

إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017.  
The problem of financing health expenditures in Algeria  
During the period 2008-2017.

خلاصي عبد الاله<sup>1</sup>

<sup>1</sup> طالب دكتوراه جامعة أبي بكر بلقايد-تلمسان، -khelassi\_abdelilah@yahoo.fr

تاريخ النشر: 2017/12/ 15

تاريخ القبول: 2017/12/ 05

تاريخ الاستلام: 2017 /11/ 03

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى توضيح أهم الاختلالات التي يعاني منها نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر ومكانة هذا التمويل من مشروع الإصلاح، إذ أن مسألة توفير الموارد المالية للصحة واحتواء التزايد المستمر للإنفاق الصحي أصبح من أهم التحديات التي تواجه السلطات العمومية في الجزائر. وقد توصلت الدراسة إلى أن حصة الدولة في تمويل نفقات القطاع الصحي تشكل نسب كبيرة جدا تليها صناديق الضمان الاجتماعي والتي بدورها أصبحت تعاني من صعوبات مالية نتيجة التغير في الهرم السكاني والتحويلات نحو الخارج من اجل العلاج، وأيضا ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، لذا فان تفعيل تطبيق نظام التعاقد وفق إستراتيجية شراء الخدمات الصحية، والبحث عن مصادر تمويل جديدة أصبح ضرورة حتمية.

كلمات مفتاحية : نفقات الصحة، التمويل، الجزائر، القطاع الصحي، الضمان الاجتماعي.

تصنيف JEL: I14، D63.

**Abstract:**

this study aims at clarifying the main anomalies which the system of funding health expenditures suffers from in Algeria and the position of this funding in the reform project, for, providing financial resources to the health and containing this continued health expenditure has become one of the major challenges facing public authorities in Algeria. This study has realized that the share of the state in funding the health sector expenditures represents huge sums of money followed by social security funds which also suffers from financial hinders resulting from the change in population pyramid and remittances abroad for treatment, add to this, the augmentation of the drug import invoice. Thus, applying centralization system through the strategy of buying health services and searching new funding resources have become a crucial necessity.

**Keywords:** health expenditures, funding, Algeria, health sector, social security.

Jel : I14، D63.

## مقدمة:

إن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري تطرح مشكل نمو احتياجات الأفراد للخدمات الصحية والإنفاق عليها، وان الهدف من النفقات الصحية هو الوقاية من الأمراض والشفاء منها من أجل الحفاظ على الموارد البشرية وتنميتها وبالتالي زيادة إنتاجية الأفراد ومنه زيادة الناتج الداخلي الخام، لذا فان الإنفاق على الصحة لا يعد ضرورة إنسانية فقط بل ضرورة اقتصادية أيضا، ولقد شهد الإنفاق الصحي في الجزائر تطورا كبيرا وتناميا واسعا بحيث أصبحت أرقام القطاع الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة، ونظرا لهذا التزايد والتطور في نفقات الصحة أضى الاهتمام بالإنفاق الصحي وتمويله من الأولويات التي يسعى المشرفين على قطاع الصحة إلى معرفتها وتحليلها، ولقد ظل النظام الصحي ولوقت طويل محل اهتمام أصحاب القرار لأنه يشكل الهيكل المؤطر للنشاط الصحي، والإطار التي تمزج فيه كل السياسات والاستراتيجيات الموجهة والمنظمة نحو تحقيق أفضل رعاية وأكثر حماية لصحة المواطن.

هذا ويعتبر تمويل نفقات الصحة رهان حقيقي بالنسبة للدولة حيث يرتبط هذا الأخير ارتباطا وثيقا مع التوجهات السياسية والاجتماعية، وتجلي ذلك من خلال الجهود التي بذلتها الدولة في تحسين أداء وفعالية هذا القطاع، إلا أن الدولة الجزائرية واجهتها مشكلات في عدم قدرتها على تمويل نفقات هذا القطاع المتزايدة، وأيضا عجز الحماية الاجتماعية، إضافة إلى التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفتها الحماية الاجتماعية، وأيضا التحولات الاقتصادية التي عرفها الاقتصاد الجزائري، كل هذا طرح مشكل ارتفاع النفقات الصحية ونموها الغير متحكم فيه وحاولت الجزائر من خلال سياستها وإصلاح النظام الصحي إيجاد بدائل تمويلية لنفقات القطاع الصحي، إلا أنه لازال يشكل عقبة أمام إصلاح والنهوض بهذا القطاع نظرا لغياب أسس علمية صحيحة وسليمة لتغطية نفقات الصحة، ولو أنه خلال السنوات الأخيرة تم التحضير لمشروع تمويل نفقات الصحة عن طريق نظام التعاقد، إلا أن هذا البرنامج لم يكتمل بعد.

إشكالية الدراسة: نظام الصحة الجزائري وبعد تطبيق مجانية العلاج استفاد من تمويل عمومي شامل وتخصيص مصادر هامة ومرتفعة وذات وتيرة نمو متزايدة، غير أن هذا التخصيص الضخم لم يتم بالمراقبة والعقلانية في الاستغلال مما أدى إلى الوضعية الحرجة التي تعاني منها المؤسسات الصحية. على ضوء ما سبق يمكن بلورة إشكالية الدراسة على النحو الآتي:

ما هي الاختلالات التي تواجه نظام تمويل نفقات الصحة؟ وما مكانة التمويل من مشروع الإصلاح

الصحي في الجزائر؟.

من أجل الإلمام بمختلف جوانب الموضوع، ارتأينا تناوله في المحاور الثلاثة التالية:

1. لمحة تاريخية عن الصحة في الجزائر.
  2. الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر.
  3. مكانة التمويل من مشروع الإصلاح الصحي في الجزائر.
1. لمحة تاريخية عن الصحة في الجزائر:

سنحاول من خلال هذا، تقديم تطور النظام الصحي في الجزائر من خلال التطرق إلى أهم التطورات التي عرفها منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، وعليه يمكن تقسيم هذه الفترة التي مرّ بها النظام الصحي في الجزائر إلى عدة مراحل أساسية، حيث سعت الحكومة الجزائرية خلال هذه الفترة على العمل على تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان.

#### 1.1 مرحلة البناء التدريجي للنظام الصحي 1962-1973:

خلال هذه المرحلة عملت الجزائر على بناء اقتصاد منتج، نظام تعليمي، نظام صحي، وذلك في ظروف اقتصادية واجتماعية صعبة أين 80٪ من السكان أميون<sup>1</sup>، حيث تميز الوضع الصحي للسكان عادة الاستقلال بمستويات متدهورة نتيجة السياسة الاستعمارية المنتهجة في هذا المجال وخاصة بعد الرحيل المكثف للأطباء والسلك شبه طبي، وكان يتميز بانتشار الأمراض المرتبطة بنقص التغذية وغياب النظافة والوقاية إذ لم يتجاوز مؤشر الأمل في الحياة بعد الولادة 49 سنة، وكانت الهياكل الصحية وعدد المستخدمين محدودة جدا ومتمركزة في المدن الشمالية الكبرى<sup>2</sup>.

#### 2.1 مرحلة تطوير وتنمية النظام الصحي 1974-1989:

تميزت هذه الفترة بالتأسيس لمبدأ مجانية العلاج، وذلك بواسطة الأمر رقم 73 – 65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973، المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، حيث تتكفل الدولة بضمان التغطية الصحية لجميع فئات الشعب، ويكون ذلك على حساب خزينة الدولة وبصفة مباشرة وهو الذي سمح بإحداث فرق كبير في استفادة المواطنين من الخدمة الصحية لتصبح متوفرة ومجانية<sup>3</sup>، وكان هذا القرار " مجانية العلاج " كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد<sup>4</sup>، وفيما يخص الموارد البشرية خلال هذه الفترة تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحي نتيجة للإصلاحات التي مست مجال العلوم الطبية من خلال تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما أدى إلى وجود عدد كبير من العمالة الطبية وفي كل التخصصات، كما ميز هذه المرحلة إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الإستشفائية

الجامعية والمراكز الإستشفائية المتخصصة، كما سمح بفتح عيادات طبية وجراحية خاصة لإعطاء فعالية لهذا القطاع من أجل التدخل السريع لمعالجة الأمراض وتغطية الاحتياجات الطبية.

### 3.1 مرحلة الأزمة للنظام الصحي 1990-2000:

عرفت هذه الفترة انهيار أسعار البترول منذ سنة 1986 وما نتج عنه من أزمات مالية ضربت البلاد في الصميم نتيجة اعتمادها الكلي على مداخيل البترول، مما أدى إلى عدم قدرات الدولة على تمويل وتسيير قطاع الصحة بحيث توقفت مشاريع التنمية والمخططات التي بدأت فيها الحكومة ومن بينها المشاريع في المجال الصحي بل أن البلاد لجأت إلى الاستدانة من الخارج منذ سنة 1994<sup>5</sup>، وأيضاً الأزمة الأمنية الخطيرة التي عرفها البلاد خلال هذه العشرية والتي أدت إلى هجرة كفاءات عديدة في الصحة وما صاحبه من غلق لكثير من الهياكل الصحية الجوارية في الأرياف والمناطق البعيدة التي مستها الأزمة الأمنية.

### 4.1 مرحلة إعادة التنمية من جديد 2000-2016:

عرفت هذه الفترة وضع أمني وسياسي هادئ مقارنة بالفترة التي سبقتها بحيث تميزت هذه الفترة بمعدلات نمو مرتفعة ومتسارعة ويرجع ذلك في الأساس إلى ارتفاع أسعار المحروقات مما سمح لقطاعات عديدة بالنهوض من بينها قطاع الصحة ذلك بفضل الأموال الكبيرة التي تم ضخها من طرف الحكومة، حيث تم وضع برنامج "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" المقدر بتكلفة 2000 مليار دينار جزائري والمخطط للفترة من 2009 إلى 2025<sup>6</sup>، وأهم ما ميز هذه الفترة هو تغيير اسم الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من جوان 2002 إلى اسم وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات<sup>7</sup>، وفي ما يخص المنشآت القاعدية الصحية، سجلت سنة 2016، 200 مؤسسة استشفائية عامة بعدد أسرة بلغ 38407 سرير، و 15 مركز استشفائي جامعي بعدد أسرة 12910، أما المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بلغت 75 مؤسسة بمجموع عدد أسرة 11725 سرير، وفيما يخص المنشآت القاعدية خارج المستشفيات، ففي 2016 أصبح عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية 273 مؤسسة و630 مركز طبي اجتماعي، ويعود هذا الارتفاع في عدد الهياكل الصحية إلى سعي الدولة في تقليل التفاوت في مستويات التغطية الصحية، وبالتالي ارتفاع الإنفاق على القطاع<sup>8</sup>.

### 2. الإنفاق على الصحة ومصادر التمويل في الجزائر:

#### 1.2 الإنفاق على الصحة في الجزائر:

يمثل احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصاديات المتقدمة، وقد نما هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الأخيرة، ويمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي، وفي حين تزامن تزايد الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد

أوجد أيضا ضغوطا كبيرة على الميزانيات، وخصوصا في الوقت الحالي، حيث بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات غير مسبوقة في الاقتصاديات المتقدمة<sup>9</sup>. ويغطي هذا الإنفاق الخدمات الصحية، الوقائية والعلاجية، التخطيط الأسري، وحملات التغذية والمساعدات الطبية المستعجلة ويستثنى من هذا الإنفاق خدمات توفير المياه والصرف الصحي<sup>10</sup>، وفي الجزائر فان ارتفاع عدد السكان وزيادة حجم الاستثمارات في قطاع الصحة سواء كانت البنية التحتية أو تجهيزات الطبية دفع بوتيرة الإنفاق الصحي إلى الأعلى، لذا سيكون مطلب التحكم في النفقات الصحية وتوفير الموارد المالية اللازمة لها أمرا حاسما لضمان قدرة الجزائر لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان<sup>11</sup>، لدى تعد مسألة توفير الموارد المالية واحتواء النفقات الصحية من أهم التحديات التي تواجهها السلطات العمومية في الجزائر. والجدول الموالي يوضح تطور نفقات الصحة في الجزائر:

الجدول رقم (01): تطور نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة 2008-2017.

الوحدة (10<sup>3</sup> دج)

السنة	2008	2009	2010	2011	2012
نفقات الصحة	193890787	212464000	236946962	408490413	436269706
نسبة التطور%	-	9,6 %	11,2 %	72,3 %	6,8 %
السنة	2013	2014	2015	2016	2017
نفقات الصحة	373800582	374715000	396217178	399154664	419309314
نسبة التطور%	14,3 % -	0,2 %	5,7 %	0,7 %	5 %

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على وثائق من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من خلال معطيات الجدول السابق يتضح أن الإنفاق على الصحة في الجزائر هو في تطور وتزايد هائل من سنة لأخرى خلال الفترة 2008-2017، وذلك بمتوسط نسبة تطور بلغت 10,8%، ومن خلال الجدول يتضح أيضا أن نفقات الصحة سجلت نسبة تطور سالبة في سنة 2013 وهذا راجع الى انخفاض عوائد البترول في الجزائر لكن سرعان ما يعود الإنفاق على الصحة إلى التزايد في السنوات الموالية، وبلغت أعلى نسبة تطور سنة 2011 بـ 72,3 % وسجلت أدنى نسبة تطور بـ 14,3%- سنة 2013. وتعد مسألة تمويل هذه النفقات الصحية والتحكم في هذا التطور الهائل من أهم تحديات السياسة الوطنية بحيث أن تغير الخريطة الصحية للمرض، والنمو الديمغرافي، وتطور المنشآت القاعدية الصحية وارتفاع عدد المستخدمين في المجال الصحي، إضافة إلى توسع مجالات التغطية الصحية، كلها عوامل أدت إلى زيادة الإنفاق العام على القطاع الصحي والذي أصبح الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في هذا القطاع، وان قضية التحكم في نفقات الصحة معقدة نظرا لارتباط الصحة بالعديد من المتغيرات الديمغرافية والاقتصادية والسياسية وحتى الثقافية.

## 2.2 مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر:

إن تمويل نفقات الصحة في الجزائر يعرف حاليا محدودية في تسخير موارد مالية إضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد والنتائج أساسا عن التحولات الديمغرافية والمرضية التي تعرفها البلاد، كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر لتطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي وتدفق المعلومات كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج وتحسين نوعيته<sup>12</sup>، ويعتمد تمويل نفقات الصحة في الجزائر على ثلاثة مصادر أساسية:

✓ التمويل عن طريق الدولة.

✓ التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي.

✓ التمويل عن طريق الأسر.

## 1.2.2 التمويل عن طريق الدولة:

كان النظام المعمول به لتمويل نفقات الصحة بعد الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية للدولة والجماعات المحلية حيث كانت تقدر بنسبة 60% من إجمالي النفقات الصحية، إلا أن إحداث الدولة للطب المجاني سنة 1974 وإلغاء نظام التسعيرة الجزافية جعل الدولة والضمان الاجتماعي يساهمون في التمويل بنسب مهمة<sup>13</sup>، حيث يتم تغطية الجزء الأكبر من نفقات الصحة من خلال اعتمادات الميزانية العامة للدولة وتنقسم هذه الاعتمادات إلى قسمين:

- الاعتمادات التي تغطي نفقات التسيير وتمثل الجزء الأكبر من نفقات الصحة، وتتكون بدرجة كبيرة من نفقات المستخدمين ونفقات الأدوية.

- الاعتمادات التي تغطي نفقات التجهيز والتي تتحملها الدولة بالكامل<sup>14</sup>.

وفيما يلي جدول يوضح حصة مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة:

الجدول رقم (02): مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة للفترة 2008-2017.

الوحدة (10<sup>3</sup> دج)

السنة	2008	2009	2010	2011	2012
حصة الدولة	152577773	173268320	197437376	365762199	369240296
نفقات الصحة	193890787	212464000	236946962	408490413	436269706
نسبة التمويل	78,7%	81,5%	83,3%	89,5%	84,6%
السنة	2013	2014	2015	2016	2017
حصة الدولة	313297838	310463142	320564752	319243153	331122410
نفقات الصحة	373800582	374715000	396217178	399154664	419309314

نسبة التمويل	%83,8	%82,8	%80,9	%79,9	%78,9
--------------	-------	-------	-------	-------	-------

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على وثائق من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

من خلال الجدول يتبين أن حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة يشكل نسب كبيرة جدا، إذ بلغ متوسط نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية حوالي 82,4%، وأعلى نسبة تمويل كانت سنة 2011 بـ 89,5% حيث كان نصيب الدولة من التمويل 331122410 (10<sup>3</sup> دج)، وادني نسبة كانت 78,7% سنة 2008 بمبلغ 152577773 (10<sup>3</sup> دج)، إما عن التغير المسجل بين السنة الأولى والسنة الأخيرة فهو 117% حيث:  $117\% = (Y17 - Y08)/Y08 * 100$

## 2.2.2 التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي:

يعتبر الضمان الاجتماعي المساهم الثاني بعد الدولة في تمويل نفقات الصحة حيث يمول الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص عن طريق التعويض الجزافي للنفقات العلاجية والطبية للمؤمنين، مع العلم أن تعويض نفقات العلاج يتم بناء على تعريفه حددت من طرف وزارة الصحة سنة 1987 لم تتغير لحد اليوم<sup>15</sup>، والجدول التالي يوضح مساهمة الضمان الاجتماعي في نفقات الصحة:

### الجدول رقم (03): مساهمة الضمان الاجتماعي في نفقات الصحة 2008-2017

الوحدة ألف دينار جزائري

السنة	2008	2009	2010	2011	2012
الضمان الاجتماعي	38000000	38000000	38000000	38000000	48129410
السنة	2013	2014	2015	2016	2017
الضمان الاجتماعي	49629410	57818524	65219092	64815511	73753570

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على وثائق من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

من خلال الجدول يمكن ملاحظة التطور المتسارع للمبلغ الجزافي لتمويل المستشفيات لاسيما بعد سنة 2011، فبعدها كان المبلغ لا يتعدى 38000 مليون دج ارتفع إلى 48129 مليون دج سنة 2012 ليصل إلى 73753 مليون دج سنة 2017، إن هذه المبالغ تمثل الدور الايجابي الذي يلعبه الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات القطاع الصحي، إلا أن هذه الصناديق تعرف صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر لنفقات الصحة الناتج عن تغير بنية الهرم السكاني وارتفاع الأسعار، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع وصل لحدود 14,4 ، 16,6 خلال الفترة 2006-2015، والذي يؤدي إلى انخفاض الأجور وبالتالي انخفاض الاقتطاعات الاجتماعية<sup>16</sup>، كما أن التحويلات من أجل العلاج في الخارج وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية كان لها دور في ارتفاع نفقات صناديق الضمان الاجتماعي حيث عرفت عملية استهلاك الأدوية بالجزائر نموا متصاعدا بسبب تسارع طلبات الاستفادة من العلاج وتغطية

الضمان الاجتماعي للأفراد، ولعل من بين أهم العوامل التي ساهمت في ارتفاع نسبة استهلاك الأدوية بالجزائر نذكر ما يلي<sup>17</sup>:

- زيادة نمو السكان.
- الأسعار الممارسة (المستوى المنخفض لسعر الأدوية).
- ارتفاع نسبة التغطية الاجتماعية بنسبة أكثر من ¼ من عدد السكان الذين يستفيدون من تغطية الضمان الاجتماعي.

### 3.2.2 التمويل عن طريق الأسر:

- التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة: تسعى إلى إنشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، ومن جهة أخرى التحكم في النفقات التي تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة من أجل تسييرها (مؤسسات التأمين مثلا)<sup>18</sup>.

- التمويل الذي مصدره الأفراد: على الرغم من أن الأمر 65-74 المؤرخ في 28 ديسمبر 1974 المتضمن مجانية العلاج لم يستثنى بشكل صريح مشاركة العائلات في بعض النفقات الصحية، إلا أنه لم يصدر أي نص قانوني لرفع الغموض في هذا المجال قبل سنوات الثمانينات، بحيث أن العلاجات الطبية كانت تقدم كلها مجاناً وحتى للأجانب، إلا أنه في سنة 1984 صدرت تعليمية لوضع حد لهذه الفوضى تفرض على المواطنين المساهمة في تكاليف الفحوصات والعلاجات الطبية ورغم ضعف هذه المسألة إلا أنها واجهت صعوبات في التطبيق سببها العراقيل ذات الطابع الإداري<sup>19</sup>، وتمثل النفقة الصحية التي تتحملها الأسر في المتوسط 22% سنوياً وهي أكبر مما تتحملة الأسر في البلدان المتقدمة والتي تتميز بالدخل الفردي المرتفع، مثلاً مساهمة الأسر في فرنسا سنة 2011 كان 20 %، وتفسر مساهمة الأسر في تمويل نفقات الصحة بالتجاوزات في قيمة التعريفية الطبية في القطاع الخاص والتي لا تخضع للمراقبة من طرف أي جهاز، ضف إلى هذا فإن بعض المؤمنين لا يطالبون بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي وكذلك ظاهرة العلاج دون اللجوء إلى طبيب حيث يتجه المريض إلى الصيدليات مباشرة ويقتني ما يعتقد أنه بحاجة إليه دون وصفة طبية<sup>20</sup>. وللتوضيح الجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (04): مساهمة الأسر في تمويل نفقات الصحة 2008-2017.

الوحدة مليون د ج

السنة	2008	2009	2010	2011	2012
حصة الأسر	800000	800000	800000	800000	800000
نسبة التمويل%	0.41	0.37	0.34	0.20	0.18
السنة	2013	2014	2015	2016	2017



1100000	1100000	1100000	1100000	1100000	حصة الأسر
0.26	0.27	0.28	0.30	0.29	نسبة التمويل%

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على وثائق من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

### 3. مكانة التمويل من مشروع الإصلاح الصحي في الجزائر:

كما هو معروف فإن الجزائر قد شهدت في العقد الأخير مجموعة من الإصلاحات مستختلف القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، من بينها قطاع الصحة. حيث أن وضعية الهياكل الصحية العمومية قد أثارت اهتمام متخذي القرار الجزائريين، مما دفعهم إلى دراسة وتشخيص حال الصحة و هياكلها ومؤسساتها وذلك قصد إصلاح شامل للمنظومة الصحية في الجزائر، وسنتطرق من خلال هذه المساحة العلمية إلى أهداف مشروع الإصلاح وملفاته، ونبرز أهم الاختلالات المتعلقة بالتمويل والتدابير المقترحة من خلال هذا الإصلاح.

#### 1.3 أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

يقصد بمشروع الإصلاح تلك التعديلات المدرجة على مختلف الهياكل الصحية، والتي تسمح بتمويل وتسيير الاستشفاء العمومي، والبحث عن الحلول الأكثر نجاعة لتنظيم ومراقبة الاستشفاء في القطاعين العمومي والخاص، بطريقة تضمن تكييفها مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تعرفها البلاد<sup>21</sup>

#### 1.1.3 أهداف مشروع الإصلاح:

- وضع المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وقد وردت هذه الأهداف في تقرير المجلس، وتمثلت فيما يلي<sup>22</sup> :
- إعادة تركيز نظام الرعاية والاستشفاء وتكييفه مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام معلومات "إعلام آلي" قوي وفعال.
  - توفير الوسائل اللازمة لمهنيين الصحة، بغض النظر عن وضعهم ومسؤولياتهم، وهذا لغرض الاستجابة بفعالية للاحتياجات الصحية .
  - إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لجميع أصحاب المصلحة في الحفاظ على صحة المواطنين .
  - التأكيد على حقوق و واجبات المستخدمين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
  - توفير الموارد المالية اللازمة لسير عمل المرافق الصحية.
  - تحسين فعالية الإنفاق المجتمعي بأي شكل من الأشكال على المرافق الصحية.
- #### 2.1.3 ملفات مشروع الإصلاح:

ركز المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في تقريره التمهيدي على ستة ملفات أساسية للإصلاح:

- ملف "الاحتياجات الصحية والطلب على الرعاية" برز كأولوية من هذا الملف واقع دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائية الفرعية وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي، وتم التعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية و مستشفى القطاع من الناحية و تلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات الجهوية أو الوطنية من ناحية أخرى<sup>23</sup>.
- ملف "الهياكل الإستشفائية" يتمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، ويضم هذا الملف العديد من الأهداف مثل<sup>24</sup>:
  - تعزيز رقابة الدولة على مرافق الصحة العمومية و الخاصة.
  - المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرض من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها.
  - التنظيم و التسيير المحكم للمرافق الصحية من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي.
  - استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعتبر النواة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.
- ملف "الموارد البشرية" يتعامل هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي ألا وهو المستخدمين، وذلك من خلال دراسة ومراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، أجورهم وترقيتهم في المسار المهني وتكوينهم، بحيث يعد التكوين ضرورة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين والشبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا العمل لا يتم إلا بالإشتراك مع قطاعات أخرى وهي التعليم العالي والتكوين المهني.
- ملف "الموارد المادية" في هذا تم التركيز بشكل كبير على دمج الموارد المادية في تنظيم الرعاية مما يعني توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين التسلسل الهرمي للرعاية وتوحيد الوسائل، والهدف هو توفير شبكة من الرعاية بكافة الوسائل الضرورية ولكن توزيعها يكون بطريقة عقلانية وتشكل الجوانب المتعلقة بالصيانة والمعايير الفنية والسلامة والجودة، وتنفيذ التقنية والتدريب مكمل لهذا الملف. كما يدعم هذا الملف التفكير في العناصر التي يمكن أن تسهم في تطوير سياسة وطنية لمكافحة المخدرات<sup>25</sup>.
- ملف "التمويل" ركز هذا الملف على دراسة طرق وكفاءات توسيع موارد تمويل المستشفيات، و ضرورة إعادة النظر من ناحية التسيير المالي، كما عالج هذا الملف القوانين الأساسية التي تسيير

المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في تمويل النشاطات الطبية و حول الشروط الأزمة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تعمل على تحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى<sup>26</sup>.

- ملف " اشتراك القطاعات " برز هذا الملف أن نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ترتبط إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى لقطاع المالية العمل و الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة<sup>27</sup>.

2.3 اختلالات التمويل والتدابير المقترحة:

يعاني القطاع الصحي من العديد من الإختلالات المتعلقة بالتمويل بسبب الافتقار إلى الوسائل اللازمة لمواجهة الطلب المتزايد على الرعاية الصحية، كما إن التغطية الصحية من حيث البنية التحتية و الموارد البشرية و المادية غير متكافئة بحيث غالبا ما يتم حرمان المستشفيات العامة من الوسائل اللازمة لتولي مسؤولية بعض الأمراض. و يعد الافتقار إلى الموارد المالية عاملا أساسيا في تفاقم وضعية القطاع العام إذ انه لم تتوقف ميزانيات مؤسسات الصحة العامة من الانخفاض منذ عام 1987 و قد أدى هذا الانخفاض الكبير في الموارد إلى تدهور كبير في ظروف تشغيل الهياكل الصحية .

إن إعادة هيكلة النظام الصحي أصبحت اليوم أمر ضروري، بحيث يمكن من إنشاء نموذج تنظيم قادر على تلبية الطلب على الرعاية من خلال ضمان جودة الخدمات المتاحة لجميع السكان، ويجب أن يستند تمويل هذا النظام إلى مبادئ التضامن والإنصاف.

يمكن تلخيص الإختلالات والقيود المتعلقة بالتمويل على النحو التالي<sup>28</sup>:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية .
  - ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض عليها .
  - مديونية كبيرة.
  - لا تحكّم في التكاليف و لا في النفقات الصحية.
  - عدم توازن ميزانيات القطاعات الصحية وذلك لصالح المستشفى على حساب الهياكل غير الإستشفائية، وهذه الإجراءات تعطل النظام وتشكك في تحديد أولويات الرعاية.
- هذا ويمكن صياغة بعض التدابير التي تساهم في تحسين نظام التمويل وتعمل أيضا على ترشيد النفقات الصحية والتحكّم فيها :

- البحث عن مصادر تمويل جديدة وتتمثل هذه المصادر فيما يلي<sup>29</sup>:

✓ مساهمة المؤسسات الصناعية الملوثة التي نشاطاتها تؤثر على صحة السكان، حيث في هذا الإطار يمكن فرض على هذه المؤسسات الملوثة ضريبة لصالح القطاع الصحي، ويمكن أن تتغير نسبة هذه الضريبة من مؤسسة لأخرى حسب درجة التلوث التي تلحقه بالبيئة وبالتالي بالصحة.

✓ مساهمة المؤسسات الاقتصادية ذات النسبة العالية من المرض ومن حوادث العمل، وذلك في إطار مشاركة هذه المؤسسات في حماية صحة عمالها، وعليه يمكن إيجاد صيغة لعلاقة تعاقدية بين المؤسسة المعنية والمؤسسات الصحية، وهذا ما يمكن المؤسسة الصحية من إيجاد مصدر مالي جديد.

✓ مساهمة الجماعات المحلية حيث يجب أن تكون مساهمتها فعالة ومتنوعة لكونها لها مسؤولية خاصة فيما يخص المحافظة على الصحة العمومية، كما يمكن للبلدية أن تقوم بتسيير وتمويل الوحدات الصحية القاعدية الواقعة في رقعتها الجغرافية.

- إعطاء بعد واقعي لنظام التعاقد، فالتعاقد يعني إبرام المؤسسة الصحية عقد مع ممولها بأداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها<sup>30</sup>. وللعملية التعاقدية أطراف تتمثل في صاحب الخدمة وهو الطرف المنتج للخدمة الصحية ويتمثل في المؤسسة الصحية، ثم الممول وهو الطرف الثاني في العملية التعاقدية ويتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي، وأخيرا الطرف الثالث في العملية التعاقدية هو المستهلك ويتمثل في المريض أو زبائن المؤسسة الصحية بالمفهوم الاقتصادي.

إن المؤسسات الصحية تجد صعوبة كبيرة من ناحية التمويل والتسيير المالي ويرجع ذلك لعدم قدرتها على التكفل بجميع النفقات الصحية اللازمة مما أدى إلى ضرورة البحث عن سبل جديدة للتمويل عن طريق اعتماد نظام التعاقد كنمط جديد للتمويل والذي بدوره يعمل على تحقيق هدف التحكم في النفقات، إذ أن النظام التعاقدية يتيح للنظام الصحي التحكم في نفقاته عن طريق<sup>31</sup>:

- تشخيص التكاليف.
- عقلانية الإنفاق، حيث أن المؤسسة الصحية مطالبة بالانتقال من منطق البحث عن الموارد إلى منطق البحث عن النتائج، والنظام التعاقدية بين النظام الصحي ومموليه هو وسيلة لتحقيق ذلك.
- استعمال المؤشرات الصحية مثل المدة المتوسطة للإقامة، نسبة شغل الأسرة، تسمح بتخفيض التكلفة السنوية للسريير بالنسبة لميزانية التسيير.
- التسيير العقلاني للموارد البشرية.

إن تفعيل تطبيق نظام التعاقد واستخدامه وفق آلية إستراتيجية شراء الخدمات، هذا من شأنه زيادة فعالية هذا النظام في تحقيق أهدافه المتمثلة في المساواة والعدالة، الفعالية وكذا الاستمرارية المالية، ومنه كنتيجة تحسين أداء المنظومة الصحية ومستوى الخدمات المقدمة للمواطنين مع ضمان في آن واحد رقابة وتحكم في النفقات وهو الهدف المنشود<sup>32</sup>.

- ضرورة اعتماد عدة أساليب وأدوات حديثة التسيير من أجل التوظيف الأمثل للموارد المتوفرة، كاستخدام حوكمة النظام الصحي بوصفها الآلية الضرورية لإصلاح الأنظمة الصحية بحيث تكون أكثر عدالة وقابلية للمساءلة وأكثر كفاءة، واستخدام نظام المعلومات من أجل تعزيز النظام الصحي وتحسين جودة الخدمات الصحية، اعتماد طريقة التسيير عبر الأهداف كأداة أساسية لترشيد الإنفاق<sup>33</sup>، واعتماد الحسابات الوطنية للصحة كآلية للرقابة على الإنفاق الصحي.

#### خاتمة:

يحتل القطاع الصحي في الجزائر موقعا متميزا بين باقي القطاعات الأخرى نظرا للأهمية التي تفرضها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع لاتصالها المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم، ويعد توفير الرعاية الصحية إحد هذه الخدمات التي يجب أن تحظى بعناية كبرى من الحكومة انطلاقا من أهمية تحسين الحالة الصحية للفرد والجماعة لما لذلك من أهمية في دعم مسيرة التنمية. إلا أن الجزائر واجهتها مشكلات في عدم قدرتها على تمويل نفقات هذا القطاع المتزايدة، وأيضا عجز الحماية الاجتماعية، إضافة إلى التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفتها الحماية الاجتماعية، كل هذا طرح مشكل ارتفاع النفقات الصحية ونموها الغير متحكم فيه وحاولت الجزائر من خلال سياستها وإصلاح النظام الصحي إيجاد بدائل تمويلية لنفقات القطاع الصحي، إذ أنه كحل لمشكل التمويل طرح التعاقد كبديل لتمويل نفقات الصحة حيث نصت القوانين المالية المتلاحقة منذ سنة 1993 على أن تمويل نفقات المؤسسات الصحية يتم على أساس التعاقد بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي وحدد مجال تدخل

الدولة في العلاج القاعدي وأنشطة الوقاية، والتربية الصحية، إلا أن تجسيد هذا اعترضته عقبات مختلفة ومتعددة مما جعل برنامج نظام التعاقد لم يرى النور لحد اليوم. وقد توصلنا من خلال الدراسة إلى النتائج التالية:

- تبين من خلال تطرقنا للإنفاق على الصحة، أن الدولة الجزائرية تولي أهمية كبيرة للقطاع الصحي وما يؤكد ذلك هو حجم الاعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي والتي هي في تزايد من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع ذات الأولوية والأهمية في الجزائر.
- إن تغير الخريطة الصحية للمرض، والنمو الديمغرافي، وتطور المنشآت القاعدية الصحية وارتفاع عدد المستخدمين في المجال الصحي، إضافة إلى توسع مجالات التغطية الصحية، كلها عوامل أدت إلى زيادة الإنفاق العام على القطاع الصحي والذي أصبح يشكل تمويله الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في هذا القطاع.
- يعتمد تمويل نفقات الصحة في الجزائر على ثلاثة مصادر أساسية هي التمويل عن طريق الدولة، و التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، وأيضا التمويل عن طريق الأسر.
- إن حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة تشكل نسب كبيرة جدا، إذ بلغ متوسط نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية خلال فترة الدراسة (2008-2017) حوالي 82,4%.
- يعتبر الضمان الاجتماعي المساهم الثاني بعد الدولة في تمويل نفقات الصحة حيث يمول الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص عن طريق التعويض الجزافي للنفقات العلاجية والطبية للمؤمنين.
- إن تغير بنية الهرم السكاني وارتفاع الأسعار، وأيضا التحويلات من أجل العلاج في الخارج، وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، كل هذا كان له دور في ارتفاع نفقات صناديق الضمان الاجتماعي، وهذا ما جعل هذه الصناديق تعاني من صعوبات مالية.
- إن تفعيل تطبيق نظام التعاقد واستخدامه وفق آلية إستراتيجية شراء الخدمات، هذا من شأنه زيادة فعالية هذا النظام في تحقيق أهدافه، ومنه كنتيجة تحسين أداء المنظومة الصحية ومستوى الخدمات المقدمة للمواطنين مع ضمان في آن واحد رقابة وتحكم في النفقات وهو الهدف المنشود.

## قائمة المراجع:

- <sup>1</sup> - les Réformes en santé évolution et perspectives , Alger , 2015 , sur le site : [www.santé.dz/Rencontre-évaluation-2015/Reformes-sante.PDF](http://www.santé.dz/Rencontre-évaluation-2015/Reformes-sante.PDF) , p12 تاريخ الإطلاع : 2017/05/15
- <sup>2</sup> - سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الشهيد حمه لخضر- الوادي، الجزائر، العدد07، 2016، ص: 367.
- <sup>3</sup> - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 1 الأمر 73 / 65 المؤرخ في 1973/12/28 والمتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادر بتاريخ 1974/01/01، ص:02.
- <sup>4</sup> - نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص:137.
- <sup>5</sup> - عياش نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31، جوان 2009، جامعة قسنطينة، ص:295.
- <sup>6</sup> - وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د في علوم التسيير، تخصص: منظمات، جامعة باتنة 01، 2015-2016، ص : 142.
- <sup>7</sup> - عياد ليلي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة إمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015-2016، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، 2015 – 2016، ص:127.
- <sup>8</sup> - ONS, L'Algérie en quelques chiffres, 2016, p 26.
- <sup>9</sup> - Bendict Clements, David Coady, and Sanjeev Gupta, the economics of public health care reform in advanced and emerging economies, Washington: IMF, eds., April 2012, p:03
- <sup>10</sup> - عبد الكريم منصور، قياس وتحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد08، 2015، ص: 117.

- <sup>11</sup> - نشيدة معزوز، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الانفاق الصحي الجزائر، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، العدد 01، 2017، ص: 398
- <sup>12</sup> - علي محمد دحمان، تكلفة العلاج في الجزائر، مجلة الدراسات القانونية، العدد 02، 2016، ص: 11.
- <sup>13</sup> - Ali Dahmene Mohammed, the financing health system problem in Algeria, international research journal of management, IT& social sciences (IRJMIS), Vol.3, Issue 7, july 2016, p. 49
- <sup>14</sup> - سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مرجع سابق، ص: 376.
- <sup>15</sup> - Chaouche Ali, le financement de système de santé, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier, 2014.
- <sup>16</sup> - سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مرجع سابق، ص: 377.
- <sup>17</sup> - محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة أوبكر بلقايد تلمسان، 2016، ص: 246.
- <sup>18</sup> - Ali dahmene Mohammed, the financing health system problem in Algeria, international research journal of management, IT& social sciences (IRJMIS), Vol.3, Issue 7, july 2016, p. 50.
- <sup>19</sup> - علي محمد دحمان، تكلفة العلاج في الجزائر، مرجع سابق، ص: 14.
- <sup>20</sup> - سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مرجع سابق، ص: 377.
- <sup>21</sup> - عدنان مريزق، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، العدد 01، 2006، ص: 76.
- <sup>22</sup> - Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière: les prealables et les actions urgentes, Alger, 2003, sur le site: [www.Sante.dz/reforme - hospitaliere / rapport - preliminaire.htm](http://www.Sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm). تاريخ الإطلاع: 2017/05/15.
- <sup>23</sup> - محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 110.
- <sup>24</sup> - أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، فرع التخطيط، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص: 180.
- <sup>25</sup> - أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، مرجع سابق، ص: 181.
- <sup>26</sup> - Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière: les prealables et les actions urgentes, Alger, 2003, sur le site: [www.Sante.dz/reforme - hospitaliere / rapport - preliminaire.htm](http://www.Sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm). تاريخ الإطلاع: 2017./05/15.
- <sup>27</sup> - محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 111.
- <sup>28</sup> - عدنان مريزق، إشكالية تمويل النظام الصحي في الجزائر وآليات التحكم فيه، مرجع سابق، ص: 78.
- <sup>29</sup> - سنوسي علي، آليات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة علوم الاقتصاد والتسيير والتجارة، العدد 02، 2010، ص: 123-124.



- <sup>30</sup> - بلقاسم حلوان، النهج التعاقدى كنمط جديد في مجال التسيير، مجلة التسيير، عدد خاص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جويلية 1998، ص: 12.
- <sup>31</sup> - ولد محمد نسيم، آليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمنت وادارة الصحة، الجزائر، 2017، ص: 38.
- <sup>32</sup> - علواني عديلة، أهمية النمط التعاقدى في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، مجلة العلوم الانسانية، العدد 43، 2016 ص: 455.
- <sup>33</sup> - محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 253.