعزيز الأمن الصحي وتحقيق التغطية الصحية الشاملة بشكل فعال، مما يستدعي هذا التحدي تقييما دقيقا لنقاط القوة والضعف في النظام الصحي الحالي، مع التركيز على إمكانيات التحسين المستقبلية لضمان جاهزية النظام الصحي لمواجهة أي أزمات مستقبلية.

المبحث الأول. السياسة الصحية بالجزائر وتحديات الإصلاح

إن السياسة الصحية الوطنية هي تجسيد للأهداف المسطرة من أجل تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف وكذا تحديد الاستراتيجيات الأساسية لبلوغها. عرفت السياسات الصحية بالجزائر العديد من التغيرات منذ الاستقلال إلى غاية الوقت الراهن حققت من خلالها عدة نتائج انعكست في تحسن المؤشرات الصحية ولكن في نفس الوقت قوبلت بتحديات عديدة استدعت القيام بإصلاحات جذرية في هذا القطاع من أجل الحفاظ على الصحة العمومية وترقيتها.

المطلب الأول. استراتيجيات السياسة الصحية بالجزائر

يتأثر صنع السياسات الصحية في الدول النامية بمحددات داخلية رسمية (وزارة الصحة) أو غير رسمية (منظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص)، ومحددات خارجية (المنظمات الدولية والشركات متعددة الجنسيات)¹. تسعى السياسة الصحية في الجزائر إلى تحقيق عدة استراتيجيات رئيسية تهدف إلى تحسين صحة السكان وضمان التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين. كما أنها تركز على عدة محاور، منها الرعاية الصحية الأولية التي تمثل حجر الزاوية في النظام الصحي الجزائري.

الفرع الأول. أهداف النظام الصحي الجزائري

يهدف النظام الصحي الجزائري بصفة أساسية إلى تحسين الحالة الصحية للسكان وتحقيق العدالة بالإضافة إلى القدرة على تلبية احتياجات السكان من الرعاية الصحية². وتكمن أهم أهداف المنظومة الوطنية للصحة بالجزائر فيما يلي³:

• إعادة بناء المنظومة الوطنية للصحة حول المبادئ التوجيهية التي تهدف إلى:

- جعل مرافق الصحة في صميم انشغالات المنظومة الوطنية للصحة من أجل ضمان صحة المواطنين عبر الحصول العادل والمتساوي للعلاج، وضمان استمرارية الخدمة العمومية للصحة وكذا ضمان الأمن الصحي.

¹ شادية فتحي، السياسات العامة في ماليزيا، مركز الدراسات الأساسية، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، القاهرة، 2008، ص: 226.

² Abid.L, Organisation actuelle du système de santé et perspectives, *Colloque International sur les Politiques de Santé Alger*, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, les 18 et 19 Janvier 2014, p:05

³ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، *إصلاح المستشفيات: الإطار التصوري والمسار العملي، ملف صحفي*، كتابة الدولة المكلفة بإصلاح المستشفيات، الجزائر، ماي 2021، ص: 05-06.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

➤ إعادة إقرار مبدأ المساواة والتضامن في الحصول على الخدمات الصحية لصالح كافة الجزائريين عن طريق ضمان التغطية الشاملة التي تهدف إلى تمكين الجزائريين منذ بداية حياتهم من الاستفادة من الرعاية الصحية التي يحتاجونها بدون عوائق مالية.

➤ ترسيخ ملائمة النشاطات الصحية لاحتياجات السكان مع تكييف الآلية التنظيمية لعرض الخدمات الصحية وخدمات الاستشفاء بالاعتماد على منظومة معلوماتية فعالة لامركزية مع استقلالية فعلية للتسيير، بالإضافة إلى إدراج كل الآليات الحديثة للتسيير والتدقيق والتقييم.

➤ وضع التعاقدية بين كل الفاعلين في المنظومة الوطنية للصحة حيز التنفيذ وضمان أكبر شفافية وأكبر إنصاف ممكن في تسيير الإنفاق الوطني للصحة.

➤ تطوير قابلية النظام الصحي للتأقلم وإعطائه أكبر قدر من المرونة وقدرة التكيف في مجابهة التحولات العميقة التي يشهدها العالم والذي هو بصدد التصدي لتهديدات صحية متكررة.

➤ تعزيز نشاطات حماية الصحة والوقاية عبر انتهاج مسعى تشاركي ما بين القطاعات ومسعى مجتمعي يحظيان بالدعم.

• تسجيل تطوير وتنمية المنظومة الوطنية للصحة في إطار التخطيط الاستراتيجي: وذلك عبر إعداد البرنامج الوطني لتنمية الصحة الذي يحدد الأهداف والأولويات حسب احتياجات السكان وكذا حسب الوسائل المتوفرة على المدى القصير والمتوسط والطويل.

• توحيد المنظومة الوطنية بموجب مبدأ وحدوية الصحة العمومية: وذلك من أجل دمج نشاطات كافة مؤسسات وهياكل الصحة مهما كان نظام ممارستها ضمن مبدأ احترام مقتضيات المخطط الوطني لتنمية الصحة.

• تطوير منظومة وطنية للصحة تأخذ بعين الاعتبار ضرورة ضمان ثلاثية الاحتياجات التالية:

- ترقية الصحة بهدف حفظ و/أو إبقاء السكان في أحسن حالة صحية ممكنة.
- الوقاية من الأمراض والحوادث من خلال اتخاذ تدابير تهدف إلى تفادي و/أو التقليل من عوامل الأخطار.
- التكفل بالمرضى بالاعتماد على شبكات العلاج وخدمات الرعاية الصحية وهذا من خلال عرض خدمات صحية عادلة ذات جودة ومختلفة لكافة المناطق.

الفرع الثاني. مرتكزات ومحاور السياسة الصحية بالجزائر

يتحرك المحور الأساسي للسياسة الصحية في نطاق التنمية، ومن ثم يمكن اعتبار الرعاية الصحية استثمار في خطط التنمية للدولة¹. وتعرف السياسة الصحية على أنها الموقف الرسمي للحكومة في مجال الصحة، والذي يتم التعبير عنه من خلال الخطابات الرسمية أو الوثائق الدستورية والإدارية². حيث تنص أحكام المادة 63 من الدستور الجديد بالجزائر الصادر والمعلن عنه من طرف رئيس الجمهورية على: "تسهر الدولة على تمكين المواطن من الحصول على الرعاية الصحية، لاسيما للأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها"³. فيما تركز استراتيجيات الصحة المعتمدة بالجزائر على محاور رئيسية أهمها⁴:

- ✓ التأكيد على حق المواطن الجزائري في الاستفادة من الرعاية الصحية والاجتماعية.
- ✓ التزام الجزائر ببلوغ الأهداف الإنمائية للألفية التي أقرتها منظمة الأمم المتحدة سنة 2015.
- ✓ إزالة الفوارق الجغرافية لتلبية الاحتياجات الأساسية لجميع أفراد المجتمع.
- ✓ تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد.
- ✓ تعزيز دور القطاع الخاص ودمجه في القطاع الصحي الوطني.
- ✓ تطوير نظم المعلومات الصحية.
- ✓ تشجيع الإنتاج المحلي في مجال الصناعات الدوائية.
- ✓ تنمية الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة كما ونوعا من أجل مواكبة التطورات التكنولوجية وضمان جودة الأداء.
- ✓ التسيير العقلاني والرشيد للموارد المتاحة.

وعلى ضوء ما تقدم يتبادر إلى الذهن تساؤلات حول مراعاة السياسة الصحية الوطنية للأسس والمقومات الخاصة بالنهوض بإمكانات وقدرات النظام الصحي الجزائري لجعله أكثر استجابة للمشكلات الصحية والمتغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية.

¹ نجوى خلاف، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئة، 2005، ص: 12.

² غرايبي فضيلة، مرجع سبق ذكره، ص: 243.

³ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إصلاح المستشفيات: الإطار التصوري والمسار العملي، ملف صحفي، مرجع سبق ذكره، ص: 04.

⁴ Abid.L, op.cit, pp:06-07.

المطلب الثاني. مسيرة وتحديات السياسة الصحية بالجزائر

تطورت السياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال أين تم التركيز على بناء نظام صحي وطني وتوفير الرعاية الصحية المجانية. وقد واجه النظام الصحي الجزائري عدة تحديات تشمل نقص التمويل، نقص الكوادر الطبية المؤهلة والافتقار إلى البنية التحتية الحديثة خاصة في المناطق الريفية. وبذلك تهدف السياسات الصحية الحالية إلى تحسين الكفاءة، وتوسيع التغطية الصحية، وتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030.

الفرع الأول. مراحل تطور السياسة الصحية بالجزائر

حرصت الجزائر منذ الاستقلال على إرساء أسس راسخة للسياسة الصحية، منطلقة من مبادئ جوهريّة تهدف إلى تجسيد حق المواطن في الحصول على الرعاية الطبية، انسجاماً مع ما أقرته المواثيق والدساتير من حقوق و ضمانات في هذا الشأن¹، وبناء على ذلك فقد شهد النظام الصحي الجزائري عدة تطورات أفرزتها قرارات سياسية وأزمات اقتصادية، جعلت الوضع الصحي يمر بعدة مراحل متباعدة ينبغي التطرق إليها من أجل استشراف مستقبل هذا النظام.

أولاً. السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة (1962-1974): تميزت سياسة الجزائر الصحية في هذه المرحلة بإتباع استراتيجية التخفيف من الأمراض المعدية التي ورثها الجزائريون عن فترة الاحتلال²، وذلك نتيجة للوضعية الصحية المتردية قبل الاستقلال بمعدل كبير لوفيات الأطفال بلغ 180 في الألف، والعمر المتوقع عند الميلاد يقل عن 49 سنة³، بالإضافة إلى تركيز النظام الصحي الموجود آنذاك في كبريات المدن، وبالتالي لم يكن هناك عدالة في توزيع الخدمات الصحية بين الريف والحضر.

تعتبر سنة 1962 سنة انتقالية بالنسبة للنظام الصحي الجزائري، حيث كان لزاماً على الحكومة الجزائرية غداة الاستقلال تغيير الوضع عن طريق بلورة سياسة صحية وطنية شاملة تستهدف القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة معدلات وفيات الأطفال، بالإضافة إلى تطوير البنية التحتية الصحية من خلال بناء المرافق وتكوين الكوادر الطبية

¹ نورالدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص: 188.

² نبيلة بوجيرة، الاتصال الاجتماعي في الجزائر، المجلة الجزائرية للاتصال، دار الحكمة، الجزائر، العدد 16، 1997، ص: 41.

³ SAIHI Abdelhak, La réforme du service public de santé: Etat des problématiques, Colloque International sur les Politiques de Santé Alger, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, les 18 et 19 Janvier 2014, p:10.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

وشبه الطبية المؤهلة. ولكن الوسائل المخصصة لتنفيذ البرنامج الطبي في هذه المرحلة _ المعتمد على تكثيف العلاج الوقائي _ لم تكن كافية، بالإضافة إلى ظهور معطيات جديدة تمثلت في النمو السكاني عقب الاستقلال¹.

ومن أجل النهوض بالتنمية الصحية خلال هذه الفترة تم تقسيم النظام الصحي إلى قسمين هما المستشفيات العمومية والقطاع الصحي الخاص، كما تم إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964 وصدر قانون تنظيم مهنة الأطباء والصيدالة سنة 1966، بالإضافة إلى المكانة الهامة التي احتلها القطاع الصحي ضمن المخططات التنموية التي عرفتها المنظومة الصحية في هذه الفترة ومن أهمها المخطط الثلاثي 1967-1969 وكذا المخطط الرباعي الأول 1970-1973². ومن أجل إعادة تنظيم وهيكلية النظام الصحي الموروث عن الاستعمار تم القيام بعدة سياسات من بينها وضع برامج وطنية لمكافحة السل والملاريا والرمم الحبيبي سنة 1965، وصدر المرسوم 96-69 المؤرخ في 9 جويلية 1969 والقاضي بالزامية مجانية التلقيحات بمهدف القضاء على الأمراض المعدية³. كما عرفت سنة 1971 إصلاح التعليم العالي ولا مركزية التكوين أين تم التركيز على التعليم العالي دون القيام بإصلاحات عميقة على مستوى المنظومة الصحية مما يدفع للقول بغياب سياسة صحية واضحة المعالم خلال هذه الفترة⁴.

رغم جهود الدولة خلال هذه الفترة محاولة إعادة تشغيل المنظومة الصحية والتصدي للوضع المتدهور في ظل الموارد المحدودة، فقد ظل هناك توزيع غير عادل للخدمات الصحية بين الريف والحضر وكذا بين مناطق الشمال والجنوب بالإضافة إلى غياب دور القطاع الخاص في الوقت الذي يهيمن القطاع العام على النظام الصحي. ومن أجل تلبية الاحتياجات المتنامية للسكان الجزائريين جاء الأمر المتعلق بمجانية العلاج سنة 1973 ليكون النقطة الجوهرية للمرحلة الموالية.

ثانيا. السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة (1974-1988): تميزت هذه الفترة بإقرار مبدأ مجانية العلاج حيث أكد الميثاق الوطني لعام 1976 حق المواطن الجزائري في الطب المجاني⁵. وقد جاء فيه أن: "الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي على التضامن الوطني ووسيلة لتجسيد حق المواطن في العلاج". كما دعم دستور 1976 هذا الحق من خلال المادة 67 والتي تنص على أن: "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم

¹ نورالدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص: 189-190.

² غرابية فضيلة، مرجع سبق ذكره، ص: 246.

³ سليمة بلخيري وآخرون، المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة زيان عاشور بالجلفة، المجلد 12، العدد 04، 2018، ص: 303.

⁴ نصر الدين عيساوي، ابراهيم براهيمية، نحو تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية للمنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة قسنطينة، المجلد ب، العدد 41، جوان 2014، ص: 360.

⁵ نورالدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص: 197.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وتوسيع الطب الوقائي". وقد تزامن تطبيق سياسة الطب المجاني مع الارتفاع الكبير لأسعار البترول في السوق الدولية¹.

اتخذت الجزائر قرار مجانية الطب كخطوة أولى لتعزيز فعالية القطاع الصحي، وتفعيل برامج صحية ترتبط ارتباطا وثيقا بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي يواجهها الأفراد. وقد حرصت الدولة على تسخير جميع الوسائل والإجراءات الضرورية لحماية الصحة العامة وترقيتها على المستوى الوطني². ولكن بالرغم من رفع الحواجز والصعوبات للحصول على الخدمات الصحية عن طريق قانون مجانية العلاج، فإن الموارد المادية والبشرية في تلك الفترة لم تكن كافية للاستجابة لجميع طلبات المواطنين، أي خلق صعوبات كبيرة للتكفل بالاحتياجات الصحية للمواطنين لأنه تم التركيز على إرساء سياسة علاجية على حساب السياسة الوقائية³.

شهدت هذه المرحلة إصلاحا شاملا في مجال التعليم الطبي، وهو ما ساهم في تزايد أعداد الممارسين الطبيين في مختلف التخصصات. كما جرى تأسيس قطاع صحي يعد حجر الأساس في تنظيم المنظومة الصحية الوطنية⁴. بالإضافة إلى أنه تم في عام 1986 إنشاء هياكل صحية جديدة تمثلت في المراكز الاستشفائية الجامعية⁵. بالإضافة إلى أن انخفاض سعر البترول سنة 1986 أدخل البلاد أزمة كبيرة تبلورت في بروز التوجه نحو التخصص كأحد أشكال الإصلاحات التي تبناها النظام الصحي بالجزائر⁶.

ثالثا. السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة (1988-2000): عاشت الجزائر خلال هذه الفترة أزمة اقتصادية وسياسية بسبب الحالة الأمنية المتدهورة التي خلفت تخريب الهياكل والبنى التحتية الصحية والتربوية⁷. أكد دستور الجزائر لعام 1989 من خلال المادة (51) التزام الدولة بتولي مسؤولية الوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها، وذلك في ظل ظهور أنماط مرضية جديدة مثل الأمراض المزمنة التي أدت إلى ارتفاع معدل الوفيات⁸. كما نص قانون المالية لعام 1993 على أن الدولة ستتولى مهام الوقاية والبحث الطبي ورعاية الفئات المعوزة، في حين تُدار

¹ سليمة بلخيري وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 304.

² نورالدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص: 195.

³ نصر الدين عيساوي، ابراهيم براهيمية، مرجع سبق ذكره، ص: 360.

⁴ CHACHOUA, L, le système national de sante 1962 a nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé Alger, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, les 18 et 19 Janvier 2014, p: 05.

⁵ نورالدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص: 200.

⁶ العلواني عديلة، تفعيل النظام التعاقد في نظام الصحة الجزائري: نموذج مقترح، الجزء الثالث، دار هومة للنشر، الجزائر، 2014، ص: 22.

⁷ RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE, STRATÉGIE OMS DE COOPÉRATION AVEC LES PAYS, 2002 – 2005, P: 03.

⁸ سليمة بلخيري وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 304.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

بقية خدمات العلاج على أساس نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي¹. وخلال سنة 1999 تم إعداد تشخيص مفاده معاناة نظام الصحة الجزائري من بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية التي تحد من أدائه².

يمكن التأكيد على أن التحدي الرئيسي الذي يواجه النظام الصحي العمومي في الجزائر لا يكمن في نقص الموارد المالية، بل يعود أساسا إلى غياب التنظيم الشامل والإدارة الفعالة لهذه الموارد. وبذلك من الأفضل ألا يتركز الجهد فقط على إنشاء المزيد من الهياكل الصحية، بل ينبغي إيلاء أهمية أكبر لتعزيز الجوانب التنظيمية والتسييرية، لضمان الاستفادة المثلى من الأموال المستثمرة وتحقيق فعالية أكبر في القطاع الصحي.

رابعا. السياسة الصحية في الجزائر من سنة 2000 إلى غاية الوقت الحالي: شهدت هذه الفترة تخصيص مبالغ مالية ضخمة لقطاع الصحة وذلك من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية التي التزمت الجزائر ببلوغها في أفق عام 2015. وفي هذا الصدد تم انتهاج سياسة إصلاح المستشفيات.

شهد قطاع الصحة في الجزائر مجموعة من التحولات الهامة في العقود الأخيرة، إذ تم في عام 2002 تغيير اسم وزارة الصحة والسكان ليصبح "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات"، وهو ما يجسد إرادة سياسية قوية لإشراك القطاع الصحي في ديناميكية الإصلاحات الرامية إلى تحسين جودة الحياة لكافة المواطنين³. وفي عام 2007 تم اعتماد تنظيم صحي جديد يركز على فصل مؤسسات الصحة عن تلك التي تؤمن العلاج القاعدي. وبدءا من سنة 2008، شرعت الجزائر في تطبيق النظام الصحي الجديد مع اعتماد تشريعات خاصة بالمؤسسات الاستشفائية المختلفة، حيث تم استبدال قطاع الصحة بمؤسستين رئيسيتين: المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية⁴. أما سنة 2009 فقد عرفت توجهاً نحو تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية، في إطار تعزيز السيادة الصحية وتوفير الاحتياجات الوطنية من الأدوية⁵.

كما لقي قطاع الصحة اهتماما كبيرا ضمن البرامج التنموية وسجل تقدم محرز في بعض مؤشرات الصحة العامة قوبلت باستياء المواطنين والمهنيين حول كفاءة التنظيم الصحي وجودة الخدمات المقدمة كما أشارت إليه نتائج المسح

¹ نورالدين حاروش، الإدارة الصحية-دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، مرجع سبق ذكره، ص: 267.

² نورالدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص: 205.

³ Abdelhak Saihi, le système de santé publique en Algérie: analyse et perspectives, *revue gestion hospitalières*, n 455, 2006, p: 243

⁴ CHACHOUA.L, op.cit., p:13.

⁵ Farid Chaoui, Michel Legros, *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie: Défis nationaux et enjeux partagés*, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed: Institut de prospective économique du Monde Méditerranéen, N ° 1 3 AV R I L 2 0 1 2, p:54.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

الصحي في فيفري 2011¹. وهي السنة التي تم فيها تقديم مشروع قانون جديد للصحة إلى وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من قبل لجنة تشكلت سنة 2002²، ليتم عرضه في نهاية سنة 2015 على البرلمان من أجل إعادة هيكلة الوضعية الصحية بالبلد³. ليرى النور سنة 2018 بصدر القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة والصادر بتاريخ 2 جويلية 2018 متضمنا إضافات واسعة مقارنة بقانون الصحة القديم 85-05 لسنة 1985، وأهمها إضفاء حماية أكثر للمريض من خلال إتاحة التداوي على نطاق أوسع⁴. والذي دخل حيز التنفيذ بصدر المراسيم التنفيذية، حيث صدر في 17 أكتوبر 2018 أول مرسوم تنفيذي أسس علاوة الخدمة المدنية لصالح الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية. وتبعه في 07 جويلية 2019 مرسوم تنفيذي جديد حدد مهام الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية ونظم سيرها. أما آخر هذه المراسيم فقد صدر في 05 جانفي 2020، وهو يحدد كفاءات المراقبة الإدارية والتقنية والأمنية للمواد والأدوية ذات الخصائص المؤثرة عقليا، وقد خضع هذا المرسوم لتعديلات إضافية خلال شهر أبريل 2020، بما يعكس التوجه المستمر نحو تعزيز الحوكمة والرقابة في القطاع الصحي وتطوير إطاره التنظيمي⁵.

من سنة 2020 ولغاية سنة 2021، مر العالم بأزمة صحية عالمية لم يشهدها من قبل بسبب تفشي فيروس كورونا كاشفا عن ثغرات كبيرة في الأنظمة الصحية ومظهرها مكامن ضعف هيكلية في قطاع الرعاية الصحية، حيث أنه وبالرغم من أن مؤشر الأمن الصحي العالمي لسنة 2019 والذي يقيس استعداد الدول لمواجهة الأوبئة يضع الجزائر في المرتبة 173 عالميا من أصل 195، إلا أن هذه الأزمة الصحية العالمية وضعت الدول التي حققت أفضل أداء على المؤشر العالمي فريسة سهلة بالنسبة لفيروس كورونا.

بالرغم من التقدم المحرز في أداء المنظومة الصحية الجزائرية من خلال السياسات المتبعة فهي تواجه تحديات عديدة يستوجب النظر فيها بدقة من قبل السلطات المعنية، حتى يتم الارتقاء بالصحة وزيادة فعالية النظام.

¹CHACHOUA.L, op.cit., p: 14.

² Farid Chaoui, Michel Legros, op.cit., p: 55.

³ عبد الملك بوضياف: تغييرات جذرية في قطاع الصحة السنة القادمة والقانون الجديد أمام البرلمان قريبا، موقع الإذاعة الجزائرية، 01 أكتوبر 2015، <http://www.radioalgerie.dz/> تم الاطلاع عليه يوم 23 أبريل 2016

⁴ مخلوف هشام، قراءة في القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة بين المستجدات والنقائص، حوليات جامعة الجزائر 1، الجزائر، المجلد 35، العدد 01، مارس 2021، ص: 66-82.

⁵ مرسوم تنفيذي رقم 18-257 ماضي في 11 أكتوبر سنة 2018 ج.ر.ج. عدد 62، صادر في 17 أكتوبر سنة 2018.

مرسوم تنفيذي رقم 19-190 ماضي في 03 يوليو 2019 ج.ر.ج. عدد 43، صادر في 07 يوليو سنة 2019.

مرسوم تنفيذي رقم 19-379 ماضي في 31 ديسمبر 2019 ج.ر.ج. عدد 01، صادر في 05 يناير سنة 2020. (مُعَدَّل). تم تعديله بالمرسوم التنفيذي رقم 20-106 ماضي في 28 أبريل 2020.

مرسوم تنفيذي رقم 20-106 ماضي في 28 أبريل 2020، ج.ر.ج. عدد 26، صادر في 03 مايو سنة 2020، يُعدل المرسوم التنفيذي رقم 19-379 المؤرخ في 31 ديسمبر سنة 2019.

الفرع الثاني. التحديات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية

شهدت الألفية الثالثة تحديات كبرى لصانعي السياسة الصحية بالجزائر نتيجة للتحويلات الاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية، مما انعكس بدوره على وجود تحديات تواجه القطاع الصحي بحيث تستوجب إعادة هيكلته. يمكن تلخيص أهم التحديات فيما يلي:

أولا. ازدياد الطلب على الخدمات الصحية في ظل ندرة الموارد: لقد تضافرت مجموعة من العوامل في ازدياد الطلب على الخدمات الصحية، منها على سبيل المثال النمو السكاني والذي يقصد به العبء السكاني حيث قدر عدد سكان الجزائر خلال سنة 2023 حوالي 45 مليون نسمة، مما يضيف سنويا ما يقارب 720 ألف مستهلك جديد لهذه الخدمات[®]، بالإضافة إلى ازدياد العمر المتوقع لحياة المواطن الجزائري والذي ارتفع من 68.54 عاما سنة 1995 إلى 77 عاما سنة 2022¹، مما يشكل عاملا إضافيا لزيادة العبء على الخدمات الصحية، حيث أن المواطن في سن الستين يحتاج إلى أربعة أضعاف تكلفة الخدمة الصحية للمواطن أقل من الستين².

كما أن الجزائر شهدت تحولا في هيكل المرض حيث انخفضت معدلات الأمراض المعدية وارتفعت معدلات الأمراض المزمنة. بالإضافة إلى أن التلوث البيئي يلعب دورا كبيرا في التأثير على صحة السكان وازدياد الطلب على الخدمات الصحية، وبالتالي فإن تغير هيكل المرض، والهياكل العمرية للسكان تمثل متغيرات أساسية يجب أخذها بعين الاعتبار عند الشروع في إصلاح النظام الصحي الجزائري من أجل التغطية الشاملة للسكان. ولكن خلال سنة 2020 عادت من جديد الأمراض المعدية في الجزائر وكل أنحاء العالم، ليزداد الطلب على الخدمات الصحية مع انسداد الهياكل الصحية بسبب الوباء العالمي فيروس كورونا (كوفيد -19)، والذي يتطلب استجابة سريعة من طرف الحكومة من خلال زيادة الإنفاق على الصحة بهدف التخفيف من حدة انتشار الفيروس. وبالتالي من الضروري إعداد النظام الصحي الجزائري لمواجهة الأزمات والكوارث بحيث يكون على أوجه الاستعداد لمواجهة مثل هذه الأوضاع لتلبية الاحتياجات المفاجئة والمتسارعة.

[®] معدل الزيادة السكانية قدر بـ 1.6 بالمائة سنويا سنة 2023، حسب بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

¹ بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

² مديحة خطاب، سمير بانوب، البدائل المتاحة لإصلاح التأمين الصحي في مصر، منتدى الحوار: الكراسي الحادية والستون، مكتبة الإسكندرية، مصر، 22، جويلية 2006، ص: 18.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

ثانيا. اتساع الفجوة بين الموارد المتاحة وتكلفة الخدمات الصحية: مع ازدياد الطلب على الخدمات الصحية فإن هناك محدودية في الموارد المتاحة للاستجابة لهذا الطلب المتنامي. وترجع تزايد حجم الفجوة بين الموارد والاحتياجات إلى العديد من الأسباب من بينها:

- ارتفاع تكلفة تقديم الخدمات الصحية نتيجة لارتفاع تكلفة التكنولوجيا الطبية والمواد التشخيصية والعلاجية¹.
- لعبت ثورة الاتصالات دورا في ارتفاع مستوى توقعات المواطن الجزائري من الخدمات الصحية.
- السلوك غير الصحي كسوء التغذية والتدخين والتي تؤدي إلى زيادة التكاليف.
- انخفاض الجودة في تقديم الخدمات الصحية يسبب في زيادة التكاليف بالنسبة للمرضى.

في المقابل فإن انخفاض مستوى دخل الفرد، والانخفاض المستمر في القدرة الشرائية للدينار الجزائري، تشكل تحديا لقدرة النظام الصحي على الاستجابة إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية والاستمرار في تقديمها بالجودة والكفاءة نفسها.

ثالثا. عدم كفاءة إدارة الموارد والإهدار في استخدامها: في ظل الظروف الأخيرة التي تمر بها الجزائر، يعد الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة عاملاً محورياً لتحقيق التوازن بين تزايد الحاجات ومحدودية الإمكانيات. غير أن الاختلالات الهيكلية والوظيفية القائمة شكلت عائقاً أمام الاستفادة المثلى من الموارد المحدودة. ويتجلى ذلك في غياب سياسة صحية واضحة تحدد الأولويات وتنسق أدوار الجهات المعنية لتمنع تداخل الأدوار وتضارب المصالح والتضخم البيروقراطي والنمو العشوائي للقطاع الخاص، مما يؤدي إلى ضعف استجابة الخدمات الصحية للاحتياجات الحقيقية للسكان الجزائريين وسوء توزيعها وانخفاض جودتها وكفاءتها الاقتصادية.

وقد صنفّت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أهم التحديات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية خلال سنة 2021 إلى²:

➤ تحديات ناتجة عن الانتقال الصحي والديمقراطي:

✓ الطلب المتزايد والمترب على هذا الانتقال بسبب ظهور مشاكل صحية جديدة وكذا الفئات الجديدة المعرضة لخطر المرض.

¹ Brahim Brahmia, Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, *Colloque International sur les Politiques de Santé Alger*, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, les 18 et 19 Janvier 2014, p:14.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إصلاح المستشفيات: الإطار التصوري والمسار العملي، ملف صحفي، مرجع سبق ذكره، ص: 09، 12.

✓ تكلفة العلاج المتزايدة باستمرار بسبب ظهور الاحتياجات الجديدة واللجوء إلى التكنولوجيات الطبية الحديثة.

➤ تحديات تحد من فعالية النشاط الصحي:

✓ تحدي الحوكمة.

✓ تحدي تنظيم عرض خدمات العلاج وتوزيع الموارد.

✓ تحدي العمل ما بين القطاعات.

➤ تحديات متعلقة بالتهديدات الصحية:

✓ تحديات متعلقة بالأمراض المتنقلة.

✓ تحديات متعلقة بالأمراض غير المتنقلة.

➤ التحديات العرضية ذات الصلة:

✓ تحدي الموارد البشرية.

✓ تحدي تبني التكنولوجيات الجديدة في مجال الصحة.

✓ تحدي الأمن الصيدلاني وأمن التمويل بمنتجات صحية ذات جودة.

✓ تحدي أمن المرضى وحماية مهنيي الصحة من خطر العدوى في الوسط العلاجي.

✓ تحدي تطوير البحث في مجال الصحة.

✓ تحدي تطوير الاتصال ومشاركة المجتمع.

يمكن القول أن الواقع المعاش في مجال الصحة لأي مواطن جزائري يعكس معاناة كبيرة داخل هذا القطاع بالرغم من الأموال الطائلة المخصصة له سنويا وبرغم الجهود التي بذلتها الدولة من أجل تحسين الصحة العامة، حيث أصبح العلاج أو الاستشفاء بالمؤسسات الاستشفائية بالجزائر يشكل معاناة يومية لا تنتهي بالنسبة للمواطن أين يتم اللجوء إجبارا إلى القطاع الخاص والذي لا يقل معاناة عن القطاع العام، ناهيك عن التكاليف الباهظة التي يتحملها أو تفرض عليه الظروف الصحية اللجوء للعلاج بالخارج في العديد من الحالات. هذه الوضعية المزرية تستدعي إيجاد حلول جذرية، فرغم تحديث القانون في الصحة فإن المواطن البسيط يريد حقه في الصحة حفظا وصيانة لكرامته، فلا يأبه بسن قوانين دون تجسيدها على أرض الواقع. ولذلك ونظرا لتخبط النظام الصحي الجزائري في دائرة تحديات كبيرة من جوانب متعددة أهمها تحسين صورة الدولة وتعزيز ثقة الأفراد في النظام الصحي فقد أصبح إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية ضرورة حتمية.

المطلب الثالث. إصلاح النظام الصحي الجزائري وتحديات المستقبل

تندرج مسألة إصلاح النظم الصحية في صلب المسائل التي يدور النقاش حولها في الوقت الحالي انطلاقا من ارتباطها الوثيق بموضوع الإصلاح الاقتصادي في الدولة. على الرغم من غياب نموذج موحد لإصلاح صحي ناجح على الصعيد العالمي، إلا أن الضرورة تقتضي وضع برامج إصلاحية شاملة تلامس مختلف الجوانب المرتبطة بالقطاع الصحي، مثل المحددات الاجتماعية للصحة، ونظم التأمين الصحي الاجتماعي، وتطوير أنظمة المعلومات الصحية. وتبرز أهمية الرعاية الصحية الأولية باعتبارها حجر الزاوية في تعزيز المستوى الصحي للمواطنين، مما يتطلب جعلها ركيزة أساسية في أي مشروع إصلاحي يستهدف تحقيق التحسن المنشود في صحة المجتمع.

الفرع الأول. المبادئ الأساسية لبرنامج الإصلاح الصحي بالجزائر

تختلف دوافع الإصلاح الصحي في الدول النامية عنها في الدول المتقدمة، حيث أن هذه الأخيرة تسعى أساسا لرفع إنتاجية العاملين من خلال تحسين الصحة بينما تكمن دوافع الإصلاح الصحي في الدول النامية في توسيع مظلة التأمين الصحي والحد من الارتفاع السريع للتكاليف الصحية¹. وهناك دعوات متزايدة لإصلاح القطاع الصحي خصوصا في الدول النامية، وذلك على أساس ضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية اللازمة². من المبادئ الأساسية لإصلاح أي برنامج صحي نجد³:

أولا. التغطية الشاملة universality: يقصد بها ضمان تغطية جميع المواطنين بحزمة متكاملة من الخدمات الصحية الأساسية ذات الأولوية، بحيث تتوفر لكل فرد أينما كان الفرصة المتكافئة للحصول على الرعاية الصحية الأساسية والاستفادة منها دون تمييز.

ثانيا. الجودة quality: تتمثل الجودة في الحرص المستمر على تحسين مستويات الرعاية الصحية وتطوير أماكن تقديم الخدمات الطبية كالمستشفيات، بهدف تعزيز القدرات التشخيصية والإكلينيكية، إضافة إلى الارتقاء بمستوى التعليم الطبي والتمريضي وتوفير التدريب المستدام للعاملين في القطاع الصحي.

¹ Nouara Kaid Tilane, *Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Béjaïa*, THESE POUR LE DOCTORAT D'ETAT EN SCIENCES ECONOMIQUES, UNIVERSITE D'ALGER, 2003, pp: 39-40.

² منظمة الصحة العالمية، *طوب المجتمع*، مرجع سبق ذكره، ص: 459.

³ نجوى خلاف، مرجع سبق ذكره، ص: 22.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

ثالثا. **العدالة equity**: تبنى العدالة في النظام الصحي على مبدأ تمويل الخدمات بما يتناسب مع القدرة على الدفع، بينما يتم تقديم الخدمات الصحية وفقا لمدى الاحتياج إليها. وبذلك تضمن الدولة أن جميع المناطق والفئات تحظى بحصتها العادلة من الخدمات الصحية المقدمة.

رابعا. **الكفاءة efficiency**: تعني الكفاءة تخصيص وتوزيع الموارد المالية والبشرية والمنشآت الصحية بحسب احتياجات السكان ومناطق تواجدهم، مع السعي لتحقيق أعلى مستويات الفاعلية مقابل ما ينفق من موارد. وتهدف الدولة من ذلك إلى تحقيق أقصى قيمة صحية ممكنة لكل من الدولة والمواطن مقابل التكاليف المستثمرة في القطاع الصحي.

خامسا. **الاستدامة sustainability**: وتعني قدرة النظام الصحي على توفير البنى التحتية استجابة لاحتياجات الأجيال القادمة.

ارتكزت إصلاحات المنظومة الوطنية للصحة، التي يكرسها مشروع القانون الجديد للصحة بالجزائر لسنة 2018، على مجموعة من المبادئ الأساسية، من أبرزها¹:

✓ ترسيخ مجانية العلاج باعتبارها مكسبا جوهريا للمواطن الجزائري يضمن عدالة الاستفادة من الخدمات الصحية.

✓ ضمان الدولة توفير العلاج لجميع المواطنين، عبر تعبئة وتوفير الوسائل والإمكانات اللازمة لتحقيق ذلك الهدف.

✓ صون حقوق المرضى على جميع المستويات وفي مختلف المجالات الصحية.

✓ العمل على تقليص الفوارق بين المناطق في مجال الحصول على الخدمات الصحية، من خلال التوزيع العادل للموارد البشرية والمادية وفقا للاحتياجات الصحية الفعلية للمواطنين.

✓ إرساء مبدأ التكامل الفعلي بين القطاعين العام والخاص ضمن إطار منظومة صحية وطنية شاملة.

✓ تكريس حق المريض في الحصول على المعلومات المتعلقة بحالته الصحية، وضمان موافقته المستنيرة وإعطائه حق الطعن أمام لجنة الصلح والوساطة.

✓ ضمان الحق في الاستفادة من طبيب مرجعي، سواء من القطاع العام أو الخاص، يشرف على متابعة الحالة الصحية للمريض.

¹ الجريدة الرسمية للمناقشات، الجلسة العلنية لمناقشة مشروع القانون المتعلق بالصحة المنعقدة يوم الأحد 22 أبريل 2008، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المجلس الشعبي الوطني، الفترة التشريعية الثامنة، دورة البرلمان العادية (2017-2018)، ص: 05.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

✓ إلزامية وضع ملف طبي موحد على الصعيد الوطني، مدمجا ضمن النظام الوطني للمعلوماتية الصحية، مع احترام مبدأ السرية والسر المهني.

✓ كفالة الحماية الصحية للأشخاص في حالات الكوارث أو الظروف الاستثنائية.

✓ ضمان احترام حقوق المرضى المصابين باضطرابات عقلية، لاسيما من حيث موافقتهم وإعلامهم بحقوقهم وإخطار اللجنة الولائية للصحة العقلية، وتعيين وصي بقرار من القضاء في حال الاستشفاء دون موافقة المريض.

✓ التأكيد على التزام المرضى ومرافقيهم باحترام مهنيي الصحة والمؤسسات الصحية، والابتعاد عن جميع أشكال العنف أو التعدي على الممتلكات الخاصة بالتطوير الصحي.

وقد أثبتت تجارب العديد من الدول أن الإصلاحات في مجال الرعاية الصحية كانت جيدة من ناحية المضمون ولكنها فاشلة من ناحية التطبيق بسبب الآليات المستخدمة للتنفيذ وكذا عدم احترام مخطط الرزنامة، مما يستدعي وضع جهاز تقويم مستمر للإصلاحات بغرض متابعة وتقييم مدى تقدم الإجراءات المتخذة¹.

ونظرا لعدم وجود برامج عمل بعد الجلسات التي تقدم لتقييم ملفات النظام الصحي بالجزائر مما يجعله يدور في حلقة مفرغة من نقاش حول الانجازات والمكتسبات وكذا الاختلالات والنقائص، فمن الضروري تقييم شامل مرفق بآليات تنفيذ وإرادة حقيقية لتحقيق الأهداف المنشودة. ومن هذا المنطلق عرفت الجزائر في العقد الأخيرين مجموعة من الإصلاحات مست المنظومة الصحية من أجل النهوض بالقطاع الصحي الجزائري وسد الثغرات التي تعثره لغرض تقديم خدمة صحية أفضل للمواطنين.

الفرع الثاني. تقييم إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر

مرت سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر بمراحل متعاقبة منذ الاستقلال إلى غاية الوقت الراهن عاكسة الظروف الاقتصادية، الاجتماعية وحتى السياسية التي كانت سائدة في كل مرحلة باعتبارها تشكل جزء من الإصلاحات الشاملة التي أطلقتها الحكومة الجزائرية. وعلى غرار بقية القطاعات، شهد القطاع الصحي إصلاحات عميقة لتحسين أدائه ومردوديته وذلك من خلال تبني سياسة صحية تمكنها من ضمان أفضل تغطية صحية لمواطنيها، بداية بتطبيق العلاج المجاني إلى إعادة هيكلة القطاع الصحي لتوفير أحسن الخدمات الطبية والجراحية، والتي أدت إلى

¹ بوشلاغم عميروش، شرقي منصف، واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، المجلد 4 العدد 3، ديسمبر 2017، ص: 16-17.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

إدخال تعديلات على حياة الغالبية من المواطنين من خلال رفع متوسطات الأعمار وخفض وفيات الأمهات والأطفال ومكافحة الأمراض الوبائية.

ونتيجة للارتفاع المفرط في النفقات الصحية بسبب انتهاج سياسة العلاج المجاني، وكذا التدهور التدريجي المسجل في جودة الخدمات الصحية المقدمة، باشرت الدولة الجزائرية في اتباع مجموعة من الإصلاحات تمحورت فيما يأتي¹:

❖ مراجعة القوانين الأساسية المنظمة للمؤسسات الاستشفائية العمومية لضمان تحديث الإطار القانوني بما يتلاءم مع التطورات الحاصلة في القطاع الصحي ومتطلبات العصر.

❖ اعتماد النظام التعاقدي كآلية حديثة لتمويل قطاع الصحة، بهدف تعزيز كفاءة توزيع الموارد وتحقيق فاعلية أكبر في تقديم الخدمات الصحية.

❖ تنفيذ الخريطة الصحية كركيزة أساسية للمنظومة الوطنية للصحة، بما يسمح بتقليص الفوارق الجغرافية بين المناطق والمدن، ويركز على تقريب الخدمات الصحية من المواطنين بناء على الكثافة السكانية.

❖ إنشاء مديرية مستقلة تعنى بتسيير شؤون التجهيزات والصيانة، لضمان الحفاظ على جودة وفعالية البنية التحتية الصحية وصيانتها المستدامة.

❖ تبني سياسة دوائية جديدة تركز على دعم إنتاج الأدوية الجنيسة، مع تقديم الدعم الخاص للأدوية الحيوية الموجهة لعلاج الأمراض المزمنة والخطيرة.

❖ تعزيز تجهيزات المستشفيات الجهوية بهدف تخفيف العبء عن المراكز الاستشفائية الجامعية، وفتح أقطاب طبية متخصصة جديدة لدعم اللامركزية وتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية.

❖ وضع برنامج لإصلاح المؤسسات الصحية خلال الفترة (2009-2025) أطلق عليه "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" والذي يستهدف تحديث وتطوير عدد من المنشآت الصحية القائمة، إلى جانب التخطيط لإنشاء مرافق صحية جديدة.

وبالرغم من التحسن في الصحة العامة لا يزال القطاع الصحي بالجزائر يعاني من عدة تشوهات تراكمت على مدى سنوات عديدة أدت إلى فقدان الثقة فيه من قبل المجتمع. فتكاثرت الدعوات التي تطالب بإصلاح منظومة الخدمات الصحية بالجزائر عن طريق رفع جودة الخدمة، وتحسين نظم الوقاية، وتوسيع البنية التحتية وتيسير الحصول

¹ حوالف رحيمة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة، جامعة الجزائر 3، المجلد 06، العدد 06، ص: 219-236، 2017، ص ص: 228-

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

على العلاج والدواء والرعاية، ذلك لأن الصحة يجب أن ينظر إليها كحق اجتماعي وأولوية تنمية للحكومة وليست مجرد عبئ متزايد على الموازنة العامة.

نظرا لكون عملية إصلاح النظام الصحي تمثل مساراً متداخلاً ومتواصلًا يستلزم وجود قيادة حكومية فعالة، بالإضافة إلى تضافر الجهود بين القطاعين العام والخاص ومساهمة المجتمع¹، فإن من الضروري صياغة رؤية واستراتيجية مستقبلية تمتد عبر العقود القادمة. وينبغي أن تستند هذه الرؤية إلى تقييم واقعي يشمل أوضاع النظام الصحي الجزائري الراهنة، مع الأخذ في الحسبان تطلعات وآمال المواطن الجزائري واحتياجاته.

أي أن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر يجب أن يركز أساساً على تعزيز الجوانب التنظيمية والرفع من كفاءة الخدمات المقدمة، وذلك من خلال اعتماد أساليب تسيير رشيدة تضمن الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة وتحقيق أفضل النتائج الممكنة. وينبغي أن تكون الأولوية لتطوير نظم الإدارة والحوكمة بدل الاقتصار على إنشاء هياكل بيروقراطية جامدة قد تعيق تحقيق الفعالية المطلوبة ولا تستثمر كامل إمكاناتها في خدمة القطاع الصحي². وفي هذا الصدد قدمت عدة انتقادات للنظام الصحي الجزائري والتي يمكن أن تحول دون تطويره وتنفيذ استراتيجيات الإصلاح، منها ما يلي:

✓ عدم تغيير القانون الجزائري في مجال الصحة منذ سنة 1985³، إلى غاية 2018 أين تم استحداث قانون جديد للصحة والذي بالرغم من حمايته القانونية للمريض ولكنه يحتوي على نصوص مأخوذة حرفياً من قانون الصحة العام الفرنسي⁴. بالإضافة إلى أنه رغم كون هذا القانون محل جدل بين العديد من الأطراف لكونه قفزة نوعية في تطور القطاع الصحي بالجزائر فإن المشاكل لن يتم حلها إلا بتطبيقه فعلياً في الميدان.

✓ تفتقد السياسات الصحية التي تم انتهاجها في الجزائر لمدة سنوات عديدة إلى عنصر الشفافية.

✓ بالرغم من زيادة المبالغ المنفقة على قطاع الصحة فإن المواطن الجزائري لا يحس بالأمن الصحي، وذلك بسبب التدهور المستمر لأداء المنظومة الصحية الجزائرية، فقد جاءت في ذيل قائمة دول العالم حسب مؤشر الأمن الصحي العالمي لسنة 2019 بترتيبها في الرتبة 173 من بين 195 دولة في العالم⁵.

¹ نجوى خلاف، مرجع سبق ذكره، ص: 22.

² العلواني عديلة، تفعيل النظام التعاقد في نظام الصحة الجزائري: نموذج مقترح، مرجع سبق ذكره، ص: 18.

³ انظر

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE، LA LOI SANITAIRE ALGERIENNE، LOI N° 85-05 DU 16 /02/85 - RELATIVE À LA PROTECTION ET A LA PROMOTION DE LA SANTE.

⁴ مخلوف هشام، مرجع سبق ذكره، ص: 78.

⁵ GHS INDEX: GLOBAL HEALTH SECURITY INDEX 2019, Johns Hopkins Center for Health Security, The Economist Intelligence Unit, October 2019.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

- ✓ غياب واضح لدور المواطنين في مجال الصحة والسياسات الصحية مما يعني عدم مشاركة المجتمع.
- ✓ من الملاحظ في الجزائر سوء توزيع للخدمات الصحية بين الشمال والجنوب وبين الريف والمدن وحتى بين الولايات، أي أن الخريطة الصحية لم تستجب للتوقعات.
- ✓ تطور القطاع الخاص بالجزائر بشكل عشوائي بسبب ضعف مردودية القطاع العام.
- ✓ قصور في التنسيق بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وبين الوزارات الأخرى المعنية مثل البيئة والتعليم.
- ✓ قصور الإشراف مركزيا ومحليا بالإضافة إلى قصور نظم المعلومات الصحية.
- ✓ عدم وجود تغذية عكسية feed back في الاستراتيجيات الصحية المتبعة.
- ✓ غياب العنصر البشري في عناصر الإصلاح إضافة إلى ضعف جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- ✓ بالرغم من تعاقب أكثر من 11 وزير على قطاع الصحة منذ سنة 2003 وتغيير البيئة الإدارية للوزارة فإن الإصلاحات لم تصل إلى المستوى المأمول، لأنه مع تغيير الوزراء فإن كل مسؤول سيغير ما تم عمله في السنوات السابقة نظرا لغياب تفكير استراتيجي في المنظومة الصحية الوطنية.

رغم هذه الانتقادات فإن إشكالية الصحة بالجزائر ليست مسؤولية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لوحدها فمن الواجب تحديد واضح للمسؤوليات حتى يتم استرجاع الثقة في هذا القطاع الحيوي من طرف المواطنين، وهذا لن يتم إلا بإرادة سياسية من قبل الحكومة والتي يكمن دورها الأساسي في مراقبة القطاعين العام والخاص وكل ما يتعلق بصحة المواطن الجزائري، وعدم تعليق شماعة فشل السياسات الصحية على الطبيب الذي يعمل في ظل وجود بيئة استشفائية متهالكة ونقص في الإمكانيات المرصودة.

ورغم كل ما ذكر من نقائص واختلالات في قطاع الصحة بشكل عام فلا يمكن إنكار الانجازات التي تمت بمختلف هياكله ومرافقه من مستشفيات وعيادات وجوارية وعيادات خاصة، أو حتى عدد الأطباء وأعوان شبه الطبي المتخرجين كل سنة عبر مختلف معاهد ومدارس الصحة عبر الوطن. لكن هذا النمو الرقمي المسجل لم يغير من واقع الصحة بالبلاد ولم يرق للتكفل بالمرضى على الوجه الذي تعرفه بعض الدول المجاورة رغم ضعف إمكانياتها، ولم تتغير الصورة التي طبعت عن مستشفياتنا عبر الوطن¹.

¹ الجريدة الرسمية للمناقشات، الجلسة العلنية لمناقشة مشروع القانون المتعلق بالصحة المنعقدة يوم الأحد 22 أبريل 2008، مرجع سبق ذكره، ص: 23.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

وبالتالي فإنه بات من الضروري إنشاء مجلس أعلى للصحة أو هيئة استشارية لرسم مخطط كبير وشامل من أجل تنفيذ البرامج الصحية وتأطير المنظومة ومنحها مختلف الآليات التي تساعد في الوصول إلى تحقيق الأهداف الموضوعة كما أن هذه الهيئة يجب أن تكون ملزمة بتقديم النتائج من أجل التمكن من المتابعة والتقييم الحقيقي، نظرا لأن الجلسات التي تتم في مجال الصحة تبقى حبرا على الورق أو مجرد نقاشات متنوعة ما لم ترفق بآليات وطرق لتفعيل القرارات المنبثقة عنها. إذن يمكن القول أن تحسين الحالة الصحية للمواطنين وزيادة كفاءة النظام الصحي الجزائري يتطلب تطوير سياسة صحية وطنية معتمدة على تحديد الاحتياجات بطرق علمية، وتحديد الأهداف والاستراتيجيات وخطط العمل بما يلي تلك الاحتياجات، بالإضافة إلى ضرورة المشاركة الديمقراطية لجميع الأطراف المعنية لتنفيذ وتقييم برامج الصحة وتسيير النظام الصحي¹.

وتبقى عملية التمويل أكبر عقبة أمام السلطات في نجاح الإصلاحات التي تتم على مستوى المنظومة الصحية الجزائرية.

¹Abdelhak Saihi, *le système de santé publique en Algérie: analyse et perspectives*, op.cit., p:243.

المبحث الثاني. إشكالية تمويل النظام الصحي الجزائري وتوسيع مظلة التأمين الصحي

في ظل ندرة الموارد المالية وازدياد الطلب على الرعاية الصحية بسبب التغيرات الطارئة على عدد السكان ونوعية الأمراض المنتشرة في الجزائر، وبسبب تطور المعلوماتية ارتفعت مستويات تطلعات الأفراد الجزائريين فقد ازدادت رغبتهم في الحصول على رعاية صحية ترقى إلى المستويات العالمية، مما يطرح تحديا كبيرا في سبل تمويل النظام الصحي الجزائري ومدى اتساع مظلة التغطية الصحية في إطار نظام التأمين الصحي المنتهج.

المطلب الأول. تطور مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري

بعد التعرف على أنماط السياسات التمويلية في بعض دول العالم في الفصل الأول، يأتي دور تحليل نمط تمويل الرعاية الصحية بالجزائر والذي يعتمد على ثلاثة معايير أساسية وهي مساهمة الدولة من خلال الميزانية العامة، وكذا التأمين الاجتماعي من خلال صندوق الضمان الاجتماعي، إضافة إلى الأسرة التي توسعت مساهمتها في تمويل المنظومة الصحية الجزائرية في تسعينات القرن الماضي. وفي إطار التحولات العديدة والتطورات التي شهدتها النظام الصحي الجزائري منذ الاستقلال إلى غاية الوقت الراهن كما تم التطرق إليه سابقا، فإن تمويل هذه المنظومة تأثر بدوره بالقرارات الصادرة والقوانين المنتهجة في إطار إصلاح النظام الصحي الجزائري، وبناء على هذا الأساس يمكن تقسيم مراحل تطور تمويل النظام الصحي الجزائري إلى ثلاث مراحل أساسية كما يلي:

الفرع الأول. نظام التمويل خلال الفترة (1963-1973)

نظرا للوضعية الصحية التي كانت تعيشها البلاد غداة الاستقلال أين سعت الحكومة إلى إعادة تأهيل وتنشيط الهياكل الصحية التي ورثتها عن فترة الاستعمار، فإن نظام التمويل تميز بضعف الوسائل والإمكانات¹. وتم تمويل النظام الصحي خلال هذه الفترة من خلال ثلاث أشكال أساسية، حيث تحملت الدولة والجماعات المحلية الحصة الكبرى من النفقات الصحية بحوالي 60% من مجموع النفقات الصحية². والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لديهم مداخيل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقات الفقراء

¹ نوال بن عمار، تحليل الإمكانات المادية والبشرية المتوفرة في القطاع الصحي الجزائري، *مجلة جيل العلوم الاجتماعية والإنسانية: مركز جيل البحث العلمي*، العدد 53، ISSN2311-

5881، ماي 2019، ص: 32.

² جميلة بار، مرجع سبق ذكره، ص: 53.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

المصدرة من طرف المصالح البلدية من أجل الاستفادة من العلاج، وكانت النفقات المحققة لعلاج هذه الفئة تمويل على النحو التالي¹:

- 85% من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة.
- يخصص صندوق التضامن للدوائر والبلديات نسبة 15% لحساب الجماعات المحلية، حيث توزع هذه النسبة بين الدوائر بنسبة 8% والبلديات بنسبة 7%.

أما الضمان الاجتماعي فقد تكفل بما نسبته 30% من النفقات العامة للهيكل الصحية عن طريق صناديقه الجهوية التي تمويل عن طريق اشتراكات العمال الأجراء، والجزء المتبقي مصدره مساهمة بعض الفئات من المرضى المسورين وأصحاب المهن الحرة بنسبة 10% من النفقات الصحية، ولكن انطلاقاً من 28 ديسمبر 1973، صدر قرار سياسي تنتهي معه مصادر التمويل المتعدد لتظهر طريقة أخرى لتمويل الصحة بالجزائر².

واجهت هذه المرحلة مشاكل في تحصيل تكلفة العلاج للمرضى غير المؤمنين اجتماعياً وغير الخاضعين لتكلفة العلاج من طرف الدولة، حيث كان يتم إرسال فاتورة العلاج إلى مسكن المريض بعد خروجه من المستشفى مما يجعلها طريقة غير مضمونة للتحصيل. وتسبب الأمر في نقص الأموال لدى خزينة الدولة أي عجز في التمويل الصحي. ونتيجة لذلك وفي نهاية هذه المرحلة تم إدخال تحولات جديدة في قطاع الصحة العمومي تجسد في إرساء مبدأ الطب المجاني مع بداية سنة 1974 والتي تزامنت مع الزيادة الكبيرة في الجباية البترولية³.

الفرع الثاني. نظام التمويل خلال الفترة (1974-1988)

شهدت هذه المرحلة إدخال مفهوم مجانية العلاج سنة 1974 والذي أزال كل العراقيل المالية أمام المرضى، مما وسع من استفادة أفراد المجتمع من الخدمات الصحية المطلوبة، وأحدث تغيرات هامة وعميقة في طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة. هذه الأخيرة قسمت إلى الهياكل العمومية للصحة متضمنة القطاعات الصحية، والقطاعات الصحية الجامعية والمستشفيات المتخصصة، والقطاع شبه العمومي الذي نعى بطريقة مستقلة من طرف هيئات الضمان الاجتماعي، والقطاع الخاص متضمن جراحي الأسنان وبعض المخابر. وقد أحدث مفهوم مجانية العلاج تغير في طرق

¹ عدنان مريزق، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، العدد 01، 2006، ص: 71.

² نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية-دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة - رسالة ماجستير في الاقتصاد المالي، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2004/2005، ص: 106.

³ عدنان مريزق، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مرجع سبق ذكره، ص: 72.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

التمويل الخاصة بالنفقات الوطنية، حيث أدى إلى تغيرات هيكلية من خلال إدخال مفهوم "الميزانية العامة" التي تقدم سنويا في إطار قانون المالية، عوضا عن مفهوم السعر اليومي الذي كان قائما قبل سنة 1974¹.

تميزت هذه المرحلة بوجود أربعة مصادر رئيسية للتمويل هي الدولة، والضمان الاجتماعي، والعائلات، ومصادر أخرى (الجماعات المحلية والمراكز الطبية الاجتماعية). والجدول الموالي يوضح نسب مساهمة كل عنصر من هذه العناصر في تمويل النفقات الصحية الوطنية بالجزائر خلال الفترة (1974-1988).

الجدول رقم(07). مصادر تمويل الصحة في الجزائر من 1974 إلى 1989

الوحدة: %

السنة	1974	1979	1983	1986	1987	1988*
الدولة	76.51	60.88	48.04	36.6	34.21	0.4
الضمان الاجتماعي	23.49	38.58	49.13	61.4	64.2	73.3
العائلات	-	-	-	-	-	25.7
مصادر أخرى	-	0.54	2.83	2.00	1.59	0.6

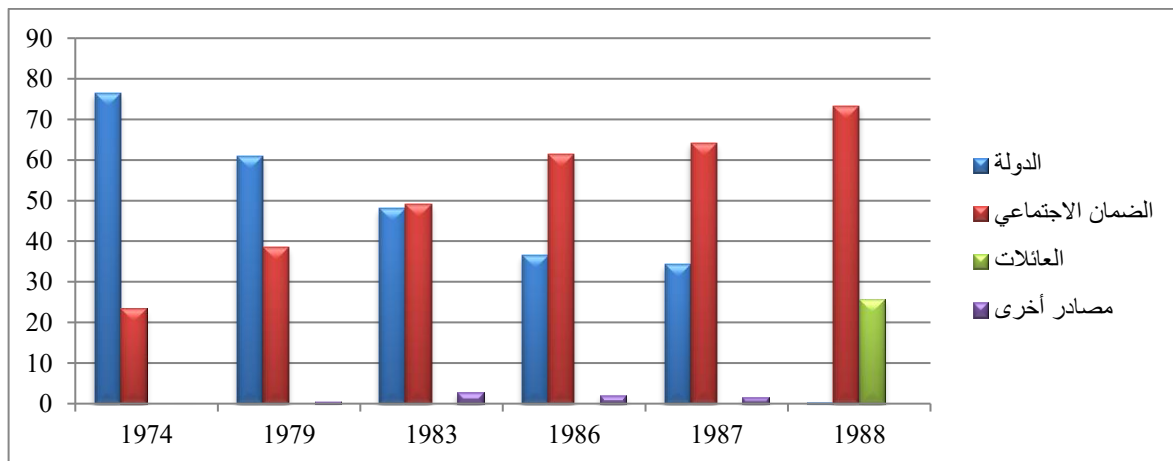
المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على:

- Noura Kaïd Tlilane : le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques, université d'Alger, 2003, p: 88

جميلة بار، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 1993-1994، ص: 74.*

يمكن تمثيل بيانات الجدول من خلال الشكل الآتي:

الشكل رقم(13). تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر خلال الفترة(1974-1989)



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم(07).

¹ جميلة بار، مرجع سبق ذكره، ص: 55.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

يتضح من خلال بيانات الجدول أن الجزائر شهدت تحولات كبيرة في سياسات تمويل الصحة بين عامي 1974 و1988، حيث انخفض تمويل الدولة من 76.51% في عام 1974 إلى 0.4% في عام 1988، بينما ارتفعت مساهمات الضمان الاجتماعي من 23.49% إلى 73.3% خلال نفس الفترة. وبذلك يشير هذا التحول إلى تعزيز دور الضمان الاجتماعي كمصدر رئيسي لتمويل الصحة.

وقد ساهمت العائلات بداية من سنة 1988 بنسبة 25.7% مما يعكس تغييرات هامة في الهيكل الاجتماعي والاقتصادي. بينما المساهمات من مصادر أخرى كانت طفيفة ولكنها موجودة، مما يشير إلى محاولة تنويع مصادر التمويل. ويتضح جليا أن نسب مساهمة الدولة والعائلات والجماعات المحلية قد انخفضت بعد إقرار مبدأ مجانية العلاج منذ سنة 1974. وبعد انخفاض أسعار البترول سنة 1986 والذي خلف أزمة اقتصادية كبيرة بالجزائر فإن مساهمة الدولة سنة 1988 انخفضت انخفاضاً شديداً بلغ 0.4%، بينما في الجانب الآخر نلاحظ ارتفاع مستمر لمساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل الصحة بالجزائر.

حصة الضمان الاجتماعي تحتل الصدارة في التمويل الصحي خلال الفترة 1974-1987، وذلك يوضح تنازل الدولة في حين يتكفل الضمان الاجتماعي بالنفقات الصحية، مما يطرح تساؤل حول إمكانية لجوء الدولة إلى اتخاذ نموذج التأمين الصحي¹. وتجدر الإشارة خلال هذه الفترة إلى أنه تدخل ضمن مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي مساهمة العديد من الأنظمة الفرعية نذكر منها²:

- **النظام العام:** والمتكون من ثلاث صناديق جهوية ويغطي النفقات الصحية للمؤمنين اجتماعياً.
- **الأنظمة الخاصة:** وتشمل النظام الخاص بالوظائف العمومي (CAMPAS)، النظام الخاص بالكهرباء والغاز (CAPAS)، النظام الخاص بالمناجم (CARPMA)، النظام الخاص بالسكك الحديدية (CSCF)، النظام الخاص بالدفاع وموظفي البحر (CSSM)، النظام الخاص بغير العاملين (CAVNOS). ولكن بعد سنة 1983 تم إنشاء نظام وحيد يضم كل هذه الأنظمة الخاصة ماعدا (CSSM) سمي بالصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل (CNASAT)، والذي أصبح يسمى سنة 1992 بالصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS) مفصولاً منه النظام الخاص لغير العاملين الذي أطلق عليه اسم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CASNOS).

¹ جميلة بار، نفس المرجع السابق، ص: 112-113.

² عدنان مرزوق، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مرجع سبق ذكره، ص: 74-75.

التنازل الواضح والجلي لدور الدولة في تمويل النظام الصحي الجزائري خلال هذه الفترة: هل يترجم إلى رغبة الجزائر في انتهاج نموذج التأمين الاجتماعي والسير على إثر النموذج الفرنسي في التمويل الصحي؟

الفرع الثالث. نظام التمويل خلال الفترة 1989 إلى الوقت الحالي

شهدت هذه الفترة وجود ثلاثة مصادر أساسية للتمويل وهي:

أولاً. مساهمة الدولة: تساهم الدولة في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية عن طريق الميزانية العامة وتكون المساهمة جزافية، هذه الأخيرة تعد مسبقاً في قانون المالية السنوي من أجل تأطير السياسة الصحية: التكوين الطبي والشبه الطبي والبحث الطبي¹. وتقسم الاعتمادات التي تخصصها الدولة للصحة في إطار الميزانية العامة إلى نفقات التسيير ونفقات التجهيز.

ثانياً. مساهمة التأمينات الاجتماعية: حاول المشرع الجزائري منذ سنة 1993 إعادة تحديد دور الدولة وطبيعة العلاقات التي تربط المنظومة الصحية ونظام الضمان الاجتماعي فيما يتعلق بتمويل المنشآت الصحية العمومية، ومنذ ذلك التاريخ فإن قانون المالية لكل سنة ينص صراحة على أن تقوم الدولة بتمويل نفقات الوقاية، والتكوين، والأبحاث الطبية، والعلاجات الموجهة للفئات الفقيرة غير المؤمنة اجتماعياً، في حين تتولى مؤسسات الضمان الاجتماعي تغطية التكاليف الطبية للمؤمنين اجتماعياً وذوي حقوقهم، كما أن النفقات المتعلقة بالفئات الفقيرة تكون ممولة عن طريق الاعتمادات المسجلة في ميزانية وزارة العمل والتضامن الوطني، هذه الأخيرة تستعمل كل سنة تلك الاعتمادات لإيداع مخصصات لوزارة الصحة تمثل تكاليف العلاج المقدم لتلك الفئات من السكان².

يعتبر الضمان الاجتماعي في الجزائر جزءاً لا يتجزأ من السياسة الاقتصادية للبلد، حيث أن له دور جد هام في إعادة توزيع الدخل الوطني، وتمثل مصدر الأموال التي يستعملها لتغطية نفقات الصحة في الاقطاعات الإجبارية للأجور والتي يتحدد مستواها عن طريق الدولة، بالإضافة إلى اشتراكات عمال القطاع الخاص في صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء³. ويسير الضمان الاجتماعي من قبل ثلاثة صناديق هي:

- الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS.
- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS.

¹ نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص: 113.

² عياشي نورالدين، المنظومات الصحية المغاربية-دراسة مقارنة-، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة قسنطينة، 2009/ 2010، ص ص: 312-313.

³ سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد 07، 2016، ص: 376.

■ الصندوق الوطني للتقاعد CNR.

بالإضافة إلى الصندوق الوطني للتأمين على البطالة (CNAC) والصندوق الوطني للعطل والبطالة ورداءة الأحوال الجوية للبناء، الأشغال العمومية والمياه. وتعمل هذه الصناديق تحت وصاية وزارة العمل والضمان الاجتماعي¹. نظام الضمان الاجتماعي الجزائري سنة 2018 كان يضم أكثر من 10 ملايين من المؤمن عليهم اجتماعيا وهو ما يمثل تغطية لحوالي 80% من السكان².

ثالثا. مساهمة العائلات ومصادر أخرى

1- **مساهمة العائلات:** اختلفت طريقة مساهمة العائلات في تمويل النفقة الوطنية للصحة باختلاف المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية، ورغم أهمية هذه المساهمة، إلا أنه لا يمكن حسابها بدقة لعدة أسباب من بينها³:

- ✓ التجاوزات التي تحدث غالبا في تحديد التسعيرة من طرف الممارسين في القطاع الخاص، حيث أنه لا يوجد هناك جهاز لمراقبة مثل هذه الممارسات.
- ✓ عدم مطالبة بعض العائلات بالتعويضات على الخدمات والأدوية مدفوعة المقابل بالرغم من تمتعهم بتغطية من طرف الضمان الاجتماعي.
- ✓ انتشار ظاهرة التداوي دون اللجوء إلى الطبيب واللجوء المباشر إلى الصيدليات من أجل اقتناء الأدوية بدون وصفة طبية.

2- **مصادر أخرى:** وتتمثل في مساهمة التعااضديات، حيث أنه بعد توحيد نظام التأمينات الاجتماعية سنة 1983 والتخلي عن التأمينات المكملة، لم يتبقى سوى 21 تعاوضية اختيارية والتي شملت مليون عامل، حيث يغطي هذا النوع من التأمين بصفة تكميلية تكاليف الصحة التي يواجهها المعالج في القطاع الخاص (عيادات، مراكز صحية خاصة..). كتعاوضية عمال التربية (MUNATEC)⁴. بالإضافة إلى المؤسسات الاقتصادية، وقطاع الصحة الخاص، والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء والتعاون الدولي⁵.

¹ عياشي نورالدين، المنظومات الصحية المغاربية-دراسة مقارنة-، مرجع سبق ذكره، ص:314.

² Hamadi, A. et al, Health Financing, Health Care Spending and Social Security in Algeria During The Period 2002-2018, *Journal of Economics and Applied Statistics*, 17(3), 2020.,p: 124.

³ نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص: 114.

⁴ نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص: 115.

⁵ عدنان مريزق، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مرجع سبق ذكره، ص:75.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

الجدول رقم(08). مصادر تمويل الصحة في الجزائر خلال الفترة(1989-1998)

الوحدة: %

السنة	©1989	*1992	*1994	*1996	*1998
الدولة	16	30.5	34.5	24.3	44.44
الضمان	57	39.9	37.1	44.4	27.78
العائلات	26.5	29.6	28.4	31.3	27.27
مصادر أخرى	0.5	-	-	-	-

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على:

© جميلة بار، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 1993-1994، ص:74.

*Noura Kaïd Tlilane : le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques ,université d'Alger, 2003, p :88

من خلال بيانات الجدول يتضح أنه خلال الفترة (1989-1998) شهد نظام تمويل الصحة في الجزائر تغيرات كبيرة تعكس التحولات الاقتصادية والسياسية في البلاد. فمن الملاحظ أن هناك تذبذب في مساهمة الدولة في تمويل الصحة بشكل ملحوظ، حيث ارتفعت من 16% في سنة 1989 إلى 44.44% في سنة 1998. شهدت في المقابل مساهمات الضمان الاجتماعي تراجعاً من 57% في 1989 إلى 27.78% في 1998، مما يدل على ضغوط مالية وإصلاحات هيكلية لمحاولة تخفيف العبء على صندوق الضمان الاجتماعي. تزامن ذلك مع زيادة طفيفة ومستقرة في مساهمات العائلات، مما يعكس دور الأسر في تحمل جزء من تكاليف الصحة. المصادر الأخرى لم تساهم بشكل ملحوظ خلال هذه الفترة. هذه التغيرات تشير إلى أن الجزائر كانت تحاول تحقيق توازن في تمويل القطاع الصحي ولكنها واجهت تحديات واضطرابات مالية في صندوق الضمان الاجتماعي، مما استدعى تدخل الدولة بشكل أكبر في التمويل.

لكن رغم الارتفاع في حصة الدولة من التمويل الصحي إلا أنها تبقى أقل من مساهمة الضمان الاجتماعي خلال نفس الفترة، وذلك نتيجة للوضعية المالية المترتبة عن إرساء مبدأ مجانية العلاج، فكان لزاماً عليها تخفيف نسبة مساهمتها وتفعيل دور الضمان الاجتماعي في تحمل الحصة الكبرى من حجم النفقات الصحية، أما فيما يخص مساهمة العائلات والمصادر الأخرى فهي ثابتة نسبياً، ويمكن إرجاع ذلك إلى ثبات تسعيرة الخدمات الصحية في هذه الفترة سواء تعلق الأمر بالطب العام، الطب الخاص، أو تسعيرة المكوث بالمستشفى¹.

¹ علي سنوسي، آليات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر 3، المجلد 14، العدد 02، 2010، ص: 121-122.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

وفيما يخص الضمان الاجتماعي وبعد مساهمته في تمويل مجانية العلاج لفترة طويلة فقد شهد عجزا ابتداء من سنة 1988 لعدة أسباب من بينها¹:

- ✓ أزمة البترول لسنة 1986.
- ✓ ارتفاع معدلات البطالة.
- ✓ التدعيم المستمر للنفقات الصحية.
- ✓ العلاج في الخارج لغير المؤمنين صحيا.

وحسب المنظمة العالمية للصحة فإن تمويل إجمالي النفقات الصحية للدول يشمل تمويل من مصادر عامة تتحمله الجهات العمومية من خلال الإيرادات المحلية، ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي، أو المؤسسات الغير هادفة للربح والتي تمول الأسر، وكذا تمويل من مصادر خاصة يشمل النفقات الصحية التي تتحملها الأسر والمنظمات الغير هادفة للربح، حيث أن هذه النفقات تدفع بشكل مباشر لمقدمي الرعاية الصحية أو يتم دفعها مسبقا للتأمين الصحي الطوعي. يوضح الجدول الآتي حصة النفقات الصحية الممولة من مصادر محلية عامة وخاصة بالجزائر خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى غاية 2018.

الجدول رقم(09). مصادر تمويل الصحة في الجزائر خلال الفترة(2000-2021)

الوحدة: % من الإنفاق الصحي

السنة	التمويل العمومي	التمويل الخاص	السنة	التمويل العمومي	التمويل الخاص
2000	71.96	27.98	2011	70.62	29.36
2001	76.23	23.73	2012	72.93	27.04
2002	75.28	24.68	2013	71.05	28.93
2003	76.69	23.26	2014	72.01	27.96
2004	71.35	28.6	2015	70.40	29.58
2005	69.29	30.63	2016	67.60	32.38
2006	68.46	31.48	2017	66.75	33.22
2007	69.79	30.15	2018	66.95	33.02

¹ العلواني عديلة، تفعيل النظام التعاقدي في نظام الصحة الجزائري: نموذج مقترح، مرجع سبق ذكره، ص: 26.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

37.07	62.89	2019	27.97	72	2008
38.97	60.99	2020	29.06	70.9	2009
40.26	59.11	2021	30.49	69.48	2010

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادًا على قاعدة بيانات البنك العالمي.

تعكس بيانات الجدول نسبة التمويل العمومي والخاص على الصحة في الجزائر من عام 2000 إلى غاية عام 2021، موضحة التغيرات الملحوظة عبر هذه السنوات. فخلال الفترة من 2000 إلى 2009، تراوحت نسبة التمويل العمومي بين 68.46% و76.69%، مما يشير إلى اعتماد كبير على الإنفاق الحكومي لتمويل الرعاية الصحية. وفي المقابل تراوحت نسبة التمويل الخاص بين 23.26% و31.48%. وبداية من عام 2010، يلاحظ تذبذباً في نسبة التمويل العمومي، حيث بدأت هذه النسبة في الانخفاض التدريجي من 70.62% سنة 2011 إلى 59.11% سنة 2021. ومن جهة أخرى ارتفعت نسبة التمويل الخاص بشكل ملحوظ من 29.36% سنة 2011 إلى 40.26% سنة 2021 مما يعكس زيادة العبء المالي على الأفراد والأسر والذي قد يؤثر سلباً على قدرتهم على الوصول إلى الرعاية الصحية.

تجدر الإشارة إلى أن أزمة كورونا العالمية التي بدأت في نهاية 2019 واستمرت خلال 2020 و2021 كان لها تأثير كبير على الأنظمة الصحية العالمية، بما في ذلك الجزائر. وبذلك يمكن تفسير الزيادة الكبيرة في نسبة التمويل الخاص خلال سنتي 2020 و2021 جزئياً بالضغط المالي التي فرضتها الجائحة على النظام الصحي، حيث اضطرت الأسر إلى دفع تكاليف إضافية للحصول على الرعاية الصحية اللازمة لمواجهة فيروس كورونا. أي أن تحولاً نحو زيادة الاعتماد على التمويل الخاص في النظام الصحي الجزائري، وهو ما يثير القلق حول مدى قدرة الأسر ذات الدخل المحدود على تحمل التكاليف الصحية المتزايدة، خاصة في ظل الأزمات الصحية مثل جائحة كورونا مما يتطلب إعادة النظر في السياسات الصحية لضمان توفير رعاية صحية متاحة وميسورة التكلفة لجميع المواطنين، حيث أنه وعلى الرغم من التزام الدولة بتوفير الرعاية الصحية ومجانية العلاج فإن هذه الفترة شهدت ارتفاعاً كبيراً في النفقات الصحية من طرف الأفراد من الجيب، كما هو موضح في الجدول الآتي:

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

الجدول رقم(10). حصة المدفوعات من الجيب من إجمالي النفقات الصحية الوطنية خلال الفترة (2000-2021)

الوحدة:

%

السنة	مدفوعات الأسر من الجيب	السنة	مدفوعات الأسر من الجيب	السنة	مدفوعات الأسر من الجيب
2000	25.79	2008	26.15	2016	30.97
2001	21.67	2009	27.45	2017	31.78
2002	22.52	2010	28.88	2018	31.57
2003	21.15	2011	27.87	2019	35.46
2004	26.09	2012	25.72	2020	37.34
2005	28.09	2013	27.56	2021	38.53
2006	29.12	2014	26.66		
2007	28.09	2015	28.27		

المصدر: من إعداد الطلبة اعتماداً على قاعدة بيانات البنك العالمي.

يتضح من بيانات الجدول أن هناك زيادة ملحوظة في مدفوعات الأسر من الجيب على مدى السنوات من 2000 إلى غاية 2021، حيث ارتفعت من 25.79% في عام 2000 إلى 38.53% في عام 2021. يؤكد هذا الارتفاع التحليل السابق حول تراجع حصة الإنفاق العمومي على الصحة وزيادة الاعتماد على التمويل الخاص. أي تزايد الحصة التي يتحملها المواطن الجزائري من إجمالي النفقات الصحية بشكل كبير، وهذا وإن دل فإنه يدل على تحمل المواطن الجزائري أكثر من ثلث النفقات الصحية مما يشكل تحدياً كبيراً له من الجانب الاقتصادي في ظل انخفاض القدرة الشرائية، وبالتالي التأثير المحتمل على الجانب الصحي له.

المطلب الثاني. نحو توسيع مظلة التأمين الصحي في الجزائر

أصبح موضوع التأمين الصحي مصدر قلق لكافة الدول وخاصة الجزائر، ومن الواجب الاعتراف بأن دور الدولة في تقديم الخدمات الصحية لكافة المواطنين قد انتهى، لذلك لا بد للقطاعات غير الحكومية أن تأخذ دورها في الموضوع.

الفرع الأول. مفهوم التأمين الصحي

يعتبر التأمين الصحي أكثر أساليب التمويل شيوعاً، وقد عرف بأنه "شكلاً من أشكال التكافل والتضامن بين الأصحاء والمرضى، وذلك بضمان الفرد أثناء تمتعه بعافيته رعاية طبية حين يحتاجها لما يمرض، من خلال تعاون أفراد المجتمع في دفع نفقات هذا التأمين"¹. كما عرف على أنه ذلك التأمين الذي يقدم للمؤمن منافع وخدمات العناية الطبية وما يتعلق بها من نفقات على حسب نطاق التغطية المتفق عليها، وبذلك فالتأمين الصحي يؤمن المستفيد ضد فقدان الدخل بالإضافة إلى أنه يوفر تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن المرض أو الإصابة. ويعتبر ذو أهمية بالغة من كونه يساهم في توفير مصادر تمويل إضافية لتغطية التكاليف المرتفعة للقطاع الصحي، مما يساعد في تخفيف الضغط المالي على الميزانيات العامة للدولة، وكذلك على المؤسسات أو الأفراد². وتنبع أهميته من عدة عوامل اجتماعية واقتصادية منها³:

- ✓ أدت التطورات في التكنولوجيا الطبية إلى ارتفاع محسوس وهام في تكاليف الرعاية الصحية بطريقة تتجاوز القدرات المالية لأغلب الأفراد والأسر.
- ✓ صعوبة التنبؤ بحدوث المرض ومدى ارتفاع تكلفته من طرف الأفراد والأسر مما يجعل من الصعوبة بما كان اتخاذ إجراءات ضرورية لموازنة الدخل من أجل تغطية التكاليف.
- كما يتخذ التأمين الصحي عدة أشكال كما يلي⁴:

- **التأمين الصحي الإلزامي:** ويطلق عليه التأمين الصحي الاجتماعي.
- **التأمين الصحي الطوعي:** والذي يدار عن طريق هيئات وجمعيات طوعية لا تسعى إلى تحقيق الربح كالجمعيات الخيرية.
- **التأمين الصحي الخاص:** يدار عن طريق مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح.

¹ نائل العجلوني، الصحة في الأردن: واقع وتطلعات، الطبعة الأولى، مؤسسة عبد الحميد شومان، الأردن، 1999، ص: 71.

² سلاوي حسينة، التأمين الصحي التعاوني آلية لتحسين مستوى الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، مجلة الإبداع، جامعة البليدة 2، الجزائر، المجلد 05، العدد 05، 2011، ص: 114.

³ عياشي نورالدين، المنظومات الصحية المغاربية-دراسة مقارنة-، مرجع سبق ذكره، ص: 249.

⁴ طلال بن عابد الأحدي، إدارة الرعاية الصحية، مركز البحوث، الرياض، السعودية، 2004، ص: 248.

ويندرج النظام التأميني ضمن أحد هذه الأشكال اعتمادًا على مجموعة من المعايير¹:

- مدى مشاركة المستفيد بالمخاطر.
- الأساس الذي يتم عليه تحديد قيمة الاشتراك، سواء كان مرتبطًا بدخل المستفيد أو بدرجة المخاطر التي قد يتعرض لها.
- مدى إلزامية الاشتراك في نظام التأمين الصحي أو اختياريته.
- الطرق المعتمدة لتمويل التأمين الصحي وآليات تنظيمه.

يهدف نظام التأمين الصحي بشكل عام إلى الوصول للإتاحة، بمعنى تمكن كل المواطنين من الوصول للخدمة الصحية². ولكن قد يساهم تطبيق نظام التأمين الصحي في إهدار وزيادة استخدام الموارد المتاحة حيث يفشل في التحكم في المعلومات الخاطئة التي قد يعطيها مرضى التأمين عن حالتهم الصحية بغية الحصول على رعاية طبية أكبر مما هو مستحق لهم.

ونظرًا لأن الاعتماد على الدولة وحدها لاستكمال إمكانيات الرعاية الصحية اللازمة للمواطنين أمر عسير، كما أن اعتماد المواطن على نفسه فقط في تحمل أعباء تكاليف الرعاية الصحية اللازمة جد مستحيل، كان من الضروري نشأة نظم التأمين الصحي.

الفرع الثاني. تطور نظم التأمين الصحي

نتيجة لزيادة الطلب على الخدمات الصحية وعدم قدرة الأفراد غالبًا على تغطية تكاليف العلاج بسبب الارتفاع المتزايد في تكلفة الخدمة الصحية والعلاج، فقد لجأت الدول والمؤسسات الخاصة إلى إيجاد نظام أو أنظمة للتأمين الصحي من أجل الارتقاء بتقديم الخدمات الصحية بأفضل المستويات³.

بدأ التأمين الصحي في بعض دول العالم الصناعي متخذًا أشكالًا مختلفة تطورت وتنوعت مع مر الزمن ليشهد العالم أنظمة مختلفة للتأمين الصحي⁴. ظهر أول برنامج حكومي للتأمين الصحي في ألمانيا سنة 1840، والذي كان

¹ محمد زيدان، محمد يعقوبي، فعالية الموارد التمويلية المتاحة لمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الضمان الاجتماعي، ورقة مقدمة للمشاركة في الملتقى

الدولي حول: الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير-تجارب الدول - جامعة حسينة بن بوعلي بالشلف، الجزائر، يومي 04/03 ديسمبر 2012.

² مديحة خطاب، سمير بانوب، مرجع سبق ذكره، ص:36.

³ صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص:74-75.

⁴ ناثل العجلوني، مرجع سبق ذكره، ص:71.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

يلزم العمال للانتساب إلى صندوق الضمان الصحي¹. وقد اختلط التأمين لدى أذهان الكثيرين بالتأمين، حيث أنه بعد الحرب العالمية الثانية ساد العالم نوعين من الأنظمة الشهيرة، أولهما الطب المؤمم في الدول الاشتراكية أي في أوروبا الشرقية، حيث أن كل الخدمات الصحية تقدم بدون مقابل للمرضى من طرف الدولة، وثانيهما التأمين الصحي الذي طبق في بريطانيا سنة 1948 من طرف حزب العمال. ويكمن التشابه الكبير في تحمل الدولة لجميع النفقات الصحية.

وفي أواخر القرن الثامن عشر تم إدخال مساهمة جزئية للمريض في بعض النفقات، كما تم إلغاء بعض الخدمات التي كانت تقدم مجاناً، وأصبح هناك قطاع اختلاط وتعاون بين القطاعين العام والخاص حسب نوع الحكومة القائمة حيث انتشر في أمريكا نوع من التأمين الخاص والذي أثبت قدرته على المنافسة والتميز، ولكن الأمر غير المتوقع هو ظهور القطاع الخاص في بعض الدول الاشتراكية التي ضاقت درعا بعيوب التأمين بسبب إساءة استهلاك الأدوية المجانية، حيث انهارت نظم التأمين الصحي المجاني منذ سنة 1989 مع اختيار النظم الاشتراكية². أي أنه مع بدايات القرن التاسع عشر واقترانا مع تزايد الحركة الصناعية في أوروبا انتشرت فكرة التأمين الصحي للعمال في أغلب دول أوروبا الغربية، وفي منتصف القرن العشرين تم التخلي عن نظم التأمين الصحي من طرف أغلب الدول ليتم تبني نظم الرعاية الصحية الوطنية (NHS) National Health Services، وهي أحد أنواع التأمين الصحي التي تعتمد الحكومات³.

وبما أن الطريقة التي تتبعها الدول لتمويل نظام الرعاية الصحية لها أهمية كبيرة في إمكانية بلوغ الأهداف الموضوعة في مجال الصحة العامة، ومن أجل توجيه جهود إصلاح تمويل الصحة فمن الأنسب وضع خارطة طريق استراتيجية لمتابعة وتقييم جميع الإجراءات المتخذة وتفعيل الأنظمة التمويلية المتبعة.

الفرع الثالث. التوجهات المستقبلية للتأمين الصحي بالجزائر وتفعيل النهج التعاقدي

تتابعت تشريعات الصحة التأمينية في الجزائر ارتباطاً بالمناخ الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، ورغم رفع شعار الإصلاح الصحي في الجزائر منذ سنة 1993، فإنه لم يحدث تغيير جذري في التمويل الصحي، فهل نخطو في الطريق الصحيح للإصلاح الصحي؟ فبالرغم من وجود بعض التحسينات إلا أنه لا يمكن اعتبارها كإصلاح جذري في تمويل

¹ طلال بن عابد الأحدي، مرجع سبق ذكره، ص: 249.

² نائل العجلوني، مرجع سبق ذكره، ص: 72.

³ طلال بن عابد الأحدي، مرجع سبق ذكره، ص: 249.

الصحة، فالطريق لا يزال طويلا نحو ما تصبو إليه الدولة من تطوير منظومة شاملة ومتكاملة للرعاية الصحية. يتطلب ذلك التحوار بكل شفافية حول المشاكل التي يتخبط فيها نظام التأمين الصحي بالجزائر من أجل رؤية أوضح للمستقبل.

أولا. تحديات التأمين الصحي في الجزائر: تنص المادة 60 من القانون 83-11 والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية على أنه: "يستفيد من نظام الدفع من قبل الغير كل المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم الذين يقصدون الأطباء ومؤدو الخدمات شبه الطبية والمؤسسات الصحية الخاصة والصيدليات الخاصة أو العمومية التي تربطهم اتفاقيات مع هيئات الضمان الاجتماعي". ونظرا لمحدودية موارد تمويل النظام الصحي الجزائري، كانت هناك إرادة من طرف المسؤولين للبحث عن مصادر تمويلية جديدة أو إضافية لضمان التكفل باحتياجات الطلب المتزايد على الرعاية الصحية، وعلى هذا الأساس فإنه وابتداءً من سنة 1993 تمحور النقاش حول البحث عن دور جديد للدولة في علاقتها بكل من المنظومة الصحية ونظام الضمان الاجتماعي. وبذلك اتجهت الدولة إلى عصنة نظام التأمين الصحي حتى يواكب متطلبات العصر من خلال اتخاذها لجملة من الأساليب تمثلت في¹:

- عصنة نظام التأمين الصحي عن طريق تحديث البنى الهيكلية.
- تطوير كفاءات الموارد البشرية وتعميم استخدام البطاقة الإلكترونية للمؤمن لهم "بطاقة الشفاء" على مستوى جميع أنحاء الوطن.
- السعي إلى وضع آليات فعالة لمكافحة جميع مظاهر الغش والتجاوزات المرتكبة في إطار نظام التأمين الصحي ضد المرض.
- العمل على ترشيد نفقات التأمين الصحي عن المرض من خلال تعزيز وترقية الدواء الجنييس وتشجيع المنتجات الصيدلانية المصنعة محليا.

ولكن هل هذه الآليات كافية ومجسدة فعلا على أرض الواقع للنهوض بالمستوى الحقيقي والفعلي للخدمات الصحية والمقدمة؟ وهل تؤدي فعلا إلى تطور مستوى صحة المواطن؟ في الوقت الذي تشهد فيه أغلب المستشفيات العمومية تعطل للأجهزة الطبية أين يتحتم على المواطن الجزائري اللجوء للقطاع الخاص رغم أحقيته في الضمان الاجتماعي. وبالتالي فمهما قدمت الجزائر خطوات هامة في مجال عصنة نظام التأمين الصحي من خلال محاولة خلق

¹ نوال مازيني، دور التأمين الصحي في تجسيد الحق في الصحة، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة يحي فارس بالمدينة، الجزائر، المجلد 5، العدد 1، مارس 2020، ص ص: 446-

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

شراكة بين مؤسسات الصحة والضمان الاجتماعي والمؤمنين اجتماعيا، فإن التأمين الصحي يعتريه جملة من المشاكل يتمثل البعض منها في:

✓ الزيادة في نفقات التأمين الصحي.

✓ تجاوزات المريض: حيث يقوم بعض المنتفعين بالمبالغة في الاستفادة من الخدمات الصحية، وذلك بزيادة عدد الزيارات غير المبررة للجهات الطبية أو استبدال المنتفع بشخص غير مشمول بنظام التأمين الصحي حين لا يقوم الطبيب بالتأكد من الاسم. كما يمكن أن يتم استبدال الأدوية الموصوفة بمواد غير طبية.

✓ تجاوزات مقدمي الخدمات: يمكن أن تحدث تجاوزات من قبل مقدمي الخدمات، وذلك بطلب إجراءات وفحوصات طبية غير ضرورية أو بوصف أدوية غير لازمة وزائدة عن الحاجة، أو بإدخالات غير مبررة لمستشفى وإطالة الإقامة فيها.

✓ صناديق الضمان الاجتماعي خلال سنة 2021 لا تزال تسير بقانون لم يتغير منذ سنة 1983.

وبالتالي رغم كل التحديات والصعاب فقد أن الأوان لاتخاذ قرارات هامة ومصيرية حول مستقبل التأمين الصحي بالجزائر.

ثانيا. النهج التعاقدي بين الواقع والمستقبل: تواجه المؤسسات الصحية في الجزائر جملة من الاختلالات متعلقة بالتمويل، ولعل السبب الرئيسي هو نظام التمويل الجزائري الذي لا يخضع لأي منطق اقتصادي، حيث أنه تم تبني منطق الإنفاق دون الاهتمام بجودة الخدمة الصحية المقدمة. ونظرا للغموض الذي يسود العملية التمويلية بين مؤسسات الصحة والدولة والضمان الاجتماعي أصبح من الضروري هيكلة العملية التمويلية بين هذه الأطراف الثلاثة، وذلك من خلال تبني النمط التعاقدي كآلية جديدة للتمويل والتحكم في الإنفاق الصحي المتزايد. وهذا ما تجسد من خلال قانون المالية لسنة 1992 بتبني النمط التعاقدي كبديل لتمويل مؤسسات الصحة¹.

¹ خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر - دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018) -، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2020/2019، ص: 144-151.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

يعرف النهج التعاقدي في قطاع الصحة بأنه عملية إبرام المؤسسة الصحية لعقد مع الجهات الممولة، يحدد بموجبه تقديم خدمات طبية معينة، مقابل تعويض مالي يعادل إجمالي التكاليف التي أنفقت على تلك الخدمات، وذلك ضمن الضوابط والمعايير المهنية المعتمدة في المجال الصحي¹. وتتمثل الأطراف المشاركة في هذا العقد في²:

1. **المؤسسة الصحية:** وهي الطرف المقدم للخدمة مهما اختلف شكلها والقوانين التنظيمية التي تحكمها، وذلك باعتبار أن الأساس من وجودها هو تلبية حاجات الأفراد من الخدمات الصحية المطلوبة.

2. **الممول للخدمات الصحية:** إن الأطراف الممولة للخدمات الصحية تتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي بحيث تكون الدولة طرفاً أساسياً في تمويل الخدمات الصحية عندما يتعلق الأمر بالمرضى عديمي الدخل والغير مؤمنين اجتماعياً، أما صناديق الضمان الاجتماعي فتكون ممولاً أساسياً للخدمات الصحية عندما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين اجتماعياً وذوي الحقوق. إضافة إلى الدولة والضمان الاجتماعي يمكن أن يكون الأفراد ممولين للخدمات الصحية من خلال دفعهم لتكاليف علاجهم ويتعلق الأمر بالفئة التي تمتلك مصادر دخل ولا تستفيد من التغطية الاجتماعية.

3. **المستهلك:** يمثل المرضى اللذين يتلقون الخدمة الطبية من المؤسسة الصحية تقوم الأطراف المعنية (الدولة والضمان الاجتماعي) بتمويلها إذا ما كانوا ينتمون إليها، حيث يعتبر المريض هو المحور الذي تدور حوله هذه العلاقة. ويمتاز النمط التعاقدي بالخصائص التالية³:

✓ النمط التعاقدي لا يعني تخلي الدولة عن التزاماتها أو الخصوصية، وإنما هو أداة تخدم أنظمة الصحة حيث تتولى الدولة التكفل باستخدامه بطريقة فعالة مع احتفاظها بالغطاء الصحي دون تحمل جميع أعباء التمويل والتسيير للكيانات الصحية.

✓ النمط التعاقدي شكل من التنظيم تسعى له العديد من الدول من أجل تحقيق الصالح العام، وذلك حسب ما أشار إليه تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2000 والذي يؤكد على قيام الدولة بالدور المنوط لها، وبالتالي فإن تنظيم النمط التعاقدي يجب أن يساهم في تحسين أداء النظم الصحية من خلال أدوات المراقبة والتحفيز التي تهدف إلى ضمان أداء جيد لأنظمة الصحة عن طريق عرض علاجات فعالة ومتوازنة.

¹ العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، الجزء الثاني، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص: 13-14.

² رزقي نورالهددي، بملول نورالدين، القطاع الخاص كبديل تمويلي للمنظومة الصحية في الجزائر - اختلالات القطاع العام، مميزات القطاع الخاص - المؤتمر العلمي الدولي حول: الصحة في الدول النامية - الواقع والتطلعات - جامعة قفصة، تونس، أيام 1-06 مارس 2020، ص: 10.

³ العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 17-18.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

✓ تقوم العملية التعاقدية بشكل أساسي على التقييم المستمر في كل مرحلة، بحيث يشمل كل من التقييم الداخلي الذي يقاد من طرف ممثلين ملتزمين في العلاقة التعاقدية وكذا تقييمات خارجية تمكن من تتبع آثار هذه السياسة التعاقدية على أداء النظم الصحية.

✓ للدولة دور أساسي يكمن في أنها الضامن الرئيسي لهذا الالتحام السياسي الوطني للصحة بين الأطراف الممثلين للنمط التعاقدية، بالإضافة إلى حقها في التدخل عند الضرورة.

✓ النمط التعاقدية لا يمثل الحل السحري لمشاكل الأنظمة الصحية.

كما أن اعتماد نظام التعاقد يعتبر كنمط جديد من أجل التحكم في النفقات المتزايدة بقطاع الصحة عن طريق¹:

➤ عقلانية الإنفاق، حيث أن النظام التعاقدية يتيح إمكانية انتقال المؤسسات الصحية من التركيز على استقطاب الموارد المالية إلى التركيز على تحقيق النتائج الفعلية والمخرجات الملموسة.

➤ استعمال المؤشرات الصحية مثل متوسط مدة الإقامة ونسبة شغل الأسرة يسمح بتخفيض التكلفة السنوية للسيرير بالنسبة لميزانية التسيير.

➤ التسيير العقلاني للموارد البشرية.

➤ تشخيص التكاليف.

وقد تم ذكر العلاقات التعاقدية لأول مرة بالجزائر بموجب قانون المالية لسنة 1992 كنمط يتبع في تمويل نفقات المؤسسات الصحية مع وضع التسعيرة والفوترة للخدمات الصحية. وقد نص هذا القانون على أن مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات الصحية العمومية يكون بصفة تعاقدية عوضا عن الدفع الجزائي. وفي هذا الصدد نصت المادة 175 من قانون المالية لسنة 1992 على ما يلي: "تحدد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية القطاعات الصحية والمؤسسات المتخصصة (بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية وبصفة تقديرية (9500000000)). يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كلفياته عن طريق التنظيم"². كما تم التأكيد والتذكير بالنهج التعاقدية في تمويل ميزانية المؤسسات الصحية من خلال نص المادة 28 من

¹ خلاصي عبد الإله، إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017، مجلة المشكاة في الاقتصاد والتنمية والقانون، المجلد 01، العدد 06، 2017، ص: 210.

² المادة 175 من القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991، يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

قانون المالية لسنة 1993¹، وكذا بموجب نص المادة 147 من قانون المالية لسنة 1994². في حين تتكفل الدولة بنفقات الوقاية والبحوث العلمية والخدمات الصحية التي يستفيد منها المعوزين الغير مؤمنين اجتماعيا.

وقد أكد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، خلال عرضه لمشروع قانون الصحة الجديد لعام 2018، على ضرورة اتخاذ تدابير تهدف إلى تفعيل آليات التعاقد بين مختلف المؤسسات العمومية للصحة* والجهات الممولة مثل صناديق الضمان الاجتماعي، وشركات التأمين الاقتصادي، والتعاضديات. وتأتي هذه الخطوة بهدف ضمان تمويل يتناسب مع احتياجات المنظومة الصحية، ويراعي في الوقت نفسه إمكانيات الجهات الممولة، إضافة إلى التمويل الذي توفره الدولة. ويهدف هذا التوجه إلى تحقيق ضبط أفضل لنفقات الصحة، مع الحرص على تطوير وتحسين جودة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين. كما يسعى في الوقت ذاته إلى تنويع مصادر التمويل دون المساس بمبدأ مجانية العلاج³.

إن الجهود المبذولة والرامية إلى تطبيق الصيغ التعاقدية تصطدم بجملة من العراقيل التي تحول دون تجسيدها على أرض الواقع، وتكمن أساسا في صعوبة التحديد الدقيق لفئة الفقراء والمؤمنين اجتماعيا، وحتى إن تم تجاوز هذه النقطة فلا بد من تسليم بطاقات مختلفة للأشخاص بحسب الفئة التي ينتمون إليها من أجل متابعة التكاليف لكل مريض في وحدات العلاج العمومية، وتحديد طريقة للتسعير تسمح بمعرفة الأعباء التي تتحملها الجهات الممولة.

لكن لا تزال هذه النقطة محل نقاش ومشاورات بين الوزارتين الوصيتين، فوزارة الصحة تريد اعتماد معيار التكلفة اليومية المتوسطة، في حين تفضل وزارة العمل والضمان الاجتماعي نظام التسعيرة حسب المرض، وبعبارة أخرى فإن وزارة الصحة تحاول تفادي أي طريقة معقدة لا تستطيع المستشفيات تطبيقها بسبب ضعف الوسائل التقنية (نظام المعلومات) والبشرية، أما وزارة العمل والتضامن الاجتماعي فهي ترغب في تبني طريقة تمكنها من تفادي تحمل التكاليف المرتبطة بعدم فعالية بعض الوحدات الصحية، وإيجاد معايير تستعمل كقاعدة لصياغة التكاليف. وبالتالي مهما تكن الطريقة التي سيتم العمل بها فإن الصيغة التعاقدية ستمثل نقلة نوعية في تسيير المنظومة الصحية الجزائرية والتي تعاني من ضعف كبير في تقييم التكاليف⁴.

¹ المادة 128 من المرسوم التشريعي رقم 93-01 المؤرخ في 19 يناير 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1993، الجريدة الرسمية، العدد 04.

² المادة 147 من المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في 29 ديسمبر 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1994، الجريدة الرسمية، العدد 88.

* تتمثل مختلف المؤسسات العمومية للصحة حسب المادة 308 من القانون الجديد للصحة لسنة 2018 في المركز الاستشفائي الجامعي، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، المقاطعة الصحية، مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة).

³ الجريدة الرسمية للمناقشات، الجلسة العلنية لمناقشة مشروع القانون المتعلق بالصحة المنعقدة يوم الأحد 22 أبريل 2008، مرجع سبق ذكره، ص: 06.

⁴ عباسي نورالدين، المنظومات الصحية المغاربية-دراسة مقارنة-مرجع سبق ذكره، ص: 313.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

يمكن القول أنه بالرغم من سعي الدولة الجزائرية حثيثا لتفعيل النمط التعاقدي في مجال التمويل الصحي بهدف توفير الموارد المالية وتسهيل عملية المتابعة والمراقبة على الأموال الممنوحة للقطاع الصحي، وذلك من خلال القوانين والإجراءات المتخذة من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات منذ التسعينات من القرن الماضي، فقد ظهرت العديد من الصعوبات التي حالت دون تطبيقه على أرض الواقع. تتمثل أهم هذه العراقيل فيما يلي¹:

- نظام التعاقد يتطلب توافر نظام معلومات قوي ويتسم بالمصداقية، والثقة، والشفافية في تقييم الأداء الكمي والنوعي، بالإضافة إلى وجود جهات فاعلة مستقلة وانسجام الأدوار فيما بينها وتكاملها. لكن قرارات تخصيص الموارد في الفترة الحالية تتسم بعدم الشفافية وهذا ما يتناقض مع أي عملية تعاقد ناجحة.
- تتطلب العملية التعاقدية قيادة سياسية ومهارات تقنية عالية واتصالات فعالة، ولحد الآن لا تتوفر مجمل هذه الشروط بما يسمح بتفعيل النهج التعاقدي بالجزائر.
- عدم تهيئة أرضية المؤسسات الصحية لتنفيذ هذا المشروع على أرض الواقع، خاصة أن النظام الأساسي للمؤسسات العمومية يعتمد على المحاسبة العمومية، وبالتالي فهو لا يتناسب مع هذا النوع من الأشكال التعاقدية.
- عدم الكفاءة في التسيير لمديري المؤسسات الصحية، حيث أنهم بعيدون كل البعد عن التسيير الحديث ويقتصر دورهم فقط في تنفيذ الميزانية.
- قيود التمويل التي يعاني منها مؤخرا نظام الضمان الاجتماعي.

وبالتالي فإن دراسة النظم الصحية العالمية يعتبر أمر جيد للاستفادة من الأخطاء ولكن ليس للنقل منها. حيث أن هناك أنظمة كانت فيها أخطاء مميتة أثناء الإصلاح الصحي، فمثلا روسيا أثناء قيامها بنظام التعاقد زادت نسبة الوفيات بسبب عمليات اليوم الواحد التي لم يكونوا مدربين عليها، والتي أدت إلى توقيف النظام بعد سنة أو سنتين من تطبيقه².

¹ خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر - دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018) -، مرجع سبق ذكره، ص: 156.

² مديحة خطاب، سمير بانوب، مرجع سبق ذكره، ص: 27.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

ولهذا وبالرغم من أن التمويل الصحي في الجزائر في أمس الحاجة لمصادر تمويلية جديدة فلا يجوز استيراد النظم الصحية -النهج التعاقدي- لأن إصلاح التأمين الصحي يجب أن ينبع من نسيج الجزائر بما فيها السلوك الاجتماعي للمواطنين والتكافل والتضامن، في حين يجب الاستفادة من خبرات الدول التي سبقتنا في مضمار التأمين الصحي.

وبغض النظر عن أساليب التمويل للخدمات الصحية، تعاني أغلب دول العالم من مشكلة تزايد الإنفاق الصحي مما يضع ضغوطا إضافية على الموارد المالية ويعزز الحاجة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي.

المبحث الثالث. التوجهات الاستراتيجية للنظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

تتطلع الحكومة الجزائرية إلى تعزيز التغطية الصحية الشاملة من خلال تطوير البنية التحتية الصحية وزيادة الاستثمارات في المرافق الصحية، خاصة في المناطق النائية لضمان الوصول العادل للخدمات الصحية. وقد أبدت الحكومة الجزائرية التزاما ثابتا بتحسين القطاع الصحي منذ سنة 2001، من خلال تخصيص ميزانيات ضخمة ضمن خططها التنموية. هذه الاستثمارات المتواصلة تهدف إلى تطوير شامل يمتد إلى المخطط الاستراتيجي المستقبلي لعام 2030. وبذلك تشكل هذه الجهود جزءًا من التزام الحكومة بتحقيق تحسينات ملموسة في البنية التحتية الصحية والتغطية الصحية الشاملة مما ينعكس في تحقيق الأمن الصحي.

المطلب الأول. مكانة الصحة ضمن البرامج التنموية المنتهجة في إطار الاستراتيجيات الوطنية الجزائرية خلال الفترة (2001-2030)

أولت الجزائر أهمية بالغة لتطوير القطاع الصحي ضمن استراتيجياتها الوطنية منذ سنة 2001، مستهدفة تحسين البنية التحتية الصحية وتعزيز جودة الرعاية من خلال إنشاء وتحديد المؤسسات الصحية وتحسين الكفاءات التقنية والسريرية. تضمنت البرامج التنموية مثل برنامج الإنعاش الاقتصادي، والبرنامج التكميلي لدعم النمو، وبرنامج توطيد النمو الاقتصادي، والنموذج الجديد للنمو في أفق 2030، جهودا مكثفة لتطوير الخدمات الصحية وتحسين الوصول إليها في المناطق النائية، مما شكل إطارا شاملا لرفع مستوى الخدمات الصحية وضمان التغطية الصحية الشاملة.

الفرع الأول. تقييم دور البرامج التنموية في تمويل الصحة بالجزائر (2001-2019)

تناولت الجزائر سلسلة من البرامج التنموية الرئيسية خلال الفترة من 2001 إلى 2019 لتعزيز قطاعها الاقتصادية بما في ذلك الصحة، وذلك عبر برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004) الذي ركز على تعزيز البنى التحتية والتنمية المحلية والبشرية، وضح استثمارات كبيرة لدعم هذه المجالات. والبرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009) الذي تم من خلاله تخصيص أموال لتحسين ظروف معيشة السكان وتطوير الهياكل القاعدية، مما ساهم في تعزيز الخدمات الصحية كجزء من البنية التحتية الشاملة للتنمية. بالإضافة إلى البرنامج الخماسي للتنمية (2010-2014) الذي شمل استثمارات ضخمة في التنمية البشرية والمنشآت الأساسية مع التركيز على تحسين وتطوير

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

الخدمات العمومية، وبالأخص الصحة كأحد المحاور الرئيسية للتنمية. كما أن برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2015-2019) استمر في تقديم الدعم الكبير للبنى التحتية بما في ذلك الصحة، حيث تم تخصيص ميزانيات مهمة لتعزيز الخدمات الصحية العامة. شكلت هذه البرامج مجتمعة جهدا متكاملًا لتعزيز القطاع الصحي الجزائري ضمن إطار أوسع للتنمية الاقتصادية والاجتماعية.

أولاً. برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004): يعتبر بمثابة مبادرة كبيرة تهدف إلى دعم وتحفيز الاقتصاد من خلال تمويل مجموعة واسعة من المشاريع في مختلف القطاعات. تم تخصيص ميزانية إجمالية للبرنامج قدرها 525 مليار دينار جزائري، حيث تم استخدام حوالي 72.38% من هذه الأموال في المرحلة الأولى التي شملت الفترة من 2001 إلى 2002¹، كما خصص هذا البرنامج غلافًا ماليًا هامًا لتنمية الموارد البشرية بهدف دعم مسار التنمية البشرية، حيث بلغت قيمة المبلغ المرصود نحو 90.2 مليار دينار، ما يمثل 17.2% من إجمالي اعتمادات البرنامج الموجهة لتعزيز رأس المال البشري². ويركز البرنامج فيما يتعلق بالصحة والسكان على إعادة تأهيل الهياكل الصحية كأولوية، وخاصة هياكل العلاج. ويهدف إلى إعادة الاعتبار لكل من الجانب التنظيمي وتحديد الهياكل بالإضافة إلى التجهيزات الطبية المختلفة. حيث تسجل عملية إتمام مشاريع صحية جديدة هامة ضمن البرنامج أين خصص لهذا القطاع غلاف مالي قدره 14.7 مليار دينار³.

قدم البرنامج إجراءات متعددة تهدف إلى تحسين جميع جوانب الرعاية الصحية بما في ذلك الوقاية والعلاج والتدريب، كما تم التركيز بشكل خاص على تعزيز الفرق الطبية المتنقلة لضمان توفير الخدمات الصحية في المناطق النائية. بالإضافة إلى إعادة تأهيل البنية التحتية الصحية وتحديد المرافق الطبية، وكذا إنشاء مركز لمعالجة السرطان في عنابة يركز على تقديم رعاية متخصصة لعلاج ما يصل إلى 2000 مريض. تهدف هذه الجهود إلى تقليل أوقات الانتظار والتكاليف المرتبطة بالسفر الطويل للمرضى من المناطق الجنوبية⁴.

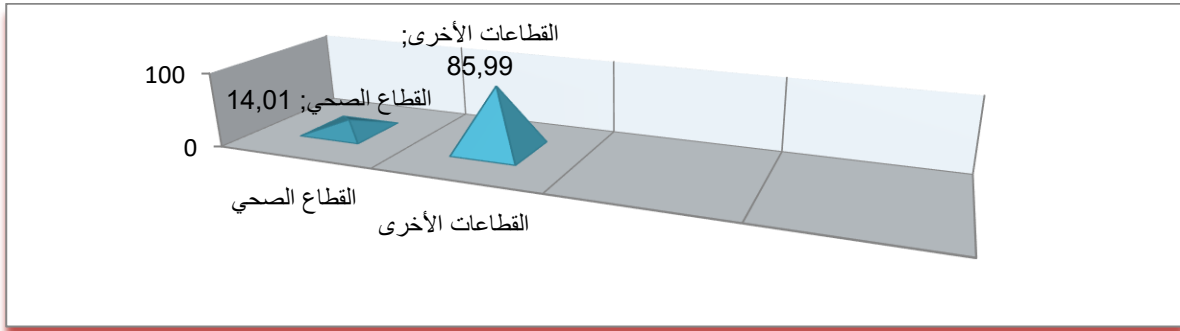
¹ Conseil National Economique et Social, *La conjoncture économique et sociale du 2ème semestre 2002*, 22ème Session Plénière, Commission de l'Evaluation, p:143

² شعيب قماز، مساعي تكريس التنمية الإنسانية من أجل توسيع الخيارات المستقبلية: دراسة حالة الجزائر، *ملتقى دولي حول "صناعة المستقبل في السياسات العربية: نحو تفعيل لدور الدراسات المستقبلية"*، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قلمة، يومي 08 و 09 ديسمبر 2018، ص: 12.

³ صابة مختار، برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي: البنية والمكونات، مجلة *دراسات العدد الاقتصادي*، المجلد 01، العدد 1، 2010، ص: 150-151

⁴ شعيب قماز، مرجع سبق ذكره، ص: 12.

الشكل رقم (14). توزيع ميزانية برنامج الإنعاش الاقتصادي بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى للتنمية البشرية



المصدر: من إعداد الطالبة.

تعكس المبالغ المخصصة للقطاع الصحي ضمن برنامج الإنعاش الاقتصادي في الجزائر والتي قدرت بـ 14.01% من إجمالي المبلغ المخصص للتنمية البشرية، التزام الحكومة بتحسين البنية التحتية الصحية وتقديم خدمات صحية أفضل للمواطنين. بالرغم من أن هذه النسبة قد تبدو متواضعة مقارنة بالمبلغ الإجمالي، فإنها تمثل جزءا من استراتيجية أوسع للتنمية الشاملة تشمل تحسينات في العديد من القطاعات الأخرى كذلك.

ثانيا. البرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009): البرنامج الخماسي الذي يعرف بالبرنامج التكميلي لدعم النمو، يمثل استمرارية للبرنامج السابق المسمى "برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي". وقد جاء هذا البرنامج نتيجة للإنجازات التي تحققت خلال تلك الفترة ورغبة الرئيس السابق عبد العزيز بوتفليقة في مواصلة مسيرة التنمية الاقتصادية والحفاظ على المكتسبات التي تحققت خلال الفترة الأولى من برنامجه الرئاسي. وقد سمي بذلك تأكيدا على النمو الاقتصادي الذي شهدته البلاد خلال تلك السنوات، والذي أثار الكثير من النقاش حول ماهيته¹. وبذلك فهو برنامج استثمارات عمومية أطلقته السلطات العمومية في 7 أبريل 2005 متضمنا خمسة أبعاد رئيسية، بما في ذلك بعد مخصص لبناء رأس المال المجتمعي تحت عنوان "برنامج تحسين الظروف المعيشية للسكان" الذي خصص له مبلغ 1908.5 مليار دينار، أي ما يقارب حوالي 45.5% من الميزانية الإجمالية للبرنامج. وبذلك فإن الجزائر تخصص نحو نصف ميزانية البرنامج لتعزيز قدرات رأس المال البشري في المجالات الصحية والتعليمية والثقافية. وفي جانب الصحة والسكان، هدف البرنامج لإنجاز ما يلي خلال الفترة المحددة²:

¹ بن أحمد لخضر، لباز الأمين، الاستثمارات العامة في الجزائر وانعكاساتها على المتغيرات الاقتصادية الكلية- دراسة تقييمية للفترة الممتدة بين (2001-2010)، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة زيان عاشور بالجلفة، المجلد 02، العدد 02، أكتوبر 2014، ص: 91.

² نصيرة صالح، شعب قماز، مساعي بناء رأس المال البشري في الجزائر وفق مضامين المخططات التنموية الاقتصادية (2001-2019)، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، المجلد 08، العدد 02، جويلية 2019، ص: 109-110.

- بناء 17 مستشفى.
- تأسيس مركزين لمعالجة المصابين بالحروق.
- تأسيس مؤسستين استشفائيتين متخصصتين في جراحة العظام.
- إنشاء 5 مراكز للعجزة.
- تأسيس 55 عيادة متعددة الخدمات.
- إنشاء 113 مركزا للصحة والولادة.
- تأسيس مركزين لمكافحة السرطان.
- إنشاء 5 مركبات للأمهات والأطفال.
- تأسيس مركزين لأمراض القلب وجراحاتها للأطفال.
- إنشاء معهد للسرطان وآخر للكلية.
- استحداث ستة مراكز متخصصة لمراقبة الحالة الصحية على المنافذ الحدودية.
- تأسيس معهد مخصص لتكوين الكوادر في مجال شبه الطبي الإفريقي.

أي أنه خلال هذه الفترة أولت الحكومة اهتماماً خاصاً لقطاع الصحة الذي يعتبر من القطاعات الاستراتيجية والواعدة، وذلك بتخصيص مبلغ كبير لهذا القطاع بلغت قيمته حوالي 85 مليار دج، أي ما يمثل 4% من الحصة الإجمالية المخصصة لبرامج الإنعاش الاقتصادي. هذا الاستثمار الكبير يشير إلى الأهمية التي توليها الحكومة لتحسين الخدمات الصحية وتوسيعها في مناطق الجنوب والهضاب العليا بشكل خاص. تم تخصيص مبالغ معتبرة سنة 2007 لتنمية القطاع الصحي في هذه المناطق، حيث بلغت الاعتمادات المالية لمناطق الجنوب حوالي 6 مليار دج، ولمنطقة الهضاب العليا حوالي 10.56 مليار دج. وفي عام 2009، شهدت هذه الاعتمادات تغيراً بسيطاً حيث وصلت إلى 5.8 مليار دج لمناطق الجنوب و 7.88 مليار دج لتنمية القطاع في منطقة الهضاب العليا¹.

من الواضح أن هذه الجهود تعكس رغبة الحكومة في تعزيز وتطوير البنية التحتية الصحية في أقل الأماكن حظاً من البلاد، مما يساهم في تحقيق توزيع أكثر عدالة للخدمات الصحية وتحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة للسكان في هذه المناطق.

¹ علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)، مرجع سبق ذكره، ص: 153-154.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

ثالثاً. البرنامج الخماسي للتنمية (2010-2014): أظهر البرنامج الخماسي للتنمية في الجزائر والذي امتدت فترته من 2010 إلى غاية 2014، التزاماً قوياً بتعزيز التنمية البشرية نظراً لتوجيه أكثر من 40% من الاستثمارات العمومية المكرسة لهذا المخطط نحو تحسين الظروف الاجتماعية للجزائريين. وقد تم تخصيص مبلغ كبير يقدر بـ 619 مليار دينار جزائري لتحسين البنية التحتية الصحية. يشمل هذا البرنامج تشييد 172 مستشفى جديداً إلى جانب إنشاء 45 مجمعا صحيا تخصصيا، فضلا عن 377 عيادة متعددة التخصصات. كما يتضمن الخطة تأسيس 17 مدرسة مهنية للتكوين شبه الطبي، إضافة إلى أكثر من 70 مؤسسة متخصصة لتقديم الرعاية والخدمات لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة. تعكس هذه الاستثمارات اهتمام الدولة برفع مستوى الخدمات الصحية وتوفير رعاية طبية أفضل للمواطنين.

بالإضافة إلى أن هذا البرنامج يركز على تقليص الفوارق الصحية بين مختلف الولايات من خلال توفير العلاجات المتخصصة، حيث تضمن إنجاز معاهد ومستشفيات متخصصة إضافة إلى مؤسسات استشفائية جوارية متخصصة. كما يهدف كذلك إلى تعزيز فرص الحصول على خدمات العلاجين الأولي والثانوي، من خلال إحداث 254 عيادة متعددة التخصصات، بالإضافة إلى زيادة الطاقة الاستيعابية بما مجموعه 34,800 سرير إضافي بحلول سنة 2015.

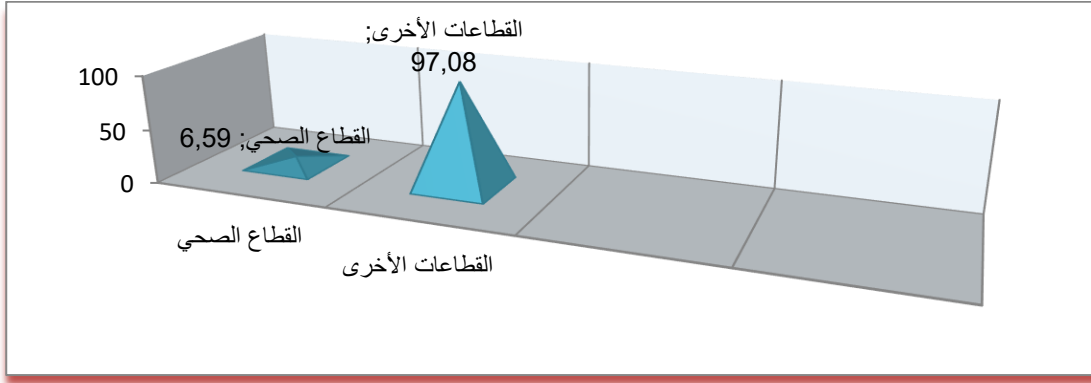
فيما يتعلق بالتوزيع الجغرافي للمنشآت الصحية، فقد شمل البرنامج إنشاء 13 مركزا استشفائيا جامعيا إلى جانب مؤسسة واحدة استشفائية جامعية، بالإضافة إلى خمس مؤسسات استشفائية و 68 مؤسسة استشفائية متخصصة فضلا عن 195 مؤسسة عمومية استشفائية. ويجري دعم هذا النسيج الصحي من خلال المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، التي يبلغ عددها 271 مؤسسة تدير بدورها 988 عيادة متعددة التخصصات مجهزة بـ 3,566 سريرا مخصصاً لرعاية الأمهات، فضلا عن 387 عيادة متعددة التخصصات من دون أسرة و 5,376 قاعة علاج. وبذلك يصل إجمالي عدد الأسرة العمومية إلى 63,680 سريرا¹.

مع ذلك وبالنظر إلى النسبة المئوية للاستثمار في الصحة مقارنةً بالمبلغ الإجمالي للبرنامج الذي بلغ 286 مليار دولار أي ما يعادل 21214 مليار دينار جزائري، نجد أنها تمثل فقط حوالي 2.92%. هذا يوضح أنه بالرغم من أهمية الاستثمار في الصحة فإنه يظل محدودا نسبيا ضمن الإطار العام للبرنامج التنموي. إذ قدر المبلغ الإجمالي المخصص للتنمية البشرية 9386.6 مليار دينار أين تم تخصيص نحو 6.59% من هذا المبلغ لقطاع الصحة. الشكل الآتي يوضح ذلك:

¹ رئاسة الجمهورية، برنامج التنمية الخماسي 2010-2014، بيان اجتماع مجلس الوزراء، 24 ماي 2010.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

الشكل رقم (15). توزيع ميزانية البرنامج الخماسي للتنمية بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى للتنمية البشرية



المصدر: من إعداد الطالبة.

تلقى قطاع الصحة ضمن البرنامج التنموي للجزائر للفترة من 2010 إلى 2014 جزءا نسبيا صغيرا من التمويل مقارنة بالمبالغ الكبيرة المخصصة لمجالات أخرى ضمن التنمية البشرية، مما يثير التحديات التي يمكن أن تواجه قطاع الصحة في تلبية الاحتياجات العامة وتحقيق أهداف التنمية، خصوصا في مجالات تتطلب تمويلا كبيرا مثل البنية التحتية للرعاية الصحية.

رابعا. برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2015-2019): هذا البرنامج هو استمرار للمبادرات التنموية السابقة في الجزائر، حيث يشمل عمليات الاستثمارات العمومية المخطط لها خلال هذه الفترة، حيث تم إنشاء صندوق خاص بإدارة هذه الاستثمارات بهدف تحقيق نمو اقتصادي مستدام. مجموع المبالغ المخصصة لهذه العمليات بلغت 4079.6 مليار دينار جزائري في عام 2015 مع زيادة ملحوظة مقارنة بسنة 2014 الذي بلغ فيه التخصيص 1894.2 مليار دينار. تعددت أهداف البرنامج وركزت على تحسين الظروف المعيشية للسكان عبر توفير السكن وتحسين الخدمات التعليمية والصحية والبنية التحتية للمياه والكهرباء والغاز. يولي البرنامج في مجال التنمية البشرية أهمية كبرى للتكوين المهني وتحسين نوعية الموارد البشرية عبر تعزيز البرامج التدريبية لتطوير الكفاءات اللازمة لدعم النمو الاقتصادي¹.

انطلق تنفيذ هذا البرنامج في عام 2015، حيث تم فتح الحساب رقم 302-143 تحت اسم "صندوق تسيير عمليات الاستثمارات العمومية"، والمدرج ضمن إطار برنامج توطيد النمو للفترة 2015-2019. وتتلخص الأهداف الأساسية لهذا الصندوق فيما يلي:

¹ هدى بن محمد، عرض وتحليل البرامج التنموية، في الجزائر خلال الفترة 2001-2019، مجلة كلية السياسة والاقتصاد، جامعة بني سويف، مصر، العدد الخامس، جانفي 2020، ص: 51.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

- تلمين المكتسبات الاجتماعية عبر التركيز على الارتقاء بمستوى معيشة المواطنين، وذلك من خلال إعطاء أولوية لتحسين قطاعات السكن، والتعليم، والتكوين المهني، والصحة العمومية، إضافة إلى توسيع ربط المنازل بشبكات الكهرباء، والمياه، والغاز وغيرها من البنى التحتية الأساسية. كما يشمل ذلك ترشيد الدعم الاجتماعي وتوجيهه بشكل فعال للفئات العاملة ذات الدخل المحدود والشرائح الاجتماعية المحرومة.
- تحقيق معدل نمو قوي للناتج المحلي الإجمالي، بحيث يصل معدل الزيادة السنوية إلى 7% بحلول عام 2019.
- إعطاء أولوية استراتيجية لتوسيع قاعدة الاقتصاد الوطني عبر تعزيز التنوع الاقتصادي، مع التركيز على رفع قيمة الصادرات خارج قطاع المحروقات، إلى جانب دعم التنمية الزراعية والريفية نظرا لدورها المحوري في تأمين الأمن الغذائي وتنوع مصادره.
- خلق فرص عمل جديدة من خلال مواصلة مكافحة البطالة وتشجيع الاستثمارات التي تساهم في توليد الثروة واستحداث مناصب شغل مستدامة.
- التركيز على تطوير جودة الموارد البشرية، وذلك عبر ترقية مسارات التكوين المهني وتعزيز برامج تدريب الكوادر واليد العاملة المؤهلة.

مع استمرار انخفاض أسعار البترول بحلول سنة 2015، اضطرت السلطات الجزائرية لتبني مجموعة من الإجراءات بهدف ترشيد النفقات العامة لتدارك الوضع الاقتصادي. وعلى هذا الأساس تم إغلاق حساب هذا البرنامج بتاريخ 31 ديسمبر 2016، وفتح حساب آخر بعنوان "برامج الاستثمارات العمومية" بمبلغ 300 مليار دينار جزائري خلال الفترة المتبقية (2017-2019)، وهذا دليل على انخفاض معدل تمويل برامج الاستثمارات العمومية. بالإضافة إلى تجميد جميع المشاريع التي لم يكن قد تم الشروع في تنفيذها والحفاظ فقط على الالتزام بالعمليات الضرورية ذات الأولوية القصوى، مما سيؤدي بالضرورة إلى التأثير السلبي على الأهداف التي كان يطمح لها البرنامج خاصة المتعلقة بالنمو والتشغيل.¹

وفي إطار برنامج عمل الحكومة لعام 2017، كان التركيز الأساسي موجهًا نحو الارتقاء بفرص الحصول على الرعاية الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة في القطاع الصحي، بالإضافة إلى ضمان استمرارية منظومتي الضمان الاجتماعي والتقاعد الوطنيتين. أما في مجال الصحة العمومية فقد استندت السياسات المتبعة إلى البنية التحتية الواسعة التي تم تطويرها خلال الفترة الممتدة من عام 2000 إلى 2017 والتي تشمل إنشاء 101 مستشفى جديد، مما رفع

¹ العالمة مناد، مزريق عاشور، مدى مساهمة البرامج التنموية التي تبنتها الجزائر في تحقيق التنمية المستدامة بالإسقاط على الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2019، *مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا*، جامعة الشلف، الجزائر، المجلد 16، العدد 22، 2020، ص: 212.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

العدد الكلي إلى 331 مستشفى، وكذلك إنشاء 1235 عيادة متعددة التخصصات بإجمالي 1732 هيكلًا في جميع أنحاء البلاد. كما شهدت تدريب الكوادر الطبية وشبه الطبية تقدما مهما على الرغم من أنه لا يزال غير كاف مع نتائج موزعة بشكل غير متساوي عبر الوطن.

تراعي الاستراتيجيات التي اعتمدها الحكومة في القطاع الصحي، سواء على المدى القريب أو المتوسط، مختلف التحولات الديموغرافية والاتجاهات الوبائية السائدة، بما في ذلك متوسط العمر المتوقع، وتطور الأمراض الخطيرة وأنماط الحياة. ففي مجال الوقاية ركزت الحكومة جهودها على صحة الأم والطفل، وتعزيز البرنامج الوطني للأمومة، وتقليل وفيات الولادة الجديدة. بالإضافة إلى تطوير برامج جديدة تهدف إلى توسيع التخطيط الأسري، والحماية الصحية والوقاية من الإعاقة القابلة للتجنب، ومكافحة الأمراض المعدية، وكذلك الأمراض التي يمكن السيطرة عليها بالتطعيم. كما واصلت الحكومة أيضا تنفيذ الخطة الوطنية المتكاملة لمكافحة عوامل الخطر للأمراض غير المعدية، وخطة السرطان 2015-2019، مكافحة التدخين والإدمان، فضلا عن رعاية التوحد.

في مجال التغطية الصحية وتنظيم الرعاية قامت الحكومة بتكليف تدريجي لنمط الحوكمة للنظام الصحي الوطني، من خلال وضع إطار تشريعي يعيد تأهيل التخطيط وتنظيم العرض بتعزيز التقييم وتحسين الوسائل، وتطوير شبكات الرعاية، وتوافر كوادر مدربة ومؤهلة وبأعداد كافية، وتوفير معدات فعالة، وتوافر المنتجات الصيدلانية بما في ذلك الأدوية. وقد حرصت الحكومة على تلبية متطلبات التدريب في الطب وشبه الطبي على المستوى الوطني، من خلال توحيد برامج التكوين والمسابقات الجامعية الطبية، وإحداث مسابقة وطنية للإقامة الطبية، إلى جانب اعتماد تدابير تحفيزية جديدة لضمان استقرار الأطباء المتخصصين في القطاع العام، بما يشمل مناطق الهضاب العليا والجنوب، كما تم العمل على تكثيف برامج تكوين الكوادر شبه الطبية لتغطية احتياجات القطاع المقدرة بـ 72,000 فرد لم تستكمل بعد بالكامل.

عملت الحكومة أيضا على إكمال نظام المعلومات الصحية الذي يمثل خطوة هامة في عملية التحول الرقمي للقطاع. بالإضافة إلى إنشاء نظام معلومات قطاع الصحة مما سيفتح الطريق لتطبيق نظام التعاقد بين مؤسسات الصحة العامة والهيئات الأمن الاجتماعي على المدى القصير. كما شرعت في مواصلة مهمتها في الرقابة والمتابعة للبنى التحتية الصحية الخاصة التي تشكل إضافة للإمكانيات الوطنية في هذا المجال. كما حاولت ضمان توفر المنتجات الدوائية بما في ذلك من خلال تعزيز الأدوية الجنيسة التي ستمكن من التحكم في نفقات الصحة سواء للدولة أو للمواطنين أنفسهم. كما عملت على تشجيع الإنتاج الوطني للأدوية من خلال عمل مشترك بين إدارة الصحة

والهيئات المسؤولة عن تعويض الأدوية، بحيث تزيد التغطية الوطنية للطلب من 50% حاليا إلى 70% في عام 2019¹.

الفرع الثاني. النموذج الجديد للنمو والتوجهات الاستراتيجية لتطوير النظام الصحي في الجزائر (2016-2030)

تم الإعلان عن النموذج الاقتصادي الجديد لدعم النمو في الجزائر سنة 2016 بواسطة الوزير الأول السابق عبد المالك سلال وصادق عليه مجلس الوزراء. إنه برنامج إصلاحي يهدف إلى تحقيق التنوع الاقتصادي والخروج من التبعية البترولية. سعى هذا النموذج لتحقيق مقاربة جديدة في سياسة الموازنة من خلال تحسين الإيرادات الجبائية العادية لتغطية النفقات الأساسية وتقليص العجز المالي بحلول عام 2019، وجمع موارد إضافية من السوق المالي الداخلي. كما تضمن ثلاث مراحل تنموية رئيسية تمثلت في مرحلة الإقلاع (2016-2019) التي تركز على تطور مساهمة مختلف القطاعات في القيمة المضافة للاقتصاد. بالإضافة إلى المرحلة الانتقالية (2020-2025) التي تهدف إلى تثمين القدرات والارتقاء بالمستوى الاقتصادي وتدارك التأخر، ومرحلة الاستقرار أو الدمج (2026-2030) التي تحقق التوازنات الاقتصادية الوطنية².

ومن خلال مخطط الحكومة لسنة 2020، تم تحديد الاستراتيجيات المزمع اتباعها من خلال ما يسمى بخطة الإنعاش الاقتصادي والاجتماعي (2020-2024).

أولا. الصحة كمحور أساسي في خطة الإنعاش الاقتصادي والاجتماعي ضمن مخطط الحكومة لسنة 2020: تعد نتائج التحول الصحي والديمقراطي الذي تشهده الجزائر من أبرز التحديات التي تواجه النظام الصحي الوطني، حيث تواصل الالتزام بمبدأ الوقاية وتعزيز صحة المواطنين. وتسعى الجزائر إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة ورفع المؤشرات الصحية إلى المستوى الدولي بحلول عام 2030، من خلال خطة حكومية تركز على تعزيز وتنظيم خدمات العلاج وتخطيط تربيته من المواطن، وتدرج مسارات العلاج، مع دعم الوقاية والرعاية المحلية، ومعالجة الفوارق الجغرافية والتحول الوبائية، بهدف ضمان جودة الخدمات الصحية وضمان كرامة المرضى.

¹Republique Algerienne Democratique Populaire, Services Du Premier Ministre, Plan D'action Du Gouvernement Pour la Mise En œuvre Du Programme Du President de La Republique, Septembre 2017, pp:42-43.

²طلال عباسي وآخرون، النموذج الاقتصادي الجديد لدعم النمو في الجزائر بين المقاربة النظرية والتجسيد الفعلي، الملتقى الوطني حول التوجهات النقدية والمالية للاقتصاد الجزائري على ضوء التطورات الاقتصادية الإقليمية والدولية، جامعة الجلفة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 14 نوفمبر 2019، ص:26.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

وتتمحور أولويات مخطط عمل الحكومة حول تحسين الاستقبال وتكريس الأنسنة داخل المؤسسات الصحية وخاصة في أقسام الاستعجالات الطبية والجراحية، مع العمل على تحسيس وتحفيز وتجند مهنيي الصحة، إلى جانب تعميم التغطية الصحية على كافة فئات السكان من خلال¹:

1. في مجال ضبط مقاييس عروض العلاج وحوكمتها وتنظيمها، يتم:

- ❖ يجري إعداد الخارطة الصحية ووضع مخطط تنظيمي للصحة قيد التنفيذ.
- ❖ يتم تجميع وتنسيق الكيانات المحلية من أجل تغطية الاحتياجات الصحية بشكل متكامل، متدرج ومستدام، على نطاق جغرافي وصحي محدد، من خلال الاستخدام المشترك للموارد البشرية والمادية.
- ❖ ضبط معايير العمل على مختلف المستويات بهدف توفير هياكل صحية ذات كفاءة عالية، مزودة بمنصات تقنية موحدة المعايير، مع ضمان التوزيع العادل للكفاءات البشرية والوسائل المادية، مما يكفل العدالة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
- ❖ تقوية قدرات الهياكل الجوارية والمنشآت الاستشفائية الأساسية، مع تطوير الصحة الجوارية عبر تمديد تقديم الاستشارات الطبية المتخصصة خارج المستشفيات وترسيخ دور الطبيب المرجعي.
- ❖ تعزيز تنظيم وتسيير الهياكل الاستعجالية، من خلال تقنين الأعمال وإرساء شبكة تكفل تدريجي، مع تدعيم نقاط الاستعجال الجوارية وإعادة هيكلة مؤسسة ومصالح المساعدة الطبية الاستعجالية (EAMU) و (SAMU).
- ❖ دعم برامج العلاج الخاصة بأمراض الصحة العمومية، مثل احتشاء عضلة القلب، الجلطات الدماغية، مضاعفات السكري، تصفية الدم، زراعة الأعضاء، حالات التهاب الكبد، وتصلب الأنسجة المتعدد.
- ❖ تحسين التعاون بين المؤسسات والهياكل الصحية، إلى جانب تنمية القطاعات المشتركة.
- ❖ تحديد مقاييس النشاط في القطاع الصحي الخاص بصفته قطاعا مكتملا للقطاع العام، والتقييم المستمر لمجال تدخله.
- ❖ تطوير خدمات النقل الجوي للمرضى، خاصة لسكان المناطق الجنوبية والهضاب العليا.
- ❖ تعزيز منظومة تموين المؤسسات الصحية بالأدوية والتجهيزات، مع التأكيد على ضمان الجودة الطبية وفعالية وسلامة المنتجات الصيدلانية والأجهزة الطبية واللقاحات.

¹ مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج السيد رئيس الجمهورية، 06 فيفري 2020. ص: 41-44.

❖ بناء نظام فعال للمعلومات الصحية من خلال إدخال تقنيات الإعلام والاتصال وتطوير المنصات الرقمية الداخلية والخارجية للمنشآت الصحية، إضافة إلى توسيع مجال الطب عن بعد.

❖ توزيع الأطباء الأخصائيين على المستوى الوطني بطريقة عقلانية ومنصفة.

2. في مجال الأدوية: تسعى الحكومة إلى توفير كافة الشروط الضرورية لضمان استمرارية توافر المنتجات الصيدلانية، مع التركيز بشكل خاص على الأدوية الأساسية. وستعمل كذلك على تطوير الأدوات الملائمة ووضع إطار قانوني منظم يضمن جودة وفعالية وسلامة هذه المنتجات، وذلك من خلال إصدار النصوص التنظيمية المتعلقة بعمل الوكالة الوطنية للمنتجات الصيدلانية وإقرار القانون الأساسي الخاص بالمؤسسات الصيدلانية.

3. في مجال التكوين سعت الحكومة إلى:

❖ دعم تكوين المهنيين الصحيين بما يتيح الاستجابة لمتطلبات النشاطات المتنوعة، مع تطوير وتقييم جودة الممارسات وضمان أمن خدمات العلاج.

❖ اعتماد برنامج خاص لتكوين بعض الفئات المهنية، لسد النقص المسجل في مجالات معينة مثل مساعدي طبيب التخدير والإنعاش، والقابلات ومساعدات التوليد في المناطق الريفية، وأعوان الأشعة، إلى جانب توسيع مسارات التكوين لمواكبة المستجدات التكنولوجية في القطاع.

❖ وضع نظام خاص للتقييم والتدقيق في قطاع الصحة، وكذا اعتماد مشاريع تطويرية للمؤسسات والخدمات، وإبرام عقود ذات أهداف ونجاعة، مع التركيز على تعزيز التخطيط الفعال والتحكم في التكاليف.

4. في مجال الوقاية من الأمراض المتنقلة ومحاربتها: باشرت الحكومة تعزيز برنامج الوقاية ومكافحة الأمراض القابلة للمراقبة من خلال تكثيف جهود التلقيح، مع التركيز بشكل خاص على:

❖ الحفاظ على الوضعية الحالية للجزائر من شلل الأطفال والكزاز الولادي وكزاز الأمهات.

❖ القضاء على أمراض الدفتيريا والحصبة، وتقليص انتشار البوحمرون، والحد من تفاقم حالات السل المعدي.

5. في مجال التكفل بالأمراض غير المتنقلة والمخاطر الصحية المتصلة بالبيئة والمناخ، تم التركيز على:

❖ إنشاء شبكات علاجية تضمن التكفل المتسلسل بالحالات الاستعجالية، مثل مشاكل القلب

والأعصاب، وحالات السرطان والإنعاش، والجلطات الدماغية، بالإضافة إلى رعاية النساء الحوامل.

❖ تعزيز الكشف المبكر عن أمراض السرطان وتقوية الشبكة الوطنية لسجلات الأورام والسرطان، مع

العمل على الحد من تأثير العوامل البيئية السلبية على الصحة العامة.

❖ دعم المخطط الوطني للنهوض بالصحة العقلية، والسعي لتطوير برامج زراعة الأعضاء.

6. في مجال التغطية الصحية في الجنوب والهضاب العليا، تم التركيز على:

- ❖ تعزيز وتطوير البرامج الخاصة بولايات الجنوب والهضاب العليا، تشمل محاربة الأمراض المتنقلة عبر المياه، وبرنامج محاربة مرض الليشمانيا الجلدي، والتسمم العقربي، وداء الرمد الحبيبي، وحمى المستنقعات والأمراض الأخرى التي تحملها النواقل، بالإضافة إلى بقايا بؤر مرض البلهاريسيا.
- ❖ تعزيز الرقابة الوبائية على مستوى الولايات الحدودية لمواجهة التهديدات الصحية المتكررة وذات الطابع الوبائي.

❖ إنشاء مرصد مختص بمراقبة الأمراض الاستوائية في ولاية تمنراست.

- ❖ تطوير قدرات فرق التدخل الطبية، سواء الثابتة أو المتنقلة، في الكشف المبكر والاستجابة السريعة للظواهر الوبائية.

❖ دعم برامج الكشف عن الأمراض الناتجة عن الإشعاعات في أوساط سكان ولايتي أدرار وتمنراست.

- ❖ تقوية آلية التوأمة والطب عن بعد بين المرافق الصحية بالجنوب والهضاب العليا ونظيراتها في الشمال، لضمان توفير العلاج التخصصي محليا.

❖ تحسين ظروف عمل مهني الصحة في مناطق الجنوب والهضاب العليا، واتخاذ إجراءات تحفيزية لصالحهم.

7. في مجال الرعاية الصحية للأم والطفل، تم التركيز على:

- ❖ تسريع وتيرة خفض معدل وفيات الأمهات، مع تعزيز تحقيقات دقيقة ومستمرة حول أسباب هذه الحالات للوقوف على مكامن القصور ومعالجتها.
- ❖ تنفيذ المخطط الوطني الهادف للتعجيل بتقليص وفيات المواليد الجدد.

8. في مجال التمويل: تم التركيز على ترسيم نظام التعاقد بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي.

9. في مجال السكان، تم التركيز على:

- ❖ تعزيز السياسة العامة باعتماد مقاربة متعددة القطاعات والتخصصات على المستويين الوطني والمحلي، مع إشراك مختلف القطاعات الحكومية ومكونات المجتمع المدني في عملية التنفيذ.
- ❖ تحسين دمج التحولات الديموغرافية ضمن استراتيجيات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، لضمان تحقيق التوازن المطلوب بين الموارد البشرية والموارد الاقتصادية والبيئية.

10. في مجال الصناعات الصيدلانية، تم التركيز على:

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

- ❖ تطوير الصناعات الدوائية والمنتجات الطبية الأخرى لرفع نسبة الإنتاج المحلي للأدوية الجنيسة إلى 70%، ونسبة منتجات الاختصاص إلى 30%، وذلك في إطار تحويل الصناعة الصيدلانية الوطنية إلى قطاع منتج للثروة.
- ❖ تحيين الإطار التنظيمي للاستثمار في مجالات الإنتاج والبحث والتطوير الصيدلاني، وتعزيز المناولة المحلية للمواد الأولية الصيدلانية، بالإضافة إلى تنظيم الدراسات السريرية بهدف دعم النمو في هذا القطاع.
- ❖ إعداد خارطة استراتيجية لمواقع الإنتاج، وتوجيه الاستثمارات الدوائية نحو المنتجات الأساسية وذات القيمة المضافة العالية التي ما تزال مستوردة، للحد من فاتورة الاستيراد والحفاظ على استدامة التوازن المالي لصناديق الضمان الاجتماعي.
- ❖ مراجعة التشريعات المنظمة لاستيراد المنتجات الصيدلانية، بما يضمن حماية الإنتاج الوطني واستمرارية تزويد السوق المحلية بالأدوية.
- ❖ تقوية آليات الرقابة على مؤسسات الإنتاج الصيدلاني لضمان الالتزام بمعايير الممارسات التصنيعية الجيدة، مع تحديد الأطر التنظيمية الخاصة بتجارب المعادلة الحيوية للأدوية الجنيسة وشروط اعتماد مراكز المعادلة الحيوية.
- ثانيا. الصحة كمحور أساسي في خطة الإنعاش الاقتصادي والاجتماعي (2020-2024) ضمن مخطط الحكومة لسنة 2021 عقب أزمة كوفيد-19: خلال الفترة (2020-2024) وعقب أزمة كوفيد-19، ركزت الحكومة الجزائرية على تعزيز البرنامج التنموي من خلال مخطط الإنعاش الاقتصادي. يعتمد هذا المخطط بشكل أساسي على تحفيز القطاعات الرئيسية كمحركات للنمو الاقتصادي والاجتماعي¹. وقد أكدت الحكومة على تعزيز رأس المال البشري من أجل تنمية بشرية وسياسة اجتماعية مدعمة، حيث أكدت على الصحة من أجل تحسين جودة العلاج. وبالإضافة إلى ما سبق ذكره في مخطط الحكومة لسنة 2020، تم إدراج استراتيجيات جديدة سنة 2021 بعد تفشي وباء كورونا. أي أنه في مجال تعزيز مكافحة جائحة كوفيد-19 سعت الحكومة إلى²:
- ❖ تعزيز نشاطات توعية السكان بضرورة تطبيق تدابير الوقاية من الفيروس بهدف التقليل من انتشاره؛
- ❖ تحسين ظروف التكفل بالمرضى المصابين بوباء كوفيد-19 من خلال تدعيم المؤسسات الاستشفائية بالوسائل البشرية والمادية ولاسيما بالأكسجين. فقد تمت برمجة الانطلاق في عمليات صيانة تجهيزات التزويد بالأكسجين على مستوى المؤسسات الصحية واقتناء وحدات إنتاج الأكسجين.
- ❖ تلقيح 70% من السكان الراشدين أي حوالي 20 مليون شخص، وذلك قبل توسيع حملة التلقيح لتشمل جميع السكان المعنيين عن طريق تنفيذ البرنامج الوطني للتلقيح.

¹ خمخام عطية، بن دندينة سعيد، ترقية الصادرات خارج المحروقات في ظل مخطط الإنعاش الاقتصادي (2020-2024)، مجلة المنتدى للدراسات والأبحاث الاقتصادية جامعة الجلفة، الجزائر، المجلد 06، العدد 02، 2022، ص: 362.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح الوزير الأول، مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج السيد رئيس الجمهورية، سبتمبر 2021، ص: 54-56.

المطلب الثاني. تحليل هيكل وموارد القطاع الصحي في الجزائر (2000-2018)

يحتل تحليل هيكل وموارد القطاع الصحي في الجزائر بأهمية كبيرة لعدة أسباب، إذ يوفر فهما عميقا لتطور وتحديث النظام الصحي كما يُسلط الضوء على الاختلافات في توزيع المرافق الصحية بين المناطق الحضرية والريفية مما يكشف عن التحديات في توفير الرعاية المتساوية. ويظهر التحليل أيضا التغيرات في توزيع القوى العاملة الصحية مما يساعد على تقييم القدرة على تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية وتحسين جودة الرعاية. كما يعد تحليل هيكل وموارد القطاع الصحي أداة هامة لتقييم كيفية استجابة القطاع للتحديات الصحية الكبرى مثل الأمراض المعدية وغير المعدية وجائحة كوفيد-19، مما يكشف عن مرونة النظام الصحي ومدى فعاليته.

الفرع الأول. تطوير البنية التحتية للخدمات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2018)

شهد القطاع الصحي في الجزائر تحولات جوهرية في تطوير بنيته التحتية حيث تم الاستثمار بشكل مكثف في توسيع وتحديث المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى. وتضمنت هذه الجهود بناء مستشفيات جديدة وتحديد المستشفيات القائمة لتشمل أحدث التقنيات الطبية مما ساهم في تعزيز القدرة على تقديم خدمات صحية أكثر كفاءة وفعالية. وبالتوازي مع تحديث المرافق فقد تم أيضا تعزيز الموارد البشرية في قطاع الصحة مع التركيز على تكوين وتأهيل الطواقم الطبية والفنية ليس فقط لزيادة أعدادهم ولكن أيضا لتحسين مهاراتهم وكفاءتهم المهنية.

أولا. تحليل تطور الرعاية الصحية في الجزائر: عدد المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية خلال الفترة (2000-2006): من الضروري معالجة عدد المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية التي كانت الموجودة قبل تنفيذ سلسلة الإصلاحات الهامة في عام 2007، حيث كانت البنية التحتية الصحية وتوزيع المرافق الصحية تعتمد بشكل كبير على النظام الإداري والتنظيمي القائم والذي عانى من عدة تحديات مثل نقص في الموارد، والمركزية المفرطة، وتباين في توافر الخدمات الصحية بين المناطق الحضرية والريفية. فبحلول نهاية عام 2006 كانت الجزائر على أعتاب تنفيذ تغييرات جوهرية تهدف إلى تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية وتعزيز الكفاءة العامة للنظام الصحي. يكشف تحليل البنية التحتية الصحية عن الحاجة الملحة للإصلاحات التي تم تنفيذها لاحقا والتي تضمنت فصل المؤسسات التي تقدم الرعاية الأساسية عن تلك التي تقدم العلاجات المتخصصة وتحسين الإدارة والحوكمة في المستشفيات، حيث كان الهدف من هذا الانفصال تحسين كفاءة كل نوع من المرافق وتعزيز تخصصها في مجالات معينة مما يعزز جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

يوضح الجدول التالي تطور عدد المنشآت القاعدية الصحية والأسرة التقنية في الجزائر خلال الفترة (2000-2006) كما يلخص التغيرات الكمية في البنية التحتية الصحية قبل البدء في تنفيذ الإصلاحات الصحية لسنة 2007.

الجدول رقم (11). تطور عدد المنشآت القاعدية الصحية والأسرة التقنية في الجزائر خلال الفترة (2000-2006)

البنية التحتية الاستشفائية					
2006		2002		2000	
التعيين	العدد	عدد الأسرة التقنية ^(*)	العدد	عدد الأسرة التقنية ^(*)	العدد
المهاكل الاستشفائية*	224	35115	227	36037	231
مراكز استشفائية جامعية (م إ ج)	13	13087	13	13236	13
(CHU)					
مؤسسة استشفائية متخصصة (م إ م)	31	6416	32	5960	32
(EHS)					
دور الولادة العامة**	392	3393	372	3316	399
دور الولادة الخاصة	38	450	31	247	77

(*) هياكل الاستشفاء = القطاعات الصحية + عيادات الاستشفاء + مصحات الولادة الحضرية.

(**) مصحات الولادة العامة = مصحات الولادة المستقلة (الريفية) + مصحات الولادة المدججة مع المراكز الصحية والعيادات المتعددة الاختصاصات.

(®) يُشار إلى أن الأسرة التقنية مخصصة لهياكل الاستشفاء فقط. أما بالنسبة للمراكز الجامعية الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة ومصحات الولادة، فهي تتضمن أسرة منظمة.

Source:

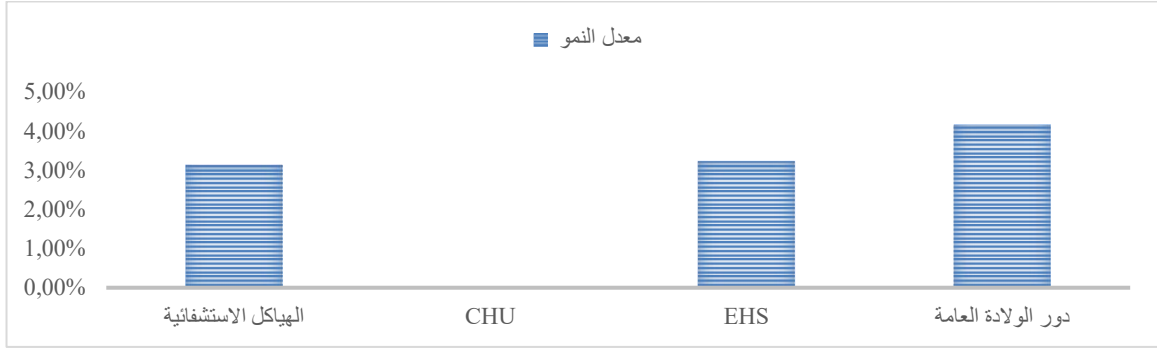
- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2003, édition 2005, n° 34. Alger: ONS, ISSN 1010-1284, P :19
- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2006-2008, édition 2009, n° 39. Alger: ONS, ISSN 1010-1284, P :20

يلاحظ من خلال بيانات الجدول نمو الهياكل الاستشفائية خلال هذه الفترة بنسبة 3.13%، بينما بقيت المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) دون تغيير. أما المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) فقد نمت بنسبة 3.23%، وكان معدل نمو دور الولادة العامة بنسبة 1.79%. فيما يخص معدل نمو عدد الأسرة التقنية (%) فقد بلغت 2.15% بالنسبة للهياكل الاستشفائية و8.12% بالنسبة للمراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) و18.11%

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)، و 4.16% لدور الولادة العامة. ويمكن توضيح هذه النسب في الشكل التالي:

الشكل رقم (16). معدل نمو البنى التحتية الاستشفائية خلال الفترة (2006-2000)

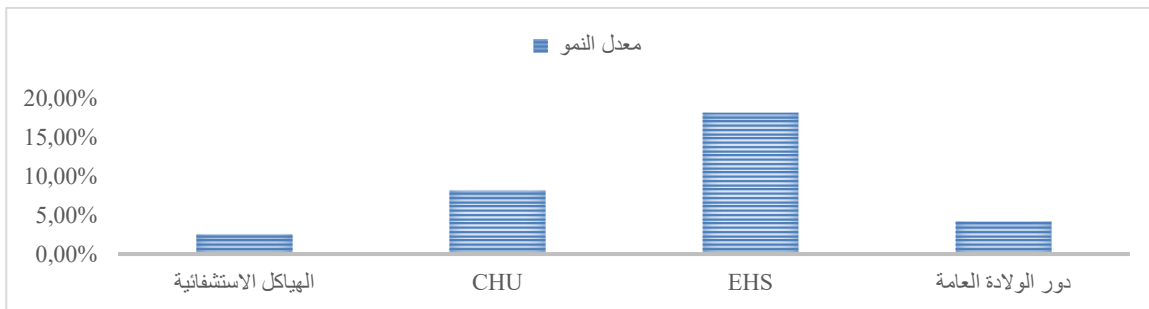


المصدر: من إعداد الطالبة.

شهد كل من الهياكل الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة نموا متواضعا في عدد المنشآت بنسب تتراوح بين 3% و 3.2% وهذا يدل على استمرارية واستقرار في التوسع بالبنية التحتية الأساسية للرعاية الصحية. بينما لم تشهد المراكز الاستشفائية جامعية (CHU) أي تغير في عدد المنشآت مما يعكس ثبات العدد خلال هذه الفترة والذي كان مرتبطا بالتخطيط الحكومي في إطار السياسات التنموية المنتهجة. وبالنسبة لدور الولادة العامة فقد شهدت زيادة طفيفة في عدد المنشآت مما يشير إلى زيادة في الاهتمام أو الحاجة لخدمات الولادة.

بالرغم من ثبات عدد المراكز الجامعية، فإن عدد الأسرة التقنية بها قد نمت بشكل ملحوظ. كما أن النمو الأكبر في عدد الأسرة التقنية كان في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)، مما يشير إلى تحسن في القدرات وربما توسع في الخدمات المقدمة. والشكل التالي يوضح نسب النمو في الأسرة التقنية للبنى التحتية الاستشفائية.

الشكل رقم (17). معدل نمو الأسرة التقنية خلال الفترة (2006-2000)



المصدر: من إعداد الطالبة.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

كانت الزيادة في عدد الأسرة للهيكل الاستشفائية متواضعة مما يدل على تحسينات طفيفة في القدرة الاستيعابية لهذه المنشآت. أما النمو الكبير في عدد الأسرة للمراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) يدل على تحسين ملحوظ في القدرات التعليمية والبحثية. كما يشير النمو الكبير في عدد الأسرة للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) إلى توسع هام في الخدمات المتخصصة والقدرة على تقديم رعاية أفضل وأكثر تخصصا. بالإضافة إلى أن الزيادة في عدد الأسرة لدور الولادة العامة تعكس زيادة في الاستثمارات والتحسينات في هذا القطاع الهام من الرعاية الصحية.

يرصد الجدول التالي تطور عدد المرافق الأساسية خارج المستشفيات في الجزائر خلال الفترة (2000-2006) والتي تشمل العيادات متعددة الخدمات والمراكز الصحية، وقاعات العلاج، المراكز الطب الاجتماعي، والصيديات. وبذلك فإن البيانات الواردة في هذا الجدول توفر نظرة شاملة على التوسع في البنية التحتية الصحية الأولية، مما يساعد على تقييم مدى توفر الخدمات الصحية للمواطنين في مختلف المناطق قبل تنفيذ الإصلاحات الرئيسية.

الجدول رقم (12). تطور عدد المنشآت القاعدية خارج المستشفيات في الجزائر خلال الفترة (2000-2006)

2006	2002	2000	
520	513	497	عيادات متعددة الخدمات
1248	1281	1252	مراكز الصحة
4684	4228	3964	قاعات دور العلاج
592	563	515	CMS مركز طبي اجتماعي
7708	6046	5576	الصيديات
6689	4995	4587	الصيديات الخاصة
86,78	82,62	82,26	%

Source:

- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats 2003, édition 2005, n° 34. Alger: ONS, ISSN 1010-1284, P :20.
- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats 2006-2008, édition 2009, n° 39. Alger: ONS, ISSN 1010-1284, P :21

من خلال بيانات الجدول يمكن ملاحظة تطورات هامة في البنى التحتية الصحية بالجزائر خلال الفترة (2000-2006)، حيث شهدت العيادات متعددة الخدمات زيادة طفيفة من (497) في عام 2000 إلى (520) في عام

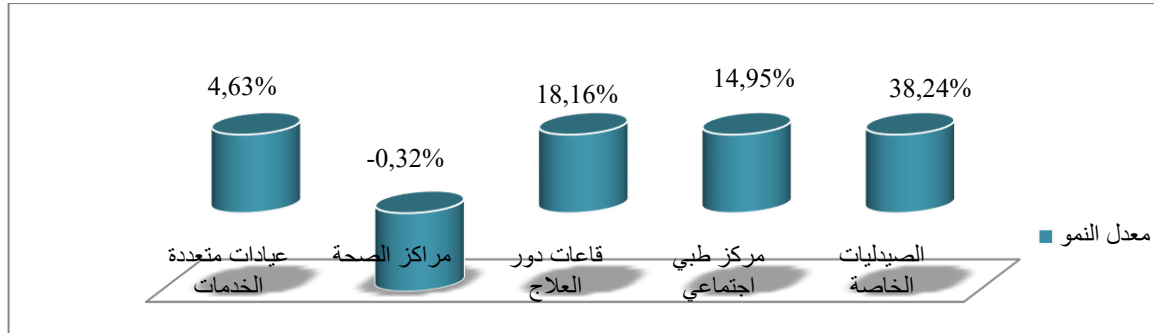
الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

2006 مما يشير إلى جهد مستمر لتحسين وتوسيع الخدمات الصحية المقدمة. أما مراكز الصحة فقد ارتفع عددها من (1252) سنة 2000 إلى (1281) سنة 2002 ثم انخفضت قليلاً إلى (1248) في سنة 2006 مما يعكس محاولات لتحقيق التوازن بين توزيع المراكز الصحية وتلبية احتياجات السكان.

وقد سجلت قاعات دور العلاج بدورها زيادة ملحوظة من (3964) في عام 2000 إلى (4684) في عام 2006 مما يبين توجهها قويا نحو تعزيز الرعاية الصحية الأساسية وتوفير خدمات صحية أقرب إلى السكان خصوصا في المناطق الريفية والنائية. بالإضافة إلى ارتفاع عدد المراكز الطبية الاجتماعية (CMS) من (515) في عام 2000 إلى (592) في عام 2006 مما يدل على تعزيز الرعاية الصحية الاجتماعية وتقديم الدعم للشرائح الأكثر احتياجا في المجتمع. وفيما يخص الصيدليات فقد عرفت نمواً من (5576) صيدلية في عام 2000 إلى (7708) في عام 2006، بينما زادت الصيدليات الخاصة من (4587) إلى (6689) في نفس الفترة مما يشير توسع القطاع الصحي الخاص وتلبية احتياجات الدواء المتزايدة للسكان.

توضح هذه البيانات أن الاستثمار في الصحة يعتبر كأولوية رئيسية للجزائر في تلك الفترة. ويعرض الشكل البياني التالي نسب النمو في البنى التحتية خارج المستشفيات خلال نفس الفترة.

الشكل رقم (18). معدل نمو المنشآت القاعدية خارج المستشفيات في الجزائر خلال الفترة (2006-2000)



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم (18)

يمكن ملاحظة أن أعلى معدل نمو كان للصيدليات الخاصة بنسبة 38.24%، مما يشير إلى توسع كبير في القطاع الخاص الصحي لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصيدلانية. قاعات دور العلاج جاءت في المرتبة الثانية بمعدل نمو 18.16%، مما يعكس الجهود المبذولة لتعزيز الرعاية الصحية الأساسية، خصوصا في المناطق الريفية. سجلت المراكز الطبية الاجتماعية نمواً بنسبة 14.95%، مما يعكس تحسين الخدمات الاجتماعية الصحية. أما العيادات متعددة

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

الخدمات فحققت نموا طفيفا بنسبة 4.63%، بينما شهدت مراكز الصحة انخفاضا طفيفا بنسبة -0.32%، مما قد يشير إلى إعادة هيكلة أو توزيع أكثر فعالية للمراكز الصحية لتلبية احتياجات السكان.

إذن شهدت الجزائر خلال الفترة (2000 - 2006) تطورا في عدد المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية. اعتمدت في بداية الفترة بشكل رئيسي على عدد محدود من المستشفيات والمرافق الصحية لتلبية احتياجات السكان في مختلف المناطق. وبعد ذلك توسعت الجهود الحكومية في تطوير البنية التحتية الصحية، مما أدى إلى زيادة عدد المستشفيات والمرافق الصحية المتاحة. وهذا يعكس التزام الحكومة بتحسين البنية التحتية الصحية وتوفير خدمات طبية أفضل للمواطنين. تجدر الإشارة إلى أن هذا النمو في عدد البنى التحتية الصحية الاستشفائية وخارج المستشفيات كان نتيجة للزيادة في الطلب على الخدمات الصحية وللتحديات الصحية المتزايدة التي واجهت البلاد في تلك الفترة.

ثانيا. تحليل تطور الرعاية الصحية في الجزائر: عدد المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية خلال الفترة (2008-2018): شهدت الجزائر تحسنا ملحوظا في البنية التحتية الصحية بحلول العام 2008، وذلك بفضل الاستثمارات الحكومية الكبيرة في مجال الصحة أين ازداد عدد المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية بشكل مستمر. ويوضح الجدول التالي عدد المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية خلال الفترة (2008-2018)

الجدول رقم (13). تطور أعداد المنشآت القاعدية الصحية والأسرة التقنية في الجزائر خلال الفترة (2000-2018)

2018		2016		2012		2008		التعيين
عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	
40442	206	38407	200	37545	193	37185	190	مؤسسات استشفائية عامة (م إ ع) (مستشفيات القطاع الصحي سابقا) (EPH)
1533	09	1324	09	849	05	600	04	مؤسسات استشفائية (م إ) (EH) (مستشفيات القطاع الصحي سابقا)
12671	15	12910	15	12312	14	12115	13	مراكز استشفائية جامعية (م إ ج) (CHU)
1087	01	818	01	759	01	700	01	مؤسسة استشفائية جامعية (EHU)

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

12426	79	11725	75	10863	66	9932	57	مؤسسة استشفائية متخصصة (م إ م) (EHS)
-	135	-	123	-	105	-	85	دور الولادة الخاصة

المصدر:

- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2012-2014 رقم 45، نشرة 2015. ص: 26.
 - الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2016-2018، رقم 49، نشرة 2021. ص: 23.
 - Office National des Statistiques, L'Algérie en quelques chiffres : résultats : 2009 – 2011, édition 2012, n° 42. Alger: ONS, numéro 33. ISSN 1010-1284, P :24
 - ✓ اعتبارًا من عام 2008، تم تنفيذ تقسيم جديد في قطاع الصحة تم تحويل مراكز الصحة إلى عيادات متعددة التخصصات أو إلى غرف للعلاج.
- شهد القطاع الصحي في الجزائر خلال هذه الفترة تزايدًا ملحوظًا في عدد المؤسسات الصحية وتوسعًا في البنية التحتية مما يعكس الجهود المبذولة لتحسين خدمات الرعاية الصحية. فقد ارتفع عدد المؤسسات الاستشفائية العامة (EPH) من 190 مؤسسة سنة 2008 إلى 206 مؤسسة سنة 2018، مما يمثل معدل نمو إجمالي قدره 8.42%. كما شهدت هذه المؤسسات كذلك زيادة في عدد الأسرة التقنية من 37185 إلى 40442 سريرا، مما يعكس تحسين القدرات الاستيعابية وتقديم خدمات أفضل. وفيما يخص المؤسسات الاستشفائية (EH) فقد شهدت نموا معتبرا من ناحية العدد، حيث ارتفعت من 4 مؤسسات في عام 2008 إلى 9 مؤسسات في عام 2018، مما يمثل معدل نمو إجمالي يبلغ 125% والذي تزامن مع زيادة عدد الأسرة التقنية من 600 إلى 1533 سريرا، مما يعزز من قدرة هذه المؤسسات على تقديم خدمات صحية متخصصة.

شهدت المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) نموا معتدلا بارتفاع عددها من 13 إلى 15 مركزا بمعدل نمو إجمالي قدره 15.38%. ورغم هذا النمو الطفيف، فإن عدد الأسرة التقنية في هذه المراكز شهد أيضا زيادة طفيفة من 12115 إلى 12671 سريرا. بينما بقي عدد المؤسسة الاستشفائية الجامعية (EHU) ثابتا عند مؤسسة واحدة طوال الفترة في حين ارتفع عدد الأسرة التقنية من 700 إلى 1087 سريرا، مما يعكس تحسينات في السعة والخدمات دون زيادة عدد المؤسسات. من جهة أخرى، زاد عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) من 57 إلى 79 مؤسسة بمعدل نمو إجمالي قدره 38.60%. كما شهد عدد الأسرة التقنية في هذه المؤسسات زيادة من 9932 إلى 12426 سريرا، مما يعكس تزايد الاهتمام بتقديم خدمات صحية متخصصة تلبي احتياجات محددة للسكان. وبدورها شهدت دور الولادة الخاصة نموا كبيرا من 85 إلى 135 بمعدل نمو إجمالي قدره 58.82%، مما يعكس تزايد الطلب على خدمات الولادة والرعاية الصحية للأمهات والأطفال.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

تعكس هذه البيانات استمرارية التطوير والتوسيع في البنية التحتية الصحية وتقديم خدمات أفضل للمواطنين. أما فيما يخص التطور في عدد البنى التحتية الصحية خارج المستشفيات فيمكن توضيحها من خلال الجدول الموالي:

الجدول رقم (14). تطور أعداد المنشآت القاعدية الصحية خارج المستشفيات في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)

(2018)

2018		2016		2012		2008		
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
-	273	-	273	-	271	-	271	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (م ع ص ج) (EPSP) وتشمل:
4347	1715	4075	1684	3314	1601 ✓	1988 ✓	1419 ✓	✓ عيادات متعددة الخدمات
-	6003	-	5875	-	5545 ✓	- ✓	5077 ✓	✓ قاعات دور العلاج
-	-	-	-	-	409 ✓	2812 ✓	419 ✓	✓ دور الولادة العمومية
3046	410	3142	416	2996				
-	677	-	630	-	627	-	611	مركز طبي اجتماعي
-	11562	-	11140	-	10058	-	8477	الصيدليات
-	10700	-	10260	-	9135	-	7509	الصيدليات الخاصة
-	92,54	-	92,10	-	90,82	-	88,58	%
المنشآت الخاصة								
-	10620	-	9042	-	6776	-	5621	عيادة طبيب مختص
-	8347	-	7298	-	6335	-	6202	عيادة طبيب عام
-	7526	-	6514	-	5368	-	4717	عيادة طب الأسنان
-	938	-	709	-	426	-	301	عيادة ممارسة مجموعة

المصدر:

- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2012-2014 رقم 45، نشرة 2015. ص: 26.
- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2016-2018، رقم 49، نشرة 2021. ص: 23.
- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats : 2009 – 2011, édition 2012, n° 42. Alger : ONS, numéro 33. ISSN 1010-1284, P :24

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

شهدت المؤسسات الصحية في الجزائر تطورات ملحوظة خلال الفترة (2008-2018) كما هو موضح في بيانات الجدول رقم (14) ارتفع عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) والتي تشمل العيادات متعددة الخدمات وقاعات دور العلاج ودور الولادة العمومية، من 271 مؤسسة في عام 2008 إلى 273 مؤسسة في عام 2018. ورغم الارتفاع الطفيف فقد شهد عدد الأسرة في هذه المؤسسات نموا من 1419 سريرا في عام 2008 إلى 1715 سريرا في عام 2018 مما يعكس تحسنا في القدرة الاستيعابية والخدمات المقدمة.

شهدت المراكز الطبية الاجتماعية زيادة من 611 مركزا في عام 2008 إلى 677 مركزا في عام 2018، مما يمثل نموا نسبته 10.79%. وكذلك ارتفع عدد الصيدليات الخاصة من 7509 إلى 10700 صيدلية خلال نفس الفترة مما يشير إلى نمو نسبته 42.55%. كما شهدت الصيدليات الخاصة نمواً في النسبة المئوية من 88.58% إلى 92.54% خلال نفس الفترة، مما يعكس زيادة في توفر الأدوية والخدمات الصيدلانية للسكان.

شهدت عيادات الأطباء المتخصصين نموا كبيرا من 5621 عيادة إلى 10620 عيادة خلال الفترة (2008-2018) مما يمثل نموا يقدر بنسبة 88.85%. ارتفع عدد عيادات الأطباء العامين من 6202 عيادة إلى 8347 عيادة بمعدل نمو قدره 34.57%. في حين شهدت عيادات طب الأسنان نموا من 4717 إلى 7526 عيادة مما يمثل نموا نسبته 59.54%. بالإضافة إلى ارتفاع عيادات الممارسة الجماعية من 301 في عام 2008 إلى 938 عيادة في عام 2018 مما يمثل نموا مذهلا بنسبة 211.96%. تعكس الزيادات في عيادات الأطباء المتخصصين وعيادات طب الأسنان وعيادات الممارسة الجماعية التوجه نحو تقديم خدمات صحية أكثر تخصصا وشجولا.

الفرع الثاني. تحليل اتجاهات توزيع الموارد البشرية في النظام الصحي الجزائري خلال الفترة (2000-2018)

سيتم من خلال هذا الفرع الكشف عن التغيرات في تركيبة القوى العاملة الطبية والشبه الطبية بالجزائر، من خلال تقديم تحليل كمي لتطور أعداد الأطباء، والجراحين، والصيدادلة، والتقنيين. فمن خلال المقارنة بين توزيع الموارد البشرية بين القطاعين العام يتم تحديد الفجوات والمشكلات الرئيسية مثل هجرة الكوادر ونقص في بعض التخصصات.

أولا. تحليل توزيع العاملين في السلك الطبي والشبه الطبي في الجزائر خلال الفترة (2000-2018): شهد قطاع الصحة في الجزائر تطورا ملحوظا في عدد العاملين في السلك الطبي وشبه الطبي خلال الفترة (2000-2018) مما يعكس جهودا كبيرة لتحسين الخدمات الصحية والاستجابة للطلب المتزايد على الرعاية الصحية. يظهر الجدول التالي بيانات تفصيلية حول هذا التطور:

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

الجدول رقم (15). العاملين في السلك الطبي والسلك شبه الطبي خلال الفترة (2000-2018)

عدد العمال في السلك شبه الطبي						عدد العمال في السلك الطبي					
2018	2015	2010	2006	2000	العاملين	2018	2015	2010	2006	2000	العاملين
91152	90939	70519	57510	44742	تقنيون سامون	81751	73431	56209	39459	32332	أطباء (عامون)، وأخصائيون (ومقيمون)
3260	6698	20610	22640	28027	تقنيون	15008	13645	11633	9684	8197	جراحو أسنان
44820	25821	13172	9818	11243	مساعدون في السلك الشبه الطبي	12890	11475	9 081	7267	4814	صيادلة
139232	123458	104301	89968	87012	المجموع	109589	98551	76923	56410	45343	المجموع

Source:

- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats 2003, édition 2005, n° 34 , Alger : ONS, ISSN 1010-1284. P : 18.
- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats : 2009 – 2011, édition 2012, n° 42. Alger : ONS, numéro 33. ISSN 1010-1284, P : 22.

• الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2015-2017، رقم 48، نشرة 2018. ص: 21

• الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2016-2018، رقم 49، نشرة 2021. ص: 22

تشير بيانات الجدول إلى أن هناك ارتفاعاً في عدد الأطباء من 32,332 في عام 2000 إلى 81,751 طبيب في عام 2018، مما يمثل نمواً بنسبة 152.85%. هذا النمو الكبير يعكس الاستثمار المستمر في التعليم الطبي وتوظيف الأطباء لتلبية الطلب المتزايد على الرعاية الصحية. وبالمثل فقد شهد عدد جراحي الأسنان زيادة من 8,197 إلى 15,008 بنمو نسبته 83.08%، وهو ما يعكس زيادة الاهتمام بصحة الفم والأسنان وتحسين جودة الرعاية في هذا المجال. أما الصيادلة فقد ارتفع عددهم من 4,814 إلى 12,890 بمعدل نمو قدره 167.74%، وهو ما يعكس التوسع في خدمات الصيدلة وتوافر الأدوية، مما يعزز من كفاءة النظام الصحي ويضمن توافر الأدوية بشكل أفضل.

شهد السلك شبه الطبي في المقابل زيادات متفاوتة. حيث ارتفع عدد التقنيون الساميون من 44,742 إلى 91,152، بنمو قدره 103.74%، ما يدل على الحاجة المتزايدة لدعم الأطباء في تقديم الرعاية الصحية المعقدة. بينما شهد عدد التقنيين انخفاضاً حاداً من 28,027 إلى 3,260، مما يعكس تحولاً في هيكل القوى العاملة نحو تقنيين ذوي كفاءة أعلى أو توظيف مساعدتي السلك شبه الطبي بشكل أكبر. ويؤكد هذا الاتجاه زيادة عدد

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

المساعدين من 11,243 إلى 44,820، بنمو مذهل نسبته 298.75% مما يعكس الاعتماد المتزايد على هؤلاء المساعدین لتقديم الرعاية الصحية المباشرة للمرضى.

ثانيا. توزيع الكوادر الطبية بالنسبة لعدد السكان في الجزائر خلال الفترة (2000-2018): شهد قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2018 تطورا ملحوظا في توزيع الكوادر الطبية بالنسبة لعدد السكان، ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (16). نصيب الكوادر الطبية من السكان خلال الفترة (2000-2018)

عدد السكان لكل	2000	2006	2010	2015	2018
طبيب	941	849	640	544	521
جراح أسنان	3711	3457	3 093	2929	2837
صيدلي	6318	4607	3 962	3483	3303
تقني سامي	637	582	510	439	467
تقني	1085	1479	1 746	5966	13061
مساعد في الصحة	2705	3410	2 731	1548	950

Source:

- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats 2003, édition 2005, n° 34, Alger : ONS, ISSN 1010-1284. P : 18.
- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats : 2009 – 2011, édition 2012, n° 42. Alger : ONS, numéro 33. ISSN 1010-1284, P : 22.

• الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2015-2017، رقم 48، نشرة 2018. ص: 21.

• الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2016-2018، رقم 49، نشرة 2021. ص: 22.

بلغ عدد السكان لكل طبيب 941 فرد سنة 2000، وانخفض هذا الرقم بشكل مستمر ليصل إلى 521 فردا في عام 2018 مما يشير إلى زيادة عدد الأطباء وتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية. وبالنسبة لجراحي الأسنان، فقد انخفض عدد السكان لكل جراح من 3711 إلى 2837 فردا مما يعكس تحسنا في توفير خدمات طب الأسنان. وفيما يخص الصيدالة فقد انخفض العدد من 6318 فردا لكل صيدلي في عام 2000 إلى 3303 في عام 2018 مما يشير إلى زيادة توافر الأدوية والخدمات الصيدلانية.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

شهد توزيع التقنيون الساميون تحسناً، حيث انخفض العدد من 637 إلى 467 فرداً لكل تقني سامي. من ناحية أخرى، شهد عدد السكان لكل تقني زيادة حادة من 1085 في عام 2000 إلى 13061 في عام 2018، مما يشير إلى تغييرات في هيكلية التوظيف. أما المساعدون في الصحة، فقد انخفض عددهم من 2705 إلى 950 شخصا لكل مساعد مما يعكس تعزيز الدعم المباشر للمرضى.

ثالثاً. توزيع الكوادر الطبية بين القطاعين العام والخاص في الجزائر: يعتبر القطاع الخاص في الجزائر جزءاً مهماً من النظام الصحي، وبرغم ذلك يثير مسائل قانونية بالنسبة للتوزيع العادل للخدمات الطبية والتنظيم السليم لهذا القطاع. إذ يمكن أن يؤدي انتشار القطاع الخاص بشكل غير قانوني إلى ارتفاع التكاليف المدفوعة من الجيب للمرضى. بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يكون لتوزيع الأطباء بين القطاعين تأثير مباشر على تحسين فعالية النظام الصحي بشكل عام. فمن خلال التوجيه السليم للموارد البشرية وتنظيم الخدمات الطبية، يمكن تعزيز التعاون بين القطاعين وتحقيق الفائدة القصوى للمرضى. وفيما يلي عدد الأطباء وتوزيعهم بين القطاعين العام والخاص خلال الفترة (2000-2018).

الجدول رقم (17). عدد الأطباء حسب قطاع النشاط خلال الفترة (2000-2018)

	2018	2015	2010	2006	2000	
	القطاع		القطاع		القطاع	
	الخاص	العمومي	الخاص	العمومي	الخاص	العمومي
أطباء	23367	58384	18478	54953	14255	41954
جراحو أسنان	7936	7072	6384	7261	5223	6410
صيادلة	10731	2159	9974	1501	8329	752
المجموع	42034	67615	34836	63715	27807	49116

Source:

- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats 2003 , édition 2005, n° 34, Alger : ONS, ISSN 1010-1284. P : 18.
- Office National des Statistiques, _L'Algérie en quelques chiffres : résultats : 2009 – 2011, édition 2012, n° 42. Alger : ONS, numéro 33. ISSN 1010-1284, P : 22.
- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2015-2017، رقم 48، نشرة 2018. ص: 21.
- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2016-2018، رقم 49، نشرة 2021. ص: 22.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

شهد توزيع الكوادر الطبية بين القطاعين العام والخاص في الجزائر تطورات هامة مما يعكس الجهود المبذولة لتعزيز الخدمات الصحية في كلا القطاعين. ارتفع عدد الأطباء في القطاع العام من 22007 في عام 2000 إلى 58384 في عام 2018، بينما ارتفع العدد في القطاع الخاص من 10325 إلى 23367 خلال نفس الفترة. يعكس هذا النمو الاستثمارات الكبيرة في التعليم الطبي وتوظيف الأطباء لتلبية الطلب المتزايد على الرعاية الصحية في كلا القطاعين.

أما جراحو الأسنان فقد زاد عددهم في القطاع العام من 4851 في عام 2000 إلى 7072 في عام 2018 بينما شهد القطاع الخاص زيادة من 3346 إلى 7936 مما ينطوي على تحسين خدمات طب الأسنان وتلبية احتياجات المواطنين المتزايدة في هذا المجال. وفيما يتعلق بالصيدلة، فقد شهد القطاع العام نموا في عدد الصيدلة من 227 في عام 2000 إلى 2159 في عام 2018، بينما شهد القطاع الخاص زيادة ملحوظة من 4587 إلى 10731 صيدلي. يعكس هذا النمو في القطاع الخاص توسعا كبيرا في خدمات الصيدلة وتوافر الأدوية.

ارتفع مجموع الكوادر الطبية بشكل عام في القطاع العام من 27085 في عام 2000 إلى 67615 في عام 2018، بينما زاد العدد في القطاع الخاص من 18258 إلى 42034 خلال نفس الفترة. يعكس هذا التوزيع المتوازن بين القطاعين تعزيز التعاون بين القطاعين العام والخاص لتقديم خدمات صحية شاملة، حيث يساهم القطاع الخاص في تخفيف الضغط عن القطاع العام وتوفير خيارات متنوعة للمواطنين. كما يعكس بتحقيق التكامل بين القطاعين لتلبية احتياجات الصحة المتزايدة.

المطلب الثالث. تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي في الجزائر: الانجازات والتحديات

تعتبر التغطية الصحية الشاملة (UHC) محورا أساسيا في أجندة التنمية المستدامة لعام 2030. تواجه النظم الصحية تحديات كبيرة خاصة في ظل النفقات الصحية الكارثية التي تتجاوز قدرة الأفراد على الدفع. وقد أكدت جائحة كوفيد-19 الأهمية الحاسمة لتعزيز الحق في الصحة عبر برامج التغطية الصحية الشاملة أين كشفت عن نقاط ضعف النظم الصحية التي تتطلب استجابة قوية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي. برزت أهمية التغطية الصحية الشاملة في الجزائر خلال الجائحة التي زادت من تعقيد التحديات التي يواجهها النظام الصحي الجزائري. وبذلك فقد سلطت أزمة كورونا الضوء على الأهمية الحيوية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة كضرورة لضمان صحة الأفراد عن طريق بدل المزيد من الجهود لتعزيز النظام الصحي وتحقيق الأمن الصحي الشامل.

الفرع الأول. من الأمن الصحي إلى الأمن الصحي العالمي: تحليل مؤشر الأمن الصحي

يعد مؤشر الأمن الصحي العالمي (GHS) أداة حيوية في تقييم جاهزية الدول لحالات الطوارئ الصحية، حيث يوفر إطاراً شاملاً يشمل الوقاية والكشف والاستجابة السريعة (Pereira et al. 2022). وقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية التعرف على قدرات الأمن الصحي للدولة، مشددة على الحاجة إلى نهج شامل في سياق عالمي مترابط (Kachali et al. 2022; Zawadzki and Montibeller 2023)¹. وبذلك يعد مؤشر الأمن الصحي العالمي أداة هامة لتقييم قدرة الدول على التعامل مع الأزمات الصحية العالمية والاستجابة لها بفعالية، كما يعكس مدى استعداد الأنظمة الصحية للتعامل مع الأوبئة والكوارث الصحية.

أولاً. تطور مفهوم الأمن الصحي: على الرغم من توفر أدبيات واسعة حول "الأمن الإنساني"، و"الأمن الصحي" و"الأمن الصحي العالمي"، إلا أنه لا يوجد تعريف متفق عليه عالمياً. حيث أن الاستخدام الواسع ولكن غير المتسق لهذا المصطلح من قبل أصحاب المصلحة في الصحة العامة العالمية والذين لديهم تصورات وأولويات وأجندات متباينة جداً قد خلق حالة من الارتباك وانعدام الثقة². إذ يمكن النظر إلى مفهوم الأمن الصحي العالمي من منظورين متعارضين: منظور أمني للدولة الذي يركز على أمان وسلامة الأفراد الوطنيين، ومنظور أمني إنساني يتمحور حول أمن السكان ويمتد تأثيره عبر الحدود³.

قامت منظمة الصحة العالمية في بداية القرن الحادي بدفع فكرة الأمن الصحي العالمي، إذ ظهر هذا المفهوم في قراءات المنظمة وتقاريرها (WHA, 2001; WHO, 2001). ركز تقرير الصحة العالمي على الأمن الصحي العالمي متضمناً بعض القضايا التي تتجاوز التهديدات الصحية المشتركة. في عام 2001، ربط قرار المنظمة (رقم 14/54) الأمن الصحي العالمي بالاستجابة للأوبئة، وتضمنت الاستراتيجية العالمية الوقاية من انتقال الأمراض المعدية عبر الحدود الوطنية، مما أدى إلى مراجعة اللوائح الصحية الدولية التي دخلت حيز التنفيذ في جوان 2007. وقد تم اختيار الأمن الصحي موضوعاً ليوم الصحة العالمي في ذلك العام، وأصدر تقرير "مستقبل أكثر أماناً: أمن الصحة العامة العالمي في القرن الحادي والعشرين" الذي عرف الأمن الصحي العالمي بالأنشطة والممارسات اللازمة لتقليل التعرض

¹ Qazi, A., Simsekler, M.C.E., & Al-Mhdawi, M.K.S. (2024). Prioritizing Indicators for Rapid Response in Global Health Security: A Bayesian Network Approach. *International Journal of Disaster Risk Science*, P:02.

² Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: A critical analysis. *Health Policy and Planning*, 23 (6),p:02.

³ Šehović, A. B., & Govender, K. (2021). "Addressing COVID-19 vulnerabilities: How do we achieve global health security in an inequitable world". *Global Public Health*, 16.8-9 (2021), p:01.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

للأحداث التي تهدد الصحة العامة عبر الحدود الدولية. كما أكدت المنظمة على الامتثال للوائح الصحة العالمية وربطت الأمن الصحي بمكافحة الأمراض المعدية بتسمية مجموعة الأمراض المعدية باسم "الأمن الصحي والبيئة"¹.

إذن يمكن اعتبار الأمن الصحي كحلم يراود الجميع، ولكي يتحقق ويصبح واقعا ملموسا، ينبغي المبادرة إلى الاستثمار في هذا المجال. ويتمحور الأمن الصحي حول كيفية حماية أفراد المجتمع من جميع الأخطار الصحية التي تواجههم، وذلك في سبيل جعلهم ينعمون بحياة آمنة صحيا وأكثر استقرارا².

وبالتالي فإن الأمن الصحي هو السعي إلى تحرير الإنسان من كل التهديدات التي يمكن أن تؤثر سلبا في سلامته الجسدية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد تقديم الرعاية الصحية التي تحميه من المرض والعجز فحسب. ومن الضروري لصانعي السياسات والباحثين في العالم العربي تبني مفهوم شامل للأمن الصحي يجمع بين المقاربتين: تحرير الإنسان العربي من جميع التهديدات التي تحيط برفاهيته الجسدية والعقلية والاجتماعية، وتقديم رعاية صحية متكاملة للجميع دون تمييز. إضافة إلى ذلك يتوجب العمل مع دول العالم والمنظمات الدولية للحفاظ على أمن الإنسان من الكوارث والحوادث والأمراض المعدية. كما يجب على الحكومات العربية عدم التخلي عن دورها في صياغة سياسات الأمن الصحي ومراقبة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، إذ أظهرت جائحة "كوفيد-19" أن تخلي بعض الدول الأوروبية عن دورها في حماية الأمن الصحي أدى إلى تفاقم تداعيات الجائحة على نظام الرعاية الصحية فيها³.

ثانيا. **مؤشر الأمن الصحي: أداة قياس فاعلية الأنظمة الصحية في مواجهة الأزمات:** يعد مؤشر الأمن الصحي العالمي (GHS Index) أول معيار شامل يقيّم الأمن الصحي والقدرات ذات الصلة في 195 دولة تلتزم باللوائح الصحية الدولية (IHR 2005). تم تطوير مؤشر GHS بواسطة مبادرة التهديد النووي (NTI) ومركز جونز هوبكنز للأمن الصحي (JHU) بالتعاون مع وحدة الاستخبارات الاقتصادية (EIU)، وذلك باعتقادهم أن مؤشر GHS سيعزز قدرة الصحة العالمية على مواجهة أحد أخطر التهديدات التي تواجه العالم، وهو الأمراض المعدية. يهدف هذا المؤشر إلى تحديد معيار عال للاستعداد لمواجهة الأوبئة المحتملة التي قد تتحول إلى جائحات. كما يهدف إلى تحفيز صناعات القرار لتحسين استعداد الدول لمواجهة تفشي الأمراض المعدية والأحداث البيولوجية ذات العواقب الشديدة، وكذلك الأحداث البيولوجية الكارثية عالميا⁴.

¹ خالد كاظم أبو دوح، الأمن الصحي، مركز البحوث الأمنية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المجلد 01، العدد 01، 2021، ص: 03.

² مريم رعد عبد الزهرة، تحقيق الأمن الصحي في المجتمع الدولي، مجلة الشرق الأوسط للدراسات القانونية والفقهية، المجلد 02، العدد 02، 2022، ص: 98.

³ خالد كاظم أبو دوح، مرجع سبق ذكره، ص: 03-04.

⁴ Nuclear Threat Initiative. (2019). *Global health security index: Building collective action and accountability*. pp: 31-32.

يتكون إطار مؤشر الأمن الصحي العالمي (GHS) من مجموعة من الأسئلة النوعية والكمية التي تقيم بشكل متسق ومقارن عبر الدول المختلفة. تتيح هذه المنهجية لمؤشر GHS أن يكون مرجعاً لقياس تحسينات الدول بمرور الوقت. وقد تم تقييم الدول عبر 140 سؤالاً بحيث جمعت الدرجات على مستوى المؤشرات الفرعية والمؤشرات والفئات والمستوى العام. يتراوح مقياس التقييم من 0 إلى 100، حيث أن 100 هو الأفضل. وتقسم الدرجات الإجمالية إلى ثلاث طبقات:

✓ الطبقة الدنيا (0-33.3): درجات منخفضة.

✓ الطبقة المتوسطة (33.4-66.6): درجات متوسطة.

✓ الطبقة العليا (66.7-100): درجات عالية.

ثالثاً. المعايير الرئيسية لمؤشر الأمن الصحي العالمي (GHS): تتمثل الفئات الأساسية المدرجة في مؤشر الأمن الصحي العالمي فيما يلي¹:

1. الوقاية Prevention: تركز هذه الفئة على الوقاية من ظهور أو إطلاق مسببات الأمراض، بما في ذلك تلك التي تشكل خطراً صحياً عاماً غير عادي وفقاً للتعريف المعترف به دولياً لحالة الطوارئ الصحية العامة ذات الاهتمام الدولي. تشمل المؤشرات في هذه الفئة مقاومة المضادات الحيوية، الأمراض الحيوانية المنشأ، الأمن البيولوجي، السلامة البيولوجية، البحث ذو الاستخدام المزدوج، وثقافة العلوم المسؤولة، والتطعيم.

1. الكشف والإبلاغ Early Detection and Reporting: تهدف هذه الفئة إلى الكشف المبكر والإبلاغ عن الأوبئة التي قد تكون ذات اهتمام دولي والتي يمكن أن تنتشر إلى ما وراء الحدود الوطنية أو الإقليمية. تشمل المؤشرات في هذه الفئة تقييم نظم المختبرات، والرصد والإبلاغ في الوقت الفعلي، والقوة العاملة في علم الأوبئة، وتكامل البيانات بين قطاعات الصحة البشرية والحيوانية والبيئية.

3. الاستجابة السريعة Rapid Response: تركز هذه الفئة على الاستجابة السريعة والتخفيف من انتشار الوباء. تشمل المؤشرات في هذه الفئة تقييم الاستعداد للطوارئ والتخطيط للاستجابة، وتنفيذ خطط الاستجابة وعمليات الاستجابة الطارئة، والربط بين السلطات الصحية والأمنية، والتواصل بشأن المخاطر، والوصول إلى بنية الاتصالات التحتية، وتقييد التجارة والسفر.

¹ Ibid., p 36,38.

4. النظام الصحي **Health System**: تعنى هذه الفئة بتوفير نظام صحي كاف وقوي لعلاج المرضى وحماية العاملين الصحيين. تشمل المؤشرات في هذه الفئة تقييم القدرة الصحية في العيادات والمستشفيات ومراكز الرعاية المجتمعية، والتدابير الطبية المضادة ونشر الموظفين والوصول إلى الرعاية الصحية، والتواصل مع العاملين في مجال الرعاية الصحية أثناء حالة الطوارئ الصحية العامة وممارسات السيطرة على العدوى وتوفير المعدات، والقدرة على اختبار واعتماد التدابير المضادة الجديدة.

5. الامتثال للمعايير الدولية **Compliance with International Norms**: تركز هذه الفئة على الالتزام بتحسين القدرات الوطنية وخطط التمويل لمعالجة الفجوات والامتثال للمعايير العالمية. تشمل المؤشرات في هذه الفئة تقييم الامتثال للإبلاغ بموجب اللوائح الصحية الدولية (IHR) والحد من مخاطر الكوارث، والاتفاقيات عبر الحدود بشأن الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة، والالتزامات الدولية، واستكمال ونشر تقييمات منظمة الصحة العالمية (JEE) ومنظمة الصحة العالمية للحيوان (OIE) لأداء الخدمات البيطرية (PVS)، والتمويل، والالتزام بمشاركة البيانات والعينات الجينية والبيولوجية.

6. بيئة المخاطر **Risk Environment**: تهتم هذه الفئة بتقييم بيئة المخاطر العامة وضعف الدول أمام التهديدات البيولوجية. وتشمل المؤشرات في هذه الفئة تقييم المخاطر السياسية والأمنية، والمرونة الاجتماعية والاقتصادية، كفاية البنية التحتية، المخاطر البيئية، ونقاط الضعف في الصحة العامة التي قد تؤثر على قدرة الدولة على منع أو اكتشاف أو الاستجابة لتفشي الأوبئة أو الجوائح وزيادة احتمالية انتشار الأمراض عبر الحدود الوطنية. وبذلك فإن مؤشر الصحة العالمي (GHS) يتضمن مؤشرات تظهر مستوى الاستعداد للأحداث البيولوجية الكبرى مع التركيز على الوقاية، الكشف، والاستجابة. ومن خصائصه الرئيسية تشجيع الشفافية الوطنية، حيث تحصل الدول التي تعرض قدراتها بشكل علني على درجات أعلى، ويعتمد المؤشر على مصادر متاحة للجمهور لتقليل عبء الإبلاغ. يتيح المؤشر أيضا تتبع المنتظم للتقدم، حيث توفر نسخة 2019 تقيما أساسيا لقدرات الأمن الصحي مما يسمح بمحاسبة الدول على التحسينات المستقبلية.

الفرع الثاني. تعزيز الأمن الصحي بالجزائر لتحقيق التغطية الصحية الشاملة: الاستجابة لأزمة كورونا

يعتبر كل من التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي ركيزتان أساسيتان لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، إذ يهدفان إلى توفير الرعاية الصحية اللازمة للجميع دون تمييز أو عناء مالي. إن تعزيز الأمن الصحي على الصعيد

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

العالمي والجزائر بشكل خاص يتطلب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، الأمر الذي يستوجب استجابة فعالة من النظام الصحي لاسيما في مواجهة الأزمات الصحية كأزمة كورونا التي أبرزت الحاجة الملحة لتطوير النظم الصحية بما يتوافق مع المعايير الدولية.

أولا. تقييم عالمي للتقدم في التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي: التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي هما وجهان لعملة واحدة، حيث أن وضع أنظمة صحية قوية هو أفضل دفاع ضد تحول تفشي الأمراض إلى أوبئة تؤدي في الأخير إلى أزمات صحية. فمن خلال ضمان أن تمتلك الدولة القدرات الأساسية للصحة العامة لمنع وكشف، والاستجابة للتفشي والطوارئ الصحية، يتم وضع الأساس لنظام صحي مرن يمكنه تحقيق التغطية الصحية الشاملة¹.

يكشف تحليل مؤشر الأمن الصحي العالمي (GHS) لعام 2019 أنه لا توجد دولة في العالم كانت مستعدة بشكل كامل لمواجهة الأوبئة أو الجوائح². تظهر هذه الحقيقة أن الأنظمة الصحية القوية تعني قدرة أكبر للدول على منع واكتشاف والاستجابة بفعالية للأوبئة وحالات الطوارئ الصحية العامة الأخرى، مما يساهم بشكل كبير في تقليل فقدان الأرواح والاضطرابات المجتمعية والتكاليف الاقتصادية لمثل هذه الأحداث³. وحتى قبل جائحة كوفيد-19، كان التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة متعثرا. وقد أبرزت جائحة كوفيد-19 الحاجة الملحة إلى بناء نظام تغطية صحية شامل يكون قادراً على الصمود في الأوقات العصيبة كما في الأوقات الهادئة، مما يؤكد أن التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي هدفان مترابطان لا يمكن تحقيق أحدهما دون الآخر⁴.

1. التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة عالميا وتأثيرات جائحة كورونا: عند منتصف الطريق نحو تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة لعام 2030 والمتعلق بالتغطية الصحية الشاملة، لا يزال أكثر من نصف سكان العالم غير مغطى بالكامل بالخدمات الصحية الأساسية، بينما يواجه ربع سكان العالم صعوبات مالية بسبب الإنفاق الصحي من جيوبهم. لقد توقف التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة بشكل مقلق في العديد من البلدان، وازداد تدهور الحماية المالية بشكل تدريجي على مدى العقدين الماضيين. حيث يظهر تقرير المراقبة العالمي لعام 2023 الصادر عن منظمة الصحة العالمية حول تتبع التغطية الصحية الشاملة والذي تم إطلاقه في 18 سبتمبر 2023

¹ Achieving Universal Health Coverage by 2030. Research Note on Achieving Universal Health Coverage by 2030, Lok Sabha Secretariat, Research and Information Division, India, 2019, p:03.

² Nuclear Threat Initiative. (2019). op. cit., p: 18.

³ World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development. (2017). *Healthy systems for universal health coverage - a joint vision for healthy lives*. Geneva: World Health Organization.. Geneva, 2017, P: 09.

⁴ United Nations. (2023). *Action agenda on universal health coverage from the UHC movement: 2023 UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage*, 2023, p: 02.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

بواسطة منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، أن العالم ليس على المسار الصحيح لتحقيق تقدم كبير نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030. فعلى الرغم من أن مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة العالمي قد ارتفع من 45 إلى 68 (من أصل 100) بين عامي 2000 و 2021، فإن التقدم تباطأ بعد عام 2015 حيث شهدت معظم البلدان ركوداً أو تدهوراً في تغطية الخدمات. وبذلك فإنه حدث ركود عالمي في مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة من عام 2019 إلى 2021 خلال الجائحة كورونا¹.

تشير المؤشرات الحالية ومستويات الإنفاق الصحي في جميع أنحاء العالم إلى أن العالم يتجه بشكل خطير بعيداً عن تحقيق أهداف "التغطية الصحية الشاملة 2030". في الواقع هناك مخاطر حقيقية من التراجع إذا لم يتم اتخاذ خطوات عاجلة للحفاظ على مستويات الإنفاق الصحي العالمي وزيادتها على المبادرات الاستراتيجية الهامة. في حين أن الحكومات زادت الإنفاق في قطاع الصحة خلال جائحة كوفيد-19، فإن الظروف الاقتصادية الكلية المتدهورة إلى جانب عواقب الحرب في أوكرانيا والأولويات الوطنية المتنافسة قد قيدت بشكل كبير الإنفاق العام وإنفاق الجهات المانحة على الصحة. كما أدى الجمع بين الضغوط المتزايدة للديون الخارجية وارتفاع التضخم المحلي إلى زيادة الفجوة بين ما هو مطلوب في الصحة وما هو متاح من الموارد المالية. ومع ذلك من المتوقع أن تشهد العديد من البلدان التي تكون فيها الاحتياجات الصحية الأكبر انخفاضاً أو استقراراً في الإنفاق الصحي مما يهدد مشروع التغطية الصحية الشاملة 2030 بأكمله. يتوقع تقرير البنك الدولي أن 41 حكومة ستفق أقل على الصحة بين الآن وعام 2027 مما كانت عليه في فترة ما قبل الجائحة، في 69 دولة، سيظل الإنفاق على قدم المساواة مع مستويات ما قبل الجائحة. هذا يشكل جزءاً صغيراً من الموارد المطلوبة للحفاظ على الخدمات الأساسية واستعادة ما فقد بسبب الانقطاعات المتعلقة بكوفيد-19، والاستعداد بشكل كاف لجائحة محتملة في المستقبل أو أزمة صحية أخرى².

رغم أنه تم إحراز تقدم كبير نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC) على الصعيد العالمي، لكن التحديات ما زالت هائلة. شهدت معظم أنحاء العالم توسعاً في الوصول إلى الخدمات الصحية وتغطية التدخلات الرئيسية على مدار العقدين الماضيين. كما كانت هناك تحسينات ملحوظة في الحماية المالية. ومع ذلك لا تزال هناك فجوات كبيرة في التغطية في العديد من البلدان، لا سيما بالنسبة للفئات الفقيرة والمهمشة من السكان. على الرغم من التقدم في تقليل عبء الأمراض المعدية، لا تزال معدلات سوء التغذية، والحاجة غير الملباة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية ووفيات الأمهات مرتفعة في العديد من أنحاء العالم. في الوقت نفسه يتزايد عبء الأمراض غير المعدية (NCDs) مثل

¹ World Health Organization. (2023). *Universal Health Coverage*. Executive Board, 154th session, Provisional agenda item 6, Report No. EB154/6, 2023. pp:01-03.

² Médecins Sans Frontières. (2023). *missing (from) the UHC-targets: Leaving behind the most vulnerable*. Paris, France: MSF report, 2023, p:05.

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والصحة العقلية. تعتبر الأمراض غير المعدية الآن السبب في 63% من الوفيات عالمياً، حيث تحدث 80% من هذه الوفيات في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. كما يظل الإنفاق الشخصي على الصحة مرتفعاً في العديد من البلدان ويدفع 100 مليون شخص إلى الفقر كل عام¹. وقد أوضحت مجموعة البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات أن تحقيق التغطية الصحية الشاملة سيتم من خلال تحسينات في الرعاية الصحية التي²:

- ✓ تعطي الأولوية للفقراء مع التركيز بشكل خاص على معالجة الفوارق والتركيز على الفئات الضعيفة؛
- ✓ زيادة الاعتماد على التمويل العام والاعتراف بأن التمويل العام ضروري لتغطية الأشخاص الذين لا يمكنهم المساهمة مالياً؛
- ✓ تقليل إن لم يكن القضاء على الإنفاق من الجيب؛
- ✓ تطوير النظام الصحي من خلال تجاوز تمويل الصحة لتعزيز المكونات الأساسية للنظام الصحي.

2. **التقدم نحو الأمن الصحي العالمي وتأثيرات جائحة كورونا:** تم نشر النسخة الأولى من مؤشر الأمن الصحي العالمي في أكتوبر 2019. وبعد بضعة أشهر فقط، ظهر فيروس كورونا جديد واختبر الفهم القائم مع جائحة عالمية حقيقية³. وقد أدت جائحة كوفيد-19 التي بدأت في عام 2020 إلى هيمنة الأمن الصحي العالمي على اهتمام الصحة العامة. قامت كل دولة من دول العالم باختبار نظمها الصحية وخاصة نظم الأمن الصحي من خلال استجابتها لجائحة كوفيد-19، وقد تبين أن العديد منها ليست على المستوى المطلوب. ففي نهاية الوباء الأول لفيروس SARS في عام 2005، قامت منظمة الصحة العالمية بمراجعة الإطار القانوني الشامل للتعامل مع الطوارئ الصحية العامة، والمعروف باللوائح الصحية الدولية (IHR). تعد هذه الأخيرة أداة قانونية دولية وافقت 196 دولة على الالتزام بها. وقد كشفت تجربة كوفيد-19 في 2021/2020 أن المجتمع العالمي بحاجة لبذل المزيد لضمان استعداد الدول بشكل أفضل للتخصير، والوقاية، والمراقبة، والاستجابة، والتعافي من أي طوارئ صحية عامة مستقبلية⁴.

¹ World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development. (2017). *Healthy systems for universal health coverage - a joint vision for healthy lives*. Op.cit., p:08.

² Sen Gita et al *Universal Health Coverage, Gender Equality and Social Protection: A Health Systems Approach*. Discussion Paper No. 38, UN Women, 2020.p05.

³ Center for Health Security. (2021). *Global Health Security Index 2021: Methodology*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. P: 03.

⁴ Carlson, C., et al. (2022). Strengthening global health security: Lessons learned from Public Health England's International Health Regulations Strengthening Project. *Globalization and Health*, 18 (20). 2022, p: 02.

يعد تحقيق التغطية الصحية الشاملة شعار العالمي لجميع فئات السكان داخل الدول للحصول على الحق في الصحة وضمان وصول جميع الناس والمجتمعات إلى خدمات صحية عالية الجودة دون المخاطرة بالأعباء المالية. أما الأمن الصحي فيشمل الوقاية من التهديدات البيولوجية الناشئة طبيعياً أو العرضية أو المتعمدة، والكشف عنها والاستجابة لها، مع التركيز على الوقاية من الأمراض السارية، والكوارث الطبيعية والبشرية، والنزاعات والطوارئ الأخرى. إن الترابط بين التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي يجعلهما جانبان لعملة واحدة ومتلازمان، ولا يمكن تحقيقهما دون عمل مشترك¹.

ثانياً. تقييم التقدم المحرز في الجزائر نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي: تم تحقيق بعض الإنجازات في الجزائر سعيها منها نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي مما يمثل خطوات إيجابية تعكس التزام الحكومة بتوفير الخدمات الصحية للجميع والاستعداد للكوارث الصحية في المستقبل.

1. تقييم التقدم المحرز في الجزائر نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة: إن تقديم مؤشر التغطية الصحية الشاملة في الجزائر خلال الفترة (2000-2021) يكشف عن تقدم ملحوظ في النظام الصحي. هذا التقدم يتماشى مع الغاية 3-8 من أهداف التنمية المستدامة التي تهدف إلى "تحقيق التغطية الصحية الشاملة" وتضمن تقديم الخدمات الصحية الأساسية دون تسبب في ضائقة مالية للمواطنين. يقاس مؤشر التغطية الصحية بواسطة مؤشرين رئيسيين هما المؤشر 3-8-1 المرتبط بتغطية الخدمات الصحية والمؤشر 3-8-2 الذي يركز على النفقات الصحية بالنسبة لميزانية الأسرة. هذان المؤشران يتم مراقبتهما بشكل مشترك لتقييم الوصول إلى الخدمات والحماية من المخاطر المالية. يحسب التقدم في مؤشر تغطية الخدمات الصحية كوسيط هندسي لـ 14 مؤشراً من مؤشرات التتبع التي تغطي مجالات متنوعة مثل الصحة الإنجابية، صحة الأم والرضيع والطفل، الأمراض المعدية، والأمراض غير السارية، بالإضافة إلى سعة الخدمة والوصول إليها.

¹ Debie, A., et al. (2022). Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: A narrative review and synthesis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20 (50), p: 02.

الجدول رقم (18). درجة مؤشر التغطية الصحية الشاملة في الجزائر خلال الفترة (2000-2021)

2021	2015	2010	2005	2000	السنوات
74	74	67	61	56	درجة مؤشر التغطية الصحية الشاملة /100

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات منظمة الصحة العالمية.

تشير بيانات الجدول إلى تطور درجة مؤشر التغطية الصحية الشاملة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من عام 2000 إلى غاية عام 2021. يمكن ملاحظة تحسن ملحوظ في المؤشر، حيث ارتفعت الدرجة من 56 في عام 2000 إلى 74 في عام 2015، واستقرت عند هذا المستوى حتى عام 2021. يعكس هذا الارتفاع التدريجي الجهود المبذولة لتحسين النظام الصحي الجزائري وتوسيع نطاق الخدمات الصحية المقدمة للسكان.

إن استقرار المؤشر عند 74 بين عامي 2015 و 2021 مرتبطا بعدة عوامل منها الاستثمارات في البنية التحتية الصحية والتدابير الوقائية التي تمت خلال هذه الفترة. كما أن جائحة كورونا (COVID-19) التي ظهرت في أواخر عام 2019 أثرت بشكل كبير على الأنظمة الصحية العالمية. الحفاظ على درجة المؤشر الصحية الشاملة خلال هذه الفترة مؤشرا على قدرة النظام الصحي الجزائري على التكيف مع التحديات الكبيرة التي فرضتها الجائحة وذلك من خلال تعزيز التدابير الوقائية وتحسين كفاءة الخدمات الصحية. وبالتالي فالجزائر قد قطعت شوطا طويلا في تعزيز التغطية الصحية الشاملة، ولكن استمرار هذا التقدم يتطلب جهودا دائمة واستراتيجيات فعالة لمواجهة التحديات المستقبلية وضمان مرونة النظام الصحي في مواجهة الأزمات الصحية العالمية.

2. استعداد النظام الصحي الجزائري على مواجهة الأزمات واستجابته لكوفيد-19: تقييم باستخدام مؤشر الأمن الصحي العالمي: شهد النظام الصحي الجزائري تحديات كبيرة خلال أزمة كوفيد-19، حيث كان عليه التكيف مع ضغوط غير مسبقة على الموارد والبنية التحتية الطبية. فيما يتعلق بالاستعداد لمواجهة الأزمات، تبين أن الجزائر واجهت نقصا في الموارد الطبية الأساسية مثل الأسرة في وحدات العناية المركزة وأجهزة التنفس الصناعي. ولكن رغم هذه التحديات اتخذت الحكومة إجراءات حاسمة لتوسيع القدرات الطبية بما في ذلك بناء مستشفيات وتخصيص ميزانيات إضافية لقطاع الصحة.

أما بالنسبة للاستجابة، فقد أظهرت الجزائر مرونة في تطبيق إجراءات الصحة العامة، مثل فرض الحجر الصحي وإغلاق الحدود، وتكثيف حملات التوعية الصحية. كما كان هناك تعاون وثيق مع المنظمات الدولية للحصول على المعدات الطبية واللقاحات. ومع ذلك كشفت الجائحة عن نقاط ضعف في النظام الصحي، مثل البيروقراطية

الفصل الثالث. استراتيجيات تمويل النظام الصحي الجزائري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي

والتحديات اللوجستية التي أثرت على سرعة توزيع اللقاحات والخدمات الطبية. والجدول التالي يوضح تقييم استعداد النظام الصحي الجزائري لمواجهة الأزمات واستجابته لجائحة كوفيد-19 وذلك باستخدام مؤشر الأمن الصحي العالمي.

الجدول رقم (19). تصنيف منظومة الصحة الجزائرية وفق مؤشرات الأمن الصحي العالمي (2021-2019)

2021	2019	
163	173	الترتيب عالميا/195 دولة
26.2	23.6	% درجة مؤشر الأمن الصحي
15.3	19.4	% الوقاية
12.6	8.5	% الكشف والإبلاغ
25.6	31.1	% سرعة الاستجابة
15	12.6	% نظام الصحة
38.9	37.3	% الامتثال للنظم الدولية
49.7	52	% بيئة المخاطر

Source : <https://ghsindex.org/country/algeria/>

تشير بيانات الجدول إلى تحسن ترتيب الجزائر عالميا من 173 إلى 163، وارتفاع درجة مؤشر الأمن الصحي من 23.6% إلى 26.2% يعكس تقدماً في قدرة النظام الصحي على التعامل مع الأزمات. ورغم ذلك فإن تراجع مؤشر الوقاية من 19.4% إلى 15.3% يشير إلى ضعف في الإجراءات الوقائية، مما قد يكون أثر سلباً على جهود مواجهة كوفيد-19. من جهة أخرى تحسن في مؤشر الكشف والإبلاغ من 8.5% إلى 12.6% يعكس قدرة أفضل على التعرف على الأمراض والإبلاغ عنها، وهو أمر حاسم في إدارة الجائحة. ومع ذلك فقد تراجعت سرعة الاستجابة خلال هذه الفترة من 31.1% إلى 25.6%، مما يشير إلى بطء في إدارة الجائحة. ومع ذلك فقد تراجعت سرعة الاستجابة تحسن نظام الصحة من 12.6% إلى 15% يعكس تطوراً في البنية التحتية مما ساعد في استيعاب الضغط الناجم عن الجائحة. وعلى الرغم من التحسن الطفيف في الامتثال للنظم الدولية فإن تراجع بيئة المخاطر من 52% إلى 49.7% قد أثر سلباً على جهود السيطرة على انتشار الفيروس. بينما أظهرت الجزائر بعض التحسينات في الجاهزية الصحية، إلا أن التحديات في الوقاية وسرعة الاستجابة تشير إلى ضرورة تعزيز هذه الجوانب لمواجهة الأزمات الصحية المستقبلية بفعالية أكبر.

خلاصة الفصل

شهدت الجزائر مباشرة بعد الاستقلال تحولات عميقة في المجال الصحي بغرض إرساء نظام صحي عادل يضمن رعاية صحية ذات جودة عالية لجميع المواطنين وكذا الاستجابة للاحتياجات المتزايدة خاصة بعد ارتفاع معدلات النمو السكاني. بالرغم من الجهود المعتبرة التي بذلت والمبالغ الطائلة التي أنفقت، فقد واجه النظام الصحي الجزائري العديد من التحديات وأوجه القصور في عدة جوانب. ونظرا للاختلالات الموجودة بات من الضروري إعادة النظر في السياسة الصحية المتبعة من خلال عمليات الإصلاح التي تأخذ بعين الاعتبار العوائق المالية والتسييرية والتنظيمية والقانونية مما أدى إلى طرح قانون جديد للصحة بحلول سنة 2018 وتعديله سنة 2020.

مع تزايد أهمية التدقيق في خطط إصلاح النظم الصحية واختيار أحسن السياسات والاستراتيجيات المتلائمة مع وضع واحتياجات الدول، جاءت الإصلاحات في الجزائر بغرض التكيف مع الواقع الجديد الذي تعيشه المنظومة الصحية على الصعيد الاقتصادي، الاجتماعي والسياسي ومع التحولات الديموغرافية والوبائية، التكنولوجية وتحديات العولمة. تطورت الخدمات الصحية بشكل ملحوظ عبر سنوات البرامج التنموية التي انتهجتها الجزائر، وتمكنت الدولة عن طريق المخصصات المالية الضخمة التي وفرتها من تطوير مستوى الخدمات الصحية حيث زادت من عدد المستشفيات والأسرة والمستوصفات والعاملين في القطاع الصحي. إلا أن بعض المعوقات حالت دون بلوغ القطاع الصحي لمستوى الطموح، مما يتطلب دراسة تلك المشكلات والبحث عن حلول جذرية وواقعية يمكن الاستعانة بها في تطوير القطاع الصحي الجزائري والوصول به إلى المستويات القياسية في الدول المتقدمة.

تمحورت الإصلاحات حول قضية تمويل القطاع الصحي، حيث أدى اعتماد الدولة الكبير على تمويله إلى ظهور سلبيات خطيرة على الميزانية العامة للدولة. كما أن تزايد النفقات وانعدام مصادر أخرى للتمويل حتم على السلطات إلى البحث عن بدائل، مما أظهر فكرة النمط التعاقدية كأسلوب جديد للتمويل يربط وزارة الصحة بميثاق الضمان الاجتماعي. ولكن تجسيد هذه الإجراءات على أرض الواقع تعثره عدة تحديات تحول دون نجاعته، حيث أن أي نظام للتمويل يجب أن يغطي أهداف النظام الصحي لتشمل الاستجابة للاحتياجات الصحية وتحقيق مفهوم العدالة في تغطية الخدمات الصحية. وبالتالي من الأهمية بما كان الاستفادة من تجارب الدول التي تمكنت من تحقيق مستويات متقدمة من التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي والعمل على بناء النظم الصحية الوطنية المتلائمة للخصوصية الوطنية والظروف المحلية.

الفصل الرابع

دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على
الصحة في دفع مجلة التنمية البشرية بالجزائر

تمهيد

يعتبر الإنفاق العام على الصحة أحد الأعمدة الأساسية للتنمية البشرية، إذ يشكل استثمارا مباشرا في رأس المال البشري ويعكس التزام الدولة بتحسين جودة الحياة وضمان العدالة في الوصول إلى الرعاية الصحية. يتضح من خلال تحليل الأبعاد الثلاثة الأساسية للتنمية البشرية (الصحة، التعليم، والدخل)، مدى التقدم المحقق والتحديات المستمرة التي تواجه الجزائر. مما يسمح بفهم أكثر دقة لتعقيدات التنمية البشرية والتحديات التي تواجهها بما يعزز فهم السياسات التنموية المطلوبة لتحقيق تنمية مستدامة.

خضع الإنفاق الصحي في العقود الأخيرة لتقييمات متكررة ضمن أجندات التنمية الدولية، لا سيما أهداف الألفية (2000-2015) التي ركزت على تقليل وفيات الأطفال، وتحسين صحة الأمهات، ومكافحة الأمراض المعدية. ومع انتقال العالم إلى مرحلة أهداف التنمية المستدامة (2015-2030)، توسع التركيز ليشمل التغطية الصحية الشاملة، وتقوية النظم الصحية، وتقليل الفوارق الصحية بين الدول وداخلها. يعتبر تحقيق الأهداف الصحية للألفية نقطة محورية في تقييم التقدم الصحي الذي أحرزته الجزائر على مدار العقود الماضية. انتهت الفترة الزمنية التي تم تحديدها لتحقيق أهداف الألفية في عام 2015، لتبدأ مرحلة جديدة من أهداف التنمية المستدامة (SDGs) التي تمتد حتى عام 2030.

تهدف هذه الدراسة التحليلية إلى استكشاف العلاقة بين حجم وجودة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وبين مؤشرات التنمية البشرية. كما تسعى إلى تقييم مدى مساهمة هذا الإنفاق في تحقيق أهداف الألفية السابقة، وموقعه الحالي ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة، لا سيما الهدف الثالث.

يعتبر قياس العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية أمرا بالغ الأهمية لفهم تأثير استثمار الدولة في القطاع الصحي على جوانب مختلفة من التنمية الاقتصادية والاجتماعية. يمكن من خلال قياس هذه العلاقة تحديد مدى قدرة الإنفاق الحكومي على تحسين الصحة العامة، التعليم، ومستوى المعيشة في المجتمع. كما يساعد هذا التحليل في تحديد أولويات السياسات العامة وتوجيه الموارد بشكل أكثر كفاءة نحو القطاعات التي تساهم في تحسين جودة الحياة. لهذا يعتمد الجانب القياسي على قياس تأثير الإنفاق الصحي على هذه المؤشرات الرئيسية، مما يعزز من فهم العلاقة السببية ويساهم في بناء استراتيجيات تنموية فعالة ومستدامة.

المبحث الأول. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)

يعد تحليل اتجاهات الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر أمراً هاماً لمعرفة مدى فعالية السياسات الحكومية المتبعة على رفاة وصحة المواطنين. يكتسب معرفة حجم الإنفاق العام على القطاع الصحي أهمية خاصة نظراً لارتباطها بشكل مباشر بتحسين مؤشرات التنمية البشرية، وبالأخص مؤشر الصحة.

المطلب الأول. اتجاهات الإنفاق العام الصحي في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)

تعد دراسة اتجاهات الإنفاق العام على الصحة في الجزائر ذات أهمية كبيرة لفهم مدى التزام الحكومة بتحسين القطاع الصحي عبر مؤشرات مالية واقتصادية مترابطة. يتيح تحليل هذه الاتجاهات تقييم فعالية السياسات الصحية المتبعة وكفاءة توزيع الموارد المالية. كما يوفر هذا التحليل قاعدة أساسية لفهم تغيرات الإنفاق الصحي وتوجيه السياسات المستقبلية بما يتماشى مع تحقيق أهداف التنمية المستدامة، مما يعزز من قدرة القطاع الصحي على الاستجابة للاحتياجات المتزايدة للسكان وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

الفرع الأول. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي (GHED) وفجوة الإنفاق الصحي بين الجزائر وبعض الدول المختارة

يشكل الإنفاق العام على الصحة مؤشراً أساسياً يعكس مدى حرص الحكومات على توفير الرعاية الصحية لمواطنيها، كونه جزءاً مهماً من الميزانية الحكومية ويعبر عن اهتمام الدولة بالقطاع الصحي ضمن خطط التنمية. سيتم فيما يأتي تحليل نسب الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022. كما أنه من خلال المقارنة مع دول مختارة، يتم استكشاف الفجوات المحتملة في تخصيص الموارد الصحية بين الجزائر وهذه الدول، مما يمكن من فهم مدى اختلاف الأولويات التي تمنحها الحكومات لهذا القطاع الهام.

أولاً. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة بالجزائر كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي (GHED)

Domestic General Government Health Expenditure (% of general government expenditure)

وفقاً لتعريف المؤشرات وتحديدها على موقع بيانات البنك الدولي، يعبر الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي عن حصة الموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي من مجموع الإنفاق العام المحلي.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

يعكس هذا المؤشر مدى أولوية الحكومة في تخصيص ميزانيتها لصالح الصحة ضمن موازنتها السنوية. من خلال دراسة نسبة الإنفاق الصحي من إجمالي الإنفاق الحكومي، يمكن تقييم التزام الدولة بتمويل القطاع الصحي وتحسينه. يعرض الجدول التالي تطور هذا المؤشر خلال الفترة من 2000 إلى 2022.

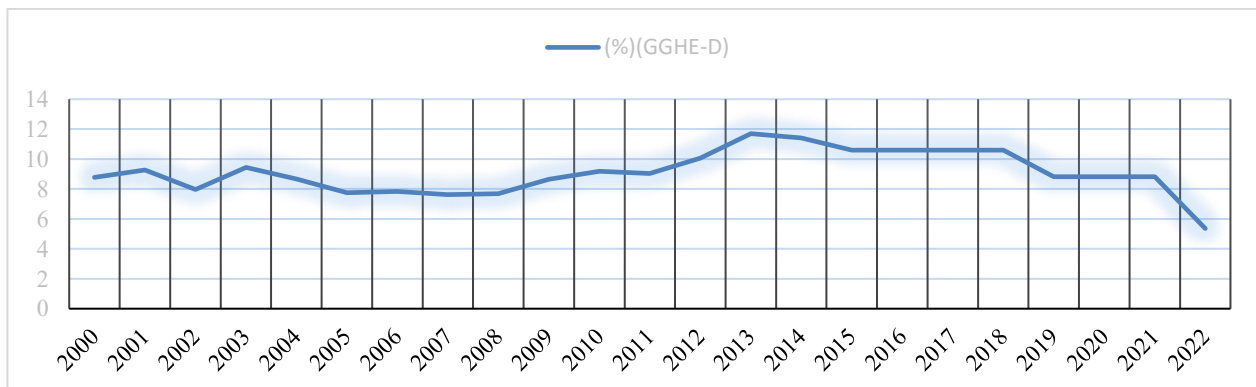
الجدول رقم (20). تطور الإنفاق الصحي الحكومي كنسبة مئوية من الإنفاق العام خلال الفترة (2000-2022)

السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق العام (GGHE-D) (%)	السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق العام (GGHE-D) (%)	السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق العام (GGHE-D) (%)
2000	8.77923775	2008	7.68720913	2016	10.6059408
2001	9.26661205	2009	8.64468479	2017	10.60604
2002	7.97343826	2010	9.18787575	2018	10.6061688
2003	9.43778801	2011	9.03425121	2019	8.83036137
2004	8.66916943	2012	10.0614471	2020	8.83030605
2005	7.76159906	2013	11.701066	2021	8.82852936
2006	7.84512997	2014	11.4180374	2022	5.3613677
2007	7.63073635	2015	10.6048107		

Source: World Development Indicators, Last Updated Date 15/04/2025.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل الآتي:

الشكل رقم (19). تطور الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الإنفاق العام في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة بناءً على بيانات الجدول رقم (20).

شهد الإنفاق الصحي في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2007 تقلبات نسبية حول متوسط 8.5%، مما يعكس المرحلة الانتقالية في السياسة الصحية التي كانت تركز على بناء الأسس الأولية لنظام الصحة

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

المجانية الذي بدأ تطبيقه منذ عام 1976. ركزت الحكومة في تلك الفترة على تطوير المراكز الصحية والعيادات بدلا من المستشفيات الكبرى ذات التكاليف المرتفعة. أما في الفترة من 2008 إلى 2015، فقد شهد الإنفاق نموا تدريجيا حتى بلغ ذروته في 2013 بنسبة 11.7%، وهو ما يتزامن مع الخطة التنموية الرباعية (2010-2014).

شهد الإنفاق الصحي في الفترة (2016-2022)، انخفاضا حادا وصل إلى 5.36% في 2022، ويعود ذلك إلى عدة عوامل، أبرزها التأثيرات الاقتصادية الناتجة عن انخفاض أسعار النفط في أواخر عام 2014، مما أثر بشكل كبير على الميزانية الحكومية وقلل من الإنفاق على العديد من القطاعات بما في ذلك القطاع الصحي. إضافة إلى ذلك أسفرت جائحة كوفيد-19 عن ضغوط إضافية على النظام الصحي الجزائري، حيث كشفت عن نقص حاد في أسرة العناية المركزة والمعدات الطبية.

ثانيا. تحليل الفجوة بين الجزائر وبعض الدول المختارة في الإنفاق الصحي العام كنسبة من الإنفاق الحكومي

سيتم تحليل الفجوة بين الجزائر وبعض الدول الأخرى المختارة في مجال الإنفاق الصحي كنسبة من الإنفاق الحكومي العام، وذلك بناء على بيانات عامي 2000 و2022. الدول المختارة للمقارنة هي دول تشترك مع الجزائر في خصائص جغرافية أو اقتصادية أو اجتماعية مشابهة، أو تمثل نماذج صحية متقدمة في بعض الحالات.

الجدول رقم (21). مقارنة الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام بين الجزائر وعدد من الدول المختارة

الدولة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام (GGHE-D)(%) سنة 2000	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام (GGHE-D)(%) سنة 2022
الجزائر	8.77923775	5.3613677
تونس	10.5429211	11.2102547
المغرب	4.11556196	6.82021856
مصر	6.66372585	7.21807432
تركيا	7.18632746	10.0485592
فرنسا	13.4954214	15.2521248
ألمانيا	16.1917458	20.4647942

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

24.7420979	16.1609383	الولايات المتحدة
11.8454943	11.8108997	إيطاليا
8.99684525	9.67673969	البرازيل

Source: World Development Indicators, Last Updated Date 15/04/2025

يمكن تحليل الفجوة في الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي بين الجزائر وعدد من الدول المختارة كما يلي:

■ **تحليل الفجوة بين الجزائر ودول شمال إفريقيا (تونس، المغرب، مصر):** تظهر المقارنة بين الجزائر والدول المجاورة في شمال إفريقيا توجهات مختلفة في الإنفاق على الصحة. كانت الجزائر تخصص عام 2000 ما يعادل 8.78% من الإنفاق الحكومي للصحة، بينما كانت تونس تُخصص 10.54%، والمغرب 4.12%، ومصر كانت تخصص 6.66%. في عام 2022، شهدت الجزائر تراجعاً كبيراً في النسبة حيث انخفضت إلى 5.36%. بالمقابل شهدت تونس زيادة واضحة إلى 11.21%، والمغرب ارتفعت نسبته إلى 6.82%، في حين أن مصر شهدت زيادة طفيفاً إلى 7.22%. يوضح هذا التوجه في تونس ومصر التزاماً متزايداً من قبل الحكومات في تخصيص مزيد من الموارد للقطاع الصحي، في حين أن الجزائر قد شهدت تراجعاً كبيراً في هذه النسبة، مما يعكس تحديات في تخصيص الموارد الصحية. شهد المغرب تحسناً متواضعاً، لكنه يظل منخفضاً مقارنة بتونس والجزائر.

■ **الفجوة بين الجزائر ودول أخرى ذات اقتصادات صاعدة (تركيا، البرازيل):** تمتاز هذه الدول بحجم اقتصادي كبير نسبياً في أسواقها الناشئة، حيث نجد أن تركيا قد شهدت زيادة ملحوظة في الإنفاق الصحي من 7.19% في 2000 إلى 10.05% في 2022. تبين هذه الزيادة تحسناً ملحوظاً في تمويل النظام الصحي في تركيا، وهو ما يعكس توجه الحكومة التركية نحو تحسين البنية التحتية الصحية. أما البرازيل فقد شهدت انخفاضاً طفيفاً في الإنفاق الصحي من 9.68% في 2000 إلى 8.99% في 2022. فعلى الرغم من هذا التراجع، تخصص البرازيل نسبة أكبر من الإنفاق الحكومي للصحة مقارنة بالجزائر. تظهر الفجوة بين الجزائر وتركيا تفاوتاً في استراتيجيات التمويل الصحية. بينما استمرت تركيا في تعزيز تخصيص مواردها الصحية، فإن الجزائر لم تتمكن من الحفاظ على هذا التوجه، مما يضعها في وضع متأخر عن بعض الاقتصادات الناشئة.

■ الفجوة بين الجزائر ودول أوروبية ذات نظم صحية متقدمة (فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، الولايات المتحدة): عند المقارنة مع هذه الدول والتي تمتلك أنظمة صحية متقدمة، يتم ملاحظة فجوة كبيرة في الإنفاق على الصحة. ففي حين كانت فرنسا تخصص 13.50% سنة 2000، وألمانيا تخصص ما يعادل 16.19% وإيطاليا كانت تخصص 11.81%. بينما كانت الجزائر تخصص 8.78% فقط من الإنفاق الحكومي للصحة في نفس العام. وبحلول عام 2022، شهدت فرنسا وألمانيا زيادة ملحوظة في تخصيص الموارد الصحية، حيث ارتفعت النسبة في فرنسا إلى 15.25% وألمانيا إلى 20.46%، وهو ما يعكس الاهتمام الكبير بتوفير رعاية صحية شاملة ومتطورة. أما إيطاليا فقد استقرت النسبة عند 11.85%. تعتبر الفجوة بين الجزائر وهذه الدول الأوروبية كبيرة جدا، مما يعكس الفروق الكبيرة في قدرات الإنفاق على الصحة حيث تخصص هذه الدول نسبا أعلى بكثير من ميزانيتها للصحة. بالإضافة إلى أن الولايات المتحدة خصصت 16.16% من الإنفاق الحكومي للصحة في 2000، وارتفعت النسبة إلى 24.74% في 2022. وهذا يعني أن الفجوة بين الجزائر والولايات المتحدة تعد ضخمة جدا، مما يعكس اختلافا كبيرا في تخصيص الموارد بين نظام رعاية صحية يعتمد بشكل كبير على القطاع الخاص في الولايات المتحدة ونظام رعاية صحي عام في الجزائر، حيث تشهد الجزائر تحديات في توفير تمويل كافٍ للقطاع الصحي.

يظهر التحليل أن الجزائر تواجه فجوة كبيرة في الإنفاق الصحي مقارنة بالدول المختارة، سواء كانت دولا نامية أو متقدمة. في حين أن العديد من الدول المجاورة مثل تونس والمغرب قد شهدت زيادة في الإنفاق على الصحة، فإن الجزائر شهدت تراجعاً كبيراً في هذا المجال، وهو ما يعكس تحديات اقتصادية وصعوبة في تخصيص موارد كافية للقطاع الصحي. على الرغم من زيادة الإنفاق في بعض الدول الناشئة مثل تركيا والبرازيل، تبقى الجزائر في مؤخرة الدول مقارنة بالأنظمة الصحية المتقدمة مثل فرنسا وألمانيا، التي تخصص جزءاً كبيراً من ميزانيتها لقطاع الصحة. هذه الفجوة تعكس الحاجة الماسة في الجزائر إلى زيادة تمويل القطاع الصحي وتعزيز السياسات الصحية لضمان تحسين جودة الرعاية الصحية وتوسيع الوصول إلى الخدمات الصحية.

الفرع الثاني. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%) في الجزائر وفجوة الإنفاق الصحي بين الجزائر وبعض الدول المختارة

يهدف هذا الفرع إلى تحليل اتجاهات الإنفاق العام على الصحة في الجزائر كنسبة من الإنفاق الصحي الجاري، مما يوفر رؤية شاملة حول كيفية تخصيص الحكومة الجزائرية للموارد الصحية مقارنة بالنفقات الصحية الجارية. بالإضافة إلى مقارنة هذا الإنفاق الصحي بالدول الأخرى.

أولاً. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%) في الجزائر

Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure)

يمثل هذا المؤشر حصة الإنفاق الصحي الجاري الممولة من المصادر العامة المحلية للصحة. تشمل هذه الأخيرة الإيرادات المحلية مثل التحويلات الداخلية والمنح، والتحويلات، والإعانات لمستفيدي التأمين الصحي الطوعي والمؤسسات غير الربحية التي تخدم الأسر (NPISH) أو برامج تمويل الشركات، بالإضافة إلى المدفوعات المسبقة الإلزامية والمساهمات في التأمين الصحي الاجتماعي. هذه الحصة لا تشمل الموارد الخارجية التي تنفقها الحكومات على الصحة¹.

إن تحليل الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري يوضح كيفية توزيع الموارد بين مختلف مكونات النظام الصحي مما يعكس كفاءة إدارة هذه الموارد، والجدول التالي يعرض تطور قيم هذا المؤشر خلال الفترة (2000-2022) موضحاً مدى مساهمة الحكومة في تمويل القطاع الصحي من إجمالي الإنفاق الصحي الجاري.

¹ <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4953>

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (22). تطور الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري خلال الفترة (2000-2022)

السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%)	السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%)	السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%)
2000	71.9634323	2008	71.9954224	2016	65.7115631
2001	76.2270203	2009	70.8840637	2017	64.6307526
2002	75.2786713	2010	69.4821854	2018	64.8088913
2003	76.6941986	2011	70.617424	2019	60.4724464
2004	71.3535004	2012	71.4568787	2020	58.7384377
2005	69.2908707	2013	69.3645172	2021	57.3294373
2006	68.4626846	2014	70.1373062	2022	47.3973007
2007	69.7876434	2015	68.5035172		

Source: World Development Indicators, Last Updated Date 15/04/2025.

شهدت الفترة بين عامي 2000 و2006 استقرارا نسبيا في الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري في الجزائر. حيث بدأت النسبة في عام 2000 عند 71.96%، مما يعكس تخصيص الحكومة الجزائرية حصة كبيرة من الإنفاق الصحي لصالح القطاع الصحي. وتذبذبت النسبة بشكل طفيف خلال هذه الفترة بين 71.96% في 2000 و68.46% في 2006. ورغم هذا التذبذب يمكن ملاحظة أن الحكومة كانت تسعى للحفاظ على مستوى معين من تخصيص الموارد للقطاع الصحي، مما يدل على أهمية القطاع الصحي في السياسات الحكومية في تلك الفترة. يمكن ملاحظة زيادة طفيفة في النسبة بين عامي 2007 و2012، حيث ارتفعت من 69.79% في 2007 إلى 71.46% في 2012. تشير هذه الزيادة إلى أن الحكومة الجزائرية كانت تسعى للحفاظ على استثمارها في النظام الصحي رغم التحديات الاقتصادية التي كانت تواجهها. هذه الفترة تزامنت مع بعض الإصلاحات في النظام الصحي، بما في ذلك توسيع البنية التحتية الصحية وتحسين بعض الخدمات الصحية.

استمرت النسبة في التذبذب خلال الفترة (2013-2015) دون تغييرات جذرية. ففي عام 2013 كانت النسبة 69.36%، ثم انخفضت إلى 68.50% في 2015. هذا التذبذب يعكس تحديات مالية ناتجة عن تقلبات أسعار النفط، والتي أثرت على تخصيص الموارد الحكومية. ومع ذلك استمرت الحكومة في تخصيص جزء كبير من الإنفاق الصحي لتمويل النظام الصحي، مما يعكس استمرارية الإصلاحات الصحية رغم الظروف الاقتصادية الصعبة. وابتداء من عام 2016، بدأت النسبة في التراجع بشكل ملحوظ، أين انخفضت تدريجيا من 65.71% عام 2016، لتصل

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

إلى 58.73% في 2020. يعكس هذا التراجع الضغوط الاقتصادية الناتجة عن انخفاض أسعار النفط والأزمة المالية التي مرت بها الجزائر. أما خلال الفترة (2021-2022) فقد شهدت الجزائر تراجعا حادا في النسبة، حيث انخفضت إلى 47.4% في 2022. هذا التراجع الكبير يعكس الضغط المالي الكبير الذي كانت تعاني منه الحكومة الجزائرية بسبب تداعيات أزمة كورونا، والتي أدت إلى زيادة النفقات الصحية الطارئة، مما دفع الحكومة إلى تقليص النفقات الأخرى لتلبية احتياجات النظام الصحي في مواجهة الجائحة.

من خلال تحليل تطور الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري في الجزائر، يمكن ملاحظة أن الجزائر شهدت تقلبات ملحوظة في هذه النسبة بين 2000 و2022. في البداية، كانت النسبة مرتفعة نسبيا، ثم بدأ التراجع يظهر بعد سنة 2016، نتيجة لتأثير انخفاض أسعار النفط والأزمة المالية على الميزانية العامة. كما أن جائحة كورونا في 2020 لعبت دورا في تقليص الإنفاق الصحي، مما دفع الحكومة إلى تقليص مخصصات الصحة رغم الأزمات الصحية.

ثانيا. تحليل الفجوة بين الجزائر وبعض الدول المختارة في الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري خلال الفترة من 2000 إلى 2022: سيتم فيما يأتي يتم تحليل الفجوة بين الجزائر وبعض الدول الأخرى المختارة في مجال الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الإنفاق الصحي الجاري، بناء على بيانات عامي 2000 و2022.

الجدول رقم (23). مقارنة الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري بين الجزائر وعدد من الدول المختارة

الدولة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%) سنة 2000	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%) سنة 2022
الجزائر	71.9634323	47.3973007
تونس	52.6692276	56.6244659
المغرب	25.3575878	40.9105644
مصر	35.1871834	37.8992958
تركيا	61.6759644	75.1586762
فرنسا	72.7290802	75.427536

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

ألمانيا	78.2005768	80.3279038
الولايات المتحدة	44.377491	55.1743546
إيطاليا	72.6381455	74.440445
البرازيل	41.6355553	44.8978081

Source: World Development Indicators, Last Updated Date 15/04/2025

لتحليل بيانات الجدول، سيتم تجميع الدول وفقا لخصائصها الاقتصادية والاجتماعية المشابهة لتوضيح الفجوات بين الجزائر والدول الأخرى في تخصيص الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الإنفاق الصحي الجاري.

■ **تحليل الفجوة بين الجزائر ودول شمال إفريقيا (تونس، المغرب، مصر):** عند مقارنة الجزائر مع تونس والمغرب ومصر، يلاحظ اختلافا في الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الإنفاق الصحي الجاري. فكانت الجزائر تخصص ما يعادل 71.96% من الإنفاق الحكومي على الصحة سنة 2000، بينما كانت تونس تخصص 52.67%، المغرب 25.36%، ومصر 35.19%. وبحلول عام 2022، شهدت الجزائر انخفاضا كبيرا إلى 47.40%، بينما تونس ارتفعت إلى 56.62%، وكذا المغرب إلى 40.91%، ومصر إلى 37.90%. تظهر هذه المقارنة أن الجزائر شهدت تراجعاً كبيراً في تخصيص الموارد الصحية مقارنةً بجيرانها في شمال إفريقيا. شهدت تونس زيادة ملحوظة في النسبة بالرغم من أنها كانت تخصص نسبة أقل من الجزائر في البداية، بينما شهدت كل من المغرب ومصر تحسناً تدريجياً في الإنفاق الصحي.

■ **تحليل الفجوة بين الجزائر دول ذات اقتصادات صاعدة (تركيا، البرازيل):** تعتبر كل من تركيا والبرازيل من الدول النامية ذات اقتصادات صاعدة. فبينما كانت الجزائر تخصص نسبة 71.96% من الإنفاق الحكومي على الصحة سنة 2000، كانت تركيا تخصص 61.68%، والبرازيل 41.64%. وبحلول سنة 2022 انخفضت النسبة في الجزائر إلى 47.40%، بينما تركيا شهدت زيادة كبيرة إلى 75.16%، والبرازيل إلى 44.90%. تظهر هذه المقارنة الفجوة الكبيرة بين الجزائر وتركيا، حيث استمرت تركيا في تخصيص نسبة أكبر من الإنفاق الحكومي للصحة. في حين أنه بالرغم من الزيادة الطفيفة في النسبة، تظل تخصيص نسبة أكبر من الإنفاق الحكومي للصحة مقارنة بالجزائر. تعتبر تركيا في هذه الحالة نموذجا واضحا لزيادة الاستثمارات في القطاع الصحي في الدول النامية، بينما لم تتمكن الجزائر من مواكبة هذا التحسن.

■ تحليل الفجوة بين الجزائر دول ذات نظم صحية متقدمة (فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، الولايات المتحدة): عند مقارنة الجزائر مع الدول ذات الأنظمة الصحية المتقدمة مثل فرنسا وألمانيا وإيطاليا والولايات المتحدة تظهر فجوة كبيرة جدا في تخصيص الإنفاق الحكومي للصحة. ففي عام 2000 كانت فرنسا تخصص 72.73%، وألمانيا 78.20%، وإيطاليا 72.64%، والولايات المتحدة 44.38% من الإنفاق الحكومي للصحة. وبحلول عام 2022، ارتفعت النسبة في فرنسا إلى 75.43%، وألمانيا إلى 80.33%، وإيطاليا إلى 74.44%، بينما الولايات المتحدة ارتفعت إلى 55.17%. شهدت الجزائر في المقابل انخفاضا كبيرا إلى 47.40% في نفس الفترة.

عرفت النسبة في كل من ألمانيا وفرنسا وإيطاليا والولايات المتحدة زيادات ملحوظة، مما يعكس الاستثمارات المستمرة في النظام الصحي بما يتماشى مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية في هذه الدول. إن الفجوة بين الجزائر وهذه الدول المتقدمة تظهر بوضوح في تخصيصات الصحة، حيث تواجه الجزائر تحديات مالية كبيرة تؤثر على استدامة النظام الصحي، في حين أن الدول المتقدمة قامت بزيادة تخصيصات الموارد الصحية بشكل مستمر.

الفرع الثالث. اتجاهات الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر Domestic general government health expenditure (% of GDP)

يمثل الإنفاق العام الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي مقياسا هاما يربط بين النمو الاقتصادي وزيادة التمويل الموجه للخدمات الصحية مما يعكس مدى استدامة الاستثمارات في الصحة في ظل التغيرات الاقتصادية. يوضح الجدول التالي التطورات في قيم هذا المؤشر خلال الفترة (2000-2022).

الجدول رقم (24). تطور الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000-2022)

السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (%)	السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (%)	السنة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (%)
2000	2.31351972	2008	2.86780095	2016	3.94321752
2001	2.69560528	2009	3.4677248	2017	3.84453487
2002	2.59086323	2010	3.22398353	2018	3.84471345
2003	2.55061412	2011	3.40776706	2019	3.27598047
2004	2.3477478	2012	4.02772284	2020	3.31185937
2005	2.16108608	2013	3.91591859	2021	2.87281084

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

1.71722472	2022	4.21865416	2014	2.18395877	2006
		4.33925533	2015	2.52639246	2007

Source: World Development Indicators, Last Updated Date 15/04/2025.

سيتم تحليل تطور الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022، من أجل محاولة فهم العلاقة بين التغيرات في هذه النسبة والسياسات الصحية المتبعة في الجزائر خاصة في ظل الأزمات الاقتصادية مثل جائحة كورونا.

شهدت الفترة (2006-2000) استقرار نسبي مع انخفاض طفيف. فقد كانت نسبة الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي سنة 2000 تعادل 2.31%. وبحلول عام 2006، انخفضت هذه النسبة بشكل طفيف إلى 2.18%. لقد كانت النسبة منخفضة نسبياً، مما يشير إلى أن الاستثمارات في القطاع الصحي كانت محدودة في تلك الفترة مقارنةً بالاحتياجات الصحية المتزايدة.

شهدت الجزائر خلال الفترة (2007-2014) زيادة ملحوظة في الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. كانت النسبة في عام 2007 حوالي 2.53%، وفي 2008 ارتفعت إلى 2.87%. وبحلول 2014 وصلت النسبة إلى 4.22%. تعكس هذه الزيادة الكبيرة في النسبة مع توجه الحكومة الجزائرية نحو تحسين البنية التحتية الصحية وتوسيع نطاق الخدمات الصحية. استمرت الجزائر بين عامي 2015 و2019، في تخصيص نسب أكبر من الناتج المحلي الإجمالي للقطاع الصحي مع بعض التذبذبات. في 2015 كانت النسبة 4.34% وفي 2019 تراجعت النسبة إلى 3.28%. رغم أن النسبة كانت أعلى في هذه الفترة مقارنة بالفترة السابقة، فإن التراجع الحاد في 2019 يشير إلى ضغوط اقتصادية بدأت تظهر بسبب انخفاض أسعار النفط عالمياً، مما أثر على إيرادات الدولة والقدرة على تخصيص المزيد من الأموال للقطاع الصحي.

خلال الفترة (2020-2022) يمكن ملاحظة الانخفاض الكبير في نسبة الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. فقد سجلت سنة 2020 النسبة 3.31%، وهو انخفاض طفيف عن العام السابق. أما في عام 2022، تراجعت النسبة بشكل حاد إلى 1.72%. يشير هذا التراجع الكبير إلى تأثيرات جائحة كورونا على الاقتصاد الجزائري. على الرغم من زيادة النفقات الصحية الطارئة لمكافحة الجائحة، إلا أن الضغوط المالية الناتجة عن الركود الاقتصادي وانخفاض إيرادات النفط قد أدت إلى تقليص الإنفاق الحكومي على الصحة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

يظهر هذا التحليل أن الجزائر بحاجة إلى مراجعة استراتيجيات التمويل الصحي وتنويع مصادر دخلها لضمان استدامة الإنفاق الصحي في المستقبل. ينبغي على الحكومة الجزائرية أن تعزز أولويات الإنفاق الصحي وتضع استراتيجيات مرنة لضمان تخصيص الموارد الصحية بشكل مستدام في الأوقات الاقتصادية الصعبة، خاصة في ظل الأزمات الصحية العالمية مثل جائحة كورونا.

ثانيا. تحليل الفجوة بين الجزائر وبعض الدول المختارة في الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر: يوضح الجدول التالي بيانات الجزائر وبعض الدول في الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000-2022) من أجل تحليل الفجوة بينهم.

الجدول رقم (25). مقارنة الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي بين الجزائر وعدد من الدول المختارة

خلال الفترة (2000-2022)

الدولة	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (%) سنة 2000	الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (%) سنة 2022
الجزائر	2.31351972	1.71722472
تونس	2.53482223	3.94321561
المغرب	0.93646741	2.3239212
مصر	1.73206902	1.78292835
تركيا	2.83683038	2.78341818
فرنسا	6.97070313	8.9622221
ألمانيا	7.73281384	10.1254377
الولايات المتحدة	5.5427599	9.10163784
إيطاليا	5.49627781	6.72013378
البرازيل	3.47014546	4.10490513

Source: World Development Indicators, Last Updated Date 15/04/2025.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

سيتم فيما يأتي تحليل الفجوة بين الجزائر وعدد من الدول المختارة في مجال الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، أين سيتم التركيز على مقارنة مستويات الإنفاق على الصحة في الجزائر مع دول ذات مستويات اقتصادية وصحية مشابهة أو متقدمة، بهدف تسليط الضوء على الفروقات في تخصيص الموارد الصحية وتأثيرها على نتائج النظام الصحي في البلاد.

■ **تحليل الفجوة بين الجزائر ودول شمال إفريقيا (تونس، المغرب، مصر):** عند مقارنة الجزائر مع تونس والمغرب ومصر، نجد أن الجزائر كانت تخصص في عام 2000 ما يعادل 2.31% من الناتج المحلي الإجمالي للصحة بينما كانت تونس تخصص 2.53%، والمغرب 0.94%، ومصر 1.73%. وبحلول 2022، انخفضت النسبة في الجزائر إلى 1.72%، في حين شهدت تونس زيادة كبيرة إلى 3.94%، والمغرب إلى 2.32% ومصر إلى 1.78%. من خلال هذه المقارنة، يلاحظ أن الجزائر قد شهدت انخفاضا كبيرا في نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي، بينما تونس شهدت زيادة كبيرة في تخصيص الإنفاق الصحي، وهو ما يعكس تحسينات ملحوظة في قطاع الصحة في تونس. كما أن المغرب شهد تحسنا تدريجيا، في حين أن مصر شهدت زيادة طفيفة. وبالتالي هناك تفاوت ملحوظ بين الجزائر ودول شمال إفريقيا في مدى تخصيص الموارد الصحية.

■ **تحليل الفجوة بين الجزائر ودول ذات اقتصادات صاعدة (تركيا، البرازيل):** عند مقارنة الجزائر مع دول ذات اقتصادات صاعدة مثل تركيا والبرازيل، تظهر فجوة كبيرة في تخصيص الإنفاق الصحي. في عام 2000، كانت الجزائر تخصص 2.31% من الناتج المحلي الإجمالي للصحة، بينما كانت تركيا تخصص 2.84% والبرازيل 3.47%. وبحلول عام 2022، انخفضت النسبة في الجزائر إلى 1.72%، بينما تركيا كانت قد حافظت تقريبا على نسبة 2.78%، والبرازيل شهدت زيادة إلى 4.10%. تشير هذه الفجوة أن تركيا والبرازيل قد واصلتا تخصيص موارد متزايدة لقطاع الصحة، حيث استمرت تركيا في زيادة مخصصاتها بالرغم من التحديات الاقتصادية.

■ **تحليل الفجوة بين الجزائر ودول ذات نظم صحية متقدمة (فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، الولايات المتحدة):** عند مقارنة الجزائر مع هذه الدول، تظهر فجوة كبيرة جدا في تخصيص الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي. ففي عام 2000، كانت فرنسا تخصص 6.97%، وألمانيا 7.73%، وإيطاليا 5.50%، والولايات المتحدة 5.54% من الناتج المحلي الإجمالي لقطاع الصحة. وبحلول عام 2022، ارتفعت النسبة في فرنسا إلى 8.96%، وألمانيا إلى 10.13%، وإيطاليا إلى 6.72%، بينما في الولايات المتحدة ارتفعت النسبة إلى

9.10%. شهدت الجزائر في المقابل انخفاضا وصل إلى 1.72% في عام 2022. تعتبر الفجوة بين الجزائر وهذه الدول المتقدمة كبيرة جدا.

يمكن ملاحظة أن الجزائر تواجه فجوة كبيرة في تخصيص الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي مقارنة بعدد من الدول المختارة. على الرغم من أن الدول ذات الاقتصادات الصاعدة مثل تركيا والبرازيل قد شهدت زيادة ملحوظة في تخصيص الموارد الصحية، فإن الجزائر قد شهدت تراجعاً كبيراً في هذه النسبة.

كما أن الدول المتقدمة مثل فرنسا وألمانيا وإيطاليا والولايات المتحدة أظهرت استدامة في تخصيص الموارد الصحية مقارنة بالجزائر، وهو ما يعكس قدرتها المالية الأكبر في تمويل النظام الصحي. وبالتالي فإن الجزائر بحاجة إلى مراجعة سياساتها الصحية وزيادة تمويل القطاع الصحي لتقليص الفجوة مع الدول الأخرى.

الفرع الرابع. اتجاهات نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة في الجزائر

يبرز نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة (بحسب تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي) كمعيار لمدى استفادة المواطن الجزائري من هذه الاستثمارات، حيث يشير ارتفاع هذا المؤشر إلى تحسن في الوصول إلى الرعاية الصحية وجودتها. يوضح الجدول التالي تطور قيم هذا المؤشر خلال الفترة (2000-2022) لتحديد مدى تأثير الإنفاق الحكومي على توفير الرعاية الصحية للمواطن الجزائري ومدى تحمل الأفراد لتكاليف النظام الصحي.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (26). تطور نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة خلال الفترة (2000-2022)

السنة	نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة (تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي)	السنة	نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة (تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي)	السنة	نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة (تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي)
2000	212.785917	2008	381.891408	2016	513.953583
2001	257.557981	2009	481.064854	2017	500.106588
2002	261.617668	2010	462.950244	2018	506.529679
2003	277.572119	2011	498.892944	2019	441.139003
2004	268.428017	2012	578.116595	2020	423.313023
2005	256.114632	2013	555.920404	2021	393.185361
2006	270.923462	2014	608.645349	2022	259.414953
2007	328.505603	2015	584.682914		

Source: World Development Indicators, Last Updated Date 15/04/2025.

شهدت الفترة (2000-2006) تحسن طفيف في نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة. كان نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة في عام 2000 ما يعادل 212.79 دولار أمريكي، وهو مستوى منخفض نسبياً. بدأ هذا الرقم في الارتفاع بشكل طفيف مع مرور السنوات، حيث وصل إلى 270.92 دولار في 2006. في هذه الفترة كانت الجزائر تخصص جزءاً متزايداً من الميزانية الصحية، ولكن بالنظر إلى تحسن الدخل المحلي، يظل هذا الرقم منخفضاً بالنسبة للعديد من الدول التي تقدم رعاية صحية شاملة. تشير هذه الزيادة الطفيفة إلى أن الجزائر كانت تبذل جهوداً لتحسين الرعاية الصحية، لكن النسبة المتاحة للفرد ما زالت منخفضة بشكل عام مقارنة بالدول الأخرى، ما يعكس محدودية الاستثمارات الصحية في هذا الوقت.

شهدت الجزائر خلال الفترة (2007-2014) زيادة ملحوظة في نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة. ففي سنة 2007 وصل نصيب الفرد إلى 328.51 دولار، ثم استمر في الزيادة حتى وصل إلى 608.65 دولار في 2014. تعكس الزيادة الكبيرة في هذه الفترة التحسن الاقتصادي الذي شهدته الجزائر نتيجة ارتفاع أسعار النفط.

خلال الفترة (2015-2020) بدأ نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في التذبذب بشكل واضح. أين كان في عام 2015 بما يقدر 584.68 دولار، ثم انخفض إلى 423.31 دولار في عام 2020. يعود الانخفاض الحاد في هذه

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الفترة إلى الضغوط الاقتصادية الناجمة عن انخفاض أسعار النفط، والذي أثر بشكل كبير على الإيرادات الحكومية، مما أدى إلى تقليص المخصصات الصحية. إضافة إلى ذلك فإن جائحة كورونا في 2020 كانت لها تأثيرات مباشرة على الميزانية العامة، حيث تم توجيه جزء كبير من الإنفاق إلى معالجة الأزمة الصحية الطارئة. من الواضح أن نصيب الفرد في الجزائر يعكس تراجعاً في القدرة على تمويل الرعاية الصحية، حيث أن الزيادة في الإنفاق الصحي لم تواكب التضخم الاقتصادي وارتفاع تكاليف النظام الصحي. وبحلول عام 2022 تراجع نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة بشكل حاد إلى 259.41 دولار. هذا التراجع يعتبر الانخفاض الأكبر مقارنة بالسنوات السابقة، وهو ما يعكس بشكل واضح الآثار المستمرة لجائحة كورونا على الاقتصاد الوطني.

مع تدهور الإيرادات النفطية نتيجة لانخفاض أسعار النفط، بالإضافة إلى زيادة الإنفاق الطارئ لمكافحة جائحة كورونا، أصبح من الصعب على الحكومة الجزائرية تخصيص موارد كافية لقطاع الصحة. هذا الانخفاض يشير إلى الضغط المتزايد على المواطن الجزائري في تحمل تكاليف الرعاية الصحية، حيث أصبح نصيب الفرد أقل بكثير مما كان عليه في السنوات السابقة. مما يتعين على الجزائر أن تضع استراتيجيات مرنة لتحسين تخصيص الإنفاق الصحي للفرد خاصة في فترات الأزمات الاقتصادية مثل جائحة كورونا.

ثانياً. تحليل الفجوة بين الجزائر وبعض الدول المختارة في نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة: سيتم تحليل تطور نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة في الجزائر مقارنة ببعض الدول المختارة بين عامي 2000 و2022 باستخدام تعادل القوى الشرائية (PPP) بالدولار الأمريكي. يوضح الجدول الآتي تطور القيم لتسليط الضوء على الفجوات بين الجزائر والدول الأخرى.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (27). مقارنة الإنفاق الصحي العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي بين الجزائر وعدد من الدول المختارة

الدولة	نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة (حسب تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي) عام 2020	نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة (حسب تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي) عام 2022
الجزائر	212.785917	259.414953
تونس	158.314288	501.273929
المغرب	36.3188545	226.069997
مصر	99.2723495	265.259514
تركيا	264.064083	1042.0953
فرنسا	1829.97136	5169.26341
ألمانيا	2104.74651	6790.61382
الولايات المتحدة	2018.53456	6860.61862
إيطاليا	1488.64985	3708.01017
البرازيل	315.45895	761.650487

Source: World Development Indicators, Last Updated Date 15/04/2025

■ تحليل الفجوة بين الجزائر ودول شمال إفريقيا (تونس، المغرب، مصر): عند مقارنة الجزائر مع تونس والمغرب ومصر، نلاحظ أن الجزائر تقع في منتصف الطريق بين هذه الدول من حيث نصيب الفرد من الإنفاق الصحي. ففي عام 2020 كان نصيب الفرد في الجزائر 212.79 دولارا، بينما كانت تونس تخصص 158.31 دولارا، والمغرب 36.32 دولارا، ومصر 99.27 دولارا. وبحلول 2022، شهدت الجزائر زيادة إلى 259.41 دولارا، بينما تونس شهدت زيادة كبيرة إلى 501.27 دولارا، والمغرب إلى 226.07 دولارا ومصر إلى 265.26 دولارا. الفجوة بين الجزائر وتونس كانت واضحة بشكل كبير، حيث أن تونس قد شهدت زيادة ضخمة في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، وهذا ما يشير إلى تخصيصات أكثر استفادة للقطاع الصحي في تونس مقارنة بالجزائر. على الرغم من تحسن نصيب الفرد في المغرب، إلا أنه ما زال أقل بكثير

مقارنة بالجزائر. في حين أن مصر قد شهدت زيادة كبيرة أيضا في نصيب الفرد، مما يجعلها أكثر قربا من الجزائر في تخصيص الإنفاق الصحي.

■ **تحليل الفجوة بين الجزائر ودول ذات اقتصادات صاعدة (تركيا، البرازيل):** كان نصيب الفرد في الجزائر 212.79 دولارا عام 2020، بينما كان في تركيا 264.06 دولارا والبرازيل 315.46 دولارا. وبحلول 2022، شهدت الجزائر زيادة إلى 259.41 دولارا، بينما ارتفعت تركيا بشكل ملحوظ إلى 1042.10 دولارا والبرازيل إلى 761.65 دولارا. الفجوة بين الجزائر وتركيا كبيرة، حيث أن تركيا شهدت زيادة هائلة في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، وهو ما يعكس تخصيصات أكبر لصحة المواطنين. رغم الزيادة في البرازيل فإن نصيب الفرد في البرازيل لا يزال أقل من تركيا، لكن البرازيل قد حافظت على تخصيص أكبر مقارنة بالجزائر، مما يعكس زيادة الاستثمار في القطاع الصحي في كلا البلدين مقارنة بالجزائر.

■ **تحليل الفجوة بين الجزائر ودول ذات نظم صحية متقدمة (فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، الولايات المتحدة):** عند مقارنة الجزائر مع الدول المتقدمة، تظهر فجوة ضخمة في نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة. ففي عام 2020 كان نصيب الفرد في الجزائر 212.79 دولارا، بينما كانت فرنسا تخصص 1829.97 دولارا، وألمانيا 2104.75 دولارا، والولايات المتحدة 2018.53 دولارا، وإيطاليا 1488.65 دولارا. وبحلول عام 2022، ارتفعت النسبة في فرنسا إلى 5169.26 دولارا، وألمانيا إلى 6790.61 دولارا، والولايات المتحدة إلى 6860.62 دولارا، وإيطاليا إلى 3708.01 دولارا. بينما في الجزائر فقد ارتفعت النسبة إلى 259.41 دولارا. الفجوة بين الجزائر وهذه الدول المتقدمة كبيرة جدا، حيث أن الولايات المتحدة وألمانيا وفرنسا خصصت مبالغ ضخمة للفرد في الإنفاق الصحي مقارنة بالجزائر.

يظهر التحليل أن الجزائر تواجه فجوة كبيرة في تخصيص الإنفاق الصحي للفرد مقارنة بالدول المختارة. رغم الزيادة الطفيفة في نصيب الفرد في الجزائر بين 2020 و2022، فإنها تبقى أقل بكثير مقارنة بدول مثل تركيا والبرازيل خاصة إذا ما تم مقارنتها مع الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة وألمانيا وفرنسا.

المطلب الثاني. اتجاهات التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)

تعد مؤشرات التنمية البشرية الصادرة عن الأمم المتحدة أدوات محورية لفهم مدى تقدم الدول في تحسين حياة مواطنيها. توضح هذه الدراسة التحليلية تطور مؤشر التنمية البشرية في الجزائر من عام 2000 حتى 2022.

الفرع الأول. اتجاهات دليل التنمية البشرية (HDI) وتصنيف الجزائر عالميا خلال الفترة من 2020 إلى 2022 مقارنة ببعض الدول

يعد دليل التنمية البشرية (HDI) من أبرز المؤشرات التي تقيس مستوى التنمية في الدول، حيث يعتمد على ثلاثة أبعاد رئيسية هي الصحة والتعليم ومستوى المعيشة. شهد تصنيف الجزائر في الفترة ما بين 2020 و2022 في هذا المؤشر تباينا واضحا.

أولا. اتجاهات دليل التنمية البشرية (HDI) خلال الفترة (2000-2022): تكمن أهمية تحليل التطورات في قيم دليل التنمية البشرية (HDI) في تقديم صورة شاملة عن تطور رفاهية الأفراد في الجزائر خلال الفترة محل الدراسة. يعد تحليل قيم HDI أداة أساسية لصانعي السياسات بالجزائر لتوجيه استراتيجيات التنمية بشكل فعال. يوضح الجدول الآتي تطور قيم دليل التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة (2000-2022).

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (28). اتجاهات تطور مؤشر التنمية البشرية (HDI) في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022

السنة	دليل التنمية البشرية (HDI)	السنة	دليل التنمية البشرية (HDI)
2000	0.651	2012	0.723
2001	0.659	2013	0.727
2002	0.669	2014	0.732
2003	0.677	2015	0.737
2004	0.685	2016	0.743
2005	0.692	2017	0.746
2006	0.698	2018	0.749
2007	0.704	2019	0.753
2008	0.711	2020	0.742
2009	0.714	2021	0.755
2010	0.718	2022	0.761
2011	0.718	2023	0.763

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

تشير بيانات مؤشر التنمية البشرية (HDI) في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022 إلى تحسن ملحوظ حيث ارتفع المؤشر من 0.651 في عام 2000 إلى 0.761 في عام 2022. ووفقا لتصنيفات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تدرج الدول ضمن فئة "التنمية البشرية المتوسطة" إذا كان مؤشرها بين 0.550 و 0.699، وضمن فئة "التنمية البشرية المرتفعة" إذا تراوح بين 0.700 و 0.799. وبناء على هذه المعايير كانت الجزائر مصنفة في بداية الفترة ضمن فئة التنمية المتوسطة، لكنها تجاوزت عتبة 0.700 في عام 2007، مما أهلها للدخول ضمن فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة. ومنذ ذلك الحين واصلت الجزائر تحسين موقعها داخل هذه الفئة، رغم التراجع الطفيف في عام 2020 بفعل جائحة كوفيد-19. هذا التطور يعكس تحسنا تدريجيا في أبعاد الصحة والتعليم والدخل، ويضع الجزائر في مسار تصاعدي ضمن فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة.

ثانيا. تصنيف الجزائر وفقا لدليل التنمية البشرية: سيتم استعراض تطور تصنيف الجزائر وترتيبها عالميا وفقا لدليل التنمية البشرية، بناء على ما ورد في تقارير التنمية البشرية من 2002 إلى 2025.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (29). تصنيف الجزائر وترتيبها العالمي وفقا لدليل التنمية البشرية (HDI) خلال الفترة (2000-2023)

السنة	ترتيب الجزائر عالميا وفقا لدليل التنمية البشرية	تصنيف الجزائر وفقا لدليل التنمية البشرية	السنة	ترتيب الجزائر عالميا وفقا لدليل التنمية البشرية	تصنيف الجزائر وفقا لدليل التنمية البشرية
2000	106	تنمية بشرية متوسطة	2013	93	تنمية بشرية مرتفعة
2001	107	تنمية بشرية متوسطة	2014	83	تنمية بشرية مرتفعة
2002	108	تنمية بشرية متوسطة	2015	83	تنمية بشرية مرتفعة
2003	103	تنمية بشرية متوسطة	2017	85	تنمية بشرية مرتفعة
2004	102	تنمية بشرية متوسطة	2018	82	تنمية بشرية مرتفعة
2005	104	تنمية بشرية متوسطة	2019	91	تنمية بشرية مرتفعة
2007	104	تنمية بشرية متوسطة	2021	91	تنمية بشرية مرتفعة
2010	84	تنمية بشرية مرتفعة	2022	93	تنمية بشرية مرتفعة
2011	96	تنمية بشرية متوسطة	2023	96	تنمية بشرية مرتفعة
2012	93	تنمية بشرية مرتفعة			

المصدر: تقارير التنمية البشرية للسنوات: 2002-2003-2004-2005-2006-2007/2008-2008-2009-2010-2011-

2013-2014-2015-2016 - 2018-2019 - 2020-2021 - 2022/2021 - 2024 - 2025.

تظهر البيانات تطورا ملحوظا في ترتيب الجزائر عالميا وفقا لدليل التنمية البشرية خلال الفترة من 2000 إلى 2023. بدأت الجزائر من المرتبة 106 عام 2000 بتصنيف "تنمية بشرية متوسطة"، وشهدت تذبذبا طفيفا في الترتيب خلال العقد الأول حيث تراوحت بين المراتب 102-108. النقطة المحورية كانت عام 2010 عندما حققت ففزة نوعية للمرتبة 84 مع الانتقال إلى تصنيف "تنمية بشرية مرتفعة" لأول مرة. رغم التراجع المؤقت للمرتبة 96 عام 2011 مع العودة للتصنيف المتوسط، إلا أن الجزائر استعادت موقعها في فئة التنمية المرتفعة ابتداء من 2012. خلال العقد الأخير (2013-2023)، حافظت الجزائر على تصنيف "التنمية البشرية المرتفعة" مع تحسن تدريجي في الترتيب من المرتبة 93 عام 2013 إلى أفضل ترتيب لها في المرتبة 82 عام 2018، قبل أن تستقر حول المراتب 91-96 في السنوات الأخيرة. هذا التطور يعكس جهود الجزائر المستمرة في تحسين مؤشرات التعليم والصحة ومستوى المعيشة والتي تعتبر المكونات الأساسية لدليل التنمية البشرية وفقا لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (UNDP, 2020)

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

ثالثا. مقارنة الجزائر بدول أخرى وفقا لقيم دليل التنمية البشرية (HDI) لسنة 2023: من خلال مقارنة الجزائر مع مجموعة من الدول الأخرى بناء على قيم دليل التنمية البشرية (HDI) لعام 2023، يتم تحليل موقع الجزائر ضمن التصنيف العالمي والتنمية البشرية في مجالات الصحة، التعليم، والمستوى المعيشي. يساهم هذا التحليل في تحديد أوجه القوة والضعف في السياسات التنموية الجزائرية مقارنة بدول أخرى، مما يساعد في تحديد الفرص والتحسينات الممكنة لتحقيق تقدم أكبر في رفاهية الأفراد.

الجدول رقم (30). قيم دليل التنمية البشرية (HDI) في الجزائر وبعض الدول المختارة لعام 2023

الدولة	دليل التنمية البشرية (HDI)	الترتيب العالمي HDI rank
الجزائر	0.763	96
تونس	0.746	105
المغرب	0.71	120
مصر	0.754	100
تركيا	0.853	51
فرنسا	0.92	26
ألمانيا	0.959	5
الولايات المتحدة	0.938	17
إيطاليا	0.915	29
البرازيل	0.768	84

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

حسب دليل التنمية البشرية (HDI) لعام 2023، تحتل الجزائر المرتبة 96 عالميا بمؤشر 0.763، مما يضعها في فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة. تصنيف الجزائر يعكس تقدما تدريجيا في الأبعاد الأساسية للتنمية البشرية مثل الصحة، التعليم، والمستوى المعيشي، لكنها تظل متأخرة مقارنة بعدد من الدول المتقدمة. عند المقارنة مع باقي الدول نجد أن الجزائر تتفوق على دول مثل تونس (التي تحتل المرتبة 105 بمؤشر 0.746) والمغرب (التي تحتل المرتبة 120 بمؤشر 0.71)، مما يعكس تطورا ملحوظا للجزائر في منطقة شمال إفريقيا. ومع ذلك تظل الجزائر متأخرة بشكل

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

ملحوظ مقارنة بدول متقدمة مثل فرنسا (المرتبة 26، مؤشر 0.92)، الولايات المتحدة (المرتبة 17، مؤشر 0.938) وألمانيا (المرتبة 5، مؤشر 0.959)، مما يدل على الفجوة الكبيرة في مؤشرات التنمية البشرية بين الجزائر وهذه الدول.

على الرغم من تطور تركيا والبرازيل في مجالات معينة، إلا أنهما تتفوقان على الجزائر بفارق طفيف في مؤشر التنمية البشرية. تحتل تركيا المرتبة 51 بمؤشر 0.853، بينما تحتل البرازيل المرتبة 84 بمؤشر 0.768. هذا يبرز التحديات التي تواجه الجزائر في تحسين مستويات التنمية البشرية لمنافسة الدول ذات الاقتصاد المتقدم. وبذلك فإنه بالرغم من تصنيف الجزائر ضمن فئة التنمية البشرية المرتفعة، فإنها تظل في مرتبة متأخرة مقارنة بالدول المتقدمة عالميا مثل فرنسا وألمانيا. في المقابل، تتفوق الجزائر على دول جيرانها مثل تونس والمغرب، وهو ما يشير إلى تقدم تدريجي في التنمية البشرية في المنطقة.

الفرع الثاني. اتجاهات مؤشرات التنمية البشرية للجزائر خلال الفترة (2000-2022)

سيتم تحليل اتجاهات مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022، مع التركيز على التغيرات التي شهدتها هذه المؤشرات في مجالات الصحة، الدخل، والتعليم، وذلك لفهم مدى التقدم الذي أحرزته الجزائر في تعزيز رفاهية مواطنيها وتحقيق أهداف الألفية وأهداف التنمية المستدامة.

أولا. اتجاهات بعد الصحة: العمر المتوقع عند الميلاد في الجزائر خلال الفترة (2000-2022): توضح اتجاهات مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022، التغيرات والتحسينات التي طرأت على مستوى الصحة العامة في البلاد نتيجة للتطورات في النظام الصحي والرعاية الطبية.

الجدول رقم (31). تطور مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنة	العمر المتوقع عند الميلاد(السنوات)	السنة	العمر المتوقع عند الميلاد(السنوات)
2000	70.576	2012	74.609
2001	71.025	2013	74.809
2002	71.644	2014	74.992
2003	71.906	2015	75.159
2004	72.536	2016	75.31
2005	72.836	2017	75.431
2006	73.116	2018	75.555

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

75.682	2019	73.346	2007
73.257	2020	73.618	2008
75.208	2021	73.871	2009
76.129	2022	74.144	2010
		74.383	2011

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

يعتبر مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد من أهم المؤشرات الصحية التي تعكس مستوى الرفاه الصحي وجودة الحياة في بلد ما، حيث يمثل متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الفرد عند ولادته، بناء على معدلات الوفاة الحالية. يظهر التحليل الزمني لمؤشر العمر المتوقع عند الميلاد في الجزائر تطورا مستمرا خلال الفترة من 2000 إلى 2022، حيث تحسن هذا المؤشر بشكل ملحوظ، مما يعكس تحسنا عاما في النظام الصحي والظروف المعيشية.

خلال الفترة 2000-2007، بدأ العمر المتوقع في الجزائر في الزيادة تدريجيا من 70.576 سنة في عام 2000 إلى 73.346 سنة في عام 2007. هذه الزيادة تظهر تحسنا في الرعاية الصحية وتوسع الخدمات الصحية الأساسية خلال هذه الفترة، مما ساهم في تقليل معدلات الوفاة وتحسين نوعية الحياة.

استمر العمر المتوقع في الارتفاع بشكل ثابت خلال الفترة (2008-2014)، حيث بلغ 74.992 سنة في عام 2014 بعد أن كان 73.618 سنة في عام 2008. تعكس هذه الفترة تحسينات مستمرة في البنية التحتية للرعاية الصحية، بالإضافة إلى توسع البرامج الصحية الوقائية التي ساعدت في تحسين الوضع الصحي العام للسكان. شهدت الجزائر زيادة ثابتة في العمر المتوقع خلال الفترة 2015-2019 ليصل إلى 75.682 سنة في عام 2019. يعكس هذا التحسن المستمر تأثير السياسات الصحية المنفذة، بما في ذلك برامج الوقاية والعلاج من الأمراض المزمنة وتحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية.

شهد العمر المتوقع سنة 2020 انخفاضا طفيفا إلى 73.257 سنة، وهو ما يحتمل أن يكون ناتجا عن تأثيرات جائحة كوفيد-19 التي أثرت بشكل كبير على الأنظمة الصحية في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك الجزائر. ومع ذلك سرعان ما تعافى المؤشر ليصل إلى 76.129 سنة في عام 2022، مما يعكس التحسن المستمر في النظام الصحي وعودة الجزائر إلى مسار النمو الصحي بعد الجائحة. وبذلك فإن الجزائر قد شهدت تحسنا كبيرا في العمر المتوقع عند الميلاد خلال الفترة من 2000 إلى 2022، حيث ارتفع من 70.576 سنة في عام 2000 إلى 76.129 سنة في

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

عام 2022. يعكس هذا التحسن التقدم المستمر في تحسين الظروف الصحية العامة، والجهود المبذولة لتوسيع وتحسين النظام الصحي في البلاد. تشير الزيادة الملحوظة في العمر المتوقع في عام 2022 بعد الانخفاض المؤقت في 2020 إلى أن النظام الصحي في الجزائر استطاع التكيف والتعافي من الأزمات الصحية، مثل جائحة كوفيد-19، مما يعكس مرونة النظام الصحي وتحسينه المستمر.

ثانيا. اتجاهات بعد التعليم في الجزائر خلال الفترة (2000-2022): سيتم التركيز على تحليل اتجاهات التعليم في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022 من خلال مؤشرين رئيسيين هما متوسط سنوات الدراسة المتوقع، ومتوسط سنوات الدراسة. سيساهم تحليل هذين المؤشرين في فهم تطور قطاع التعليم في الجزائر.

1- متوسط سنوات الدراسة المتوقع (Expected Years of Schooling (years): يشير هذا المؤشر إلى عدد السنوات التي يتوقع أن يدرسها الطفل في المستقبل، بناء على المعدلات الحالية للالتحاق بالتعليم. ويعد مقياسا مهما لتقييم فرص التعليم المستقبلية في الجزائر. ويوضح الجدول الموالي تطور قيم هذا المؤشر خلال فترة الدراسة.

الجدول رقم (32). تطور قيم متوسط سنوات الدراسة المتوقع في الجزائر خلال الفترة 2000-2022

السنة	eyss	السنة	eyss
2000	11.2219601	2012	14.559516
2001	11.46066	2013	14.6523523
2002	11.8680697	2014	14.7451887
2003	12.1388302	2015	14.8380251
2004	12.47398	2016	14.9308615
2005	12.7207899	2017	15.0236979
2006	12.8114204	2018	15.1165342
2007	12.9895001	2019	15.2093706
2008	13.4346352	2020	15.302207
2009	13.8797703	2021	15.3950434
2010	14.23808	2022	15.4878798
2011	14.4666796		

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

يعد مؤشر متوسط سنوات الدراسة المتوقع من المؤشرات المهمة التي تستخدم لتقييم مستوى الوصول إلى التعليم في بلد ما. هذا المؤشر يعكس عدد السنوات التي يتوقع أن يقضيها الطفل في التعليم مستقبلاً إذا استمرت معدلات الالتحاق بالتعليم كما هي في الوقت الحالي. يظهر هذا المؤشر في الجزائر زيادة مستمرة في متوسط سنوات الدراسة المتوقع خلال الفترة من 2000 إلى 2022، مما يعكس التحسن الكبير في نظام التعليم في البلاد، وزيادة فرص التعليم في مختلف المراحل الدراسية.

خلال الفترة 2000-2007، بدأ متوسط سنوات الدراسة المتوقع في الجزائر في الزيادة التدريجية من 11.22 سنة في عام 2000 إلى 13.43 سنة في عام 2008. هذه الزيادة يمكن أن تعزى إلى التوسع في التعليم الثانوي، بالإضافة إلى تحسين نوعية التعليم في المراحل التعليمية الأساسية. أما خلال الفترة (2008-2014)، فقد استمر المؤشر في الارتفاع ليصل إلى 14.75 سنة في عام 2014 بعد أن كان 13.88 سنة في عام 2009. يعكس هذا التحسن توسيع التعليم العالي وزيادة الفرص المتاحة في التعليم الجامعي، مما سهل للطلاب الانتقال من التعليم الثانوي إلى التعليم العالي. أما خلال الفترة 2015-2022 فقد شهدت الجزائر زيادة ملحوظة في متوسط سنوات الدراسة المتوقع، حيث وصل إلى 15.49 سنة في عام 2022 بعد أن كان 14.93 سنة في 2016. هذه الزيادة المستمرة تشير إلى التحسينات المستمرة في البنية التحتية للتعليم وزيادة معدل الالتحاق بالتعليم العالي.

يظهر التحسن المستمر في متوسط سنوات الدراسة المتوقع تقدماً كبيراً في النظام التعليمي في الجزائر، حيث يعكس هذا التوسع في التعليم الثانوي والتعليم العالي، فضلاً عن الجهود المبذولة لتحسين الفرص التعليمية لجميع الفئات العمرية. يمكن أن يعزى هذا التقدم إلى زيادة الاستثمارات في قطاع التعليم، مما يساهم في رفع مستويات التنمية البشرية بشكل عام.

2- متوسط سنوات الدراسة (Mean Years of Schooling (years): يقيس هذا المؤشر متوسط عدد السنوات التي أكملها الأفراد البالغون (25 سنة أو أكثر) من التعليم، ويعكس مستوى التعليم المكتسب في المجتمع. يعكس هذا المقياس مستوى التعليم الفعلي في المجتمع ويعد مؤشراً لجودة التعليم والتحصيل العلمي.

الجدول رقم (33). تطور قيم متوسط سنوات الدراسة في الجزائر خلال الفترة 2000-2022

السنة	mys	السنة	mys
2000	5.60909098	2012	5.76003367
2001	5.68326078	2013	5.94006741
2002	5.75743058	2014	6.12010115
2003	5.83160037	2015	6.3001349
2004	5.90577017	2016	6.48016864
2005	5.97993997	2017	6.66020238
2006	6.17000008	2018	6.84023613
2007	6.23000002	2019	7.02026987
2008	6.28999996	2020	7.21561072
2009	6.05333328	2021	7.41638699
2010	5.8166666	2022	7.41638699
2011	5.57999992	2023	

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

يعد مؤشر "متوسط سنوات الدراسة أحد المؤشرات الأساسية التي تستخدمها الأمم المتحدة لتقييم مستوى التعليم في المجتمع. يقيس هذا المؤشر متوسط عدد السنوات التي أكملها الأفراد البالغون (25 سنة أو أكثر) من التعليم، مما يعكس مستوى التعليم المكتسب لدى السكان الكبار. يعتبر هذا المؤشر مقياساً أساسياً لفهم جودة التعليم المنتشر في المجتمع ومدى وصول الأفراد إلى مستويات أعلى من التعليم.

من خلال بيانات الجدول يمكن ملاحظة أن متوسط سنوات الدراسة في الجزائر قد شهد تحسناً تدريجياً خلال الفترة من 2000 إلى 2022، مما يشير إلى زيادة في فرص التعليم وتحسين في نوعية التعليم المكتسب لدى الأفراد. خلال الفترة 2000-2007، بدأ متوسط سنوات الدراسة في الجزائر عند 5.61 سنة في عام 2000، ليصل إلى 6.29 سنة في عام 2008. هذا التحسن يظهر تقدماً طفيفاً في التعليم المكتسب لدى الأفراد البالغين في هذه الفترة ويرجع ذلك إلى تحسين الوصول إلى التعليم الأساسي وامتداد التعليم الثانوي في تلك السنوات. وخلال الفترة (2008-2014) ارتفع متوسط سنوات الدراسة بشكل أكثر وضوحاً، حيث بلغ 6.12 سنة في عام 2014 بعد أن

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

كان 6.29 سنة في 2008. هذا التحسن يظهر استمرار التحسينات في التعليم الثانوي والعالي، وزيادة فرص التعليم الجامعي، خاصة بعد زيادة الاستثمارات في البنية التحتية التعليمية.

شهدت الجزائر في الفترة 2015-2022 زيادة أكبر في متوسط سنوات الدراسة حيث ارتفع من 6.48 سنة في 2016 إلى 7.42 سنة في 2022. هذه الزيادة المستمرة تشير إلى توسع فرص التعليم العالي، حيث أصبح الوصول إلى التعليم الجامعي والمهني أكثر سهولة. كما ينعكس هذا التحسن في تحسين مستويات التعليم العام بشكل عام في المجتمع. وبذلك يظهر التحسن المستمر في متوسط سنوات الدراسة أن هناك تقدما في الوصول إلى التعليم الثانوي والتعليم العالي في الجزائر. التوسع في هذه المجالات يساهم في رفع مستوى التعليم المكتسب لدى الأفراد البالغين ويعكس نجاح السياسات التعليمية في تحسين مخرجات النظام التعليمي. يعزى هذا التحسن بشكل رئيسي إلى التوسع في التعليم الجامعي وزيادة الاستثمار في التعليم، بالإضافة إلى البرامج الحكومية التي تهدف إلى رفع مستويات التعليم في فئات مختلفة من المجتمع. مما يساهم في رفع مستويات التنمية البشرية في البلاد بشكل عام.

ثالثا. اتجاهات بعد الدخل في الجزائر خلال الفترة (2000-2022): يهدف هذا المحور إلى تحليل اتجاهات الدخل في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022، حيث يتم قياسه من خلال مؤشر الدخل القومي الإجمالي للفرد (Gross National Income per capita) باستخدام تعادل القوة الشرائية (PPP) لعام 2021. يساهم هذا التحليل في فهم تطور مستوى الدخل الفردي في الجزائر خلال هذه الفترة مع التركيز على التحديات الاقتصادية مثل التقلبات النفطية والسياسات الاقتصادية التي أثرت على الدخل القومي. كما سيتم مقارنة هذه الاتجاهات مع دول أخرى لتحديد مكانة الجزائر في السياق الاقتصادي العالمي.

الجدول رقم (34). تطور قيم الدخل الإجمالي للفرد في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنة	gnipc	السنة	gnipc
2000	11116.298	2012	14699.5724
2001	11523.3001	2013	14678.75
2002	11895.0467	2014	14946.7607
2003	12508.3588	2015	15117.0001
2004	12811.3087	2016	15618.6304
2005	13215.8424	2017	15465.5214
2006	13470.014	2018	15227.3417

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

15105.2907	2019	14026.5718	2007
14166.8216	2020	14208.6062	2008
14403.6128	2021	14125.0398	2009
14581.9029	2022	14631.2845	2010
		14667.5308	2011

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

يعتبر مؤشر الدخل الوطني الإجمالي للفرد (Gross National Income Per Capita) أحد أهم مؤشرات النمو الاقتصادي في البلاد، حيث يقيس الناتج المحلي الإجمالي المعدل حسب القدرة الشرائية للفرد في البلد. هذا المؤشر يظهر مستوى الرفاه الاقتصادي ويعكس قدرة الأفراد على الوصول إلى السلع والخدمات الأساسية في المجتمع.

من خلال تحليل البيانات من 2000 إلى 2022، نلاحظ تطورا تدريجيا في الدخل القومي الإجمالي للفرد في الجزائر، مما يعكس تحسنا في مستوى المعيشة والنمو الاقتصادي بشكل عام. حيث أنه خلال الفترة 2000-2007، بدأ الدخل القومي الإجمالي للفرد في الجزائر في عام 2000 عند 11,116.3 دولار، ليصل إلى 14,208.6 دولار في عام 2008. يعكس هذا النمو المستمر زيادة في الإنتاجية الوطنية والتوسع في القطاعات الاقتصادية الرئيسية مثل النفط والغاز، إضافة إلى تحسن في قدرة الجزائر على جذب الاستثمارات. استمر الدخل القومي الإجمالي للفرد في الزيادة خلال الفترة 2008-2014، حيث بلغ 14,946.8 دولار في عام 2014 بعد أن كان 14,208.6 دولار في 2008. تعزى هذه الزيادة إلى ارتفاع الإيرادات الناتجة عن ارتفاع أسعار النفط العالمية في تلك الفترة.

بدأ المؤشر في الارتفاع بشكل طفيف خلال الفترة 2015-2019، حيث وصل إلى 15,105.3 دولار في 2019 بعد أن كان 15,117.0 دولار في 2015. يشير هذا النمو الطفيف إلى أن الجزائر كانت تمر بفترة من الاستقرار النسبي، على الرغم من التحديات الاقتصادية الناتجة عن تقلبات أسعار النفط. أما خلال الفترة 2020-2022، فقد تراجع المؤشر إلى 14,166.8 دولار في عام 2020، وهو ما قد يعزى إلى التأثيرات الاقتصادية السلبية الناتجة عن جائحة كوفيد-19، والتي تسببت في تراجع النشاط الاقتصادي العالمي وتباطؤ الإنتاج في الجزائر. ومع ذلك، بدأ المؤشر في التعافي ليصل إلى 14,581.9 دولار في 2022، مما يعكس تعافي الاقتصاد الجزائري تدريجيا بعد تداعيات الجائحة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

يظهر الدخل القومي الإجمالي للفرد زيادة تدريجية في مستوى المعيشة والنمو الاقتصادي في الجزائر خلال العقدين الماضيين، مما يعكس التحسن في القدرة الشرائية والرفاه الاقتصادي للسكان. على الرغم من التحديات التي واجهتها الجزائر في بعض الفترات، مثل التباطؤ الناتج عن تقلبات أسعار النفط والجائحة العالمية، إلا أن هناك تحسنا في الدخل القومي يعكس استقرارا في الأداء الاقتصادي على المدى الطويل.

الفرع الثالث. اتجاهات الأدلة المركبة لدليل التنمية البشرية بالجزائر

يتجاوز دليل التنمية البشرية التقليدي المؤشرات الثلاثة الأساسية (الصحة، التعليم، والدخل) ليمثل صورة أكثر شمولاً للتنمية البشرية. وبذلك تم تطوير الأدلة المركبة الأخرى مثل مؤشر الفوارق بين الجنسين (GII) ودليل التنمية البشرية المعدل بعامل عدم المساواة (IHDI) ودليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب (PHDI) بهدف تقييم التنمية بشكل أكثر دقة. سيتم استعراض تطور هذه المؤشرات في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022.

أولاً. اتجاهات مؤشر التنمية البشرية للجنسين ومؤشراته بالجزائر: يركز مؤشر التنمية البشرية للجنسين (Gender Inequality Index - GII) على قياس التفاوتات بين الجنسين في مجالات الصحة والتعليم والمشاركة في العمل. سيتم تناول تطور هذا المؤشر في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022، ليتم توضيح كيف يعكس هذا التطور التغيرات في المساواة بين الجنسين وتقديم الفرص المتاحة لكل من الرجال والنساء في مختلف القطاعات.

1. قيمة مؤشر التنمية البشرية للجنسين (Gender Development Index (value): من خلال

البيانات الواردة في الجدول أدناه يمكن متابعة تطور قيم هذا المؤشر على النحو التالي:

الجدول رقم (35). تطور قيمة مؤشر التنمية البشرية للجنسين في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنة	gdi	السنة	gdi
2000	0.784	2012	0.865
2001	0.79	2013	0.868
2002	0.793	2014	0.865
2003	0.804	2015	0.873
2004	0.823	2016	0.879
2005	0.814	2017	0.882

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

0.882	2018	0.819	2006
0.884	2019	0.827	2007
0.887	2020	0.83	2008
0.887	2021	0.838	2009
0.888	2022	0.85	2010
		0.856	2011

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

يعكس مؤشر التنمية البشرية للجنسين (GDI) الفروق بين الجنسين في مؤشر التنمية البشرية التقليدي، حيث يقيس التفاوت في العمر المتوقع والتعليم والدخل بين الرجال والنساء في البلد. يظهر هذا المؤشر تطور المساواة بين الجنسين ومدى تقدم الجزائر في تحقيق المساواة في الفرص بين الجنسين. بدأ مؤشر التنمية البشرية للجنسين في الجزائر عند 0.784 في عام 2000، ليصل إلى 0.83 في عام 2008. يظهر هذا التحسن في المساواة بين الجنسين نتيجة للسياسات الاجتماعية والتعليمية التي تهدف إلى تحسين فرص النساء في العمل والتعليم. استمر GDI في الارتفاع خلال الفترة 2008-2014 ليصل إلى 0.865 في عام 2014. هذا التحسن يعكس زيادة الفرص للنساء في مجالات التعليم والصحة، فضلا عن تحسين المشاركة الاقتصادية للنساء في سوق العمل.

أما في الفترة 2015-2022، فقد شهد GDI زيادات مطردة، حيث وصل إلى 0.888 في عام 2022 بعد أن كان 0.856 في 2011. يشير هذا إلى تقدم مستمر في المساواة بين الجنسين، خاصة في مجالات التعليم والصحة بالإضافة إلى مزيد من الفرص الاقتصادية التي أصبحت متاحة للنساء في الجزائر.

يظهر التحسن المستمر في مؤشر التنمية البشرية للجنسين التقدم في تحقيق المساواة بين الجنسين في الجزائر، مما يعكس الجهود المستمرة لتحسين وصول النساء إلى التعليم والخدمات الصحية وفرص العمل. التحسن المطرد في هذا المؤشر يعزى إلى الإصلاحات الاجتماعية والسياسات الحكومية التي تهدف إلى دعم التمكين الاقتصادي والاجتماعي للنساء.

2. اتجاهات دليل التنمية البشرية للإناث (HDI female) خلال الفترة (2000-2022): من خلال

البيانات الواردة في الجدول أدناه يمكن متابعة تطور اتجاهات دليل التنمية البشرية للإناث بالجزائر خلال الفترة

من 2000 إلى 2022 على النحو التالي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (36). تطور قيم دليل التنمية البشرية للإنانث بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنة	hdi_f	le_f	eyf_f	mys_f	gni_pc_f
2000	0.54559337	71.944	11.4587458	4.25274713	2159.07116
2001	0.55545746	72.295	11.7267449	4.39110317	2303.17174
2002	0.56710462	72.842	12.0010121	4.52945921	2499.58525
2003	0.58050245	73.027	12.2816938	4.66781525	2860.8605
2004	0.60118628	73.642	12.5689402	4.80617129	3621.03925
2005	0.59946021	73.962	12.9340601	4.94452733	3108.84546
2006	0.60707396	74.283	13.01192	5.15999985	3262.86038
2007	0.61591106	74.556	13.2646103	5.25999999	3486.9154
2008	0.62468828	74.827	13.6852751	5.36000013	3613.81731
2009	0.63167525	75.074	14.1059399	5.25333341	3804.27422
2010	0.64153197	75.319	14.5566502	5.14666669	4188.72926
2011	0.64521962	75.547	14.8095503	5.03999996	4298.16728
2012	0.65479613	75.769	14.9417893	5.22202998	4697.53044
2013	0.66001866	75.986	15.0740283	5.40406001	4758.92774
2014	0.66257679	76.183	15.2062673	5.58609003	4611.04156
2015	0.67163326	76.377	15.3385063	5.76812005	5006.32793
2016	0.67975592	76.57	15.4707453	5.95015007	5350.71608
2017	0.68422313	76.75	15.6029843	6.1321801	5370.72222
2018	0.68680619	76.928	15.7352233	6.31421012	5220.88728
2019	0.69090722	77.091	15.8674622	6.49624014	5219.63658
2020	0.68184628	74.943	15.9997012	6.69534961	4920.67133
2021	0.69396225	76.65	16.1319402	6.90056178	5021.31703
2022	0.70008455	77.592	16.2641792	6.90056178	5094.78159

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

يتم قياس دليل التنمية البشرية للإناث (HDI Female) باستخدام المؤشرات الخاصة بالإناث في الصحة (العمر المتوقع عند الميلاد)، والتعليم (عدد السنوات المتوقعة من التعليم ومتوسط سنوات الدراسة)، والدخل (الدخل القومي الإجمالي للفرد). سيتم فيما يأتي تحليل البيانات التي تعكس اتجاهات دليل التنمية البشرية للإناث في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022.

■ اتجاهات العمر المتوقع عند الميلاد للإناث (life Expectancy at Birth, Female): شهد

العمر المتوقع عند الميلاد للإناث في الجزائر تحسنا مستمرا على مر السنوات. ففي عام 2000، كان العمر المتوقع للإناث 71.94 سنة، ليصل في عام 2022 إلى 77.69 سنة. يعكس هذا التحسن الكبير التحسينات في الرعاية الصحية والظروف المعيشية للإناث في الجزائر، نتيجة لتطوير الخدمات الصحية وتحسين الوقاية من الأمراض.

■ اتجاهات متوسط سنوات الدراسة للإناث (Mean Years of Schooling, Female): كان

متوسط سنوات الدراسة للإناث في الجزائر في عام 2000 بما يعادل 4.25 سنة، ليصل في عام 2022 إلى 6.90 سنة. يظهر هذا التحسن الكبير في فرص التعليم المتاحة للإناث وتحسين جودة التعليم، كما يعكس جهدا مستمرا نحو تمكين الفتيات من الوصول إلى التعليم في مختلف المراحل. يعكس هذا التحسن في التعليم الأساسي والثانوي والجامعي للإناث، مما يعزز من فرصهن في المشاركة في سوق العمل والمساهمة في التنمية الاقتصادية.

■ اتجاهات عدد السنوات المتوقعة من التعليم للإناث (Expected Years of Schooling, Female): كانت

كانت السنوات المتوقعة من التعليم للإناث حوالي 11.46 سنة في عام 2000، ليرتفع إلى 16.18 سنة في 2022. يعكس هذا التحسن التوسع في فرص التعليم الثانوي والعالي، فضلا عن زيادة التحصيل العلمي للفتيات في مختلف المراحل الدراسية. كما يشير إلى الجهود المبذولة لتوفير التعليم لجميع الفئات العمرية، ودعم مشاركة الإناث في التعليم العالي، مما يعزز من مكانتهن في المجتمع والاقتصاد.

■ اتجاهات الدخل القومي الإجمالي للفرد للإناث (Gross National Income Per Capita, Female): في عام

2000، كان الدخل القومي الإجمالي للفرد للإناث حوالي 2159.07 دولارا أمريكيا (بالقدرة الشرائية لعام 2021)، ليصل في 2022 إلى 5094.78 دولارا أمريكيا. يعكس هذا التحسن في الدخل تحسن مستوى المعيشة للإناث، وتحسن في فرص العمل والدخل الشخصي، حيث أصبح للإناث دور أكبر في الاقتصاد المحلي.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

شهد دليل التنمية البشرية للإناث في الجزائر تحسنا ملحوظا بين عامي 2000 و2022، حيث ارتفعت مؤشرات الصحة والتعليم والدخل بشكل كبير. يعكس هذا التقدم التحسن المستمر في فرص المساواة بين الجنسين في الجزائر مما يساهم في تقدم التنمية البشرية بشكل عام.

3. اتجاهات دليل التنمية البشرية للذكور (HDI male) خلال الفترة (2000-2022): من خلال

البيانات الواردة في الجدول أدناه يمكن متابعة تطور اتجاهات دليل التنمية البشرية للذكور في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022 على النحو التالي:

الجدول رقم (37). تطور قيم دليل التنمية البشرية للذكور في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنة	hdi_m	le_m	eys_m	mys_m	gni_pc_m
2000	0.69621489	69.289	10.9851743	6.79191671	19541.2663
2001	0.70340555	69.823	11.194575	6.84625205	20205.7554
2002	0.71491915	70.505	11.7351272	6.90058738	20753.5286
2003	0.72210495	70.837	11.9959666	6.95492271	21615.8098
2004	0.7300757	71.478	12.38342	7.00925805	21497.4895
2005	0.73631242	71.76	12.51822	7.06359338	22780.4979
2006	0.74081553	72.003	12.6211996	7.17000008	23141.9647
2007	0.74496597	72.192	12.7285204	7.19499993	24024.387
2008	0.7524165	72.464	13.1970701	7.21999979	24266.0312
2009	0.75382245	72.721	13.6656199	6.89333312	23927.7118
2010	0.75497292	73.017	13.9375296	6.56666644	24555.6813
2011	0.75389823	73.266	14.1436796	6.23999977	24529.5229
2012	0.75722989	73.493	14.1982433	6.40258229	24220.1677
2013	0.76077084	73.68	14.252807	6.5651648	24129.484
2014	0.7656662	73.85	14.3073707	6.72774732	24802.6295
2015	0.76908063	73.992	14.3619344	6.89032984	24766.8638
2016	0.77364193	74.106	14.4164981	7.05291235	25425.7811
2017	0.77619232	74.177	14.4710618	7.21549487	25113.6633
2018	0.77873857	74.255	14.5256255	7.37807739	24798.7317

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

24569.468	7.5406599	14.5801892	74.35	0.78149722	2019
23027.1153	7.71467097	14.6347529	71.733	0.76912077	2020
23401.6567	7.89269757	14.6893166	73.845	0.78265409	2021
23686.2341	7.89269757	14.7438803	74.74	0.78794922	2022

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

يتم قياس دليل التنمية البشرية للذكور باستخدام مؤشرات الصحة (العمر المتوقع عند الميلاد)، والتعليم (عدد السنوات المتوقعة من التعليم ومتوسط سنوات الدراسة)، والدخل (الدخل القومي الإجمالي للفرد). سيتم فيما يأتي دراسة اتجاهات دليل التنمية البشرية للذكور في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022.

- **اتجاهات العمر المتوقع عند الميلاد للذكور (Life Expectancy at Birth, Male):** بدأ العمر المتوقع عند الميلاد للذكور في الجزائر في عام 2000 عند 69.29 سنة، ليصل في عام 2022 إلى 74.74 سنة. يعكس هذا التحسن المستمر التطورات في الرعاية الصحية والظروف المعيشية للذكور بالإضافة إلى التوسع في برامج الوقاية الصحية.
- **اتجاهات متوسط سنوات الدراسة للذكور (Mean Years of Schooling, Male):** كان متوسط سنوات الدراسة للذكور في الجزائر 6.79 سنة في عام 2000، ليصل في عام 2022 إلى 7.89 سنة. يظهر هذا التحسن بشكل ملحوظ في فرص التعليم للذكور، ويعكس زيادة الوعي بالتعليم وتحسين البنية التحتية التعليمية في الجزائر. هذه الزيادة تشير إلى التحسين المستمر في التعليم الثانوي والجامعي للذكور، مما يعزز من فرصهم في المشاركة الفعالة في الاقتصاد والمجتمع.
- **اتجاهات عدد السنوات المتوقعة من التعليم للذكور (Expected Years of Schooling, Male):** كانت السنوات المتوقعة من التعليم للذكور 10.99 سنة في عام 2000، ليصل هذا المؤشر في 2022 إلى 14.74 سنة. هذه الزيادة تشير إلى التوسع في التعليم العالي وزيادة التحصيل العلمي في الجزائر مما يعكس تحسنا في فرص التعليم في جميع المراحل الدراسية. التوسع في التعليم الجامعي والتقني يساهم بشكل كبير في تحفيز النمو الاقتصادي وتعزيز الفرص التعليمية للذكور.
- **اتجاهات الدخل القومي الإجمالي للفرد للذكور (Gross National Income Per Capita, Male):** كان الدخل القومي الإجمالي للفرد للذكور حوالي 19,541.27 دولارا (بالقدرة الشرائية لعام 2021) في عام 2000، ليصل في عام 2022 إلى 23,686.23 دولارا. يعكس هذا التحسن زيادة في

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

مستوى المعيشة والقدرة الشرائية للذكور، ويعكس أيضا تحسنا في فرص العمل والاستقلال الاقتصادي للذكور في الجزائر. هذا التحسن في الدخل القومي يعكس النمو المستمر في الاقتصاد الوطني وتحسن فرص العمل.

ثانيا. اتجاهات دليل التنمية البشرية معدلا بعامل عدم المساواة (IHDI) ومؤشراته بالجزائر: من خلال البيانات الواردة في الجدول أدناه يمكن متابعة تطور اتجاهات دليل التنمية البشرية معدلا بعامل عدم المساواة ومؤشراته في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022 على النحو التالي:

الجدول رقم (38). تطور قيم دليل التنمية البشرية معدلا بعامل عدم المساواة ومؤشراته بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنه	Ihdi	coef_ineq	loss	ineq_le	ineq_edu	ineq_inc
2012	0.562	21.7659166	22.2683264	14.798997	33.68956	16.8091927
2013	0.566	21.6869849	22.1458047	14.562202	33.68956	16.8091927
2014	0.571	21.5574662	21.9945355	14.173646	33.68956	16.8091927
2015	0.575	21.4876466	21.9810041	13.964187	33.68956	16.8091927
2016	0.58	21.4128792	21.9380888	13.739885	33.68956	16.8091927
2017	0.583	21.3384269	21.849866	13.516528	33.68956	16.8091927
2018	0.587	21.1205686	21.6288385	13.269893	33.28262	16.8091927
2019	0.59	21.0332146	21.6467464	13.007831	33.28262	16.8091927
2020	0.583	20.9321832	21.4285714	12.704737	33.28262	16.8091927
2021	0.594	20.8489966	21.3245033	12.455177	33.28262	16.8091927
2022	0.599	20.7526706	21.2877792	12.166199	33.28262	16.8091927

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

دليل التنمية البشرية المعدل بعامل عدم المساواة (IHDI) هو مؤشر معدل يعكس تأثير عدم المساواة في مجالات الصحة والتعليم والدخل على التنمية البشرية في البلدان. يقوم IHDI بتعديل دليل التنمية البشرية التقليدي ليأخذ في الحسبان الفروقات الاجتماعية والاقتصادية بين الأفراد في المجتمع.

■ اتجاهات دليل التنمية البشرية المعدل بعامل عدم المساواة (IHDI) : بدأ IHDI في الجزائر في عام 2012 عند 0.562، ليشهد زيادة تدريجية حتى وصل إلى 0.599 في 2022. يظهر هذا التحسن بشكل

بطيء ولكنه مستمر، ما يعكس تحسينا في مؤشرات التنمية البشرية بشكل عام، بالرغم من التحديات المرتبطة بعدم المساواة.

■ **اتجاهات معامل عدم المساواة (Coefficient of Human Inequality) :** استمر معامل عدم المساواة في الجزائر عند مستويات ثابتة تقريبا طوال الفترة من 2012 إلى 2022، حيث كان في عام 2012 21.77، وانخفض تدريجيا إلى 20.75 في عام 2022. يعكس هذا التغير البسيط تحسنا طفيفا في توزيع الموارد والفرص بين أفراد المجتمع.

■ **اتجاهات فقدان التنمية بسبب عدم المساواة (Overall Loss) :** يشير فقدان التنمية إلى التفاوتات في الصحة والتعليم والدخل التي تحد من تقدم مؤشر التنمية البشرية. في الجزائر كان فقدان التنمية بسبب عدم المساواة في عام 2012 حوالي 22.27%، ليقل تدريجيا إلى 21.29% في عام 2022. هذا التراجع يشير إلى تحسن في تقليل آثار عدم المساواة على مؤشرات التنمية.

■ **اتجاهات عدم المساواة في العمر المتوقع (Inequality in Life Expectancy) :** بدأ عدم المساواة في العمر المتوقع في الجزائر في عام 2012 بنسبة 14.80%، ليشهد انخفاضا طفيفا إلى 12.17% في 2022. هذا التحسن يشير إلى انخفاض الفجوات في الوصول إلى الرعاية الصحية وتحسن نوعية الحياة في الجزائر.

■ **اتجاهات عدم المساواة في التعليم (Inequality in Education) :** شهد عدم المساواة في التعليم استقرارا نسبيا في الجزائر خلال الفترة من 2012 إلى 2022، حيث بقي معدل عدم المساواة في التعليم عند مستويات مرتفعة، ويظهر معدل 33.69% خلال معظم السنوات. هذا يشير إلى وجود فجوات كبيرة بين الأفراد في الوصول إلى التعليم الجيد، على الرغم من التحسن في هذا المجال.

■ **اتجاهات عدم المساواة في الدخل (Inequality in Income) :** ظل عدم المساواة في الدخل في الجزائر ثابتا بشكل ملحوظ خلال الفترة من 2012 إلى 2022، حيث كانت النسبة 16.81% طوال السنوات مما يعكس استقرارا في توزيع الدخل بين أفراد المجتمع. ومع ذلك يبقى هذا المعدل مرتفعا، مما يشير إلى استمرار التفاوتات الاقتصادية التي تؤثر على التنمية بشكل عام.

إن التحسن في IHDI على مدى العقد الماضي يظهر تقدما في تقليص عدم المساواة في الجزائر، سواء في مجال الصحة أو التعليم أو الدخل. على الرغم من التحسن المستمر في مؤشر IHDI، فإن التفاوتات الكبيرة في التعليم والدخل تظل تشكل تحديات رئيسية أمام تحقيق مساواة أكبر في التنمية. يظهر الانخفاض الطفيف في فقدان التنمية

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

بسبب عدم المساواة أن الجزائر تسير في الاتجاه الصحيح نحو تقليل الآثار السلبية للتفاوتات الاجتماعية والاقتصادية على التنمية البشرية.

شهد دليل التنمية البشرية المعدل بعامل عدم المساواة (IHDI) في الجزائر تحسنا تدريجيا. هذا التحسن يعكس جهودا مستمرة نحو تقليل عدم المساواة في الصحة والتعليم والدخل. ورغم هذا التحسن إلا أن التفاوتات في التعليم والدخل لا تزال تشكل تحديا كبيرا أمام الجزائر في تحقيق التنمية المستدامة والمتكافئة.

ثالثا. اتجاهات دليل الفوارق بين الجنسين (Gender Inequality Index -GII) ومؤشراته بالجزائر: من خلال البيانات الواردة في الجدول أدناه يمكن متابعة تطور اتجاهات دليل الفوارق بين الجنسين ومؤشراته في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022 على النحو التالي:

الجدول رقم (39). دليل الفوارق بين الجنسين ومؤشراته بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنة	gii	mmr	abr	se_f	se_m	pr_f	pr_m	lfpr_f	lfpr_m
2000	0.61	159.175683	8.658	18.1345575	31.3786323	4.00763359	95.9923664	6.65	46.95
2001	0.597	155.607659	8.065	18.574301	31.1796717	4.00763359	95.9923664	7.46	49.36
2002	0.564	150.39429	7.74	19.0140446	30.9807111	6.00375235	93.9962477	8.27	51.77
2003	0.559	153.00684	7.727	19.4537882	30.7817504	6.00375235	93.9962477	9.08	54.19
2004	0.554	136.839828	7.789	19.8935317	30.5827898	5.2532833	94.7467167	9.89	56.6
2005	0.552	143.523697	7.87	20.3332753	30.3838291	5.2532833	94.7467167	10.71	59.01
2006	0.546	134.481172	8.403	21.4579292	30.8769975	5.2532833	94.7467167	11.52	61.42
2007	0.528	125.070947	8.795	22.5825831	31.3701659	6.47619048	93.5238095	12.33	63.84
2008	0.521	116.518085	9.161	23.7072369	31.8633343	6.47619048	93.5238095	13.14	66.25
2009	0.513	114.553617	9.559	24.8318908	32.3565027	7.04761905	92.952381	13.95	68.66
2010	0.508	111.742918	9.401	25.9565447	32.8496711	7.04761905	92.952381	14.16	68.86
2011	0.496	105.463289	9.68	27.7700005	34.0900002	7.23809524	92.7619048	14.98	68.33
2012	0.407	99.0757943	9.665	29.6267514	35.7627153	25.8278146	74.1721854	15.8	67.8
2013	0.403	94.3440765	10.141	31.4835024	37.4354305	25.8278146	74.1721854	16.6	69.5
2014	0.399	86.1514633	10.196	33.3402534	39.1081457	25.7425743	74.2574257	15.58	66.23

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

66.83	16.3	74.2574257	25.7425743	40.7808609	35.1970043	10.294	89.1326501	0.397	2015
66.49	16.94	74.214876	25.785124	42.4535761	37.0537553	10.5	88.9977067	0.392	2016
66.04	17.13	78.677686	21.3223141	44.1262913	38.9105063	9.978	89.1435423	0.397	2017
65.84	17.34	78.677686	21.3223141	45.7990065	40.7672572	9.495	79.4912067	0.383	2018
65.68	17.45	78.4511785	21.5488216	47.4717217	42.6240082	10.328	76.7143395	0.385	2019
65.59	17.53	78.9386401	21.0613599	49.3479953	44.7707013	9.901	77.6947893	0.383	2020
65.53	17.57	92.5182482	7.48175183	51.2984269	47.0255094	9.343	77.6947893	0.442	2021
65.5	17.61	92.9947461	7.00525394	51.2984269	47.0255094	8.977	77.6947893	0.443	2022
65.5	17.61	93.2409012	6.75909879	51.2984269	47.0255094	8.698	77.6947893	0.443	2023

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

مؤشر الفوارق بين الجنسين (GII) هو مقياس يستخدم لتقييم التفاوتات بين الجنسين في مجالات الصحة والتعليم والمشاركة في سوق العمل. يشمل هذا المؤشر عدة مؤشرات فرعية مثل معدل وفيات الأمهات، ومعدل ولادات المراهقات، ونسبة المشاركة في البرلمان، ومشاركة النساء في سوق العمل.

- **اتجاهات مؤشر الفوارق بين الجنسين (GII):** بدأ مؤشر الفوارق بين الجنسين في الجزائر في عام 2000 عند 0.61، ليشهد انخفاضا مستمرا حتى وصل إلى 0.44 في 2022. يعكس هذا الانخفاض تحسنا ملحوظا في المساواة بين الجنسين في الجزائر، حيث يشير هذا التحسن إلى تقدم في توفير الفرص المتساوية للنساء في مجالات الصحة، والتعليم، والمشاركة في سوق العمل.
- **معدل ولادات المراهقات (Adolescent Birth Rate):** بدأ معدل ولادات المراهقات في الجزائر عند 8.66 ولادة لكل 1,000 امرأة في سن 15-19 في عام 2000، ليصل إلى 8.98 في 2022. يظهر هذا المعدل استقرارا طفيفا على مدار السنوات مع تقليل طفيف في هذه النسبة مما يعكس تحسينات في الوعي الصحي وبرامج التخطيط الأسري للنساء المراهقات.

- **اتجاهات معدل وفيات الأمهات (Maternal Mortality Ratio):** بدأ معدل وفيات الأمهات في الجزائر في عام 2000 عند 159.18 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية، ليصل إلى 77.69 في 2022. هذا التحسن الكبير يعكس تحسنا في الرعاية الصحية للأمهات، بما في ذلك تحسين الخدمات الصحية في الولادة والرعاية قبل وبعد الولادة، فضلا عن تحسين البنية التحتية الصحية.

- اتجاهات التعليم الثانوي للإناث: نسبة النساء اللواتي حصلن على التعليم الثانوي على الأقل (**Population with at least some secondary education, female**): في عام 2000، كانت نسبة الإناث اللواتي حصلن على تعليم ثانوي على الأقل 18.13%، لترتفع هذه النسبة بشكل ملحوظ إلى 47.03% في 2022. هذا التحسن الكبير يعكس زيادة فرص التعليم للإناث، بما في ذلك التحسين في الوصول إلى التعليم الثانوي والتعليم العالي.
- اتجاهات التعليم الثانوي للذكور: نسبة الذكور الذين حصلوا على التعليم الثانوي على الأقل (**Population with at least some secondary education, male**): بدأت نسبة الذكور الذين حصلوا على تعليم ثانوي على الأقل في الجزائر بـ 31.38% في 2000، لتصل إلى 51.30% في 2022. على الرغم من أن النسبة أعلى بالنسبة للذكور، إلا أن الفجوة بين الجنسين في هذا المجال تقلصت بشكل تدريجي.
- اتجاهات تمثيل النساء في البرلمان: نسبة المقاعد البرلمانية التي تشغلها النساء (**Share of seats in parliament, female**): كانت نسبة المقاعد التي تشغلها النساء الجزائريات في البرلمان 4.01% في عام 2000، لترتفع بشكل كبير إلى 7.01% في 2022. يظهر هذا التحسن التحركات نحو زيادة مشاركة النساء في الحياة السياسية، بالرغم من أن النسبة ما زالت منخفضة مقارنة بالعديد من الدول الأخرى.
- اتجاهات تمثيل الرجال في البرلمان: نسبة المقاعد البرلمانية التي يشغلها الرجال (**Share of seats in parliament, male**): استمر تمثيل الرجال في البرلمان في الجزائر عند مستويات مرتفعة، حيث بلغت نسبة المقاعد التي يشغلها الرجال 95.99% في 2000، لتصل إلى 92.99% في 2022. بالرغم من التحسن في تمثيل النساء، فإن الرجال لا يزالون الأغلبية الساحقة من المقاعد البرلمانية.
- اتجاهات مشاركة النساء في سوق العمل: مشاركة النساء في سوق العمل (**Labour Force Participation Rate, female**): بدأت مشاركة النساء في سوق العمل في الجزائر عند 6.65% في 2000، لترتفع تدريجياً إلى 17.61% في 2022. هذا التحسن يظهر زيادة الفرص الاقتصادية للنساء في الجزائر، رغم أن النسبة ما زالت منخفضة مقارنة بالرجال.
- اتجاهات مشاركة الرجال في سوق العمل: مشاركة الرجال في سوق العمل (**Labour Force Participation Rate, male**): كانت مشاركة الرجال في سوق العمل في الجزائر 46.95% في

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

2000، لترتفع إلى 65.50% في 2022. هذه الزيادة تعكس استقرارا في فرص العمل للرجال، على الرغم من أن النمو في هذا المجال كان أكثر وضوحا بالنسبة للنساء في السنوات الأخيرة.

إن التحسن المستمر في مؤشر الفوارق بين الجنسين التقدم في المساواة بين الجنسين في الجزائر في مجالات الصحة والتعليم، والتمثيل السياسي. على الرغم من التحسن في مشاركة النساء في سوق العمل والبرلمان، فإن الفجوات الكبيرة ما زالت موجودة، خاصة في تمثيل النساء في السياسة وفي سوق العمل مقارنة بالرجال.

يتبين من خلال التحليل أن الجزائر قد حققت تحسنا تدريجيا في مؤشر الفوارق بين الجنسين من 0.61 في 2000 إلى 0.44 في 2022، مع تحسن واضح في الصحة، والتعليم، والتمثيل السياسي. ومع ذلك تظل الفجوات قائمة في بعض المجالات مثل التمثيل السياسي للنساء ومشاركة النساء في سوق العمل مقارنة بالرجال، مما يتطلب المزيد من الجهود لتحقيق المساواة الكاملة بين الجنسين في جميع القطاعات.

رابعا. دليل التنمية البشرية معدلا بعامل الضغوط على الكوكب (PHDI) ومؤشراته بالجزائر: من خلال البيانات الواردة في الجدول أدناه يمكن متابعة تطور اتجاهات دليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب (PHDI) ومؤشراته في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022 على النحو التالي:

الجدول رقم (40). تطور قيم دليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب ومؤشراته بالجزائر خلال الفترة (2000-

(2022)

السنة	phdi	diff_hdi_phdi	co2_prod	mf
2000	0.622	4.4546851	2.77496837	4.8786
2001	0.628	4.70409712	2.78322303	5.1242
2002	0.635	5.08221226	2.86777144	5.8884
2003	0.64	5.46528804	2.95049118	6.4247
2004	0.647	5.54744526	2.82109121	6.8152
2005	0.65	6.06936416	3.36782911	7.0537
2006	0.655	6.16045845	3.16721838	7.3002
2007	0.658	6.53409091	3.23357931	8.0267
2008	0.658	7.45428973	3.21344261	9.5999
2009	0.659	7.70308123	3.37697963	9.8481

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

9.2585	3.30076318	7.24233983	0.666	2010
9.2285	3.42316581	7.3816156	0.665	2011
9.2649	3.64123054	7.46887967	0.669	2012
9.0605	3.70484423	7.42778542	0.673	2013
9.1473	3.9030481	7.65027322	0.676	2014
10.0098	4.04842517	8.14111262	0.677	2015
9.848	3.92871185	8.07537012	0.683	2016
9.663	4.01525933	7.90884719	0.687	2017
9.7644	4.11918981	8.14419226	0.688	2018
9.5117	4.21273972	7.96812749	0.693	2019
8.8443	3.87045919	7.41239892	0.687	2020
8.6801	4.06529101	7.41721854	0.699	2021
8.8001	4.11013017	7.62155059	0.703	2022

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

إن دليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب (PHDI) هو مقياس يستخدم لاحتساب التنمية البشرية مع الأخذ في الاعتبار التأثيرات البيئية، مثل انبعاثات الكربون والبصمة المادية الناتجة عن النشاط البشري. يعكس هذا المؤشر التنمية البشرية المستدامة ويأخذ في الاعتبار تكلفة النمو الاقتصادي على البيئة.

■ **اتجاهات دليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب (PHDI):** بدأ دليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب في الجزائر في عام 2000 عند 0.622، ليصل في عام 2022 إلى 0.703. يعكس هذا التحسن تدريجياً تحسناً في التنمية البشرية في الجزائر مع مراعاة التأثيرات البيئية على هذه التنمية. يعتبر هذا التحسن مؤشراً على أن الجزائر قد اتخذت خطوات نحو تحسين الأداء البيئي إلى جانب التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

■ **اتجاهات الفرق بين PHDI وHDI (Difference from HDI value):** هناك زيادة في الفجوة بين PHDI وHDI في البداية، مما يعكس تأثيرات سلبية على التنمية البشرية. وتقلصت الفجوة مع مرور الوقت، الأمر الذي يشير إلى تحسن في السياسات البيئية والتنمية.

■ اتجاهات انبعاثات ثاني أكسيد الكربون للفرد (CO2 Production) : بدأت انبعاثات ثاني أكسيد

الكربون في الجزائر في عام 2000 عند 2.77 طن للفرد، ليصل في 2022 إلى 4.11 طن. هذا الارتفاع في انبعاثات الكربون يشير إلى زيادة في النشاط الصناعي والنمو الاقتصادي، ولكنه يبرز في الوقت ذاته التحديات البيئية المرتبطة بالنمو الاقتصادي.

■ اتجاهات البصمة المادية للفرد (Material Footprint per Capita) : كانت البصمة المادية للفرد

في الجزائر 4.88 طن في 2000، لتصل إلى 8.80 طن في 2022. يشير هذا الارتفاع في البصمة المادية إلى زيادة في الاستهلاك والضغط على الموارد الطبيعية في البلاد، وهو ما يعكس الحاجة إلى التوازن بين النمو الاقتصادي واستخدام الموارد الطبيعية.

تحسن PHDI على الرغم من زيادة الانبعاثات الكربونية والبصمة المادية يدل على أن الجزائر شهدت تحسنا في مستوى التنمية البشرية مع بعض التحديات البيئية. بالرغم من التحسن في PHDI، فإن التأثير البيئي مثل انبعاثات الكربون والبصمة المادية، لا يزال يشكل عائقا أمام التنمية المستدامة. الفرق بين PHDI و HDI يعكس الحاجة إلى استراتيجيات بيئية أكثر فاعلية لتحقيق التنمية المستدامة في الجزائر.

شهد دليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب (PHDI) في الجزائر تحسنا مستمرا من 0.622 في 2000 إلى 0.703 في 2022. ومع ذلك تظل التحديات البيئية مثل ارتفاع انبعاثات ثاني أكسيد الكربون والبصمة المادية، تمثل عقبات أمام التنمية المستدامة. الفرق بين PHDI و HDI يشير إلى أهمية التوازن بين النمو الاقتصادي وحماية البيئة لتحقيق تنمية مستدامة.

خامسا. اتجاهات عدد السكان بالجزائر وعلاقتها بالمؤشرات الأخرى للتنمية البشرية: يعد فهم تطور عدد السكان في أي دولة أحد العوامل الأساسية لفهم الديناميكيات الاقتصادية والاجتماعية بها حيث يتأثر العديد من المؤشرات التنموية بهذا العامل. وتعتبر الجزائر من الدول التي شهدت تغيرات سكانية ملحوظة على مدار السنوات الماضية، مما يعكس تأثيرها على مختلف مجالات التنمية البشرية. يبين الجدول التالي تطور عدد السكان الإجمالي بالجزائر من أجل تحليل علاقتها بالمؤشرات الأخرى للتنمية البشرية خلال الفترة محل الدراسة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (41). تطور قيم عدد السكان الإجمالي بالجزائر خلال الفترة 2000-2022

السنة	pop_total	السنة	pop_total
2000	30.9038925	2012	37.646166
2001	31.3312215	2013	38.4141715
2002	31.7508345	2014	39.2050305
2003	32.1758175	2015	40.019529
2004	32.628286	2016	40.850721
2005	33.109249	2017	41.689299
2006	33.623506	2018	42.505035
2007	34.189416	2019	43.294546
2008	34.816961	2020	44.042091
2009	35.490445	2021	44.761099
2010	36.1882355	2022	45.4773895
2011	36.9033755	2023	46.164219

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، مؤشرات التنمية البشرية، جوان 2025.

يعكس مؤشر عدد السكان النمو السكاني في البلاد، وهو أحد العوامل المهمة التي تؤثر في التنمية البشرية في مجالات مثل الصحة، التعليم، والدخل. سيتم في هذا التحليل ربط نمو السكان في الجزائر بتطورات مؤشرات التنمية البشرية.

- **اتجاهات عدد السكان في الجزائر:** بدأ عدد السكان في الجزائر في عام 2000 عند 30.90 مليون نسمة ليصل إلى 46.16 مليون نسمة في 2023. هذا النمو السكاني الملحوظ يعكس زيادة طبيعية في عدد السكان بالإضافة إلى تحسن في الرعاية الصحية التي أسهمت في تقليص معدلات الوفاة.
- **تحليل العلاقة بين عدد السكان وHDI:** شهد مؤشر التنمية البشرية (HDI) تحسنا ملحوظا على مدى السنوات من 0.651 في 2000 إلى 0.761 في 2022، وهو ما يعكس التحسن في الصحة والتعليم والدخل في ظل النمو السكاني. مع زيادة عدد السكان، كان من الضروري تحسين البنية التحتية الصحية والتعليمية لتلبية احتياجات هذا النمو.

■ **تحليل العلاقة بين عدد السكان وIHDI :** مؤشر التنمية البشرية المعدل بعامل عدم المساواة (IHDI) في الجزائر أظهر أيضا تحسنا بطيئا من 0.562 في 2012 إلى 0.599 في 2022. يعتبر النمو السكاني أحد العوامل التي تؤثر في توزيع الموارد، حيث تتطلب الزيادة السكانية استثمارا أكبر في البنية التحتية وفرص التعليم لتقليل عدم المساواة.

■ **تحليل العلاقة بين عدد السكان وGII :** في سياق مؤشر الفوارق بين الجنسين (GII) مع النمو السكاني تطلب الأمر تحسينات في المساواة بين الجنسين، حيث شهد GII انخفاضا مستمرا من 0.61 في 2000 إلى 0.44 في 2022. التوسع في فرص التعليم والتمكين الاقتصادي للنساء ساعد في تقليص الفجوات بين الجنسين في الجزائر، خاصة مع زيادة أعداد النساء في سوق العمل والتعليم.

■ **تحليل العلاقة بين عدد السكان وPHDI :** على مستوى دليل التنمية البشرية المعدل بعامل الضغوط على الكوكب (PHDI)، مع الزيادة في عدد السكان، كانت هناك تحديات بيئية واضحة في الجزائر. انبعاثات ثاني أكسيد الكربون والبصمة المادية زادت مع زيادة عدد السكان، مما شكل ضغطا إضافيا على الموارد الطبيعية والبيئة. هذا يعكس الحاجة إلى تحقيق التنمية المستدامة التي تأخذ في الحسبان النمو السكاني وتأثيراته على البيئة.

النمو السكاني في الجزائر يعكس زيادة الطلب على الخدمات الصحية والتعليمية، مما يساهم في دفع النمو في مؤشر التنمية البشرية بشكل عام. مع زيادة السكان يتطلب الأمر توسيع الاستثمار في البنية التحتية الاجتماعية، بما في ذلك المرافق الصحية والمدارس، لتلبية احتياجات هذا النمو السكاني. زيادة عدد السكان تؤدي إلى زيادة الضغوط البيئية، وهو ما يظهر من خلال ارتفاع البصمة المادية وانبعاثات الكربون، مما يوضح الحاجة إلى استراتيجيات بيئية مستدامة.

يعكس النمو السكاني في الجزائر من 30.90 مليون نسمة سنة 2000 إلى 46.16 مليون نسمة في سنة 2023 تحديات وفرصا كبيرة في تحقيق التنمية البشرية المستدامة. مع زيادة عدد السكان تتطلب الجزائر استثمارات متزايدة في الصحة والتعليم. كما أنه من الضروري التوجه إلى تقييم الإنجازات الصحية التي تحققت في إطار أهداف الألفية التنموية وأهداف التنمية المستدامة. حيث يعد فهم هذا التطور السكاني جزءا مهما من تقييم التقدم في القطاع الصحي، والذي يتأثر بشكل مباشر بنمو السكان وتحسين مستوى الخدمات الصحية الموجهة لتلبية احتياجاتهم والتأكد من تكامل الجهود التنموية مع التحديات السكانية المستمرة.

المبحث الثاني. تقييم الإنجازات الصحية في الجزائر: من أهداف الألفية للتنمية إلى أهداف التنمية المستدامة

يعد تقييم إنجازات الجزائر في إطار أهداف الألفية للتنمية وأهداف التنمية المستدامة مسألة محورية في فهم مسار التنمية الوطنية. تكمن أهمية هذا التقييم في قدرته على تحديد التحديات والفرص التنموية، وتوفير أساس علمي لتطوير السياسات العامة المستقبلية. يوفر تحليل التقدم المحرز في تحقيق هذه الأهداف إطارا تحليليا شاملا لفهم ديناميكيات التنمية في الجزائر. فمن خلال هذا التقييم يمكن تحديد المجالات التي شهدت تقدما ملموسا والاستفادة من التجارب الناجحة، بالإضافة إلى رصد المعوقات التي تستدعي تدخلات سياسية محددة. إن قياس إنجازات الجزائر في تحقيق أهداف التنمية الدولية يمثل أداة تحليلية مهمة لا تقتصر على تقييم الالتزام بالمعايير الدولية فحسب، بل تمتد لتشمل فهم تأثير هذه الإنجازات على جودة حياة المواطنين وتعزيز التنمية البشرية المستدامة على المدى الطويل.

المطلب الأول. إنجازات الجزائر في تحقيق أهداف الألفية للتنمية في المجال الصحي (1990-2015)

شكلت أهداف الألفية للتنمية التي اعتمدها الأمم المتحدة إطارا عالميا شاملا للتنمية خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2015، حيث التزمت الجزائر بهذه المبادرة الدولية كجزء من جهودها الرامية إلى تحسين أوضاعها التنموية. سيتم تقييم مدى فعالية الجهود المبذولة في تحسين المؤشرات الصحية الوطنية وتحديد العوامل التي ساهمت في نجاح أو إخفاق تحقيق الأهداف المحددة في القطاع الصحي. تتضمن هذه الأهداف الصحية ثلاثة محاور أساسية: الهدف الرابع الذي يسعى إلى تقليل معدلات وفيات الأطفال، والهدف الخامس المتعلق بتطوير الصحة الإنجابية وتحسين صحة الأمومة والهدف السادس الذي يركز على مواجهة الأمراض المعدية الخطيرة بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة والملاريا والسل إضافة إلى الأمراض المعدية الأخرى ذات الأولوية الصحية العامة. يمكن توضيح أهداف الألفية للتنمية في مجال الصحة في الجدول الموالي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (42). الأهداف الإنمائية للألفية - مؤشرات لرصد التقدم المحرز في الصحة (الهدف الرابع، الخامس والسادس) -

المؤشرات	الأهداف والغايات
الهدف الرابع: تخفيض معدل وفيات الأطفال	
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.	الغاية: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990 و 2015
معدل وفيات الرضع.	
نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة المحصنين ضد الحصبة.	
الهدف الخامس: تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و 2015	
معدل وفيات الأمهات.	الغاية: تخفيض معدل وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع في الفترة من 1990-2015
نسبة الولادات التي تجرى تحت إشراف موظفي صحة من ذوي المهارة.	
الهدف السادس: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز الملاريا وغيرها من الأمراض	
انتشار فيروس نقص المناعة البشرية لدى الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة.	الغاية1: وقف انتشار فيروس المناعة البشرية / الإيدز بحلول عام 2015وبدء انحساره اعتبارا من ذلك التاريخ
معدل انتشار استخدام الغطاء الذكري لدى مستخدمي وسائل منع الحمل.	
عدد الأطفال الميتين بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.	
معدلات الانتشار والوفيات المرتبطة بالملاريا.	الغاية2: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015وبدء انحسارها اعتبارا من ذلك التاريخ
نسبة السكان المقيمين في المناطق المعرضة لخطر الملاريا الذين يتخذون تدابير فعالة للوقاية من الملاريا وعلاجها.	
معدلات الانتشار والوفيات المرتبطة بالتدرن الرئوي(السل)	

المصدر: الأمم المتحدة، التقرير رقم A157/270 ، 2000 ، ص ص 30-44.

الفرع الأول. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف الرابع لأهداف الألفية للتنمية: تحليل مؤشرات وفيات الأطفال

تعد مؤشرات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة من المقاييس الأساسية لتقييم الوضع الصحي العام، إذ تعكس مستوى فعالية النظام الصحي في توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية للأمهات أثناء فترات الحمل والولادة وللأطفال خلال مراحل نموهم المبكرة. كما تظهر هذه المؤشرات تأثير المحددات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية التي قد تؤثر سلباً على صحة الطفل ونموه ورفاهيته العامة. بالإضافة إلى ذلك، تجسّد هذه المعدلات مدى التطور المحرز في مجال الطب الوقائي والتدخلات الصحية المبكرة.¹

يعد الهدف الرابع من أهداف الألفية للتنمية أحد أكثر الأهداف طموحاً في مجال الصحة العامة، حيث يسعى إلى تحقيق انخفاض جذري في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين أي بنسبة 66.7% مقارنة بمستويات عام 1990. سيتم فيما يلي من دراسة وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر كما هو موضح من خلال المؤشرات التالية:

أولاً. تحليل المؤشر 01. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة (1990-2015):
يعرف معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بأنه احتمالية وفاة الطفل المولود حديثاً قبل بلوغه سن الخامسة بالضبط، ويعبر عنه لكل 1000 مولود حي، يحسب هذا المؤشر وفقاً للمعادلة التالية: (عدد الوفيات للأطفال دون سن الخامسة خلال فترة زمنية محددة / إجمالي المواليد الأحياء في نفس الفترة) $\times 1000$.²

الجدول رقم (43). تطور معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة (1990-2015)

السنة	معدل وفيات الأطفال دون سن 5 (لكل 1000 مولود حي)	السنة	معدل وفيات الأطفال دون سن 5 (لكل 1000 مولود حي)	السنة	معدل وفيات الأطفال دون سن 5 (لكل 1000 مولود حي)
1990	51.7	1999	43.1	2008	30.1
1991	50.9	2000	41.6	2009	29
1992	50.4	2001	40.1	2010	28.1
1993	49.8	2002	38.5	2011	27.3
1994	49	2003	37	2012	26.6
1995	48.1	2004	35.4	2013	26

¹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأهداف الإنمائية للألفية في منطقة الاسكوا: تقرير عن التقدم المحرز 2004، الأمم المتحدة، نيويورك 2005، ص 45

² <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/health-nutrition-and-population-statistics/series/SH.DYN.MORT>

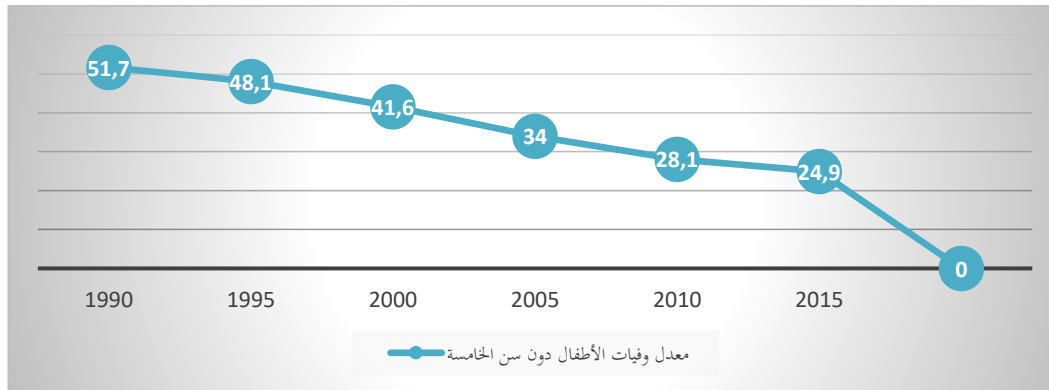
الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

25.4	2014	34	2005	47	1996
24.9	2015	32.6	2006	45.8	1997
		31.3	2007	44.5	1998

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل التالي:

الشكل رقم (20). تطور معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم (17).

تظهر البيانات الإحصائية لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر تحسنا مستمرا وملحوظا خلال الفترة من 1990 إلى 2015. انخفض المعدل من 51.7 لكل 1000 مولود حي في عام 1990 إلى 24.9 في عام 2015، مما يمثل انخفاضا إجماليا قدره 26.8 نقطة بنسبة تحسن تبلغ 51.8%. هذا الاتجاه التنازلي المتسق يعكس فعالية السياسات الصحية المتبعة وتحسن الظروف الاجتماعية والاقتصادية في البلاد.

يمكن تقسيم فترة الدراسة إلى ثلاث مراحل متميزة من حيث معدل التحسن. خلال الفترة الأولى (1990-1999)، انخفض المعدل بمعدل سنوي قدره 0.96 نقطة، بينما شهدت الفترة الثانية (2000-2008) تسارعا في التحسن بمعدل انخفاض سنوي قدره 1.44 نقطة، وهو ما يمكن ربطه بزيادة الاستثمارات في القطاع الصحي خلال فترة ارتفاع أسعار النفط. أما الفترة الثالثة (2009-2015) فقد شهدت تباطؤا نسبيا في معدل التحسن إلى 0.68 نقطة سنويا، مما قد يشير إلى الحاجة لتدخلات إضافية لمواصلة التقدم.

عند مقارنة الإنجاز المحقق مع أهداف التنمية الأفريقية، والتي استهدفت تقليل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بثلثين بحلول عام 2015، نجد أن الجزائر حققت 77.9% من الهدف المطلوب. كان المعدل المستهدف للجزائر هو 17.23 لكل 1000 مولود حي، بينما حققت 24.9، مما يعني عدم تحقيق الهدف الكامل رغم التقدم الكبير المحرز.

تظهر النتائج أن الجزائر حققت تقدما مهما ومستداما في تقليل معدل وفيات الأطفال، مع اتجاه تنازلي ثابت إحصائيا عبر 25 عاما. رغم عدم تحقيق الهدف الكامل لأهداف التنمية الألفية، فإن نسبة الإنجاز المحققة تعكس نجاح السياسات الصحية والاجتماعية المطبقة. من الضروري مواصلة الاستثمار في برامج الصحة الأمومية والطفولة وتعزيز الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المستقبلية.

ثانيا. تحليل المؤشر 02: معدل وفيات الرضع في الجزائر خلال الفترة (1990-2015): يمثل معدل وفيات الرضع أحد أهم المؤشرات الصحية والديموغرافية الأساسية التي تجسد مستوى التقدم التنموي الشامل للدول، إذ يحتسب من خلال قياس عدد الوفيات التي تحدث بين الأطفال الذين لم يبلغوا عامهم الأول مقابل كل 1000 مولود حي خلال فترة زمنية محددة. ويتجاوز هذا المؤشر كونه مجرد انعكاس لجودة الخدمات الصحية المقدمة، ليصبح بمثابة مرآة حقيقية تعكس الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والبيئية السائدة في المجتمع، الأمر الذي يضفي عليه أهمية استثنائية كأداة قياس دقيقة وموثوقة لتقييم مدى فعالية ونجاعة السياسات التنموية المطبقة على المستوى الوطني.

إن الطبيعة المتعددة الأبعاد لهذا المؤشر تجعله يتأثر بمجموعة واسعة من العوامل المترابطة، بدءا من مستوى الرعاية الصحية المتاحة للأمهات والأطفال، مروراً بالظروف الغذائية والبيئية، وصولاً إلى مستويات التعليم والوعي الصحي في المجتمع. هذا التداخل المعقد بين العوامل المختلفة يجعل من معدل وفيات الرضع مؤشرا تركيبيا يقدم صورة شاملة عن مدى تحقق العدالة الاجتماعية والتوزيع العادل للموارد والخدمات في المجتمع.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

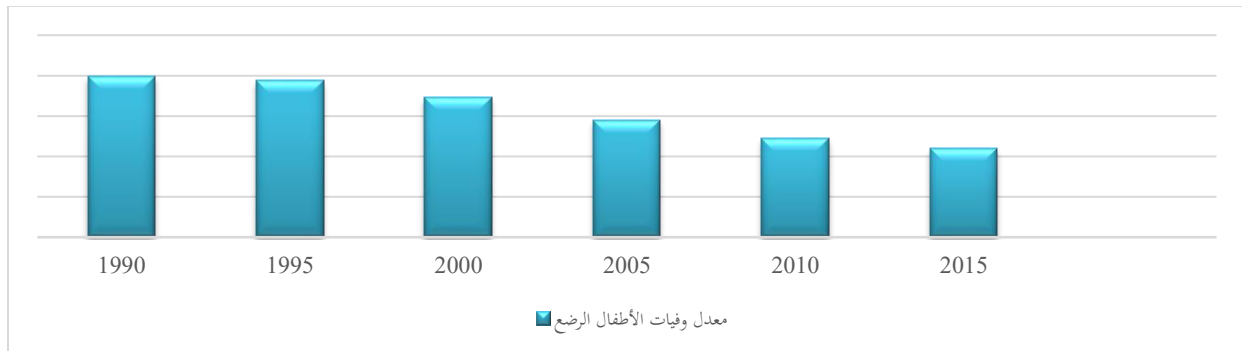
الجدول رقم (44). تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر خلال الفترة (1990-2015)

السنة	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)	السنة	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)	السنة	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)
1990	39.8	1999	35.7	2008	25.9
1991	39.6	2000	34.7	2009	25.1
1992	39.6	2001	33.6	2010	24.4
1993	39.5	2002	32.4	2011	23.8
1994	39.2	2003	31.3	2012	23.2
1995	38.8	2004	30.1	2013	22.7
1996	38.2	2005	29	2014	22.3
1997	37.4	2006	27.9	2015	21.9
1998	36.6	2007	26.9		

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل الآتي:

الشكل رقم (21). تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر (حالة وفاة لكل 1000 مولود حي)



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم (18).

تظهر البيانات الإحصائية لمعدل وفيات الرضع في الجزائر تحقيق تقدم كبير نحو الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، حيث انخفض المعدل من 39.8 لكل 1000 مولود حي في عام 1990 إلى 21.9 في عام 2015، مما يمثل انخفاضا بنسبة 45.0%. هذا الإنجاز يضع الجزائر في موقع متقدم نسبيا بين الدول النامية، رغم عدم تحقيق الهدف الكامل المتمثل في تقليل المعدل إلى الثلث، والذي كان يتطلب الوصول إلى 13.27 لكل 1000 مولود حي. وبالتالي فإن الجزائر قد حققت 67.5% من الهدف المطلوب في مؤشر وفيات الرضع.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

يعزى هذا التحسن الملحوظ إلى مجموعة شاملة من السياسات الصحية المتبعة، والتي شملت تطوير شبكة واسعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية في جميع أنحاء البلاد، مع التركيز بشكل خاص على تحسين خدمات الولادة الآمنة وتوفير الرعاية المتخصصة للرضع. كما ساهمت برامج التطعيم الوطنية الشاملة في تقليل معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية. إضافة إلى ذلك لعبت برامج تحسين التغذية للأمهات الحوامل والمرضعات دورا مهما في تقليل مخاطر الولادة المبكرة والمضاعفات أثناء الولادة.

تميزت الفترة من 2000 إلى 2008 بتسارع ملحوظ في معدل التحسن، وهو ما يتزامن مع فترة الازدهار الاقتصادي وزيادة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي. هذه الاستثمارات المكثفة في البنية التحتية الصحية انعكست بوضوح على تحسن مؤشرات صحة الرضع، مما يؤكد العلاقة المباشرة بين الإنفاق العام على الصحة العامة وتحقيق الأهداف الإنمائية.

ثالثا. تحليل المؤشر 03. نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة في الجزائر خلال الفترة (1990-2015): يعد التطعيم ضد الحصبة من التدخلات الصحية بالغة الأهمية، نظرا لخطورة هذا المرض المعدى وما يترتب عليه من مضاعفات صحية جسيمة تهدد حياة الأطفال. إن الدول التي تحقق معدلات تغطية تحصينية عالية ضد الحصبة تكون قد نجحت في الوقت ذاته في حماية أطفالها من مجموعة واسعة من الأمراض المعدية الأساسية الأخرى التي تشكل خطرا على صحة الطفل وسلامته. وهذا ما يجعل من مؤشر التحصين ضد الحصبة معيارا مهما لتقييم فعالية النظام الصحي الوقائي ومدى قدرته على حماية الفئات الأكثر عرضة للخطر¹.

تعتبر صحة الطفولة أولوية قصوى في السياسات الصحية العامة للجزائر، حيث تركز الجهات الحكومية على تطوير برامج شاملة تغطي الوقاية والعلاج ومتابعة الأمراض الطفيلية، إضافة إلى مكافحة الفقر وسوء التغذية وتأثيراتها على صحة المجتمع والأطفال تحديدا. يشكل برنامج التحصين الموسع مكونا أساسيا في البرنامج الوطني لخفض وفيات الأطفال المعتمد عام 1985، والذي يضم ثمانية برامج فرعية. ويعد التطعيم ضد الحصبة عنصرا محوريا في هذا البرنامج، مما يعكس الالتزام الحكومي بتطبيق المعايير الدولية في صحة الأمومة والطفولة والاستثمار في الصحة الوقائية². ويوضح الجدول الموالي تطور نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة بالجزائر في الشريحة العمرية من 12 إلى 23 شهرا:

¹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأهداف الإنمائية للألفية في منطقة الاسكوا: تقرير عن التقدم المحرز 2004، مرجع سبق ذكره ص:48.

² Rapport national: les objectifs du Millénaire pour le développement Algérie; Rapport établi par le gouvernement algérien, Juillet 2005, Algérie, p:52.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

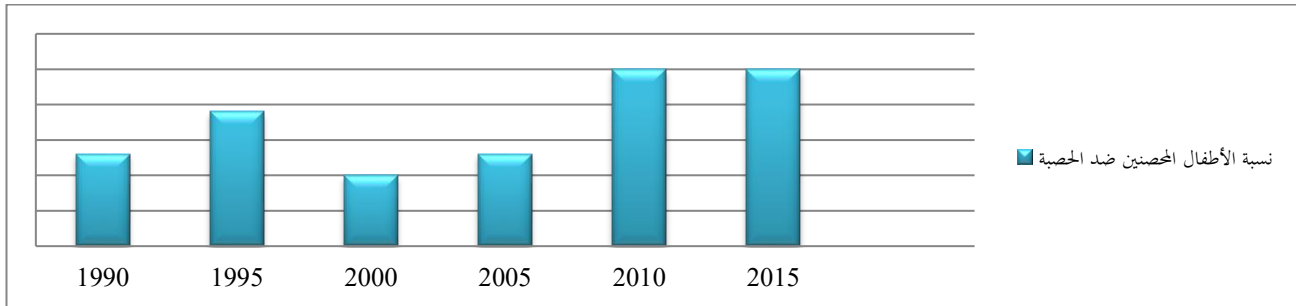
الجدول رقم (45). نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة في الجزائر خلال الفترة (1990-2015)

السنة	نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة	السنة	نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة	السنة	نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة
1990	83	1999	83	2008	88
1991	85	2000	80	2009	92
1992	86	2001	83	2010	95
1993	87	2002	81	2011	95
1994	88	2003	84	2012	95
1995	89	2004	81	2013	95
1996	90	2005	83	2014	95
1997	92	2006	91	2015	95
1998	84	2007	92		

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل الآتي:

الشكل رقم (22). نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة في الجزائر (%)



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم (45).

تظهر النتائج المحققة في مجال التحصين ضد الحصبة خلال الفترة من 1990 إلى 2015 نجاحا استراتيجيا في تحقيق الهدف الرابع من أهداف الألفية للتنمية المتعلقة بتقليل وفيات الأطفال، حيث ارتفعت نسب التحصين من 83% في بداية التسعينات إلى 95% في الفترة من 2010-2015، وهي النسبة التي تتجاوز المعايير الدولية الموصى بها والبالغة $\leq 95\%$. رغم التذبذبات المؤقتة التي شهدتها الفترة من 1998-2005 والتي انخفضت فيها النسبة إلى 80%، إلا أن الاستدامة المحققة في السنوات الأخيرة تعكس نضج البرامج الصحية الوطنية وفعالية السياسات المتبعة في مجال الصحة العامة. هذا الإنجاز يضع الجزائر ضمن الدول الرائدة في المنطقة الأفريقية التي حققت المعايير المطلوبة

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

لأهداف الألفية، ويساهم بشكل مباشر في تقليل وفيات الأطفال الناجمة عن الحصبة، مما يعد مؤشرا قويا على التقدم المحرز نحو تحقيق التنمية المستدامة في القطاع الصحي والوفاء بالالتزامات الدولية المتعلقة بحماية صحة الأطفال وضمان حقهم في الحياة والنمو الصحي السليم.

الفرع الثاني. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف الخامس من أهداف الألفية: تحليل مؤشرات تحسين صحة الأمهات

يعد الهدف الخامس من أهداف الألفية للتنمية المتعلق بتحسين صحة الأمهات من أبرز المؤشرات التي تعكس التزام الدول بتوفير الرعاية الصحية الأساسية والاستثمار في صحة المرأة، فضلا عن كونه مؤشرا حاسما لقياس مدى نجاح السياسات الصحية في مواجهة تأثيرات الفقر على صحة الأم والطفل. تهدف الغاية الأساسية لهذا الهدف إلى تحقيق انخفاض بمقدار ثلاثة أرباع أي بنسبة 75% في معدل وفيات الأمهات خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2015. يمكن عرض أبرز التطورات والتحولت التي شهدتها المؤشرات المرتبطة بهذا الهدف على النحو التالي:

أولا. تحليل المؤشر 01. معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة (1990-2015): يمكن توضيح تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة من 1990 إلى 2015 من خلال بيانات الجدول التالي:

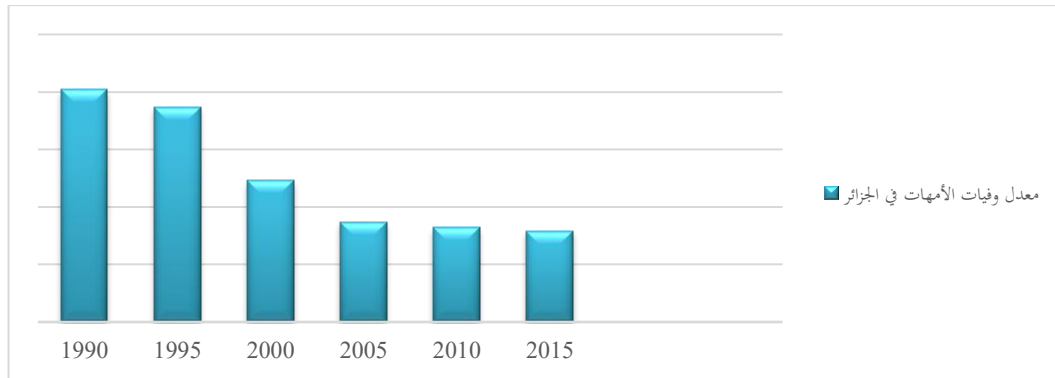
الجدول رقم (46). تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة (1990-2015)

السنة	معدل وفيات الأمهات (لكل 100 مولود حي)	السنة	معدل وفيات الأمهات (لكل 100 مولود حي)	السنة	معدل وفيات الأمهات (لكل 100 مولود حي)
1990	202	1999	132	2008	83
1991	198	2000	123	2009	83
1992	193	2001	113	2010	82
1993	195	2002	102	2011	81
1994	196	2003	101	2012	81
1995	187	2004	91	2013	81
1996	173	2005	87	2014	80
1997	155	2006	84	2015	79
1998	143	2007	83		

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل الآتي:

الشكل رقم (23). معدل وفيات الأمهات في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم (46).

تظهر بيانات معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة من 1990 إلى 2015 تحسنا ملحوظا ومستمرًا في مؤشرات الصحة الإنجابية. انخفض المعدل من 202 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في عام 1990 إلى 79 حالة في عام 2015، مما يمثل انخفاضًا بنسبة 60.9%. هذا التحسن التدريجي والمنتظم يعكس نجاح السياسات الصحية المتبعة، حيث شهدت الفترة الأولى (1990-1999) انخفاضًا سريعًا نسبيًا من 202 إلى 132، تلتها فترة ثانية (2000-2007) بانخفاض أكثر حدة من 123 إلى 83، ثم استقرار نسبي في الفترة الأخيرة (2008-2015) حول مستوى 80-83 حالة وفاة.

فيما يتعلق بتحقيق الهدف الثالث للألفية الخاص بتحسين صحة الأمهات، والذي يستهدف خفض معدل وفيات الأمهات بثلاثة أرباع بين عامي 1990 و2015، فإن الجزائر حققت تقدما كبيرا لكنها لم تصل إلى الهدف المحدد بالكامل. الهدف كان يتطلب الوصول إلى معدل 50.5 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي (ربع المعدل الأساسي 202)، بينما وصلت الجزائر إلى 79 حالة، مما يعني تحقيق حوالي 61% من الهدف المطلوب. رغم ذلك يعتبر هذا الإنجاز مهما في السياق الإقليمي والعالمي، ويظهر التزام الدولة بتحسين الخدمات الصحية للأمهات والاستثمار في البنية التحتية الصحية وبرامج الرعاية الصحية الأولية.

ثانيا. المؤشر 02. نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة الإنجابية بالجزائر: يعد هذا المؤشر من أبرز المعايير التي تعكس مدى جودة الخدمات الصحية المتعلقة بالولادة في أي دولة. ويعكس مدى قدرة النظام الصحي على توفير الرعاية الصحية اللازمة للنساء الحوامل أثناء عملية الولادة، بحيث يتم إجراء الولادات تحت إشراف طاقم طبي مؤهل ومتخصص في مجال الصحة الإنجابية، وكانت نسب هذا المؤشر في الجزائر خلال الفترة (1962-2006) كما يلي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

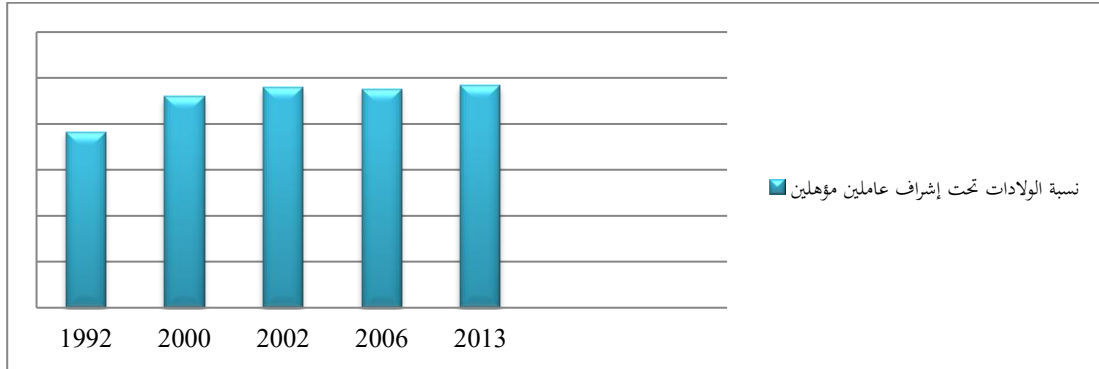
الجدول رقم (47). تطور نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة الإنجابية بالجزائر

السنة	نسبة عمليات الولادة التي تتم بإشراف عاملين صحيين مهرة (%)
1992	76.5
2000	92
2002	95.9
2006	95.2
2013	96.6

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل الموالي:

الشكل رقم (24). نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة الإنجابية بالجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم (47).

حققت الجزائر بنجاح الغاية المحددة في مؤشر الولادات بإشراف عاملين صحيين مهرة، حيث ارتفعت النسبة من 76.5% في عام 1992 إلى 96.6% في عام 2013، متجاوزة بوضوح المعيار الدولي المطلوب البالغ 90% وفقا لمنظمة الصحة العالمية. يظهر التحليل الكمي تحقيق أكبر تقدم خلال الفترة 1992-2000 بزيادة قدرها 15.5 نقطة مئوية، تلاها استقرار عند مستويات عالية تتجاوز 95% منذ عام 2002، مما يعكس نجاح السياسات الصحية الوطنية في ضمان الوصول الشامل للرعاية المتخصصة للأمهات وتحقيق التشبع النسبي للخدمة. هذا الإنجاز يؤكد تحقيق الجزائر للهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية بشكل مستدام، حيث تعتبر النسبة النهائية البالغة 96.6% مؤشرا قويا على فعالية النظام الصحي الوطني في توفير الرعاية الآمنة للولادة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الفرع الثالث. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف السادس من أهداف الألفية: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض

يشتمل الهدف السادس من أهداف التنمية للألفية على غايتين أساسيتين تتمحوران حول:

أولا. مدى تحقيق الغاية الأولى: وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بحلول عام 2015 وبدء القضاء عليه: يمكن توضيح مدى بلوغ هذا الهدف من خلال المؤشرات التالية:

1. المؤشر 01. انتشار فيروس نقص المناعة لدى الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 15-24 سنة: معدل انتشار فيروس الإيدز للإناث (% الشريحة العمرية 15-24 عاما) هو 0.1 طوال الفترة من 1990 إلى 2015¹. وهو ما يعتبر إنجازا مهما في تحقيق الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية. أما عدد الحالات المسجلة ممثلة بالجدول الموالي:

الجدول رقم (48). تطور الحالات المسجلة لفيروس نقص المناعة بالجزائر

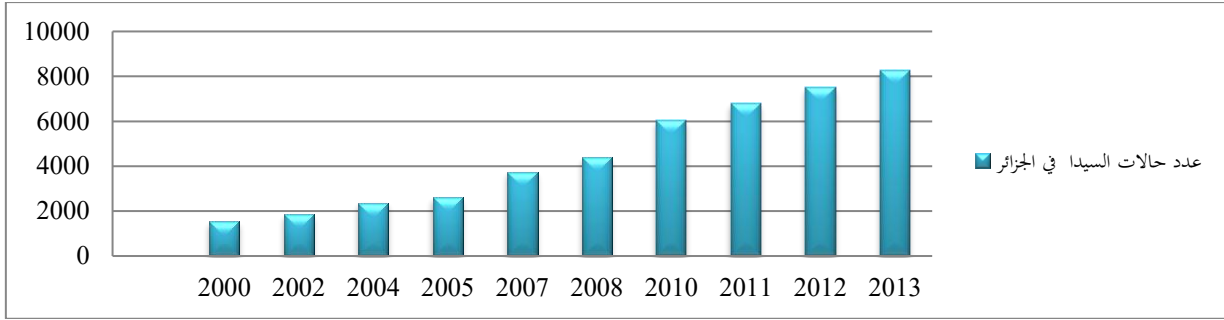
السنة	عدد حالات السيدا المسجلة	السنة	عدد حالات السيدا المسجلة
2000	1533	2010	6037
2002	1861	2011	6797
2004	2363	2012	7509
2005	2608	2013	8258
2007	3747	2014	9103
2008	4392		

Source : Rapport national 2000-2015 : les objectifs du Millénaire pour le développement ALGERIE; Rapport établi par le gouvernement algérien, juin 2016 , p:91.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل الآتي:

¹ بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

الشكل رقم (25). تطور انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم (48)

تظهر الجزائر اتجاها تصاعديا مقلقا في عدد حالات الإيدز المسجلة خلال الفترة 2000-2014، حيث ارتفع العدد من 1533 حالة في عام 2000 إلى 9103 حالات في عام 2014، مما يمثل زيادة قدرها 494% وبمعدل نمو سنوي مركب يبلغ 13.57%. يظهر التحليل الزمني للبيانات وجود قفزات كبيرة في أعداد الحالات، خاصة خلال الفترات 2007-2005 بزيادة قدرها 1139 حالة (معدل نمو 43.67%) و2010-2008 بزيادة قدرها 1645 حالة (معدل نمو 37.45%). هذا الارتفاع المستمر في الحالات المسجلة يتناقض مع الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية الذي يهدف إلى وقف انتشار فيروس الإيدز وبدء انحساره بحلول عام 2015، ويشير إلى تحديات في فعالية برامج الوقاية والكشف المبكر رغم الاستقرار النسبي في معدل الانتشار بين الإناث والشابات عند 0.1%. يعزى هذا التناقض الظاهري إلى تحسن آليات الكشف والتشخيص وزيادة الوعي الصحي مما أدى إلى تسجيل حالات كانت غير مكتشفة سابقا، إلا أن الاتجاه التصاعدي المستمر يتطلب تعزيز استراتيجيات الوقاية والعلاج لضمان تحقيق الأهداف التنموية المستدامة في مجال مكافحة الإيدز.

تواجه الجزائر تحديات جوهرية في إدارة وباء فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة، والتي تتجلى بوضوح في التباين الكبير بين الإحصائيات الرسمية المعلنة والأعداد الحقيقية للمصابين. يشير هذا التباين إلى قصور واضح في دقة أنظمة الرصد الوبائي، مما يعرقل قدرة صانعي السياسات على وضع استراتيجيات صحية عامة مبنية على أدلة علمية موثوقة. تمثل العوامل الاجتماعية والثقافية عقبة أساسية أمام جهود التوعية الصحية، سواء على مستوى المجتمع العام أو الفئات المعرضة للخطر، مما يؤثر سلبا على إمكانية تقديم خدمات الرعاية الصحية الشاملة والمناسبة. كما تساهم الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإصابة في تعميق التهميش الاجتماعي للمصابين، وتحد من قدرتهم على الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية والمتخصصة.

2. تحليل المؤشر 02: معدل انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر: يهدف قياس انتشار وسائل منع الحمل في إطار أهداف الألفية إلى تقييم نسبة استخدام الواقي الذكري مقارنة بالوسائل الأخرى، وذلك لارتباطه بالوقاية من الإيدز. لكن الواقع يشير إلى أن الواقي الذكري لا يستخدم بشكل كبير في المجتمعات العربية ضمن العلاقات الجنسية الشرعية، حيث يتحمل العبء الأكبر في منع الحمل عادةً المرأة. البيانات التالية تظهر معدل انتشار وسائل منع الحمل، والذي يعبر عن النسبة المئوية للنساء اللاتي يستخدمن -هن أو شركاؤهن- أي وسيلة لمنع الحمل. عادةً ما يستخدم هذا المقياس للنساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 عاماً كما هو موضح في الجدول الآتي:

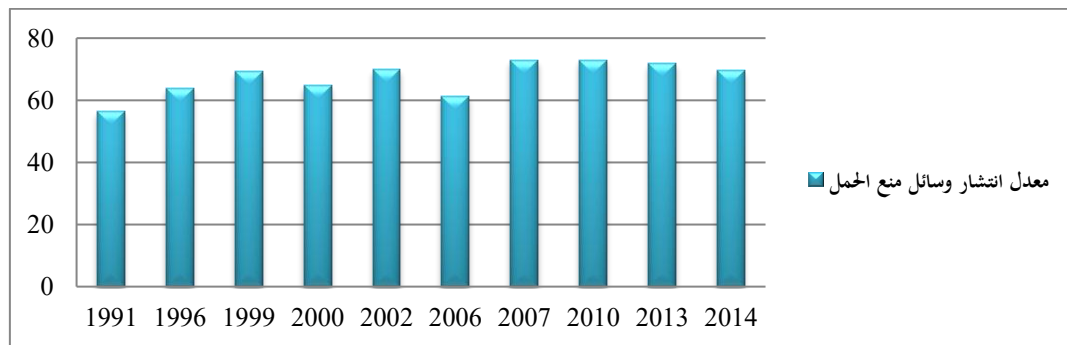
الجدول رقم (49). تطور معدل انتشار وسائل منع الحمل بالجزائر

السنة	معدل انتشار وسائل منع الحمل (الفئة العمرية 15-49 عاماً)	السنة	معدل انتشار وسائل منع الحمل (الفئة العمرية 15-49 عاماً)
1991	56.4	2006	36.1
1996	63.7	2007	97.2
1999	26.9	2010	73
2000	68.1225164	2013	97.1
2002	86.9	2014	50.1531469

المصدر: من إعداد الطالبة اعتماداً على بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل الآتي:

الشكل رقم (26). تطور معدل انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة اعتماداً على بيانات الجدول (49).

تحليل البيانات لمعدل انتشار وسائل منع الحمل يكشف عن إنجاز جزئي للهدف الخامس من أهداف الألفية للتنمية بحلول انتهاء الفترة المقررة في 2015. البيانات تُظهر تقدماً ملحوظاً من 56.4% في عام 1991 إلى ذروة 73% في عام 2010، مما يمثل زيادة قدرها 16.6 نقطة مئوية. ومع ذلك، يُلاحظ انخفاض طفيف في المعدل إلى 69.5% بحلول عام 2014، وهو آخر عام متاح في البيانات قبل انتهاء فترة أهداف الألفية. هذا المعدل، رغم كونه

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

أعلى بكثير من نقطة البداية، يقل عن الذروة المحققة في 2010 بحوالي 3.5 نقطة مئوية. تشير النتائج إلى أن الجزائر حققت تقدماً كبيراً ولكن غير مكتمل في ضمان الوصول الشامل للخدمات الإنجابية، مما يتطلب جهوداً إضافية لسد الفجوة المتبقية وضمان استدامة التحسينات المحققة.

ثانياً. مدى تحقيق الغاية الثانية: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015: يمكن عرض التغيرات التي طرأت في الجزائر على المؤشرات الخاصة بهذا الهدف كما يلي:

1. المؤشر 01. معدلات انتشار الملاريا والوفيات المرتبطة بها ونسبة السكان المقيمين في المناطق المعرضة لخطر الملاريا الذين يتخذون تدابير فعالة للوقاية من الملاريا وعلاجها في الجزائر: يستوطن وباء الملاريا في مناطق المستنقعات، ومنها ينتشر بواسطة أنواع معينة من البعوض وبسبب التقدم المحرز على صعيد التحكم البيئي في البعوضة الناقلة للوباء عموماً والتوسع في استخدام المبيدات. يوضح الشكل الآتي الجهود المبذولة في هذا الجانب.

الجدول رقم (50). تطور معدل انتشار الملاريا بالجزائر

السنة	معدل انتشار الملاريا لكل 1,000 نسمة من السكان المعرضين للخطر	السنة	معدل انتشار الملاريا لكل 1,000 نسمة من السكان المعرضين للخطر
2000	0.01873	2008	0.00147
2001	0.00326	2009	0
2002	0.00536	2010	0.00047
2003	0.00265	2011	0.00046
2004	0.00104	2012	0.02487
2005	0.00051	2013	0.00355
2006	0.00051	2014	0
2007	0.01295	2015	0

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر البيانات الإحصائية لمعدل انتشار الملاريا في الجزائر خلال الفترة 2000-2015 تحقيق نجاح استثنائي في مكافحة هذا المرض المعدي، حيث انخفض المعدل من 0.01873 حالة لكل 1,000 نسمة من السكان المعرضين للخطر عام 2000 إلى صفر حالة بحلول عام 2015، مما يمثل انخفاضاً بنسبة 100%.

هذا الإنجاز يتجاوز بوضوح أهداف الألفية الإنمائية التي استهدفت وقف انتشار الملاريا وبدء انحسارها، ويضع الجزائر ضمن الدول الرائدة عالمياً في القضاء على هذا المرض. التحليل الإحصائي يكشف عن اتجاه عام متسق نحو

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

التحسن مع متوسط عام قدره 0.00474 حالة لكل 1,000 نسمة، وتحقيق معدل صفر في ثلاث سنوات (2009، 2014، 2015)، مما يعكس فعالية السياسات الصحية الوطنية وجودة أنظمة المراقبة الوبائية المطبقة ويؤهل البلاد للانتقال من مرحلة المكافحة إلى مرحلة الحفاظ على الخلو من المرض وفقاً للمعايير الدولية.

2. المؤشر 02. معدلات انتشار السل والوفيات المرتبطة به وعدد حالات السل التي اكتشفت وتم شفاؤها

في إطار نظام العلاج لفترة قصيرة تحت المراقبة في الجزائر: يعتبر مرض السل من الأمراض المميتة التي انتشرت بشكل كبير على مستوى العالم، حيث أصبح يشكل تهديدا للبشرية بسبب قدرته على تطوير مقاومته ضد المضادات الحيوية والأدوية المستخدمة في العلاج. يوضح الجدول الآتي تطور معدل انتشار مرض السل في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2015.

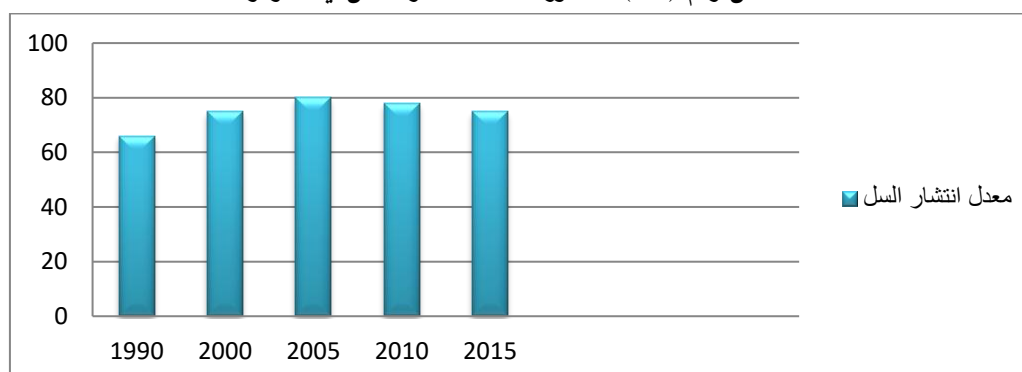
الجدول رقم (51). تطور معدل انتشار السل بالجزائر

السنة	معدل انتشار السل (لكل 100 ألف شخص)	السنة	معدل انتشار السل (لكل 100 ألف شخص)
2000	75	2008	74
2001	73	2009	77
2002	74	2010	78
2003	76	2011	73
2004	76	2012	73
2005	80	2013	68
2006	79	2014	72
2007	78	2015	75

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية.

يمكن تمثيل بيانات الجدول في الشكل الآتي:

الشكل رقم (27). تطور معدل انتشار السل في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات الجدول رقم (51).

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

تظهر بيانات معدل انتشار السل في الجزائر خلال الفترة 2000-2015 تحقيقا جزئيا ومحدودا لأهداف الألفية الإنمائية في مكافحة هذا المرض. بينما استهدفت أهداف الألفية وقف انتشار السل وبدء انحساره بحلول عام 2015 أظهرت الجزائر نجاحا في تحقيق الاستقرار والتحكم في معدلات الانتشار عند متوسط 74.9 حالة لكل 100 ألف شخص، دون تسجيل ارتفاع مقلق أو انتشار وبائي. ومع ذلك لم تحقق الجزائر الهدف الأساسي المتمثل في الانخفاض المستمر للمعدلات، حيث بقي المعدل ثابتا نسبيا بين 68-80 حالة طوال الفترة، مع عودة المعدل إلى نقطة البداية (75 حالة) في عام 2015. تم تجنب تفاقم الوضع الوبائي دون تحقيق التقدم المطلوب نحو القضاء على المرض. النتائج تشير إلى ضرورة تعزيز استراتيجيات المكافحة وتطوير برامج أكثر فعالية للوصول إلى أهداف التنمية المستدامة اللاحقة التي تستهدف خفضا أكبر في معدلات السل.

المطلب الثاني. تقييم التقدم المحرز لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة بالجزائر

تعد أهداف التنمية المستدامة (SDGs) بمثابة خطة عالمية للتنمية التي تم تبنيها من طرف جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في عام 2015. يكتسب من بين هذه الأهداف هدف الصحة (الهدف 3) أهمية خاصة في تعزيز رفاه الإنسان وضمان حياة صحية لجميع الأفراد. تواجه الدول النامية ومن بينها الجزائر تحديات متعددة الأبعاد في سعيها لتحقيق المؤشرات الصحية المحددة ضمن أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030، أين يمثل التقدم المحرز في مجال الصحة جزءا أساسيا من الجهود الوطنية لتحقيق هذه الأهداف. ويمكن توضيح هذه الأهداف في الجدول الآتي:

الجدول رقم (52). أهداف التنمية المستدامة - غايات ومؤشرات لرصد التقدم المحرز في الصحة (الهدف الثالث)

الهدف 3- ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار	
1-3. خفض النسبة العالمية للموتيات النفاسية إلى أقل من 70 حالة لكل 100 000 من المواليد الأحياء	1-3-1. نسبة الوفيات النفاسية
2-3. إنهاء وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها، بحلول عام 2030، يسعى جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1 000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1 000 مولود حي	1-3-2. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
3-3. القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة، ومكافحة التهاب الكبد الوبائي، والأمراض المنقولة بالمياه، والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام	2-3-2. معدل وفيات المواليد
1-3-3. عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1 000 شخص غير مصاب من السكان بحسب الجنس والعمر والفئات الرئيسية من السكان	1-3-3. عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1 000 شخص غير مصاب من السكان بحسب الجنس والعمر والفئات الرئيسية من السكان

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

2030	2-3-3. معدل انتشار داء السل لكل 100 000 شخص
	3-3-3. عدد حالات الإصابة بالمalaria لكل 1 000 شخص
	4-3-3. عدد الإصابات بأمراض التهاب الكبد الوبائي باء لكل 100 000 من السكان
	5-3-3. عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة
4-3. خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث بتوفير الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقلية، بحلول عام 2030	1-4-3. معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة
	2-4-3. معدل وفيات الانتحار
5-3. تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد المخدرة، بما في ذلك تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك	1-5-3. نطاق تغطية التدخلات العلاجية (الخدمات الدوائية والنفسانية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة) لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة
	2-5-3. استهلاك الفرد الواحد من الكحول (سن 15 سنة فأكثر) في سنة تقويمية، بالترات من الكحول الصافي
6-3. خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الصعيد العالمي إلى النصف بحلول عام 2020	1-6-3. معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابات جراء حوادث المرور على الطرق
7-3. ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتثقيف بشأنها، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية، بحلول عام 2030	1-7-3. نسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) واللاتي لُيِّت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة
	2-7-3. معدل الولادات لدى المراهقات (10-14 سنة؛ و15-19 سنة) لكل 1 000 امرأة في تلك الفئة العمرية
8-3. تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة	1-8-3. نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية
	2-8-3. نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة محسوبة كحصة من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها
9-3. الحد بقدر كبير من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة، وتلوث الهواء والماء والتربة، بحلول عام 2030	1-9-3. معدل الوفيات المنسوبة إلى الأسر المعيشية وتلوث الهواء المحيط
	2-9-3. معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير المأمونة، وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرض لخدمات غير مأمونة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع)
	3-9-3. معدل الوفيات المنسوب إلى التسمم غير المتعمد

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

3-أ-1 معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر	3-أ تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء
3-ب-1 نسبة السكان المستهدفين المستفيدين من جميع اللقاحات المشمولة بالبرنامج الوطني بلدهم	3-ب دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية
3-ب-2 مجموع صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة إلى القطاعات الصحية الأساسية والبحوث الطبية	3-ج تحقيق زيادة كبيرة في تمويل قطاع الصحة، وتوظيف قوى عاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية
3-ب-3 مؤشر الوصول إلى المنتجات الصحية	3-د تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية
3-ج-1 معدل كثافة الأخصائيين الصحيين وتوزيعهم	
3-د-1 القدرة على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، والجاهزية لمواجهة حالات الطوارئ الصحية	
3-د-2 النسبة المئوية لإصابات مجرى الدم المعزوة إلى كائنات مختارة مقاومة للميكروبات	

Source: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>

الفرع الأول. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-1 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

يتعلق هذا الهدف بتحقيق "صحة جيدة ورفاه للجميع"، وبالتحديد التخفيض من النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من 70 حالة لكل 100,000 من المواليد الأحياء. يهدف هذا الهدف إلى تقليل الوفيات الناتجة عن مضاعفات الحمل والولادة في جميع أنحاء العالم، وبالتالي تحسين الرعاية الصحية للأمهات والمواليد. يتم استخدام مؤشرات متعددة لرصد التقدم المحرز. وتعد هذه المؤشرات أدوات أساسية لتقييم فعالية السياسات الصحية المطبقة ومدى قدرتها على تقليل المخاطر وتحسين صحة الأمهات والمواليد.

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-1-1: خفض نسبة الوفيات النفاسية: تشير نسبة الوفيات النفاسية إلى عدد الوفيات التي تحدث بسبب مضاعفات الحمل والولادة لكل 100,000 من المواليد الأحياء. هذا المؤشر يعتبر أحد أهم المعايير المستخدمة لتقييم جودة الرعاية الصحية للأمهات في أي دولة. يعد خفض هذه النسبة من الأولويات الصحية على مستوى العالم، حيث يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتوفير الرعاية الصحية الكافية والمناسبة للنساء

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الحوامل أثناء فترة الحمل والولادة، وكذلك في فترة ما بعد الولادة. ويوضح الجدول التالي تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر:

الجدول رقم (53). تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة (2000-2023)

السنة	معدل وفيات الأمهات	السنة	معدل وفيات الأمهات	السنة	معدل وفيات الأمهات
2000	122.61971	2008	83.32107	2016	78.69241
2001	113.38939	2009	82.6275	2017	77.33013
2002	102.06598	2010	81.8852	2018	75.43224
2003	101.00724	2011	80.71158	2019	73.17389
2004	90.71183	2012	81.08459	2020	96.77085
2005	86.94946	2013	80.59616	2021	78.85967
2006	84.47351	2014	80.46674	2022	64.45588
2007	83.49242	2015	79.48452	2023	62.48509

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر البيانات أن الجزائر حققت نجاحا استثنائيا في بلوغ الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بخفض معدل الوفيات النفاسية إلى أقل من 70 وفاة لكل 100,000 ولادة حية بحلول 2030. فقد انخفض المعدل من 122.62 في عام 2000 إلى 62.49 في عام 2023، محققا انخفاضا إجماليا بنسبة 49.04%. وبذلك أن الجزائر تجاوزت المعيار المطلوب دوليا في العامين الأخيرين 2022 و 2023، مما يضعها في موقع متقدم لتحقيق الهدف قبل الموعد المحدد بسبع سنوات. رغم الارتفاع المؤقت في 2020 إلى 96.77 بسبب تأثيرات جائحة كوفيد-19، إلا أن التعافي السريع والانخفاض الحاد في السنوات التالية يؤكد متانة النظام الصحي الجزائري ونجاح السياسات الصحية المطبقة. هذا الإنجاز يعكس التزام الجزائر بتحسين صحة الأمهات والوصول الشامل للخدمات الصحية عالية الجودة مما يجعلها نموذجا إقليميا في تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

ثانيا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-1-2: نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مهرة:

يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (54). تطور معدل الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مهرة بالجزائر خلال الفترة (2006-2019)

السنة	نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مهرة (%)
2006	95.2
2013	96.6
2019	98.8

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر البيانات أن الجزائر حققت إنجازا متميزا في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بضمان إشراف أخصائيين صحيين مهرة على الولادات، حيث ارتفعت نسبة الولادات المشرف عليها من 95.2% في عام 2006 إلى 98.8% في عام 2019، محققة زيادة إجمالية قدرها 3.6 نقطة مئوية. هذا التحسن التدريجي والمستمر يعكس نجاح السياسات الصحية في توسيع نطاق الوصول للخدمات الصحية المتخصصة وتحسين جودة الرعاية النفاسية، مما يضع الجزائر في مرتبة عالية دوليا حيث تتجاوز المعايير الدولية المطلوبة التي تستهدف تحقيق 90% كحد أدنى.

الفرع الثاني. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-2 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

يتمثل هذا الهدف في إنهاء وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها، بحلول عام 2030 بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1 000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1 000 مولود حي.

يسعى هذا الهدف إلى القضاء على الوفيات التي يمكن تجنبها من خلال تحسين الرعاية الصحية للأطفال وحديثي الولادة، وتوسيع الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية في جميع أنحاء العالم لاسيما في البلدان النامية. ويمكن رصد مدى التقدم في إحراز هذا الهدف من خلال مؤشرات تتمثل في:

أولا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-2-1: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (55). تطور أعداد ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر خلال الفترة (2000-2023)

السنة	عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)
2000	24956	41.6
2001	24166	40.1
2002	23205	38.5
2003	22656	37
2004	22621	35.4
2005	22740	34
2006	22966	32.6
2007	23282	31.3
2008	23693	30.1
2009	23981	29
2010	24128	28.1
2011	24229	27.3
2012	24623	26.6
2013	24904	26
2014	25120	25.4
2015	25309	24.9
2016	25133	24.5
2017	24867	24
2018	24326	23.7
2019	23642	23.3
2020	22935	22.9
2021	22019	22.6
2022	21138	22.3
2023	20295	22

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

تظهر البيانات أن الجزائر حققت إنجازا متميزا في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى أقل من 25 وفاة لكل 1,000 مولود حي بحلول 2030. انخفض المعدل بشكل مستمر ومعنوي إحصائيا من 41.6 في عام 2000 إلى 22.0 في عام 2023، محققا انخفاضا إجماليا بنسبة 47.1%. وبذلك فإن الجزائر تجاوزت المعيار المطلوب دولياً منذ عام 2014 عندما وصل المعدل إلى 25.4%، واستمرت في التحسن التدريجي ليصل إلى أدنى مستوى تاريخي عند 22.0 في عام 2023 .

معدل الانخفاض السنوي المتوسط البالغ 0.85 وفاة لكل 1,000 مولود حي يعكس تطورا منهجيا ومستداما في النظام الصحي، مع تحقيق تسارع ملحوظ في التحسن خلال العقد الأخير. رغم الزيادة الطفيفة في العدد المطلق للوفيات في بعض السنوات بسبب النمو الديموغرافي، إلا أن المعدل استمر في الانخفاض بثبات، مما يؤكد فعالية السياسات الصحية الوقائية والعلاجية المطبقة. هذا الإنجاز يضع الجزائر ضمن الدول الثماني في شمال أفريقيا التي حققت الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة قبل الموعد المحدد بسبع سنوات، مما يعكس نجاح الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية وبرامج التطعيم وتحسين التغذية والوصول للخدمات الصحية عالية الجودة.

ثانيا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-2-2: معدل وفيات المواليد: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (56). تطور أعداد ومعدل وفيات المواليد في الجزائر خلال الفترة (2000-2023)

السنة	عدد وفيات المواليد	معدل وفيات المواليد (الوفيات لكل 1000 مولود حي)
2000	13730	22.7
2001	13572	22.3
2002	13300	21.9
2003	13528	21.5
2004	13824	20.9
2005	14162	20.3
2006	14564	19.7
2007	14958	19.2
2008	15376	18.6
2009	15598	18.2

17.9	15885	2010
17.6	16073	2011
17.1	16506	2012
16.4	16036	2013
15.6	15951	2014
15.2	15659	2015
15	15629	2016
15.2	15862	2017
15.5	15906	2018
15.8	16036	2019
15.9	15759	2020
15.9	15192	2021
15.6	14578	2022
15.3	13897	2023

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر البيانات أن الجزائر حققت تقدما ملحوظا في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بخفض معدل وفيات المواليد الجدد إلى أقل من 12 وفاة لكل 1,000 مولود حي بحلول 2030.

انخفض المعدل بشكل مستمر من 22.7 في عام 2000 إلى 15.3 في عام 2023، محققا انخفاضا إجماليا بنسبة 32.6%. رغم هذا التقدم المستمر، لا تزال الجزائر بحاجة إلى خفض إضافي بمقدار 3.3 وفيات لكل 1,000 مولود حي لتحقيق الهدف المطلوب بحلول 2030. بالمعدل الحالي للتحسن، من المتوقع أن تحقق الجزائر هذا الهدف تقريبا في الموعد المحدد أو بتأخير طفيف، مما يتطلب تكثيف الجهود في مجال الرعاية الصحية للمواليد الجدد وتحسين جودة الخدمات في وحدات العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة.

الفرع الثالث. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-3 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

يتمثل هذا الهدف في القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة، ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه، والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام 2030. وبالتالي فهو يتعلق بالقضاء

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

على الأوبئة التي تشكل تهديدات صحية عالمية من خلال تعزيز الوقاية، والتحصين، والعلاج المبكر، وزيادة الوصول إلى الرعاية الصحية ذات الجودة العالية، خاصة في المناطق الأكثر تأثراً. يركز الهدف على تقليل الفوارق الصحية بين الدول والشرائح الاجتماعية، وتعزيز البحث العلمي في تطوير العلاجات واللقاحات لهذه الأمراض. ويمكن قياس مدى احراز التقدم في بلوغ هذا الهدف من خلال المؤشرات التالية:

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-3-1. عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 شخص غير مصاب من السكان بحسب الجنس والعمر والفئات الرئيسية من السكان: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (57). تطور عدد حالات الإصابات الجديدة بفيروس الإيدز بالجزائر خلال الفترة (2000-2023)

عدد حالات الإصابات الجديدة بفيروس الإيدز لكل 1,000 شخص غير مصاب، حسب الجنس والفئة العمرية (لكل 1,000 شخص غير مصاب)					
السنة	جميع الأعمار	أقل من 15 سنة	من 15 إلى 24 سنة	من 15 إلى 49 سنة	أعلى من 50 سنة
2000	.0160	.00250	.0210	.0270	.00280
2001	.0190	.0030	.0250	.0320	.00330
2002	.0220	.00360	.030	.0360	.00390
2003	.0250	.00440	.0340	.0410	.00450
2004	.0280	.00530	.0370	.0450	.00490
2005	.030	.00630	.040	.0480	.00530
2006	.0320	.00730	.0420	.0510	.00550
2007	.0340	.00850	.0440	.0520	.00560
2008	.0340	.00820	.0440	.0530	.00560
2009	.0340	.00920	.0440	.0530	.00550
2010	.0330	.00920	.0440	.0520	.00540
2011	.0330	.010	.0440	.0520	.00540
2012	.0340	.0110	.0450	.0520	.00530
2013	.0330	.010	.0460	.0520	.00530
2014	.0340	.0130	.0470	.0530	.00540

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

2015	.0350	.0140	.0480	.0540	.00550
2016	.0350	.0130	.050	.0560	.00560
2017	.0360	.0120	.0520	.0580	.00580
2018	.0360	.0120	.0540	.0610	.0060
2019	.0370	.0110	.0570	.0640	.00630
2020	.0390	.0130	.060	.0670	.00660
2021	.0420	.0140	.0630	.0710	.0070
2022	.0440	.0140	.0670	.0760	.00750
2023	.0460	.0140	.0720	.0810	.0080

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر البيانات أن الجزائر تواجه تحديا خطيرا في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بوقف انتشار الإيدز، حيث تسير في الاتجاه المعاكس تماماً للمطلوب بزيادة معدل الإصابات الجديدة بنسبة 187.5% من 0.016 إلى 0.046 لكل 1,000 شخص غير مصاب بين عامي 2000 و2023. هذا الاتجاه التصاعدي المستمر يضع الجزائر في موقف انحراف كامل عن المسار المطلوب بنسبة تقارب 280% عن الهدف المحدد، حيث تستهدف أهداف التنمية المستدامة تحقيق انخفاض بنسبة 90% في الإصابات الجديدة بحلول 2030. الوضع الأكثر إثارة للقلق يتمثل في فئة الشباب (15-24 سنة) التي سجلت أسوأ أداء بزيادة 242.9%، والأطفال دون 15 سنة بزيادة 460%، مما يشير إلى فشل منهجي في السياسات الوقائية وبرامج التوعية. رغم تحقيق الجزائر لمرتبة متقدمة في مؤشرات التنمية المستدامة الأخرى إلا أن هذا المؤشر الصحي الحرج يتطلب تدخلا عاجلا وإعادة نظر جذرية في استراتيجيات مكافحة الإيدز لتجنب تقويض الإنجازات المحققة في الأهداف التنموية الأخرى.

ثانيا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-2. معدل انتشار داء السل لكل 100 000 شخص: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (58). تطور معدل انتشار داء السل بالجزائر خلال الفترة (2000-2023)

السنة	معدل حدوث داء السل (لكل 100,000 نسمة)	السنة	معدل حدوث داء السل (لكل 100,000 نسمة)	السنة	معدل حدوث داء السل (لكل 100,000 نسمة)
2000	75	2008	74	2016	70
2001	73	2009	77	2017	70
2002	74	2010	78	2018	69
2003	76	2011	73	2019	61
2004	76	2012	73	2020	58
2005	80	2013	68	2021	54
2006	79	2014	72	2022	51
2007	78	2015	75	2023	47

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر البيانات أن الجزائر حققت تقدماً ملحوظاً في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بخفض معدل حدوث داء السل، حيث انخفض المعدل من 75 حالة لكل 100,000 نسمة في عام 2000 إلى 47 حالة في عام 2023، محققة انخفاضاً إجمالياً بنسبة 37.3%. رغم التذبذب في السنوات الأولى مع وصول المعدل إلى ذروته عند 80 حالة في عام 2005، إلا أن الاتجاه العام منذ 2015 يظهر انخفاضاً مستمراً ومعنوياً، خاصة في الفترة من 2019 إلى 2023 حيث انخفض المعدل بشكل حاد من 61 إلى 47 حالة. وفقاً لأهداف التنمية المستدامة التي تستهدف تحقيق انخفاض بنسبة 80% في معدل حدوث السل بحلول 2030، فإن الجزائر تحتاج إلى تسريع معدل التحسن للوصول إلى المعدل المطلوب البالغ 15 حالة لكل 100,000 نسمة.

ثالثاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-3-3. عدد حالات الإصابة بالمalaria لكل 1000 شخص: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (59). تطور معدل انتشار الملاريا بالجزائر خلال الفترة (2000-2023)

السنة	معدل حدوث الملاريا لكل 1,000 نسمة من السكان المعرضين للخطر	السنة	معدل حدوث الملاريا لكل 1,000 نسمة من السكان المعرضين للخطر	السنة	معدل حدوث الملاريا لكل 1,000 نسمة من السكان المعرضين للخطر
2000	0.01873	2008	0.00147	2016	0
2001	0.00326	2009	0	2017	0
2002	0.00536	2010	0.00047	2018	0
2003	0.00265	2011	0.00046	2019	0
2004	0.00104	2012	0.02487	2020	0
2005	0.00051	2013	0.00355	2021	0
2006	0.00051	2014	0	2022	0
2007	0.01295	2015	0	2023	0

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

توجت الجزائر بالحصول على الاعتماد الرسمي من منظمة الصحة العالمية كدولة خالية من الملاريا في ماي سنة 2019، لتصبح ثاني دولة في إقليم منظمة الصحة العالمية الأفريقي تحقق هذا الهدف بعد موريشيوس عام 1973¹. كما تظهر البيانات أن الجزائر حققت نجاحا استثنائيا ومتقدما في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بالقضاء على الملاريا، حيث وصلت إلى معدل صفر حالة لكل 1,000 نسمة من السكان المعرضين للخطر منذ عام 2016 واستمرت في الحفاظ على هذا الإنجاز حتى 2023، انخفض المعدل من 0.01873 في عام 2000 إلى الصفر المطلق، محققة انخفاضا بنسبة 100% وتجاوزت بذلك الهدف المطلوب دوليا بـ 14 سنة مبكرا عن الموعد المحدد 2030.

يعكس هذا الإنجاز فعالية السياسات الصحية الشاملة والاستثمار المحلي الكامل في برامج القضاء على الملاريا، مما يضع الجزائر كنموذج إقليمي وعالمي في تحقيق أهداف التنمية المستدامة الصحية قبل المواعيد المحددة بفترات زمنية كبيرة.

¹World Health Organization. (2019). *Malaria elimination in Algeria: E-2020 country brief*. P01. Retrieved from <https://www.who.int/malaria/areas/elimination/e2020/en/>

رابعا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-3-4: عدد الإصابات بأمراض التهاب الكبد الوبائي "ب" لكل 100000 من السكان: تعد نسبة انتشار المستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد (HBsAg) مؤشرا صحيا مهما. يعكس هذا الانتشار استراتيجيات الصحة العامة، خاصة فيما يتعلق بالحد من الأمراض المعدية، وضمان الوصول إلى الرعاية الصحية، ومكافحة التهاب الكبد الفيروسي عالميا.

الجدول رقم (60). تطور معدل انتشار المستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد B الجزائر خلال الفترة (2015-2020)

السنة	معدل انتشار المستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد (HBsAg) (%)
2015	0.22
2018	0.06
2020	0.08

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

حددت منظمة الصحة العالمية هدفا عالميا لعام 2030 يتمثل في خفض معدل انتشار المستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد (HBsAg) بين الأطفال إلى أقل من 0.1%. هذا الهدف يعكس التزام المنظمة بتعزيز برامج التطعيم الشامل ضد التهاب الكبد B، بالإضافة إلى تنفيذ تدخلات جديدة مثل استخدام الأدوية المضادة للفيروسات لتحقيق هذا الهدف الهام في مكافحة الفيروس على مستوى العالم¹. حققت الجزائر تقدما كبيرا نحو بلوغ الهدف 3-4 من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بمكافحة التهاب الكبد الوبائي "ب"، حيث انخفض معدل انتشار المستضد السطحي (HBsAg) من 0.22% عام 2015 إلى 0.06% عام 2018 بنسبة انخفاض قدرها 72.7%. رغم الارتفاع الطفيف إلى 0.08% عام 2020، تبقى النتائج ضمن النطاق المقبول دوليا وتشير إلى أن الجزائر على المسار الصحيح لتحقيق الهدف المنشود بحلول عام 2030، مما يعكس فعالية السياسات الصحية الوقائية والعلاجية المطبقة.

خامسا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-3-5. عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

¹ <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/hepatitis/implementation-progress-of-the-regional-action-plan-for-viral-hepatitis-in-the-western-pacific-2016-2020/regional-action-on-viral-hepatitis?>

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (61). تطور عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات ضد الأمراض المدارية المهملة بالجزائر خلال الفترة

(2023-2010)

السنة	عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات ضد الأمراض المدارية المهملة	السنة	عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات ضد الأمراض المدارية المهملة
2010	10260	2017	13158
2011	11831	2018	10950
2012	7471	2019	10339
2013	22713	2020	11599
2014	5460	2021	7083
2015	7561	2022	5780
2016	10752	2023	7656

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

بناء على بيانات الجدول حول عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات ضد الأمراض المدارية المهملة في الجزائر، تظهر النتائج تقدماً متذبذباً نحو تحقيق الهدف 3.3 من أهداف التنمية المستدامة، حيث انخفض العدد من 10,260 شخصا عام 2010 إلى 7,656 شخصا عام 2023، مما يمثل انخفاضا إجماليا بنسبة 25.4% خلال فترة الثلاثة عشر عاما. رغم هذا التحسن النسبي تلاحظ تقلبات كبيرة في البيانات، خاصة الارتفاع الحاد عام 2013 (22,713 شخصا) والانخفاض الملحوظ عام 2014 (5,460 شخصا)، مما يشير إلى عدم استقرار في تطبيق البرامج الوقائية أو في منهجية جمع البيانات. مقارنة بالهدف العالمي لخفض عدد الأشخاص المحتاجين للتدخلات بنسبة 90% بحلول 2030، فإن الجزائر تحتاج إلى تسريع جهودها بشكل كبير، حيث أن التقدم الحالي بنسبة 25.4% يبقى بعيدا عن المستهدف العالمي، مما يستدعي تعزيز الاستراتيجيات الوطنية للسيطرة على الأمراض المدارية المهملة وتحسين آليات المراقبة والتقييم.

الفرع الرابع. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-4 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

يشمل الهدف الفرعي 3-4 خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية (NCDs) بنسبة الثلث، من خلال توفير الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقلية بحلول عام 2030. تم تحديد هذا الهدف كجزء من استراتيجيات الحكومة الجزائرية لتحقيق التنمية المستدامة. ويمكن توضيح التقدم المحرز من خلال المؤشرات التالية:

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-4-1. معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (62). تطور معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة بالجزائر خلال الفترة (2000-2021)

السنة	معدل الوفيات المنسوب إلى أمراض القلب والأوعية الدموية، السرطان، السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة (الاحتمالية)
2000	18
2005	16.8
2010	15.2
2015	14.2
2019	14
2020	12.7
2021	13.3

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

حققت الجزائر تقدماً ملموساً وثابتاً نحو بلوغ الهدف 3-4-1 من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بخفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية، حيث انخفض معدل الوفيات من 18% عام 2000 إلى 13.3% عام 2021، مما يمثل انخفاضاً إجمالياً بنسبة 26.1% خلال فترة 21 عاماً. يظهر التحليل انخفاضاً مستمراً في المعدلات مع متوسط انخفاض سنوي قدره 1.24%، وهو ما يتماشى مع الهدف العالمي لخفض الوفيات المبكرة بنسبة الثلث بحلول 2030. رغم الارتفاع الطفيف من 12.7% إلى 13.3% بين عامي 2020 و2021، والذي قد يعزى لتأثيرات جائحة كوفيد-19 على النظام الصحي، تبقى الجزائر على المسار الصحيح لتحقيق الهدف

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

المنشود، خاصة أن معدل 13.3% عام 2021 يقل عن المتوسط العالمي ويضعها ضمن البلدان التي حققت تقدما كبيرا في مكافحة الأمراض غير المعدية كأسباب رئيسية للوفاة المبكرة.

ثانيا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-4-2. معدل وفيات الانتحار: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (63). تطور معدل وفيات الانتحار بالجزائر خلال الفترة (2000-2021)

السنة	معدل وفيات الانتحار (الوفيات لكل 100,000 نسمة)
2000	4.2
2005	3.3
2010	2.6
2015	2.2
2019	2
2020	1.7
2021	2.2

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تعتبر منظمة الصحة العالمية الانتحار "أولوية في مجال الصحة العامة"، وقد وضعت خطة عمل للفترة من 2013 إلى 2020 تهدف إلى خفض معدلات الانتحار بنسبة 10% بحلول عام 2020، وذلك تماشيا مع أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، التي تستهدف تقليص معدلات الانتحار بمقدار الثلث حتى عام 2030¹.

حققت الجزائر إنجازا استثنائيا في تحقيق الهدف 3-4-2. من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بخفض معدل وفيات الانتحار، حيث انخفض المعدل بشكل مستمر ومتسق من 4.2 وفاة لكل 100,000 نسمة عام 2000 إلى 1.7 وفاة عام 2020، مما يمثل انخفاضا إجماليا بنسبة 59.5% خلال عقدين من الزمن. يظهر التحليل انخفاضا منتظما بمعدل سنوي متوسط قدره 2.95. رغم الارتفاع الطفيف من 1.7% إلى 2.2% بين عامي 2020 و2021 والذي قد يعزى لتأثيرات جائحة كوفيد-19 على الصحة النفسية، تبقى النتائج ضمن النطاق المنخفض جدا وفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية، مما يؤكد نجاح الجزائر في تطبيق استراتيجيات فعالة للوقاية من الانتحار وتعزيز الصحة

¹ أخبار الأمم المتحدة: منظمة الصحة العالمية: حالة انتحار واحدة، كل 40 ثانية (9 سبتمبر 2019)، <https://news.un.org/ar/story/2019/09/1039302>

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

النفسية المجتمعية، وهو ما يتماشى مع الهدف العالمي لخفض معدل الانتحار بنسبة 10% بحلول 2020 الذي تجاوزه الجزائر بشكل كبير.

الفرع الخامس. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-5 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

يركز الهدف 3-5 من أهداف التنمية المستدامة على تعزيز الوقاية من إساءة استخدام المواد المخدرة، بما في ذلك تعاطي المخدرات والكحول بطريقة تضر بالصحة. يتضمن الهدف تقديم العلاجات الفعالة والدعوة إلى سياسات تساهم في الحد من تأثيرات هذه المواد على الأفراد والمجتمعات، ويهدف إلى تحسين الصحة العامة والرفاهية من خلال تقليل المخاطر المرتبطة بالإدمان. تتبع تحقيق هذا الهدف يتم من خلال بعض المؤشرات التي تتمثل في:

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-5-1: نطاق تغطية التدخلات العلاجية (الخدمات الدوائية والنفسانية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة) لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الموالي:

الجدول رقم (64). تطور معدل التدخلات العلاجية لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة بالجزائر خلال الفترة (2014-2021)

السنة	نسبة تغطية تدخلات العلاج (العلاج الدوائي، والعلاج النفسي الاجتماعي، وخدمات التأهيل والرعاية اللاحقة) لاضطرابات تعاطي المواد المخدرة(%)
2014	10.56
2015	10.05
2016	11.94
2017	12.42
2018	13.48
2019	12.89
2020	11.89
2021	10.79

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تقدماً محدوداً ومتذبذباً نحو تحقيق الهدف 3.5.1 من أهداف التنمية المستدامة، حيث تراوحت نسبة التغطية بين 10.05% و13.48% خلال الفترة 2014-2021 بمتوسط قدره 11.75%. رغم الارتفاع

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

التدرجي من 10.56% عام 2014 إلى ذروة 13.48% عام 2018، شهدت النسبة انخفاضا ملحوظا إلى 10.79% عام 2021، مما يشير إلى تحديات في استدامة الخدمات العلاجية، تبقى هذه النسب منخفضة جدا مقارنة بالمعايير الدولية التي تستهدف تغطية لا تقل عن 40% من الأشخاص المحتاجين للعلاج، حيث تظهر البيانات أن الجزائر تحتاج إلى مضاعفة جهودها ثلاث مرات على الأقل لتحقيق المستوى المطلوب. وبالتالي من الأهمية بما كان توسيع نطاق الخدمات وتحسين الوصول إليها لتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول 2030.

ثانيا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-5-2. استهلاك الفرد الواحد من الكحول (سن 15 سنة فأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (65). تطور استهلاك الفرد الواحد من الكحول بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنة	استهلاك الفرد الواحد من الكحول (سن 15 سنة فأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي	السنة	استهلاك الفرد الواحد من الكحول (سن 15 سنة فأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي	السنة	استهلاك الفرد الواحد من الكحول (سن 15 سنة فأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي
2000	0.38691	2008	0.4505	2016	0.51674
2001	0.38691	2009	0.45522	2017	0.5318
2002	0.41281	2010	0.45615	2018	0.53668
2003	0.4629	2011	0.46784	2019	0.50938
2004	0.50828	2012	0.49804	2020	0.47646
2005	0.50275	2013	0.52854	2021	0.45506
2006	0.47629	2014	0.53393	2022	0.45506
2007	0.44259	2015	0.52976		

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تقدما إيجابيا نحو تحقيق الهدف 3.5.2 من أهداف التنمية المستدامة، حيث انخفض الاستهلاك من ذروته البالغة 0.53393 لتر عام 2014 إلى 0.45506 لتر عام 2022، مما يمثل انخفاضا بنسبة 14.8% خلال الفترة الأخيرة. رغم الارتفاع التدريجي من 0.38691 لتر عام 2000 إلى الذروة في منتصف العقد الثاني، شهدت السنوات الأخيرة اتجاها تنازليا واضحا، خاصة بعد عام 2019 حيث انخفض الاستهلاك من 0.50938 لتر إلى 0.47646 لتر عام 2020 ثم إلى 0.45506 لتر في عامي 2021 و2022. تعتبر هذه المستويات منخفضة

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

جدا مقارنة بالمعايير العالمية، حيث تقل كثيراً عن المتوسط العالمي البالغ 6.4 لتر للفرد الواحد، مما يضع الجزائر في مرتبة متقدمة عالميا في مجال الحد من الاستهلاك الضار للكحول. هذا الإنجاز يتماشى مع الهدف العالمي لتعزيز الوقاية من تعاطي المواد المخدرة والاستخدام الضار للكحول، ويعكس فعالية السياسات الوطنية والثقافية في الحد من استهلاك الكحول، مما يساهم في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بضمان الصحة والرفاهية للجميع.

الفرع السادس. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-6 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

تركز الغاية 3-6 من أهداف التنمية المستدامة على خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الصعيد العالمي بنسبة 50% بحلول عام 2020. تهدف هذه الغاية إلى تحسين السلامة المرورية من خلال تنفيذ استراتيجيات الوقاية، مثل تحسين البنية التحتية للطرق، تعزيز أنظمة النقل العامة، وتطوير قوانين المرور بشكل أكثر صرامة، بالإضافة إلى تعزيز الوعي حول سلامة الطرق بين السائقين والمشاة.

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-6-1: معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابات جراء حوادث المرور على الطرق: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (66). تطور معدلات الوفيات الناتجة عن إصابات حوادث المرور بالجزائر خلال الفترة (2000-2021)

السنة	الوفيات الناتجة عن إصابات حوادث المرور (لكل 100,000 نسمة)	السنة	الوفيات الناتجة عن إصابات حوادث المرور (لكل 100,000 نسمة)	السنة	الوفيات الناتجة عن إصابات حوادث المرور (لكل 100,000 نسمة)
2000	22.5	2008	22.4	2016	21.1
2001	22.7	2009	22.5	2017	21
2002	22.8	2010	22.3	2018	21
2003	22.7	2011	22.3	2019	20.9
2004	22.5	2012	21.4	2021*	18.3
2005	22.1	2013	21.1		
2006	22.2	2014	21.2		
2007	22.3	2015	21.2		

Source : <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.STA.TRAF.P5?view=chart>

*<https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

تظهر النتائج تقدما ملموسا ولكن غير كاف نحو تحقيق الهدف 6.3 من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بتخفيض الوفيات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف بحلول 2030. انخفض معدل الوفيات من 22.8 وفاة لكل 100,000 نسمة عام 2002 إلى 18.3 وفاة عام 2021، مما يمثل انخفاضا بنسبة 19.7% خلال عقدين من الزمن، رغم هذا التحسن يبقى المعدل الحالي مرتفعا مقارنة بالمتوسط العالمي البالغ 17.05 وفاة لكل 100,000 نسمة، حيث تسجل الجزائر سنويا حوالي 3,000 وفاة و30,000 إصابة من حوادث المرور. يظهر التحليل الاتجاهي انخفاضا تدريجيا منذ عام 2012، لكن وتيرة التحسن تبقى بطيئة نسبيا، حيث تحتاج الجزائر إلى تسريع جهودها بشكل كبير لتحقيق الهدف العالمي المتمثل في تخفيض الوفيات إلى النصف، مما يستدعي تعزيز استراتيجيات السلامة المرورية وتحسين البنية التحتية للطرق وتطوير برامج التوعية المرورية، خاصة أن 90% من الحوادث تعزى للعنصر البشري.

الفرع السابع. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-7 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

تركز الغاية 3-7 من أهداف التنمية المستدامة على ضمان حصول جميع الأفراد على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية بما فيها خدمات تنظيم الأسرة والتثقيف بشأنها. تهدف هذه الغاية إلى تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التي تتيح للأفراد اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم الجنسية والإنجابية. كما تتضمن إدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية لضمان تغطية شاملة في جميع أنحاء العالم بحلول عام 2030، مع التركيز على النساء والشباب. يعزز هذا الهدف تمكين الأفراد من اتخاذ قرارات صحية حرة وآمنة، ويشمل تقديم التثقيف المناسب والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

أولا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-7-1: نسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) واللاتي لبيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم (67). تطور معدل لنساء في سن الإنجاب واللواتي تم تلبية احتياجاتهن من تنظيم الأسرة باستخدام الطرق الحديثة بالجزائر خلال الفترة (2006-2018)

السنة	نسبة النساء في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 سنة) اللواتي تم تلبية احتياجاتهن من تنظيم الأسرة باستخدام الطرق الحديثة (%)
2006	74.7
2012	77.2
2018	66.3

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تحديا كبيرا في تحقيق الهدف 3.7.1 من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بضمان الوصول الشامل لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية. رغم التحسن الأولي من 74.7% عام 2006 إلى 77.2% عام 2012، شهدت النسبة انخفاضا حادا إلى 66.3% عام 2018، مما يمثل تراجعاً بنسبة 14.1% خلال ست سنوات. هذا الانخفاض يتناقض مع الاتجاه العالمي المطلوب لتحقيق الوصول الشامل بحلول 2030، تحتاج الجزائر إلى تعزيز استراتيجياتها لتحسين الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة وزيادة الوعي بالطرق الحديثة، خاصة أن الهدف العالمي يستهدف تحقيق وصول شامل بنسبة 100% بحلول 2030، مما يتطلب جهوداً مضاعفة لسد الفجوة الحالية.

ثانياً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-7-2: معدل الولادات لدى المراهقات (10-14 سنة؛ و15-19 سنة) لكل 1000 امرأة في تلك الفئة العمرية: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (68). تطور معدل الولادات بين المراهقات بالجزائر خلال الفترة (2002-2019)

السنة	معدل الولادات بين المراهقات (لكل 1,000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 10 و14 سنة)	معدل الولادات بين المراهقات (لكل 1,000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة)
2002	0.261155	8.214384
2005	0.201883	9.008064
2006	0.161965	10.057312
2007	-	9
2008	0.017461	8.8

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

2009	-	9.6
2010	0.028013	9.1
2011	0.052888	9.5
2012	-	9.1
2013	-	9.8
2014	0.116717	9.2
2015	-	9.7
2016	0.019093	10.3
2017	0	9.8
2018	-	9.1
2019	-	11

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تقدماً ملحوظاً في تحقيق الهدف 3-7-2 من أهداف التنمية المستدامة، خاصة في الفئة العمرية 10-14 سنة حيث انخفض المعدل بشكل كبير من 0.261 ولادة لكل 1,000 امرأة عام 2002 إلى 0 ولادة عام 2017، مما يمثل انخفاضاً بنسبة 100% ويشير إلى نجاح كبير في منع الحمل المبكر جداً. أما بالنسبة للفئة العمرية 15-19 سنة، فقد شهدت المعدلات تذبذباً نسبياً بين 8.2 و 11 ولادة لكل 1,000 امرأة، مع ارتفاع طفيف من 8.2 عام 2002 إلى 11 عام 2019، مما يمثل زيادة بنسبة 34%. هذا الأداء يضع الجزائر في موقع متقدم نحو تحقيق الهدف العالمي لتقليل معدل الولادات بين المراهقات، خاصة مع النجاح الكامل في القضاء على الولادات في الفئة العمرية 10-14 سنة.

الفرع الثامن. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-8 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

تهدف الغاية 3-8 من أهداف التنمية المستدامة إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهي ضمان أن جميع الأفراد يتمتعون بإمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، مع الحماية من المخاطر المالية. تشمل هذه الغاية توفير الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والفعالة، وضمان أن تكون هذه الخدمات ميسورة التكلفة لجميع الفئات السكانية.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

تشمل مؤشرات الهدف الفرعي 3-8 مؤشرين رئيسيين، الأول هو نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية، والثاني هو نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة محسوبة كحصة من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها. ومع ذلك لدينا فقط في الوقت الحالي بيانات متاحة عن مؤشر التغطية الصحية الشاملة (UHC) الذي يقيس مدى شمولية الخدمات الصحية المقدمة للسكان ويعتبر أداة رئيسية لتقييم التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. رغم غياب البيانات حول المؤشرين الآخرين، فإن مؤشر التغطية الصحية الشاملة يقدم رؤى هامة حول فعالية النظام الصحي الوطني في توفير خدمات صحية أساسية للمواطنين

الجدول رقم (69). تطور معدل مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة بالجزائر خلال الفترة (2000-2023)

السنة	مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة (UHC)
2000	56
2005	61
2010	67
2015	74
2017	74
2019	74
2021	74

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تقدماً ملموساً ولكن متباطئاً نحو تحقيق الهدف 3-8 من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ارتفع المؤشر بشكل مستمر من 56 نقطة عام 2000 إلى 74 نقطة عام 2015، مما يمثل تحسناً بنسبة 32.1% خلال 15 عاماً بمعدل نمو سنوي قدره 2.14%. ومع ذلك شهدت الفترة من 2015 إلى 2021 استقراراً تاماً في المؤشر عند 74 نقطة، مما يشير إلى توقف التقدم خلال السنوات الأخيرة. رغم أن الجزائر تطبق سياسة صحية وطنية واضحة قائمة على مبدأ الإنصاف وحقوق الإنسان مع التزامها بتحقيق أهداف التنمية المستدامة، إلا أن المؤشر الحالي البالغ 74 نقطة يبقى أقل من الهدف العالمي المتمثل في تحقيق تغطية صحية شاملة بنسبة 100% بحلول 2030. تحتاج الجزائر إلى تحسين المؤشر بـ 26 نقطة إضافية خلال العقد المقبل.

الفرع التاسع. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-9 من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

تركز الغاية 3-9 من أهداف التنمية المستدامة على الحد بشكل كبير من عدد الوفيات والأمراض الناتجة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة، بالإضافة إلى التلوث الناتج عن الهواء والماء والتربة بحلول عام 2030. تهدف هذه الغاية إلى تقليل تأثيرات التلوث البيئي على صحة الإنسان والتي يمكن قياس مدى انجازها من خلال المؤشرات التالية:

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-9-1. معدل الوفيات المنسوبة إلى الأسر المعيشية وتلوث الهواء المحيط: بلغ معدل الوفيات المعدل حسب العمر المنسوب إلى تلوث الهواء المحيط 48 وفاة لكل 100,000 نسمة بالجزائر خلال سنة 2019، بينما سجل معدل الوفيات المنسوب إلى تلوث الهواء داخل المنازل 2 وفاة لكل 100,000 نسمة، ليصل إجمالي معدل الوفيات المنسوب إلى تلوث الهواء داخل المنازل وتلوث الهواء المحيط مجتمعين إلى 50 وفاة لكل 100,000 نسمة¹. وبذلك فإن الجزائر تواجه تحدياً كبيراً في تحقيق الهدف 3-9-1 من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بتقليل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء بشكل كبير بحلول 2030.

يشكل تلوث الهواء المحيط المصدر الرئيسي للوفيات بنسبة 96% من إجمالي الوفيات المرتبطة بتلوث الهواء (48 من أصل 50 وفاة)، مما يشير إلى أن التلوث الخارجي يمثل التحدي الأساسي مقارنة بتلوث الهواء داخل المنازل الذي يساهم بنسبة 4% فقط. معدل 50 وفاة لكل 100,000 نسمة يعتبر مرتفعاً نسبياً ويتطلب تدخلات عاجلة لتحسين جودة الهواء، خاصة في المناطق الحضرية والصناعية. تحتاج الجزائر إلى تطوير استراتيجيات شاملة للحد من انبعاثات الملوثات الجوية وتحسين معايير جودة الهواء المحيط لتحقيق الهدف العالمي لتقليل الوفيات المرتبطة بتلوث الهواء بشكل كبير، مما يستدعي تعزيز السياسات البيئية والصحية المتكاملة

ثانياً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-9-2: معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير المأمونة، وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرض لخدمات غير مأمونة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع): وفقاً لبيانات 2019 في الجزائر فقد بلغ معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير الآمنة والصرف الصحي غير الآمن ونقص النظافة الناجمة عن الإسهال والالتهابات الطفيلية المعوية وسوء التغذية والالتهابات التنفسية الحادة 4.05 وفاة لكل 100,000 نسمة². تظهر الجزائر أداءً إيجابياً نسبياً في تحقيق

¹ <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>

²Ibid

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الهدف 3-9-2 من أهداف التنمية المستدامة. وبالرغم من هذا التقدم يبقى هناك مجال للتحسين نحو تحقيق الهدف العالمي للقضاء على الوفيات المرتبطة بخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة (WASH) بحلول 2030.

تحتاج الجزائر إلى مواصلة جهودها لتحسين جودة المياه وتوسيع نطاق الوصول إلى خدمات الصرف الصحي الآمنة، خاصة في المناطق الريفية والمجتمعات الضعيفة، لتحقيق الهدف المنشود بالقضاء التام على هذه الوفيات القابلة للوقاية .

ثالثا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-9-3. معدل الوفيات المنسوب إلى التسمم غير المتعمد: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (70). تطور معدل الوفيات المنسوب للتسممات غير المقصودة بالجزائر خلال الفترة (2000-2021)

السنة	معدل الوفيات المنسوب للتسممات غير المقصودة (الوفيات لكل 100,000 نسمة)
2000	1
2005	0.8
2010	0.6
2015	0.6
2019	0.5
2020	0.4
2021	0.5

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تقدما ممتازا نحو تحقيق الهدف 3-9-3 من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بتقليل الوفيات الناجمة عن المواد الكيميائية الخطرة والتلوث بشكل كبير بحلول 2030. انخفض معدل الوفيات بشكل مستمر ومتسق من 1.0 وفاة لكل 100,000 نسمة عام 2000 إلى 0.4 وفاة عام 2020، مما يمثل انخفاضاً إجماليا بنسبة 60% خلال عقدين من الزمن. يعكس هذا الإنجاز يعكس فعالية السياسات الوقائية والتوعوية المطبقة.

الفرع العاشر. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-أ من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

تركز الغاية 3-أ من أهداف التنمية المستدامة تركز على تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء. ويمكن تتبع تحقيق هذا الهدف من خلال المؤشر التالي:

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-أ-1: معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول التالي:

الجدول رقم (71). تطور معدل انتشار استعمال التبغ بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)

السنة	كلا الجنسين	الإناث	الذكور
2000	22.9	2	43.9
2005	22.3	1.5	43.1
2010	21.7	1.2	42.3
2015	21.3	0.9	41.7
2020	21.2	0.7	41.7
2022	21.2	0.7	41.8

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تقدماً متواضعاً ولكن مستمراً نحو تحقيق الهدف 3-أ من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بتعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ. انخفضت نسبة الانتشار الإجمالية بين كلا الجنسين من 22.9% عام 2000 إلى 21.2% عام 2022، مما يمثل انخفاضاً بنسبة 7.4% خلال 22 عاماً. يظهر التحليل تبايناً كبيراً بين الجنسين، حيث حققت الإناث تقدماً ملحوظاً بانخفاض من 2% إلى 0.7% (انخفاض 65%)، بينما شهد الذكور انخفاضاً محدوداً من 43.9% إلى 41.8% (انخفاض 4.8%). رغم هذا التحسن النسبي، تبقى معدلات استخدام التبغ بين الذكور مرتفعة جداً عند 41.8%، مما يتطلب تكثيف الجهود الوقائية والتوعوية المستهدفة. تحتاج الجزائر إلى تسريع وتيرة التقدم بشكل كبير لتحقيق الهدف العالمي لخفض انتشار التبغ بنسبة 30% نسبياً بحلول 2025، خاصة أن التقدم الحالي بطيء جداً مقارنة بالمستهدف الدولي.

الفرع الحادي عشر. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-ب من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

يركز الهدف 3-ب على دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة وفقا لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية.

أولا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-ب-1. نسبة السكان المستهدفين المستفيدين من جميع اللقاحات المشمولة بالبرنامج الوطني بلدهم: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (72). انتشار الملاريا تطور معدل السكان المستهدفين الذين تلقوا 3 جرعات من لقاح الدفتيريا-الكزاز-السعال

الديكي بالجزائر خلال الفترة (2000-2023)

السنة	نسبة السكان المستهدفين الذين تلقوا 3 جرعات من لقاح الدفتيريا-الكزاز-السعال الديكي (%) (DTP3)	السنة	نسبة السكان المستهدفين الذين تلقوا 3 جرعات من لقاح الدفتيريا-الكزاز-السعال الديكي (%) (DTP3)
2000	86	2012	95
2001	89	2013	95
2002	86	2014	95
2003	87	2015	95
2004	86	2016	91
2005	88	2017	91
2006	95	2018	91
2007	95	2019	88
2008	93	2020	84

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

81	2021	95	2009
77	2022	95	2010
92	2023	95	2011

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تقدما متميزا في تحقيق الهدف 3-ب من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بتوفير الوصول إلى اللقاحات الأساسية بأسعار معقولة. حققت الجزائر أداء استثنائيا خلال الفترة 2006-2015 بمعدل تغطية ثابت بلغ 95%، متجاوزة بذلك الهدف العالمي البالغ 90% بهامش كبير. رغم الانخفاض التدريجي من 91% عام 2016 إلى أدنى نقطة بلغت 77% عام 2022، والذي يعزى لتأثيرات جائحة كوفيد-19 على خدمات التطعيم الروتينية شهد عام 2023 تعافيا ملحوظا إلى 92%. هذا الأداء يعكس قوة النظام الصحي الجزائري وفعالية برامج التطعيم الوطنية، حيث تبقى الجزائر في مقدمة البلدان الأفريقية في تحقيق أهداف التغطية التطعيمية، خاصة مع التعافي السريع بعد الجائحة.

ثانيا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-ب-2. مجموع صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة إلى القطاعات الصحية الأساسية والبحوث الطبية: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (73). تطور إجمالي المساعدات التنموية الرسمية للبحث الطبي والقطاعات الصحية الأساسية بالجزائر خلال الفترة (2000-2023)

السنة	إجمالي المساعدات التنموية الرسمية للبحث الطبي والقطاعات الصحية الأساسية، المدفوعات الإجمالية، حسب الدول الملتقية (بملايين الدولارات الأمريكية الثابتة لعام 2023)	السنة	إجمالي المساعدات التنموية الرسمية للبحث الطبي والقطاعات الصحية الأساسية، المدفوعات الإجمالية، حسب الدول الملتقية (بملايين الدولارات الأمريكية الثابتة لعام 2023)
2000	0.633513	2012	0.530925
2001	1.445297	2013	0.310652
2002	0.795457	2014	0.186212
2003	0.59525	2015	0.344765
2004	0.538094	2016	0.81888
2005	0.7201	2017	0.473485
2006	0.454307	2018	0.309087

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

0.772351	2019	2.055324	2007
59.796308	2020	0.322454	2008
25.31932	2021	0.368402	2009
2.287529	2022	1.715579	2010
1.915131	2023	3.102251	2011

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تكشف النتائج عن إنجاز ملحوظ في إطار الهدف 3-ب من أهداف التنمية المستدامة الخاص بتعزيز البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية. خلال العقدين الأولين (2000-2019)، تراوحت قيم المساعدات بشكل متقلب حول متوسط قدره 0.89 مليون دولار سنوياً، مع تسجيل أعلى قيمة عند 3.1 مليون دولار في 2011، إلا أن التحول الجذري حدث في 2020 عندما قفزت المساعدات إلى 59.8 مليون دولار، وعلى الرغم من التراجع المتدرج إلى 25.3 مليون دولار في 2021 وصولاً إلى 1.9 مليون دولار في 2023، فإن هذا التدفق الاستثنائي للموارد المالية يعكس الدعم الدولي المتزايد للجزائر في بناء قدراتها الصحية والبحثية.

ثالثاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-ب-3: مؤشر الوصول إلى المنتجات الصحية: بالرغم من عدم وجود بيانات رسمية حول هذا المؤشر، تكشف التجارب اليومية في المستشفيات والعيادات بالجزائر عن تحديات كبيرة لا تزال قائمة. طوابير الانتظار الطويلة، نقص الأدوية أحياناً، والحاجة الملحة لتحديث المعدات الطبية في بعض المناطق هي بعض القضايا التي يتم ملاحظتها بشكل يومي من طرف المواطنين. كما أن التفاوت في جودة الخدمات بين المناطق الحضرية والريفية يبقى واضحاً، مما يضطر بعض المواطنين للسفر لمسافات طويلة للحصول على رعاية صحية مناسبة.

الفرع الثاني عشر. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-ج من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

تركز الغاية 3-ج من أهداف التنمية المستدامة على تحقيق زيادة كبيرة في تمويل قطاع الصحة وتوظيف قوى عاملة صحية مؤهلة في البلدان النامية، مع التركيز بشكل خاص على أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية. يمكن رصد مدى التقدم المحرز في هذا الهدف من خلال المؤشر التالي:

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-ج-1: معدل كثافة الأخصائيين الصحيين وتوزيعهم: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (74). تطور معدل كثافة الأخصائيين الصحيين بالجزائر خلال الفترة (2002-2022)

(كثافة العاملين في القطاع الصحي، حسب نوع الوظيفة (لكل 10,000 نسمة)				
السنة	أطباء الأسنان	العاملون في التمريض والقابلات	الصيدالة	الأطباء
2002	2.79	21.97	1.71	11.14
2005	2.73	--	1.84	10.26
2007	3.11	19.28	2.17	11.95
2016	--	22.27	--	18.19
2017	3.42	22.07	--	--
2018	3.63	15.38	4.43	17.08
2019	1.62	3.12	0.5	9.73
2022	3.57	25.08	3	16.6

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

تظهر النتائج تقدما متباينا نحو تحقيق الهدف 3-ج من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بزيادة تمويل الصحة وتوظيف وتطوير وتدريب القوى العاملة الصحية في البلدان النامية. يلاحظ تحسن ملحوظ في كثافة العاملين في التمريض والقابلات من 21.97 لكل 10,000 نسمة عام 2002 إلى 25.08 عام 2022، مما يمثل زيادة بنسبة 14.2%. أما بالنسبة للأطباء، فقد شهدت الكثافة تذبذبا من 11.14 عام 2002 إلى 16.6 عام 2022، مع ذروة بلغت 18.19 عام 2016، مما يشير إلى تحسن نسبي رغم التقلبات. كثافة الصيدالة ارتفعت من 1.71 إلى 3 لكل 10,000 نسمة، بينما أطباء الأسنان حققوا زيادة من 2.79 إلى 3.57 لكل 10,000 نسمة. رغم هذا التقدم، تبقى الكثافة الإجمالية للعاملين الصحيين في الجزائر تواجه تحديات هجرة الأدمغة، مما يتطلب استراتيجيات شاملة لتدريب وتوظيف والاحتفاظ بالكوادر الصحية المؤهلة.

الفرع الثالث عشر. التقدم المحرز في تحقيق الهدف 3-د من أهداف التنمية المستدامة (SDG) في الجزائر

تركز الغاية 3-د من أهداف التنمية المستدامة على تعزيز امكانيات جميع البلدان، خاصة البلدان النامية، في مجالات الإنذار المبكر والحد من المخاطر الصحية. تهدف هذه الغاية إلى تحسين القدرة على التعرف المبكر على المخاطر الصحية سواء كانت محلية أو عالمية، وتطوير استراتيجيات فعالة لإدارة هذه المخاطر. يشمل ذلك تحقيق الأهداف التالية:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

أولاً. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-د-1: القدرة على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، والجاهزية لمواجهة

حالات الطوارئ الصحية: يمكن توضيح إنجازات الجزائر في تحقيق هذا الهدف من خلال بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم (75). تقييم التقدم في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية وأطر الطوارئ الصحية في الجزائر خلال الفترة (2010-2023)

(2023)

السنة	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
التشريعات والسياسات والتمويل الوطني	50	0	0	50	100	100	100	100	100	100	80	70	70	70
التنسيق والاتصالات مع النقاط الوطنية	56	20	53	53	100	100	90	90	90	90	50	67	67	67
المراقبة	64	0	35	75	85	85	55	80	80	80	60	90	90	90
الاستجابة	46	28	35	54	94	94	83	83	93	93	67	80	80	80
الاستعداد	46	0	10	61	80	80	63	80	--	-	-	-	-	-
الاتصال بالمخاطر	30	14	14	29	29	29	29	43	60	60	60	-	-	-
الموارد البشرية	50	0	0	60	60	60	40	60	80	80	80	90	80	80
المختبرات	35	60	4	36	76	76	58	62	60	60	60	68	68	68
نقاط الدخول	50	23	11	6	72	77	88	88	60	60	70	80	80	80
الأحداث الحيوانية	76	0	56	56	89	89	89	89	80	80	80	80	80	80
سلامة الغذاء	60	0	0	20	53	60	73	73	80	80	80	60	40	40
الأحداث الكيميائية	14	0	31	15	15	15	54	100	100	100	80	60	60	60
الطوارئ الإشعاعية النووية	86	0	0	0	69	69	77	77	100	100	60	100	60	60
إطار الطوارئ الصحية الوطني	-	-	-	-	-	-	-	-	53	53	53	-	-	-
إدارة الطوارئ الصحية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	80	80
الوقاية من العدوى والسيطرة عليها (IPC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	60	60
الاتصال بالمخاطر والمشاركة المجتمعية (RCCE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	73	80

المصدر: بوابة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، جوان 2025.

يمكن القول أن مستوى بلوغ أهداف التنمية المستدامة المرتبطة بالقدرات الصحية قد حقق تقدما متوسطا إلى جيد مع وجود تحديات واضحة. تظهر البيانات أن المتوسط العام للأداء عبر جميع المؤشرات ارتفع من حوالي 45% في عام 2010 إلى ذروة بلغت تقريبا 75% في الفترة 2015-2019، مما يشير إلى تحقيق تقدم ملموس نحو الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة. ومع ذلك شهدت الفترة 2020-2023 انخفاضا في الأداء إلى حوالي 70% مما يعكس تأثير الأزمات العالمية على الأنظمة الصحية. المؤشرات الأساسية مثل التشريعات والسياسات (70%) والمراقبة (90%) والاستجابة (80%) تظهر مستويات مقبولة، بينما تحتاج مؤشرات أخرى مثل سلامة الغذاء (40%) والأحداث الكيميائية (60%) إلى تحسين جوهري. إجمالا، يمكن تقدير مستوى بلوغ الهدف بحوالي 70-75% من الإنجاز المطلوب، مما يستدعي جهودا إضافية ومستهدفة لتحقيق الأهداف المنشودة بحلول عام 2030.

ثانيا. إنجازات الجزائر في تحقيق الهدف 3-د-2: النسبة المئوية للإصابات مجرى الدم المعزوة إلى كائنات مختارة مقاومة للميكروبات: تعتبر مقاومة الميكروبات للأدوية من التحديات الصحية المتزايدة في الجزائر والتي قد تؤثر على تحقيق أهداف التنمية المستدامة. تشير الدراسات إلى أن انتشار مقاومة الميكروبات في المستشفيات والمرافق الصحية أصبح مشكلة متزايدة. على سبيل المثال تم العثور على أن العديد من البكتيريا المسببة للعدوى في المستشفيات أصبحت مقاومة لأدوية مضادة شائعة، مما يعقد عملية العلاج ويزيد من تكاليف الرعاية الصحية. في بعض المناطق مثل ولاية بشار أين أظهرت الدراسات أن العديد من البكتيريا كانت مقاومة لعدة أنواع من الأدوية، مما يشير إلى أن المشكلة تتسع في أماكن مختلفة¹. كما أن هناك تحديات أخرى في العناية بحديثي الولادة، حيث أظهرت دراسة أن بعض أنواع البكتيريا المقاومة للأدوية كانت منتشرة بين حديثي الولادة، مما يزيد من صعوبة توفير الرعاية الصحية المناسبة لهم². تعتبر هذه المشكلات الصحية عقبة أمام تقدم الجزائر في مجال الرعاية الصحية وجودتها، وقد تؤثر على قدرة البلاد على تحقيق أهداف التنمية المستدامة التي تشمل تحسين الصحة العامة وتقليل العبء الاقتصادي الناتج عن الأمراض والعدوى.

¹ Benyagoub, E. (2023). Methicillin, β -lactams, and clindamycin resistance profiles of *Staphylococcus aureus* strains isolated from patients with UTI in Bechar province (Algeria). *Anti-Infective Agents*.

² Mairi, A., Meyer, S., Tilloy, V., Barraud, O., & Touati, A. (2022). Whole Genome Sequencing of Extended-Spectrum Beta-Lactamase-Producing *Klebsiella pneumoniae* Isolated from Neonatal Bloodstream Infections at a Neonatal Care Unit, Algeria. *Microbial Drug Resistance*.

يمكن القول أن الجزائر تسير في الاتجاه الصحيح لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة، ولكن الطريق لا يزال طويلا. هناك حاجة ماسة إلى مزيد من الاستثمار في البنية التحتية الصحية وتحسين ظروف العمل للكوادر الطبية، وتعزيز الوقاية والتوعية الصحية. على الرغم من أن الأرقام قد تبدو مشجعة على الورق، إلا أن التحدي الحقيقي يكمن في ترجمة هذه المؤشرات إلى تحسن ملموس في جودة الحياة الصحية للمواطن العادي.

المبحث الثالث. قياس العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية بالجزائر خلال الفترة (2000-2022)

يتم دراسة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة 2000-2022 عن طريق تحليل تأثير الإنفاق العام على الصحة، التعليم، والنمو الاقتصادي باستخدام نماذج الوساطة واختبارات السببية. حيث سيتم التركيز على التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للإنفاق العام الصحي على التنمية البشرية من خلال المتغيرات الوسيطة مثل العمر المتوقع وسنوات الدراسة المتوقعة بهدف محاولة فهم كيفية تأثير الإنفاق الصحي على مؤشرات التنمية البشرية ومدى دور هذه المتغيرات في تعزيز التنمية البشرية المستدامة.

المطلب الأول. تحليل نظري للعلاقة بين الانفاق العام على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر

يمثل الإنفاق العام على الصحة أحد العوامل الأساسية التي تؤثر بشكل مباشر على مستوى التنمية البشرية في أي دولة. يرتبط الإنفاق على الصحة بتحسين مؤشرات التنمية البشرية مثل متوسط العمر المتوقع، معدلات الوفيات والتعليم. وبالتالي تبرز العلاقة بين الإنفاق على الصحة ونتائج التنمية البشرية باعتبارها موضوعا بالغ الأهمية لتحليل فعالية السياسات العامة في الجزائر.

الفرع الأول. الهدف العام من الدراسة القياسية

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر وذلك من خلال معرفة كيف يؤثر الإنفاق الحكومي على الصحة على مكونات التنمية البشرية الثلاثة: الصحة، التعليم والدخل الاقتصادي. والإجابة على التساؤل التالي: هل توجد علاقة سببية بين الانفاق العام على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر، وإذا كان هناك علاقة سببية فما اتجاهها؟

يرتكز هذا التحليل على نظرية النمو الداخلي التي تعتبر الاستثمار في رأس المال البشري (الصحة والتعليم) أساسا لتحقيق نمو اقتصادي مستدام وتحسين التنمية البشرية. كما تعتمد الدراسة على نظرية رأس المال البشري التي تبرز الصحة كمكون حيوي في تعزيز الإنتاجية والكفاءة الاقتصادية، ونظرية فاجنر التي توضح العلاقة بين النمو الاقتصادي والإنفاق العام، خصوصًا على القطاعات الاجتماعية.

الفرع الثاني. فرضيات الدراسة القياسية

استنادا إلى الهدف النظري والتطبيقي للدراسة، تم صياغة الفرضيات التالية لاختبار العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومكونات التنمية البشرية:

أولا. الفرضية الأولى: هناك علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية المركب (HDI) في الجزائر، حيث يُتوقع أن يؤدي ارتفاع الإنفاق على الصحة إلى تحسين التنمية البشرية بشكل عام. كما يحتمل أن يكون هناك تأثير سببي متبادل، إذ أن النمو الاقتصادي المستدام قد يؤدي بدوره إلى زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة.

ثانيا. الفرضية الثانية: زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة ترتبط بتحسين ملحوظ في مؤشرات الصحة، وخصوصا في رفع متوسط العمر المتوقع وخفض معدل وفيات الرضع، مما يعكس تحسن جودة الصحة العامة للسكان.

ثالثا. الفرضية الثالثة: يؤثر الإنفاق الحكومي على الصحة إيجابيا وبشكل غير مباشر على مؤشر التعليم، حيث يساهم تحسين الحالة الصحية للسكان في تعزيز القدرة على التعلم وزيادة معدلات الالتحاق والاستمرارية في الدراسة.

رابعا. الفرضية الرابعة: يساهم الإنفاق الحكومي على الصحة في تعزيز الدخل الفردي والنمو الاقتصادي على المدى الطويل. كما أنه توجد علاقة سببية متبادلة حيث أن النمو الاقتصادي يعزز القدرة على تخصيص المزيد من الموارد الصحية.

الفرع الثالث. المبررات النظرية لبناء الفرضيات

سيتم فيما يلي عرض المبررات النظرية التي تستند إليها الفرضيات المطروحة في هذه الدراسة، والتي تهدف إلى تحليل العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية. سيتم الاعتماد على والنظريات التي تبرز دور الاستثمار في الصحة في تعزيز جوانب مختلفة من التنمية البشرية، مثل الصحة، التعليم والنمو الاقتصادي.

أولا. نظرية رأس المال البشري (Human Capital Theory): تفترض هذه النظرية أن الإنسان هو رأس المال الحقيقي لأي اقتصاد، وأن تحسين صحته وتعليمه يرفع من إنتاجيته. الاستثمار في الصحة يرفع من متوسط العمر المتوقع ويقلل من معدلات الوفيات، مما يزيد من قوة العمل الفعالة ويحفز النمو الاقتصادي. يتم التوقع بناء على

ذلك أن يكون للإنفاق الحكومي على الصحة تأثير إيجابي مباشر على مؤشرات الصحة والتعليم، وبالتالي على التنمية البشرية.

ثانيا. **نظرية النمو الداخلي (Endogenous Growth Theory)** : تؤكد هذه النظرية أن النمو الاقتصادي المستدام يعتمد على تراكم رأس المال البشري والابتكار. الاستثمار في الصحة والتعليم يعزز من قدرة الأفراد على التعلم والإنتاج، مما يدفع النمو الاقتصادي ويؤدي إلى تحسن مستدام في التنمية البشرية. وبالتالي يدعم النموذج الفرضيات التي تربط الإنفاق الصحي بالنمو الاقتصادي وتحسين مؤشر التنمية البشرية.

ثالثا. **نظرية فاجنر (Wagner's Law)** : تفترض هذه النظرية أن هناك علاقة طردية بين النمو الاقتصادي والإنفاق الحكومي، خصوصا في القطاعات الاجتماعية مثل الصحة والتعليم. تشير النظرية إلى أنه مع زيادة الدخل القومي في الاقتصاد، يزداد الإنفاق الحكومي بشكل متناسب، مما يعني أن الدول الأكثر تقدما اقتصاديا ستكون لديها حكومات تنفق أكثر على الخدمات العامة. كما تؤكد النظرية أن هذا الزيادة في الإنفاق لا تقتصر فقط على الصحة والتعليم، بل تشمل أيضا قطاعات أخرى مثل البنية التحتية والخدمات العامة. يوضح "فاجنر" كيفية تأثير هذه الزيادة في الإنفاق على التنمية البشرية عبر تحسين مستوى التعليم والصحة، وبالتالي دعم النمو الاقتصادي. يتم التطرق إلى الأساليب التي يمكن من خلالها قياس هذه العلاقة ديناميكيا باستخدام اختبارات السببية مثل اختبار "جرانجر" وذلك لتحليل ما إذا كانت زيادة الدخل الفردي تؤدي إلى زيادة في حجم الإنفاق الحكومي، وهو ما يدعم صحة نظرية فاجنر¹.

وبالتالي فإن هذه النظرية تنص على أن الإنفاق الحكومي يزداد طرديًا مع نمو الاقتصاد، خصوصا في القطاعات الاجتماعية مثل الصحة والتعليم. هذا يعني أن النمو الاقتصادي يسمح بزيادة الإنفاق الحكومي على الصحة، والذي بدوره يعزز التنمية البشرية، مما يشكل علاقة ديناميكية متبادلة.

¹ Wagner, Richard E., & Backhaus, Jürgen G. (Eds.). (2004). *Handbook of Public Finance*. Kluwer Academic Publishers. ISBN 1-4020-7863-3 (Print), ISBN 1-4020-7864-1 (eBook).pp:81-83.

المطلب الثاني. منهجية ونموذج قياس العلاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية

لتحليل العلاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر، سيتم اختبار وجود علاقة سببية بين المتغيرات استنادا إلى بيانات السلاسل الزمنية، مما يسمح بفهم ما إذا كان الإنفاق على الصحة يؤثر بشكل مباشر التنمية البشرية، وكذا معرفة كيفية تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة في الجزائر على تحسين مستويات التنمية البشرية عبر الزمن.

الفرع الأول. ميكانيزم النموذج وخطوات التحليل

تعتمد هذه الدراسة على اختبار العلاقة التبادلية بين الاستثمار في الصحة والتنمية البشرية طبقا لعلاقة السببية لجرانجر (Granger's Causality) لدراسة وتحليل العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة والتنمية البشرية للاقتصاد الجزائري، حيث سيتم استخدام بيانات سنوية للفترة 2000-2022م. تم تطوير اختبار السببية بواسطة جرانجر ليتضمن القيم السابقة للمتغير X مما أدى إلى تحسين التوقعات من القيم الحالية للمتغير Y ، فإذا كانت القيم المتوقعة من Y قد تحسنت بتضمن قيم X السابقة فإنه يكون هناك علاقة سببية بين القيم السابقة للمتغيرين. وللتأكد من وجود علاقة سببية نحتاج إلى اختبار سكون السلاسل الزمنية في الأجل الطويل. لإجراء اختبار السببية بين متغيرات الدراسة سيتم اتباع الخطوات الآتية:

- ❖ اختبار استقرار السلسلة الزمنية باستخدام اختبار augmented dickey-fuller (ADF) لعدد جداول الوحدة لكل متغير وهذا الاختبار يعتمد على إدراج المتغير الثابت والزمن في دالة الانحدار.
- ❖ اختبار جرانجر للسببية ذلك لاختبار العلاقة السببية للسلاسل الزمنية بين المتغيرات الاقتصادية وتحديد اتجاه العلاقة السببية في الأجلين الطويل والقصير.

الفرع الثاني. اختبارات استقرار السلاسل الزمنية: اختبار جذر الوحدة Unit Root Test

يوجد هناك العديد من الاختبارات التي يمكن استخدامها لتحديد مدى استقرار السلسلة الزمنية منها

طريقة (Phillips and Perron) (PP). واختبار ديكي فوللر المطور (Augmented Dickey-

(ADF)(Fuller) ¹. وفيما يلي بتوضيح اختيار ديكي فوللر المطور لإجراء اختبار السكون من ثلاثة صيغ للنموذج التي يمكن استخدامه في حالة (ADF) ²:

أ- الصيغة الأولى (I)

$$\Delta Y_t = \sum_{j=1}^K Y_{t-1} + \sum_{j=1}^K \Delta Y_{t-1} + U_t \dots \dots \dots (1)$$

يلاحظ بعدم احتوى هذه الصيغة على حد الثابت والاتجاه الزمني وتتمثل الفروض في هذه الحالة في:

$$H_0 : P = 1 \quad \text{فرضية العدم}$$

$$H_0 : P < 1 \quad \text{فرضية البديلة}$$

ولكي تختفي مشكلة الارتباط التسلسلي معبرا عنها بإحصائية $D-W$ يجب إدراج عدد من الفروق ذات الفجوة الزمنية K في المعادلة السابقة (1). ويلاحظ هنا أنه إذا كانت هذه المشكلة تختفي بعد إدراج ثلاثة حدود للفروق مثلاً، فإن هذه الفروق تتمثل في:

$$\Delta Y_{t-1} = Y_{t-1} - Y_t \dots \dots \dots (2)$$

$$\Delta Y_{t-2} = Y_{t-2} - Y_{t-3} \dots \dots \dots (3)$$

$$\Delta Y_{t-3} = Y_{t-3} - Y_{t-4} \dots \dots \dots (4)$$

بعدها يتم تقدير صيغة تاو ديكي فوللر الموسع وفقاً للصيغة التالية:

$$\tau_{\lambda}^* = \frac{\hat{\lambda}}{S_{\hat{\lambda}}} \dots \dots \dots (5)$$

ثم يتم الحصول على القيم الحرجة $ADE_{\lambda(I,n,e)}$ للنموذج I ، وحجم العينة N ، ومستوى المعنوية e .

ب- الصيغة الثانية (II): هذه الصيغة تختلف عن سابقتها بكونها تحتوي على حد ثابت

$$\Delta Y_t = a + \lambda Y_{t-1} + \sum_{j=1}^k P_j \Delta Y_{t-j} + U_t \dots \dots \dots$$

$$H_0 : P = 1 \quad A = 0 \quad \text{فرضية العدم}$$

$$H_1 : P < 1 \quad a \neq 1 \quad \text{الفرض البديل}$$

وحتى يتم هذا الاختبار لابد من حساب تاو ديكي فوللر الموسع باستخدام الصيغة السابقة، وتاو للمعلمة الناقلة τ_{λ}^* باستخدام الصيغة التالية:

¹ Khalid H. Qudair, The Relationship between Government Expenditure and Revenues in the Kingdom of Saudi Arabia: Testing for Cointegration and Causality, Econ.&Adm., Vol 19, No.1, 2005, p34.

² عبد القادر محمد عبد القادر عطية، الحديث في الاقتصاد القياسي بين النظرية والتطبيق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2005، ص ص 658-659.

$$\tau^*_a = \frac{\hat{a}}{\hat{S}_a}$$

ثم يتعين البحث عن القيم الحرجة لكل من (a, y) وكما يلي:

القيمة الحرجة ل (λ) هي: $ADF_{\lambda(e,n,II)}$

القيمة الحرجة ل (a) هي: $ADF_{a(e,n,II)}$

بعدها نقوم بمقارنة القيمة المحسوبة بالقيم الجدولية

ج- الصيغة الثالثة (III): تتضمن هذه الصيغة حداً ثابتاً واتجهاً زمنياً

$$\Delta Y_t = a + \beta_t + \lambda Y_{t-1} + \sum_{j=1}^k P_j \Delta Y_{t-j} + U_t, \dots$$

$$H_0: P=1 \quad a=1 \quad B=0$$

فرضية العدم:

$$H_1:$$

الفرضية البديلة:

$$a \neq 1 \quad P < 1 \quad B \neq 0$$

ثم يتم حساب القيم المحسوبة لتاو للمعلمات المختلفة على نحو التالي:

$$\tau^*_{\lambda} = \frac{\hat{\lambda}}{\hat{S}_{\lambda}} \cdot \tau^*_{\beta} = \frac{\hat{\beta}}{\hat{S}_{\beta}}$$

$$\tau^*_a = \frac{\hat{a}}{\hat{S}_a}$$

ثم يتم الحصول على القيم الحرجة لكل هذه المعلمات.

الفرع الثالث. نموذج "جرانجر" لاختبار اتجاه السببية Granger Model

إذا وقع حدث ما في زمن سابق، فمن المحتمل أن يكون له دور سببي في وقوع حدث لاحق، بينما من غير المنطقي أن تؤثر الأحداث المستقبلية في الوقائع التي حدثت بالفعل. هذا هو جوهر اختبار "جرانجر" للسببية، حيث وضع "جرانجر" معياراً يحدد العلاقة السببية بالاستناد إلى الترابط الديناميكي بين السلاسل الزمنية. بناء عليه يستخدم اختبار جرانجر للسببية للتحقق من وجود علاقة تبادلية أو تغذية عكسية (Feedback) بين متغيرين عند التعامل مع بيانات على شكل سلسلة زمنية¹.

¹ عبد القادر محمد عبد القادر عطية، مرجع سبق ذكره، ص 878.

المطلب الثالث. اختبار علاقة السببية بين الانفاق العام على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة 2000-2022

سيتم اختبار علاقة السببية بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022. وبذلك سيتم تحليل كيفية تأثير الإنفاق الصحي على جوانب مختلفة من التنمية البشرية، مثل الصحة، التعليم، والنمو الاقتصادي، باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار وجود علاقة سببية وتحديد اتجاهها.

الفرع الأول. تصميم الدراسة القياسية

لاختبار العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر، سيتم في البداية تحديد المتغيرات الرئيسية للدراسة، بما في ذلك الإنفاق العام على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية مثل العمر المتوقع والتعليم، والدخل. كما سيتم جمع البيانات اللازمة من المصادر الإحصائية الرسمية. بناء على هذه البيانات، سيتم تطوير نموذج تحليلي يعتمد على الدراسات النظرية السابقة لفحص العلاقة السببية بين المتغيرات باستخدام أدوات إحصائية متقدمة مثل اختبار السببية "جرانجر" وتحليل الوساطة، بهدف تحديد ما إذا كان الإنفاق على الصحة يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على تحسين مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر.

أولاً. متغيرات الدراسة: تتمثل متغيرات الدراسة الحالية فيما يلي:

1. متغير الإنفاق الحكومي على الصحة (المتغير المستقل الرئيسي): الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة

مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: (GHE % of GDP) : يعتبر أفضل متغير لتمثيل الإنفاق الصحي النسبي للحكومة ضمن الاقتصاد الوطن، حيث أنه مناسب لتحليل العلاقة بين حجم الإنفاق العام الصحي والأداء العام لمؤشرات التنمية البشرية. كما أنه مستعمل على نطاق واسع في الدراسات الاقتصادية والتنموية. وبذلك سيتم في هذه الدراسة قياس الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (Government Health Expenditure % of GDP) واعتبار هذا المتغير كمؤشر أساسي للاستثمار الحكومي في القطاع الصحي، لأنه يعكس الأولوية التي توليها الحكومة للإنفاق على الصحة ضمن الاقتصاد الوطني.

2. المتغير التابع المركب. دليل التنمية البشرية المركب (HDI) : يتمثل المتغير التابع المركب في هذه الدراسة

بمؤشر التنمية البشرية (Human Development Index - HDI) وهو مقياس مركب يدمج بين الأبعاد الثلاثة السابقة (الصحة، التعليم، والدخل) لتقديم صورة شاملة عن مستوى التنمية البشرية في الدولة. يعكس مؤشر التنمية البشرية القدرة على عيش حياة طويلة وصحية والتحصيل العلمي، ومستوى المعيشة.

3. المتغيرات التابعة. مكونات التنمية البشرية: تتمثل فيما يلي:

1-3. البعد الصحي: دليل الصحة (Health Index): يقاس بواسطة العمر المتوقع عند الولادة (Life

Expectancy at Birth)، وهو مؤشر رئيسي يعكس حالة الصحة العامة للسكان وجودة النظام الصحي. كم أنه المؤشر الأكثر دقة وشيوعاً لقياس الحالة الصحية للسكان ضمن مؤشر التنمية البشرية.

2-3. بعد التعليم: دليل التعليم (Education Index): يمثل بمتغيرين مكملين: هذه المؤشرات تعكس جودة وإتاحة التعليم، وهما عاملان أساسيان في بناء رأس المال البشري

1-2-3. متوسط سنوات الدراسة (Mean Years of Schooling - mys) ، الذي يعبر عن متوسط التعليم المكتسب من قبل السكان البالغين.

2-2-3. السنوات المتوقعة للدراسة (Expected Years of Schooling - eys) الذي يعكس متوسط سنوات التعليم المتوقع أن يكملها الطفل في بداية عمره الدراسي.

3-3. البعد الاقتصادي: دليل الدخل (Income Index) يقاس من خلال الناتج القومي الإجمالي للفرد (Gross National Income per capita - GNI pc)، والمعدل حسب تعادل القوى الشرائية، ليعبر عن مستوى المعيشة والرفاهية الاقتصادية للأفراد. يستخدم كمتغير أساسي لقياس البعد الاقتصادي في التنمية البشرية. يمكن تمثيل متغيرات النموذج في الجدول الآتي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم(76). متغيرات الدراسة القياسية

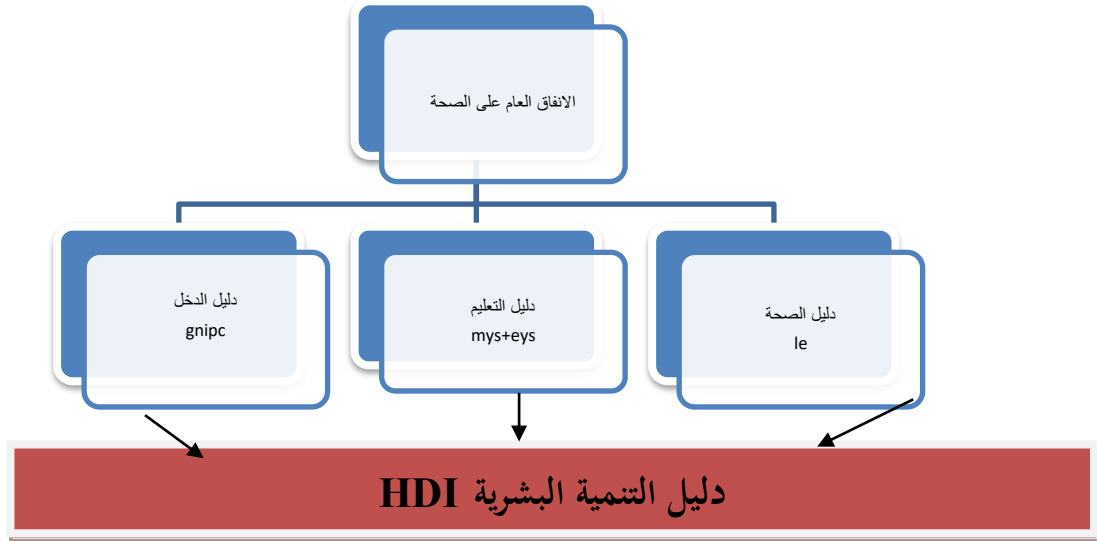
المتغير	المتغير	ملاحظات	البُعد
الإنفاق على الصحة	الإنفاق الحكومي على الصحة (% من GDP)	GHD	المتغير المستقل الرئيسي
التنمية البشرية	مؤشر التنمية البشرية HDI	HDI	متغير تابع مركب
الصحة	العمر المتوقع عند الولادة (Life Expectancy)	Le	مؤشر رئيسي لحالة الصحة
التعليم	متوسط سنوات الدراسة (mys) + سنوات الدراسة المتوقعة (eys)	Mys + eys	مؤشر تعليمي شامل
الدخل	الناتج القومي الإجمالي للفرد (GNI per capita)	Gnipc	يعكس مستوى الدخل والرفاهية الاقتصادية

المصدر: من إعداد الطالبة.

ثانيا. بيانات الدراسة: مصدر بيانات هذه الدراسة القياسية هو سلسلة زمنية سنوية لبيانات نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في الجزائر، بالإضافة إلى بيانات مؤشرات التنمية البشرية للفترة من 2000 إلى 2022. تم جمع بيانات الإنفاق الحكومي على الصحة من موقع البنك الدولي لعام 2025، حيث تمثل هذه البيانات المتغير المستقل الرئيسي في الدراسة. أما بيانات مؤشرات التنمية البشرية مثل العمر المتوقع عند الولادة، ومتوسط سنوات الدراسة، وسنوات الدراسة المتوقعة، والناتج القومي الإجمالي للفرد، فقد تم الحصول عليها من موقع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) تحتوي السلاسل الزمنية على 23 ملاحظة سنوية (من 2000 إلى 2022) التي تمثل بيانات الجزائر في تلك الفترة.

ثالثا. نموذج الدراسة القياسية: يبين النموذج البياني التالي العلاقات المفترضة بين المتغيرات بناء على الفرضيات والنظريات الاقتصادية:

الشكل رقم(28). نموذج الدراسة القياسية



المصدر: من إعداد الطالبة.

يبدأ النموذج بالإنفاق الحكومي على الصحة كمتغير مستقل رئيسي. يؤثر الإنفاق بشكل مباشر على ثلاث مؤشرات فرعية تمثل أبعاد التنمية البشرية: دليل الصحة، دليل التعليم ودليل الدخل. تؤثر هذه المؤشرات مجتمعة على مؤشر التنمية البشرية الكلي (HDI).

الفرع الثاني. التحليل المنهجي للمتغيرات: التحليل الوصفي، الاتجاهات، والقيم الشاذة في مؤشرات الإنفاق الصحي والتنمية البشرية 2000-2022

سيتم في هذا الجزء من الدراسة إجراء التحليل الوصفي للمتغيرات المرتبطة بالإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2022. سنستخدم مخطط الصندوق (Box Plot) لتحليل التوزيع والتمثيل المرئي للبيانات، مما يساعد في تحديد القيم الشاذة أو المتطرفة لكل متغير من المتغيرات المدروسة. يظهر هذا التحليل أيضا الارتباط بين المتغيرات المختلفة لدراسة العلاقة بينها وتحديد الاتجاهات في البيانات. كما سيتم تحليل الاتجاهات الرئيسية في هذه المؤشرات على مر السنوات لتقديم صورة شاملة عن تطور هذه المتغيرات عبر الفترة الزمنية المدروسة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

أولا. التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة: يمكن تمثيل نتائج التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (77). التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

	EYS	GHE	GNIPC	HDI	LE	MYS
<i>Mean</i>	13.86805	3.115172	14009.15	0.715826	73.87574	6.264204
<i>Median</i>	14.46668	3.223984	14403.61	0.718000	74.14400	6.120101
<i>Maximum</i>	15.48788	4.339255	15618.63	0.761000	76.12900	7.416387
<i>Minimum</i>	11.22196	1.717225	11116.30	0.651000	70.57600	5.580000
<i>Std. Dev.</i>	1.369430	0.751534	1269.138	0.031924	1.568147	0.571758
<i>Skewness</i>	-0.566054	-0.014163	-0.927348	-0.494581	-0.557017	0.813870
<i>Kurtosis</i>	1.924792	1.845540	2.817858	2.209167	2.297820	2.475518
<i>Jarque-Bera</i>	2.336167	1.278015	3.328362	1.537030	1.661872	2.802758
<i>Probability</i>	0.310962	0.527816	0.189346	0.463701	0.435641	0.246257
<i>Sum</i>	318.9651	71.64896	322210.4	16.46400	1699.142	144.0767
<i>Sum Sq. Dev.</i>	41.25745	12.42568	35435671	0.022421	54.09986	7.191954
<i>Observations</i>	23	23	23	23	23	23

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Eviews13

يعد الإنفاق الحكومي على الصحة من المتغيرات الأساسية في هذه الدراسة، وقد أظهر تحليل البيانات أن متوسط نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بلغ 3.12%. تعكس هذه النسبة تخصيصا معتدلا للموارد في قطاع الصحة، وهو ما يعكس اهتمام الحكومة بتطوير هذا القطاع رغم التحديات الاقتصادية. كما تراوحت القيم بين 1.72% و 4.34%، مما يشير إلى تقلبات سنوية في تخصيص الميزانية للصحة. هذا التباين قد يكون ناتجا عن تغيرات في السياسات الحكومية أو التأثيرات الاقتصادية العالمية التي تؤثر على قدرة الحكومة على زيادة الإنفاق. من جهة أخرى أظهر الانحراف المعياري للإنفاق الصحي (0.75) درجة معتدلة من التقلب، مما يعكس تفاوتاً متوازناً في تخصيص الإنفاق بين السنوات. في حين كانت القيمة السلبية للانحراف (حوالي -0.01) تشير إلى ميل البيانات نحو القيم الأقل من المتوسط، فإن التفرطح الذي بلغ 1.85 يشير إلى توزيع بيانات قريب من التوزيع الطبيعي، دون وجود انحرافات حادة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

أما بالنسبة للناتج القومي الإجمالي للفرد، فقد بلغ متوسطه 14,009.15 دولارا أمريكيا، مما يعكس مستوى معيشي متوسطا نسبيا في الجزائر. وقد أظهرت البيانات تبaina ملحوظا حيث تراوحت القيم بين 11,116.30 دولارا و15,618.63 دولارا، مما يشير إلى تفاوت كبير في الدخل بين السنوات. هذا التفاوت قد يعكس التأثيرات الاقتصادية والظروف السياسية التي تؤثر في النمو الاقتصادي للبلد على مدار السنوات. كما أن الانحراف المعياري الكبير (1269.14) يدل على تبين واسع في القيم الاقتصادية، مما يعكس اختلافات واضحة في الدخل بين مختلف الفترات الزمنية. بالنسبة إلى التوزيع فقد لوحظ انحراف سلبي للمخرجات (حوالي -0.93)، مما يعني أن معظم القيم تميل إلى الجزء الأدنى من التوزيع، بينما التفرطح الذي بلغ 2.82 يعكس توزيعا قليل التفرطح، ما يشير إلى وجود بعض التفاوتات البسيطة.

فيما يخص مؤشر التنمية البشرية، فقد أظهر التحليل أن متوسط القيمة بلغ 0.716، وهو مستوى يعكس تطورا نسبيا في مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر. وقد تراوحت القيم بين 0.651 و0.761، مما يعكس تغيرات طفيفة في مستوى التنمية البشرية عبر السنوات. يشير الانحراف المعياري (0.03) إلى استقرار نسبي في هذا المؤشر، مما يعني أن الجزائر لم تشهد تغيرات كبيرة في مستويات التنمية البشرية خلال الفترة المدروسة. ومع ذلك فقد أظهرت البيانات ميلا طفيفا نحو القيم السلبية (حوالي -0.49)، مما يشير إلى أن التوزيع يميل إلى التركيز حول المتوسط، وهو ما يتوافق مع القيمة المتوسطة لمؤشر التنمية البشرية. التفرطح الذي بلغ 2.21 يشير إلى أن التوزيع قريب من التوزيع الطبيعي.

بالنسبة للعمر المتوقع عند الولادة، فقد بلغ متوسطه 73.88 سنة، مما يعكس مستوى جيدا من الصحة العامة في الجزائر. هذا المعدل يعكس تحسنا في جودة الرعاية الصحية والظروف المعيشية، مما ساهم في زيادة متوسط العمر المتوقع. تراوحت القيم بين 70.58 و76.13 سنة، مما يشير إلى تحسن تدريجي في الصحة العامة، على الرغم من بعض الفترات التي شهدت انخفاضاً في هذا المعدل. من خلال الانحراف المعياري (1.57)، يمكن ملاحظة أن هناك بعض التباين في العمر المتوقع بين السنوات، مما يعكس تأثير العوامل الصحية المتغيرة. كما أن التوزيع يميل قليلا نحو القيم السلبية (حوالي -0.56)، مما يدل على أن معظم القيم تتركز حول المتوسط. أما التفرطح الذي بلغ 2.30 فيشير إلى أن البيانات تتبع توزيعا قريبا من التوزيع الطبيعي.

فيما يتعلق بمتوسط سنوات الدراسة، فقد بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة 6.26 سنة، وهو ما يعكس مستوى تعليمي متوسط في الجزائر. تراوحت القيم بين 5.58 و7.42 سنة، مما يعكس تبaina طفيفا في المستوى التعليمي خلال السنوات المختلفة. يظهر الانحراف المعياري البالغ 0.57 استقرارا نسبيا في هذا المتغير، مما يدل على أن تغيرات

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

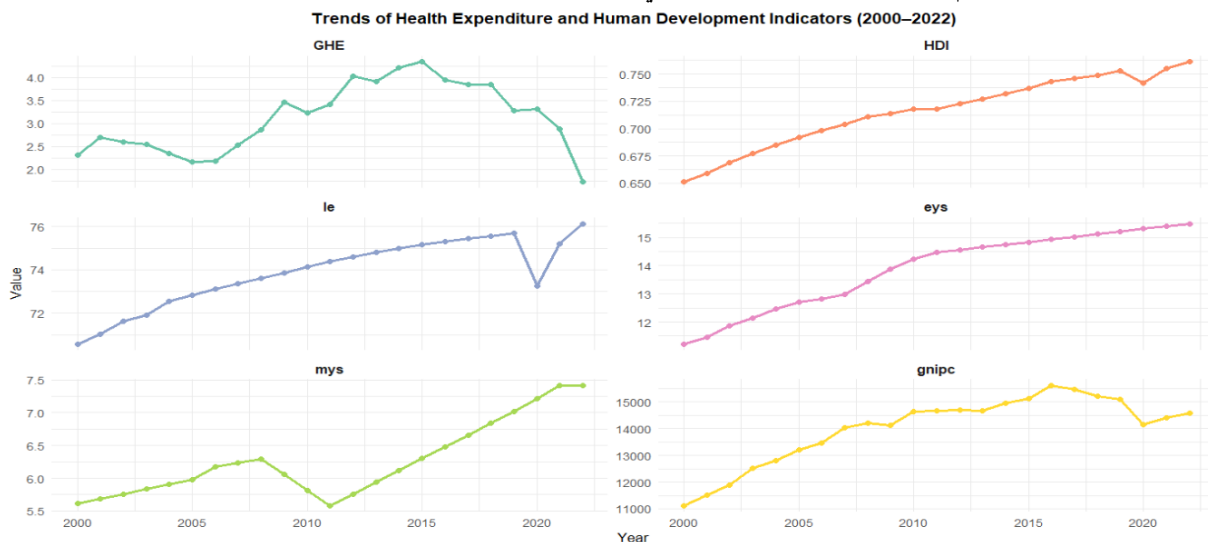
المستوى التعليمي لم تكن كبيرة خلال الفترة المدروسة. أما التوزيع فقد أظهر ميلا إيجابيا (حوالي 0.81)، مما يشير إلى أن القيم تميل إلى الزيادة، وتوزيع البيانات كان قريبا من التوزيع الطبيعي، كما يتضح من التفرطح الذي بلغ 2.48.

فيما يتعلق بسنوات الدراسة المتوقعة، بلغ المتوسط 13.87 سنة، وهو مؤشر إيجابي على تحسن فرص التعليم في الجزائر. تراوحت القيم بين 11.22 و 15.49 سنة، مما يدل على وجود تفاوت في الفرص التعليمية عبر السنوات. يشير الانحراف المعياري (1.37) إلى درجة معتدلة من التقلب في هذا المتغير. كما أظهرت البيانات ميلا سلبيا (حوالي -0.57)، مما يدل على أن التوزيع كان يميل إلى القيم الأقل من المتوسط. وبلغ التفرطح 1.92، ما يعكس توزيعا طبيعيا بشكل عام.

بناءً على التحليل الوصفي يمكن استنتاج أن هناك تباينا في بعض المتغيرات مثل الإنفاق الحكومي على الصحة والنتائج القومي الإجمالي للفرد، مما يعكس تقلبات اقتصادية وسياسية قد تؤثر على تخصيص الموارد. وفي المقابل، أظهرت المتغيرات مثل العمر المتوقع ومؤشر التنمية البشرية استقرارا نسبيا، مما يشير إلى تحسن تدريجي في مستويات الصحة والتعليم في الجزائر.

ثانيا. تحليل اتجاهات متغيرات الدراسة خلال الفترة (2000-2022): يوضح الشكل أدناه تحليل الاتجاهات المتعلقة بالتغيرات في الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر بين عامي 2000 و 2022.

الشكل رقم (29). اتجاهات الإنفاق الصحي ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر (2000-2022)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج R.

يمكن ملاحظة أن الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) شهد تقلبات واضحة، حيث ارتفع بشكل تدريجي حتى عام 2014، لبدءاً في الانخفاض بشكل ملحوظ بعد ذلك. قد يكون هذا الانخفاض مرتبطاً بتأثيرات تراجع أسعار النفط على الاقتصاد الوطني، مما أثر بدوره على الميزانية المخصصة للقطاع الصحي.

أما بالنسبة لمؤشر التنمية البشرية (HDI)، فقد أظهر اتجاهها صاعداً بشكل عام، مما يشير إلى تحسن مستمر في مستوى التنمية البشرية في الجزائر. هذا التحسن قد يكون ناتجاً عن تحسينات في جودة التعليم والصحة والرفاهية الاجتماعية. من الجدير بالذكر أن مؤشر التنمية البشرية قد شهد بعض التذبذب في بعض الفترات، خصوصاً في السنوات الأخيرة التي تتأثر بتأثيرات كورونا والضغوط الاقتصادية الناتجة عن تراجع أسعار النفط.

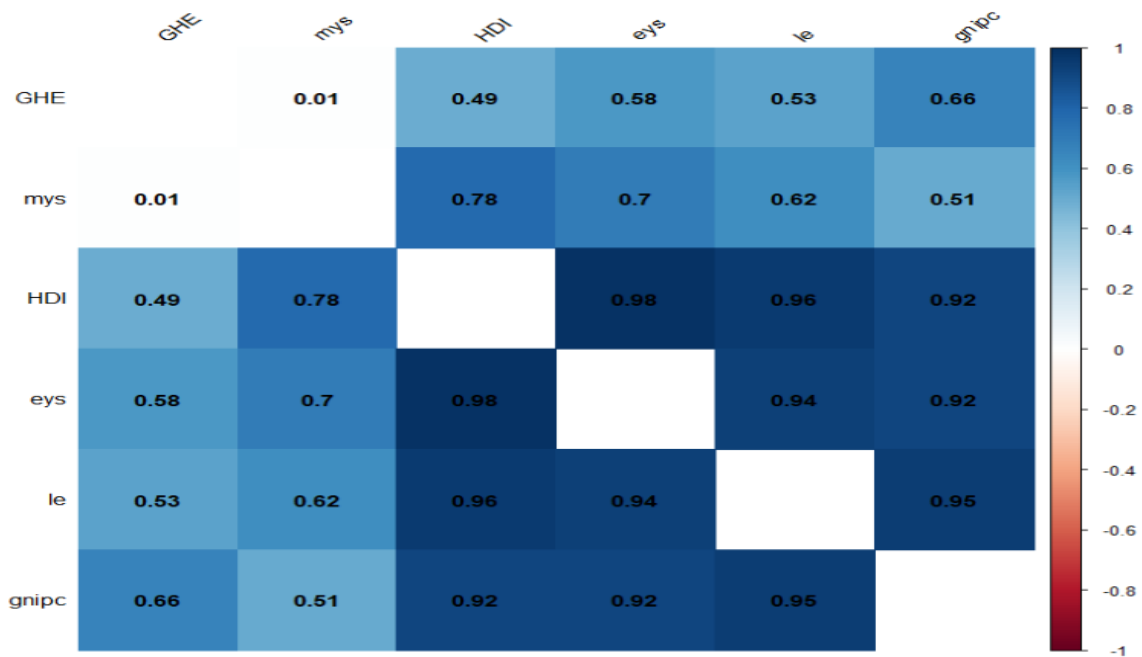
يظهر الاتجاه العام تحسناً تدريجياً بالنسبة للعمر المتوقع عند الولادة (LE)، مما يدل على تحسينات في الرعاية الصحية والظروف المعيشية في الجزائر. هذا الارتفاع في العمر المتوقع يشير إلى تأثير إيجابي للاستثمارات في قطاع الصحة والطب الوقائي. ومع ذلك يلاحظ وجود انخفاض طفيف في عام 2020، وهو ما يمكن ربطه بتأثير جائحة كورونا على النظام الصحي وزيادة الوفيات في تلك الفترة. فيما يخص سنوات الدراسة المتوقعة (EYS) ومتوسط سنوات الدراسة (MYS) يظهر الشكل أيضاً اتجاهها صاعداً يشير إلى تحسن في فرص التعليم في الجزائر. قد يكون هذا ناتجاً عن تحسينات في البنية التحتية التعليمية وزيادة الإنفاق على التعليم.

أما بالنسبة لاتجاهات الدخل، التي تم تمثيلها من خلال الناتج القومي الإجمالي للفرد (GNIPC)، فقد أظهرت البيانات تقلبات كبيرة على مدار السنوات من 2000 إلى 2022. بداية الفترة شهدت بعض الاستقرار، ولكن مع مرور الوقت، لوحظ ارتفاع في الدخل الإجمالي للفرد. هذا الارتفاع قد يكون ناتجاً عن زيادة العائدات النفطية في الجزائر، التي تعد المصدر الرئيسي للدخل القومي. ورغم ذلك يمكن ملاحظة بعض التذبذب في الدخل، خاصة في السنوات التي تزامنت مع تقلبات في أسعار النفط. هذه التقلبات تسببت في بعض الانخفاضات في الدخل الإجمالي للفرد في فترات معينة. لكن بشكل عام فإن الاتجاه العام يعكس تحسناً في مستوى الدخل، مما يشير إلى تحسن في الظروف الاقتصادية للجزائر.

الزيادة المستمرة في الدخل تتماشى مع التحسن في مؤشرات التنمية البشرية الأخرى مثل العمر المتوقع والتعليم وهو ما يدل على أن تحسين مستويات الدخل قد يساهم في تعزيز رفاهية الأفراد في الجزائر.

ثالثا. مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة: توفر مصفوفة الارتباط بين المتغيرات محل الدراسة في الشكل الآتي نظرة عميقة حول العلاقة بين مختلف مؤشرات الإنفاق على الصحة والتنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة 2000-2022. تظهر المصفوفة قيم الارتباط بين كل زوج من المتغيرات، مما يساعد في فهم العلاقات المحتملة بين هذه المتغيرات.

الشكل رقم(30). مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة خلال الفترة(2000-2022)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج R .

من خلال الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن مؤشر التنمية البشرية (HDI) يظهر ارتباطا قويا جدا مع سنوات الدراسة المتوقعة (0.98) (EYS) والعمر المتوقع عند الولادة (0.96) (LE) ، مما يشير إلى أن التحسن في التعليم والصحة يرتبط ارتباطا وثيقا بتحسين مستوى التنمية البشرية في الجزائر. هذه العلاقة تشير إلى أن تحسين التعليم والرعاية الصحية يمكن أن يؤدي إلى تحسين مستوى التنمية البشرية بشكل عام.

أما الناتج القومي الإجمالي للفرد (GNIPC) فيظهر ارتباطا متوسطا إلى قوي مع معظم المتغيرات، حيث يصل الارتباط مع مؤشر التنمية البشرية (HDI) إلى 0.92، ومع سنوات الدراسة المتوقعة (EYS) إلى 0.66، ومع العمر المتوقع عند الولادة (LE) إلى 0.53، مما يشير إلى أن الدخل الاقتصادي في الجزائر، الذي يعكسه الناتج القومي الإجمالي، يؤثر بشكل كبير على الصحة والتعليم، وبالتالي على التنمية البشرية.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

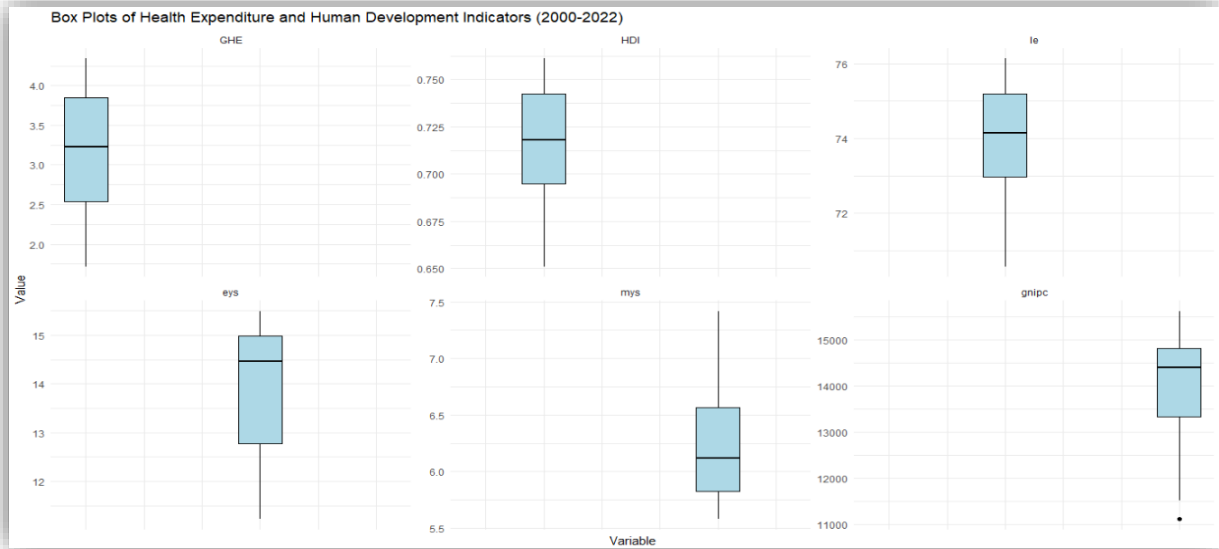
من ناحية أخرى يظهر أن الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) يرتبط بشكل ضعيف مع معظم المتغيرات الأخرى. فعلى سبيل المثال فإن الارتباط بين الإنفاق الصحي (GHE) ومؤشر التنمية البشرية (HDI) هو 0.49، مما يشير إلى أن العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتنمية البشرية ليست قوية جدا في الجزائر. هذا قد يعكس أن زيادة الإنفاق على الصحة قد لا تكون العامل الوحيد الذي يؤثر على التنمية البشرية، وأن هناك عوامل أخرى تلعب دورا مهما.

بالإضافة إلى ذلك يلاحظ أن متوسط سنوات الدراسة (MYS) يرتبط ارتباطا قويا بـ مؤشر التنمية البشرية (0.78) (HDI) وسنوات الدراسة المتوقعة (0.7) (EYS)، مما يشير إلى أهمية التعليم كعامل رئيسي في تحسين مستوى التنمية البشرية. كما أن العمر المتوقع (LE) يظهر أيضاً ارتباطا قويا مع سنوات الدراسة المتوقعة (EYS) ومؤشر التنمية البشرية (HDI).

يظهر تحليل مصفوفة الارتباط أن هناك علاقات قوية بين مؤشرات الصحة والتعليم والتنمية البشرية، مع بعض المؤشرات الاقتصادية مثل الناتج القومي الإجمالي للفرد، بينما يبقى الإنفاق على الصحة عاملا أقل ارتباطا في تحسين هذه المؤشرات بشكل مباشر.

رابعا. تحديد القيم الشاذة لمتغيرات الدراسة: يوضح الشكل الآتي تحليل القيم الشاذة في مجموعة من مؤشرات الإنفاق الصحي والتنمية البشرية في الجزائر بين عامي 2000 و2022.

الشكل رقم (31). مخططات الصندوق لتحديد القيم الشاذة لمؤشرات الإنفاق الصحي والتنمية البشرية 2000-2022



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج R.

يمكن ملاحظة أن الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) يظهر توزيعاً شبه متساوي، حيث يقع معظم البيانات ضمن الصندوق بين الربع الأول (Q1) والربع الثالث (Q3)، مع وجود بعض القيم الشاذة خارج الحدود العليا. هذه القيم الشاذة قد تشير إلى فترات من زيادة مفاجئة في الإنفاق الصحي، مما قد يعكس استثمارات مؤقتة في القطاع الصحي خلال بعض السنوات. أما بالنسبة لمؤشر التنمية البشرية (HDI)، يظهر أن التوزيع هو أيضاً معتدل، حيث يقع معظم البيانات داخل الصندوق، مع بعض القيم الشاذة خارج الحدود السفلى. هذه القيم تشير إلى بعض الفترات التي شهدت تدهوراً طفيفاً في التنمية البشرية، ربما بسبب تحديات اقتصادية أو سياسية أثرت على التعليم والصحة.

سنوات الدراسة المتوقعة (EYS) ومتوسط سنوات الدراسة (MYS) يظهران توزيعاً مشابهاً، حيث تظهر القيم معظمها ضمن الصندوق، بينما القيم الشاذة تقع خارج الحدود العليا. يمكن أن تعكس هذه القيم زيادة مفاجئة في الفرص التعليمية في بعض السنوات، ربما نتيجة لبرامج تعليمية جديدة أو إصلاحات في النظام التعليمي. أما العمر المتوقع عند الولادة (LE) والناتج القومي الإجمالي للفرد (GNIPC)، فيظهران أيضاً توزيعاً جيداً مع بعض القيم الشاذة خارج الحدود العليا. هذه القيم قد تشير إلى فترات تحسينات كبيرة في الرعاية الصحية أو في النمو الاقتصادي الذي ساهم في زيادة العمر المتوقع وتحسن مستويات الدخل.

الفرع الثالث. اختبار السببية بين متغيرات الإنفاق العام الصحي والتنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة (2000-2022)

يعد اختبار السببية بين الإنفاق العام الصحي والتنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة (2000-2022) خطوة حاسمة لفهم تأثير السياسة الصحية على تطور مؤشرات التنمية البشرية. يساهم هذا الاختبار في الإجابة على التساؤل الرئيسي واختبار فرضيات الدراسة حول العلاقة بين الإنفاق العام الصحي والتنمية البشرية والتقدم في مجالات مثل التعليم والصحة والدخل.

أولاً. تحليل استقرار المتغيرات باستخدام اختبار جذور الوحدة: يتضمن الجدول التالي نتائج اختبار الجذر الوحدة للاستقرارية باستخدام اختبار فيليبس-بيرون (Philips-Perron test). يستخدم هذا الاختبار لاختبار استقرارية السلاسل الزمنية في حالتها الأصلية أو بعد فروقها.

الجدول رقم(78). نتائج اختبار فيليبس-بيرون لجذر الوحدة. Phillips-Perron Test (PP) Unit Root Tests.

At Level اختبار فيليبس-بيرون للمستويات							
		EYS	GHE	GNIPC	HDI	le	mys
الثابت (Intercept)	t-Statistic	-3.3770	-1.0652	-3.2133	-4.5975	-2.042	0.1243
	prob	0.0235	0.7104	0.0328	0.0016	0.2678	0.9603
الثابت والاتجاه (Trend and Intercept)	t-Statistic	-0.6813	0.9945	-0.9323	-2.4703	-2.8220	-1.1171
	prob	0.9620	0.9997	0.9336	0.3377	0.2046	0.9028
بدون الثابت (without Intercept)	t-Statistic	3.7498	-0.4937	1.4822	5.2048	2.8156	1.9414
	prob	0.9998	0.4905	0.9611	1.0000	0.9977	0.9842
At First Difference اختبار فيليبس-بيرون للفروق الأولى							
		d(EYS)	d(GHE)	d(GNIPC)	D(HDI)	d(le)	d(mys)
الثابت (Intercept)	t-Statistic	-1.8533	-2.4460	-3.4750	-4.9314	-6.4607	-2.2743
	prob	0.3462	0.1421	0.0195	0.0008	0.0000	0.1886
الثابت والاتجاه (Trend and Intercept)	t-	-2.8433	-2.9500	-5.2568	-6.1291	-	-2.1892

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

Intercept)	Statistic					11.8665	
	prob	0.1987	0.1682	0.0020	0.0003	0.0000	0.4708
(without Intercept) بدون الثابت	t-Statistic	-1.1882	-2.5465	-3.1262	-2.5095	-5.1396	-2.0081
	prob	0.2068	0.0137	0.0034	0.0149	0.0000	0.0450

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Eviews13

عند تطبيق هذا الاختبار على المتغيرات مثل الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE)، مؤشر التنمية البشرية (HDI)، الناتج القومي الإجمالي للفرد (GNIPC)، العمر المتوقع (LE)، سنوات الدراسة المتوقعة (EYS) ومتوسط سنوات الدراسة (MYS)، فإن النتائج التي تظهر من الجدول تشير إلى استقرار أو عدم استقرار السلاسل الزمنية بناءً على القيم المحسوبة لـ t-statistic و probability.

• **تحليل النتائج عند المستوى (At Level):** بالنسبة للمتغيرات مثل EYS و GNIPC و HDI، كانت t-statistic سلبية وتقل عن القيم الحرجة المطلوبة للاعتراف بوجود جذر أحادي. وبالتالي تم قبول الفرضية البديلة (السلسلة مستقرة عند المستوى) لأن القيمة الاحتمالية (probability) كانت أقل من 0.05، مما يعني أن السلسلة مستقرة عند المستوى. ومن ناحية أخرى أظهر كل من الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) والعمر المتوقع (LE) t-statistic غير دال وغير مستقر عند المستوى (القيمة الاحتمالية أكبر من 0.05). هذه النتائج تشير إلى أن هذه السلاسل الزمنية غير مستقرة عند المستوى، وبالتالي قد تحتاج إلى أخذ الفرق للتأكد من استقراريتها.

• **تحليل النتائج بعد الفروق الأولى: (At First Difference):** عندما يتم أخذ الفرق الأول، يمكن ملاحظة أن العديد من المتغيرات أظهرت t-statistic دالة عند القيم الحاسمة ($p\text{-value} < 0.05$) مثل HDI، LE، و MYS، مما يعني أن السلاسل الزمنية أصبحت مستقرة بعد أخذ الفرق. وبالنسبة لـ GHE و GNIPC كذلك أظهرت t-statistic معنوية، مما يشير إلى أن هذه السلاسل تصبح مستقرة بعد الفروق الأولى.

يعرض الجدول التالي نتائج اختبار الجذر الأحادي (ADF) للتحقق استقرارية السلاسل الزمنية للمتغيرات محل الدراسة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الجدول رقم(79): نتائج اختبار جذر الوحدة لمتغيرات الدراسة باستخدام اختبار ديكي فولر الموسع.

Augmented Dickey – Fuller (ADF) and (DF) Unit Root Tests

اختبار ديكي فولر الموسع للمستويات At Level							
		EYS	GHE	GNIPC	HDI	le	Mys
الثابت (Intercept)	t-Statistic	-1.8855	-1.5994	-3.2133	-2.3013	- 2.9314	-0.9596
	prob	0.3318	0.4635	0.0328	0.1802	0.0594	0.7478
الثابت والاتجاه (Trend and Intercept)	t-Statistic	0.5036-	0.9945	-1.0185	-2.4201	0.8767	-2.2830
	prob	0.9741	0.9997	0.9204	0.3601	0.9995	0.4242
بدون الثابت (without Intercept)	t-Statistic	1.4421	-0.4759	1.8571	5.0109	1.6049	0.8896
	prob	0.9575	0.4978	0.9813	1.0000	0.9692	0.8932
اختبار ديكي فولر الموسع للفروق الأولى At First Difference							
		d(EYS)	d(GHE)	d(GNIPC)	D(HDI)	d(le)	d(mys)
الثابت (Intercept)	t-Statistic	-1.5833	-0.0053	-3.5057	-4.9248	- 4.1699	-2.1047
	prob	0.4713	0.9468	0.0183	0.0008	0.0046	0.2448
الثابت والاتجاه (Trend and Intercept)	t-Statistic	-2.3731	-0.5968	-4.8628	-5.6672	- 6.1416	-2.1018
	prob	0.3791	0.9669	0.0045	0.0009	0.0004	0.5154
بدون الثابت (without Intercept)	t-Statistic	-1.0593	-2.5465	-3.1906	-1.6414	- 1.3416	-1.8713
	prob	0.2507	0.0137	0.0029	0.0938	0.1603	0.0597

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Eviews13

تشير نتائج اختبار ديكي فولر الموسع إلى أن جميع المتغيرات باستثناء نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (GNIPC) غير مستقرة عند المستوى، حيث أن $p > 0.05$ في جميع النماذج. ومع ذلك، أصبحت السلاسل

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

مستقرة بعد أخذ الفروق الأولى ((I(1) كما يلي: متوسط العمر المتوقع (le) ومؤشر التنمية البشرية (HDI) أظهر استقراراً قوياً ($p < 0.01$) مع وجود ثابت. الإنفاق الصحي الحكومي (GHE) أظهر استقراراً عند استخدام نموذج بدون ثابت ($p = 0.0137$). متوسط سنوات الدراسة (mys) وسنوات الدراسة المتوقعة (EYS) لا تزالان غير مستقرتين حتى بعد الفروق الأولى في جميع النماذج. حيث أنها تكون مستقرة عند أخذ الفروق الثانية.

ثانياً: اختبار الارتباط العام بين المتغيرات: يعرض الجدول التالي نتائج اختبار الارتباط العام بين مختلف المتغيرات محل الدراسة، حيث يتم قياس قوة العلاقة بين المتغيرات باستخدام اختبار كاي تربيع (Chi-squared).

الجدول رقم(80). اختبار الارتباط العام بين المتغيرات

Total correlation	Chi2	df	P-value
GHE , HDI	19.1439	5	0.0018
GHE , le	15.6954	5	0.0078
GHE , eys	23.6888	5	0.0002
GHE , mys	5.5656	5	0.3508
GHE , gnipc	13.3844	5	0.0200
HDI , le	45.5842	5	0.0000
HDI , eys	20.6327	5	0.0010
HDI , mys	12.9276	5	0.0241
HDI , gnipc	31.3463	5	0.0000
le , eys	14.9106	5	0.0108
le , mys	7.7438	5	0.1709
le , gnipc	26.1699	5	0.0001
eys , mys	8.0328	5	0.1544
eys , gnipc	25.1524	5	0.0001
mys , gnipc	9.3147	5	0.0972

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Stata 17

فيما يأتي سيتم تحليل الارتباط بين مختلف متغيرات الدراسة:

➤ الارتباط بين الإنفاق الحكومي على الصحة GHE ومؤشر التنمية البشرية HDI: القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يشير إلى وجود ارتباط قوي بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية. تعكس هذه العلاقة هذه التأثير المتبادل بين تحسين الصحة عبر الإنفاق الحكومي وتحقيق التنمية البشرية.

➤ الارتباط بين الإنفاق الحكومي على الصحة GHE والعمر المتوقع عند الميلاد Led: القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يشير إلى وجود ارتباط معنوي بين الإنفاق الحكومي على الصحة والعمر المتوقع. هذه النتيجة توضح أن تحسين الرعاية الصحية يؤدي إلى زيادة في العمر المتوقع للسكان.

➤ الارتباط بين الإنفاق الحكومي على الصحة GHE وسنوات الدراسة المتوقعة EYS: القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يعني أن هناك ارتباطا معنويا قويا بين الإنفاق الحكومي على الصحة وسنوات الدراسة المتوقعة. يحتمل أن تحسين الصحة العامة يؤدي إلى زيادة في الفرص التعليمية.

➤ الارتباط بين الإنفاق الحكومي على الصحة GHE ومتوسط سنوات الدراسة MYS: القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يشير إلى وجود ارتباط معنوي بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومتوسط سنوات الدراسة والذي قد يكون له تأثير غير مباشر على تعليم الأفراد في الجزائر.

➤ الارتباط بين الإنفاق الحكومي على الصحة GHE والناتج القومي الإجمالي للفرد GNIPC: القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يعني أن هناك ارتباطا معنويا بين الإنفاق الحكومي على الصحة والناتج القومي الإجمالي للفرد. يشير ذلك إلى أن تحسين الصحة العامة يمكن أن يساهم في زيادة الإنتاجية الاقتصادية.

➤ الارتباط بين العمر المتوقع عند الميلاد LE والناتج القومي الإجمالي للفرد GNIPC: القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يشير إلى وجود ارتباط قوي بين العمر المتوقع والناتج القومي الإجمالي للفرد.

➤ الارتباط بين سنوات الدراسة المتوقعة EYS والناتج القومي الإجمالي للفرد GNIPC: القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يشير إلى وجود ارتباط قوي بين سنوات الدراسة المتوقعة والناتج القومي الإجمالي للفرد.

➤ الارتباط بين متوسط سنوات الدراسة MYS والنتائج القومي الإجمالي للفرد GNIPC: القيمة الاحتمالية (P-value) أكبر من 0.05، مما يشير إلى عدم وجود ارتباط معنوي بين متوسط سنوات الدراسة والنتائج القومي الإجمالي للفرد.

ثالثا. تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق العام على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية خلال الفترة (2000-2022): يوضح الجدول التالي نتائج اختبار السببية "جرانجر" بين مختلف المتغيرات محل الدراسة. يهدف هذا الاختبار إلى تحديد ما إذا كان أحد المتغيرات يسبب تغيرات في متغير آخر في الأجل القصير مما يمكن من معرفة اتجاه العلاقة السببية.

الجدول رقم(81). اختبار السببية جرانجر بين المتغيرات (الأجل القصير)

Granger Causation	Chi2	df	P-value
GHE → HDI	8.2377	2	0.0163
GHE → le	4.3917	2	0.1113
GHE → eys	13.4050	2	0.0012
GHE → mys	1.9054	2	0.3857
GHE → gnipc	7.4276	2	0.0244
HDI → GHE	2.0318	2	0.3621
HDI → le	2.4967	2	0.2870
HDI → eys	2.8099	2	0.2454
HDI → mys	4.3035	2	0.1163
HDI → gnipc	7.0679	2	0.0292
le → GHE	1.7913	2	0.4083
le → HDI	8.2864	2	0.0159
le → eys	2.9023	2	0.2343
le → mys	4.6365	2	0.0984
le → gnipc	8.5308	2	0.0140
eys → GHE	2.0998	2	0.3500
eys → HDI	2.3501	2	0.3088
eys → le	1.0971	2	0.5778

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

mys → eys	2.7427	2	0.2538
mys → gnipc	6.6398	2	0.0362
mys → GHE	1.9265	2	0.3816
mys → HDI	6.0902	2	0.0476
mys → le	3.0721	2	0.2152
mys → eys	1.9500	2	0.3772
mys → gnipc	7.1033	2	0.0287
gnipc → GHE	2.0929	2	0.3512
gnipc → HDI	2.3980	2	0.3015
gnipc → le	0.9876	2	0.6103
gnipc → eys	2.2797	2	0.3199
gnipc → mys	2.2111	2	0.3310

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Stata 17

يمكن تحليل نتائج اختبار السببية كما يلي:

تفسير العلاقة

القيمة

اتجاه العلاقة السببية

العلاقة

الاحتمالية-P

لمتغيرات الدراسة

السببية

value

<p>GHE → HDI</p> <p>الإنفاق الحكومي على الصحة يسبب تغيرات معنوية في مؤشر التنمية البشرية على المدى القصير. هذه النتيجة تشير إلى أن زيادة الإنفاق على الصحة يمكن أن تحسن مؤشرات التنمية البشرية مثل الصحة والتعليم.</p>	أقل من 0.05	الإنفاق الحكومي على الصحة يؤدي إلى مؤشر التنمية البشرية
<p>HDI → GHE</p> <p>عدم وجود علاقة سببية معنوية بين مؤشر التنمية البشرية والإنفاق</p>	أكبر من 0.05	مؤشر التنمية البشرية

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الحكومي على الصحة في الأجل القصير.		يؤدي إلى الإنفاق الحكومي على الصحة	
عدم وجود علاقة سببية معنوية بين الإنفاق الصحي والعمر المتوقع في الأجل القصير. قد يكون ذلك بسبب أن العوامل الأخرى مثل الرعاية الصحية الوقائية أو السياسات الصحية قد تكون أكثر تأثيراً في تحسين العمر المتوقع من الإنفاق وحده.	أكبر من 0.05	الإنفاق الحكومي على الصحة يؤدي إلى العمر المتوقع	GHE → LE
لا يوجد علاقة سببية معنوية بين العمر المتوقع والإنفاق الحكومي على الصحة في الأجل القصير. هذا قد يشير إلى أن تحسين العمر المتوقع لا يؤثر بشكل مباشر على تخصيص الحكومة للإنفاق في القطاع الصحي	أكبر من 0.05	العمر المتوقع يؤدي إلى الإنفاق الحكومي على الصحة	LE → GHE
الإنفاق الحكومي على الصحة يؤثر بشكل معنوي على سنوات الدراسة المتوقعة في الأجل القصير. قد يكون هذا ناتجاً عن تحسين البيئة الصحية التي بدورها تؤثر إيجاباً على قدرة الأفراد على الاستمرار في التعليم.	أقل من 0.05	الإنفاق الحكومي على الصحة يؤدي إلى سنوات الدراسة المتوقعة	GHE → EYS
عدم وجود علاقة سببية معنوية بين سنوات الدراسة المتوقعة والإنفاق الحكومي على الصحة.	أكبر من 0.05	سنوات الدراسة المتوقعة تؤدي إلى الإنفاق الحكومي على الصحة	EYS → GHE
لا يوجد تأثير معنوي بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومتوسط سنوات الدراسة في الأجل القصير. قد يكون هذا بسبب أن متغيرات أخرى مثل السياسات التعليمية أو الإنفاق على التعليم	أكبر من 0.05	الإنفاق الحكومي على الصحة يؤدي إلى متوسط سنوات	GHE → MYS

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الدراسة	تلعب دورًا أكبر.	
GHE → GNIPC	الإنفاق الحكومي على الصحة يؤدي إلى الناتج القومي الإجمالي للفرد	أقل من 0.05 الإنفاق الصحي له تأثير معنوي على الناتج القومي الإجمالي للفرد في الأجل القصير. هذا يمكن تفسيره بأن تحسن الصحة العامة يؤثر على قدرة العمال على العمل والإنتاج، مما يزيد من الناتج القومي.
LE → GNIPC	العمر المتوقع يؤدي إلى الناتج القومي الإجمالي للفرد	أقل من 0.05 هناك علاقة سببية معنوية بين العمر المتوقع والناتج القومي الإجمالي للفرد. هذا يمكن تفسيره بأن تحسن الرعاية الصحية وزيادة العمر المتوقع يسهمان في تحسين الإنتاجية الاقتصادية.
EYS → GNIPC	سنوات الدراسة المتوقعة تؤدي إلى الناتج القومي الإجمالي للفرد	أقل من 0.05 سنوات الدراسة المتوقعة لها تأثير معنوي على الناتج القومي الإجمالي للفرد. هذا يشير إلى أن التعليم الجيد يمكن أن يعزز الإنتاجية الاقتصادية.

رابعاً: اختبار الاستجابة الفورية بين المتغيرات: يبين الجدول التالي نتائج اختبار الاستجابة الفورية بين مختلف المتغيرات، ويهدف إلى تحديد ما إذا كانت هناك علاقات فورية أو سريعة بين المتغيرات في نفس الفترة الزمنية. في هذا النوع من التحليل، يتم فحص ما إذا كانت التغيرات في المتغيرات تؤثر في بعضها البعض في نفس الوقت، مما يعني وجود تفاعل فوري بين هذه المتغيرات.

الجدول رقم (82). اختبار الاستجابة الفورية بين متغيرات الدراسة

Instantaneous Feedback	Chi2	df	P-value
GHE ⇔ HDI	8.8744	1	0.0029
GHE ⇔ le	9.5123	1	0.0020
GHE ⇔ eys	8.1839	1	0.0042
GHE ⇔ mys	1.7337	1	0.1879
GHE ⇔ gnipc	3.8638	1	0.0493
HDI ⇔ le	34.8011	1	0.0000
HDI ⇔ eys	15.4727	1	0.0001
HDI ⇔ mys	2.5340	1	0.1114
HDI ⇔ gnipc	21.8805	1	0.0000
le ⇔ eys	10.9111	1	0.0010
le ⇔ mys	0.0352	1	0.8511
le ⇔ gnipc	16.6516	1	0.0006
eys ⇔ mys	3.3400	1	0.0676
eys ⇔ gnipc	16.2329	1	0.0001
mys ⇔ gnipc	0.0003	1	0.9852

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Stata 17.

يمكن تحليل العلاقات الآتية بين متغيرات الدراسة كما يلي:

➤ الإنفاق الحكومي على الصحة ⇔ مؤشر التنمية البشرية: القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من

0.05، مما يشير إلى وجود علاقة فورية معنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية

البشرية. هذا يعني أن التغيرات في الإنفاق الحكومي على الصحة تؤثر بشكل سريع على مؤشر التنمية

البشرية في نفس الوقت.

- **الإنفاق الحكومي على الصحة ⇔ العمر المتوقع:** القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يعني وجود علاقة فورية معنوية بين الإنفاق الصحي والعمر المتوقع. يمكن تفسير ذلك بأن زيادة الإنفاق على الصحة تؤدي إلى تحسين الصحة العامة بشكل سريع، مما يرفع العمر المتوقع للسكان.
- **الإنفاق الحكومي على الصحة ⇔ سنوات الدراسة المتوقعة:** القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يشير إلى أن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير فوري على سنوات الدراسة المتوقعة. هذا قد يعكس تأثير تحسين الظروف الصحية على القدرة على التوسع في التعليم والفرص التعليمية.
- **الإنفاق الحكومي على الصحة ⇔ متوسط سنوات الدراسة:** القيمة الاحتمالية (P-value) أكبر من 0.05، مما يشير إلى عدم وجود علاقة فورية معنوية بين الإنفاق الصحي ومتوسط سنوات الدراسة. من المحتمل أن هناك عوامل أخرى تلعب دوراً أكبر في تأثير الإنفاق على التعليم.
- **الإنفاق الحكومي على الصحة ⇔ الناتج القومي الإجمالي للفرد:** القيمة الاحتمالية (P-value) أقل من 0.05، مما يشير إلى وجود علاقة فورية معنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والناتج القومي الإجمالي للفرد. تشير هذه النتيجة إلى أن تحسين الرعاية الصحية في المجتمع يمكن أن يساهم في زيادة الإنتاجية الاقتصادية.

خامساً. تحليل الوساطة لتحديد التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للإنفاق الحكومي على الصحة على التنمية البشرية: سيتم استخدام تحليل الوساطة لدراسة التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للإنفاق الحكومي على الصحة على مؤشرات التنمية البشرية. يهدف هذا التحليل إلى تحديد كيف يؤثر الإنفاق الصحي بشكل مباشر على التنمية البشرية بالإضافة إلى دراسة الدور الذي تلعبه المتغيرات الوسيطة مثل العمر المتوقع، سنوات الدراسة المتوقعة، والناتج القومي الإجمالي للفرد في تأثير الإنفاق العام على الصحة. سيتم التركيز على فهم كيفية انتقال التأثير من الإنفاق الحكومي على الصحة إلى مؤشر التنمية البشرية عبر هذه المتغيرات الوسيطة.

1. **تحليل الوساطة (Path Analysis) بين متغيرات الدراسة:** يوضح الجدول التالي نتائج تحليل الوساطة بين المتغيرات محل الدراسة باستخدام النماذج الهيكلية (Path Analysis). يظهر في الجدول التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للمتغيرات المختلفة على بعضها البعض، مع المعاملات، الأخطاء المعيارية، القيم الاحتمالية (P-value)، وفترات الثقة. يهدف تحليل الوساطة هنا إلى اختبار كيف يؤثر الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) على العوامل الأخرى مثل العمر المتوقع (le)، سنوات الدراسة المتوقعة (EYS)،

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

متوسط سنوات الدراسة (MYS)، والناتج القومي الإجمالي للفرد (GNIPC) من خلال علاقات غير مباشرة ووساطات بين المتغيرات.

الجدول رقم (83). نتائج تحليل الوساطة (Path Analysis) بين المتغيرات محل الدراسة

path	coef	se	Pval	CI[2.5%]	CI[97.5%]	sig
le ~ GHE	1.116	0.385	0.009	0.316	1.916	Yes
eyes ~ GHE	1.051	0.325	0.004	0.376	1.727	Yes
mys ~ GHE	0.006	0.166	0.971	-0.339	0.351	No
gnipc ~ GHE	1117.78	276.231	0.001	543.326	1692.234	Yes
HDI ~ le	0.004	0	0	0.004	0.005	Yes
HDI ~ eyes	0.011	0	0	0.01	0.011	Yes
HDI ~ mys	0.013	0	0	0.013	0.014	Yes
HDI ~ gnipc	0	0	0	0	0	Yes
Total	0.021	0.008	0.017	0.004	0.038	Yes
Direct	0	0	0.08	-0.001	0	No
Indirect le	0.005	0.002	0.02	0.001	0.009	Yes
Indirect eyes	0.011	0.004	0	0.004	0.02	Yes
Indirect mys	0	0.002	0.888	-0.004	0.004	No
Indirect gnipc	0.005	0.001	0	0.003	0.009	Yes

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Python 3.

تم تحليل تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) على مؤشر التنمية البشرية (HDI) من خلال متغيرات وسيطة تشمل العمر المتوقع (LE)، سنوات الدراسة المتوقعة (EYS)، متوسط سنوات الدراسة (MYS)، ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي (GNIPC). سيتم عرض النتائج فيما يأتي:

✚ تأثير المتغيرات الوسيطة على المتغير المستقل: (GHE)

■ العلاقة بين GHE و LE: تم العثور على علاقة إيجابية معنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والعمر المتوقع عند الميلاد، حيث تبين أن زيادة الإنفاق في القطاع الصحي تؤدي إلى زيادة في العمر المتوقع. كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.009$ ، مما يعكس دلالة إحصائية واضحة.

■ العلاقة بين GHE و EYS: أظهرت النتائج أيضا علاقة إيجابية معنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة وسنوات الدراسة المتوقعة. كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.004$ ، مما يدل على أن الإنفاق الصحي يؤثر بشكل إيجابي على هذا المؤشر.

■ العلاقة بين GHE و MYS: لم تظهر هذه العلاقة تأثيرا معنويا حيث كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.971$ ، مما يشير إلى عدم وجود علاقة معنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومتوسط سنوات الدراسة.

■ العلاقة بين GHE و GNIPC: أظهرت النتائج علاقة إيجابية معنوية قوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي، حيث كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.001$ ، مما يعكس تأثيرا إيجابيا قويا للإنفاق الصحي على هذا المؤشر الاقتصادي.

✚ تأثير المتغيرات الوسيطة على المتغير التابع (HDI):

■ العلاقة بين LE و HDI: أظهرت النتائج علاقة إيجابية معنوية قوية بين العمر المتوقع ومؤشر التنمية البشرية، مما يعني أن تحسين العمر المتوقع يؤدي إلى تحسين التنمية البشرية.

■ العلاقة بين EYS و HDI: كانت هناك علاقة إيجابية معنوية قوية بين سنوات الدراسة المتوقعة ومؤشر التنمية البشرية، مما يعكس تأثير التعليم على تحسين التنمية البشرية.

■ العلاقة بين MYS و HDI: تم العثور على علاقة إيجابية معنوية قوية بين متوسط سنوات الدراسة ومؤشر التنمية البشرية، مما يدل على أن التحسين في التعليم يسهم بشكل مباشر في تعزيز التنمية البشرية.

■ العلاقة بين GNIPC و HDI: أظهرت النتائج علاقة إيجابية معنوية قوية بين نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي و مؤشر التنمية البشرية، مما يبرز أهمية النمو الاقتصادي في تحسين مستويات التنمية البشرية.

✚ التأثير المباشر وغير المباشر للإنفاق العام الصحي على التنمية البشرية:

❖ التأثير المباشر (Direct): أظهرت النتائج أن التأثير المباشر للإنفاق الحكومي على الصحة على مؤشر

التنمية البشرية كان غير معنوي، حيث كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.080$. هذا يشير إلى

أن الإنفاق الصحي لا يؤثر بشكل مباشر على مؤشر التنمية البشرية بشكل ملحوظ.

❖ التأثير غير المباشر (Indirect): تم تحديد التأثيرات غير المباشرة للإنفاق الحكومي على الصحة عبر

المتغيرات الوسيطة كما يلي:

✓ التأثير غير المباشر من خلال LE: كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.020$ ، مما يشير إلى

تأثير معنوي إيجابي للإنفاق الصحي عبر العمر المتوقع.

✓ التأثير غير المباشر من خلال EYS: كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.000$ ، مما يدل

على تأثير معنوي قوي للإنفاق الصحي عبر سنوات الدراسة المتوقعة.

✓ التأثير غير المباشر من خلال MYS: كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.888$ ، مما يشير

إلى غياب التأثير المعنوي عبر متوسط سنوات الدراسة.

✓ التأثير غير المباشر من خلال GNIPC: كانت القيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.000$ ، مما

يعكس تأثيراً معنوياً قوياً للإنفاق الصحي عبر نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي.

❖ نسبة التأثير غير المباشر للإنفاق الحكومي الصحي على التنمية البشرية: تم حساب التأثير الكلي على

مؤشر التنمية البشرية وكان 0.021، حيث جاء التأثير غير المباشر الإجمالي (من خلال المتغيرات الوسيطة

المعنوية) حوالي 0.021، مما يعني أن كل التأثير الكلي تقريباً كان غير مباشر.

وبذلك تشير النتائج إلى أن الإنفاق الحكومي على الصحة لا يؤثر بشكل مباشر على مؤشر التنمية البشرية، بل

يكون تأثيره رئيسياً من خلال العمر المتوقع، سنوات الدراسة المتوقعة، ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي. لذلك

ينبغي تركيز السياسات على تحسين هذه المتغيرات الوسيطة لتحقيق تأثير أكبر على التنمية البشرية، بينما متوسط

سنوات الدراسة لا يبدو أنه يلعب دوراً كبيراً في هذه العلاقة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

يمكن تلخيص العلاقات بين متغيرات الدراسة فيما يأتي:

العلاقة	القيمة الاحتمالية (P-value)	المعامل	التفسير
الإنفاق الصحي (GHE ~ LE) (والعمر المتوقع)	0.009	1.116	هناك علاقة إيجابية معنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والعمر المتوقع. كل زيادة في GHE تؤدي إلى زيادة في العمر المتوقع.
الإنفاق (GHE ~ EYS) الصحي وسنوات الدراسة (المتوقعة)	0.004	1.051	العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة وسنوات الدراسة المتوقعة معنوية وإيجابية، مما يشير إلى تأثير الإنفاق الصحي على تحسين التعليم.
الإنفاق (GHE ~ MYS) الصحي ومتوسط سنوات الدراسة)	0.971	0.006	لا يوجد علاقة معنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومتوسط سنوات الدراسة، مما يعني أن الإنفاق الصحي لا يؤثر بشكل ملحوظ على هذا المتغير.
الإنفاق الصحي ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي	0.001	1117.78	يوجد علاقة إيجابية معنوية قوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي، مما يعكس تأثير الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي.
العمر المتوقع ومؤشر التنمية البشرية	0.000	0.004	العلاقة بين العمر المتوقع ومؤشر التنمية البشرية إيجابية ومعنوية، مما يعني أن تحسين العمر المتوقع يساهم في تعزيز التنمية البشرية.
سنوات الدراسة المتوقعة ومؤشر التنمية البشرية	0.000	0.011	العلاقة بين سنوات الدراسة المتوقعة ومؤشر التنمية البشرية معنوية، مما يدل على أهمية التعليم في تحسين التنمية البشرية.
متوسط سنوات الدراسة ومؤشر التنمية البشرية	0.000	0.013	العلاقة بين متوسط سنوات الدراسة ومؤشر التنمية البشرية إيجابية، مما يعكس تأثير التعليم على التنمية البشرية.
نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي ومؤشر التنمية البشرية	0.000	0	العلاقة بين نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي ومؤشر التنمية البشرية إيجابية، مما يبرز أهمية النمو الاقتصادي في تحسين التنمية البشرية.

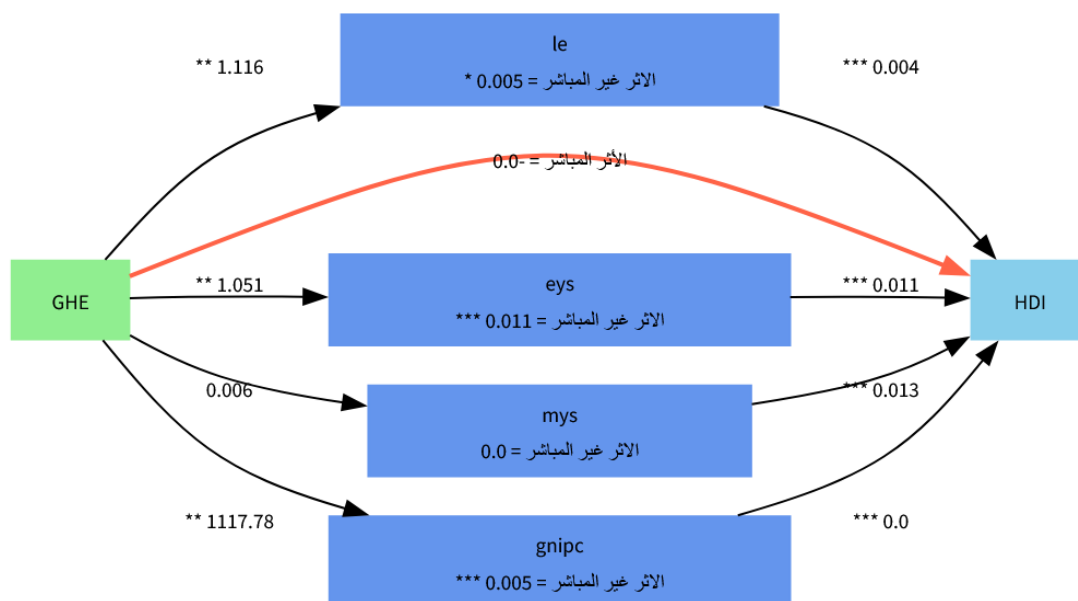
ويمكن تلخيص التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للإنفاق العام الصحي على التنمية البشرية فيما يأتي:

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

التأثير	القيمة الاحتمالية (P-value)	التفسير
التأثير المباشر (Direct)	0.080	التأثير المباشر لـ GHE على HDI غير معنوي عند مستوى 5% ولكنه معنوي عند مستوى 10%. يشير ذلك إلى أن GHE لا يؤثر مباشرة بشكل قوي على HDI.
التأثير غير المباشر عبر LE	0.020	التأثير غير المباشر لـ GHE على HDI عبر العمر المتوقع معنوي وإيجابي، مما يعكس أن تحسين الصحة يعزز التنمية البشرية.
التأثير غير المباشر عبر EYS	0.000	التأثير غير المباشر لـ GHE على HDI عبر سنوات الدراسة المتوقعة معنوي وإيجابي، مما يدل على أن تحسين التعليم يعزز التنمية البشرية.
التأثير غير المباشر عبر MYS	0.888	لا يوجد تأثير معنوي لـ GHE على HDI عبر متوسط سنوات الدراسة. هذا يشير إلى أن تأثير هذا المتغير ليس ذا أهمية كبيرة في هذه العلاقة.
التأثير غير المباشر عبر GNIPC	0.000	التأثير غير المباشر لـ GHE على نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي معنوي وإيجابي، مما يعكس أن النمو الاقتصادي يساهم في تحسين HDI.

2. تحليل المسار بين المتغيرات: تأثير الإنفاق الحكومي الصحي على مؤشرات التنمية البشرية: يعرض الشكل التالي نموذج تحليل المسار (Path Analysis) الذي يوضح العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) وعدد من المتغيرات الأخرى مثل العمر المتوقع (le)، سنوات الدراسة المتوقعة (EYS)، متوسط سنوات الدراسة (MYS)، والناتج القومي الإجمالي للفرد (GNIPC)، مع مؤشر التنمية البشرية (HDI) كمتغير تابع.

الشكل رقم (32). نموذج تحليل المسار بين المتغيرات: تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Python 3

يمكن تحليل نتائج الشكل فيما يأتي:

العلاقة السببية	المعامل	التفسير	القيمة الاحتمالية	التفسير
(GHE) → (le)	المعامل = 1.116	يشير إلى وجود تأثير إيجابي قوي من الإنفاق الحكومي على الصحة على العمر المتوقع	P-value = 0.004	القيمة الاحتمالية أقل من 0.05، مما يعزز دلالة التأثير.
(GHE) → (EYS)	المعامل = 1.051	تأثير إيجابي من الإنفاق الحكومي على الصحة على سنوات الدراسة المتوقعة.	P-value = 0.011:	قيمة الاحتمالية أقل من 0.05، مما يدل على أن التأثير معنوي.
(GHE) → (MYS)	المعامل = 0.006	تأثير ضئيل جدًا على متوسط سنوات الدراسة.	P-value = 0.971	القيمة الاحتمالية أكبر من 0.05، مما يعني أن التأثير غير معنوي.
(GHE) → (GNIPC)	المعامل =	تأثير كبير من الإنفاق الحكومي على	P-value =	قيمة الاحتمالية أقل من 0.05،

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

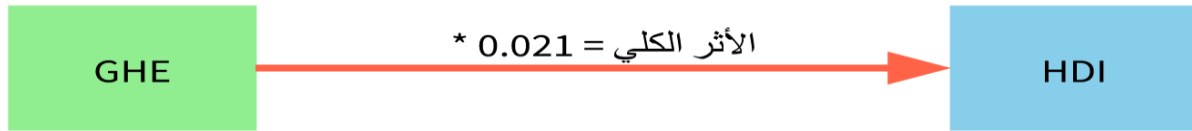
1117.78	الصحة على الناتج القومي الإجمالي للفرد.	0.0	مما يعني أن التأثير معنوي.
---------	---	-----	----------------------------

تظهر النتائج أن هناك تأثيرا إيجابيا قويا للإنفاق العام الصحي على العمر المتوقع. هذا التأثير معنوي إحصائيا، مما يعني أن زيادة الإنفاق على الصحة تساهم بشكل ملحوظ في تحسين صحة السكان ورفع العمر المتوقع. هذه العلاقة تبرز أهمية الاستثمار في القطاع الصحي كأداة لتحسين جودة الحياة كذلك، يوجد تأثير إيجابي معنوي للإنفاق الصحي على سنوات الدراسة المتوقعة. هذا يشير إلى أن تحسين الصحة العامة قد يساهم في زيادة فرص التعليم، حيث أن الأفراد الأصحاء يميلون إلى التفاعل بشكل أكبر مع التعليم ويساهمون في تحسين مؤشرات التعليم في المجتمع. على الرغم من وجود تأثير ضئيل جدا من الإنفاق الصحي على متوسط سنوات الدراسة، إلا أن هذا التأثير ليس معنويا، مما يشير إلى أن العوامل الصحية قد لا تكون العامل الأكثر تأثيرا في تحديد عدد سنوات التعليم المكتمل. قد تتداخل هنا عوامل تعليمية واجتماعية أخرى تكون أكثر تحديدا لهذا المتغير. يظهر الإنفاق الحكومي على الصحة تأثيرا كبيرا معنويا على الناتج القومي الإجمالي للفرد، مما يعكس كيف أن تحسين الصحة العامة يمكن أن يعزز من الإنتاجية الفردية. الصحة الجيدة تؤدي إلى قوة عمل أكثر إنتاجية، مما يساهم بشكل غير مباشر في زيادة الدخل الفردي.

يتضح بناء على التحليل أن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير معنوي قوي على العمر المتوقع وسنوات الدراسة المتوقعة والناتج القومي الإجمالي للفرد، بينما متوسط سنوات الدراسة يظهر تأثيرا ضعيفا وغير معنوي. هذه النتائج تؤكد أن الاستثمار في القطاع الصحي له تأثير ملموس على جوانب مهمة من التنمية البشرية، لكنه لا يكون العامل الوحيد المؤثر في بعض المتغيرات مثل التعليم.

يوضح الشكل التالي العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) ومؤشر التنمية البشرية (HDI). يتم من خلال هذا الشكل تمثيل التأثير الكلي (Total Effect) للإنفاق الحكومي على الصحة على التنمية البشرية.

الشكل رقم(33). التأثير الكلي للإنفاق الحكومي على الصحة على مؤشر التنمية البشرية



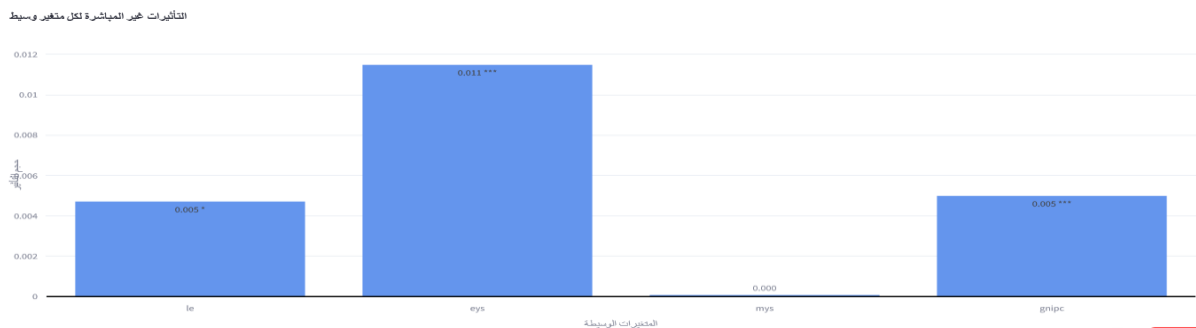
المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Python 3.

يؤثر الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) بشكل إيجابي على مؤشر التنمية البشرية (HDI) بمقدار 0.021. وهذا يمثل التأثير الكلي بينهما. العلاقة بين GHE وHDI تظهر أن زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة يمكن أن تؤدي إلى تحسين مؤشر التنمية البشرية، مما يبرز الدور الحيوي الذي تلعبه الصحة العامة في تعزيز التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

يشير الشكل إلى أن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير معنوي وكبير على مؤشر التنمية البشرية، حيث يعكس هذا التأثير أهمية الإنفاق العام الصحي في تحسين مستويات التنمية البشرية في المجتمع. هذا التحليل يعزز فكرة أن الاستثمار في قطاع الصحة يمكن أن يساهم بشكل إيجابي في رفع مؤشرات التنمية البشرية.

3. تحليل التأثيرات غير المباشرة للإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) على مؤشرات التنمية البشرية: يُظهر الشكل الموالي التأثيرات غير المباشرة للمتغيرات المختلفة على مؤشر التنمية البشرية.

الشكل رقم(34). التأثيرات غير المباشرة عبر المتغيرات الوسيطة



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Python 3.

سيتم فيما يأتي تحليل للتأثيرات غير المباشرة للإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) على مجموعة من المتغيرات المرتبطة بالتنمية البشرية، حيث أنه قد تم قياس هذه التأثيرات من خلال نماذج السببية الوسيطة، والتي تساعد على فهم العلاقات غير المباشرة.

❖ **التأثير غير المباشر على العمر المتوقع عند الميلاد (LE):** من خلال النتائج، يتبين أن هناك تأثيرا غير مباشر ضعيفا من GHE إلى LE، حيث بلغت القيمة 0.005. على الرغم من أن الأثر ضعيف من حيث الحجم، إلا أن قيمة $P = 0.005$ تشير إلى أن هذا التأثير معنوي إحصائيا على مستوى 5%، ما يعني أن الإنفاق الصحي يحدث تغيرا غير مباشر في العمر المتوقع عبر متغيرات وسيطة، وإن كان تأثيره محدودا من حيث القوة.

❖ **التأثير غير المباشر على سنوات الدراسة المتوقعة (EYS):** أما في حالة سنوات الدراسة المتوقعة، فإن التأثير غير المباشر كان الأقوى من بين جميع المتغيرات المدروسة، حيث بلغت قيمته 0.011. وتعزز قيمة $P = 0.011$ هذا التأثير من الناحية الإحصائية، مما يدل على أن GHE لا يساهم فقط في تحسين الصحة بشكل مباشر، بل يؤثر كذلك على المجال التعليمي عبر قنوات غير مباشرة، ربما تتعلق بتحسين بيئة التعلم وتقليل الفقر، ورفع مستوى الرفاه.

❖ **التأثير غير المباشر على متوسط سنوات الدراسة (MYS):** إن التأثير غير المباشر من GHE إلى MYS كان ضعيفا جدا، حيث كانت القيمة الاحتمالية 0.000. رغم أن $P\text{-value} = 0.000$ تعني غالبا معنوية إحصائية، فإن حجم التأثير المعلوم فعليا يعكس غياب تأثير فعلي مهم. يشير ذلك إلى أن الإنفاق الصحي لا يؤثر بشكل ملحوظ عبر وسطاء على متوسط سنوات التعليم المكتمل لدى السكان.

❖ **التأثير غير المباشر على نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي (GNIPC):** فيما يتعلق بالتأثير على الناتج القومي للفرد، تظهر النتائج أن هناك تأثيرا غير مباشر صغيرا (0.005)، لكنه معنوي إحصائيا على مستوى 1%، حسب $P\text{-value} = 0.005$. وهذا يشير إلى أن تحسين الإنفاق الصحي قد ينعكس بشكل غير مباشر على تحسين القدرات الإنتاجية والنمو الاقتصادي للفرد عبر قنوات مثل رفع الصحة العامة وزيادة الكفاءة.

يتبين بناء على ما سبق أن أقوى التأثيرات غير المباشرة للإنفاق الحكومي على الصحة تتركز في تحسين سنوات الدراسة المتوقعة (EYS)، وهو ما يعكس العلاقة التكاملية بين الصحة والتعليم في تحقيق التنمية. كما تظهر تأثيرات

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

معنوية لكنها أضعف على كل من العمر المتوقع (LE) والدخل الفردي (GNIPC)، مما يشير إلى وجود روابط غير مباشرة مهمة. في المقابل لا يظهر متوسط سنوات الدراسة (MYS) أي تأثير غير مباشر معنوي، ما يشير إلى أن هذا المتغير قد يتأثر أكثر بعوامل تعليمية مباشرة بدلا من الصحية.

4. تحليل الانحدار بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية: يعرض الشكل التالي نتائج تحليل الانحدار الخطي الذي يهدف إلى اختبار العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) ومؤشر التنمية البشرية (HDI).

الشكل رقم (35). نتائج تحليل الانحدار بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	23
Model	.005444846	1	.005444846	F(1, 21)	=	6.74
Residual	.016976459	21	.000808403	Prob > F	=	0.0169
				R-squared	=	0.2428
				Adj R-squared	=	0.2068
Total	.022421304	22	.00101915	Root MSE	=	.02843
HDI	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
GHE	.0209331	.0080659	2.60	0.017	.0041591	.0377071
_cons	.650616	.0258167	25.20	0.000	.5969273	.7043047

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Python 3.

أظهرت النتائج دلالة إحصائية للنموذج وفاعلية للإنفاق الصحي في تفسير جزء من تباين مؤشر التنمية. قيمة F = 6.74 تشير إلى أن النموذج ككل معنوي إحصائيا، حيث تجاوزت القيمة الحد الحرج (عادة 4)، ما يدل على وجود علاقة ذات دلالة بين المتغير المستقل (GHE) والمتغير التابع (HDI). يعزز ذلك أيضا الاحتمالية المرتبطة بـ F-test (Prob > F = 0.0169)، والتي تقل عن 0.05، مما يعني أن الفرضية الصفرية التي تنفي وجود علاقة مرفوضة. أما بالنسبة لمعامل التحديد R-squared = 0.2428، فيوضح أن 24.28% من التباين في مؤشر التنمية البشرية يمكن تفسيره من خلال التغير في الإنفاق الحكومي على الصحة، ما يشير إلى وجود تأثير متوسط الأهمية.

معامل GHE بلغ 0.0209331، مما يعني أن كل زيادة بوحدة واحدة في الإنفاق الحكومي على الصحة تقابلها زيادة بمقدار 0.0209 في مؤشر التنمية البشرية. هذا التأثير إيجابي ومعنوي إحصائيا كما يظهر من قيمة $t = 2.60$ و $P > |t| = 0.017$ ، وهي أقل من 0.05. كما أن فترة الثقة 95% [0.0041591، 0.0377071] لا تشمل

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

الصفر، مما يعزز ثقة الباحث في هذا التأثير. كما تشير قيمة الحد الثابت إلى -0.650616، وهو القيمة المتوقعة لمؤشر التنمية عندما يكون الإنفاق الصحي صفراً. هذا المعامل معنوي جداً كما تدل على ذلك قيمة $t = 25.20$ و $P\text{-value} = 0.000$. فترة الثقة أيضاً لا تشمل الصفر، مما يدعم أهمية هذا التقدير في النموذج.

تشير النتائج إلى أن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير معنوي وإيجابي على مؤشر التنمية البشرية في الجزائر وهو ما يعكس أهمية توجيه الموارد نحو القطاع الصحي لتحسين مستويات التنمية. ورغم أن معامل التحديد يشير إلى أن هناك عوامل أخرى تؤثر في HDI لم يشملها النموذج، فإن النتائج تدعم أهمية الإنفاق الصحي كعنصر أساسي في التنمية البشرية.

5 تحليل الانحدار بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية: يوضح الشكل التالي نتائج تحليل الانحدار بين الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) وثلاثة متغيرات تابعة هي: العمر المتوقع (le)، سنوات الدراسة المتوقعة (eys)، ومتوسط سنوات الدراسة (mys). سيتم حساب التأثير المباشر لكل من GHE على هذه المتغيرات.

الشكل رقم (36). نتائج تحليل الانحدار بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية

Equation	Obs	Parms	RMSE	"R-sq"	F	P>F
le	23	2	1.35628	0.2860	8.410166	0.0086
eys	23	2	1.14499	0.3327	10.47014	0.0040
mys	23	2	.5851942	0.0001	.0013356	0.9712
	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
le						
GHE	1.115813	.3847594	2.90	0.009	.3156623	1.915964
_cons	70.39979	1.231503	57.17	0.000	67.83874	72.96084
eys						
GHE	1.051037	.3248192	3.24	0.004	.3755385	1.726535
_cons	10.59388	1.039652	10.19	0.000	8.43181	12.75596
mys						
GHE	.0060671	.1660121	0.04	0.971	-.3391741	.3513083
_cons	6.245304	.5313567	11.75	0.000	5.140287	7.350321

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Python 3.

يمكن من خلال هذا النموذج تقييم أثر الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) على مؤشرات رئيسية للتنمية البشرية في الجزائر، وهي: العمر المتوقع عند الولادة (le)، وسنوات الدراسة المتوقعة (eys)، ومتوسط سنوات الدراسة (mys). وقد أظهرت النتائج تفاوتاً في التأثير بين هذه المتغيرات كما هو موضح فيما يأتي:

❖ **العلاقة بين GHE والعمر المتوقع (le):** تشير نتائج النموذج الأول إلى وجود علاقة إيجابية ومعنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والعمر المتوقع، حيث بلغ معامل الانحدار 1.115813، مما يعني أن كل زيادة بوحدة واحدة في GHE تؤدي إلى ارتفاع العمر المتوقع بمقدار 1.12 سنة تقريباً. وتدعم هذه النتيجة قيمة الاحتمالية $P\text{-value} = 0.009$ ، وهي أقل من 0.05، مما يدل على دلالة إحصائية واضحة. علاوة على ذلك، فإن قيمة $F = 8.41$ مع $P\text{-value} = 0.0086$ تؤكد أن النموذج ككل معنوي. ويعزز هذا التحليل معامل التحديد $R\text{-squared} = 0.2860$ ، حيث يفسر النموذج حوالي 28.6% من التباين في العمر المتوقع.

❖ **العلاقة بين GHE وسنوات الدراسة المتوقعة (eys):** يظهر النموذج الثاني أيضاً علاقة إيجابية ومعنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة وسنوات الدراسة المتوقعة، حيث بلغ المعامل 1.051037، ما يعني أن التحسن في الإنفاق الصحي يساهم في رفع سنوات الدراسة المتوقعة بشكل واضح. وبما أن $P\text{-value} = 0.004$ ، فإن هذه العلاقة ذات دلالة إحصائية قوية. كما أن $F = 10.47$ و $P\text{-value} = 0.0040$ يشيران إلى معنوية النموذج ككل. $R\text{-squared} = 0.3327$ توضح أن حوالي 33.27% من التباين في سنوات الدراسة المتوقعة يعزى إلى GHE، مما يدل على تفسير معتدل لكنه مهم.

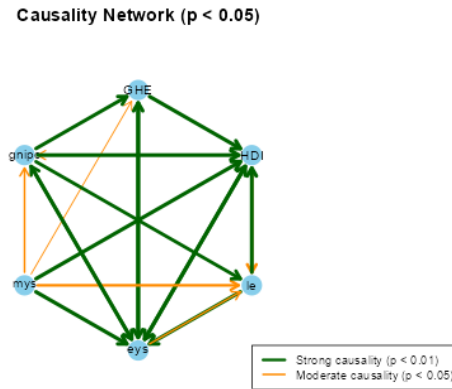
❖ **العلاقة بين GHE ومتوسط سنوات الدراسة (mys):** بالنسبة للنموذج الثالث، فقد أظهرت النتائج أن التأثير ضعيف جداً وغير معنوي. إذ بلغ المعامل 0.0060671 وهو قريب من الصفر، في حين أن $P\text{-value} = 0.971$ تشير بوضوح إلى غياب الدلالة الإحصائية. وتؤكد قيمة F الضعيفة جداً (0.0013556) (و $P\text{-value}$ المرتفعة) 0.9712 (أن النموذج بأكمله ليس معنوياً. ويدعم هذا الاستنتاج أيضاً معامل التحديد $R\text{-squared} = 0.0001$ ، مما يدل على أن GHE لا يفسر فعلياً أي من التباين في متوسط سنوات الدراسة.

الفصل الرابع. دراسة تحليلية وقياسية لدور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر

يمكن القول إن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير معنوي وإيجابي على كل من العمر المتوقع وسنوات الدراسة المتوقعة، كما يتضح من القيم المنخفضة لـ P-value ومعاملات الانحدار الموجبة. في المقابل لا يظهر أي تأثير معنوي للإنفاق الصحي على متوسط سنوات الدراسة، حيث تبقى جميع المؤشرات الإحصائية ضعيفة وغير دالة. وبالتالي توضح النماذج أن GHE يعد عاملا مهما في تفسير جوانب معينة من التنمية البشرية لكن تأثيره لا يمتد إلى جميع المؤشرات التعليمية بالتساوي.

سادسا. مخطط العلاقات السببية بين المتغيرات محل الدراسة: يمثل المخطط التالي شبكة السببية بين المتغيرات في الدراسة، حيث تظهر الأسهم بين المتغيرات بناء على نتائج اختبار السببية "جرانجر" عند $P\text{-value} < 0.05$.

الشكل رقم (37). شبكة السببية بين المتغيرات ($P\text{-value} < 0.05$)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات Stata 17.

يعتمد هذا التحليل على تفسير العلاقات السببية الظاهرة في المخطط من خلال استخدام ألوان الأسهم كأداة بيانية لتمييز درجة السببية بين المتغيرات المختلفة، وذلك بالاستناد إلى قيم الاحتمالية ($P\text{-value}$) المرتبطة بكل علاقة. تشير الأسهم الخضراء الداكنة إلى وجود علاقات سببية قوية، حيث تكون $P\text{-value}$ أقل من 0.01، مما يعني أن التغير في المتغير المسبب يؤدي إلى تأثير كبير ومعنوي إحصائيا في المتغير المستهدف. وعلى الجانب الآخر، فإن الأسهم البرتقالية تعبر عن علاقات سببية معتدلة مع $P\text{-value}$ أقل من 0.05، مما يعكس وجود تأثير سببي واضح لكنه أقل قوة من العلاقات القوية.

من خلال ملاحظة اتجاهات الأسهم وألوانها، يمكن التوصل إلى أن الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) يظهر علاقات سببية قوية مع كل من مؤشر التنمية البشرية (HDI) وسنوات الدراسة المتوقعة (EYS). يشير ذلك إلى أن التغير في GHE له تأثير كبير على تحسين هذين المؤشرين، بما يعكس الدور المركزي للسياسات الصحية في دعم التنمية البشرية. كما يظهر العمر المتوقع (LE) تأثيرا سببيا على عدة متغيرات أخرى، لا سيما مؤشر التنمية البشرية (HDI) ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي (GNIPC)، ما يدل على أن الصحة العامة للسكان تلعب دورا محوريا في تعزيز التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

من الواضح أن العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر التنمية البشرية تظهر ارتباطا قويا في المخطط وهو ما يتفق مع التفسير النظري الذي يربط بين جودة الخدمات الصحية وتحسين مؤشرات التعليم والدخل والصحة في المجتمع. كما أن الإنفاق الحكومي على الصحة له دور سببي قوي في تحسين مؤشر التنمية البشرية، مما يعزز أهمية الاستثمار في القطاع الصحي كمدخل استراتيجي للتنمية الشاملة.

خلاصة الفصل

يخلص هذا الفصل إلى أن الإنفاق العام على الصحة لعب دورا هاما في تعزيز التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2022 . فمن خلال التحليل تم التأكيد على وجود علاقة طردية قوية بين الاستثمار في القطاع الصحي وتحسن مؤشرات التنمية البشرية، وبالتالي فإن العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة وتحقيق التنمية البشرية في الجزائر تشير إلى أهمية الاستثمار في القطاع الصحي.

على الرغم من الجهود المبذولة من الحكومة الجزائرية لزيادة الإنفاق على الصحة، إلا أن التحديات الكبيرة لا تزال قائمة، مثل انخفاض مستويات الإنفاق مقارنة بالدول المتقدمة، وعدم كفاية تغطية وجودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين. كما بينت الدراسة أن فعالية الإنفاق العام الصحي في الجزائر ما زالت دون المستوى المطلوب لتحقيق التنمية البشرية المستدامة، حيث لا تزال هناك فجوات واضحة في مؤشرات الصحة. تؤكد النتائج على أهمية الاستثمار المستمر والمدرّوس في القطاع الصحي كركيزة أساسية لتحقيق التنمية البشرية المستدامة في الجزائر.

أظهرت الدراسة التقدم المحرز في أهداف الألفية للتنمية، وخاصة في مجالات خفض وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات. ورغم هذه الإنجازات، فإن التحديات الصحية لا تزال قائمة، مثل مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الوقاية من الأمراض غير المعدية. أما بالنسبة لأهداف التنمية المستدامة لعام 2030، فقد أظهرت النتائج أن الجزائر حققت تقدما ملحوظا في العديد من الأهداف الصحية، ولكن التحديات المستمرة في بعض المجالات، مثل العدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية، تتطلب المزيد من الاستثمار والاهتمام لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في آفاق 2030.

أظهرت الدراسة القياسية أن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير إيجابي ومعنوي على كل من العمر المتوقع عند الميلاد، وسنوات الدراسة المتوقعة، ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي. بينما لم تظهر متوسط سنوات الدراسة تأثيرا معنويا ملحوظا. بالنسبة لمؤشر التنمية البشرية (HDI) ، كانت التأثيرات المباشرة للإنفاق الصحي غير معنوية عند مستوى 0.05، ولكن معنوية عند مستوى 10%. ومع ذلك أظهرت النتائج أن التأثيرات غير المباشرة عبر المتغيرات الوسيطة مثل العمر المتوقع وسنوات الدراسة المتوقعة ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي، كانت معنوية وإيجابية. ومنه يمكن استنتاج أن الإنفاق الحكومي على الصحة يؤثر على مؤشر التنمية البشرية بشكل غير مباشر من خلال تحسين العمر المتوقع، سنوات الدراسة المتوقعة ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي . هذا يبرز أهمية تركيز السياسات الصحية على تحسين هذه المتغيرات الوسيطة لتحقيق تحسينات أكبر في التنمية البشرية في الجزائر.



الخاتمة

أكدت هذه الدراسة أن الاستثمار في الصحة لا يعتبر أداة لتحسين رفاهية الأفراد فحسب، بل هو عنصر أساسي لتحقيق التنمية البشرية المستدامة. وفقا لهذا المنظور لا يمكننا النظر إلى الصحة كعنصر منفصل عن المجالات الأخرى للتنمية؛ فهي محرك رئيسي للنمو الاقتصادي والاجتماعي نظرا لأن لها تأثير مباشر على الكفاءة الإنتاجية، تقليل الغيابات، وتعزيز القدرة على الابتكار والإبداع. ولكن الاستفادة من هذه المزايا يتطلب سياسة اقتصادية تعتبر الصحة كمنظومة واسعة تشمل عدة مجالات كالتيقلم، الدخل.

رغم التقدم الملحوظ في تحقيق أهداف الصحة العالمية، سواء ضمن أهداف الألفية أو التنمية المستدامة، فإنها تعاني من العديد من التحديات. هذه الأخيرة تستدعي الحاجة إلى تبني استراتيجيات مرنة ومتجددة تستجيب للتغيرات العالمية السريعة، مع التركيز على الاستثمار طويل الأجل في الصحة والتعليم والعدالة الاجتماعية. تحقيق التنمية البشرية المستدامة يتطلب تضافر الجهود من جميع الجهات الحكومية، المحلية والدولية، لدعم هذه المنظومة الصحية وتحقيق أهدافها على المدى الطويل.

أوضحت الدراسة أن الإنفاق العام على الصحة يمثل أحد العوامل الهامة لدعم وتمويل النظم الصحية، باعتباره جزءاً لا يتجزأ من تعزيز الصحة العامة والتنمية البشرية المستدامة. من خلال تحليل اقتصاديات الصحة، تبين أن الفارق بين اقتصاد الصحة واقتصاديات الرعاية الصحية يكمن في الأهداف والطريقة التي يتم بها تخصيص الموارد حيث يسعى اقتصاد الصحة إلى تحقيق أقصى استفادة صحية من الموارد المحدودة، بينما تركز اقتصاديات الرعاية الصحية على تحسين كفاءة تنظيم وتوزيع الخدمات. حيث يركز الأول على الصحة كاستثمار في رأس المال البشري بينما يركز الثاني على كفاءة تقديم الخدمات الصحية وآليات تمويلها.

برزت أهمية دور الدولة في تنظيم أسواق الخدمات الصحية التي تشهد فشلاً في بعض الحالات بسبب كون الخدمات الصحية سلعاً عامة. تتطلب هذه الوضعية تدخلا حكوميا سواء كان من خلال التمويل المباشر، الضرائب، أو وضع اللوائح التنظيمية لضمان الجودة والعدالة في توزيع الرعاية الصحية. كما أوضحت الدراسة أن الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية - من عدم تماثل المعلومات، وعدم اليقين، والطبيعة الاستثمارية للصحة - تجعل من فشل آلية السوق أمراً حتمياً في هذا القطاع. هذا الفشل يتطلب تدخلا حكوميا مبررا لضمان العدالة والكفاءة في توزيع الخدمات الصحية. قدمت الدراسة تحليلاً للتطورات التاريخية للنظم الصحية في العالم وأهدافها في توفير الرعاية الصحية الشاملة. وقد تبين أن هناك تفاوتاً كبيراً بين النظم الصحية المختلفة، سواء من حيث التمويل أو الهيكل

التنظيمي، وهو ما يؤثر بشكل كبير على فعالية الإنفاق العام في كل نظام. وقد أظهرت النتائج أن ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الصحة تمثل اتجاهًا عالميًا مدفوعًا بعوامل متعددة تشمل الشيخوخة السكانية، والتقدم التكنولوجي، وارتفاع توقعات المواطنين. هذا التزايد يطرح تحديات جديدة حول الحجم الأمثل للإنفاق وضرورة تحقيق التوازن بين الاستدامة المالية والعدالة الاجتماعية. ومن أجل تحسين كفاءة الإنفاق على الصحة، من الضروري التركيز على ضرورة تحسين الحوكمة الصحية وتعزيز الشفافية. تؤكد هذه الدراسة على أن كفاءة الإنفاق العام في مجال الصحة لا تقتصر على زيادة حجم الإنفاق بل تعتمد أيضًا على طريقة تخصيص هذه الموارد وتحسين أدائها لتحقيق أقصى استفادة صحية للمجتمعات. وبالتالي فإن تحسين كفاءة الإنفاق في قطاع الصحة يجب أن يكون أولوية للحكومات في سبيل تحقيق التنمية المستدامة وتحقيق العدالة الصحية في جميع البلدان.

في ظل تأثير جائحة كوفيد-19 على النظم الصحية العالمية، أبرزت الدراسة ضرورة إعادة تقييم أولويات الإنفاق على الصحة العامة، مشيرة إلى ضرورة زيادة الاستثمارات الصحية في المستقبل لضمان استعداد الأنظمة الصحية لمواجهة التحديات القادمة. الجائحة نفسها سلطت الضوء على ضرورة تعزيز التعاون الدولي وتطوير الأنظمة الصحية لضمان استدامة النمو في المستقبل، كما أكدت أن الاستثمار في الصحة هو أكثر من مجرد ضرورة صحية، بل هو خطوة حيوية نحو بناء مستقبل مستدام ومزدهر لجميع الشعوب عبر أنحاء العالم.

سلطت الدراسة الضوء على التحديات التي يواجهها النظام الصحي الجزائري من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي، وتبرز أهمية السياسات الصحية والإصلاحات المستمرة في مواجهة هذه التحديات. ولكن على الرغم من التحسينات الكبيرة التي شهدتها القطاع الصحي في الجزائر خلال السنوات الماضية، إلا أن الموارد المالية المحدودة والتوزيع غير المتوازن للموارد البشرية لا تزال تمثل عقبات رئيسية أمام تحقيق هذه الأهداف.

الإنفاق الحكومي على الصحة إلى جانب مساهمات التأمينات الاجتماعية والمساهمات الأسرية، يعد الأساس في تمويل النظام الصحي الجزائري. مع ذلك فقد أظهرت الدراسة أن توسيع مظلة التأمين الصحي، وتنفيذ النهج التعاقدية لتحسين جودة الخدمات الصحية هو أمر ضروري لضمان شمول جميع شرائح المجتمع في هذه التغطية. لا يقتصر الأمر على التمويل فحسب، بل يتطلب الأمر أيضًا تحسين الحوكمة الصحية، وتنفيذ الإصلاحات التي تواكب التطورات الاقتصادية والاجتماعية.

من جهة أخرى لم تكن جائحة كوفيد-19 مجرد أزمة صحية، بل كانت أيضًا دافعا قويا لإعادة النظر في استراتيجيات النظام الصحي الجزائري. فقد أظهرت الجائحة ضرورة التركيز على تعزيز البنية التحتية الصحية وزيادة

القدرة على مواجهة الأزمات الصحية بشكل أكثر فعالية. حيث أن تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر يتطلب، بالإضافة إلى استمرارية الإصلاحات، استثمارا أكبر في تحسين البنية التحتية وتوسيع التأمين الصحي وتطوير السياسات الصحية بما يتماشى مع الأهداف العالمية للأمن الصحي.

يعد الإنفاق العام على الصحة في الجزائر محركا رئيسيا لقاطرة التنمية البشرية المستدامة، ولكن هناك عدة تحديات تعيق تقدم النظام الصحي بشكل كامل. فعلى الرغم من التحسينات التي شهدتها القطاع الصحي الجزائري خلال الفترة من 2000 إلى 2022، فإن الجزائر لا تزال متأخرة مقارنة بالدول ذات الأنظمة الصحية المتقدمة، خصوصا في مؤشرات مثل نصيب الفرد من الإنفاق الصحي. إن الفجوة بين الجزائر والدول المتقدمة في هذا المجال تُظهر بوضوح الحاجة إلى تعزيز تمويل القطاع الصحي وتوجيه الموارد بشكل أكثر فعالية.

أظهرت الدراسة تحسنا في مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر، لا سيما في مجالات الصحة والتعليم والدخل. على الرغم من أن التغيرات في هذه المؤشرات تشير إلى حاجة مستمرة لتحسين استراتيجيات التنمية. فقد حققت الجزائر بعض التقدم في تحقيق أهداف الألفية للتنمية، خاصة بالنسبة لتخفيض معدلات وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات، إلا أن بعض الأهداف لا تزال غير مكتملة، مما يتطلب المزيد من الجهود المستمرة. ورغم النجاحات التي تحققت في التعامل مع بعض الأزمات الصحية مثل كوفيد-19، فإن الجزائر لا تزال تواجه تحديات كبيرة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs) المتعلقة بالصحة. على الرغم من تحسن بعض مؤشرات الصحة خلال الأزمة، إلا أن تحقيق الأهداف الصحية ضمن أهداف التنمية المستدامة يتطلب استراتيجيات جديدة ومدرسة لضمان تحقيق الأمن الصحي والتنمية البشرية المستدامة في المستقبل.

إن الاستثمار في الصحة يمثل حجر الزاوية في تعزيز التنمية البشرية وتحقيق أهداف التنمية المستدامة. فالصحة ليست مجرد غاية في حد ذاتها، بل هي وسيلة أساسية لتحقيق التنمية الشاملة التي تشمل الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية. يبقى التحدي الأكبر أمام الجزائر في تحقيق التنمية البشرية المستدامة هو تحسين تخصيص الإنفاق العام على الصحة، تعزيز كفاءة النظام الصحي، وضمان التوزيع العادل للموارد. إذ يجب على الدولة التركيز على توسيع نطاق التأمين الصحي ليشمل جميع شرائح المجتمع، مع تعزيز الحوكمة الصحية، وتطوير البنية التحتية للقطاع الصحي، وإصلاح الموارد البشرية بشكل مستمر لضمان تقديم رعاية صحية فعالة.

أحرزت الجزائر تقدما ملحوظا في بعض جوانب التنمية البشرية، ولكن هناك العديد من التحديات التي ينبغي التغلب عليها في مجال الصحة تحديدا. أوضحت الأزمة الصحية العالمية والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المستمرة في

البلاد، الحاجة الملحة إلى تجديد السياسات الصحية لتعزيز قدرتها على تحقيق أهداف التنمية المستدامة وتوفير بيئة صحية مستدامة لكل المواطنين بالجزائر. من أهم الدروس المستفاد منها خلال جائحة كوفيد-19 هو أهمية الاستثمار في الأمن الصحي كجزء لا يتجزأ من الأمن القومي. وهذا يتطلب تطوير قدرات النظام الصحي ليس فقط لتقديم الخدمات العادية، بل أيضاً للاستجابة الفعالة للطوارئ الصحية والأوبئة المحتملة في المستقبل.

أولاً. نتائج الدراسة

إن دور الإنفاق العام على الصحة في دفع عجلة التنمية البشرية بالجزائر ليس مجرد علاقة إحصائية، بل هو واقع ملموس تؤكد المؤشرات والإنجازات المحققة على مدى أكثر من عقدين. ولضمان استمرارية هذا التقدم وتعزيزه يتطلب الأمر مواصلة الاستثمار في القطاع الصحي مع التركيز على تحسين الكفاءة والجودة والعدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية. قدمت هذه الدراسة الأدلة العلمية التي تؤكد على أن الاستثمار في الصحة هو استثمار في مستقبل الأمة وأن تحقيق التنمية البشرية المستدامة يمر حتماً عبر بناء نظام صحي قوي وعادل وفعال. كما يؤكد على أن التجربة الجزائرية في مجال الصحة العامة تقدم مثالا يحتذى به للدول النامية الراغبة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في المجال الصحي. يمكن إجمال أهم النتائج المستخلصة من الدراسة فيما يأتي:

- الطبيعة الخاصة للخدمات الصحية تتطلب مقارنة اقتصادية مختلفة عن السلع والخدمات التقليدية، مما يبرر الحاجة إلى تدخل حكومي فعال.
- تنوع النظم الصحية العالمية يوفر خيارات متعددة للدول لتطوير نظمها الصحية وفقاً لظروفها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- تحقيق الكفاءة والفعالية في الإنفاق العام على الصحة يتطلب نظاماً شاملاً للمراقبة والتقييم، بالإضافة إلى حوكمة رشيدة وشفافية في إدارة الموارد.
- التطور النظري للتنمية البشرية يؤكد على الدور المحوري للصحة في بناء رأس المال البشري وتحقيق النمو الاقتصادي المستدام.
- قياس التنمية البشرية يتطلب مؤشرات متطورة وشاملة تأخذ في الاعتبار التفاوتات والتحديات البيئية والاجتماعية.
- تمويل التنمية البشرية المستدامة يتطلب جهوداً منسقة على المستويين المحلي والدولي، مع التركيز على تنويع مصادر التمويل وتحسين الحوكمة.

- كشفت الأزمات الصحية العالمية مثل جائحة كوفيد-19 عن هشاشة النظم الصحية وضرورة الاستثمار في بناء قدرات مقاومة أكبر.
- تطوير السياسة الصحية يتطلب رؤية طويلة المدى تأخذ في الاعتبار التحولات الديموغرافية والوبائية والاقتصادية.
- تنوع مصادر التمويل ضروري لضمان استدامة النظام الصحي، لكن يجب أن يتم ذلك بطريقة تحافظ على مبادئ العدالة والإنصاف.
- الاستثمار في البنية التحتية والموارد البشرية يبقى أولوية أساسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- الاستثمار في الصحة يمثل محركاً أساسياً للتنمية البشرية المستدامة لأنه يحقق عوائد إيجابية على المدى الطويل ليس فقط على مستوى الصحة العامة، بل على مجمل مؤشرات التنمية البشرية.
- السياسة الصحية المجانية التي تتبعها الجزائر منذ الاستقلال ساهمت بشكل كبير في تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية وتحقيق العدالة الاجتماعية.
- التقدم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة الصحية يتطلب استمرارية الجهود والاستثمار المتزايد في البنية التحتية الصحية والموارد البشرية.
- المقارنات الدولية تكشف عن إمكانيات كبيرة للتحسن، خاصة في مجال كفاءة الإنفاق الصحي وتحسين جودة الخدمات المقدمة.
- يكشف التحليل المعمق لاتجاهات الإنفاق العام على الصحة في الجزائر خلال الفترة محل الدراسة عن تطور متدرج ومتواصل في مختلف مؤشرات التمويل الصحي. فقد أظهرت النتائج أن معدلات الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الإنفاق الحكومي شهد تحسناً ملحوظاً، رغم وجود فجوات مقارنة ببعض الدول. كما تبين أن نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة (حسب تعادل القوى الشرائية بالدولار الأمريكي) قد ارتفع بشكل كبير، مما يعكس الجهود المتزايدة للدولة في الاستثمار في القطاع الصحي.
- أوضحت النتائج أن الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي شهد تطوراً إيجابياً، حيث خصصت الحكومة ميزانيات أكبر لتطوير المؤسسات الصحية وتحسين البنية التحتية الصحية. هذا التطور يعكس فهماً متزايداً لأهمية الاستثمار في الصحة كركيزة أساسية للتنمية البشرية والاقتصادية المستدامة.
- أظهرت النتائج تحسناً مستمراً في مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر خلال الفترة محل الدراسة، أين تركزت ضمن تصنيف "تنمية بشرية مرتفعة"، مما يعكس التقدم المحرز في الأبعاد الثلاثة للتنمية البشرية: الصحة والتعليم ومستوى المعيشة

- كشفت النتائج عن تحسن ملحوظ في مؤشرات الصحة، حيث ارتفع العمر المتوقع عند الميلاد وتحسنت مؤشرات وفيات الأطفال والأمهات. هذا التحسن يعكس فعالية السياسات الصحية المتبعة والاستثمار المتزايد في القطاع الصحي على مدى العقدين الماضيين.
- أكدت النتائج على الإنجازات المهمة التي حققتها الجزائر في تحقيق أهداف الألفية للتنمية في المجال الصحي (1990-2015)، خاصة في مجالي خفض وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات.
- في إطار أهداف التنمية المستدامة لعام 2030، أظهرت النتائج أن الجزائر حققت تقدما هاما في مجال المؤشرات الصحية. يشمل هذا التقدم مختلف الأهداف الصحية من خفض وفيات الأمهات والأطفال إلى مكافحة الأمراض المعدية وتعزيز الوقاية من الأمراض غير المعدية.
- كشفت الدراسة القياسية عن وجود علاقة إيجابية قوية بين الإنفاق العام على الصحة ومؤشرات التنمية البشرية في الجزائر. فقد تبين أن زيادة الاستثمار في القطاع الصحي ساهمت بشكل مباشر في تحسين مؤشرات الصحة، والتي بدورها أثرت إيجابيا على مؤشر التنمية البشرية الإجمالي.

ثانيا. اختبار فرضيات الدراسة

1. بينت الدراسة أن تحقيق التنمية البشرية يعزز من تحسن الصحة، كما أن تحسن الصحة يؤدي إلى زيادة التنمية البشرية في مختلف الجوانب (الصحية، الاقتصادية، الاجتماعية). ومنه فإن هذه النتيجة تدعم الفرضية الأولى بشكل كامل.
2. تم إيجاد علاقة إيجابية ومعنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) ومؤشر التنمية البشرية (HDI) في الجزائر بناء على النتائج التي تم التوصل إليها في التحليلات الإحصائية، وهذا ما يؤكد الفرضية الثانية. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة Mirahsani, Z. (2016) والتي أظهرت أيضاً وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق الصحي ومؤشر التنمية البشرية. كما تتوافق مع دراسة Banase, M. A. D. D., & Purwono, R. (2024) التي أكدت أن الإنفاق على الصحة له تأثير إيجابي كبير على مؤشر التنمية البشرية. بينما تتعارض نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Yousfi, I. (2023) التي أظهرت أن الإنفاق الحكومي الصحي بالجزائر له تأثير غير معنوي على التنمية البشرية، مما يختلف قليلا عن النتائج التي تم التوصل إليها في هذا التحليل.

- 1-2.** من خلال الدراسة القياسية تم التوصل إلى إيجاد علاقة معنوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة (GHE) والعمر المتوقع (LE)، حيث أن الإنفاق العام الصحي يؤثر بشكل إيجابي على العمر المتوقع عند الميلاد، وهذا ما يؤكد الفرضية الفرعية (1-2). تتوافق هذه النتيجة مع دراسة Jaba, E., Balan, C. B., & Robu, I. B. (2014). التي أظهرت علاقة إيجابية معنوية بين الإنفاق على الصحة والعمر المتوقع عند الميلاد. كما توافقت مع دراسة Ibikunle, J. A. (2019). التي أظهرت أيضا أن الإنفاق الحكومي على الصحة بنيجيريا مرتبط إيجابيا مع العمر المتوقع.
- 2-2.** أثبتت نتائج الدراسة أن تأثير الإنفاق الحكومي على الصحة على التعليم كان غير مباشر ولكنه معنوي، مما يشير إلى أن الإنفاق الصحي يؤثر بشكل إيجابي على مؤشر التعليم عبر تحسين الصحة. مما يعكس أهمية الصحة في تحسين معدلات الالتحاق بالتعليم وجودته، وهذا ما يؤكد الفرضية الفرعية (2-2). تتوافق هذه النتيجة مع دراسة Rahman, A., Nursini, N., Razak, A. (2021). التي أظهرت النتائج أن هناك تأثيرا إيجابيا للإنفاق الصحي على نتائج التعليم في اندونيسيا الشرقية.
- 3-2.** وجدت الدراسة أن الإنفاق الحكومي على الصحة له تأثير معنوي إيجابي على النمو الاقتصادي والدخل الفردي على المدى الطويل. وهذا ما يؤكد الفرضية الفرعية (2-3). وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة Beylik, et al. (2022). والتي أكدت أن الإنفاق الحكومي على الصحة يمكن أن يحسن النمو الاقتصادي على المدى الطويل. بينما لا تتوافق مع دراسة Boussalem, F, et al. (2014). التي أظهرت أنه لا توجد علاقة سببية من الإنفاق على الصحة إلى النمو الاقتصادي.
- 3.** على الرغم من زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة، فإن تمويل القطاع الصحي يظل غير كاف ويعتمد بشكل كبير على الميزانية العامة مع ضعف مشاركة القطاع الخاص. يفتح هذا المجال لتحسين آليات التمويل من خلال الشراكات العامة والخاصة وتنويع مصادر التمويل. تم النوصل إلى أن زيادة الإنفاق العام على الصحة في الجزائر كانت غير كافية مقارنة مع الاحتياجات الفعلية للقطاع الصحي. كما تبين أن تمويل القطاع الصحي يعتمد بشكل رئيسي على الميزانية العامة مع ضعف مشاركة القطاع الخاص. تدعم هذه النتيجة الفرضية الثالثة.

4. هيكل الإنفاق الحكومي وجودته لا تتماشى مع الاحتياجات الفعلية للقطاع الصحي، مما يعني أن زيادة الإنفاق لم تؤدي إلى تحسن ملموس في نتائج الرعاية الصحية. تدعم هذه النتيجة الفرضية الرابعة.
5. ساهمت البرامج الحكومية في الصحة في تحسين البنية التحتية الصحية وزيادة الوصول إلى الخدمات الصحية، لكنها تواجه تحديات في ضمان الجودة وفاعلية توزيع الموارد. تدعم هذه النتيجة الفرضية الخامسة التي تشير إلى أن الاستثمار الحكومي في تحسين البنية التحتية الصحية قد ساهم في تحسين الوصول للخدمات الصحية، ولكنه يواجه تحديات في ضمان الجودة.
6. حققت الجزائر إنجازات في إطار أهداف الألفية مثل تقليص معدلات وفيات الأطفال وتحسين الرعاية الصحية، لكنها تواجه تحديات مستمرة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة. تدعم هذه النتيجة الفرضتين السادسة والسابعة التي تشير إلى أن الجزائر حققت تقدما في أهداف الألفية، لكنها لا تزال تواجه تحديات لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

ثالثا. تحديات الدراسة ومقترحات التطوير

رغم التقدم المحرز والإنجازات المحققة، تبقى هناك تحديات مهمة تتطلب اهتماما خاصا يمكن إجمالها فيما يأتي:

- ✓ التحدي الديموغرافي المتمثل في شيخوخة السكان وتزايد الأمراض المزمنة، مما يتطلب إعادة تنظيم النظام الصحي ;
- ✓ التحدي المالي المتعلق بارتفاع تكاليف الخدمات الصحية وضرورة ترشيد الإنفاق ;
- ✓ التحدي النوعي المتعلق بتحسين جودة الخدمات الصحية ومواكبة التطورات الطبية والتكنولوجية الحديثة ;
- ✓ التحدي الجغرافي المتعلق بضمان العدالة في توزيع الخدمات الصحية بين مختلف المناطق ;
- ✓ التحدي التنظيمي المتعلق بتحسين الحوكمة وتطوير آليات المراقبة والتقييم ;
- ✓ التحدي التكنولوجي المتعلق بمواكبة التطورات الطبية والتكنولوجية الحديثة.

على ضوء النتائج المتوصل إليها والتحديات المطروحة، يمكن تحديد عدة توجهات مستقبلية مهمة تتمثل في:

- تطوير نظام تمويل مستدام يجمع بين الكفاءة والعدالة ويضمن الوصول الشامل للخدمات الصحية الجيدة ;
- تعزيز الأمن الصحي من خلال تطوير أنظمة الإنذار المبكر والاستجابة السريعة للطوارئ الصحية ;

- تفعيل النهج التعاقدى بين مقدمي الخدمات الصحية وصناديق الضمان الاجتماعى لتحسين الكفاءة والجودة;
- تعزيز كفاءة الإنفاق الصحى من خلال تحسين آليات التخطيط والمراقبة والتقييم لضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة;
- الاستثمار فى التكنولوجيا الصحية الرقمية لتحسين جودة الخدمات وتوسيع نطاق الوصول إليها، خاصة فى المناطق النائية;
- تطوير نظم المعلومات الصحية لتحسين عملية صنع القرار وتتبع مؤشرات الأداء الصحى بدقة أكبر;
- تعزيز الوقاية والصحة العامة كاستراتيجية طويلة المدى لخفض التكاليف وتحسين النتائج الصحية;
- تطوير نماذج تمويل مبتكرة تجمع بين القطاعين العام والخاص لتحقيق أهداف التنمية الصحية المستدامة;
- تعزيز التعاون الدولى فى مجال الصحة العالمية لمواجهة التحديات المشتركة مثل الأوبئة وتغير المناخ;
- زيادة الميزانية المخصصة للقطاع الصحى بما يتناسب مع احتياجات القطاع. حيث يجب تخصيص جزء أكبر من الميزانية العامة للصحة مع تنوع مصادر التمويل من خلال مشاركة القطاع الخاص فى تمويل القطاع الصحى مما يساهم فى تقليل الضغط على الميزانية العامة;
- إعادة هيكلة الإنفاق الحكومى على الصحة لضمان تخصيص الأموال بشكل أكثر كفاءة. يجب تحسين عملية توزيع الموارد على المناطق المختلفة، مع التركيز على المناطق النائية والأكثر حاجة. يجب تخصيص تمويل أكبر لمجالات الرعاية الصحية الأولية، الوقاية من الأمراض، والتوعية الصحية، مع تحسين القدرة الاستيعابية للمستشفيات والمراكز الصحية;
- دعم الشراكة بين القطاعين العام والخاص فى مجال الصحة، وذلك من خلال تشجيع الاستثمار الخاص فى البنية التحتية الصحية والخدمات الصحية، بما فى ذلك بناء المستشفيات والمراكز الصحية. من المستحسن تطوير حوافز ضريبية للمستثمرين فى القطاع الصحى، وتقديم تسهيلات للمستشفيات الخاصة لتوسيع خدماتها، مع ضمان مراقبة الجودة;
- التركيز على تحسين جودة الرعاية الصحية وتوفير تدريب مستمر للكوادر الطبية. ينصح بإدخال تقنيات طبية حديثة، وتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين. من الضرورى تطوير برامج تدريبية للكوادر الطبية والإدارية فى المستشفيات والمراكز الصحية، وتفعيل نظام رقابة على الجودة داخل المنشآت الصحية لضمان تقديم خدمات مهنية وفعالة;

- توجيه مزيد من الجهود نحو تعزيز الصحة العامة والوقاية من الأمراض من خلال برامج توعية صحية والحد من الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب. يتم ذلك من خلال إطلاق حملات توعية صحية على مستوى المجتمعات المحلية لتشجيع اتباع أساليب حياة صحية، وتشجيع ممارسة الرياضة والتغذية السليمة. كما ينبغي توجيه جهود مكثفة لتوفير اللقاحات وتعميم فحص الأمراض المنتشرة؛
- تعزيز الربط بين الصحة والتعليم، حيث يعد تحسين الصحة جزءاً أساسياً من تحسين التعليم. يتعين أن يتم تعزيز الرعاية الصحية في المدارس لضمان صحة الطلاب وتعزيز قدرتهم على التعلم. ولذلك يجب تخصيص برامج صحية لطلاب المدارس، مثل توفير الفحوصات الطبية الدورية، برامج التوعية الغذائية، والتغذية المدرسية السليمة. كما يجب توفير بيئات صحية في المدارس من خلال تحسين النظافة والمرافق الصحية؛
- الاستثمار بشكل أكبر في الرعاية الصحية الأولية، التي تعد خط الدفاع الأول ضد الأمراض، وتقليل الضغط على المستشفيات الكبرى. يجب أن تكون هناك خدمات صحية أقرب إلى المواطنين. بالإضافة إلى تطوير وتحسين شبكة المراكز الصحية المحلية لتقديم خدمات الرعاية الأولية بشكل ميسر وبجودة عالية، مع تدريب الأطباء والممرضين في هذه المراكز لتقديم خدمات متكاملة؛
- إشراك المجتمع المحلي في تصميم وتنفيذ برامج الصحة العامة، مما يعزز من فعالية السياسات الصحية من خلال تفاعل أكبر مع المواطنين. يكون ذلك من خلال تنظيم اجتماعات دورية بين السلطات المحلية والمجتمع لتحديد الاحتياجات الصحية وتحقيق الاستجابة الفعالة لمشاكل الصحة المحلية؛
- دعم البحث العلمي والابتكار في القطاع الصحي من خلال إنشاء مراكز أبحاث طبية متخصصة ودعم المشاريع الصحية المبتكرة. يتم ذلك من خلال تشجيع التعاون بين الجامعات والمستشفيات لتطوير البحوث الطبية والتقنيات الحديثة، وتخصيص منح مالية لتطوير الحلول الصحية المبتكرة؛
- تحسين تجربة المرضى في النظام الصحي من خلال تبني نظام رعاية صحية موجه نحو المريض تركز على الاحتياجات الفردية وتوفر خدمات صحية مخصصة. وبالتالي من المستحسن تعديل الإجراءات الطبية لتحسين راحة المرضى، وتوفير خدمات استشارية صحية عبر الإنترنت لتسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية؛
- التوسع في بناء مستشفيات جديدة والمرافق الصحية في المناطق غير المخدومة بشكل كاف سيحسن من وصول السكان إلى الخدمات الصحية؛
- مع التقدم في التكنولوجيا الطبية والابتكار، يمكن للجزائر تحسين خدمات الرعاية الصحية من خلال الرقمنة والتطبيقات الصحية مثل التطبيب عن بعد والتشخيص الذكي. هذا سيساهم في تحسين الوصول إلى الرعاية

الصحية، خاصة في المناطق النائية. يجب تشجيع استخدام التكنولوجيا الحديثة في المجال الصحي، مثل السجلات الصحية الإلكترونية والطب عن بعد لضمان رعاية طبية أسرع وأكثر دقة.

رابعاً. آفاق الدراسة

يمكن التوسع في دراسة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة وتعزيز التنمية البشرية في الجزائر من خلال المقترحات التالية:

- ❖ دراسة هيكل الإنفاق الصحي وجودته وكيفية تأثيرهما على نتائج الرعاية الصحية. يمكن أن تشمل هذه الدراسة مقارنة بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية من حيث الوصول إلى الرعاية الصحية وجودتها.
- ❖ دراسة الفوارق الصحية وكيف يمكن للإنفاق الحكومي على الصحة أن يقلل الفوارق بين الفئات الاجتماعية وكذلك التحديات الصحية التي تواجهها المناطق النائية.
- ❖ دراسة كيف أن الاستثمار في الصحة يمكن أن يعزز القطاعات الأخرى، مثل السياحة الصحية أو الصناعات الغذائية التي تعتمد على الصحة الجيدة في المجتمع.
- ❖ دراسة تأثير الإنفاق الحكومي على البحث العلمي والتطوير في مجال التقنيات الطبية، مثل الطب الشخصي والطب عن بعد، وكيف يمكن لهذه الابتكارات أن تساهم في تحسين نتائج الرعاية الصحية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولا. المراجع باللغة العربية

❖ الكتب:

- (1) إبراهيم مراد الداعمة، التنمية البشرية (الإنسانية) بين النظرية والواقع، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.
- (2) بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام الصحي، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2012.
- (3) بول فلدستين، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، ترجمة محمد عابد عبد الله، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2002.
- (4) بول فلدستين، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الثاني، ترجمة محمد عابد عبد الله، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2002.
- (5) تشارلز فيلبس، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي للمسار الأمريكي، ترجمة جلال البناء، الطبعة الأولى، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، مصر، 2003.
- (6) حسام بدرأوي، محسن يوسف، الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة، مكتبة الإسكندرية، مصر، 2007.
- (7) ستيفن موريس وآخرون، التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، المملكة العربية السعودية، 2013.
- (8) سعيد عبد العزيز، يحيى عبد الغني، الموازنة العامة والتحليل الكلي، دار فاروس العلمية، الاسكندرية، مصر، 2013.
- (9) صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة: منظور شامل، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن، 2009.
- (10) طلال بن عابد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، مركز البحوث، الرياض، السعودية، 2004.
- (11) طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، دار الكتب المصرية، مصر، 2000.
- (12) عبد الرحمن يسري، جليلة حسن حسنين، اقتصاديات التنمية: الفجوة الاقتصادية ومفاهيم التنمية ونظرياتها، جامعة الاسكندرية، مصر، 2003.
- (13) عبد القادر محمد عبد القادر عطية، اتجاهات حديثة في التنمية، الدار الجامعية، مصر، 2003/2002.
- (14) عبد القادر محمد عبد القادر عطية، الحديث في الاقتصاد القياسي بين النظرية والتطبيق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2005.
- (15) عبد الله عطوي، السكان والتنمية البشرية، دار النهضة العربية، بيروت، 2004.
- (16) عدنان داود محمد الحداري، هدى زوير مخلف الدعمي، الاقتصاد المعرفي وانعكاساته على التنمية البشرية-نظرية وتحليل في دول عربية مختارة-، الطبعة الأولى، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2010.
- (17) عصام محمد السيد، الإنفاق العام على الصحة وأثره على التنمية الإنسانية-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، مكتبة الوفاء القانونية، الإسكندرية، مصر، 2017.
- (18) العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، الجزء الأول، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.

- (19) العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، الجزء الثاني، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.
- (20) العلواني عديلة، تفعيل النظام التعاقدي في نظام الصحة الجزائري: نموذج مقترح، الجزء الثالث، دار هومة للنشر، الجزائر، 2014.
- (21) غالب محمود سنجق، موسى أحمد خير الدين، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2015.
- (22) غالب محمود سنجق، موسى أحمد خير الدين، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.
- (23) فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة السابعة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.
- (24) فيليب عطية، أمراض الفقر: المشكلات الصحية في العالم الثالث، عالم المعرفة، الكويت، 1992.
- (25) كيران وولش، جوديث سميث، إدارة الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، ترجمة نبيل ابو النجا، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، 2009.
- (26) لوآن آداي وآخرون، تقويم نظام الرعاية الطبية-الفعالية والكفاءة والإنصاف-، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، معهد الإدارة العامة، الرياض السعودية، 2000.
- (27) محمد حسن خليل، اقتصاديات الصحة في مصر في مرحلة الانتقال، تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2013، مركز الدراسات الاستراتيجية بمؤسسة الأهرام، مصر، نوفمبر 2013.
- (28) محمد صفوت قابل، نظريات وسياسات التنمية الاقتصادية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 2008.
- (29) محمد عبد العزيز عجمية وآخرون، التنمية الاقتصادية: المفاهيم والخصائص-النظريات الاستراتيجية-المشكلات، مطبعة البحيرة، مصر، أكتوبر، 2008.
- (30) محمد عمر أبو دوح، ترشيد الإنفاق العام وعجز ميزانية الدولة، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2006.
- (31) محمد هاني راتب، سلمى فؤاد، إرشادات الصحة العامة من أجل حياة صحية، الطبعة الأولى، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، كلية الهندسة جامعة القاهرة، مصر، 2007.
- (32) المعتصم بالله الجوارنة، ديمة محمد وصوص، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، الطبعة الأولى، دار الخليج، عمان، الأردن، 2009.
- (33) نائل العجلوني، الصحة في الأردن: واقع وتطلعات، الطبعة الأولى، مؤسسة عبد الحميد شومان، الأردن، 1999.
- (34) نائل العجلوني، الصحة في الأردن: واقع وتطلعات، الطبعة الأولى، مؤسسة عبد الحميد شومان، الأردن، 1999.
- (35) نورالدين حاروش، الإدارة الصحية-دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2017.
- (36) نورالدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
- (37) واثق علي الموسوي، موسوعة اقتصاديات التنمية، الجزء الأول، الطبعة الأولى، دار الأيام للنشر والتوزيع، الأردن، 2018.

❖ رسائل وأطروحات جامعية:

- (38) أكرم مسلم دخل الله، الإنفاق الحكومي والخاص وأثرهما في التنمية البشرية في الأردن: دراسة اقتصادية للمدة 1970-2002، أطروحة دكتوراه فلسفة في الاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 2005.
- (39) جميلة بار، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، الجزائر، 1993/1994.
- (40) خديجة على إبراهيم، دراسة وتحليل الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية (قطاع التربية في محافظة ريف دمشق أنموذجاً)، رسالة ماجستير غير منشورة في الاقتصاد، جامعة دمشق، الجمهورية العربية السورية، 2011/2012.
- (41) خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر - دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018 -، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2019/2020.
- (42) رحاب أمين دسوقي، دور حجم وكفاءة الإنفاق العام في تحقيق النمو الاقتصادي في مصر، رسالة ماجستير في الاقتصاد، كلية التجارة، جامعة بنها، مصر، 2020.
- (43) سحر عبد الرؤوف الفقاش، تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع التأمين الصحي في مصر في الفترة (1980-2000)، أطروحة دكتوراه، تخصص الفلسفة في الاقتصاد، كلية التجارة، قسم الاقتصاد، جامعة الإسكندرية، مصر.
- (44) سمر مرسي خيرى غانم، أثر تطبيق برنامج الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية في مصر (دراسة تحليلية تطبيقية عن الفترة من عام 1990 حتى عام 2006)، رسالة ماجستير في الاقتصاد، جامعة الإسكندرية، 2008.
- (45) صادق عباس راهي الحسناوي، تحليل العوامل المؤثرة في مسارات التنمية البشرية في العراق للمدة 1990-2010، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة كربلاء، العراق، 2013.
- (46) صباح رحيم مهدي الأسدي، مستقبل التنمية البشرية في ضوء مستجدات البيئة الاقتصادية في العراق، أطروحة دكتوراه فلسفة في العلوم الاقتصادية، قسم الاقتصاد، جامعة الكوفة، العراق، 2010.
- (47) علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2010/2011.
- (48) عياشي نورالدين، المنظومات الصحية المغاربية-دراسة مقارنة-، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة قسنطينة، 2009/2010.
- (49) لطيفة إسماعيل قاسم الثور، دور السياسات الاستثمارية في تحقيق التنمية البشرية في اليمن خلال الفترة (1986-2005)، أطروحة دكتوراه الفلسفة في الاقتصاد، كلية التجارة، قسم الاقتصاد، جامعة الاسكندرية، مصر، 2006.
- (50) محمد عربي ياسر الربيعي، أثر الإنفاق الصحي الحكومي في التنمية البشرية المستدامة في العراق، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، الجامعة المستنصرية، العراق، 2011.
- (51) محمد غانم الأسطل، محددات الوضع الصحي في فلسطين وانعكاساته على التنمية البشرية، رسالة ماجستير في الاقتصاد، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، قسم الاقتصاد، جامعة القاهرة، مصر، 2007.
- (52) نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية-دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة -، رسالة ماجستير في الاقتصاد المالي، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2004/2005.

- (53) نعيمة أحمد عمر الشامي، محددات سياسة التسعير للخدمات الصحية بالمراكز والمستشفيات الخاصة دراسة ميدانية بمدينة بنغازي، رسالة ماجستير جامعة بنغازي، ليبيا، 2013.
- ❖ مقالات منشورة في مجلات:
- (54) إسراء كاطع فياض، واقع التنمية البشرية في العراق وآفاق النمو الاقتصادي (دراسة تحليلية)، مجلة واسط للعلوم الانسانية والاجتماعية، العراق، المجلد 13، العدد 38، ISSN: 1812-0512، 2017، ص: 363-396.
- (55) بشير هادي عودة، دور التنمية البشرية المستدامة في العراق: المضمون ومبادئ تنفيذ الأهداف، مجلة العلوم الاقتصادية، جامعة البصرة، المجلد 12، العدد 45، ردمك 1814-9669، 2017، ص: 65-92.
- (56) بن أحمد لخضر، لباز الأمين، الاستثمارات العامة في الجزائر وانعكاساتها على المتغيرات الاقتصادية الكلية-دراسة تقييمية للفترة الممتدة بين (2001-2010)، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة زيان عاشور بالجلفة، المجلد 02، العدد 02، أكتوبر 2014، ص: 86-108.
- (57) بن بريكة عبد الوهاب، مياح عادل، الهيكل الصناعي الدوائي في الجزائر، أبحاث اقتصادية وإدارية، جامعة بسكرة، الجزائر، العدد 09، جوان 2011.
- (58) بوشلاغم عميروش، شرقي منصف، واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، المجلد 4 العدد 3، ديسمبر 2017.
- (59) جيهان سيد محمد مصطفى، التقييم الاقتصادي للخدمات الصحية، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، المجلد 01، العدد 01، جانفي، 2012، ص: 214-217.
- (60) حوالم رحيمة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة، جامعة الجزائر 3، الجزائر، المجلد 06، العدد 06، 2017، ص: 219-236.
- (61) خالد كاظم أبو دوح، الأمن الصحي، مركز البحوث الأمنية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المجلد 01، العدد 01، 2021.
- (62) خلاصي عبد الإله، إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017، مجلة المشكاة في الاقتصاد والتنمية والقانون، المجلد 01، العدد 06، 2017.
- (63) خمخام عطية، بن ديدينة سعيد، ترقية الصادرات خارج المحروقات في ظل مخطط الإنعاش الاقتصادي (2020-2024)، مجلة المنتدى للدراسات والأبحاث الاقتصادية، جامعة الجلفة، الجزائر، المجلد 06، العدد 02، 2022، ص: 357-375.
- (64) سحر عبود، الإنفاق الصحي في مصر وتعزيز الصمود في مواجهة الأزمات، مجلة كلية السياسة والاقتصاد، جامعة بني سويف، مصر، المجلد 18، العدد 17، جانفي 2023، ص: 310 إلى 340.
- (65) سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد 07، 2016.
- (66) سلاوي حسينة، التأمين الصحي التعاوني آلية لتحسين مستوى الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، مجلة الإبداع، جامعة البليدة 2، الجزائر، المجلد 05، العدد 05، 2011.
- (67) سليمان بوفاسة، ساعد محمد، تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية-دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى، مجلة المالية والأسواق، الجزائر، المجلد 04، العدد 01، 2017.

- 68) سليمة بلخير وآخرون، المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة زيان عاشور بالجلفة، المجلد 12، العدد 04، 2018.
- 69) صابة مختار، برنامج دعم الانعاش الاقتصادي: البنية والمكونات، مجلة دراسات العدد الاقتصادي، المجلد 01، العدد 1، 2010، ص ص: 139-156.
- 70) صفاء عبد الجبار علي الموسوي، العلاقات السببية في نماذج الاقتصاد القياسي على مقدرات OLS، مجلة العلوم الاقتصادية، العدد 14، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة المستنصرية، 2007.
- 71) طلعت الدمرداش إبراهيم، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثارها الاقتصادية: دراسة حالة لجمهورية مصر العربية، مجلة البحوث التجارية (كلية التجارة - جامعة الزقازيق) - مصر، المجلد 22، العدد 02، 2000، ص ص: 114-15.
- 72) العالية مناد، مزريق عاشور، مدى مساهمة البرامج التنموية التي تبنتها الجزائر في تحقيق التنمية المستدامة بالإسقاط على الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2019، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، جامعة الشلف، الجزائر، المجلد 16، العدد 22، 2020، ص ص: 207-222.
- 73) عدنان مريزق، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، العدد 01، 2006.
- 74) عدنان مريزق، دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 25، ماي 2012.
- 75) علي سنوسي، آليات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر 3، الجزائر، المجلد 14، العدد 02، 2010.
- 76) غرايية فضيلة، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر-تحديات وإنجازات-، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة تبسة، الجزائر، المجلد 9، العدد 01، 2016، ص ص: 239-252.
- 77) الفاتح محمد عثمان مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، أماراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، الولايات المتحدة الأمريكية، المجلد 04، العدد 10، 2013.
- 78) فرقاني فتيحة، التنمية البشرية: مقارنة لمحددات التأسيس ومضامين الأداء، مجلة البحوث السياسية والإدارية، الجزائر، المجلد 3، العدد 01، الجزائر، 2014، ص ص: 147-156.
- 79) محمد حسين حفي غانم، تحليل مقارن لأثر الإنفاق في التعليم والصحة على التنمية البشرية بين مصر وماليزيا، المجلة العلمية للبحوث التجارية، كلية التجارة، جامعة جنوب الوادي، المجلد 3، العدد 01، 2019، ص ص: 24-55.
- 80) مخلوف هشام، قراءة في القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة بين المستجدات والنقائص، حوليات جامعة الجزائر 1، الجزائر، المجلد 35، العدد 01، مارس 2021، ص ص: 66-82.
- 81) مريم رعد عبد الزهرة، تحقيق الأمن الصحي في المجتمع الدولي، مجلة الشرق الأوسط للدراسات القانونية والفقهية، المجلد 02، العدد 02، 2022، ص ص: 96-113.
- 82) المستوفي صباح صاحب، تمويل الخدمات الصحية العامة في العراق (دراسة تحليلية للسنوات 2002-2014)، مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية، العراق، المجلد 15، العدد 63، فيفري 2019.

- (83) مشتاق طالب ابراهيم حمادي المشهداني، سامي حميد عباس الجميلي، قياس وتحليل أثر النمو السكاني على بعض مؤشرات التنمية البشرية في الاقتصاد العراقي للمدة (2005-2020)، مجلة اقتصاديات الأعمال للبحوث التطبيقية، جامعة الفلوجة، العراق، المجلد 03، العدد 05، ISSN 2709-6475، 2022، ص ص: 109-125.
- (84) نبيلة بوخيزة، الاتصال الاجتماعي في الجزائر، المجلة الجزائرية للاتصال، دار الحكمة، الجزائر، العدد 16، 1997.
- (85) نصر الدين عيساوي، ابراهيم براهيمية، نحو تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية للمنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة قسنطينة، المجلد ب، العدد 41، جوان 2014.
- (86) نصيرة صالح، شعيب قمار، مساعي بناء رأس المال البشري في الجزائر وفق مضامين المخططات التنموية الاقتصادية (2001-2019)، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، المجلد 08، العدد 02، جويلية 2019.
- (87) نوال بن عمار، تحليل الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة في القطاع الصحي الجزائري، مجلة جيل العلوم الاجتماعية والإنسانية: مركز جيل البحث العلمي، العدد 53، ISSN 2311-5881، ماي 2019، ص ص: 21-41.
- (88) نوال بن عمار، تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة بالجزائر (الهدف الرابع والخامس)، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، الجزائر، المجلد 13، العدد 05، 2021، ص ص: 175-188.
- (89) نوال مازيغي، دور التأمين الصحي في تجسيد الحق في الصحة، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة يحي فارس بالمدينة، الجزائر، المجلد 5، العدد 1، مارس 2020.
- (90) نورالدين عياشي، المسألة الصحية بين الأهداف التنموية للألفية وأهداف التنمية المستدامة - حالة الجزائر-، مجلة العلوم الإنسانية، الجزائر، المجلد ب، العدد 50، ديسمبر 2018، ص ص: 159-179.
- (91) هدى بن محمد، عرض وتحليل البرامج التنموية، في الجزائر خلال الفترة 2001-2019، مجلة كلية السياسة والاقتصاد، جامعة بني سويف، مصر، العدد الخامس، جانفي 2020، ص ص: 35-69.
- ❖ **الدوريات والمجلات والمؤسسات الدولية والمنتديات:**
- (92) تقرير عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، مؤشرات التنمية الدولية، مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1993، القاهرة.
- (93) رجاء الكساب، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة، منتدى البدائل العربي للدراسات، على الموقع: <http://www.afalebanon.org/ar> تمت زيارته يوم 2020/07/11 على الساعة 10.00 صباحا.
- (94) سلسلة تقارير خاصة، بؤس الرقابة على المستحضرات الصيدلانية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، (28)، 2004.
- (95) سي روس أنتوني وآخرون، إصلاح القطاع الصحي في إقليم كوردستان-العراق (إصلاح التمويل، الرعاية الأولية وسلامة المرضى)، وزارة التخطيط، وزارة الصحة، مؤسسة راند، 2014.
- (96) شادية فتحي، السياسات العامة في ماليزيا، مركز الدراسات الأسبوعية، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، القاهرة، 2008.
- (97) عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، السنة الثانية، العدد 22، أكتوبر 2003.
- (98) كودي ديفيدو آخرون، المعركة من أجل الصحة العالمية: الكفاءة ضرورة ملحة، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، العدد 51، الرقم 04، ديسمبر 2014.
- (99) مديحة خطاب، سمير بانوب، البدائل المتاحة لإصلاح التأمين الصحي في مصر، منتدى الحوار: الكراسية الحادية والستون، مكتبة الإسكندرية، مصر، 22، جويلية 2006.
- (100) المعهد العربي للتخطيط، تحليل تقرير التنمية البشرية (HDR-UNDP) 2018.

- 101 ميلندا مور وآخرون، مستقبل الرعاية الصحية في إقليم كردستان-العراق، نحو نظام فعال عالي الجودة مع التركيز على الرعاية الأولية، حكومة إقليم كردستان، وزارة التخطيط، وزارة الصحة، مؤسسة راند، 2012.
- 102 نجوى خلاف، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئة، 2005.
- ❖ **المدخلات في المؤتمرات العلمية:**
- 103 بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسن أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، مصر، 12-14 مارس 2002.
- 104 رزقي نورالهدى، بهلول نورالدين، القطاع الخاص كبديل تمويلي للمنظومة الصحية في الجزائر - اختلالات القطاع العام، مميزات القطاع الخاص - المؤتمر العلمي الدولي حول: الصحة في الدول النامية - الواقع والتطلعات - جامعة قفصة، تونس، أيام 06-1 مارس 2020.
- 105 ريم النجداوي، خطة التنمية لما بعد 2015، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة الاسكوا، ورشة العمل حول (ترسيخ مفهوم التنمية المستدامة)، الدوحة، قطر 15-16 أكتوبر 2014.
- 106 شعيب قماز، مساعي تكريس التنمية الإنسانية من أجل توسيع الخيارات المستقبلية: دراسة حالة الجزائر، ملتقى دولي حول "صناعة المستقبل في السياسات العربية: نحو تفعيل لدور الدراسات المستقبلية"، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قلمة، يومي 08 و 09 ديسمبر 2018.
- 107 طلال عباسي وآخرون، النموذج الاقتصادي الجديد لدعم النمو في الجزائر بين المقاربة النظرية والتجسيد الفعلي، الملتقى الوطني حول التوجهات النقدية والمالية للاقتصاد الجزائري على ضوء التطورات الاقتصادية الإقليمية والدولية، جامعة الجلفة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 14 نوفمبر 2019.
- 108 عبد الرحيم محمد عبد الرحيم، التنمية البشرية ومقومات تحقيق التنمية المستدامة في الوطن العربي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، التنمية البشرية وأثرها على التنمية المستدامة، بحوث واوراق عمل المؤتمر العربي السادس للإدارة والبيئة، شرم الشيخ، مصر، 2007.
- 109 محمد زيدان، محمد يعقوبي، فعالية الموارد التمويلية المتاحة لمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الضمان الاجتماعي، ورقة مقدمة للمشاركة في الملتقى الدولي حول: الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير-تجارب الدول - جامعة حسينية بن بوعلي بالشلف، الجزائر، يومي 03/04 ديسمبر 2012.
- ❖ **التقارير الدولية**
- 110 الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2016، نيويورك، 2016.
- 111 الأمم المتحدة، التأمين الصحي المدعوم للفئات التي يصعب الوصول إليها: نحو تغطية صحية شاملة في المنطقة العربية- نظرة أولى-، للجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، 2022.
- 112 الأمم المتحدة، التقدم نحو أهداف التنمية المستدامة في المنطقة العربية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الاسكوا، 2023.
- 113 الأمم المتحدة، التقرير العربي للتنمية المستدامة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الاسكوا، العدد الأول، بيروت، 2015.
- 114 الأمم المتحدة، التقرير رقم A/57/270، 2000.

- 115 الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2015، إدارة شؤون الإعلام في الأمم المتحدة، DPI/2594/2A .
- 116 الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2020، نيويورك، 2020.
- 117 الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2021، نيويورك، 2021.
- 118 الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2022، نيويورك، 2022.
- 119 الأمم المتحدة، تقرير أهداف التنمية المستدامة 2023: نحو خطة إنقاذ للناس والكوكب، نيويورك، 2023.
- 120 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي لعام 2018، واشنطن، الو.م.أ.
- 121 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2022: تعظيم الفرص لتعافٍ يشمل الجميع ويعزز القدرة على مواجهة الأزمات في حقبة ما بعد كوفيد-19، المكتب الإقليمي للدول العربية، 2022
- 122 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2010: الثروة الحقيقية للأمم: مسارات إلى التنمية البشرية، لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا الإسكوا، ISBN: 9780230284456، 2010.
- 123 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2014: المضي في التقدم، بناء المنعة لداء المخاطر، 2014 .
- 124 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2024/2023: الخروج من المأزق، صورة التعاون في عالم الاستقطاب، نيويورك، 2024.
- 125 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 2020: أفق جديد - التنمية البشرية والأنثروبوسين، نيويورك، 2020.
- 126 تقرير التنمية البشرية لعام 1995 .
- 127 تقرير منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008، الرعاية الصحية الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى، 2008.
- 128 جمعية الأمم المتحدة للبيئة التابعة لبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، تحقيق خطة التنمية المستدامة لعام 2030، UNEP/EA.2/INF/4، 2016 .
- 129 اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، نحو جعل الميزانيات أكثر إنصافاً وكفاءة وفعالية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، مرصد الإنفاق الاجتماعي للدول العربية، الأمم المتحدة، بيروت، لبنان، 2022.
- 130 اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا نحو إنفاق اجتماعي أكثر إنصافاً وكفاءة وفعالية مرصد الإنفاق الاجتماعي في الأردن، E/ESCWA/CL3.SEP/2021/CP.4، الأمم المتحدة، بيروت، لبنان، 2022.
- 131 اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأهداف الإنمائية للألفية في منطقة الاسكوا: تقرير عن التقدم المحرز 2004، الأمم المتحدة، نيويورك 2005.
- 132 مركز دراسات الوحدة العربية، التنمية البشرية في الوطن العربي، بحوث الندوة الفكرية التي نظمتها الأمانة العامة لجامعة الدول العربية واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الطبعة الأولى، بيروت، فيفري 1995.
- 133 منظمة الصحة العالمية، دور منظمة الصحة العالمية في التدابير التي تضمن توافر المنتجات الطبية العالية النوعية والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار، فيفري 2011، ص: 01.
- 134 منظمة الصحة العالمية، إستراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2014-2023، وثائق منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا، 2013.

- (135) منظمة الصحة العالمية، التغطية الصحية الشاملة، المجلس التنفيذي، الدورة الثانية والثلاثون بعد المائة، يناير 2013.
- (136) منظمة الصحة العالمية، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، مراجعة محمد هيثم خياط، أكاديمية إنترناشيونال، لبنان، 2007.
- (137) منظمة الصحة العالمية، طب المجتمع، سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، أكاديميا، بيروت، لبنان، 2011.
- (138) المنظمة العالمية للملكية الفكرية، تقرير بشأن مساهمة الويبو في تنفيذ أهداف التنمية المستدامة والغايات المرتبطة بها، CDIP/21/10، جنيف، 2018.
- (139) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إصلاح المستشفيات: الإطار التصوري والمسار العملي، ملف صحفي، كتابة الدولة المكلفة بإصلاح المستشفيات، الجزائر، ماي 2021.
- ❖ **قوانين ومراسيم ودساتير الجزائر**
- (140) مرسوم تنفيذي رقم 20-106 ماضي في 28 أبريل 2020، ج.ر.ج. عدد 26، صادر في 03 مايو سنة 2020، يُعدل المرسوم التنفيذي رقم 19-379 المؤرخ في 31 ديسمبر سنة 2019.
- (141) الجريدة الرسمية للمناقشات، الجلسة العلنية لمناقشة مشروع القانون المتعلق بالصحة المنعقدة يوم الأحد 22 أبريل 2008، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المجلس الشعبي الوطني، الفترة التشريعية الثامنة، دورة البرلمان العادية (2017-2018)، ص: 05.
- (142) مصالح الوزير الأول، اجتماع الحكومة، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيان صحفي، 2023/10/30.
- (143) رئاسة الجمهورية، برنامج التنمية الخماسي 2010-2014، بيان اجتماع مجلس الوزراء، 24 ماي 2010.
- (144) مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج السيد رئيس الجمهورية، 06 فيفري 2020.
- (145) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح الوزير الأول، مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج السيد رئيس الجمهورية، سبتمبر 2021.
- (146) المادة 175 من القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991، يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65.
- (147) المادة 128 من المرسوم التشريعي رقم 93-01 المؤرخ في 19 يناير 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1993، الجريدة الرسمية، العدد 04.
- (148) المادة 147 من المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في 29 ديسمبر 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1994، الجريدة الرسمية، العدد 88.
- (149) مرسوم تنفيذي رقم 19-190 ماضي في 03 يوليو 2019، ج.ر.ج. عدد 43، صادر في 07 يوليو سنة 2019.
- (150) مرسوم تنفيذي رقم 19-379 ماضي في 31 ديسمبر 2019، ج.ر.ج. عدد 01، صادر في 05 يناير سنة 2020. (مُعدّل). تمّ تعديله بالمرسوم التنفيذي رقم 20-106 ماضي في 28 أبريل 2020.
- (151) مرسوم تنفيذي رقم 18-257 ماضي في 11 أكتوبر سنة 2018، ج.ر.ج. عدد 62، صادر في 17 أكتوبر سنة 2018.

❖ مواقع على شبكة الانترنت

(152) أخبار الأمم المتحدة: منظمة الصحة العالمية: حالة انتحار واحدة، كل 40 ثانية (9 سبتمبر 2019)،

<https://news.un.org/ar/story/2019/09/1039302>

(153) عبد المالك بوضياف: تغييرات جنسية في قطاع الصحة السنة القادمة و القانون الجديد أمام البرلمان قريبا، موقع الإذاعة الجزائرية، 01

أكتوبر 2015، <http://www.radioalgerie.dz/> تم الاطلاع عليه يوم 23 أبريل 2016 على الساعة 12:29.

ثانيا. مراجع باللغة الأجنبية

❖ books:

(154) H.R.Seddighi, K.A.Lawler and A.V. Katos, *Econometric SIA Practical Approach*, London, 2000.

(155) James Henderson, health economics and policy, The 6th edition, USA, 2012.

(156) JOHN Gibbons, Pharmaceutical R&D: Costs, Risks, and Rewards, office of technology assessment, National Academies, U S congress: government printing office, 1993.

(157) Marshall Alfred, Principles of economics, 8th Edition, Palgrave Classics in Economics, ISBN: 978-0-230-24927-1, 2013

(158) Morris, Stephen, et al. Economic Analysis in Health Care. Second edition, John Wiley & Sons, 2012.

(159) Richard Thomas, Society and health, Kluwer academic, Plenum Publishers, New York, 2003.

(160) TIM ENSOR & STEPHANIE COOPER, Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side, Health Policy And Planning, Oxford University Press, 2004, 19(2)

(161) Wagner, Richard E., & Backhaus, Jürgen G. (Eds.). (2004). Handbook of Public Finance. Kluwer Academic Publishers. ISBN 1-4020-7863-3 (Print), ISBN 1-4020-7864-1 (eBook).

❖ Theses and dissertations

(162) Belay Mohammed, Determinants of Demand for Health Care Services in Mekelle City, A Thesis Submitted to Mekelle University, College of Business and Economics, Department of Economics in Partial Fulfillment of Masters of Science Degree in Economics (Specialization of Development Policy Analysis), Mekelle University , Ethiopia, May 2013.

(163) Nouara Kaid Tlilane, Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Béjaïa, THESE POUR LE DOCTORAT D'ETAT EN SCIENCES ECONOMIQUES, UNIVERSITE D'ALGER, 2003.

❖ Journals, Reports, and Periodicals

(164) Abas, N. K. H., Borhan, N. A., Muda, R., & Zakaria, Y. (2024). The role of government health expenditure in driving economic growth: Evidence from OECD countries. Information Management and Business Review, 16(3), 736-749.

- 165) Abdelhak Saihi, le système de santé publique en Algérie : **analyse et perspectives**, revue gestion hospitalières, n 455, 2006, 241-244.
- 166) Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: A critical analysis. Health Policy and Planning, 23 (6), 369-375.
- 167) Ataklı-Yavuz, R., & Yılmaztürk, R. G. (2023). The relationship between human development and health expenditures: Evidence from the Driscoll-Kraay estimator. Journal of Management and Economics Research, 21(3), 163-175.
- 168) Banase, M. A. D. D., & Purwono, R. (2024). The Influence of Government Expenditure on the Human Development Index in NTT Province. Jurnal Ilmu Ekonomi Terapan, 9(1), 109-119.
- 169) Benyagoub, E. (2023). *Methicillin, β -lactams, and clindamycin resistance profiles of Staphylococcus aureus strains isolated from patients with UTI in Bechar province (Algeria)*. Anti-Infective Agents.
- 170) Beylik, U., Cirakli, U., Cetin, M., Ecevit, E., & Senol, O. (2022). The relationship between health expenditure indicators and economic growth in OECD countries: A Driscoll-Kraay approach. Frontiers in Public Health, 10, 1050550.
- 171) Boussalem, F., Boussalem, Z., & Taiba, A. (2014). The Relationship between public spending on health and economic growth in Algeria: Testing for Co-integration and Causality. International Journal of Business and Management, 2(3), 25-39.
- 172) Carlson, C., et al. (2022). Strengthening global health security: Lessons learned from Public Health England's International Health Regulations Strengthening Project. Globalization and Health, 18 (20).
- 173) Debie, A., et al. (2022). Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: A narrative review and synthesis of the literature. Health Research Policy and Systems, 20 (50).
- 174) Dinçer, H., & Yüksel, S. (2019). Identifying the causality relationship between health expenditure and economic growth: An application on E7 countries. Journal of Health Systems and Policies, 1, 6-21.
- 175) Goel, Sonu et al, (2011). "Ecological Footprint: A tool for measuring Sustainable development." International Journal of Environmental Sciences, volume2, no. 1, . ISSN 0976 – 4402.
- 176) Hamadi, A. et al, (2020). Health Financing, Health Care Spending and Social Security in Algeria During The Period 2002-2018, Journal of Economics and Applied Statistics, 17(3), 122-136
- 177) Hui Zheng & Patricia Thomas, Marital Status, Health, and Mortality. Journal of Health and Social Behavior, 54(1) 128–143, 2013.
- 178) Ibikunle, J. A. (2019). Life expectancy, public health spending, and economic growth in Nigeria. Social Sciences, 8(6), 369-376.
- 179) Jaba, E., Balan, C. B., & Robu, I. B. (2014). The relationship between life expectancy at birth and health expenditures estimated by a cross-country and time-series analysis. Procedia Economics and Finance, 15, 108-114.
- 180) John Anyanwu & Andrew Erhijakpor, Health Expenditures and Health Outcomes in Africa, African Development Bank, Economic Research Working Paper, No 91, December 2007.
- 181) Kazi Julfikar Ali & A.N.K Noman, Determinants of Demand for Health Care in Bangladesh: An Econometric Analysis, World Journal of Social Sciences, Vol. 3. No. 6. November 2013.

- 182) Khalid H. Qudair, The Relationship between Government Expenditure and Revenues in the Kingdom of Saudi Arabia: Testing for Cointegration and Causality, Econ.&Adm., Vol 19, No.1, 2005, p34.
- 183) Mairi, A., Meyer, S., Tilloy, V., Barraud, O., & Touati, A. (2022). *Whole Genome Sequencing of Extended-Spectrum Beta-Lactamase-Producing Klebsiella pneumoniae Isolated from Neonatal Bloodstream Infections at a Neonatal Care Unit, Algeria*. Microbial Drug Resistance.
- 184) Manullang, R. R., Amran, E., Syofya, H., Harsono, I., & Awaluddin. (2024). The influence of government expenditures on the human development index with gross domestic product as a moderating variable. Reslaj: Religion Education Social Laa Roiba Journal, 6(4), 2059-2068.
- 185) Michael Freeman et al, Economies of Scale and Scope in Hospitals: An Empirical Study of Volume Spillovers, MANAGEMENT SCIENCE, Articles in Advance, ISSN 1526-5501, May 26, 2020.
- 186) Mirahsani, Z. (2016). The relationship between health expenditures and human development index. Journal of Research & Health, 6(3), 373-377.
- 187) Muhammad Akram & Faheem Jehangir Khan, Health Care Services and Government Spending in Pakistan, *PAKISTAN INSTITUTE OF DEVELOPMENT ECONOMICS*, Islamabad, Pakistan, PIDE Working Papers, 2007.
- 188) Nainggolan, R. M. (2024). The effect of health and economic sector government expenditure on human development index. Gorontalo Development Review, 7(1), 91-102.
- 189) Pineda, Jose, Sustainability and human development: a proposal for a sustainability adjusted HDI (SHDI). MPRA Paper No. 39656, June 2012.
- 190) Qazi, A., Simsekler, M.C.E., & Al-Mhdawi, M.K.S. (2024). Prioritizing Indicators for Rapid Response in Global Health Security: A Bayesian Network Approach. International Journal of Disaster Risk Science.
- 191) Rahab Mbau et al, Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature, Applied Health Economics and Health Policy, volume21, open access, 2023, pages; 205-224.
- 192) Rahman, A., Nursini, N., Razak, A. R., & Iswanto, A. A. (2021). Education outcome in Eastern Indonesia through education expenditure. Community Empowerment in Tourism & Creative Economy, 3(1), 321-331.
- 193) Rahman, M. M. (2011). Causal Relationship among Education Expenditure, Health Expenditure and GDP: A Case Study for Bangladesh. International Journal of Economics and Finance, 3(3), 149-158
- 194) Regmi K., (2012). Effective Health Services: Perspectives and Perceptions of Health Service Users and Healthcare Practitioners. Primary Health Care: Open Access, Volume 2, Issue 3, ISSN: 2167-1079.
- 195) Santos et al. Should we adjust health expenditure for age structure on health systems efficiency? A worldwide analysis, Health Economics Review, volume13, 2023,
- 196) Šehović, A. B., & Govender, K. (2021). "Addressing COVID-19 vulnerabilities: How do we achieve global health security in an inequitable world." Global Public Health, 16.8-9 (2021), 1198-1208. Web.
- 197) Takkella, P. (2023). Health care expenditure and its impact on economic performance and life expectancy: A comparative study between India & USA. International Journal of Social Sciences & Economic Environment, 8(1), 1-11.
- 198) Tchitchoua, J., & Mahamat Ibrahim, C. (2024). Effects of health and education public spending on human development in Chad. Economic & Management Review, 23(1), 49-67.

- 199) William Savedoff et al, (2023). Smart Spending for Health: How to Make Each Dollar Count. **Inter-American Development Bank**. 1300 New York Avenue, N.W., Washington, D.C. 20577.
- 200) Wu, H. (2023). The impact of government health expenditure on economic growth. **BCP Business & Management EMEHSS**, 49, 462-475.
- 201) Yousfi, I. (2023). The impact of health expenditure and economic growth on human development in Algeria: An empirical study (2003-2020). **Human Resources Journal**, 18, 718-740.
- 202) Farid Chaoui, Michel Legros, **Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie: Défis nationaux et enjeux partagés**, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed : Institut de prospective économique du Monde Méditerranéen, N ° 1 3 A V R I L 2 0 1 2.
- 203) Pharmaceutical Market Size, Share & Trends Analysis Report, **"Grand View Research**, 2024. Accessed on [13/04/2024].
- 204) Achieving Universal Health Coverage by 2030. Research Note on Achieving Universal Health Coverage by 2030, **Lok Sabha Secretariat, Research and Information Division**, India, 2019.

❖ Conference Presentations

- 205) Abid.L, Organisation actuelle du système de santé et perspectives, **Colloque International sur les Politiques de Santé Alger**, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière *en collaboration avec* Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, les 18 et 19 Janvier 2014.
- 206) Brahim Brahmia, Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, **Colloque International sur les Politiques de Santé Alger**, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière *en collaboration avec* Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, les 18 et 19 Janvier 2014.
- 207) CHACHOUA.L, le système national de sante 1962 a nos jours, **Colloque International sur les Politiques de Santé Alger**, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière *en collaboration avec* Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, les 18 et 19 Janvier 2014.
- 208) SAIHI Abdelhak, La réforme du service public de santé : Etat des problématiques, **Colloque International sur les Politiques de Santé Alger**, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière *en collaboration avec* Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, les 18 et 19 Janvier 2014.

❖ International Reports

- 209) Ajay Tandon et al, **MEASURING OVERALL HEALTH SYSTEM PERFORMANCE FOR 191 COUNTRIES**, GPE Discussion Paper Series: No. 30, EIP/GPE/EQC, World Health Organization.
- 210) **GHS INDEX : GLOBAL HEALTH SECURITY INDEX 2019**, Johns Hopkins Center for Health Security, The Economist Intelligence Unit , October 2019. .
- 211) Helliwell, J. F., et al. (2024). **World Happiness Report 2024**. Wellbeing Research Centre, University of Oxford.
- 212) Legatum Institute Foundation. **The 2023 Legatum Prosperity Index™**, (16th edition).2023 pp 4-21.

- 213) Médecins Sans Frontières. (2023). *Missing (from) the UHC-targets: Leaving behind the most vulnerable*. Paris, France:, MSF report, 2023.
- 214) Nuclear Threat Initiative. (2019). *Global health security index: Building collective action and accountability*.
- 215) Rapport national: les objectifs du Millénaire pour le développement ALGERIE; Rapport établi par le gouvernement algérien, Juillet 2005. Algérie.
- 216) Rapport national 2000-2015 : les objectifs du Millénaire pour le développement ALGERIE; Rapport établi par le gouvernement algérien, juin 2016 .
- 217) UNDP, HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2021/2022, Technical notes.
- 218) United Nations. (2015). *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development*. General Assembly Resolution 69/313, 27 July 2015, New York, NY: United Nations, 2015. pp :08-17
- 219) United Nations. (2023). *Action agenda on universal health coverage from the UHC movement: 2023 UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage*, 2023.
- 220) World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development. (2017). *Healthy systems for universal health coverage - a joint vision for healthy lives*. Geneva: World Health Organization. Geneva ,2017.
- 221) world health organization, *The impact of health expenditure on households and options for alternative financing*, Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Fifty-first Session Technical paper, EM/RC51/4. July 2004.
- 222) World Health Organization. (2019). *Malaria elimination in Algeria: E-2020 country brief*.
- 223) World Health Organization. *Global spending on health: rising to the pandemic's challenges*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. pp: 02-09.
- 224) World Health Organization. *Universal Health Coverage*. Executive Board, 154th session, Provisional agenda item 6, Report No. EB154/6, 2023.
- 225) World Intellectual Property Organization (WIPO). (2023). *Global Innovation Index 2023: Innovation in the Face of Uncertainty*, (16th Edition). Geneva: WIPO. pp 25-42
- 226) Xu, K., et al. (2018). *Public spending on health: A closer look at global trends*. Geneva: *World Health Organization* .2018. ISBN 978-92-4-004034-2.

❖ Websites

- 227) <https://research.un.org/ar/docs/environment/conferences>
- 228) <https://www.un.org/ar/esa/hdr/>
- 229) <https://www.unescwa.org/>
- 230) [Inequality-adjusted Human Development Index | Human Development Reports \(undp.org\)](https://inequality-adjusted-human-development-index.org/)
- 231) <https://www.socialprogress.org/2024-social-progress-index/>
- 232) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS>
- 233) <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4953>
- 234) <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads>
- 235) <https://data.albankaldawli.org/indicator>
- 236) <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/health-nutrition-and-population-statistics/series/SH.DYN.MORT>
- 237) <https://data.albankaldawli.org/indicator>
- 238) <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
- 239) <http://www.worldbank.org>
- 240) <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>

241) <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/hepatitis/implementation-progress-of-the-regional-action-plan-for-viral-hepatitis-in-the-western-pacific-2016-2020/regional-action-on-viral-hepatitis?>

❖ **Laws and Constitutions of Algeria**

242) Conseil National Economique et Social, **La conjoncture économique et sociale du 2ème semestre 2002**, 22ème Session Plénière, Commission de l’Evaluation.

243) Office National des Statistiques, _L’Algérie en quelques chiffres : résultats 2003, édition 2005, n° 34. Alger : ONS,. ISSN 1010-1284.

244) Office National des Statistiques, _L’Algérie en quelques chiffres : résultats 2006-2008, édition 2009, n° 39. Alger : ONS,. ISSN 1010-1284.

245) REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE, LA LOI SANITAIRE ALGERIENNE, LOI N° 85-05 DU 16 /02/85 - RELATIVE À LA PROTECTION ET A LA PROMOTION DE LA SANTE.

246) RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE, **STRATÉGIE OMS DE COOPÉRATION AVEC LES PAYS**, 2002 – 2005.

247) République Algérienne Démocratique Populaire, Services Du Premier Ministre, Plan D’action Du Gouvernement Pour la Mise En œuvre Du Programme Du President de La République, Septembre 2017 .

تم بحمد الله وعونه

الحمد لله الذي هدانا

لهذا وما كنا لنهتدي

