

الرعاية الصحية والتأمين الصحي بين الجزائر وماليزيا: أي دروس مستفادة؟

Healthcare and Health Insurance Between Algeria and Malaysia: What lessons can be learned?

أ.د/ حساني حسين²ط.د بن سكال هدية^{*1}

مخبر الأنظمة المالية والمصرفية والسياسات الاقتصادية الكلية في ظل التغيرات الدولية، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر

*h.bensoukehal@univ-chlef.dz

مخبر الأنظمة المالية والمصرفية والسياسات الاقتصادية الكلية في ظل التغيرات الدولية، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر

h.hassani@univ-chlef.dz

تاريخ القبول: 2025/04/25

تاريخ الاستلام: 2024/11/28

مستخلص:

سلطت هذه الدراسة الضوء على الرعاية الصحية والتأمين الصحي بين الجزائر وماليزيا باعتماد دراسة مقارنة لتحديد الدروس المستفادة من التجربة الماليزية بهدف تطوير القطاع الصحي في الجزائر، اعتمد الباحثان على المنهجية الوصفية التحليلية للإجابة على إشكالية الدراسة، توصلنا إلى العديد من النتائج من بينها: أن نظام التأمين والرعاية الصحية في ماليزيا فعال بشكل كبير مما قد يمكن الإستئناس به والإستفادة منه بالنسبة لنظام الصحة الجزائري، كما أن العمل على تحقيق التوازن والتكامل بين كل من القطاع الصحي العام والخاص يمكن أن يقدم خدمات صحية متكاملة للمريض. كما أنه لا بد من دراسة إمكانية الخصخصة التدريجية لمؤسسات الخدمات الصحية بما يمكن من تقديم خدمات صحية وفق شروط مدروسة.

الكلمات المفتاحية: رعاية صحية، التأمين، الخصخصة، الجزائر، ماليزيا.

تصنيف JEL: O53, N47, L33, G22, I10

Abstract:

This study sheds light on healthcare and health insurance in Algeria and Malaysia by adopting a comparative approach to identify lessons learned from the Malaysian experience, aiming to develop the health sector in Algeria. The researchers employed a descriptive-analytical methodology to address the study's problem. The findings include the following: Malaysia's health insurance and healthcare system is highly effective and can serve as a reference for improving the Algerian health system. Additionally, balancing and integrating the public and private health sectors can provide comprehensive health services to patients. Furthermore, it is crucial to study the feasibility of gradually privatizing health service institutions under well-studied conditions to enhance service provision.

Keywords : Healthcare, Insurance, Privatization, Algeria, Malaysia,

Jel Classification Codes : I10, G22, L33, N47, O53

توطئة (مقدمة):

تُعد الصحة من أهم مقومات الحياة الاجتماعية والاقتصادية الكريمة لأنها حجر الزاوية في استقرار المجتمع وتقدمه، وحين يكون المجتمع متمتعاً بالصحة الجيدة ما يعني تجنب تعدد مفاهيمها في الواقع بل العمل على ضبطه بدقة يزيد إنتاجه ونشاطه على إثرها، وتحسن نوعية الحياة بسببها، ليسهم هذا بشكل كبير في بناء تكامل وقدرة الأفراد على مواجهة التحديات الاقتصادية والاجتماعية (Asenso-Okyere, 2011).

ولهذا السبب تُبقي الحكومات عادةً نظام الرعاية الصحية في دائرة اهتمامها حيث يعد من أولويات السياسة العامة كونه يستند على قيمة إنسانية واقتصادية عليا، إذ يُعتبر الأفراد الأصحاء عاملاً أساسياً في تنمية الموارد البشرية وتطوير الكفاءات المنتجة، بناءً على هذا المبدأ ينعكس تأثير الصحة على عدة جوانب اقتصادية. ارتفاع معدلات النمو الاقتصادي، وزيادة إنتاجية العمل

* المؤلف المراسل: بن سكال هدية.

وكفاءته، وتحسن نوعية النشاط البشري يعتمد بشكل كبير على مستوى صحة الأفراد، هذا التأثير يُظهره معدل الحياة المتوقع كون الناس أكثر قدرة على العمل والإنتاج إذا كانوا يتمتعون بصحة جيدة، ونتيجة لذلك يرتفع مؤشر التغطية الصحية الشاملة عالميًا. حيث زاد هذا المعدل من 45% إلى 68% بين عامي 2000 و2021 مما يُعبر عن إدراك متزايد لأهمية توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة (bank w., 2023).

مع ذلك يبقى التحدي الأكبر هو ضمان توفر الخدمات الصحية بجودة عالية لكافة أفراد المجتمع وفي جميع الأوقات، مما يتطلب من الحكومة رقابة دائمة على جودة هذه الخدمات ومدى سهولة الوصول إليها، فهناك تباينات واضحة في مستويات الرعاية الصحية بسبب عوامل تتعلق بجودة الخدمة المقدمة، وسهولة الوصول الجغرافي إلى المرافق الصحية، وأيضًا القدرة الاقتصادية على التنقل للحصول على الرعاية المطلوبة (Atheer Awad, 2021).

فرغم التقدم المحرز لا يزال نحو 3.6 مليار شخص حول العالم يفتقرون إلى أبسط الخدمات الصحية الأساسية، بينما يعاني ما يزيد عن 100 مليون شخص من الدخول في دوامة الفقر بسبب الإنفاق الكارثي على الرعاية الصحية من مواردهم الخاصة، مما يزيد الحاجة الملحة لتدخلات فعالة في القطاع الصحي وتنظيمه وتمويله بشكل يضمن تقديم الرعاية اللازمة دون المخاطرة بتحمل تكاليف مرهقة (bank, 2019).

لهذا تقع على عاتق الحكومات مسؤولية تعزيز النظام الصحي وتنظيمه وضمان تمويله المستدام ليصبح الجميع قادرين على الحصول على الرعاية الضرورية دون مخاطر مالية، كما أن توفير خدمات الاستيراد والتصدير الصحي يمكن أن يسهم في توسيع نطاق الرعاية الصحية من خلال تعزيز التعاون الدولي في تقديم الخدمات الصحية مما يعزز العلاقات الاقتصادية ويدعم النمو المستدام (Richard Smith, 2015).

حققت ماليزيا تنمية اجتماعية واقتصادية سريعة وخلقت ما يسمى بـ "المعجزة الاقتصادية الآسيوية"، تبنت نفس نظام الخدمات الصحية في المملكة المتحدة (نظام بيفردج) بتنفيذ الخدمات الطبية الأساسية المجانية للمقيمين، وفي السنوات الـ 20 الماضية اعتمدت ماليزيا سياسة الخصخصة في قطاع الصحة مما أدى إلى التطور السريع للمؤسسات الطبية الخاصة والتأمين الطبي الخاص حيث أنه أصبح يعتمد نظام رعاية مزدوج عام وخاص، وفي نهاية عام 2022 كان عدد سكان ماليزيا 32,698.10 نسمة بمعدل نمو سكاني بلغ 0.37 (Health, 2023).

بلغ نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي 11,648.7 دولار، وقدّر عدد سكان الجزائر في المقابل 46 344 000 (ONS, 2023)، أما نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي قدر بـ 5,260.2 دولار (bank, 2023)، ووفقا لموقع ستاتيسا احتل نظام الرعاية الصحية في ماليزيا المرتبة 42 من بين 167 بلدا في جميع أنحاء العالم متقدما على الجزائر في المرتبة 70 (statista, 2024).

أما حسب تقرير التنمية البشرية الصادر عن الأمم المتحدة احتلت ماليزيا المرتبة 63 أما الجزائر 93 (unated, 2024) لأن مؤشر التنمية البشرية في ماليزيا كان مرتفع، فمنذ حصول ماليزيا على استقلالها في عام 1957 استمرت صحة سكانها في التحسن إلى يومنا هذا حيث في عام 2022 تجاوز عدد السكان الذكور في ماليزيا عدد الإناث بمقدار 17.0 مليون و15.7 مليون على التوالي، وسجلت نسبة الجنس 109 ذكور لكل 100 أنثى، كان السكان في الغالب حضريين بنسبة 75.5 في المائة من إجمالي السكان، ويعيش 24.5 في المائة من السكان في المناطق الريفية، وقد بلغ عدد السكان العاملين 22.8 مليوناً تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عامًا، وفي الوقت نفسه بلغ عدد السكان الشباب وكبار السن 7.6 مليون و2.4 مليون على التوالي، أما معدل الوفيات الخام في ماليزيا فقد ارتفع من 4.6 لكل 1000 من السكان في عام 1990 إلى 6.9 لكل 1000 من السكان في عام 2021، كما انعكست الزيادة الكبيرة في نسبة وفيات الأمهات من 18.6 لكل 100000 ولادة حية في عام 1990 إلى 68.2 لكل 100000 ولادة حية في عام 2021، ومع ذلك أظهرت معدلات وفيات حديثي الولادة والرضع انخفاضًا من 8.5 إلى 4.1 لكل 1000 ولادة حية ومن 13.1 إلى 6.1 لكل 1000 ولادة حية على التوالي خلال نفس الفترة (Health, 2023).

في الجزائر قد تتميز الخدمات الطبية في قطاع الصحة العامة بالجودة المنخفضة (بسبب المعدات القديمة، ونقص الأموال والموظفين، وضعف الهيكل التنظيمي، عطب الآلات الصحية، وطول طوابير الإنتظار)، ورغم مجانيته النسبية بتسعيرة جزافية يجد المريض نفسه مرغما على تولي مسؤولية خدمات الرعاية الصحية المقدمة بنفسه، ومن أجل حل هذه المشكلة لابد من طريقة ليتحول معظم الناس تدريجيا وبشكل جزئي إلى التأمين الصحي الخاص، فالجميع في الجزائر مؤهل للحصول على الضمان الاجتماعي مع ترك خيار الاشتراك في التأمين الصحي الخاص مفتوحا.

وفي هذا السياق يتم طرح التساؤل الرئيسي الذي تقوم عليه هذه الدراسة ماهي الفروقات الرئيسية بين نظام الرعاية الصحية والتأمين الصحي في الجزائر وماليزيا، وماهي الدروس المستفادة من تجربة ماليزيا؟

تم إرداف هذه الإشكالية بمجموعة من التساؤلات الفرعية التي تساعدنا في الوصول إلى الأهداف المرجوة كما يلي:

- ماهي التحديات الصحية التي تواجه العالم حاليا والتي مازالت تعاني قطاعات الصحة من تبعاتها؟
- هل الإصلاحات المتبعة في كل من دولة ماليزيا والجزائر أدت إلى نتائج إيجابية؟
- ماهي الدروس المستفادة من تجربة نظام التأمين والرعاية الصحية في ماليزيا؟

فرضيات الدراسة:

- من بين التحديات التي تواجهها الصحة في العالم أن العديد من الدول تعاني من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، خاصة مع انتشار الأمراض المزمنة والأوبئة كما أن الفجوة في الوصول إلى الخدمات الصحية تزداد بين الدول المتقدمة والدول النامية.
- النظام الصحي الجزائري يعاني من قلة التمويل وضعف البنية التحتية وهو كذلك لا يحقق التوازن بين القطاعين العام والخاص مقارنة بنظام ماليزيا وإصلاحاته التي أسهمت في تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال التكامل بين القطاعين العام والخاص.
- يمكن أن تستفيد الجزائر من التجربة الماليزية على الوقاية وتعزيز برامج التأمين الصحي الشامل.

أهداف الدراسة:

- دراسة كيفية إدارة كل من النظامين الصحيين للقطاعين العام والخاص وتقييم الإصلاحات التي تم تنفيذها في كل منهم.
- مقارنة أساليب التمويل في النظامين الصحيين وتقديم مقترحات لتحسين نظام التأمين الصحي في الجزائر.
- استكشاف الفرص التي يمكن أن تعزز من نظام الرعاية الصحية الجزائري من خلال الاستفادة من التجربة الماليزية.

أهمية الدراسة:

- تحقيق فائدة عملية من خلال تقديم حلول مقترحة لتحسين النظام الصحي في الجزائر بناءً على تجارب دولة ماليزيا.
- إلقاء الضوء على الفجوات في النظام الصحي الجزائري وتحليل كيفية تحسينه من خلال الإصلاحات المقترحة.

- تعزيز الوعي العام والمشاركة في تحسين نظام الرعاية الصحية والتأمين الصحي في الجزائر.

منهجية الدراسة: تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي لدراسة المتغيرات والإجابة على إشكالية الدراسة.

1. الصحة في العالم وتحدياتها:

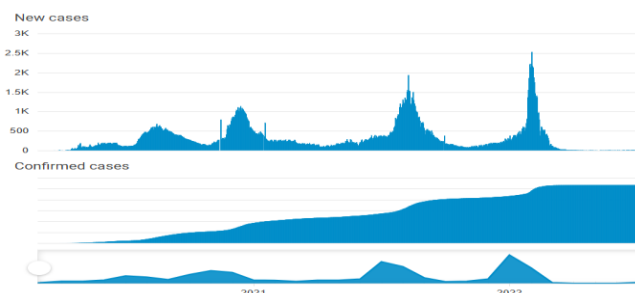
1.1. الأمراض المعدية:

احتل كوفيد-19 المرتبة الأولى بين الأسباب الثلاثة الرئيسية للوفاة على مستوى العالم في عامي 2020 و2021 بسبب الطبيعة السريعة وغير المتوقعة لانتشاره فقد تم فقدان 4.1 مليون و8.8 مليون شخص على التوالي في غضون عامين فقط، انخفض معدل الحياة إلى 0.7 سنة (who, 2024). بلغ عدد الإصابات بالوباء في الجزائر (شكل رقم 01) 271852 و 6 881 حالة وفاة (santé, 2023)، أما في ماليزيا (شكل رقم 02) فقد بلغ عدد الإصابات 2 658 772 حالة مؤكدة و30 614 حالة وفاة (who, 2022).

أما وباء الجدري الناتج عن القروء والذي برز بداية سنة 2022 وانتقلت العدوى للإنسان ليتم تشخيص 100000 حالة مؤكدة مصابة به وأكثر من 200 حالة وفاة في 116 دولة حتى جانفي 2024 في كل من جمهورية الكونغو الديمقراطية، السويد، تايلاند ودول إفريقية أخرى مع انتشار سلالات متجددة (who, 2024).

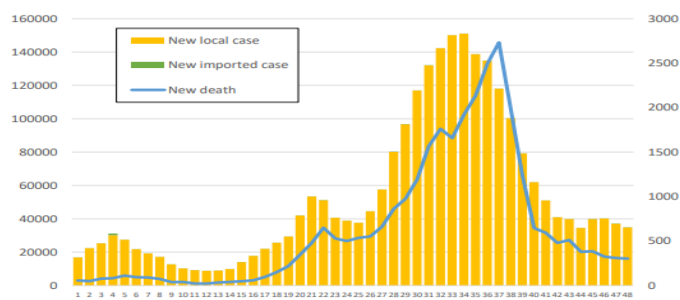
وفي ماليزيا فقد تم الإستعداد له بوضع خطة صحية مسبقة حول كيفية الوقاية منه والكشف عنه في حالة دخول المرض للبلاد (unfccc, 2022)، ومن المرجح أن تزداد تهديدات الأمراض المعدية أكثر مستقبلا.

الشكل (01): حالات الإصابة والوفاة جراء وباء كوفيد 19 لسنة 2021 بالجزائر



المصدر: منظمة الأمم المتحدة [/https://www.who.int](https://www.who.int)

الشكل (02): حالات الإصابة والوفاة جراء وباء كوفيد 19 لسنة 2021 بماليزيا



المصدر: منظمة الأمم المتحدة الماليزية [/https://www.who.int](https://www.who.int)

2.1. الأمراض غير المعدية والصحة النفسية:

في عام 2020 أثناء جائحة كوفيد-19 أبلغت 75% من البلدان عن انقطاع كامل أو جزئي للخدمات الأساسية للأمراض غير المعدية والصحة العقلية، في حين ارتفعت معدلات الحالات الصحية العقلية الشائعة مثل الاكتئاب والقلق بنسبة 25% (who, 2011). للتخفيف من هذه الاضطرابات كان لابد من تغيير طريقة تقديم الخدمات بالاعتماد على حلول صحية رقمية مختلفة في أكثر من 60% من البلدان (who, 2018).

ما أدى نمو عدد مستخدمي الإنترنت بنسبة 11% وفقًا لأحدث بيانات الاتحاد الدولي للاتصالات ليصبح 75% من سكان العالم متصلون بالإنترنت (Garritty C, 2021).

الأمر الذي سمح بالبرامج الصحية عبر الإنترنت وتطبيقات الهاتف المحمول، والواقع الافتراضي، والرعاية الصحية عن بعد والطب عن بعد، والأجهزة المتصلة والاستشارة عبر الإنترنت (who, 2024).

كما أن التكنولوجيا والرقمنة أصبحت تستخدم في علاجات الأمراض المزمنة كالسكري، ولزيادة توفير أدوية الأمراض المزمنة أعلنت شركة أسترانزيبكا عن التعاون مع الجزائر بين عامي 2022 و 2025، لتصل إلى طاقة إنتاجية متوقعة تبلغ 900 ألف وحدة من أدوية السكري والأدوية التلطيفية بحلول نهاية هذه الفترة إضافة لنقل التكنولوجيا والإبتكار في المجال الصحي (algerie-eco, 2024). أما ماليزيا فقامت بالاستثمار في المشاريع التحفيزية MyDIGITAL بالتعاون مع Cisco العالمية وفقا للوزير لداتو سري مصطفى محمد فهو خطوة استراتيجية بعيدة المدى لتسريع التحول الرقمي والتكنولوجيا للاقتصاد والرعاية الصحية في البلد (mydigital, 2022).

3.1. تغير المناخ:

بسبب الانبعاثات الغازية تحدث العديد من التغيرات المناخية كالحرارة العالية التي أدت لقتل عشرات الآلاف من الناس سواء بشكل مباشر أو غير مباشر وبمعدلات وخسائر كبيرة في الإنتاجية، في أوروبا وتوفي أكثر من 62 ألف شخص بسبب الحرارة العالية بين أواخر مايو وأوائل سبتمبر 2022، ومن المتوقع أن يزداد عدد العواصف المدارية عالية الكثافة بنحو 10% بحلول عام 2050 في منطقة آسيا والمحيط الهادئ وأميركا الشمالية والوسطى، كما تشير الأبحاث إلى أن تلوث الهواء سوف يؤدي إلى 6 إلى 9 ملايين حالة وفاة مبكرة سنويا بحلول عام 2060 (WEF, 2024).

4.1. الهجرة والأزمات الإنسانية:

شكلت الحرب التي خاضها الكيان الصهيوني على فلسطين أزمة إنسانية سنة 2023 تسببت في تدمير 24 مستشفى، وقتل أكثر من 18,700 فلسطيني مدني بمنطقة غزة فقط من بينهم أكثر من 7800 طفل وأجبر نقص الكهرباء والوقود بمنشآت مياه الصرف الصحي وتحلية المياه والمخابر على الإغلاق مما أدى إلى أزمة صحية عامة (hrw, 2023).

وتوسعت رقعة الحرب لتشمل لبنان ليتم استهداف مرافق الرعاية الصحية أدت لمقتل 72 شخصا وإصابة 43 شخصا عاملا في قطاع الصحة في شهر أكتوبر (who, 2024)، هذه الحرب كانت من بين مسببات زيادة عدد اللاجئين إلى 35.4 مليون لاجئ في العالم (MIGRATION, 2024).

جدول رقم (01): تقديرات الهجرة في العالم بين عامي 2000 و2024

	2000 report	2024 report
Estimated number of international migrants	150 million	281 million
Estimated proportion of world population who are migrants	2.8%	3.6%
Estimated proportion of female international migrants	47.5%	48.0%
Estimated proportion of international migrants who are children	16.0%	10.1%
Region with the highest proportion of international migrants	Oceania	Oceania
Country with the highest proportion of international migrants	United Arab Emirates	United Arab Emirates
Number of migrant workers	–	169 million
Global international remittances (USD)	128 billion	831 billion
Number of refugees	14 million	35.4 million
Number of internally displaced persons	21 million	71.4 million

المصدر: المنظمة الدولية للهجرة / <https://publications.iom.int/>

2. أنظمة الرعاية الصحية في العالم ومصادر تمويلها:

تعتبر الأنظمة الصحية في مختلف البلدان نتيجة لتفاعل مجموعة من العوامل التاريخية، الاقتصادية، الاجتماعية والسياسية التي ساهمت في تشكيل طرق تقديم الرعاية الصحية. تطوّر هذا النظام عبر الزمن ليأخذ أشكالاً متعددة تتمثل في ثلاثة نماذج رئيسية، وهي: نموذج بيفريدج، نموذج بسمارك، والنموذج الخاص وتتميز كل من هذه النماذج بعدد من السمات التي تجعلها تختلف عن بعضها البعض في كيفية تمويل وتقديم الرعاية الصحية.

1.2. نموذج بيفريدج (نموذج الرعاية الطبية الشاملة من قبل الدولة):

يعد نموذج بيفريدج من الأنظمة التي تعتمد بشكل أساسي على التمويل الحكومي، حيث يتم توفير خدمات الرعاية الصحية بالكامل من قبل الدولة باستخدام الإيرادات الضريبية، تتمثل مسؤولية الحكومة في ضمان وصول جميع المواطنين إلى الخدمات الصحية بغض النظر عن قدرتهم المالية، ما يجعل هذا النظام شمولياً ويهدف إلى القضاء على الفوارق الصحية بين طبقات المجتمع المختلف، يميل هذا النموذج إلى إضفاء الطابع المركزي على النظام الصحي، بحيث تحتفظ الدولة بالسيطرة الكاملة على تقديم الرعاية الصحية من خلال المؤسسات الطبية الحكومية، وعليه فإن هذه المؤسسات توفر الرعاية الصحية من خلال ميزانية تُمول من الضرائب العامة، ويصبح النظام غير مرتبط بمقدرة الأفراد على الدفع أو التأمين، مما يساهم في تعزيز العدالة الاجتماعية وضمان تقديم الرعاية الصحية لجميع شرائح المجتمع، بما في ذلك الفئات الأكثر ضعفاً مثل الأطفال، كبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة.

2.2. نموذج بسمارك (التأمين الاجتماعي):

أما في نموذج بسمارك فيتم تمويل الرعاية الصحية عبر نظام تأمين اجتماعي يتم تمويله من خلال مساهمات كل من أصحاب العمل والموظفين، يشتهر هذا النموذج بمشاركة القطاعين العام والخاص في تقديم الرعاية الصحية، حيث يتم إنشاء صناديق التأمين الصحي التي يديرها أطراف متعددة (مثل النقابات العمالية أو شركات التأمين الخاصة) والتي تقدم تغطية صحية شاملة لموظفيها وأسرهم، على الرغم من أن الدولة لا تدير الرعاية الصحية بشكل مباشر في هذا النموذج، فإنها تقوم بدور الضامن لحصول المواطنين على الرعاية الصحية من خلال فرض الأنظمة والقوانين التي تنظم عملية جمع الأموال وتوزيعها على صناديق التأمين الصحي، كما تضمن الدولة توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين، لكن عبر آلية التأمين الصحي التي يشارك فيها كل من القطاعين العام والخاص.

3.2. النموذج الخاص (التأمين الصحي الخاص):

في هذا النظام تكون الرعاية الصحية مقدمة أساساً من قبل القطاع الخاص، حيث يقتصر تقديم الخدمات الصحية على شركات التأمين الخاصة والأفراد الذين يملكون القدرة على دفع تكاليف الخدمات الصحية إما من جيهم الخاص أو من خلال شراء وثائق تأمين صحي خاصة، يختلف هذا النموذج عن النموذجين السابقين في غياب الإطار الحكومي الموحد الذي ينظم تقديم الرعاية الصحية، حيث يعتمد النظام بشكل رئيسي على السوق الحر، تعتمد جودة الخدمات الصحية في هذا النموذج على مستوى الدخل، حيث يكون للأفراد ذوي الدخل المرتفعة إمكانية الحصول على أفضل الرعاية من خلال التأمين الخاص. أما الفئات ذات الدخل المنخفض، فإنها قد تواجه صعوبة في الوصول إلى الخدمات الصحية دون دعم حكومي. لذلك، تقوم بعض الحكومات بتوفير رعاية صحية مجانية أو مدعومة للفئات الأكثر حاجة، مثل المتقاعدين، العاطلين عن العمل، أو الشرائح ذات الدخل المنخفض، التي لا تتمكن من تأمين حاجاتها الصحية عبر السوق الخاصة.

3. نظام الرعاية الصحية الماليزية:

إن وزارة الصحة الماليزية تتولى مباشرة إدارة وإنشاء المؤسسات الطبية العامة وتقوم بتنظيم القوى العاملة الصحية وترتيب نفقات الميزانية الصحية، تدير أيضاً برامج التأمين الطبي الخاصة، بما في ذلك تسجيلها وإيداع عقود الخدمة، وقد سنت قانون المؤسسات والخدمات الطبية الخاصة. تمتع الموظفون الطبيون في جميع أنحاء البلاد بنفس الأجور والمزايا، وتخصص الإدارات الصحية بشكل موحد مواقع ممارسة العاملين في المجال من أجل منع تدفق العاملين، حددت الحكومة فترة خدمة إلزامية مدتها ثلاث سنوات بعد انتهاء هذه فترة يمكن للمرء التقدم بطلب العمل في المؤسسات الصحية الخاصة أما في حالة حدوث هجرة جماعية خلالها، يجب دفع غرامات للحكومة لتغطية تكلفة التعليم الطبي الحكومي، يتم ترتيب نفقات المؤسسات الطبية والصحية العامة على جميع المستويات من خلال ميزانية الدولة كذلك نفقات الصحة والوقاية من الأوبئة والرعاية الصحية للأم والطفل (Health M. M., 2023).

في عام 2017 قدر إجمالي الإنفاق الصحي في ماليزيا ما يعادل 4.24% من الناتج المحلي الإجمالي في البلد، وقدرت حسابات الصحة الوطنية الماليزية أن 51.2% من إجمالي الإنفاق الصحي مستمد من خدمات الصحة العامة بينما كان الباقي من خدمات الصحة الخاصة، هيمنت وزارة الصحة على التمويل بـ 43.1% من إجمالي الإنفاق الصحي ويلمها الإنفاق من الجيب بـ 37.6% وشركات التأمين الخاصة 7.1% (who, 2022)، أي تشمل مصادر تمويل هذا النظام الصحي الضرائب المباشرة وغير المباشرة، وأقساط التأمين الخاص، والمساهمات من المرتبات ومنظمة الضمان الاجتماعي، وكذلك المساهمات من الأسر المدفوعة من الجيب (Ahmad, 2019)

يعدّ نظام خدمات الصحة العمومية في ماليزيا أحد أكثر الأنظمة إنصافاً في العالم على الرغم من أنه يمثل أقل من 50% من إجمالي النفقات الصحية فقد بلغ تمويلها لقطاع الصحة عام 2020 ما يعادل 30.883 مليون رينجيت ماليزي (جدول رقم 1-2)، يتكوّن من العيادات الصحية والمراكز الصحية المجتمعية والمستشفيات الثانوية والمستشفيات الجامعية، يعتبر نظامها صارماً حرفياً بسبب إحالة المرضى إلى مستشفى أعلى في مستوى العلاج باستثناء خدمات الطوارئ، وتقدّم العيادات الصحية والمراكز الصحية المجتمعية خدمات الرعاية الصحية الأولية بدون وجود علاج أسرة للعلاج وذلك من أجل تخصيص الموارد الصحية لزيادة توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية على أساس عدد السكان واحتياجات الخدمات الصحية المقابلة، مستشفيات المستوى 2 هي مستشفيات محلية تتلقى إحالات من العيادات الصحية والمراكز الصحية المجتمعية التي تقدم الخدمات الأولية الأساسية، أما مستشفى المستوى الثالث فهو مستشفى إقليمي كبير يتلقى الإحالات من المستشفيات الثانوية، تقدم العديد من المستشفيات الثانوية والثالثية خدمات المرضى الداخليين بشكل أساسي مع عدد قليل فقط من خدمات العيادات الخارجية وبعضها لا تحتوي مطلقاً على أقسام للمرضى الخارجيين، بحلول عام 2022، كان هناك 137 مستشفى عام (39,581 سريراً)

تابعة لوزارة الصحة، و11 مركزاً طبياً متخصص (5,586 سريراً) و 4 مستشفيات غير عامة (3,121 سريراً)، تشير المستشفيات العامة غير التابعة لوزارة الصحة بشكل أساسي إلى المستشفيات التابعة لكليات الطب والمستشفيات العسكرية التي بلغت 12 مستشفى التابعة لوزارة التربية والتعليم ب 4,848 سريراً (Health, 2023).

في السنوات الأخيرة مع التطور السريع للاقتصاد الخاص وتأتى معه مفهوم "السياحة الطبية" ما زاد من تطوير المؤسسات الطبية الخاصة في ماليزيا، فمن عام 1980 إلى عام 2023 زاد عدد المؤسسات الطبية الخاصة المعروفة بجودة خدماتها العالية من 50 إلى 207 وزاد عدد أسرة المستشفيات من 1171 إلى 17781 (Health, 2023)، كما تخدم المؤسسات الطبية الخاصة بشكل أساسي الدفع الذاتي وتغطية التأمين الصحي الخاص والسياح.

تم تطوير التأمين الطبي الخاص في ماليزيا منذ 70 من القرن 20 ولكن التغطية التأمينية تقتصر على مجالات الإصابات العرضية والإصابات المرورية والتعويض عن إصابات العمل، ولم يتم توسيعها لتشمل مجال الخدمات الطبية اليومية، في عام 1996 أدخلت ماليزيا سياسة سمحت للمواطنين الذين اشتروا تأميناً صحياً خاصاً بتخفيض ضريبة الدخل الشخصي، وفي عام 1997 سمحت ببيع منتجات التأمين الصحي المستقلة مما أدى إلى التطور السريع للتأمين الصحي الخاص ارتفع دخل أقساط التأمين الصحي الخاص من 433 مليون رينجيت ماليزي في عام 2000 إلى 1,472 مليون في عام 2005، في الوقت الحالي يتم توفير التأمين الطبي الخاص بشكل أساسي من قبل 3 شركات تأمين بحصة سوقية تزيد عن 60% وتغطي التغطية التأمينية بشكل أساسي الاستشفاء والجراحة بالإضافة إلى بعض الأمراض الخطيرة بقيمة 4.948 مليون رينجيت ماليزي سنة 2020 (جدول رقم 01-02)، كما تدير وزارة الصحة الماليزية التأمين الطبي الخاص بصرامة حسب ما ينص عليه قانون المؤسسات والخدمات الصحية الخاصة لعام 1998 فوزارة الصحة مطالبة بتسجيل كل مؤسسات التأمين الصحي الخاصة كما تسجل عقود الخدمات الموقعة بينها وبين مقدمي الخدمات الطبية لضمان أن العقود الموقعة بين الطرفين لا تضر بصحة السكان، في الوقت نفسه ينص على أن العقد الموقع لا يمكن أن يغير السلوك الطبي للطبيب ولا يمكن أن ينتهك أخلاقيات المهنة ولا يمكنه تغيير واجبات اللجنة الاستشارية الطبية لمؤسسة خاصة وإلا فإنه سيخضع للمسؤولية القانونية (MALAYSIA, 1998)

الجدول رقم 01: إجمالي الإنفاق على الصحة والرعاية الصحية في ماليزيا حسب مصادر التمويل

Sources of Financing	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ministry of Health (MOH)	10,655	11,036	12,813	14,431	15,945	16,496	18,239	19,038	21,782	22,671	22,226	24,716	26,501	28,858	30,883
Ministry of Education (MOE)	720	859	999	1,039	1,243	1,245	1,311	1,261	1,376	1,333	1,306	1,280	1,349	1,608	1,603
Ministry of Defence (MOD)	96	109	136	133	127	140	172	175	186	169	154	132	103	150	135
Other federal agencies (including statutory bodies)	819	1,049	1,405	1,541	1,537	1,813	1,678	1,677	1,805	1,886	2,021	2,076	2,121	2,245	2,533
(General) State government	77	88	94	84	90	90	105	78	86	90	97	111	150	124	201
Other state agencies (including statutory bodies)	71	75	86	90	111	129	137	189	212	346	385	392	467	502	504
Local authorities (LA)	42	419	113	238	108	142	150	188	164	178	138	154	194	249	266
Employees Provident Fund (EPF)	46	51	49	38	34	39	38	42	46	52	56	58	67	83	79
Social Security Organisation (SOCSSO)	105	117	88	102	136	157	176	219	264	261	310	329	410	394	409
Private insurance enterprises (other than social insurance)	1,246	1,413	1,709	1,991	2,273	2,614	2,774	2,916	3,203	3,623	3,846	4,085	4,313	4,875	4,948
Private MCOs and other similar entities	138	151	167	179	201	243	302	287	437	621	824	871	914	963	975
Private household out-of-pocket expenditures (OOP)	7,141	7,919	9,084	8,478	9,917	11,466	12,649	13,933	15,373	16,903	18,536	20,357	22,035	23,115	23,150
Non-profit institutions serving households (NPISH)	160	186	214	234	269	312	363	78	40	69	87	92	92	90	210
All corporations (other than health insurance)	765	951	816	801	899	1,064	1,352	1,564	1,803	2,001	1,703	1,710	1,723	982	1,044
Rest of the world (ROW)	1	1	2	1	3	2	3	4	5	4	5	5	5	5	5
Total	22,080	24,426	27,774	29,380	32,889	35,953	39,448	41,647	46,780	50,209	51,693	56,369	60,445	64,241	67,022

المصدر: وزارة المالية الماليزية <https://www.moh.gov.my/moh>

الجدول رقم 02: إجمالي الإنفاق على الصحة والرعاية الصحية في ماليزيا حسب مصادر التمويل في القطاعين العام والخاص

Year	Public Source		Private Source		TEH (Nominal, RM Million)
	Health Expenditure (Nominal, RM Million)	Health Expenditure as Percentage of TEH (%)	Health Expenditure (Nominal, RM Million)	Health Expenditure as Percentage of TEH (%)	
2006	12,631	57.20	9,449	42.80	22,080
2007	13,804	56.51	10,622	43.49	24,426
2008	15,783	56.83	11,991	43.17	27,774
2009	17,695	60.23	11,685	39.77	29,380
2010	19,330	58.77	13,560	41.23	32,889
2011	20,251	56.33	15,702	43.67	35,953
2012	22,007	55.79	17,442	44.21	39,448
2013	22,868	54.91	18,780	45.09	41,647
2014	25,921	55.41	20,859	44.59	46,780
2015	26,987	53.75	23,222	46.25	50,209
2016	26,692	51.64	25,001	48.36	51,693
2017	29,248	51.89	27,120	48.11	56,369
2018	31,362	51.89	29,082	48.11	60,445
2019	34,211	53.25	30,030	46.75	64,241
2020	36,612	54.63	30,409	45.37	67,022

المصدر: وزارة المالية الماليزية <https://www.moh.gov.my/moh>

وترتبط عملية خصخصة النظام الصحي في ماليزيا ارتباطا وثيقا بتحول اقتصادها الى القطاع الخاص، كانت الفكرة الأولية للحكومة هي إعادة تنظيم المستشفيات العامة الكبيرة إلى كيانات تجارية مستقلة بهدف إقتصادية العلاقات بين منتجي الخدمات الصحية ومشتريها نسبيا وتفادي الإفراط في استخدام الخدمات العامة، وتم إتباع في ذلك عدة خطوات كالتالي:

- سداد المريض بالكامل: بدأت ماليزيا في عام 2005 في تجريب مخطط للمرضى من أموالهم الخاصة يسمى "المريض بالدفع الكامل" في مستشفيات حكومية، ونفذ بالكامل في يناير 2008 يشير برنامج FPP تم اعتماده كمحاولة للحفاظ على الأخصائيين الطبيين في البلد من "هجرة الأدمغة" ومن الإستقالة من القطاع العام وتحولهم للقطاع الخاص (Quek, 2014) وتوسيع السياحة العلاجية وزيادة المزيد من الإيرادات للبلاد، فهذا النظام يسمح للمريض بعد إمضائه على نموذج الموافقة بدفع جميع النفقات الطبية المتكبدة في المستشفى العام من نفقته الخاصة، مع إمكانية اختيار أخصائيه الخاص وتلقي الخدمات الطبية مباشرة دون الانتظار والاستمتاع ببعض الخدمات الإضافية (jkselangor, 2024).

مع العلم أن برنامج FPP لا ينطبق على جميع الأمراض فقد حددت الحكومة مجالات محددة للتطبيق، مثل استئصال الثدي وجراحة الغدد الصماء في الجراحة العامة والغدد الصماء وطب الجهاز الهضمي والكبد في الطب الباطني العام وطب الأسنان والطب النفسي وطب الأنف والأذن والحنجرة والتخدير وطب الأطفال وطب العيون والجراحة التجميلية والتوليد وأمراض النساء (Malaysia, 2003).

- إصلاح تحويل المستشفيات العامة على شركات: اقترحت الحكومة الماليزية سياسة الإصلاح لإضفاء طابع مؤسسي على تشغيل المستشفيات كإنشاء المركز الوطني للقلب الذي أصبح مستشفى متخصصا مستقلا (Negara, 2024)، وفي يونيو 2023 أقر البرلمان الماليزي الورقة البيضاء لإصلاح النظم الصحية في ماليزيا على مدى السنوات 15 المقبلة من خلال: (Administration, 2023)

✓ التحول من "رعاية المرضى" إلى الخدمات الوقائية والترويجية؛

✓ نظام صحي قادر على توقع طلبات الأمراض غير السارية وحالات الطوارئ الصحية السريعة مثل تفشي الأمراض المعدية والأوبئة والأحداث المناخية والتكيف معها والاستجابة لها؛

✓ نظام بيئي صحي مفتوح ومبتكر.

- شراء الخدمات التي تقدمها المرافق الصحية الخاصة: بسبب عدم كفاية التمويل الحكومي وسوء الصيانة، أصبحت بعض البنية التحتية للمستشفيات العامة على وشك الإغلاق ويتعين عليها شراء مرافق من مؤسسات أخرى للاستجابة لحالات الطوارئ إثر فقدان عدد كبير من المتخصصين في المستشفيات العامة على التشغيل الطبي لنظام خدمات الصحة العامة، في عام 1996 عهد بشراء وتوريد الأدوية والمواد الاستهلاكية التي تستخدم لمرة واحدة للمستشفيات العامة إلى شركة تجارية ذات خلفية حكومية لتوريدها بأسعار متفاوض عليها. يتم تسعير الأدوية في المستشفيات والعيادات الخاصة بأسعار السوق، وبالتالي فإن أسعار الأدوية في ماليزيا أعلى مما هي عليه في بعض البلدان المتقدمة (Babar, 2007)، بل أصبحت أعلى من السعر المرجعي الدولي نتيجة لخصخصة المخزن الطبي الحكومي (Mohamed Azmi Hassali, 2014).
- الاستثمار الحكومي في المؤسسات الصحية الخاصة: في عام 1979 دخلت مؤسسة التنمية الاقتصادية لولاية جوهور قطاع الرعاية الصحية الخاص وأنشأت مستشفى جوهور التخصصي، لتنمو بعدها Kumpulan Pelaburan Johor وتصبح بذلك أكبر سلسلة مستشفيات خاصة في ماليزيا بمستوى إيرادات تتجاوز 1 مليار رينجيت ماليزي في عام 2007 (malaysiagazette, 2024).
- سجلت سنة 2023 ربح صافي قدر بـ 30.6 مليون رينجيت ماليزي بزيادة تقدر بأكثر من 50% سنة 2022 بعدد موظفين 16.433، و 1491 إستشاري طبي، كما بلغ عدد المرضى خلال هذه السنة لوحدها 2.958.134 مريض (group, 2023). ودخلت شركة خزانة ناسيونال القابضة المحدودة (شركة تابعة لوزارة المالية) قطاع الرعاية الصحية الخاص في شهر غشت 2006 من خلال الاستحواذ على حصة 35% من شركة بانتاي القابضة Pantai Holdings التي تعتبر تكتل كبير في ماليزيا يستثمر في المستشفيات الخاصة (national, 2006).

4. نظام الرعاية الصحية الجزائرية:

شهد قطاع الصحة في الجزائر من التطورات منذ سنة 1962 (فترة الإستقلال) التي كان فيها عدد الأطباء الجزائريين يبلغ ما نسبته 26,70% والباقي أجنبى بسبب قلة العمالة وقلة التأطير (Ouchefoun.A, 1993). أي 1 279 في بلاد كاملة ما يعادل طبيب واحد لكل 7 835 مريض وصيدي لكل 51 225 مريض (ONS, 2020) وكانت المستشفيات تدار من قبل البلديات ولم يكن الهدف منها الربح وإنما الوصول إلى الخدمات الصحية بأقل تكلفة ممكنة، ورغم حداثة الإستقلال والظروف الاقتصادية المتدهورة التي كان يمر بها البلد إلا أن الحكومة الجزائرية حققت تطورا في تنمية الإطارات الطبية وأقرت مجانية التطبيب سنة 1976 ليزيد عدد الأطباء بأكثر من 2000 طبيب في الجزائر ويرتفع عدد الصيادلة إلى الضعف في فترة وجيزة، وارتفع عدد المنشآت الصحية من 143 مستشفى، 558 مركز عيادة صحية، 1500 عيادة متعددة الخدمات وقاعات علاج بعدد أسرة إجمالي قدر بـ 43404 سرير سنة 1974، إلى 238 مستشفى، 1025 مركز عيادة صحية، إضافة لما يقارب حوالي 3000 عيادة متعددة الخدمات وقاعات علاج سنة 1986 رغم بدأ الأزمات المالية الوطنية تتوالى بعد انخفاض أسعار المحروقات عالميا وبدأ تسجيل العجز في الصحة العامة نتيجة عدم القدرة على الإنفاق الصحي خاصة مع تدهور قيمة الدينار الجزائري إلا أن الحكومة استمرت في دعم القطاع، يتكون نظام الرعاية الصحية العامة بما يزيد عن 298 مستشفى و 16 مستشفى جامعي إضافة للعيادات ومراكز الرعاية الصحية الخاصة التي تستوعب أكثر من 70000 مريض أي طبيب واحد لحوالي 560 نسمة وصيدي واحد لمتوسط 3309 نسمة سنة 2019 على كلا المستويين العام والخاص (ONS, 2020).

يعتمد نظام الرعاية الصحية في الجزائر على كلا الأسلوبين المباشر وغير المباشر (نظام مزدوج) ويمول من مساهمات الدولة (الجدول رقم 03) والمقدرة بنسبة 60 % من إجمالي النفقات الصحية من ميزانية الدولة التي تم بها إنشاء عدة منشآت صحية قاعدية، ورغم تدهور قيمة العملة نلاحظ الزيادة في الواردات والإنفاق العمومي وعجز الميزانية خارج قطاع المحروقات ما جعل المتغيرات الكلية للإقتصاد عرضة لديناميكيات أسعار النفط في العالم وقد بلغ معدل التضخم 9.3% سنة 2023 (finance, 2024).

تمول كذلك من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعاملين بالمرتبات (الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، الصندوق الوطني للتقاعد، بالإضافة إلى الصندوق الوطني للتأمين على البطالة، والصندوق الوطني للعطل والبطالة ورداءة الاحوال الجوية للبناء) رغم مواجهتها لعدة تحديات ممثلة في التهرب من دفع الاشتراكات وارتفاع ظاهرة البطالة، وكذلك يمول من خلال المساهمات الأسرية يتم بها توفير الرعاية الصحية العلاجية والوقائية من حيث الاستشارات الطبية والأدوية والاستشفاء بالتسعييرة الجرافية الناتجة عن نظام التعاقد مع الصيدالة، المستشفيات سنة 2004 العمومية التي تستقبل المرضى وتتكفل بهم طول مدة العلاج داخل المشفى من حيث المبيت والإطعام، المستشفيات الخاصة ووسائل النقل الخاصة، الطبيب المعالج سنة 2009 والدفع من قبل الغير، كما تم اعتماد بطاقة الشفاء (من أجل التعويض الفوري) (lamine, 2013).

كل هذا ينصب في مصلحة المواطن لرفع نسبة التغطية الصحية الشاملة في البلد، ، وكذلك يمول من خلال المساهمات الأسرية سواء من مؤسسات عامة أو خاصة أو من الافراد مباشرة، وفي الجزائر سواء من مؤسسات عامة أو خاصة أو من الافراد مباشرة لتوفير الخدمات الصحية للجميع بتسعييرة جرافية الناتجة عن نظام التعاقد مع العلم أنه في نظام الرعاية الصحية الخاص يتولى المريض مسؤولية خدمات الرعاية الصحية المقدمة بنفسه أي له الحق بإحالة حالته الصحية للتشاور مع أي أخصائي محدد من اختياره، أما فيما يخص الموظفين الأجانب في الجزائر فهم مؤهلون كذلك للحصول على الضمان الاجتماعي بنسبة تغطية تقدر ب 80% من النفقات الطبية المتكبدة في المستشفيات العامة أو مراكز الرعاية الصحية فصاحب العمل يهتم باشتراكهم في الصندوق الوطني للضمانات الاجتماعية للأجراء لتفادي تكاليف أخطار حوادث العمل عبر مساهمة شهرية بنسبة 1.5% والتي تخصم من رواتبهم بينما يساهم صاحب العمل بنسبة 12.5% (الإجمالي، 2024)، يغطي التأمين الصحي المقيمين الذين ليس لديهم عمل لهم، وتستخدم الأموال المخصصة من ميزانية الدولة أساسا لتغطية النفقات الطبية للأطفال والمعوقين والمتقاعدين وغيرهم من الأشخاص غير العاملين (الإجمالي، 2024).

أما التأمين على المرض الذي يعتبر جزءا من التأمين على الأشخاص ويمثل النوع الأكثر ضعفا وانخفاضا في نموه خلال كل السنوات بالمقارنة مع أنواع تأمينات الأشخاص الأخرى ومع التأمين الصحي الإجباري، ففي سنة 2020 انخفض انتاجه ب 5% عن سنة 2019 (جدول رقم 04) على الرغم من أن هذا النوع من التأمينات يراعي تحقيق مستوى أعلى من الجودة في خدماته الصحية المقدمة.

جدول رقم 03: إنفاق الحكومة الجزائرية على قطاع الصحة (بالمليون دج)

السنوات	2019	2020	2021	2022	2023	2024
إنفاق الدولة على الصحة	398.970.409.000	8.943.000.000	410.672.176.000	439.422.008.000	711.339.676.000	848.225.000.000

المصدر: وزارة المالية <https://www.mfdgi.gov.dz/>

جدول رقم 04: التأمين على المرض في الجزائر (بالمليون دج)

السنوات	شركة عمومية	شركة خاصة	شركة مختلطة	السوق الكلي	الحصة السوقية لشركات رأس المال الخاص
2017	33 653 809	60 588 300	202 474	94 444 583	64.2%
2018	35 433 433	59 173 395	424 489	95 031 317	62.3%
2019	41 700 507	58 215 065	98 190	100 013 762	58.2%
2020	49 481 276	193 836 000	193 450	99 510 726	50.1%
2021	907 815	48 906 835	5 781 515	55 596 165	88.0%
2022	1 212 191	54 341 265	7 891 887	63 445 344	85.7%
2023	564 200	65 332 580	11 901 656	77 798 436	84.0%

المصدر: بوابة التأمين الجزائرية <https://cna.dz/>

الخلاصة:

إن تحرير السوق في قطاع الصحة والتأمين الصحي والعمل على تخصيصته تدريجيا يفتح المجال للمنافسة في ظروف إنتاج واستهلاك الخدمات الطبية، وزيادة القدرة التنافسية للمؤسسات الصحية والوقائية فالممارسات الطبية مهمة بشكل خاص في التنمية طويلة الأجل، وإيلاء اهتمام خاص بالاتجاه نحو التكامل والتوازن بين القطاع العام والخاص مع نظام معلومات الدولة الموحد في مجال الرعاية الصحية، ووضع مقترحات لتطوير التفاعل والشراكة بين القطاعات تؤدي إلى عملية نشطة لتطوير تعاون شراكة طويل الأجل في مجال التعافي والصيانة الصحية التي ستؤدي إلى ضمان طول العمر النشط للسكان. أهم التحديات التي تواجهها الصحة في العالم جاءت نتيجة للعديد من التطورات بسبب انتشار الأمراض المزمنة والأوبئة وتغير المناخ واندلاع الحروب في الشرق الأوسط وجنوب إفريقيا، وحقيقة فإن الفجوة في الوصول إلى الخدمات الصحية تزداد بين الدول المتقدمة والدول النامية بسبب استخدام التكنولوجيا واعتماد البنى التحتية المتطورة. وبالرغم المرتبة التي احتلها النظام الصحي الماليزي نتيجة سلسلة الإصلاحات المتعلقة بالخصخصة إلا أن نظام الرعاية الصحي الماليزي لا يزال يتميز بـ:

- إعاقة عملية وصول الخدمات الصحية إلى جميع المواطنين بإنصاف (W, 2011)؛

- ارتفاع تكلفة الأدوية والنفقات الطبية؛

- فقدان بعض الموارد الصحية عالية الجودة، وخاصة فقدان المتخصصين المتميزين في المستشفيات العمومية.

أما بالنسبة للجزائر فقد اتبعت نهجا إصلاحيا تمثل في سياسة الدعم الحكومي لكل القطاعات، مما قد يؤدي إلى هدر المال العام وسوء الإدارة دون الوصول إلى الأهداف المرجوة من السياسة المتبعة.

من أهم الدروس التي يمكن الإستفادة منها من نظام التأمين والرعاية الصحية في ماليزيا بالنسبة للجزائر هو ضرورة العمل على تحقيق نوع من التوازن والتكامل بين كل من القطاع الصحي العام والخاص لتقليص فجوة التقدم بين البلدان المتقدمة والمتنامية، والسعي نحو عمليات خصخصة مدروسة لقطاع الصحة والخروج من عقيدة وعقلية أن الخاص يمس السيادة الوطنية، ولابد من الخصخصة وفق شروط محددة بهدف التقييم والتفعيل لأداء قطاع الصحة لتحقيق الكفاءة اللازمة والتحكم في الإنفاق العام لتخفيف العبء على الميزانية العامة، مع تدخل الدولة لدعم الفئات الهشة والرقابة الصارمة باعتماد تكنولوجيات وتقنيات حديثة على جودة الخدمات الصحية المتاحة ومدى صيانتها وتوافرها ومستويات الأسعار المحددة لها.

الإحالات والمراجع:

• الكتب والتقارير:

- *algerie-eco.* (2024). *AstraZeneca va fabriquer cinq médicaments en Algérie.* Récupéré sur *algerie-eco*: <https://www.algerie-eco.com/2024/03/05/astrazeneca-va-fabriquer-cinq-medicaments-en-algerie/>
- *Administration, I. T.* (2023). *Malaysia Healthcare Government Plan.* Retrieved from <https://www.trade.gov/market-intelligence/malaysia-healthcare-government-plan>
- *bank.* (2023). *GDP per capita (current US\$) - Malaysia.* Retrieved from world bank: <https://data.albankaldawli.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=MY>
- *bank, w.* (2019). *High-performance financing for universal health coverage .* Retrieved from world bank: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/cc7c1433-8cca-5ae4-abca-e937b00b732c/content>
- *bank, w.* (2023). *Billions left behind on the path to Universal Health Coverage.* Retrieved from world bank: <file:///C:/Users/pc/Downloads/Global%20Monitoring%20Report.pdf>
- *group, K. h.* (2023). *Annual Reports : Integrated Report 2023.* Retrieved from https://kpj.listedcompany.com/misc/KPJHB_IAR_2023.pdf
- *Health, M. M.* (2023). *Annual Report.* Retrieved from https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/2._MOH_Annual_Report_2022-compressed_.pdf
- *Health, M. o.* (2006). *PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES AND SERVICES (PRIVATEMEDICAL CLINICS OR PRIVATE DENTAL CLINICS)REGULATIONS 2006.* Retrieved from <https://www.bhanot.net/MMA/PHFSA.pdf>
- *MALAYSIA, L. O.* (1998). *PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES AND SERVICES ACT 1998.* Retrieved from <file:///C:/Users/pc/Downloads/private%20healthcare%20facilities%20and%20services%20act%201998.pdf>
- *Malaysia, M. o.* (2003). *THE 2003 BUDGET SPEECH YAB DATO SERI DR. MAHATHIR BIN MOHAMAD.* Retrieved from http://lib.perdana.org.my/PLF/GOVERNMENT%20PUBLICATION/Budget%20Malaysia%20Speeches%202001-2017/Budget_Speech_2003.pdf
- *ONS.* (2020). *santé.* Récupéré sur *ONS*: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5_Sante1962_2020Ar.pdf
- *ONS.* (2023). *DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2020-2023.* Récupéré sur *ONS*: https://www.ons.dz/IMG/pdf/Demographie_Alg2020_2023.pdf
- *WEF.* (2024). *Quantifying the Impact of Climate Change on Human Health.* Retrieved from World Economic Forum: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Quantifying_the_Impact_of_Climate_Change_on_Human_Health_2024.pdf
- *who.* (2011). *Scaling up action against non-communicable diseases: How much will it cost? .* Retrieved from Geneva: World Health Organization: <https://iris.who.int/handle/10665/44706>
- *who.* (2018). *Classification of digital health interventions v1.0. A shared language to describe the uses of digital technology for health.* Retrieved from *who.int*: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.06>
- *who.* (2019). *Constitution of WHO: Principles.* Retrieved from *who.int*: *WHO.* <http://www.who.int/about/mission/>
- *who.* (2022). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report.* Retrieved from *who*: *Malasiya:* https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/countries/malaysia/coronavirus-disease-%28covid-19%29-situation-reports-in-malaysia/covid19_sitrep_mys_20211205_final.pdf
- *who.* (2022). *THE DIRECT HEALTH-CARE COST OF NONCOMMUNICABLE DISEASES IN MALAYSIA.* Retrieved from Ministry of Health Malaysia 2022:

- https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Rujukan/NCD/NCD_Laporan/HEALTH-COST_of_NCDs-7a-WEB.pdf
- who. (2024). Attacks on hospitals and health workers threaten health service delivery in Lebanon. Retrieved from who: lebanon: <https://www.who.int/ar/news/item/13-04-1446-attacks-on-hospitals-and-health-workers-jeopardize-provision-of-health-in-lebanon>
 - who. (2024). Going digital for noncommunicable diseases The case for action. Retrieved from who.int: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378478/9789240089921-eng.pdf?sequence=1>
 - who. (2024). Mpox Global strategic preparedness and response plan. Retrieved from who.int : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/monkeypox/jmo_who_sprp-mpox_2024_final_digital.pdf?sfvrsn=3a670f76_1&download=true
 - who. (2024). World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Retrieved from who.int: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>
 - unated. (2024). Human Development Report 2023-24 Breaking the gridlock: Reimagining cooperation in a polarized world. Retrieved from <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24overviewar.pdf>
 - unfccc. (2022). FOURTH BIENNIAL UPDATE REPORT UNDER THE UNITED NATIONS FRAMEWORK CONVENTION ON CLIMATE CHANGE. Retrieved from https://unfccc.int/sites/default/files/resource/MY%20BUR4_2022.pdf
 - IMFE. (2024). التحول السياسات، وتزايد التهديدات Retrieved from IMFE: <file:///C:/Users/pc/Downloads/foreword.pdf>
 - MIGRATION, I. U. (2024). WORLD MIGRATION. Retrieved from file:///C:/Users/pc/Downloads/pub2023-047-l-world-migration-report-2024_13.pdf
 - national, k. (2006). MEDIA STATEMENT. Retrieved from <https://www.khazanah.com.my/media/uploads/2020/03/80ce83c9-5849-458a-9b00-f27b6a8150ae.pdf>

• المجلات والرسائل العلمية:

- Ahmad, D. (2019). Enhancing Sustainability in Healthcare Delivery—A Challenge to the New Malaysia. *Malays J Med Sci*. doi:10.21315/mjms2019.26.1.1
- Asenso-Okyere, K. C. (2011). Understanding the interaction between farm labor productivity, and health and nutrition: A survey of the evidence. *Journal of development and agricultural economics*, 3(3), 8.
- Atheer Awad. (2021). Connected healthcare: Improving patient care using digital health technologies. *Advanced Drug Delivery Reviews*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addr.2021.113958>
- Babar, Z. U. (2007). Evaluating Drug Prices, Availability, Affordability, and Price Components: Implications for Access to Drugs in Malaysia. *journal.pmed*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040082>
- Chubarova, T. (2008). Economics of Healthcare. Theoretical aspects. *Moscow Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences Publ (russian)*.
- Feyisa, D. (2022). Toward Universal Health Coverage: The Role of Health Insurance System. *. Health Insurance IntechOpen*.
- Garritty C, G. G.-S. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *J Clin Epidemiol*, 13–22. doi:doi:10.1016/j.jclinepi.2020.10.007

- Gulaliyev, M. G. (2015). *FINANCING OF THE HEALTH SYSTEM IN THE CONTEXT OF GLOBALIZATION: A COUNTRY PERSPECTIVE*. *business & economic journal* n°10, 54-58.
- hrw. (2023). *israel-and-palestine*. Retrieved from hrw.org: <https://www.hrw.org/ar/world-report/2024/country-chapters/israel-and-palestine>
- jknselangor, m. (2024). *Full-Pay Patient Services (PPBP)*. Retrieved from <https://jknselangor.moh.gov.my/hampg/index.php/fpp>
- lamine, m. m. (2013). *Upgrading health insurance services in Algeria*. *New Economy Magazine (algerien)*.
- Mohamed Azmi Hassali, C. S. (2014). *Pharmaceutical Pricing in Malaysia*. *springer*, pp 171–188. Retrieved from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-12169-7_10
- mydigital. (2022). *Elevating The Malaysian Healthcare System Through Digitalisation*. Retrieved from mydigital: <https://www.mydigital.gov.my/elevating-the-malaysian-healthcare-system-through-digitalisation/>
- Ouchefoun.A, & H. (1993). *Bilan de vingt-huit annees de politique*. *Algerie: OPU Editon*.
- Quek, D. (2014). *The Malaysian Health Care System: A Review*. *IntensiveWorkshop on Health Systems in Transition 29 & 30, 2009*) Organised by the Women's Development Research Centre (KANITA) & the FEA . Kuala Lumpur, f University of Malaya at Conference Room, Level 3Postgraduate Building, Faculty of Economics and Administration, University of Malaya. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/237409933_The_Malaysian_Health_Care_System_A_Review
- Richard Smith, C. B. (2015). *Trade and Health: Towards building a National Strategy*. Retrieved from who: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/183934/%209789241565035_eng.pdf?sequence=1
- S. Thomson, R. O. (2012). *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. *The Commonwealth Fund*.
- مواقع أنترنت:
- statista. (2024). *Health and health systems ranking of countries worldwide in 2023*. Retrieved from statista: <https://www.statista.com/statistics/1376359/health-and-health-system-ranking-of-countries-worldwide/>
- unocha. (2024). *Global Humanitarian Overview 2024*. Retrieved from <https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2024-enarfrsp>
- W, T. K. (2011). *Malaysia needs an equitable healthcare system*. Retrieved from <https://www.penangmonthly.com/malaysia-needs-an-equitable-healthcare-system-1/>
- finance, a. m. (2024). *Taux d'inflation 2023*. Retrieved from <https://www.mf.gov.dz/index.php/fr/>
- santé, m. d. (2023). *أخبار COVID-19*. Retrieved from [sante.gov.dz: https://sante.gov.dz/ar/d%C3%A9cret/](https://sante.gov.dz/ar/d%C3%A9cret/)
- Negara, I. J. (2024). *Over 4 million patients*. Retrieved from <https://www.ijn.com.my/our-background/>
- / .و. الإجمالي. (2024). Récupéré sur <https://www.mtess.gov.dz/ar/%d8%a7%d9%84%d8%b3%d9%8a%d8%a7%d8%b3%d8%a9-%d8%a7%d9%84%d9%88%d8%b7%d9%86%d9%8a%d8%a9-%d9%84%d9%84%d8%b6%d9%85%d8%a7%d9%86-%d8%a7%d9%84%d8%a7%d8%ac%d8%aa%d9%85%d8%a7%d8%b9%d9%8a/2>
- malaysiagazette. (2024). *KPJ Healthcare announces new brand identity*. Retrieved from <https://malaysiagazette.com/2024/08/06/kpj-healthcare-umum-identiti-jenama-baharu/>